

- Janvier 2019 -

**REGISTRE SANTE ET SÉCURITÉ**

**AU TRAVAIL**

Modèle de document

Fonction Publique Territoriale

# SOMMAIRE

[SOMMAIRE 3](#_Toc535852155)

[INTRODUCTION 4](#_Toc535852156)

[CONSEILS D'UTILISATION 5](#_Toc535852157)

[LE RECUEIL DES DONNÉES 7](#_Toc535852158)

[REGISTRE SANTE ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL 8](#_Toc535852159)

[Fiche d’observation n° XX 10](#_Toc535852160)

[Fiche d’observation n° YY 12](#_Toc535852161)

# INTRODUCTION

Ce modèle de document établi par le Service Santé Sécurité du Centre de Gestion de la Vienne est à votre disposition. Vous pouvez le personnaliser avec votre logo afin de vous l’approprier pleinement.

De plus, les fiches observations doivent être numérotées et prendre en compte le lieu où est positionné le registre. Par exemple, pour un service administratif, les fiches seront numérotées ADMIN 01, ADMIN 02, etc...

Vous pouvez ainsi dupliquer les fiches observations pour chaque service.

Les conseils d’utilisation proposent une liste non exhaustive des observations pouvant être portées dans ce registre.

|  |
| --- |
| CONSEILS D'UTILISATION |

Le registre santé et sécurité au travail doit être disposé en un ou plusieurs lieux identifiés de tous.

La personne chargée de tenir ce registre (Assistant de Prévention / Conseiller de Prévention) veillera à ce qu'il soit disponible à tout moment pour toute personne souhaitant y noter des observations. L'Assistant de Prévention / Conseiller de Prévention aura un rôle d'écoute et éventuellement d'aide à l'établissement des fiches. Périodiquement, il informera le chef d'établissement ou de service qui décidera de traiter les observations recueillies en fonction de leur caractère d'urgence.

**QUE PEUT-ON CONSIGNER SUR LE REGISTRE ?**

**Les situations dangereuses ayant pu entrainer un accident**

**Les risques d'accidents corporels ou maladies**

* Produits ou matériels dangereux : risques d'explosions, brûlures, intoxications, inhalations, problèmes cutanés
* Chutes ou glissades
* Risques de maladies contagieuses ou professionnelles

**Les problèmes liés à :**

**L'environnement extérieur**

* Présence d'entreprises polluantes, de bruits (routes, aéroports), de dangers liés à l'accès au lieu de travail (passages piétons, signalisations,
* Marquage et fléchage, éclairage, parking

**L'aspect immobilier**

* Difficultés liées à l'accès au service ou au poste de travail, circulations intérieures, parkings, escaliers, état dégradé
* Problèmes liés au déplacement de personnes à mobilité réduite, signalisation des dangers
* Etat général du bâtiment : sols, toitures, fermetures, etc.

**La propreté et l'hygiène**

* Nettoyage général
* Etat des sanitaires, de la cafétéria (équipement, aération, renouvellement des produits)
* Etat de propreté des locaux et des bureaux

**La sécurité (électricité, gaz.)**

* Disjonctions fréquentes
* Risques d'électrocution
* Vétusté des installations, état des prises de courant et des interrupteurs (arrachés ou détériorés), fils jonchant le sol ou dénudés
* Utilisation de prolongateurs ou de blocs multiprises, absence de prise de terre
* Electricité statique
* Vêtements pour travaux extérieurs
* Vêtements et chaussures de protection

**Divers :**

* Tabagisme et autres

**La formation :**

* Générale et relative à l'hygiène et à la sécurité
* Liée au poste de travail et préalable à la prise de fonction
* Concernant la circulation, les dispositions à prendre en cas d'accident, l'utilisation de produits ou de matériels dangereux
* Relative aux gestes de premiers secours

**Les ambiances de travail :**

**L'éclairage**

* Naturel : excès ou insuffisance (éblouissement, absence de stores)
* Artificiel général : emplacement et état des luminaires (scintillement, entretien)
* Equipement en lampes de bureau

**Le bruit**

* Convergence de facteurs bruyants : nombre d'agents, réception du public, téléphones
* Matériels bruyants

**L'environnement**

* Ambiances thermiques et aérations
* Températures été et hiver, possibilité de réglage des installations, store
* Humidité, sécheresse
* Renouvellement de l'air
* Atmosphère empoussiérée, courant d'air

**L'espace de travail**

* Cadre de vie (sols et murs)
* Encombrement des locaux de travail
* Absence de fonctionnalité, obligation de déplacements

**Les charges physiques et les postures**

* Port de charges : lourdes et/ou fréquentes
* Postures et gestes induisant une gêne ou des douleurs : postures dangereuses

**Le travail sur écran**

* Environnement du poste (situation, espaces)
* Gêne visuelle (reflets, éblouissements, fatigue visuelle)
* Equipement ergonomique (tables, lampes, sièges, repose-pieds, capots d'imprimante)

# LE RECUEIL DES DONNÉES

Ce tableau, non visualisable par les agents de la collectivité, permettra à l’agent en charge du recueil des données (assistant et/ou conseiller de prévention) de synthétiser ces dernières dans un même document.

Ainsi, ce tableau servira de support pour présenter une constatation à l’Autorité Territoriale et aux membres du C.H.S.C.T.

|  |  |
| --- | --- |
| **Constatation de l’agent** | **Proposition de la collectivité** |
| **Fiche n°** | **Date** | **Description de la situation** | **Proposition de solution(s)** | **Passage CT/CHSCT** | **Action(s) à mettre en place** | **Date d’échéance** | **Personne en charge du suivi** |
| X | jj/mm/aaaa |  |  | *oui / non* |  | jj/mm/aaaa |  |
| Y |  |  |  | *oui / non* |  |  |  |
| Z |  |  |  | *oui / non* |  |  |  |
| … |  |  |  | *oui / non* |  |  |  |
| … |  |  |  | *oui / non* |  |  |  |
| … |  |  |  | *oui / non* |  |  |  |

**Grâce à ce travail impliquant les différents acteurs de la collectivité,**

**la mise à jour du document unique sera simplifiée**

|  |
| --- |
| ***Votre logo***REGISTRE SANTE ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL |

Lieu de mise à disposition du registre : ......................................................

Collectivité : ..........................................................................................................................

Adresse : ..............................................................................................................................

…………………………….............…………………………………………………………...…....

………………….....................................................................................................................

N° de téléphone : ..................................................................

N° de téléphone de l’assistant de prévention : .......................................................

N° de Fax : ................................................................................

Adresse e-mail : ...................................@...................................

Document établi en application des dispositions réglementaires éditées par :

Le décret n°85-603 du 10 Juin 1985 relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine préventive dans la fonction publique territoriale

Le présent registre santé et sécurité au travail est à la disposition de l'ensemble des personnels.

Vous pourrez y consigner toutes vos remarques, observations et suggestions.

Ces observations seront relevées par l'Assistant de Prévention / Conseiller de Prévention et examinées par l’Autorité Territoriale.

# Fiche d’observation n° XX

***Votre logo***

|  |
| --- |
| **Observateur** |
| Nom : | Prénom : |
| Service : | Fonction : |

|  |
| --- |
| **Observations :** *Précisez la nature, le lieu, les circonstances des faits* |
|  |
| **Mesures d’amélioration proposées par le responsable hiérarchique, l’assistant de prévention et l’agent**  |
|  |
| Date :Nom et visa de l’assistant de prévention | Date :Nom et visa du responsable hiérarchique |

|  |
| --- |
| **Transmission au Ct en formation CHSCT pour information** |
| Date de la transmission : |
| **Commentaires éventuel du CT en formation CHSCT** |
|  |

|  |
| --- |
| **Suites données aux observations** *(Mesures validées par l’Autorité Territoriale)* |
|  |
| Date de réalisation souhaitée : Action suivie par :Action réalisée le : | Date :Nom et visa de l’Autorité Territoriale |

# Fiche d’observation n° YY

***Votre logo***

|  |
| --- |
| **Observateur** |
| Nom : | Prénom : |
| Service : | Fonction : |

|  |
| --- |
| **Observations :** *Précisez la nature, le lieu, les circonstances des faits* |
|  |
| **Mesures d’amélioration proposées par le responsable hiérarchique, l’assistant de prévention et l’agent**  |
|  |
| Date :Nom et visa de l’assistant de prévention | Date :Nom et visa du responsable hiérarchique |

|  |
| --- |
| **Transmission au Ct en formation CHSCT pour information** |
| Date de la transmission : |
| **Commentaires éventuel du CT en formation CHSCT** |
|  |

|  |
| --- |
| **Suites données aux observations** *(Mesures validées par l’Autorité Territoriale)* |
|  |
| Date de réalisation souhaitée : Action suivie par :Action réalisée le : | Date :Nom et visa de l’Autorité Territoriale |

****

Téléport 1, Arobase 1, Avenue du Futuroscope, CS 20205, CHASSENEUIL DU POITOU – **86962 FUTUROSCOPE CEDEX –**

**Tel. 05 49 49 12 10** – Fax 05 49 49 12 11 contact@cdg86.fr – www.cdg86.fr

**Laëtitia BERGER**

**Laurent BOUQUET**

Tél : 05 49 49 12 10

prevention@cdg86.fr