La mise en œuvre de cet outil n’est pas obligatoire. L’outil contient des recommandations pour soutenir la prévention de la violence au travail et la conformité réglementaire. Les informations présentées peuvent être adoptées en totalité, en partie ou pas du tout.

Révision: 1.0, date : 2021-06-02

Formulaire de rapport et d’examen d’incident de violence en milieu de travail

Un modèle pour l’enseignement public de la maternelle à la 12e année – Conformité

## Conditions d’utilisation

En accédant à ces ressources documentaires publiées par la BCPSEA ou en les utilisant, vous acceptez d’être lié par ces conditions.

Contenu : Bien que la BCPSEA s’efforce de s’assurer que l’information fournie dans ces ressources documentaires soit aussi précise, complète et actuelle que possible, la BCPSEA ne fait aucune représentation ni ne donne aucune garantie concernant l’information, y compris en ce qui concerne son exactitude, son exhaustivité ou son caractère actuel. La BCPSEA n’assume aucune responsabilité pour toute perte ou tout dommage subi par vous ou toute autre personne, quelle qu’en soit la cause, qui serait liée de quelque manière que ce soit à l’information contenue dans ces ressources documentaires ou à l’utilisation que vous en faites.

Objectif : Le contenu de ces ressources documentaires est fourni à des fins éducatives et informatives générales. Il ne doit pas être considéré comme une sollicitation, une approbation, une suggestion, un conseil ou une recommandation d’utiliser, de prendre en compte, d’exploiter ou d’appliquer de toute autre manière ces informations ou services.

Section 1 – Rapport

1. À propos de vous

|  |  |
| --- | --- |
| Votre nom (prénom et nom) | Date du rapport |
| Emplacement du lieu de travail (nom du site/de l’école) | Nom du superviseur |
| Courriel au travail | Téléphone au travail – cellulaire ou fixe |
| Avez-vous été blessé pendant l’incident de violence en milieu de travail?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », vous devez également remplir et soumettre à l’employeur un **formulaire de rapport de blessure**.  Si la réponse est « non », croyez-vous qu’il y avait un risque de « blessure grave\* » à la suite de cet incident de violence en milieu de travail?  Oui,  Non  \*Une **blessure grave** est une blessure qui entraîne une perte de conscience ou dont on peut raisonnablement s’attendre, au moment de l’incident, à ce qu’elle mette la vie en danger ou cause des blessures permanentes. | |

1. À propos de l’autre personne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élève (type II)** | **Membre du public connu (type II)**  **Relation sociale avec le travailleur (type IV)** | **Membre du public connu (type I)** | |
| Initiales (max. de 3 caractères) | Nom | Homme  Femme  Inconnu | |
| Identification du service – le cas échéant | Relation avec l’école/le site | Grandeur | Poids |
| Enseignant/gestionnaire de cas/conseiller | Parent  Frères et sœurs | Teint | Couleur des cheveux |
| Autres détails clés si vous n’êtes pas familier avec l’élève | Autre membre de la famille  Conjoint/partenaire d’un travailleur | Voix (forte/faible) | Accent |
|  | Connaissance d’un travailleur  Fournisseur de services/entrepreneur | Vêtements | Description du véhicule |
|  | Autre | Autres caractéristiques distinctives (pour faciliter l’identification de l’individu concerné) | |

### Détails de l’incident

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dans quelle école/quel site a eu lieu cet incident de violence en milieu de travail?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Où cet incident s’est-il produit sur le site?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle de classe  Ascenseur  Excursion scolaire  Gymnase | | Hall  Bibliothèque  Salle de musique  Bureau | | | Extérieur  Parc de stationnement  Terrain de jeu  Unité d’enseignement portative | | | | | | | | Kiosque de réception/service  Escaliers  Toilettes  Autre | | |
| **Où cet incident s’est-il produit?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Que se passait-il avant cet incident (précédents)?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de l’incident** | | | | | | **Heure du jour** | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | a.m.  p.m. | | |
| **Que s’est-il passé pendant cet incident? (détails spécifiques de la Loi sur la violence en milieu de travail)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Qu’est-ce qui a pu contribuer à ce que cet incident se produise?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Selon vous, qu’est-ce que l’individu a retiré de cette action?** | | | | | | | | | | | | | | |
| Éviter ou retarder une tâche non préférée  Retarder une transition  Confort personnel  Compréhension/clarté | | | | Évasion ou évitement  Obtenir de l’attention  Communication de...  Accès à d’autres | | | | | | | Obtenir l’attention de ses pairs  Obtenir des objets/besoins sensoriels  Autre : | | | |
| **Catégorie de violence** | | | | | | | | | | | | | | |
| Agression – Physique – Contact  Utilisation d’une arme – Contact | | | Tentative d’agression – Sans contact  Possession d’une arme – Sans contact | | | | | | | Intimidation/gestes – Sans contact  Menaces – Sans contact | | | | |
| **Action/Comportement/Activité** | | | | | | | | | | | | | | |
| Viser/pointer  Mordre  Observation du corps  Prendre dans la main  Couper | Tirer les cheveux  Donner un coup de tête  Piquer  Donner un coup de pied/piétiner  Pincer | | | | | | Tirer  Pointer/frapper  Poursuivre  Pousser  Griffer | | Tirer  Gifler  Trancher/couper  Poignarder  Balancer | | | | | Lancer  Trébucher  Menaces verbales  Autre |
| **Évaluation de l’intensité de l’incident** | | | | **Durée de l’incident** | | | | | | | **Impact sur la santé mentale des travailleurs** | | | |
| Élevé  Modéré  Faible | | | | 1 à 5 min  15 à 30 min  > 60 min | | | | 5 à 15 min  30 à 60 min | | | Élevé  Modéré  Faible | | | |

1. Actions d’intervention

|  |  |
| --- | --- |
| Le plan d’intervention a-t-il été utilisé lors de cet incident?  Oui,  Non,  Inconnu | Y a-t-il une instruction de travail sécuritaire pour le travail effectué?  Oui,  Non,  Inconnu |
| Les services d’urgence communautaires externes ont-ils été appelés?  Oui,  Non, si « Oui », veuillez sélectionner les services applicables.  Police/GRC,  Services médicaux d’urgence,  Service d’incendie ,  Autre | |
| Détails des mesures d’intervention (qui, quoi, quand, où et comment clairs et concis) | |
|  | |
| Veuillez formuler toute suggestion ou observation concernant les changements nécessaires pour réduire ces incidents.. | |
|  | |
| Une contention a-t-elle été utilisée pendant cet incident?  Oui,  Non,  Inconnu | L’isolement a-t-il été utilisé pendant cet incident?  Oui,  Non,  Inconnu |

1. Plusieurs incidents quotidiens

|  |
| --- |
| Y a-t-il eu plusieurs incidents pendant la journée qui sont inclus dans ce rapport unique?  Oui,  Non, si « Oui », utilisez le registre des incidents quotidiens multiples (article 5.1) pour énumérer chaque incident subséquent. |

* 1. Registre des incidents quotidiens multiples pour (AAAA-MM-JJ) :

| **Heure de l’incident** | **Description de l’incident**  (avant, pendant et après) | **Catégorie de violence**  et action/comportement | **Intensité** (F, M, E) | **Durée**  (en minutes) | **Emplacement** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Rapport reçu par l’employeur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reçu par (prénom et nom) | Date de réception | Heure de réception |
| **Ce rapport d’incident nécessite un suivi immédiat si l’un des éléments suivants est vrai :**   1. Une blessure a nécessité des soins médicaux ou a donné lieu à une réclamation pour perte de temps  Oui,  Non, 2. Il y avait un risque de blessure grave comme indiqué dans la « Section 1, point 1 » ci-dessus  Oui,  Non,   Si vous avez répondu « Oui » à l’une des deux (2) questions ci-dessus, le superviseur ou la personne désignée doit être informé et un rapport d’enquête sur les incidents de l’employeur (Employer Incident Investigation Report, EIIR) doit être établi dès qu’il est sécuritaire et approprié de le faire. Vous pouvez également utiliser la « Section 2 – Révision » ci-dessous pour appuyer votre processus EIIR.   1. L’intensité de l’incident était élevée et l’impact sur la santé mentale des travailleurs était important.  Oui,  Non 2. L’incident impliquait un membre connu ou inconnu du public.  Oui,  Non   Si la réponse « Oui » a été sélectionnée pour l’un des deux (2) points ci-dessus (3 ou 4), le superviseur ou la personne désignée doit être notifié et l’examen de l’incident à l’aide de la « Section 2 – Examen » ci-dessous doit commencer dès qu’il est sécuritaire et approprié de le faire. Un EIIR n’est pas nécessaire.  Cochez cette case  si aucune des quatre (4) questions ci-dessus ne s’applique. Transmettez ce rapport au superviseur ou à son représentant à des fins d’information. | | |

|  |
| --- |
| Section 2 – Examen |

1. Examen de l’incident – Dirigé par le superviseur ou la personne désignée (pour les incidents impliquant des blessures au travailleur ou des blessures graves potentielles, veillez à remplir également l’EIIR)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du superviseur ou de son délégué (prénom et nom) | Date de l’examen | Heure de l’examen |
| Passer en revue les membres de l’équipe (noms) | | |
| Après avoir examiné le rapport et parlé avec le ou les travailleurs concernés, l’incident correspond-il à la définition de la violence en milieu de travail?  Oui,  Non   * Si la réponse est « oui », veuillez continuer à compléter le processus d’examen applicable décrit ci-dessous (6.1 ou 6.2, ainsi que saisir les mesures correctives dans la section 6.3, au besoin) * Si la réponse est « non », aucun autre examen n’est requis. Discutez des résultats avec le travailleur qui a soumis le rapport s’il ne fait pas partie de cet examen. * En cas de doute, passez en revue le document « Exemples de violence en milieu de travail », demandez l’aide d’un membre du JHSC du site ou parlez à votre représentant en santé et sécurité au travail pour le district. | | |

* 1. Examen des incidents impliquant des élèves

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soutien aux élèves** | | | |
| Comprendre l’historique des comportements | | | |
| **Fréquence des incidents** | **Intensité de la tendance des incidents** | | **Durée de la tendance des incidents** |
| Sans objet – première fois  En diminution  Aucun changement  En augmentation | Sans objet – première fois  En diminution  Aucun changement  En augmentation | | Sans objet – première fois  En diminution  Aucun changement  En augmentation |
| Cet incident nécessite-t-il le lancement de l’outil d’évaluation des risques de violence (Violent Threat Risk Assessment, VTRA)?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », veuillez lancer le processus VTRA du district scolaire.  Si la réponse est « non », un plan de soutien au comportement positif (Positive Behaviour Support Plan, PBSP) a-t-il été mis en place?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », passez en revue le document PBSP pour connaître les mises à jour requises.  Si la réponse est « non », faut-il envisager une évaluation du comportement fonctionnel (Functional Behaviour Assessment, FBA) et un PBSP?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », lancez le processus d’examen d’un FBA et d’un PBSP. Passez ensuite à la section Soutien des processus.  Si la réponse est « non », passez en revue la section Soutien des processus ci-dessous. | | | |
| **Soutien des processus**  Existe-t-il une instruction individuelle de travail sécuritaire pour ce travail?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », passez en revue les documents avec l’équipe et déterminez si des mises à jour ou des modifications sont nécessaires. Considérez si l’un des éléments suivants s’applique. | | | |
| * Nouveaux risques non identifiés précédemment * Changements nécessaires au risque de référence * Changements nécessaires à l’intervention * Changements nécessaires à l’environnement * Changements nécessaires à l’équipement * Changements nécessaires à l’équipe de soutien * Changements nécessaires aux communications * Autres changements | | Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non | |
| Si la réponse est « non », prévoyez une instruction de travail sécuritaire individuelle pour ce travail. Passez ensuite à la section Soutien aux travailleurs. | | | |
| **Soutien aux travailleurs** | | | |
| Le cas échéant :   * A-t-on conseillé au(x) travailleur(s) concerné(s) de consulter un médecin pour un traitement?  Oui,  Non,  S.O. * Le ou les travailleurs concernés ont-ils été référés au programme d’aide aux employés ou à d’autres ressources communautaires?  Oui,  Non,  S.O. * Un changement à court terme ou à plus long terme est-il nécessaire pour soutenir le travailleur?  Oui,  Non,  S.O. * Est-ce qu’une réunion d’équipe avec le ou les travailleurs concernés sera effectuée pour répondre aux commentaires de l’incident?  Oui,  Non   Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi une réunion d’équipe ne sera pas tenue. | | | |
| **Résumé de l’examen** | | | |
|  | | | |

* 1. Examen des incidents impliquant des membres du public connus ou inconnus

|  |  |
| --- | --- |
| **Soutien des processus**  Le risque de ce type de violence en milieu de travail a-t-il été saisi dans l’évaluation des risques de violence en milieu de travail propre au site?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », passez en revue l’évaluation des risques avec l’équipe et déterminez si des mises à jour ou des actions sont nécessaires. Considérez si l’un des éléments suivants s’applique. | |
| * Nouveaux renseignements sur le risque qui n’était pas inclus auparavant * Changements nécessaires à l’intervention * Changements nécessaires à l’environnement * Changements nécessaires aux contrôles techniques * Autres changements | Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non  Oui,  Non |
| Si la réponse est « non », commencez à mettre à jour l’évaluation des risques de violence en milieu de travail propre au site pour inclure ce nouveau risque. Avisez le district responsable en santé et sécurité au travail de ce nouveau risque. | |
| **Soutien externe**  Si les services d’urgence communautaires externes n’ont pas été impliqués dans l’intervention à cet incident, y a-t-il une raison de croire que le risque est toujours présent et qu’ils devraient être impliqués ou avisés?  Oui,  Non  Si la réponse est « oui », avisez la ressource désignée du district scolaire et discutez de la question de manière plus approfondie.  Si la réponse est « non », passez à la section Soutien aux travailleurs. | |
| **Soutien aux travailleurs** | |
| Le cas échéant :   * A-t-on conseillé au(x) travailleur(s) concerné(s) de consulter un médecin pour un traitement?  Oui,  Non,  S.O. * Le ou les travailleurs concernés ont-ils été référés au programme d’aide aux employés ou à d’autres ressources communautaires?  Oui,  Non,  S.O. * Un changement à court terme ou à plus long terme est-il nécessaire pour soutenir le travailleur?  Oui,  Non,  S.O. * Est-ce qu’une réunion d’équipe avec le ou les travailleurs concernés sera effectuée pour répondre aux commentaires de l’incident?  Oui,  Non   Si la réponse est « Non », veuillez expliquer pourquoi une réunion d’équipe ne sera pas tenue. | |
| **Résumé de l’examen** | |
|  | |

* 1. Mesures correctives identifiées et prises pour prévenir la récurrence d’incidents similaires

| **Action** | **Action attribuée à**  (nom et titre du poste) | **Date d’achèvement prévue**  (aaaa-mm-jj) | **Date d’achèvement**  (aaaa-mm-jj) |
| --- | --- | --- | --- |
| a) |  |  |  |
| b) |  |  |  |
| c) |  |  |  |
| d) |  |  |  |
| e) |  |  |  |