

# REGISTRE DE DANGER GRAVE ET IMMINENT





COLLECTIVITE : .....

SITE : .....

REGISTRE OUVERT LE : ...../...../.....

SIGNATURE ET TIMBRE DU CT-CHSCT :

## **SOMMAIRE**

- Présentation
- Le droit de retrait : réglementation
- Le droit de retrait : définitions
- Procédure d'exercice du droit de retrait
- Fiches de signalement DGI

# LE REGISTRE DE DANGERS GRAVES ET IMMINENTS

## ***Quoi ?***

Ce registre a pour but de signaler toutes les situations qui présentent un Danger Grave et Imminent pour la santé et la sécurité des agents ou toute défectuosité dans les systèmes de protection. Le remplissage de la fiche est une étape obligatoire pour assurer la traçabilité de la démarche.

## ***Qui ?***

Ce document doit être utilisé dès lors qu'un ou plusieurs agents sont confrontés à un danger grave et imminent ou qu'un membre du CT/CHSCT constate une telle situation. Ce document est consultable par l'Autorité Territoriale, l'Assistant et/ou le Conseiller de Prévention, le Médecin de Prévention, l'Agent Chargé de la Fonction d'Inspection (ACFI), l'inspecteur du travail, les membres du Comité Technique (CT) ou Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

## ***Où ?***

Le Registre de Dangers Graves et Imminents (DGI) doit être accessible en permanence à tous les agents, charge à l'Autorité Territoriale d'en disposer un ou plusieurs exemplaires dans les différents locaux.

## ***Comment ?***

Pour que ce registre soit efficace, il est indispensable d'expliquer son but et son fonctionnement à tous les agents. L'Assistant et/ou le Conseiller de Prévention peuvent assurer la mise en place et le suivi de ce registre. Dans ce registre, vous trouverez un organigramme détaillant le protocole applicable au droit de retrait.

## ***Pourquoi ?***

Ce document permet de recenser toute situation occasionnant l'usage du droit de retrait. Il assure la traçabilité des échanges entre l'Autorité Territoriale, le supérieur hiérarchique, l'agent concerné et les membres du CT-CHSCT.

# LE DROIT DE RETRAIT

## 1/ Réglementation

Décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié :

« Si un agent a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé ou s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection, il en avise immédiatement son supérieur hiérarchique.

L'autorité territoriale prend les mesures et donne les instructions nécessaires pour permettre aux agents, en cas de danger grave et imminent, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement leur lieu de travail.

Aucune sanction ne peut être prise, aucune retenue de rémunération ne peut être effectuée à l'encontre d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour leur vie ou pour leur santé.

La faculté ouverte au présent article doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

L'autorité territoriale ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation de travail présentant un Danger Grave et Imminent (DGI) ».

Il s'agit de la possibilité pour un agent de se retirer de sa situation de travail en cas de danger grave et imminent. Pour exercer ce droit, plusieurs critères doivent être présents :

- ✓ **Un danger grave ;**
- ✓ **Un danger imminent ;**
- ✓ **Un motif raisonnable ;**
- ✓ **Ne pas créer une nouvelle situation de danger ;**
- ✓ **Alerte.**

## **2/ Définitions :**

**Danger grave** : menace directe pour la vie, l'intégrité physique ou la santé de l'agent, susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée. La notion de danger peut provenir d'une machine, d'un processus de fabrication, d'une situation ou d'une ambiance de travail.

**Danger imminent** : implique la survenance d'un événement dans un avenir très proche, quasi-immédiat.

**Motif raisonnable** : l'agent doit avoir un motif raisonnable de croire à l'existence d'un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Peu importe que le danger perçu par l'agent se révèle, a posteriori, inexistant, improbable ou minime, dès lors que l'agent en cause avait pu raisonnablement craindre son existence ou sa gravité.

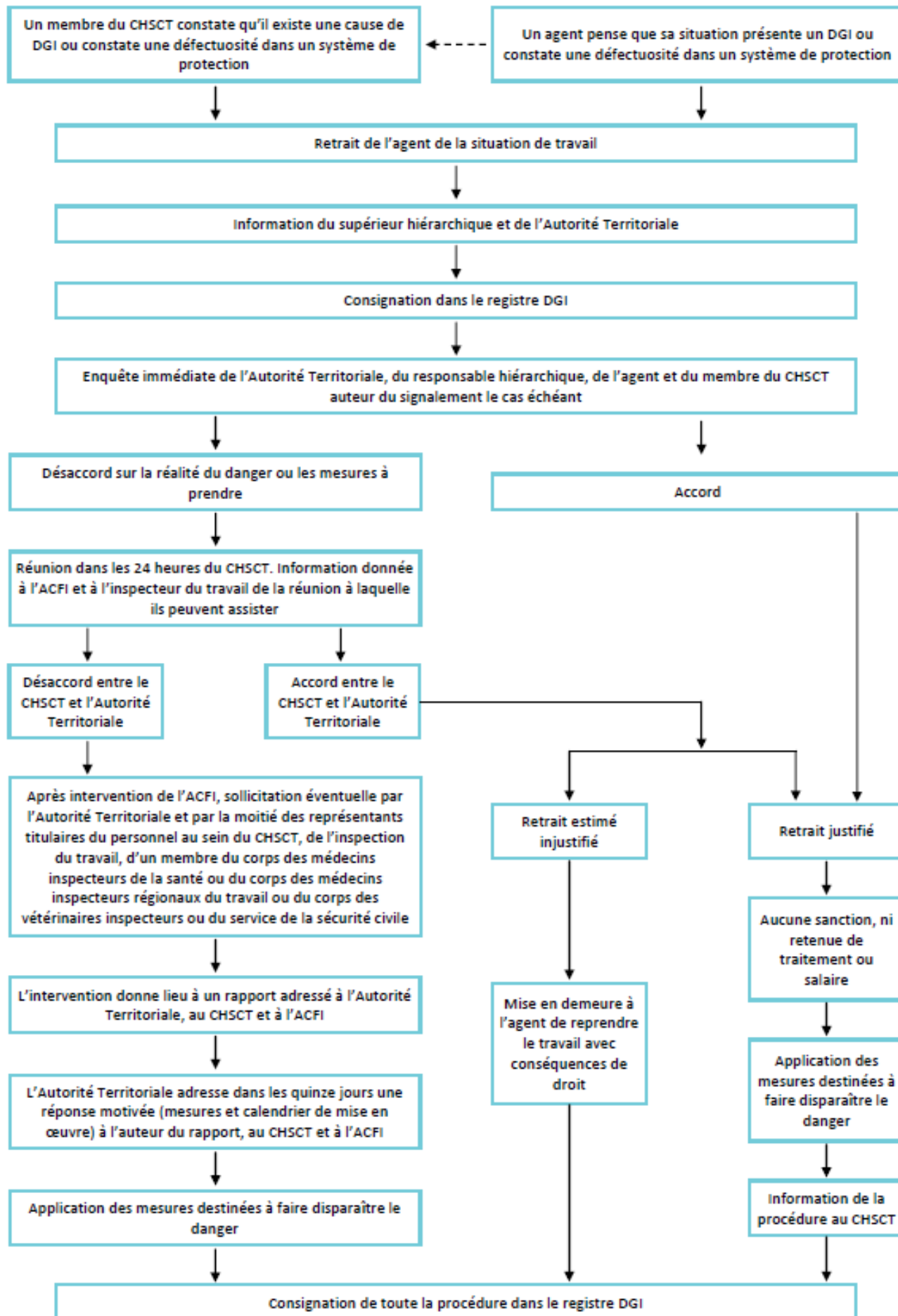
**Ne pas créer une nouvelle situation de danger** : la décision de l'agent ne doit pas créer pour ses collègues ou le public une nouvelle situation de danger grave et imminent.

**Alerte** : l'agent qui use de son droit de retrait a l'obligation d'en informer son supérieur hiérarchique préalablement ou simultanément au retrait de son poste de travail.

La situation de danger grave et imminent doit être distinguée du « danger habituel » du poste de travail et des conditions normales d'exercice du travail, même si l'activité peut être pénible et dangereuse. Un travail reconnu comme dangereux en soi ne peut justifier un retrait.

La notion de danger grave et imminent concerne plus spécialement les risques d'accidents, puisqu'il est dû à une action soudaine entraînant une lésion du corps humain. Les maladies sont le plus souvent consécutives à une série d'événements à évolution lente et sont, à priori, hors champ.

# PROCEDURE D'EXERCICE DU DROIT DE RETRAIT



# SITUATION DE DGI OU CONSTAT D'UNE DÉFECTUOSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE PROTECTION

Collectivité : ..... Date : .....  
 Service : ..... Heure : .....  
 Personne(s) concernée(s) : ..... Lieu : .....  
 .....  
 .....

| Personne(s)<br>alertée(s) | Autorité Territoriale | Responsable<br>hiérarchique | Membre CHSCT | Assistant de<br>Prévention et/ou<br>Conseiller de<br>prévention |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|
| Nom et prénom :           |                       |                             |              |   |

Description de la situation (joindre un schéma ou une photo) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Mesures de prévention proposées :

.....  
 .....

Réponse de l'Autorité Territoriale :

- Accepte la mise en œuvre  
 Refuse au motif de : .....  
 .....

Signature(s) Agent(s) :

Signature Autorité  
Territoriale :

Signature membre  
CHSCT :

Signature Assistant /  
Conseiller de Prévention :



En cas de désaccord :

—> Contactez votre ACFI et le CHSCT (de votre collectivité ou du CDG 63) et reportez-vous à la procédure réglementaire.



**Avis du CHSCT :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

En cas de refus



**Avis de l'ACFI et/ou de l'Inspecteur du Travail :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

|                                    | Nom | Prénom | Signature |
|------------------------------------|-----|--------|-----------|
| Autorité Territoriale              |     |        |           |
| Président du CHSCT                 |     |        |           |
| ACFI                               |     |        |           |
| Assistant/Conseiller de Prévention |     |        |           |
| Inspecteur du Travail              |     |        |           |
| Agent(s)                           |     |        |           |

# SITUATION DE DGI OU CONSTAT D'UNE DÉFECTUOSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE PROTECTION

Collectivité : ..... Date : .....  
 Service : ..... Heure : .....  
 Personne(s) concernée(s) : ..... Lieu : .....  
 .....  
 .....

| Personne(s)<br>alertée(s) | Autorité Territoriale | Responsable<br>hiérarchique | Membre CHSCT | Assistant de<br>Prévention et/ou<br>Conseiller de<br>prévention |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|
| Nom et prénom :           |                       |                             |              |   |

Description de la situation (joindre un schéma ou une photo) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Mesures de prévention proposées :

.....  
 .....

Réponse de l'Autorité Territoriale :

- Accepte la mise en œuvre  
 Refuse au motif de : .....  
 .....

Signature(s) Agent(s) :

Signature Autorité  
Territoriale :

Signature membre  
CHSCT :

Signature Assistant /  
Conseiller de Prévention :



En cas de désaccord :

—> Contactez votre ACFI et le CHSCT (de votre collectivité ou du CDG 63) et reportez-vous à la procédure réglementaire.

**Avis du CHSCT :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

En cas de refus



**Avis de l'ACFI et/ou de l'Inspecteur du Travail :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

|   | Nom | Prénom | Signature |
|---|-----|--------|-----------|
| <b>Autorité Territoriale</b>              |     |        |           |
| <b>Président du CHSCT</b>                 |     |        |           |
| <b>ACFI</b>                               |     |        |           |
| <b>Assistant/Conseiller de Prévention</b> |     |        |           |
| <b>Inspecteur du Travail</b>              |     |        |           |
| <b>Agent(s)</b>                           |     |        |           |

# SITUATION DE DGI OU CONSTAT D'UNE DÉFECTUOSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE PROTECTION

Collectivité : ..... Date : .....  
 Service : ..... Heure : .....  
 Personne(s) concernée(s) : ..... Lieu : .....  
 .....  
 .....

| Personne(s)<br>alertée(s) | Autorité Territoriale | Responsable<br>hiérarchique | Membre CHSCT | Assistant de<br>Prévention et/ou<br>Conseiller de<br>prévention |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|
| Nom et prénom :           |                       |                             |              |   |

Description de la situation (joindre un schéma ou une photo) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Mesures de prévention proposées :

.....  
 .....

Réponse de l'Autorité Territoriale :

- Accepte la mise en œuvre  
 Refuse au motif de : .....  
 .....

Signature(s) Agent(s) :

Signature Autorité  
Territoriale :

Signature membre  
CHSCT :

Signature Assistant /  
Conseiller de Prévention :



En cas de désaccord :

—> Contactez votre ACFI et le CHSCT (de votre collectivité ou du CDG 63) et reportez-vous à la procédure réglementaire.

**Avis du CHSCT :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

En cas de refus



**Avis de l'ACFI et/ou de l'Inspecteur du Travail :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

|   | Nom | Prénom | Signature |
|---|-----|--------|-----------|
| <b>Autorité Territoriale</b>              |     |        |           |
| <b>Président du CHSCT</b>                 |     |        |           |
| <b>ACFI</b>                               |     |        |           |
| <b>Assistant/Conseiller de Prévention</b> |     |        |           |
| <b>Inspecteur du Travail</b>              |     |        |           |
| <b>Agent(s)</b>                           |     |        |           |

# SITUATION DE DGI OU CONSTAT D'UNE DÉFECTUOSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE PROTECTION

Collectivité : ..... Date : .....  
 Service : ..... Heure : .....  
 Personne(s) concernée(s) : ..... Lieu : .....  
 .....  
 .....

| Personne(s)<br>alertée(s) | Autorité Territoriale | Responsable<br>hiérarchique | Membre CHSCT | Assistant de<br>Prévention et/ou<br>Conseiller de<br>prévention |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|
| Nom et prénom :           |                       |                             |              |   |

Description de la situation (joindre un schéma ou une photo) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Mesures de prévention proposées :

.....  
 .....

Réponse de l'Autorité Territoriale :

- Accepte la mise en œuvre  
 Refuse au motif de : .....  
 .....

Signature(s) Agent(s) :

Signature Autorité  
Territoriale :

Signature membre  
CHSCT :

Signature Assistant /  
Conseiller de Prévention :



En cas de désaccord :

—> Contactez votre ACFI et le CHSCT (de votre collectivité ou du CDG 63) et reportez-vous à la procédure réglementaire.

**Avis du CHSCT :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

En cas de refus



**Avis de l'ACFI et/ou de l'Inspecteur du Travail :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....  
.....  
.....

|                                    | Nom | Prénom | Signature |
|------------------------------------|-----|--------|-----------|
| Autorité Territoriale              |     |        |           |
| Président du CHSCT                 |     |        |           |
| ACFI                               |     |        |           |
| Assistant/Conseiller de Prévention |     |        |           |
| Inspecteur du Travail              |     |        |           |
| Agent(s)                           |     |        |           |

# SITUATION DE DGI OU CONSTAT D'UNE DÉFECTUOSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE PROTECTION

Collectivité : ..... Date : .....  
 Service : ..... Heure : .....  
 Personne(s) concernée(s) : ..... Lieu : .....  
 .....  
 .....

| Personne(s)<br>alertée(s) | Autorité Territoriale | Responsable<br>hiérarchique | Membre CHSCT | Assistant de<br>Prévention et/ou<br>Conseiller de<br>prévention |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|
| Nom et prénom :           |                       |                             |              |   |

Description de la situation (joindre un schéma ou une photo) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Mesures de prévention proposées :

.....  
 .....

Réponse de l'Autorité Territoriale :

- Accepte la mise en œuvre  
 Refuse au motif de : .....  
 .....

Signature(s) Agent(s) :

Signature Autorité  
Territoriale :

Signature membre  
CHSCT :

Signature Assistant /  
Conseiller de Prévention :



En cas de désaccord :

—> Contactez votre ACFI et le CHSCT (de votre collectivité ou du CDG 63) et reportez-vous à la procédure réglementaire.



**Avis du CHSCT :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....

.....  
.....

En cas de refus



**Avis de l'ACFI et/ou de l'Inspecteur du Travail :**

.....  
.....  
.....

**Réponse de l'Autorité Territoriale :**

Accepte la mise en œuvre

Refuse au motif de : .....

.....  
.....

|                                    | Nom | Prénom | Signature |
|------------------------------------|-----|--------|-----------|
| Autorité Territoriale              |     |        |           |
| Président du CHSCT                 |     |        |           |
| ACFI                               |     |        |           |
| Assistant/Conseiller de Prévention |     |        |           |
| Inspecteur du Travail              |     |        |           |
| Agent(s)                           |     |        |           |