



SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ (SGS)

*Rapport d'événement et
d'atténuation des risques*

Analyse d'AID pour avril 2026

Table des matières	Page
AVERTISSEMENT.....	2
1 - TANDEM	3
1.1. Accident	3
1.2. Incident	3
1.3. Défaillance	3
2 – ÉTUDIANT	4
2.1. Accident	4
2.2. Incident	4
2.3. Défaillance	4
3 – EXPÉRIMENTÉS.....	4
3.1. Accident	4
3.2. Incident	4
3.3. Défaillance	4
4 – ÉQUIPEMENT	5
5 - AERONEF.....	5

AVERTISSEMENT

Les données et informations utilisées dans le système de gestion de la sécurité de l'ACPS sont privilégiées et demeurent confidentielles. Toute publication par l'ACPS de données ou d'informations provenant du système de gestion de la sécurité de l'ACPS sera diffusée uniquement à titre d'information de sécurité ou afin de favoriser la sensibilisation des parachutistes à la sécurité.

1 - TANDEM

1.1. Accident

2026T-01

- **Étape du saut:** déploiement
- **Âge du passager:** N/A
- **No. de sauts en tandem (instructeur) :** 10375
- **Harnais:** UPT Sigma
- **Voilure principale:** Icarus TX2
- **Détails:** Saut de recertification tandem en solo : Le sauteur a déployé le RSE à 4 500 pieds, lequel s'est ouvert immédiatement. La voilure principale TX2 a pris un peu plus de 2 000 pieds à s'ouvrir, se déployant finalement, puis la réserve s'est ouverte immédiatement après. Des témoins au sol ont observé le parachutiste en chute libre sans le RSE pendant la majeure partie du saut, suivi du déploiement puis de l'ouverture presque instantanée du réserve. Le parachutiste s'est retrouvé dans une situation avec deux parachutes ouverts, dont l'un semblait tenter d'emmêler l'autre. Le sauteur a libéré la voilure principale et a atterri sous le réserve sans incident. Une fois au sol, il a été déterminé que le DDA s'était déclenché.
- **Action corrective proposé dans le rapport AID:**
 - Facteurs humains
 - L'instructeur a rapporté avoir intentionnellement dévié des normes tandem applicables en décidant de déployer le RSE plus bas lors du saut de remise à niveau en solo, afin de passer le moins de temps possible en chute libre, dans les températures fraîches du début de saison. L'instructeur effectuait un saut de remise à niveau après 6 mois au sol. Ce facteur a définitivement joué un rôle majeur dans la capacité de jugement de l'instructeur. En chute libre, lors de la vérification des poignées, l'instructeur a passé plus de temps à chercher la SOA, ce qui lui a fait perdre la conscience de l'altitude. L'instructeur croit ensuite avoir déployé le RSE, suivi immédiatement de l'actionnement de la poignée de relâchement de la voilure principale.
 - À la demande de l'instructeur, et afin de réduire le temps passé dans des conditions froides, le saut a été effectué à 9 000 pieds. Ce facteur a joué un rôle dans cet incident, car l'instructeur a rapporté qu'il s'attendait à plus de temps de chute libre, étant habitué à sauter à 13 000 pieds.
 - Recommandations
 - Révision des procédures avec un examinateur UPT – Révision personnalisée des procédures avec accent sur les points suivants : discipline entourant les sorties et le déploiement du RSE ; procédures d'urgence en chute libre à vitesse terminale ; conscience de l'altitude et prise de décision sous pression.
 - Autre
 - Bien que le facteur dominant de cet incident ait été la déviation des normes et des procédures, il a été noté que l'altitude normale de remise à niveau tandem est d'au moins 10 500 pieds. Par conséquent, la procédure a été normalisée. Toute autre mesure pourra être prise une fois les données reçues de Vigil.
- **Recommandations de l'ACPS:** L'ACPS supporte l'analyse des causes premières ainsi que les recommandations de l'officier de sécurité du centre tel que fournis.
- **Action initiée par:** Instructeur tandem; Agent de sécurité, propriétaires du centre de parachutisme

1.2. Incident

1.3. Défaillance

2 – ÉTUDIANT

2.1. Accident

2.2. Incident

2.3. Défaillance

3 – EXPÉRIMENTÉS

3.1. Accident

2026E-01

- **Étape du saut:** Atterrissage
- **Discipline:** Vol relatif
- **Âge:** 38
- **No. de sauts:** 1084
- **Harnais:** Wings
- **Voilure principale:** Precision Nitron 135
- **Détails:** Le sauteur atterrissait sous sa voilure principale dans une zone d'atterrissage alternative. Le saut, le vol sous voilure et le circuit se sont tous déroulés normalement, sans problème. Alors que le sauteur atterrissait et « surfait » sur l'herbe, son pied droit s'est pris dans un trou de la zone d'atterrissage. Comme le sauteur se déplaçait encore vers l'avant avec une certaine vitesse, cela a causé une luxation latérale de sa cheville (articulation tibio-talienne) et une fracture du péroné. Lorsque le sauteur s'est tourné sur son côté gauche pour demander de l'aide à un autre sauteur dans la zone d'atterrissage, la cheville s'est remise en place vers l'avant. Une chirurgie a été nécessaire. Une ambulance a été appelée et le sauteur a été transporté à l'hôpital local.
- **Action corrective proposé dans le rapport AID:** La zone d'atterrissage est vérifiée régulièrement par l'agent de sécurité du centre pour détecter les trous, et les réparations sont effectuées au besoin. Les trous sont fréquents dans la zone d'atterrissage alternative en raison de l'activité régulière des animaux.
- **Recommandations de l'ACPS:** Évaluer, signaler et/ou réparer les obstacles potentiels et les zones dangereuses dans la zone d'atterrissage, telles que les irrégularités du sol, les trous d'animaux, le drainage, etc., afin de minimiser les blessures potentielles.
- **Action initiée par:** Sauteur, Entraîneurs, Instructeurs, Agent de sécurité

3.2. Incident

3.3. Défaillance

2026E-01

- **Étape du saut:** déploiement
- **Discipline:** Vol relatif
- **Âge:** 37
- **No. de sauts:** 3200
- **Harnais :** Mirage G4.1
- **Voilure principale:** Fluid Wings Airwolf 2 79
- **Détails:** Deuxième saut de la journée, le premier s'était bien déroulé. Reprise d'un saut avec un étudiant, tout se passe bien. L'étudiant ouvre à 5 500 pieds avec succès. Le sauteur se sépare ensuite pour ouvrir à 4 500 pieds. Ouverture très violente suivie d'un salto arrière, amenant le sauteur à croire à des suspentes rompues. Libération puis ouverture du réserve après stabilisation, sans incident. Tout l'équipement a été récupéré. L'inspection de la voilure principale n'a révélé aucun problème. L'ensemble complet a été sauté six fois le lendemain sans problème.
- **Action corrective proposé dans le rapport AID:** C'est la première fois depuis l'utilisation de cet équipement qu'un incident aussi violent se produit. Le sentiment est qu'il s'agissait simplement d'un moment de malchance aléatoire.

- **Recommandations de l'ACPS:** La révision régulière des dysfonctionnements aidera les sauteurs à faire face à la plupart des situations pouvant survenir à l'ouverture (MIP 2B ; Section 6.1.1 Mauvais fonctionnement de voilure (révision)). Une révision des procédures de pliage spécifiques à l'équipement devrait également être faite, avec un gréeur si nécessaire.
- **Action initiée par:** Sauter, Agent de sécurité, plieurs, gréeurs

4 – ÉQUIPEMENT

2026EQ-01

- **Harnais:** Sunpath Javelin
- **Voilure principale:** Sabre 3 120
- **Détails:** Lors d'une inspection d'équipement, deux problèmes ont été constatés :
 - 1. Passage incorrect du câble de réserve. Le câble ne passait pas dans les anneaux-guides de la SOA sur le rabat de réserve. Note : L'équipement n'a pas de SOA active et il est utilisé en mode VR sur voilure (CRW).
 - 2. Assemblage incorrect des maillons souples de la voilure principale (maillons souples avec anneaux)
- **Action corrective proposé dans le rapport AID:** Le gréeur a contacté Sunpath pour confirmer s'il s'agissait d'une façon conforme de passer le câble, et ils ont confirmé que ce n'était pas le cas. Avec ou sans SOA, le câble doit passer dans les anneaux-guides.
- **Recommandations de l'ACPS:** Lors des inspections d'équipement ou de tout travail sur une pièce d'équipement, toujours consulter le manuel du fabricant afin de s'assurer que toutes les procédures, spécifications et exigences recommandées sont pleinement respectées.
- **Action by:** Sauter, plieurs, gréeurs

2026EQ-02

- **Harnais:** Wings
- **Voilure principale:** Sabre 2 170
- **Détails:** Une vérification d'équipement a été effectuée par le sauteur (gréeur) sur un nouveau parachutiste avant l'embarquement dans l'avion, incluant une inspection de l'aiguille de réserve et de la zone environnante. Tout semblait en ordre et ils sont montés à bord de l'aéronef. Les sauteurs à bord ont sauté et tout le monde a atterri sans incident dans la zone d'atterrissage désignée. Le sauteur (gréeur) était préoccupé par l'apparence de la réserve lors de sa vérification d'aiguille ; une fois au sol, il a consulté le manuel Wings et a examiné de plus près le conteneur du parachutiste. Le sauteur (gréeur) a déterminé que les rabats de fermeture étaient dans le mauvais ordre : plus précisément, le rabat inférieur avait été fermé en premier, suivi du rabat supérieur, puis l'épingle avait été insérée. Le manuel (page 22 du manuel actuel sur le site web) indique que le rabat supérieur doit être fermé avant le rabat inférieur. Le sauteur (gréeur) a informé le gréeur qui avait plié la réserve en question. Ce gréeur a vérifié le manuel et confirmé les constatations. Le gréeur prévoyait déjà effectuer des travaux sur ce conteneur et a indiqué qu'il corrigerait l'ordre des rabats. La journée de saut étant terminée, les choses en sont restées là. Au moment de la rédaction de ce rapport, le propriétaire du conteneur a confirmé que le problème avait bel et bien été corrigé par le gréeur qui l'avait plié.
- **Action corrective proposé dans le rapport AID:** N/A
- **Recommandations de l'ACPS:** Lors des inspections d'équipement ou de tout travail sur une pièce d'équipement, toujours consulter le manuel du fabricant afin de s'assurer que toutes les procédures, spécifications et exigences recommandées sont pleinement respectées.
- **Action initiée par:** Sauter, plieurs, gréeurs

5 - AERONEF