

## REGISTRE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

### **Références juridiques :**

Décret n° 85.603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale – Article 3-1.

Décret n° 2012-170 du 3 février 2012 modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale- Article 2.

Depuis la parution du décret du 3 février 2012, le registre «d'hygiène et de sécurité » est dénommé registre de « santé et de sécurité au travail ». Seule l'appellation a été modifiée, le contenu et la finalité du registre ne changent pas.

### **Utilisation des registres**

Le registre, prévu par la réglementation (article 3-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié) est un outil mis à disposition de tous les agents et des usagers des sites dans chaque service ou bâtiment. Il est destiné à signaler toute observation et/ou suggestion relative à l'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, soit :

- signaler un dysfonctionnement, une anomalie
- poser des questions
- proposer des améliorations.

Ce registre :

- n'est pas un document destiné à recueillir les doléances de tout ordre, mais un outil ayant un objectif précis et relevant d'un domaine spécifique,
- ne doit pas être utilisé de manière excessive (certains points peuvent être réglés rapidement en s'adressant au service ou à l'agent concerné).

Il est consulté régulièrement et tenu à jour par l'assistant de prévention et/ou le conseiller de prévention en relation avec l'autorité territoriale. Il est mis à disposition de l'ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail) et du CT/CHSCT.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail, à défaut, le Comité Technique est tenu informé des observations et suggestions consignées sur le registre.

### **Localisation des registres**

Un registre est à la disposition des agents dans chaque service ou bâtiment municipal. (La notion de service est laissée à l'appréciation de l'autorité territoriale en fonction de l'importance des effectifs concernés).

Chaque agent devra avoir pris connaissance de l'existence de ce registre, et être informé du lieu où il est disponible.

### **Les domaines concernés**

- les locaux de travail
- les équipements de travail
- les équipements de protection individuelle
- les risques d'accidents
- les conditions de travail
- la formation dans le domaine de santé et sécurité liée au poste de travail.

Ce modèle de registre de santé et de sécurité au travail a reçu l'avis favorable du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en date du XXXXXXXX

Le document présenté est un modèle.

**Procédure :**

Si vous adoptez ce registre de santé et sécurité au travail en l'état, vous n'avez pas à demander un nouvel avis du (C.H.S.C.T.). En cas de modification du présent document, l'avis du C.H.S.C.T. est obligatoire.

Après validation par le C.H.S.C.T., l'autorité territoriale signe la première page du registre de santé et sécurité au travail, qui peut ainsi entrer en vigueur dans la collectivité.

L'autorité territoriale doit alors s'assurer de la connaissance, par chaque agent, de l'existence de ce registre ainsi que du lieu où il est disponible (émargement du registre de santé et sécurité au travail) en page 3 du registre).

L'autorité territoriale devra alors apporter une réponse (avis, observation, ou mise en place d'une mesure) à la remarque consignée dans le registre, et au besoin solliciter les services du Centre de Gestion pour conseil.

Semestriellement (en janvier et en juillet), l'Agent chargé de la mise en œuvre des conditions d'hygiène et de sécurité (Assistant de Prévention/Conseiller de Prévention) ou l'autorité territoriale est tenu de transmettre une copie des feuillets complétés de son registre de santé et de sécurité au travail pour le semestre écoulé.

Le C.H.S.C.T. prendra alors connaissance de ces dispositions.

## REGISTRE DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

L'article 3-1 du décret n° 85.603 du 10 juin 1985 modifié dispose : « un registre de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service et tenu par les assistants de prévention/conseillers de prévention en relation avec l'autorité territoriale. Ce document contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail ».

### Désignation de la collectivité

Dénomination : .....

Nom et prénom de l'autorité territoriale : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....  
Télécopie : .....

E-mail : .....

Service : .....

Nom de l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité : .....

Nom et adresse du service de médecine professionnelle et préventive : .....

Vu l'avis favorable du C.H.S.C.T. en date du **XXXXXXXX**

Le présent registre est ouvert à compter du : .....

Cachet et signature de la collectivité territoriale :

### Coordonnées du Centre de Gestion

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute-Marne  
9 rue de la Maladière  
CS 90159  
52005 CHAUMONT Cedex  
Tel : 03.25.35.33.20 – fax : 03.25.35.33.21 – mail : [cdg52@cdg52.fr](mailto:cdg52@cdg52.fr)

## **Les objectifs du registre santé et sécurité au travail**

Obligation réglementaire, le registre de santé et de sécurité au travail est un outil de communication en matière d'hygiène et de sécurité. Il sert à consigner toutes les observations et suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail comme par exemple :

- **les locaux de travail** : aménagement (environnement et espace au poste de travail, circulations intérieures, escaliers, dégradations, signalisation des dangers...), stockages, propreté (nettoyage général, état des sanitaires, état de propreté des locaux et des bureaux...).
- **les équipements de travail** : (vétusté des équipements, câbles dénudés, absence de prise de terre...).
- **les équipements de protection individuelle** : (chaussures, gants,...) **ou collective** (échafaudage, etc...).
- **les risques d'accidents** : (produits ou matériels dangereux, risques d'explosions, brûlures, intoxications, inhalations, problèmes cutanés, chutes ou glissades, risques de maladies contagieuses...).
- **les conditions de travail** : Bruit, éclairage, ventilation des locaux, manutentions manuelles (port de charges lourdes et/ou fréquentes, postures et gestes induisant une gêne ou des douleurs), travail sur écran (gêne visuelle, reflets éblouissement, fatigue visuelle), équipements ergonomiques (tables, lampes, sièges, repose-pieds)...
- **la formation dans le domaine de santé et sécurité liée au poste de travail** liée au poste de travail et préalable à la prise de fonction, sur la circulation, les dispositions à prendre en cas d'accident, l'utilisation de produits ou de matériels dangereux, premiers secours...

## **Qui peut remplir ce registre de santé et sécurité au travail ?**

- les agents de la collectivité
- l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (l'Assistant ou le Conseiller de Prévention)
- les usagers
- l'autorité territoriale

## **Qui consulte ce registre de santé et sécurité au travail ?**

- l'autorité territoriale (qui a l'obligation de le consulter pour apporter une réponse à la remarque ou suggestion consignée)
- le C.H.S.C.T., sur transmission semestrielle de l'autorité territoriale
- le médecin de prévention, à sa demande ou lors d'une visite dans le cadre du tiers temps
- toute personne ou organisme compétent dans le domaine de la prévention des risques professionnels

## **Où est conservé ce registre de santé et sécurité au travail ?**

Le registre de santé et de sécurité au travail doit être conservé dans un endroit facilement accessible, et connu de tous.

Chaque agent doit avoir pris connaissance de l'existence de ce registre, et être informé du lieu où il est disponible (liste d'émergence page 3).

## **Quelle est la procédure applicable au registre de santé et de sécurité au travail ?**

- Dans la partie 1 de la feuille, l'agent ou l'utilisateur consigne ses observations et suggestions relatives à l'hygiène et à la sécurité.
- L'AP/CP prend connaissance des informations inscrites par l'agent ou l'utilisateur. Il transmet l'original de la feuille au responsable hiérarchique ou à l'autorité territoriale et conserve une copie dans le registre. Il peut proposer des mesures afin de répondre aux suggestions de l'agent (partie 2)
- Dans le cadre 3, le responsable hiérarchique peut, le cas échéant, indiquer son avis ou ses observations
- L'autorité territoriale vise le document et décide la mise en œuvre des propositions faites par l'AP/CP ou propose d'autres mesures (partie 4)
- L'autorité territoriale fait appliquer les décisions prises et remet la feuille originale à l'AP/CP.
- L'AP/CP place dans le registre l'original du feuillet renseigné, en lieu et place de la copie. Il informe l'agent des suites données à ses observations.
- Semestriellement (en janvier et juillet), l'AP/CP ou l'autorité territoriale est tenu de transmettre une copie des feuillets de son registre de santé et sécurité au travail pour le semestre écoulé ; accompagné de la page de garde du registre pour permettre l'identification de la collectivité. Le C.H.S.C.T. prendra connaissance de ce registre, et complétera la partie 4.



<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'utilisateur</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP:

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ....h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP:

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

*Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager*

Nom : ..... Prénom : .....  
 Fonction : ..... Service : .....

Date : ...../...../..... Heure : ...h.....

Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :

Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :

Signature de l'agent :

*Partie 2 – A remplir par l'AP/CP*

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ...../...../.....

Avis ou observations :

Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :

Signature de l'AP/CP :

*Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)*

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ...../...../.....

Avis ou observations :

Signature :

*Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale*

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ...../...../.....

Avis, observations, décisions :

Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP :

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :

<i>Partie 1 – A remplir par l'agent ou l'usager</i>
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Service : .....
Date : ...../...../..... Heure : ...h.....
Description du dysfonctionnement observé (dangers, conditions et équipements de travail, sécurité, risques d'accident du travail et de maladie professionnelle, propreté et hygiène, ...) :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'agent :

<i>Partie 2 – A remplir par l'AP/CP</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Propositions ou suggestions d'amélioration (facultatif) :
Signature de l'AP/CP:

<i>Partie 3 – A remplir par le responsable hiérarchique (facultatif)</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis ou observations :
Signature :

<i>Partie 4 – A remplir par l'autorité territoriale</i>
Nom : ..... Prénom : .....
Date : ...../...../.....
Avis, observations, décisions :
Signature :