



Rapport d'enquête technique

LA PRESQU'ÎLE

Bureau d'enquêtes sur les événements de mer

Rapport d'enquête technique

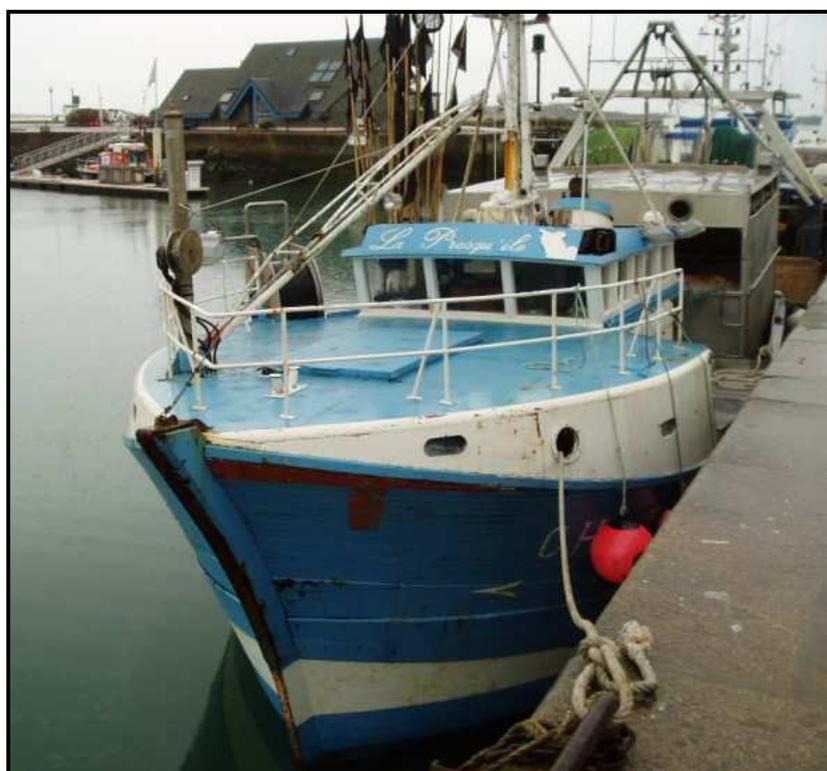
HOMME A LA MER

ET DECES D'UN MATELOT DU FILEYEUR

LA PRESQU'ILE

SURVENU LE 20 FEVRIER 2010

**AU LARGE DE SAINT VAAST LA HOUGUE
(COTENTIN)**



Avertissement

Le présent rapport a été établi conformément aux dispositions du titre III de la loi n° 2002-3 du 3 janvier 2002 et du décret n° 2004-85 du 26 janvier 2004 relatifs aux enquêtes techniques après événement de mer, accident ou incident de transport terrestre, ainsi qu'à celles de la Résolution MSC 255 (84) de l'Organisation Maritime Internationale (OMI) adoptée le 16 mai 2008 et portant Code de normes internationales et pratiques recommandées applicables à une enquête de sécurité sur un accident de mer ou un incident de mer (Code pour les enquêtes sur les accidents).

Il exprime les conclusions auxquelles sont parvenus les enquêteurs du *BEA*mer sur les circonstances et les causes de l'événement analysé.

Conformément aux dispositions susvisées, l'analyse de cet événement n'a pas été conduite de façon à établir ou attribuer des fautes à caractère pénal ou encore à évaluer des responsabilités individuelles ou collectives à caractère civil. Son seul objectif a été d'en tirer des enseignements susceptibles de prévenir de futurs sinistres du même type. En conséquence, l'utilisation de ce rapport à d'autres fins que la prévention pourrait conduire à des interprétations erronées.

PLAN DU RAPPORT

1	CIRCONSTANCES	Page 6
2	CONTEXTE	Page 6
3	NAVIRE	Page 7
4	EQUIPAGE	Page 10
5	FAITS, CONDITIONS ET CONSTATATIONS	Page 11
6	FACTEURS DU SINISTRE	Page 15
7	SYNTHESE	Page 19
8	MESURES PRISES	Page 19
8	RECOMMANDATIONS	Page 20

ANNEXES

- A. Décision d'enquête
- B. Cartographie

Liste des abréviations

BEAmer	:	Bureau d'enquêtes sur les évènements de mer
CAPM	:	Certificat d'Aptitude Professionnelle Maritime
CROSS	:	Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage
DAHMAS	:	Dispositif d'Alarme Homme à la Mer et d'Action de Sauvetage
DUP	:	Document Unique de Prévention
OMI	:	Organisation Maritime Internationale
SMDSM	:	Système Mondial de Détresse et de Sécurité en Mer
TU	:	Temps Universel
tx	:	Tonneaux
VFI	:	Vêtement à Flottabilité Intégrée
VHF	:	Très hautes fréquences (<i>Very High Frequency</i>)

1 CIRCONSTANCES

Le 20 février 2010 en début d'après midi, le fileyeur *LA PRESQU'ILE* se trouve à 16 milles dans l'Est de Saint-Vaast-La-Hougue, son port d'attache. Après avoir remonté 8 tessures¹ de filets, il fait route vers ce port à la vitesse de 8,5 nœuds. Il y a six hommes d'équipage à bord.

Les conditions météo sont bonnes : vent d'Ouest-Sud-Ouest 15 nœuds, mer 2, visibilité 8 milles. C'est la fin du flot et le coefficient de marée est de 66. Le courant porte au 112° à 1,2 nœud. La température de l'eau de mer est de 7°C.

Le patron est à la barre et les matelots sont occupés à nettoyer et à ranger la dernière tessure de filets. Cette opération est en voie d'achèvement lorsque le matelot, chargé du rangement des filets dans le parc situé à l'arrière, chute à la mer. Personne à bord n'a vu l'accident se produire et ce n'est qu'au bout de plusieurs minutes, lorsque le patron cherche à contacter ce matelot, que l'alerte est donnée à bord.

Le patron prévient le CROSS Jobourg et manœuvre immédiatement pour faire route inverse. Quinze minutes plus tard, l'équipage de *LA PRESQU'ILE* aperçoit le marin inanimé en surface. L'homme disparaît, malgré les efforts pour l'agripper.

Les recherches coordonnées par le CROSS Jobourg ne permettent pas de retrouver la victime.

2 CONTEXTE

Le patron du fileyeur *LA PRESQU'ILE* en est également le propriétaire-armateur.

Le navire est immatriculé à Cherbourg et armé à la petite pêche. Il pratique le filet dormant de type trémail en Baie de Seine. Les marées durent moins de 24 heures, généralement de 03h00 à 15h00, 17 jours par mois en moyenne.

¹ Ensemble de filets mis bout à bout.

3 NAVIRE

3.1 Description générale et caractéristiques

LA PRESQU'ILE a été construit en 1972 pour une exploitation au chalut et à la drague à coquilles. Il n'est pas du type « pont couvert » mais dispose d'une teugue à l'avant constituant un entrepont.

En 2008, des travaux ont été effectués afin de le transformer en fileyeur : un module en aluminium formant un parc à filets, couvert et démontable d'un seul bloc, a notamment été installé sur la plage arrière.

Les caractéristiques principales du navire sont les suivantes :

- N°immatriculation : CH 273402 ;
- Indicatif : FSFW ;
- Longueur hors tout : 15,30 m ;
- Longueur entre perpendiculaires : 13,77 m ;
- Largeur : 5,29 m ;
- Puissance : 225 kW ;
- Jauge brute en tx : 36,15 tx ;
- Jauge Londres en UMS : 43,27 (calculée) ;
- Catégorie de navigation : 3^{ème} ;
- Zone SMDSM : A 1.

Trois caméras permettent au patron de surveiller depuis la passerelle, l'intérieur du parc à filets, l'entrepont avant et le pont bâbord.

Son permis de navigation est valide jusqu'au 01 mars 2010.

3.2 Organisation du travail dès que le filet est hissé à bord

Description des filets :

Les filets utilisés le jour de l'accident sont des trémails à sole, en monofilament. Chaque tessure est composée de dix nappes de filets d'une longueur unitaire de 100 mètres, raccordées les unes aux autres. Leur hauteur de chute est de 1,20 mètre.

Hissage des filets :

Le hissage se fait sur tribord au moyen d'un vire-filet hydraulique. Durant cette opération, le patron (3) est à la barre et aborde la bouée sur tribord. Un matelot (1) saisit la bouée à pavillon, la démaille de l'orin et la range dans le ratelier situé sur tribord, en arrière du vire-filet. Un autre matelot passe l'orin sur le vire-filet et le love dans un panier en matière plastique. Le lest est démaillé et stocké.

Traitement des captures et nettoyage des filets :

Le filet, posé sur des tables en acier inox munies de rebords, est transféré vers l'entrepont avant du navire ; trois matelots (4, 5, 6) y démaillent le poisson, écrasent les crustacés, enlèvent les obstructions (algues, ophiures) et rangent les prises dans des caisses. Ensuite, le filet, toujours posé sur des tables en acier inox, est halé par le matelot (1) vers le module arrière en aluminium, à l'intérieur duquel se trouve le parc de rangement.



Rangement des filets :

Le parc à filets est composé de 20 cellules dont 19 sont utilisées. Chaque cellule contient une tessure complète de 1000 mètres. Il n'est donc pas nécessaire de raccorder des nappes de filets entre elles durant l'opération de filage.

Le matelot (2) tire l'extrémité du filet sur la table en acier inox jusqu'à une « goulotte » circulaire placée en partie haute de l'abri du parc à filets. Il le passe ensuite dans le guide circulaire du « pomailleur », appareil hydraulique servant à démêler et à ranger le filet. Puis, il reste seul dans le parc pour ranger les filets.



Le pomailleur installé à bord de *LA PRESQU'ILE* est suspendu à un portique au-dessus du parc à filets. Il peut être déplacé dans le sens longitudinal et transversal.

Dans le sens longitudinal, le portique coulisse sur deux rails placés en haut des parois latérales de l'abri, au-dessus des cellules. Deux leviers de distributeurs hydrauliques, placés sur le pomailleur, permettent de le déplacer dans le sens longitudinal, et de commander l'entraînement du filet. Le premier levier revient automatiquement à sa position initiale lorsqu'il est relâché. Il agit sur deux moteurs hydrauliques qui actionnent des chaînes et des câbles reliés au portique.

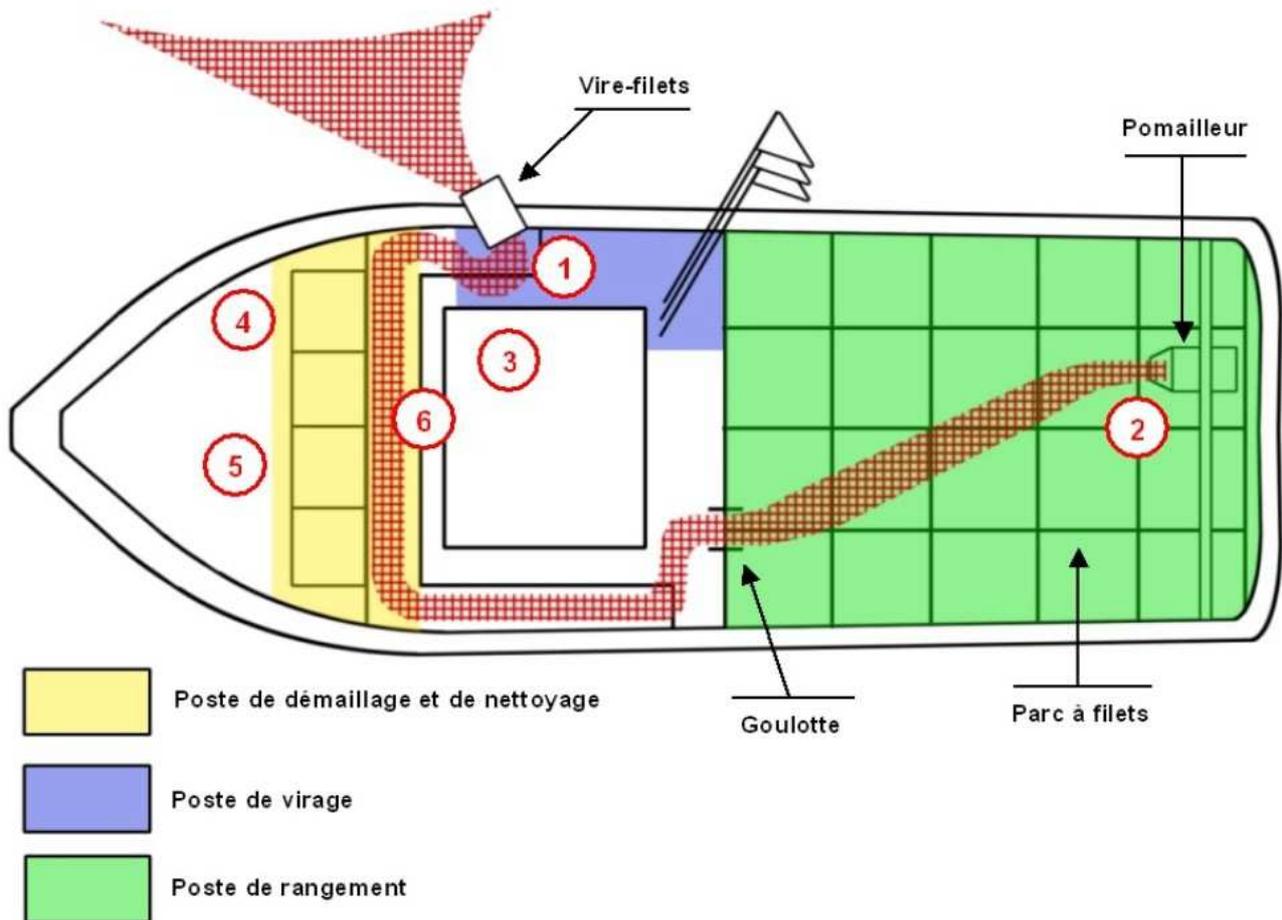
Le déplacement transversal du pomailleur n'étant pas motorisé, l'opérateur doit pousser l'ensemble de l'appareil muni de galets qui coulisent sur deux rails fixés au portique. Le deuxième levier permet à l'opérateur de commander la rotation des cylindres qui entraînent le filet vers la cellule prévue. Ce levier ne revient pas automatiquement à sa position initiale et doit être positionné soit sur « Marche » soit sur « Arrêt ».

L'accès au parc à filets se fait à l'avant bâbord de l'abri du parc à filets. Trois échelons en aluminium et une poignée du type « main de fer » sont soudés sur la paroi.



Après avoir passé l'extrémité du filet dans la goulotte, puis dans le pomailleur, le matelot (2) positionne cet appareil au-dessus de la cellule choisie. Il range ensuite le filet au fur et à mesure de son nettoyage par l'équipe située dans l'entrepont. Lorsqu'une portion de filet est prête à être rangée, un matelot de l'entrepont l'indique de vive voix au matelot (2) chargé du rangement. Le filet contient encore de nombreux petits débris (ophiures, algues) qui sont projetés lors de son passage entre les cylindres du pomailleur. Le matelot chargé du rangement des filets est particulièrement exposé à ces projections, notamment au niveau du visage.

Répartition des postes de travail au virage (hissage) du filet



4 EQUIPAGE

La décision d'effectif a été visée en 2004 par la DDAM ; elle comporte 4 personnes, dont un patron, un chef mécanicien et 2 matelots. Cette décision d'effectif est obsolète, puisque la pêche au filet ne figure pas à la rubrique « type de pêche pratiquée ». Le jour de l'accident, l'équipage est composé de six hommes.

Le patron, âgé de 40 ans, est titulaire de la qualification requise. Il est patron depuis mars 2004 à bord de *LA PRESQU'ILE*. La fonction de chef mécanicien n'est pas assurée.

Le reste de l'équipage se compose de cinq matelots de nationalité française. Ils ont tous la qualification requise et naviguent à la pêche depuis de nombreuses années.

La victime, titulaire d'un CAPM marin pêcheur pont, avait embarqué le 05 février 2010 pour la première fois à bord de *LA PRESQU'ILE*. Elle naviguait à la pêche depuis 2003 et avait déjà pratiqué le métier du filet.

Tous sont aptes physiquement.

5 FAITS, CONDITIONS ET CONSTATATIONS

5.1 Chronologie des faits (toutes heures en TU + 1)

Le samedi 20 février 2010

A **03h00**, le fileyeur *LA PRESQU'ILE* quitte le port de Saint-Vaast-La-Hougue pour se rendre sur ses lieux de pêche situés à une vingtaine de milles à l'Est, au milieu de la Baie de Seine. L'espèce visée est la sole, capturée au trémail.

Vers 05h30, débute le hissage d'un premier groupe de six tessures, puis **vers 11h30**, c'est au tour de deux autres tessures situées trois milles plus loin.

A **12h30**, la récupération des huit tessures étant achevée, le cap est mis vers Saint-Vaast-La-Hougue pour débarquer la pêche. A ce moment, le patron est à la barre et l'équipage est occupé à trier les captures et à ranger les filets et les orins. Un matelot, souffrant, est parti s'allonger sur sa couchette.

Vers **12h45**, le patron, ayant estimé que les derniers 100 mètres de l'avant dernier filet étaient trop entortillés, demande au matelot **(1)** de prévenir le matelot **(2)** qu'il devra repasser le filet sur la table.

Quelques minutes plus tard, le matelot **(1)** prévient le patron que le matelot **(2)** est introuvable. Le patron ralentit immédiatement son navire.

A **13h01**, le patron signale au CROSS Jobourg par VHF canal 16, qu'il vient de perdre un homme et communique sa position actuelle. Il précise qu'il est vêtu d'un ciré jaune et orange et d'une cote de couleur bleue.

A **13h03**, le CROSS Jobourg met en œuvre l'hélicoptère de la Marine Nationale Rescue GX basé à Maupertus.

A **13h04**, le CROSS Jobourg demande au patron de *LA PRESQU'ILE* de faire route inverse et diffuse un message MAYDAY RELAY.

A **13h09**, le transbordeur *NORMANDIE* et le patrouilleur de service public de la Marine Nationale *CORMORAN* se déroutent.

A **13h11**, le CROSS Jobourg met en oeuvre la vedette SNS 266 de Grandcamp Maizy.

A **13h19**, le patron de *LA PRESQU'ILE* informe le CROSS Jobourg qu'il aperçoit son marin et se dirige sur sa position.

A **13h23**, le patron de *LA PRESQU'ILE* informe le CROSS Jobourg que la tentative de récupération de la victime a échoué et qu'elle a disparu malgré leurs efforts. Il ne reste en surface que les gants et un manchon de veste appartenant à la victime.

Les recherches coordonnées par le CROSS Jobourg se poursuivent jusqu'à **16h59**, avec la participation supplémentaire de l'avion AIR SEARCH ONE de Guernesey, d'un hélicoptère des Douanes françaises et de la SNS 259 de Courseulles-sur-Mer.

A **22h08**, le fileyeur *LA PRESQU'ILE* arrive à quai à Saint-Vaast-La-Hougue.

Le dimanche 21 février 2010

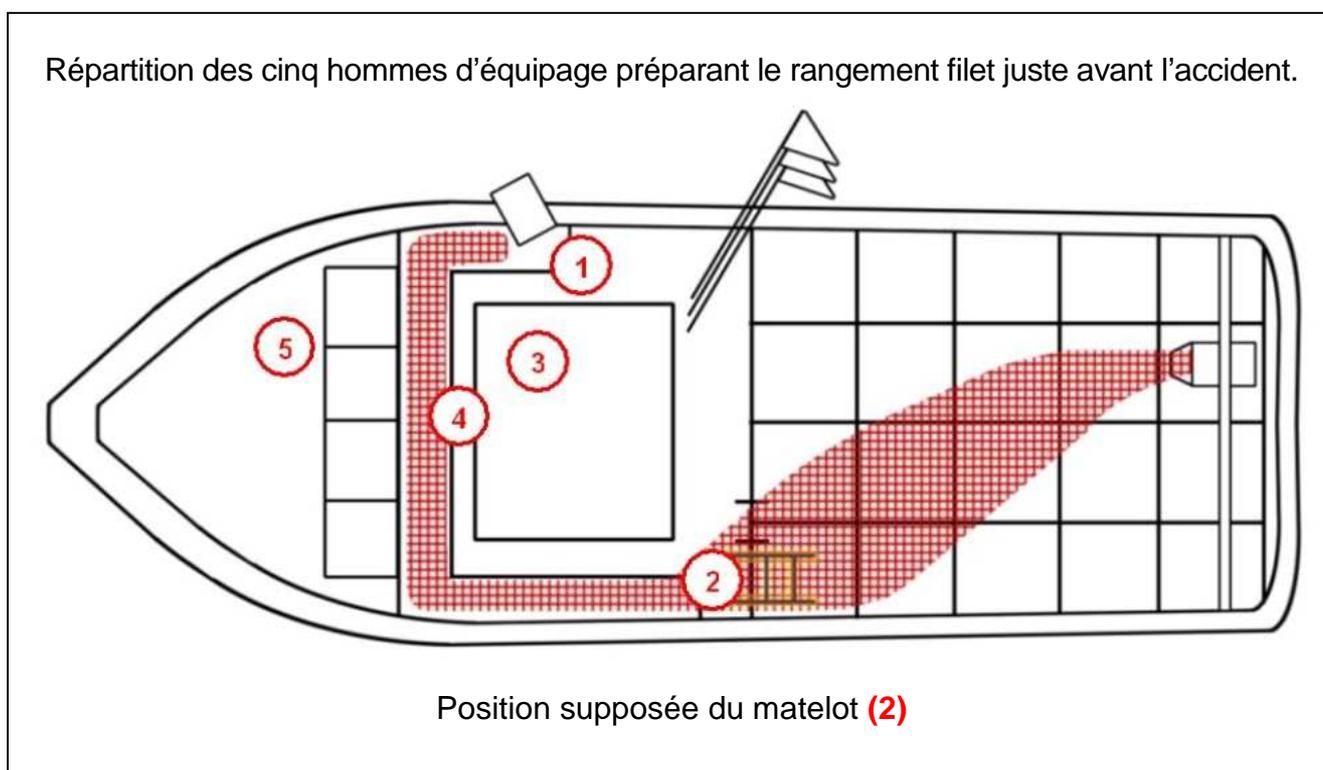
A **09h11**, le CROSS Jobourg reçoit un appel téléphonique provenant du *NORMANDIE* effectuant la liaison Ouistreham - Portsmouth à une vitesse de 20 nœuds. L'équipe de veille passerelle vient d'observer durant une dizaine de secondes, un corps flottant à la surface, vêtu d'un ciré orange, à la position suivante : Latitude : 49°42',125N – Longitude : 000°31',847W. Le *NORMANDIE* effectue une manœuvre d'homme à la mer pour tenter de repêcher le corps, mais ne le retrouve pas.

A partir de **09h11**, de nouvelles recherches sont coordonnées par le CROSS Jobourg, auxquelles participent le *NORMANDIE*, l'hélicoptère GX de la Marine Nationale, le PSP *CORMORAN* et le transbordeur *MONT SAINT-MICHEL*.

A **14h23**, les recherches s'avèrent infructueuses ; elles sont suspendues faute d'éléments nouveaux.

5.2 Circonstances supposées de l'accident

Vers 12h45, le fileyeur *LA PRESQU'ILE* est en route vers le port de Saint-Vaast-La-Hougue ; les matelots sont en train d'achever le nettoyage et le rangement de la dernière tessure. Il reste entre 50 et 100 mètres de filets à nettoyer. Un matelot se trouve au poste de virage sur tribord, occupé à ranger les orins, ancres et bouées. Les matelots (4) et (5) se trouvent dans l'entrepont avant du navire, occupés à démailler le filet, à trier et à ranger les captures. Le matelot (6), indisposé, est allongé sur sa couchette. Le patron (3), qui est de quart à la passerelle, estime que l'avant dernière tessure était trop entortillée lorsqu'elle a été rangée dans son bac ; il prévient le matelot du poste de virage (1) qu'elle devra être repassée dans le pomailleur afin de la démêler dès que le travail sur la dernière tessure sera terminé ; il lui demande de se rendre jusqu'au parc à filets pour informer le matelot (2) de la manœuvre prévue.



Au bout de quelques minutes, le matelot (1) alerte le patron de la disparition du matelot (2). Il n'y a personne dans le parc, et le filet est engagé dans le pomailleur, qui est stoppé.

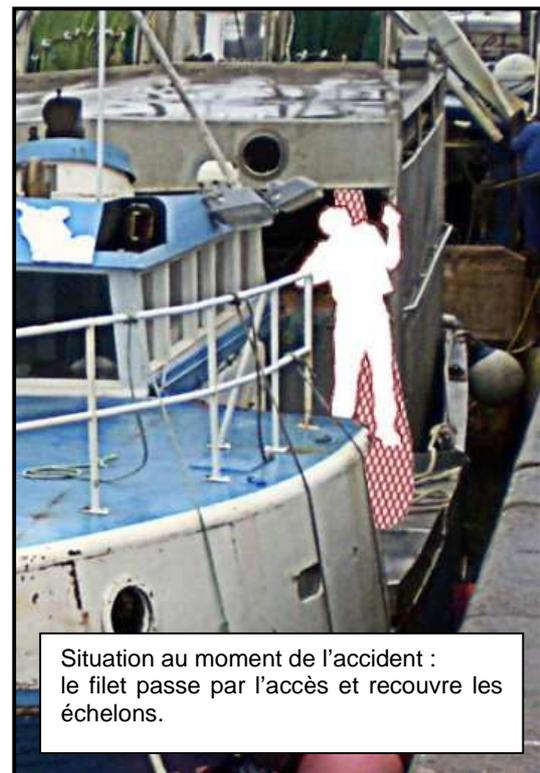
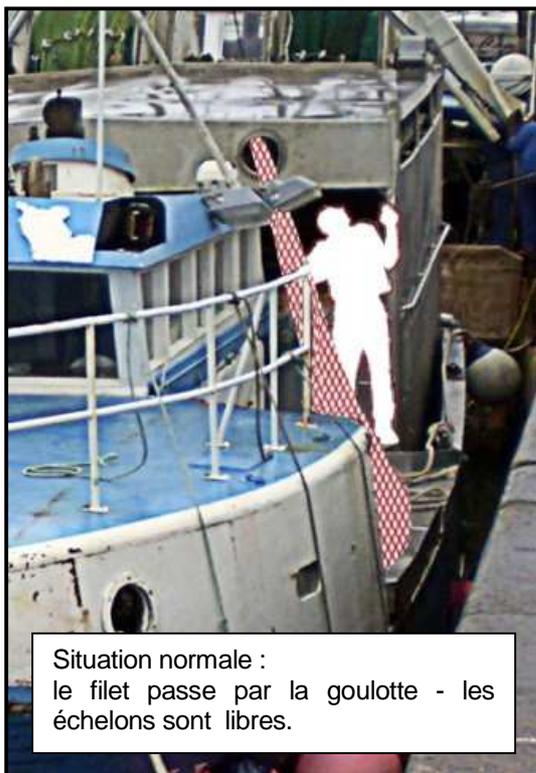
Une vingtaine de minutes plus tard, après avoir repéré le matelot (2) inanimé à la surface de l'eau et tenté sans succès de le hisser à bord, l'équipage récupère une manchette et une paire de gants flottant à proximité du corps. Ils ont auparavant constaté que la victime ne portait pas sa capote de ciré.

Personne n'a vu le marin (2) passer par dessus bord. L'éventualité d'un acte de désespoir n'a pas été retenue par les enquêteurs, aucun élément ne permettant d'étayer cette hypothèse. Les observations faites à bord et les témoignages des membres d'équipage, présents le jour de l'accident permettent en revanche d'échafauder l'hypothèse suivante.

Pour une raison indéterminée, alors qu'il reste 100 mètres de filets à ranger, le matelot (2) décide de descendre sur le pont principal ; il a enlevé ses gants et peut-être sa capote de ciré, qu'il tient dans une main. Il ne porte aucune aide à la flottabilité tel qu'un VFI.

Il emprunte le dispositif aménagé pour accéder à l'abri du parc à filets, constitué de trois échelons et d'une main de fer ; ce dispositif est placé à l'angle bâbord avant de l'abri, non loin de l'extrémité de la table en acier inox servant au passage du filet, et à proximité immédiate de la lisse de pavois recouverte d'acier inox.

Le dernier filet, dont environ 100 mètres sont encore en cours de nettoyage par l'équipe de l'entrepont avant, n'a pas été passé dans la goulotte supérieure de l'abri du parc à filets ; il chemine directement par le clair de l'accès au parc vers le pomailleur et couvre les échelons ; il constitue donc un obstacle qu'il faut pousser ou enjamber. Ce point a été confirmé par le matelot (1) parti à la recherche de la victime.



Probablement gêné par les pièces de vêtements qu'il tient dans sa main gauche, le matelot (2) commence à descendre ; il se maintient difficilement de la main gauche et agrippe une poignée (main de fer) de sa main droite ; l'usage de cet accès se fait normalement face à l'arrière du navire, en agrippant à la fois une poignée (main de fer) de la main droite et un

montant de l'abri de la main gauche ; en outre, l'accès étant engagé par le filet, le matelot (2) devait le repousser, l'enjamber ou se tenir dessus ; il est par conséquent vraisemblable que l'obstacle constitué par le filet soit à l'origine de la perte d'équilibre puis de la chute à la mer du matelot. L'emplacement du dispositif d'accès, situé près du pavois bâbord du navire, conjugué à un léger roulis, a favorisé l'accident.

La chute à la mer du matelot est passée inaperçue, car à cet instant, personne d'autre ne se trouvait sur bâbord et aucun cri n'a été perçu. Seuls deux matelots, au lieu de trois, se trouvent dans l'entrepont puisque le matelot (6) est descendu dans le poste d'équipage. La visibilité sur la partie bâbord arrière est masquée pour un observateur situé à la passerelle et la zone d'accès au parc à filets ne se trouve pas dans le champ de vision d'une caméra.

5.3 Conséquences de l'accident

Un matelot est porté disparu.

6 FACTEURS DU SINISTRE

La méthode retenue pour cette analyse a été celle utilisée par le *BEA*mer pour l'ensemble de ses enquêtes, conformément au Code pour la conduite des enquêtes sur les accidents de l'Organisation Maritime Internationale (OMI), résolution MSC 255 (84).

Les facteurs en cause ont été classés dans les catégories suivantes :

- **facteurs naturels ;**
- **facteurs matériels ;**
- **facteur humain.**

Dans chacune de ces catégories, les enquêteurs du *BEA*mer ont répertorié les facteurs possibles et tenté de les qualifier par rapport à leur caractère :

- **certain, probable ou hypothétique ;**
- **déterminant ou aggravant ;**
- **conjoncturel ou structurel ;**

avec pour objectif d'écartier, après examen, les facteurs sans influence sur le cours des événements et de ne retenir que ceux qui pourraient, avec un degré de probabilité appréciable, avoir pesé sur le déroulement des faits. Ils sont conscients, ce faisant, de ne pas répondre à toutes les questions suscitées par ce sinistre. Leur objectif étant d'éviter le

renouvellement de ce type d'accident, ils ont privilégié, sans aucun *a priori*, l'analyse inductive des facteurs qui avaient, par leur caractère structurel, un risque de récurrence notable.

6.1 Facteurs naturels

6.1.1 Météorologie

Les conditions météo sont bonnes : vent d'Ouest-Sud-Ouest 15 nœuds, mer 2, visibilité 8 milles. Le roulis du navire n'est pas particulièrement accentué.

6.1.2 Température de l'eau de mer

La température de l'eau était de 7°C. Le matelot, victime de la chute à la mer, était dans l'eau depuis au moins 30 minutes lorsque l'équipage de *LA PRESQU'ILE* a tenté de le hisser à bord. Ceci a pu limiter la capacité du marin à tenir, ce qui peut constituer un **facteur** du décès de la victime.

6.2 Facteurs matériels

6.2.1 Le dispositif d'accès à l'abri du parc à filets

Les trois échelons, espacés d'environ 0,40 m (pour un espacement normalisé de 0,30 m, réglementaire par ailleurs pour les échelles de cale), sont placés sur la paroi avant de l'abri du parc à filets, en abord, près du pavois bâbord du navire. Une poignée (main de fer) est située plus haut, sur l'arête bâbord de l'abri, à environ 0,80 m du premier échelon. Un montant, élément structurel vertical de l'abri, pouvait être utilisé pour s'agripper, mais il est décalé de l'axe des échelons sur le côté tribord, à environ 0,90 mètre de la « main de fer ». Il n'existe pas de main courante de chaque côté des échelons.

La lisse de pavois et l'extrémité de la table en acier inox sont situés à proximité des échelons et peuvent inciter à y poser le pied notamment lorsque le filet encombre la descente.



Au moment de l'accident, le dispositif d'accès était encombré par le filet, qui ne passait pas par la goulotte située en hauteur sur la paroi de l'abri mais passait directement par l'accès. Plusieurs matelots du bord ont indiqué aux enquêteurs avoir glissé en empruntant ce dispositif. L'emplacement et les caractéristiques du dispositif d'accès au parc à filets constituent un **facteur déterminant** de la chute à la mer.

6.2.2 La visibilité médiocre sur l'accès au parc à filets pour un observateur situé à la passerelle

Pour un observateur situé à la passerelle, la visibilité directe sur l'accès à l'abri du parc à filets est très floue malgré les vitrages installés sur un local adjacent. La condensation présente sur ces vitrages et les projections de débris provenant des filets ne permettent pas de maintenir leur transparence. Par ailleurs, aucun des vitrages bâbord de la passerelle ne peut s'ouvrir. La présence de matériel dans le local adjacent peut aussi engager le champ de vision sur l'arrière de la passerelle. La mauvaise visibilité sur l'accès à l'abri du parc à filets par un observateur situé à la passerelle est un **facteur structurel sous-jacent** ayant pu contribuer à l'absence de détection de la chute à la mer du matelot.

6.2.3 Le dispositif d'accès à l'abri du parc à filets, situé en dehors du champ des caméras de télésurveillance

Le patron armateur a fait installer à bord trois caméras, dont l'une couvre le pont bâbord, mais pas la zone d'accès au parc à filets. Les vues fournies par les trois caméras sont renvoyées sur un moniteur situé sur le pupitre passerelle, devant l'homme de quart. Les différentes zones du navire défilent les unes après les autres. La position de l'accès à l'abri du parc à filets, placé en dehors du champ de vision des caméras de télésurveillance, est un **second facteur sous-jacent** ayant pu contribuer à l'absence de détection de la chute à la mer du matelot.

6.2.4 L'absence de moyen de communication directe entre la passerelle et le parc à filets

La victime a quitté son poste dans l'abri du parc à filets sans que le patron ni aucun autre membre d'équipage n'en ait été averti. Ceci a surpris l'ensemble de l'équipage, qui ne peut l'expliquer, sachant que l'opération de rangement des filets n'était pas terminée. Le matelot cherchait-il à contacter le patron ? Dans ce cas, l'existence d'un interphone entre la passerelle et le parc à filets lui aurait permis de communiquer et peut-être d'attendre la fin de l'opération de rangement des filets avant de quitter l'accès à l'abri. L'absence de moyen de communication entre la passerelle et le parc à filets constitue un **facteur sous-jacent** ayant pu contribuer à l'accident.

6.2.5 L'absence de dispositif spécifique de récupération d'un homme à la mer

L'équipage de *LA PRESQU'ILE* n'a pas réussi à agripper puis à hisser la victime à bord en raison notamment de la hauteur du pavois. Aucun dispositif de type échelle, embarcation annexe ou autre moyen spécifique, permettant de saisir puis de remonter une personne inanimée, tombée à la mer et flottant à la surface, n'existe à bord. L'absence de dispositif spécifique pour récupérer un homme à la mer a contribué à réduire les chances de récupération de la victime.

6.3 Facteur humain

6.3.1 La décision du matelot de quitter son poste avant la fin de l'opération de rangement du filet

Le fait de quitter son poste ne fait pas suite à une demande d'un membre d'équipage. Quelle qu'en soit la raison, cette action l'exposait à un risque en empruntant les échelons d'accès recouverts par le filet, risque accru par une liberté de mouvement diminuée par la capote de ciré et les gants ; or, il ne restait que 100 mètres de filets à nettoyer et à ranger, ce qui représentait très peu de temps. La décision du matelot de quitter son poste avant la fin de l'opération de rangement du filet et d'emprunter l'échelle avec une main encombrée, est **un facteur déterminant** de la chute à la mer.

6.3.2 Le défaut d'utilisation de la goulotte prévue à cet effet sur l'abri du parc à filets

Une goulotte, placée en partie haute de l'abri du parc à filets, oblige le filet à cheminer verticalement avant d'entrer dans le parc ; cela évite qu'il n'engage les échelons d'accès. Or, le dernier filet avait été passé directement par le clair de l'ouverture du parc à filets; il reposait donc sur les échelons. Le défaut d'utilisation de la goulotte est **un autre facteur probablement déterminant** de l'accident.

6.3.3 Le défaut de port du VFI

Selon le patron, des VFI étaient disponibles à bord, bien que le reste de l'équipage n'ait pas confirmé ce point au enquêteurs ; cependant, le jour de l'accident, personne à bord n'en portait. A l'approche de la victime inanimée, l'équipage de *LA PRESQU'ILE* a constaté qu'elle flottait face dans l'eau et jambes immergées. Le port d'un VFI aurait toutefois considérablement accru les chances de survie. L'absence de VFI constitue **un facteur aggravant des conséquences de l'accident**.

6.3.4 Le défaut de formation à la prévention des risques professionnels

Plusieurs matelots du bord ont indiqué aux enquêteurs qu'ils avaient glissé à de nombreuses reprises en empruntant l'accès à l'abri du parc à filets et qu'il leur arrivait de poser les pieds sur la table de passage du filet situé près des échelons. La plupart d'entre eux s'étaient rendu compte que l'accès pouvait être dangereux, mais n'ont pas fait part de leurs observations à l'armateur. L'existence du DUP du bord n'était pas connue des matelots ; ce document était figé et n'a pas évolué depuis son élaboration. Le défaut de formation de l'équipage à la prévention des risques professionnels, notamment par le biais de la prise en compte du DUP est un **facteur sous-jacent** de l'accident.

7 SYNTHÈSE

1. Alors que le navire fait route terre, le patron est à la barre et le reste de l'équipage achève le nettoyage et le rangement des filets et des captures.
2. Un des matelots, travaillant à l'intérieur du parc à filets, disparaît. Environ 20 minutes plus tard, son corps est aperçu en surface par l'équipage qui ne parvient pas à le récupérer. Malgré d'importantes recherches, le marin ne sera pas retrouvé.
3. Du fait de la disposition des lieux, personne ne s'est aperçu immédiatement de l'accident.
4. L'hypothèse la plus vraisemblable est que le marin, une main encombrée, a chuté à la mer au moment où, pour se rendre sur le pont, il empruntait les échelons placés sur l'abri du parc à filets, ces derniers étant engagés par un filet ; le motif de ce déplacement n'est pas connu.
5. L'absence de port d'un VFI a considérablement diminué les chances de survie.
6. L'absence de dispositif spécifique de récupération d'un homme à la mer a réduit les chances de récupération de la victime.
7. Le DUP n'a pas joué son rôle dans la prévention de l'accident face au risque que présentait le dispositif d'accès.

8 MESURES PRISES

L'armateur a fait modifier l'accès à l'abri du parc à filets qui se trouve maintenant à l'intérieur de l'abri et dans le champ de vision d'une caméra.



Un interphone permettant de communiquer entre le parc à filets et la passerelle été installé.

L'emplacement de la goulotte a également été modifié.

9 RECOMMANDATIONS

Le *BEA*mer rappelle :

9.1 L'obligation de port du VFI, dans les conditions fixées par la réglementation (décret n°2007-1227 du 21 août 2007).

Le *BEA*mer recommande :

Aux patrons et armateurs à la pêche :

9.2 D'accorder une attention particulière au positionnement et à la réalisation des dispositifs d'accès aux postes de travail de type échelles et échelons afin qu'ils soient conformes aux normes en vigueur et que les utilisateurs puissent les emprunter en toute sécurité.

9.3 D'informer l'ensemble des équipages de l'existence et du fonctionnement du DUP. Le DUP est un document évolutif qui doit bénéficier du retour d'expérience des équipages notamment lors d'une revue annuelle.

9.4 D'accorder une attention particulière à la surveillance des postes de travail mais aussi de leurs accès, en particulier quand leurs opérateurs sont isolés du reste de l'équipage.

9.5 De permettre une communication aisée et directe entre les postes de travail et la passerelle.

9.6 D'installer à bord des navires un système DAHMAS approuvé, permettant de déclencher une alerte immédiate à bord en cas de chute d'une personne à la mer.

9.7 D'installer à bord des navires un dispositif spécifique permettant à une personne tombée à la mer de remonter à bord, ou d'être saisie puis hissée dans le cas où elle serait inanimée.

Aux équipages des navires de pêche:

- 9.8** De respecter strictement les procédures du bord lors de la manipulation des engins de pêche. Un changement dans la procédure devrait recevoir l'aval préalable du patron.

Aux services chargés de la réglementation de la sécurité des navires :

- 9.9** De compléter la réglementation nationale relative aux engins de sauvetage à bord des navires de pêche de 12 à 24 mètres, par une disposition rendant obligatoire la mise en place d'un dispositif spécifique permettant à un homme à la mer de remonter lui-même à bord ou d'aider à sa récupération s'il est inconscient.
- 9.10** De compléter la réglementation nationale relative aux escaliers et échelles à bord des navires de pêche de 12 à 24 mètres par une disposition fixant des normes plus précises, à l'instar de celles appliquées exclusivement aux échelles d'accès aux cales et aux appareils de levage. Ces dispositions devraient inclure le cas des échelons soudés sur des parois du navire.

Aux centres de sécurité des navires :

- 9.11** D'accorder une attention particulière, lors des visites de sécurité, au positionnement et à la conformité aux normes en vigueur des dispositifs d'accès aux postes de travail de type échelles et échelons.

Aux organisations professionnelles des pêches maritimes et à l'administration chargée du contrôle des navires :

- 9.12** De sensibiliser les armateurs, patrons et équipages à l'existence et au fonctionnement du DUP.

Aux centres de formation maritime et à l'administration assurant la tutelle de ces établissements :

- 9.13** De développer une culture générale de la sécurité portant sur l'ensemble des risques relatifs à la sécurité du travail rencontrés à la mer, notamment lors des manœuvres des engins de pêche, et de former les futurs patrons et matelots à l'élaboration du DUP.

Liste des annexes

A. Décision d'enquête

B. Cartographie

Décision d'enquête



D É C I S I O N

Le Ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer ;

- Vu** la loi n° 2002-3 du 3 janvier 2002 relative aux enquêtes techniques après événements de mer ;
- Vu** le décret n° 2004-85 du 26 janvier 2004 relatif aux enquêtes techniques après événement de mer, accident ou incident de transport terrestre ;
- Vu** le décret du 09 septembre 2008 portant délégation de signature (Bureau d'enquêtes sur les événements de mer) ;
- Vu** le décret du 09 juin 2008 portant nomination du Directeur du Bureau d'enquêtes sur les événements de mer ;
- Vu** le SITREP SAR 033 établi le 20 février 2010 par le CROSS Jobourg ;

D E C I D E

Article 1 : En application de l'article 14 de la loi sus-visée, une enquête technique est ouverte concernant la chute à la mer d'un marin du chalutier *LA PRESQU'ILE* survenue le 20 février 2010 à 16,8 milles au large de la Baie de Seine.

Article 2 : Elle aura pour but de rechercher les causes et de tirer les enseignements que ces événements comportent pour la sécurité maritime, et sera menée dans le respect des textes applicables, notamment le titre III de la loi sus-visée et la résolution MSC.255 (84) de l'Organisation Maritime Internationale.

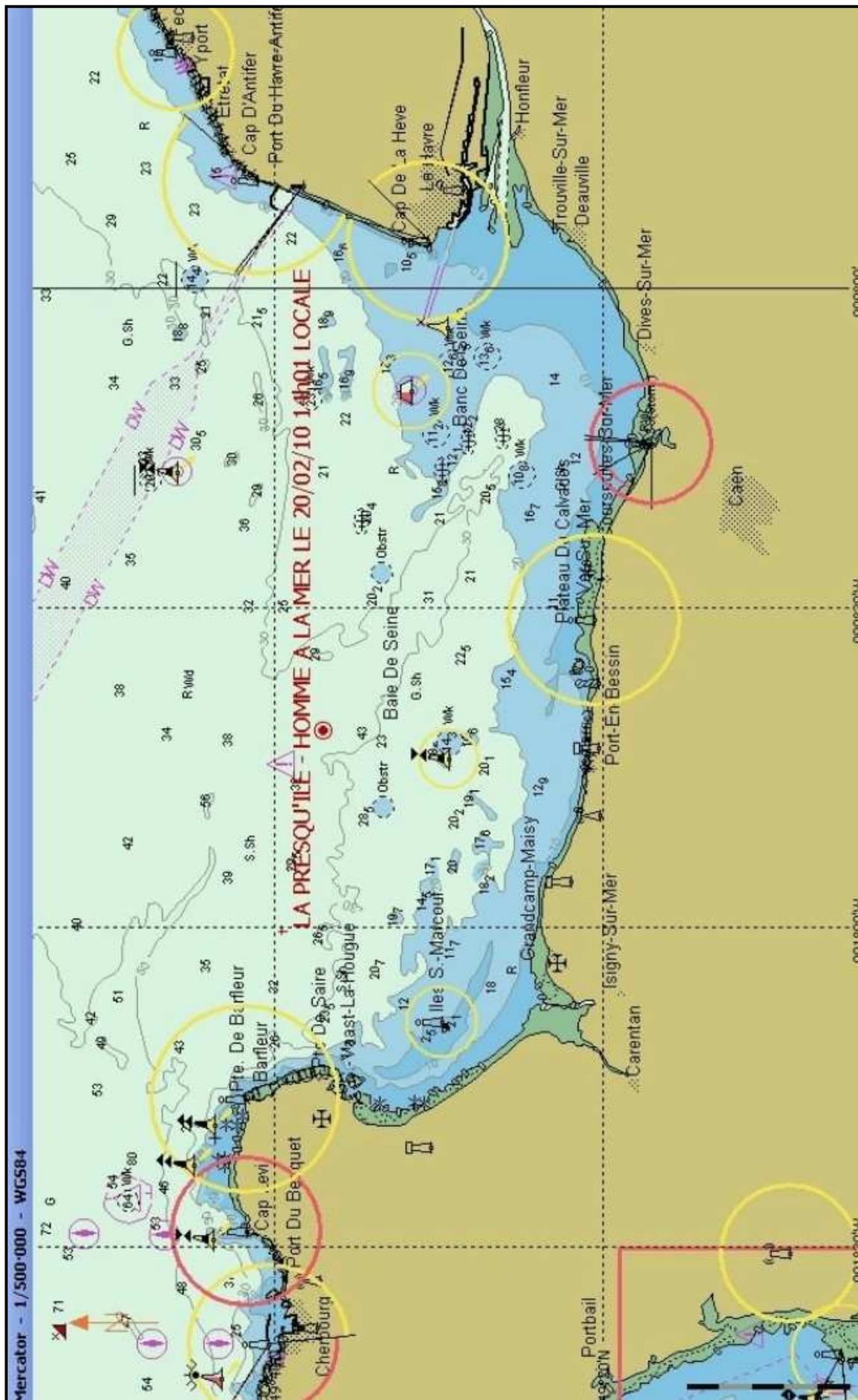
Pour le Ministre et par délégation
le Directeur du BEAmer
Jean-Pierre MANNIC

Ministère de l'Écologie,
de l'Énergie,
du Développement durable,
et de la Mer

BEAmer

Tour Pascal B – Antenne Voltaire
92055 LA DEFENSE CEDEX
téléphone : 33 (0) 1 40 81 38 24
télécopie : 33 (0) 1 40 81 38 42
Bea-Mer@developpement-durable.gouv.fr

Cartographie





Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer
En charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat

Bureau d'enquêtes sur les événements de mer

Tour Pascal B – Antenne Voltaire - 92055 La Défense cedex
téléphone : +33 (0) 1 40 81 38 24 - télécopie : +33 (0) 1 40 81 38 42
www.beamer-france.org
bea-mer@developpement-durable.gouv.fr

