

Sommaire de décision disciplinaire

Le présent sommaire de la décision et des motifs de la décision du comité de discipline est publié conformément à l'ordonnance de pénalité du comité de discipline.

En publiant un tel sommaire, l'Ordre cherche à :

- illustrer pour les travailleuses et travailleurs sociaux, les techniciennes et techniciens en travail social et les membres du public ce qui constitue et ce qui ne constitue pas une faute professionnelle;
- donner aux travailleuses et travailleurs sociaux et aux techniciennes et techniciens en travail social des directives au sujet des normes d'exercice et de conduite professionnelle qu'impose l'Ordre et qui s'appliqueront à l'avenir, s'ils se trouvent eux-mêmes dans des circonstances similaires;
- mettre en application la décision du comité de discipline; et
- fournir aux travailleuses et travailleurs sociaux, aux techniciennes et techniciens en travail social et aux membres du public une explication du processus de discipline de l'Ordre.

FAUTE PROFESSIONNELLE

Gail T. Flintoft (ancien membre)

Exposé conjoint des faits

L'Ordre et Mme Flintoft ont présenté un exposé par écrit au comité de discipline et convenu des faits suivants :

1. Mme Flintoft était, pendant toute la durée pertinente aux allégations, inscrite à l'Ordre à titre de travailleuse sociale. Elle a par la suite renoncé à son certificat d'inscription en tant que membre de l'Ordre, décision qui a pris effet le 30 novembre 2010.
2. Depuis janvier 1990 ou aux environs de cette date jusqu'à avril 2010 ou aux environs de cette date, Mme Flintoft était employée comme travailleuse sociale dans un hôpital spécialisé (l'Hôpital) dans les soins de santé aux personnes atteintes du VIH/SIDA, qui offre un programme résidentiel, des soins à domicile et un programme de services communautaires qui comprend des services infirmiers, du counseling et des thérapies complémentaires.
3. Pendant qu'elle était employée à l'Hôpital, Mme Flintoft avait sous sa supervision un étudiant en maîtrise de travail social, pour lequel elle avait accepté de jouer le rôle de préceptrice. Mme Flintoft a omis de s'acquitter de ses responsabilités de superviseure en ce qui concerne cet étudiant du fait qu'elle :
 - a) a laissé l'étudiant sans lui désigner un superviseur ou une personne ressource pendant ses absences;
 - b) a omis d'aider suffisamment l'étudiant à s'intégrer à l'équipe interprofessionnelle au sein de laquelle l'étudiant comptait travailler à l'Hôpital;

- c) a laissé l'étudiant organiser une réunion difficile de planification de funérailles sans lui offrir le soutien, la supervision et la préparation nécessaire;
 - d) a laissé l'étudiant entreprendre une activité clinique non supervisée;
 - e) a omis de fournir le mentorat approprié ou le préceptorat intellectuel en omettant d'analyser, de discuter et de fournir des réactions sur ses propres activités ou sur celles de l'étudiant, et de les relier aux principes de la recherche, de la théorie ou de la pratique du travail social;
 - f) a omis de se pencher sur le déséquilibre des forces dans la relation étudiant/professeur (c.-à-d., étudiant/préceptrice), ce qui empêchait l'étudiant de soulever des questions avec Mme Flintoft directement, même lorsque ces questions avaient été soulevées par les superviseurs de Mme Flintoft à l'Hôpital;
 - g) a omis de reconnaître le besoin qu'avait l'étudiant de discuter de la cessation de ses services avec les clients lorsque le stage de l'étudiant est arrivé à terme, ainsi que de lui fournir des conseils à cet égard.
4. Alors qu'elle était employée à l'Hôpital, Mme Flintoft était la travailleuse sociale assignée à la prestation des services de travail social aux clients admis au programme résidentiel ou au programme communautaire de l'Hôpital, qui comptaient 25 clients désignés, et elle avait la responsabilité de cette fonction.
5. L'un des clients désigné avait été admis au programme communautaire de l'Hôpital en juillet 2009, et par la suite au programme résidentiel pour être ensuite renvoyé au programme communautaire en janvier 2010 où il est décédé en mars 2010. En ce qui concerne ce client, Mme Flintoft :
- a) a omis de prendre contact avec le client et de le suivre en temps voulu et de manière suffisante lorsqu'il a été renvoyé du programme résidentiel au programme communautaire de l'Hôpital;
 - b) n'a pas tenu compte des informations (ou a omis d'y réagir adéquatement) fournies par les membres de l'équipe de traitement du client indiquant que le client était aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale et des problèmes de dépendance, qu'il était exposé à un risque élevé de crise et que cela exigeait que Mme Flintoft prenne contact avec lui rapidement et en personne;
 - c) a omis de recueillir les informations adéquates et en temps voulu sur un incident grave concernant le client (à savoir le décès de l'ami du client survenu au domicile du client);
 - d) a omis de transmettre les informations au sujet de cet incident critique à d'autres membres de l'équipe de traitement de l'Hôpital – pendant une période de 17 jours après avoir pris connaissance de l'incident, et a omis de mettre au point un plan de soins de crise pour le client, alors qu'elle savait que le client était vulnérable et courait un risque élevé de crise;
 - e) a omis de prévoir qu'un autre travailleur social s'occupe du client lorsqu'elle est partie en vacances pendant 10 jours (la semaine qui suivait le décès de l'ami du client); et
 - f) a omis de prendre directement contact avec le client pendant 19 jours après le décès de l'ami du client. Le 19^e jour, Mme Flintoft s'est rendue à l'immeuble d'habitation du client et a découvert, plus tard ce jour-là, que le client avait été

trouvé mort dans son appartement, et que le décès remontait à au moins 12 heures.

6. Un autre des clients désignés a été admis au programme résidentiel de l'Hôpital en février 2008, pour environ trois semaines. En ce qui concerne ce client, Mme Flintoft a eu recours à un traducteur pour communiquer avec lui, mais a omis de faire le traducteur signer le formulaire standard de confidentialité pour les consultants externes de l'Hôpital, et elle a fait preuve d'un manque de connaissances des politiques et procédures de l'Hôpital à cet égard.
7. Un autre client désigné a été admis au programme résidentiel de l'Hôpital en décembre 2009 pour environ deux mois. Mme Flintoft a offert du counseling à la fois au client et à son partenaire. En ce qui concerne ces clients, Mme Flintoft :
 - a) a offert du counseling à la fois au client et au partenaire du client au sujet des questions de planification de la fin de vie et du deuil, étant donné le décès imminent du client, et les circonstances où le client et son partenaire faisaient face à des questions et besoins opposés;
 - b) a omis de veiller aux intérêts véritables du client en prévoyant une réunion avec le partenaire du client pour organiser les funérailles du client, en prévision de son décès, sans avoir informé le client de la réunion et sans l'avoir invité à assister;
 - c) a omis de reconnaître le conflit entre les besoins et intérêts du client et ceux de son partenaire, ou de prendre des mesures pour régler ce conflit, alors que celui-ci avait été identifié à plusieurs reprises par les supérieurs de Mme Flintoft à l'Hôpital; et
 - d) a refusé à plusieurs reprises de tenir compte des recommandations de ses superviseurs selon lesquelles le client et le partenaire du client auraient dû être vus par des cliniciens différents, avant d'accepter éventuellement cette approche.
8. Un autre client désigné a été admis au programme résidentiel de l'Hôpital en décembre 2009, pour trois mois, en attendant un placement de longue durée. Mme Flintoft a constaté que le client avait de la difficulté à obtenir et à gérer l'allocation mensuelle que lui versait le Bureau du tuteur et curateur public. En décembre 2009, Mme Flintoft a entrepris des démarches pour que l'argent de poche du client soit envoyé à l'Hôpital et détenu en fiducie, pendant environ deux mois, période pendant laquelle Mme Flintoft versait des fonds directement au client. Mme Flintoft a omis de consulter d'une manière appropriée ses superviseurs à l'Hôpital (à la fois en ce qui concerne les dispositions initiales puis les preuves ultérieures selon lesquelles le client dépensait son argent de manière irresponsable), a omis d'étudier les questions de la responsabilité personnelle ou de la responsabilité de l'Hôpital et a omis d'étudier et d'élaborer un plan pour faire face au fait que le client dépensait son argent de manière irresponsable.
9. Dans le cas de deux autres clients désignés, l'un a été admis au programme résidentiel de l'Hôpital en décembre 2008 et est resté à l'Hôpital jusqu'à son décès environ sept mois plus tard. Le deuxième client avait reçu auparavant des services de l'Hôpital jusqu'à son décès en 2008. Mme Flintoft avait en sa possession de l'argent appartenant à ces clients, qu'elle avait omis de remettre en temps utile. Si elle avait été appelée à témoigner lors de l'audience du comité de discipline, Mme Flintoft

aurait indiqué que l'argent du premier client avait été trouvé dans une armoire à pharmacie fermée à clé (environ 17 mois après le décès du membre) et que l'argent du deuxième client avait été donné à Mme Flintoft en mars 2010, plus de deux ans après le décès du client. Ces fonds avaient été conservés par Mme Flintoft pendant environ un mois (jusqu'à ce que prenne fin l'emploi de Mme Flintoft en avril 2010). Mme Flintoft reconnaît qu'elle n'avait pas documenté la réception ou la conservation des fonds et que l'argent se trouvait dans deux sacs de documents que son conseiller syndical a renvoyés à l'Hôpital à la suite de la démission de Mme Flintoft au mois d'avril 2010 ou aux alentours de cette date.

10. En ce qui concerne les 19 clients restants désignés, Mme Flintoft a omis de documenter de manière appropriée les contacts avec ses clients et de maintenir adéquatement le dossier clinique, malgré les vérifications répétées sous forme de graphiques au sujet de ses clients, malgré l'exigence, dont elle avait fait l'objet, de terminer (et l'achèvement de) un cours sur la documentation en 2008 et malgré le fait que ses supérieurs de l'Hôpital avaient fourni à Mme Flintoft un supplément de formation et de supervision sur la documentation du travail social. En particulier, Mme Flintoft a omis :
 - a) d'effectuer et (ou) d'enregistrer les évaluations de travail social;
 - b) de préparer et (ou) d'enregistrer un plan et (ou) des objectifs de traitement;
 - c) de documenter régulièrement tous ses contacts avec les clients au moyen de notes cliniques portées aux dossiers des clients;
 - d) de préparer la documentation relative aux contacts avec les clients et (ou) aux services prodigués au moment ou aux environs des dates où ces services ont été prodigués;
 - e) de déposer et conserver de manière adéquate les documents, notes et dossiers se rapportant aux clients dans les fichiers des membres pertinents, en temps voulu et d'une façon régulière.
11. Mme Flintoft reconnaît qu'étant donné le comportement décrit ci-dessus dont elle a fait preuve, en totalité ou en partie, elle est coupable de faute professionnelle tel que cela est établi aux alinéas 26(2) (a) et (c) de la *Loi sur le travail social et les techniques de travail social* (la « Loi ») et de non professionnalisme tel qu'établi au paragraphe 2.36 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle) pris en application de la Loi.

Décision

Le comité de discipline a jugé que les faits dont il a été convenu appuient la conclusion de faute professionnelle en ce qui concerne toutes les allégations mentionnées dans l'avis d'audience, et tout particulièrement que Mme Flintoft :

1. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle) pris en application de la Loi, et le Principe I des Normes d'exercice (commenté dans les interprétations 1.1 et 1.1.1) en omettant de participer avec les clients à l'établissement et l'évaluation d'objectifs et à l'identification de la raison d'être de ses relations professionnelles avec les clients, notamment l'amélioration du fonctionnement des clients et le renforcement de leur capacité à s'adapter et à entreprendre des changements.

2. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe I des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 1.2) en omettant d'étudier, de clarifier les informations que lui ont présentées ses clients, et de se renseigner à leur sujet.
3. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe I des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 1.7) en omettant de rester consciente de la raison d'être, du mandat et de la fonction de l'organisme qui l'employait, et de la manière dont cela influait sur ses relations professionnelles avec les clients et les restreignait.
4. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 2.1.1) en omettant d'être consciente de l'étendue et des paramètres de sa compétence et du champ d'application de sa profession et de limiter sa pratique en conséquence.
5. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 2.1.2) en omettant de rester au courant des nouveautés dans la théorie et la pratique du travail social et des techniques de travail social pertinentes à ses domaines de pratique professionnelle et en omettant de tenir à jour ses connaissances des politiques, lois, programmes et questions relatives à la collectivité, ses institutions et services dans ses domaines de pratique.
6. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 2.1.5) en omettant de s'engager dans le processus d'auto-examen et d'auto-évaluation et de chercher à obtenir des consultations, le cas échéant, tout en maintenant sa compétence et en acquérant des habiletés dans l'exercice du travail social. En particulier, Mme Flintoft a omis de s'engager comme elle l'aurait dû dans le processus d'auto-examen, d'évaluation et de consultation pour répondre à des préoccupations dans sa pratique du travail social, malgré les possibilités de consultation, de supervision et de formation offertes par son employeur.
7. a violé les articles 2.2, 2.10 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans les interprétations 2.2 et 2.2.1) en ayant des relations professionnelles qui constituaient un conflit d'intérêts et en se mettant dans des situations dans lesquelles elle aurait dû raisonnablement savoir que le client pouvait courir un risque et en fournissant des services professionnels à un client alors qu'elle se trouvait en conflit d'intérêts.
8. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans les interprétations 2.2 et 2.2.9) en omettant d'essayer de rehausser la capacité des clients à subvenir à leurs besoins, d'aider les clients à obtenir les renseignements, services et ressources nécessaires dans toute la mesure du possible et d'encourager et de favoriser la participation des clients à la prise de décisions.
9. a violé l'article 2.2 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe II des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 2.2.8) en omettant d'éviter d'adopter un comportement qui aurait pu raisonnablement être perçu comme jetant le discrédit sur la profession de travailleur social.

10. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe III des Normes d'exercice (commenté dans l'interprétation 3.2) en omettant d'offrir des services aux clients et de répondre à leurs questions, préoccupations ou plaintes d'une manière rapide et raisonnable;

11. a violé les articles 2.2 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et le Principe IV des Normes d'exercice (commenté dans les interprétations 4.1.1, 4.1.3 et 4.1.6) en omettant de tenir des dossiers systématiques, datés et lisibles pour chaque client ou système-client desservi, en omettant de consigner les informations au moment où survient l'événement ou le plus tôt possible par la suite, en omettant d'enregistrer les informations d'une manière conforme aux normes et protocoles acceptés pour les services et interventions, et selon un format qui facilite la surveillance et l'évaluation des effets du service et de l'intervention et qui répond aux exigences minimales sur les informations que doit contenir le dossier du travail social pour chaque client.

12. a violé les articles 2.2, 2.20 et 2.28 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle), et les Principes IV et V des Normes d'exercice (commentés dans les interprétations 4.2.1, 4.2.2 et 5.2) en omettant de tenir les dossiers d'une manière qui traduisait une connaissance approfondie des politiques de son employeur concernant la conservation, le stockage, la préservation et la sécurité des dossiers et qui protégeait adéquatement la confidentialité et la sécurité des dossiers des clients, et a omis d'acquérir et de conserver une connaissance approfondie des politiques et pratiques de l'organisme qui l'employait concernant la gestion des informations sur les clients.

13. a violé les articles 2.4 et 2.2.8 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle) en omettant de superviser adéquatement une personne se trouvant sous sa responsabilité professionnelle et qui fournissait des services de travail social.

14. a violé l'article 2.36 du Règlement de l'Ontario 384/00 (faute professionnelle) en adoptant un comportement ou en accomplissant une action pertinente à l'exercice de la profession qui, compte tenu de toutes les circonstances, serait raisonnablement considéré par les membres comme non professionnel.

Ordonnance de pénalité

Le sous-comité du comité de discipline a accepté la présentation conjointe concernant la pénalité remise par l'Ordre et Mme Flintoft et a rendu une ordonnance de pénalité correspondant aux termes de la présentation conjointe. Le comité de discipline a ordonné que :

1. Mme Flintoft soit réprimandée en personne et que le fait et la nature de la réprimande soient portés au Tableau de l'Ordre.
2. la conclusion et l'ordonnance du comité de discipline (ou un sommaire de celles-ci) soient publiées, y compris les renseignements identificatoires concernant Mme Flintoft, dans la publication officielle de l'Ordre, sur le site Web de l'Ordre, dans les informations générales d'une agence de transmission, et en outre de toute autre manière nécessaire pour mettre en garde les organismes de réglementation des autres provinces, et que les résultats de l'audience soient portés au Tableau.

Le comité de discipline a conclu que :

- alors que les actes de faute professionnelle de Mme Flintoft n'étaient pas isolés mais plutôt très courants en l'espace de deux ans, et que Mme Flintoft était une praticienne chevronnée et membre de l'équipe de traitement de l'Hôpital, elle n'a pas fait preuve de malhonnêteté;
- il y avait des facteurs atténuants, à savoir que Mme Flintoft a admis avoir commis des fautes professionnelles et a accepté les présentations conjointes et la pénalité, épargnant ainsi aux clients de l'Hôpital les troubles émotionnels qu'aurait représentés leur participation à l'audience pour témoigner, et épargnant à l'Ordre les coûts et le temps d'une enquête approfondie;
- le traitement et la réadaptation ne s'appliquent pas à ce cas, étant donné que Mme Flintoft a mis fin à son adhésion à l'Ordre;
- les membres de l'Ordre devraient savoir que s'ils commettent des fautes similaires à celles de Mme Flintoft, ils seront punis de la même manière;
- la publication du nom de Mme Flintoft et des détails au sujet de sa faute est nécessaire pour dissuader les autres membres de l'Ordre de commettre le même genre de faute et est nécessaire pour protéger l'intérêt du public et maintenir sa confiance dans l'intégrité du processus disciplinaire de l'Ordre;
- en portant chaque révocation, annulation et suspension du certificat d'un membre de l'Ordre au Tableau de l'Ordre, ainsi que toute autre information, tel qu'exigé par les sous-comités du comité de discipline, les futurs employeurs et le public seront mieux protégés. En outre, cela souligne l'importance de la transparence et de la participation du public aux processus de plaintes et de discipline de l'Ordre;
- dans le présent cas, la publication de l'ordonnance du comité de discipline est nécessaire pour assurer la protection du public. L'adhésion à l'Ordre n'est pas une condition à remplir pour accepter un emploi dans les domaines du counseling, de la thérapie ou pour établir une pratique privée. Il n'y a aucune garantie que les employeurs ou les clients potentiels contacteront l'Ordre pour s'informer du statut de membre d'un individu. La publication à grande échelle du nom de Mme Flintoft et de la décision du comité de discipline pourrait être le seul moyen efficace de veiller à ce que le public ou les employeurs futurs soient au courant des actions passées de Mme Flintoft.
- le fait de réprimander Mme Flintoft en personne est un moyen de dissuasion particulier pour elle au cas où elle travaillerait dans un contexte de travail social à l'avenir. La réprimande vise à bien faire comprendre à Mme Flintoft les conséquences de ses actes, non seulement pour elle mais aussi pour ses clients, ses anciens clients, l'Ordre et le public.

À la fin de l'audience, Mme Flintoft a renoncé à son droit d'appel, et le comité de discipline lui a infligé une réprimande verbale.