

## Rapport public initial

**Date d'émission du rapport :** 12 novembre 2024.

**Numéro d'inspection :** 2024-1584-0004

**Type d'inspection :**

Plainte

Incident critique

Titulaire de permis : The Corporations of the United Counties of Leeds and Grenville, the City of Brockville, the Town of Gananoque and the Town of Prescott

Foyer de soins de longue durée et ville : St. Lawrence Lodge, Brockville

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 22 au 25, et les 28, 30 et 31 octobre, le 1<sup>er</sup>, et du 4 au 8 novembre 2024.

L'inspection relative à une plainte concernait :

- le registre n° 00129692 ayant trait à des soins et à des services aux personnes résidentes;
- les registres n° 00129001 et n° 00128948/SIC n° M576-000059-24 – ayant trait à. une blessure de cause inconnue.

L'inspection relative aux incidents critiques concernait :

- les registres n° 00128476/SIC n° M576-000057-24, et n° 00130218/SIC n° M576-000064-24 – ayant trait à des erreurs médicamenteuses;
- les registres n° 00122183/SIC n° M576-000036-24, n° 00126814/SIC n° M576-000051-24, et n° 00128638/SIC n° M576-000058-24, ayant trait à des cas allégués de mauvais traitements d'ordre physique d'une personne résidente de la part d'une personne résidente;
- les registres n° 00127012/SIC n° M576-000052-24, n° 00127051/SIC

n° M576-000053-24, et n° 00127923/SIC n° M576-000054-24, et  
n° 00129071/SIC n° M576-000060-24 – ayant trait à des cas allégués de  
mauvais traitements d'une personne résidente de la part d'un membre du  
personnel.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

- Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
- Prévention et gestion de la peau et des plaies
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Comportements réactifs
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Obligation du titulaire de permis de se conformer au programme

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7). Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des soins des plaies fussent fournis à une personne résidente comme prévu dans son programme de soins. Le programme de soins de la personne résidente indiquait qu'elle avait une plaie nécessitant des soins des plaies particuliers qui n'ont pas été prodigués à deux reprises pendant une période déterminée. Le programme de soins de la personne résidente indiquait également qu'elle nécessitait des soins des plaies particuliers pour une deuxième plaie, soins qui n'ont pas été prodigués à quatre reprises pendant la même période.

Sources : Registre d'administration des traitements et notes d'évolution de la personne résidente, et entretiens avec deux infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA).

### AVIS ÉCRIT : Cas où une réévaluation et une révision sont nécessaires

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect **de l'alinéa** 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10). Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente fût réévaluée, et à ce que son programme de soins fût réexaminé lorsque son programme de soins en matière de comportements réactifs n'avait pas été mis à jour au cours de l'année

précédente.

L'observation des soins et des services à une personne résidente et un examen de la documentation des tâches dans PointClickCare indiquaient que la personne résidente avait manifesté un comportement réactif à deux reprises déterminées.

Sources : Observation des soins et des services à la personne résidente, examen du programme de soins et des notes d'évolution de la personne résidente, de la documentation des tâches, des notes de l'équipe mobile d'intervention/Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (Projet OSTC) et des services itinérants de psychologie gériatrique; entretien avec la personne résidente, la directrice adjointe ou le directeur adjoint des soins infirmiers (DASI), une infirmière ou un infirmier autorisé (IA) et un autre membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de protéger

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 24 (1) de la LRSLD (2021)

Obligation de protéger

Paragraphe 24 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée protège les résidents contre les mauvais traitements de la part de qui que ce soit et veille à ce que les résidents ne fassent l'objet d'aucune négligence de sa part ou de la part du personnel.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que des personnes résidentes dont s'occupait un membre du personnel déterminé fussent protégées contre des mauvais traitements potentiels.

Un membre du personnel a observé un incident de mauvais traitements soupçonnés d'une personne résidente de la part d'un membre du personnel déterminé. Le premier membre du personnel n'a pas immédiatement fait rapport de l'incident et, par conséquent, les personnes résidentes n'ont pas été protégées, car le membre du personnel déterminé a continué de travailler à plusieurs reprises.

Sources : Examen du rapport du Système de rapport d'incidents critiques (SIC), du rapport des horaires de travail, et entretien avec la ou le DASI et un autre membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect **de l'alinéa** 28 (1) 1 de la LRSLD 2021.

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1). Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'on fit immédiatement rapport au directeur d'une allégation d'administration d'un traitement ou de soins à une personne résidente de façon inappropriée. À une date déterminée, un membre du

personnel infirmier n'a pas fait immédiatement rapport d'une plainte relative à des soins administrés de façon inappropriée qui ont occasionné une blessure à la personne résidente.

Sources : Examen du rapport du SIC, des dossiers médicaux de la personne résidente, de la politique du foyer O202-12-02 intitulée obligation de faire rapport d'un incident critique – soins à une personne résidente (*Critical Incident Reporting, Resident Care*) (date de révision, août 2024), et entretiens avec du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de la disposition 28 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

Paragraphe 28 (1). Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que deux IA fissent immédiatement rapport au directeur de soupçons de mauvais traitements envers deux personnes résidentes et communiquent les renseignements sur lesquels ils sont fondés.

Une ou un IAA a fait rapport à l'IA d'un incident de mauvais traitements soupçonnés infligés à une personne résidente par un membre du personnel déterminé. Le lendemain, l'IAA a eu connaissance d'un second incident de mauvais traitements soupçonnés infligés à une personne résidente par le même membre du personnel identifié le jour précédent. L'IAA a fait rapport des mauvais traitements soupçonnés à l'IA qui travaillait ce jour-là. Dans chaque cas, les IA n'ont pas immédiatement fait rapport au directeur des soupçons de mauvais traitements d'une personne résidente.

Sources : Examen des rapports du SIC, et entretiens avec les IAA et un autre membre du personnel.

## AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du sous-alinéa **55 (2) b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée

au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les deux plaies d'une personne résidente fussent réévaluées au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé.

Plus précisément, la plaie d'une personne résidente a fait l'objet de quatre évaluations hebdomadaires pendant une période déterminée. Il n'y a pas eu d'évaluations hebdomadaires effectuées pour une seconde plaie pendant la même période.

Sources : Examen du registre d'administration des traitements et des notes d'évolution de la personne résidente, et entretiens avec des IAA, et l'infirmière-ressource ou l'infirmier-ressource en soins cliniques/responsable des plaies.

## AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du paragraphe **140 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (1). Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qu'aucun médicament ne soit utilisé par un résident du foyer ou ne lui soit administré, à moins que le médicament ne lui ait été prescrit. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (1).

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'aucun médicament ne fût administré à

une personne résidente du foyer, à moins que le médicament ne lui eût été prescrit. Plus précisément, à une date déterminée, on a donné à une personne résidente un médicament qui ne lui était pas prescrit.

Sources : Examen des notes d'évolution de la personne résidente, du registre d'administration des médicaments, du rapport du SIC, et entretiens avec la ou le DSI et l'IA.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 001 – système de gestion des médicaments

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe **123 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Système de gestion des médicaments

Paragraphe 123 (2). Le titulaire de permis veille à ce que des politiques et des protocoles écrits soient élaborés pour le système de gestion des médicaments afin de veiller à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

**L'inspecteur** ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Effectuer des vérifications pour toutes les ordonnances médicales des personnes résidentes lors de leur réadmission, relativement à leur intégralité et à leur exactitude, conformément à la politique du foyer relative au système de gestion des médicaments, en particulier concernant la marche à suivre relative au bilan comparatif des médicaments. Des mesures correctrices seront prises si l'on détecte un écart par rapport à la marche à suivre.

2. Fournir à deux membres concernés du personnel autorisé, un recyclage ayant trait à la politique relative au système de gestion des médicaments, en particulier concernant la marche à suivre relative au bilan comparatif des médicaments.
3. Consigner dans un dossier tout ce qui est requis aux termes du présent ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

#### Motifs

Le titulaire de permis n'a pas respecté ses politiques et marches à suivre relatives au système de gestion des médicaments en ce sens que la marche à suivre relative au bilan comparatif des médicaments lors de la réadmission n'a pas été respectée.

Conformément à l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu de veiller à ce que ses politiques et marches à suivre écrites veillent à ce que tous les médicaments utilisés au foyer soient acquis, préparés, reçus, entreposés, administrés, détruits et éliminés de façon rigoureuse.

La politique du foyer intitulée politique et marches à suivre du manuel 2024 de MediSystem à l'intention des foyers desservis, indiquait ce qui suit dans la marche à suivre 13.11 intitulée retour d'hôpital :

Lorsqu'une personne résidente revient de l'hôpital, un membre du personnel autorisé du foyer examine les médicaments figurant sur le sommaire de congé de l'hôpital, et compare cette liste à la liste des médicaments que la personne résidente prenait avant son transfert.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

Le membre du personnel autorisé vérifie le statut de chaque médicament en cochant la mention ou les mentions suivantes : continuer, arrêter, ou attendre la vérification auprès du prescripteur.

Une deuxième infirmière ou un deuxième infirmier a l'obligation d'examiner et de contrôler les ordonnances exécutées afin d'en vérifier l'exactitude et la justesse.

Plus précisément, des membres du personnel autorisé n'ont pas respecté cette politique, lorsqu'à une date déterminée de septembre 2024, un certain membre du personnel autorisé d'une part n'a pas examiné les médicaments d'une personne résidente figurant sur la liste des médicaments du sommaire de congé de l'hôpital, qui indiquait de cesser d'administrer un médicament donné, et d'autre part n'a pas comparé cette liste à la liste des médicaments que la personne résidente prenait avant son transfert. En conséquence, le médicament en question a été coché comme étant à « continuer » lors de l'examen avec le prescripteur.

À une date déterminée de septembre 2024, le membre du personnel autorisé déterminé n'a pas respecté la politique, quand il a effectué un second contrôle des ordonnances médicales lors de la réadmission de la personne résidente, mais qu'il n'a pas vérifié l'exactitude et la justesse de l'ordonnance exécutée. En conséquence, la personne résidente a continué de recevoir le médicament en question, dont on aurait dû cesser l'administration selon les instructions du sommaire de congé de l'hôpital concernant les médicaments.

La personne résidente a été transférée à l'hôpital une deuxième fois à une date déterminée de septembre 2024, et en est revenue. Les instructions du sommaire de congé de l'hôpital concernant les médicaments ne comportaient pas le médicament en question. Un membre déterminé du personnel autorisé a effectué l'examen des ordonnances de réadmission de la personne résidente et a

coché de continuer l'administration du médicament donné. Le membre déterminé du personnel autorisé n'a pas respecté la politique du foyer, quand lors de l'examen du dossier médical de la personne résidente il n'y avait pas de preuve qu'une deuxième infirmière ou un deuxième infirmier avait effectué un second contrôle pour vérifier l'exactitude et la justesse des ordonnances médicales. En conséquence, la personne résidente a continué de recevoir le médicament en question et a été transférée à l'hôpital.

Sources : Observations de la personne résidente, examen des documents suivants : dossiers médicaux de la personne résidente, du rapport du SIC n° M576-000057-24, rapport d'incident lié à un médicament, marche à suivre 13.11 - politique et marches à suivre du manuel 2024 de MediSystem à l'intention des foyers desservis, et entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit conformer **à cet ordre d'ici le** : 29 janvier 2025.

## ORDRE DE CONFORMITÉ OC n° 002 – Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité aux termes de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021).

Non-respect du paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1). Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

**L'inspecteur** ordonne au titulaire de permis de se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD (2021)] :

Le titulaire de permis doit s'assurer de ce qui suit :

1. Veiller à ce que l'on fasse rapport au directeur des allégations de mauvais traitements et de négligence conformément à la politique du titulaire de permis intitulée politique relative à l'obligation de faire rapport des mauvais traitements et de la négligence (*Reporting of Abuse or Neglect Policy*).
2. Effectuer des vérifications de chaque allégation de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes pour veiller à la conformité à la politique du titulaire de permis intitulée politique relative à l'obligation de faire rapport des mauvais traitements et de la négligence (*Reporting of Abuse or Neglect Policy*).
3. Prendre des mesures correctrices si l'on détecte un écart dans l'obligation de faire rapport conformément à la politique du titulaire de permis relative à l'obligation de faire rapport des mauvais traitements et de la négligence (*Reporting of Abuse or Neglect Policy*).
4. Consigner dans un dossier tout ce qui est requis aux termes du présent ordre de conformité, jusqu'à ce que le ministère des Soins de longue durée estime que le titulaire de permis s'est conformé au présent ordre.

#### Motifs

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que soit respectée la politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes.

Plus précisément en ce qui concerne la politique n° O202-02-05 – mauvais traitements et négligence envers les personnes résidentes (*Abuse and Neglect of Residents*), révisée en février 2024, qui prévoit que tous les employés ont l'obligation légale de faire immédiatement rapport au personnel d'encadrement ou au gestionnaire du service ou bien à sa déléguée ou à son délégué, de tout incident ou de tout incident soupçonné de mauvais traitements ou de négligence envers des personnes résidentes.

Deux membres du personnel n'ont pas respecté la politique du titulaire de permis n° O202-02-05 qui exigeait que l'on fasse immédiatement rapport de mauvais traitements soupçonnés infligés à une personne résidente par un membre du personnel, et le membre du personnel a continué de travailler à plusieurs reprises.

Sources : Examen du rapport du SIC, de la politique n° O202-02-05, et entretien avec la ou le DASI.

**Le titulaire de permis doit conformer à cet ordre d'ici le : 30 décembre 2024.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi). Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le jour de l'envoi;
- b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;
- c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

- a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;
- b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410  
Ottawa, ON K1S 3J4  
Téléphone : 877 779-5559

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

**Commission d'appel et de révision des services de santé**

À l'attention du registrateur  
151, rue Bloor Ouest, 9<sup>e</sup> étage,  
Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur  
a/s du coordonnateur des appels  
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée  
Ministère des Soins de longue durée  
438, avenue University, 8<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1N3  
Courriel : [MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca](mailto:MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca)

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web <https://www.hsarb.on.ca/>

**Rapport d'inspection prévu par la**

*Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

**District d'Ottawa**

347, rue Preston, bureau 410

Ottawa, ON K1S 3J4

Téléphone : 877 779-5559