registre

## De santé et de sécurité au travail

REgistre

## De santé et sécurité au travail

L’article 3-1 du décret n°85-603 du 10 juin 1985, modifié par l’article 104 du décret 2021-571 du 10 mai 2021, relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine préventive dans la fonction publique territoriale prévoit qu’un registre coté de santé et de sécurité au travail est ouvert dans chaque service et tenu par l’assistant et ou conseiller de prévention. Ce document contient les observations et suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Ce sont les agents ou usagers, et assistants ou conseillers de prévention qui le remplissent dès lors qu’un dysfonctionnement ou une anomalie dans leur cadre d’activité ou celui des collègues est observé. L’objet peut être le suivant : les locaux de travail (aménagements, stockages, hygiène/propreté) les machines ou outils utilisés, les équipements de protection individuelle ou collective, les situations à risque (liées à l’utilisation de produits chimiques, aux installations électriques, à la conduite d’engin), aux conditions de travail (bruit, manutentions manuelles… Cette observation peut être accompagnée de suggestions.

Les observations feront l’objet d’une instruction par l’assistant ou le conseiller de prévention, le responsable hiérarchique et l’autorité territoriale. Si nécessaire des décisions sont prises.

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

LES SITUATIONS OU IL EXISTE UN DANGER GRAVE ET IMMINENT SONT A CONSIGNER DANS LE REGISTRE SPECIALEMENT DESTINE A CET EFFET : LE REGISTRE DES DANGERS GRAVES ET IMMINENTS.

CONTACT COMITE SOCIALE TERRITORIAL :

Secrétariat du CST

# Circuit du registre

Il renseigne le document.

Il communique le document à l’assistant/conseiller de prévention.

Il fait un retour à l’agent concerné

Il réintègre l’original de la fiche dans le registre.

Il renseigne le tableau de suivi.



Il prend connaissance de la fiche.

Il renseigne le tableau de suivi.

Il effectue une copie et la garde dans le registre.

Il communique l’original au responsable hiérarchique.



Transmettre et présenter le document au CST qui siège au Centre de gestion du Doubs.

Eventuel retour à l’autorité territoriale ou assistant/conseiller de prévention.

Elle décide des mesures à mettre en place.

Elle désigne une personne ressource si besoin.

Il fait un retour à l’agent concerné.

Il réintègre l’original de la fiche dans le registre.

Il échange sur l’origine de l’observation avec l’assistant/conseiller de prévention.

Il effectue des propositions de prévention qui lui semblent adaptées. Il transmet la fiche au CST.

Identité de la collectivité... Fiche n°1

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°2

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°3

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°4

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°5

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°6

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°7

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°8

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°9

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°10

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

Identité de la collectivité... Fiche n°11

#### Collectivité :

#### Adresse :

#### N° Tel :

#### E-mail :

#### Service :

#### Nom(s) de l'(des) assistants/conseiller(s) de prévention :

A COMPLETER PAR LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'OBSERVATION

#### Nom et Prénom : Fonction :

#### Date : … / … / … Heure : … h …

#### Lieu concerné par l'observation (service, poste, emplacement, adresse…) :

#### Observations (dangers, contraintes…) :

#### Suggestions, propositions d'améliorations :

#### Signature de la personne :

SUITES DONNEES A L'OBSERVATION :

#### Assistant ou conseiller de prévention :

#### Connu le : … / … / …

#### Nom et Prénom :

#### Proposition :

#### 

#### Date d'enregistrement dans le tableau de suivi le : … / … / …

#### Document transmit au responsable hiérarchique le : … / … / …

#### Responsable hiérarchique ou autorité territoriale

#### Nom et Prénom :

#### Mesures envisagées :

#### Document transmis au CST le : … / … / …

#### Remarque éventuelle du CST :

#### Personne chargée de la réalisation et du suivit de l'action

#### Nom et Prénom :

#### Délai de réalisation : … / … / …

**Tableau de suivi des fiches d’observations du registre de santé et sécurité au travail**tenu à jour par l’assistant ou le conseiller de prévention

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la fiche | Observation | | Suites à donnée | | Mise en œuvre | |
| Date d’enregistrement de la fiche | Objet | Date de transmission à l’autorité | Date de transmission au CST | Mesure | Date de résiliation |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |