

Rapport public

Date d'émission du rapport : 22 janvier 2026

Numéro d'inspection : 2026-1438-0001

Type d'inspection :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : Southlake Residential Care Village

Foyer de soins de longue durée et ville : Southlake Residential Care Village,
Newmarket

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 7 au 9, du 12 au 14, le 16 et du 19 au 22 janvier 2026

L'inspection a eu lieu hors site à la date suivante : 15 janvier 2026

L'inspection concernait :

- Un signalement relatif à une inspection proactive de la conformité.

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

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies
Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Normes en matière de dotation en personnel, de formation et de soins
Amélioration de la qualité
Droits et choix des résidents
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Affichage des renseignements

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

Non-respect du : paragraphe 85 (1) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les renseignements exigés soient affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès du foyer et d'une façon conforme aux exigences éventuelles qu'établissent les règlements.

Les renseignements exigés, notamment la politique du foyer de soins de longue durée visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les personnes résidentes, n'ont pas été affichés dans un endroit bien en vue et facile d'accès. Une version obsolète de la politique se trouvait dans un classeur supplémentaire conservé à un endroit différent du tableau d'affichage utilisé pour afficher les renseignements concernant les personnes résidentes. Il n'y a pas d'affiche sur le tableau d'affichage pour informer les personnes résidentes et les visiteurs de l'existence d'un classeur où sont conservés d'autres renseignements exigés. Une personne résidente a déclaré qu'elle connaissait seulement l'existence du tableau d'affichage principal. Le directeur général ou la directrice générale par intérim du foyer a reconnu que le classeur ne se trouvait pas dans un endroit bien en vue.

Sources : observations, vérification du tableau d'affichage, examen du contenu du classeur et entretiens avec une personne résidente et le directeur général ou la directrice générale par intérim du foyer.

AVIS ÉCRIT : Renseignements exigés

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 85 (3) d) de la LRSLD (2021)

Affichage des renseignements

Paragraphe 85 (3) Les renseignements exigés pour l'application des paragraphes (1)

et (2) sont les suivants :

d) une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28;

Les renseignements exigés, dont une explication de l'obligation de faire rapport prévue à l'article 28 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (LRSLD), n'ont pas été affichés dans le foyer. À l'origine, une affiche décrivant l'obligation prévue à l'article 24 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* était affichée sur le mur adjacent à un tableau d'affichage, mais l'affiche a été retirée sans qu'une version mise à jour n'ait été mise en place.

Sources : observation, vérification des affiches, entretien avec le directeur général ou la directrice générale par intérim du foyer.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

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

Non-respect du : paragraphe 24 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Les registres de la température ambiante du foyer pour un mois donné indiquaient systématiquement des températures inférieures à 22 degrés Celsius lors de chaque intervalle de mesure désigné dans les relevés de température des aires communes au rez-de-chaussée du foyer, y compris au café des personnes résidentes, dans la salle de télévision, dans l'auditorium, dans la chapelle et à la bibliothèque. Le ou la gestionnaire des services environnementaux du foyer a reconnu que la température ambiante devait être maintenue à au moins 22 degrés Celsius.

Sources : registres de la température ambiante du foyer et entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux du foyer.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la

LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 55 (1) 3. du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (1) Le programme de soins de la peau et des plaies doit au minimum prévoir ce qui suit :

3. Des stratégies pour le transfert et les changements de position de résidents de façon à réduire et à prévenir les ruptures de l'épiderme et à réduire et à éliminer la pression, notamment grâce à l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'aides pour changer de position.

Le programme de soins d'une personne résidente comportait des instructions relatives à la mise en place d'équipement pour réduire ou éliminer la pression. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) et le ou la responsable des soins de la peau et des plaies du foyer ont reconnu que les instructions relatives à la mise en place de l'équipement ne prévoyaient pas un soulagement efficace de la pression.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec un ou une IAA ainsi qu'avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et un ou une IAA.

AVIS ÉCRIT : Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

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

Non-respect de : l'alinéa 74 (2) c) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes de soins alimentaires et d'hydratation

Paragraphe 74 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les programmes comprennent ce qui suit :

c) la mise en œuvre de mesures d'intervention permettant d'atténuer et de gérer de tels risques;

Une personne résidente a reçu un régime alimentaire qui n'était pas conforme à son programme de soins provisoire. L'examen des dossiers et les entretiens avec le ou la gestionnaire en diététique et un ou une IAA ont confirmé l'incohérence.

Sources : programme de soins provisoire d'une personne résidente, observations et entretiens avec le ou la gestionnaire en diététique et un ou une IAA.

AVIS ÉCRIT : Préparation alimentaire

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

Non-respect du : paragraphe 78 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Préparation alimentaire

Paragraphe 78 (8) Pendant chaque heure de fonctionnement d'une aire du service d'alimentation, le titulaire de permis veille à ce qu'au moins un cuisinier, un préposé au service d'alimentation ou un gestionnaire de la nutrition qui a terminé avec succès une formation à l'intention des manipulateurs d'aliments se trouve dans l'aire. Article 16 du Règl. de l'Ont. 66/23

Le foyer n'avait pas de cuisinier sur place.

Un examen des menus initiaux a montré qu'à une date précise, le souper devait inclure du rôti de bœuf. Cependant, comme le foyer n'avait pas de cuisinier disponible sur place ce jour-là, le repas prévu n'a pas pu être préparé et des sandwiches froids ont été servis à la place.

Sources : menu du souper, entretiens avec le ou la gestionnaire de la cuisine et une personne résidente.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 8. du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

8. La fourniture aux résidents des aides à l'alimentation, des appareils fonctionnels, de l'aide personnelle et de l'encouragement nécessaires pour leur permettre de manger et de boire en toute sécurité de façon aussi confortable et autonome que possible.

Une personne résidente n'a pas reçu l'appareil fonctionnel nécessaire pour boire en toute sécurité, conformément à son programme de soins provisoire.

Sources : programme de soins provisoire d'une personne résidente, observations et entretiens avec le ou la gestionnaire en diététique et un ou une IAA.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 008 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 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 un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

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

1. Le foyer fournira une formation à l'ensemble du personnel infirmier autorisé travaillant dans les sections accessibles aux personnes résidentes du foyer précisées sur le processus et les marches à suivre du foyer en matière d'évaluation initiale et de réévaluation des signes d'altération de l'intégrité épidermique décelés. Le foyer devra veiller à établir une liste des membres du personnel infirmier autorisé tenus de suivre la formation. La documentation de la formation doit comprendre la date de la formation donnée, les noms et titres complets des personnes formatrices et des participants, la confirmation de la participation de chaque membre du personnel infirmier autorisé à la formation (par exemple, registre des présences, attestation de l'achèvement) et le contenu de la formation. Cette documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Le foyer élaborera et mettra en œuvre un processus de suivi des signes d'altération de l'intégrité épidermique décelés sur les lieux afin de veiller à ce que

les personnes résidentes chez qui des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés bénéficient des évaluations appropriées.

3. Le ou la responsable de la peau et des plaies du foyer ou la personne déléguée désignée effectueront des vérifications hebdomadaires pendant trois semaines consécutives dans les sections accessibles aux personnes résidentes du foyer précisées auprès de toutes les personnes résidentes chez qui des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés, d'après le processus élaboré à la disposition 2 de l'ordre de conformité. Le foyer dressera la liste de toutes les personnes résidentes chez qui des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés, et ce, dans les sections accessibles aux personnes résidentes précisées, à la date de réception du présent ordre de conformité. Les trois semaines consécutives de vérification permettront de suivre les personnes résidentes figurant sur la liste dressée et de garantir que des évaluations appropriées sont effectuées auprès des personnes résidentes. La documentation des vérifications devra comprendre la date de la vérification, le nom et le titre de la personne vérificatrice, le nom des personnes résidentes chez qui des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés et toute mesure corrective à prendre en cas de non-suivi du processus du foyer. Cette documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

Motifs

1. Des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés chez une personne résidente à une date précise. Une évaluation initiale des signes d'altération de l'intégrité épidermique a été effectuée, mais il n'y a pas eu de réévaluations hebdomadaires à diverses dates. Comme il n'y a pas eu de réévaluation de la peau et des plaies chaque semaine, la possibilité de surveiller les signes d'altération de l'intégrité épidermique chez la personne résidente a été perdue. La personne résidente a présenté un risque accru d'inconfort et de conséquences cliniques négatives, comme les signes d'altération de l'intégrité épidermique se sont aggravés.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec un ou une IAA ainsi qu'avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et l'IAA.

2. Des signes d'altération de l'intégrité épidermique ont été décelés chez une autre personne résidente à une certaine date. Une évaluation initiale a été effectuée, mais

les réévaluations hebdomadaires n'ont pas eu lieu à diverses dates. En l'absence de réévaluations hebdomadaires de la peau et des plaies, la possibilité de surveiller les signes d'altération de l'intégrité épidermique chez la personne résidente a été perdue. L'état exact des signes d'altération préoccupants de l'intégrité épidermique n'était pas clair en raison de l'absence de réévaluation, ce qui a exposé la personne résidente à un risque accru d'inconfort et de conséquences cliniques négatives.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretien avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et l'IAA.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 17 avril 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 002 Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 009 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 55 (2) e) 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 :

e) le résident qui présente un problème de peau pouvant vraisemblablement nécessiter une intervention en matière de nutrition, ou répondre à une telle intervention, comme des lésions de pression, des ulcères du pied, des plaies chirurgicales, des brûlures ou une dégradation de l'état de sa peau est évalué par un diététiste agréé qui fait partie du personnel du foyer et toute modification que le diététiste recommande au programme de soins du résident, en ce qui concerne l'alimentation et l'hydratation, est mise en œuvre. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 55 (2); Règl. de l'Ont. 66/23, art. 12.

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

1. Le foyer fera suivre une formation à l'ensemble du personnel infirmier autorisé, y compris au personnel d'agence, travaillant dans les sections accessibles aux personnes résidentes du foyer précisées, sur le processus d'aiguillage attendu vers le diététiste professionnel ou la diététiste professionnelle (Dt.P.) du foyer en ce qui concerne les problèmes de peau et de plaies. La formation comprendra la révision

Ministère des Soins de longue duréeDivision des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée**District du Centre-Est**33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

des problèmes de peau susceptibles de faire l'objet d'un aiguillage vers un ou une Dt.P. ainsi que la revue du processus d'aiguillage attendu du foyer. Le foyer devra veiller à établir une liste des membres du personnel infirmier autorisé tenus de suivre la formation. La documentation de la formation devra comprendre la date de la formation, les noms et les titres complets des personnes formatrices et des participants, le contenu de la formation et la confirmation de la participation de chaque membre du personnel requis à la formation (par exemple, registres de présence, attestation de l'achèvement, signatures). Cette documentation doit être conservée et mise à la disposition de l'inspectrice ou de l'inspecteur sur demande.

2. Le ou la responsable des soins de la peau et des plaies du foyer, le ou la Dt.P. ou la personne désignée élaboreront et mettront en œuvre un processus de suivi des aiguillages vers le ou la Dt.P. concernant les personnes résidentes présentant des problèmes de peau susceptibles de nécessiter une mesure d'intervention en matière de nutrition ou de répondre à une telle mesure d'intervention. Le processus de suivi élaboré doit être mis en œuvre dans les sections accessibles aux personnes résidentes du foyer précisées pendant une période de quatre semaines consécutives. Le foyer doit conserver la documentation relative au processus de suivi élaboré et à tous les cas où le processus de suivi a permis de révéler l'absence d'un aiguillage requis, ainsi qu'à toute mesure corrective prise en réponse aux aiguillages non effectués. Cette documentation doit être mise à la disposition de l'inspecteur ou de l'inspectrice sur demande.

Motifs

1. Un problème de peau a été initialement constaté chez une personne résidente à une date précise. La personne résidente a été aiguillée vers le ou la Dt.P. du foyer et évaluée à ce moment-là. Le problème de peau s'est aggravé, mais la personne résidente n'a pas de nouveau été aiguillée vers le ou la Dt.P. du foyer en vue d'une nouvelle évaluation. Un infirmier auxiliaire autorisé ou une infirmière auxiliaire autorisée (IAA) a expliqué qu'il fallait aiguiller une personne résidente vers un ou une Dt.P. lorsqu'un problème de peau ne guérit pas, mais que le personnel autorisé n'est pas tenu d'aiguiller la personne résidente vers un ou une Dt.P. L'IAA ou le ou la responsable des soins de la peau et des plaies a reconnu qu'un aiguillage vers le ou la Dt.P. n'avait pas été fait, malgré l'aggravation du problème de peau de la personne résidente. Le ou la Dt.P. du foyer a reconnu qu'une demande d'aiguillage aurait dû être faite vers lui ou elle en raison de l'aggravation du problème de peau de la personne résidente. L'absence de nouvel aiguillage vers le ou la Dt.P., lorsque

le problème de peau de la personne résidente s'est aggravé, a réduit la possibilité pour la personne résidente d'une approche interprofessionnelle du traitement du problème de peau, l'accès à une telle approche et, en fin de compte, la possibilité de mettre en œuvre des mesures d'intervention en matière de nutrition et d'hydratation pour mieux favoriser l'intégrité épidermique et la guérison.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le ou la Dt.P. du foyer, avec un ou une IAA ainsi qu'avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et l'IAA.

2. Un problème de peau a été constaté chez une autre personne résidente. Une évaluation initiale de la peau et des plaies, réalisée par le personnel infirmier autorisé, a révélé qu'un aiguillage vers le ou la Dt.P. du foyer avait été recommandé/effectué, mais qu'il n'y avait eu aucun aiguillage. Un ou une IAA a reconnu qu'un aiguillage vers le ou la Dt.P. du foyer était attendu si une personne résidente présentait un problème de peau, que cet aiguillage n'avait pas été effectué pour cette personne résidente et qu'il aurait dû l'être. Le ou la responsable des soins de la peau et des plaies du foyer a confirmé qu'un aiguillage au ou à la Dt.P. n'avait pas été effectué en ce qui concerne le problème de peau de cette personne résidente et qu'il aurait pu l'être. Le ou la Dt.P. du foyer a confirmé n'avoir reçu aucune demande d'évaluation relativement au problème de peau de cette personne résidente; et selon lui ou elle, un tel aiguillage à son endroit aurait dû être attendu. En l'absence d'une évaluation de la part du ou de la Dt.P., la possibilité d'une approche interprofessionnelle du traitement du problème de peau de la personne résidente a été perdue. En fin de compte, la possibilité de mettre en œuvre des mesures d'intervention en matière de nutrition et d'hydratation pour mieux favoriser l'intégrité épidermique et la guérison a aussi été perdue.

Sources : dossiers cliniques d'une personne résidente et entretiens avec le ou la Dt.P. du foyer, avec un ou une IAA ainsi qu'avec le ou la responsable des soins de la peau et des plaies et l'IAA.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le 17 avril 2026.

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 permis 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 pas 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

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^e étage
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

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;
- 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 suivants 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^e 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^e étage

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 du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage
Oshawa (Ontario) L1H 1A1
Téléphone : 844 231-5702

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : 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 www.hsarb.on.ca.