

# Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2024-05588

Me Julie-Kim Godin  
Coroner

<b>BUREAU DU CORONER</b>		
2024-07-24 Date de l'avis	2024-05588 N° de dossier	
<b>IDENTITÉ</b>		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
88 ans Âge	Féminin Sexe	
Châteauguay Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
<b>DÉCÈS</b>		
2024-07-23 Date du décès	Montréal Municipalité du décès	
Hôpital général de Montréal Lieu du décès		

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ a été identifiée visuellement par un proche.

### CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 22 juillet 2024, vers 20 h 40, une infirmière auxiliaire du centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Châteauguay (Résidence Le Trèfle d'Or) a entendu un bruit inattendu en provenance de la chambre de Mme ██████████. Elle s'est donc rendue à la chambre de cette dernière et a noté que la porte d'entrée était ouverte. Elle y a alors retrouvé Mme ██████████ étendue au sol. Elle était consciente et présentait une blessure à la tête. Une autre résidente était également présente et était étendue sur les jambes de Mme ██████████.

De l'aide a été demandée et les résidentes ont été déplacées. Mme ██████████ a été examinée par une infirmière, qui a noté la présence d'un hématome au niveau de la tête. Elle l'a amenée au poste des infirmières pour mieux l'évaluer et la surveiller.

Mme ██████████ a rapidement présenté des signes d'atteintes neurologiques, dont une incapacité à s'exprimer et une hémiparésie droite.

Le médecin de garde a été appelé à 21 h 05 et a recommandé un transfert vers un centre hospitalier.

Un appel a été logé à la centrale 911 à 21 h 10. Mme ██████████ a ainsi été transférée par ambulance à l'Hôpital général de Montréal. Elle a été prise en charge par l'équipe médicale et s'est soumise à un scan de la tête, qui a confirmé la présence d'une hémorragie intracrânienne et d'un pronostic réservé. Ses proches ont été informés de la situation.

À la lumière de son niveau de soins et de ses volontés, des soins de confort lui ont été prodigués.

Le décès de Mme ██████████ a ultimement été constaté par un médecin de l'établissement le 23 juillet 2024 à 20 h 05.

## EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie virtuelle par tomographie à densité axiale a été effectuée le 24 juillet 2024 à l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans son rapport, la radiologue a identifié une hémorragie intracrânienne et un possible foyer de pneumonie. Elle a précisé que l'examen n'avait pas permis de confirmer l'étiologie du saignement.

Dans les circonstances, une autopsie partielle limitée à la tête a été faite le 29 juillet 2024 au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. Cette expertise a permis de mettre en lumière un hématome sous le cuir chevelu et un important hématome intraparenchymateux avec un œdème marqué. Aucune fracture n'a été observée.

Le pathologiste ayant procédé à l'autopsie a conclu que les hématomes identifiés avaient probablement été causés par un traumatisme contondant à la tête, telle une chute avec un impact à la tête contre une surface.

Compte tenu des circonstances, aucune analyse toxicologique n'a été demandée.

## ANALYSE

### 1. *Portrait de Mme* [REDACTED]

Mme [REDACTED] vivait de manière semi-autonome dans une résidence pour personnes âgées et pouvait compter sur l'amour et le soutien de ses enfants, qui étaient présents au quotidien.

Mme [REDACTED] avait des antécédents médicaux, dont un trouble neurocognitif sévère associé à un syndrome cérébral primitif dégénératif (maladie d'Alzheimer et démence). Par conséquent, elle pouvait présenter des troubles de comportement, telles une faible coopération, une irritabilité et une labilité émotionnelle. Elle était aussi connue comme étant à risque de chute.

En décembre 2023, elle a été hospitalisée en raison d'un problème digestif et d'une détérioration de son état général. Au cours de son hospitalisation, un diagnostic de délirium secondaire à un problème digestif a été posé.

Face à l'évolution de son état et l'augmentation de ses besoins, une demande d'hébergement a été faite.

Le 28 décembre 2023, elle a obtenu une place au CHSLD de Châteauguay, sur un étage régulier.

Dans la période suivant son arrivée, elle acceptait difficilement son hébergement. Compte tenu de ses conditions de santé, il était difficile pour elle de s'adapter aux changements et d'agir de façon harmonieuse dans ses relations avec les autres. À l'occasion, elle refusait les soins offerts et son niveau de collaboration était variable.

Elle prenait également une médication afin d'améliorer son état général, qui a été ajusté au fil du temps par le médecin du CHSLD.

Mme [REDACTED] avait été identifiée comme ayant un risque de chute modéré et de fugue. Elle avait été inscrite à la liste de marche avec le personnel de soins. On lui avait recommandé

d'utiliser une marchette, qu'elle omettait toutefois parfois de prendre. Selon son dossier, elle avait fait plusieurs chutes de sa hauteur depuis son admission.

Ainsi, en raison de ses conditions, Mme [REDACTED] avait besoin de soutien et de suivis constants. Les interventions des employés devaient par ailleurs être adaptées à sa condition.

Un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avait été complété en mars 2024 pour identifier les problématiques et proposer des interventions. Le plan avait été présenté par l'infirmière chef d'équipe et une physiothérapeute à la famille de Mme [REDACTED]

Depuis l'arrivée de Mme [REDACTED] à ce CHSLD, ses proches avaient observé des comportements d'errance intrusive de la part de personnes hébergées. Plus particulièrement, des résidents erraient et entraient régulièrement dans l'unité privée de Mme [REDACTED] sans son consentement. Ces intrusions s'accompagnaient parfois par des vols de ses biens personnels. Selon ses proches, Mme [REDACTED] était particulièrement affectée par cette atteinte à sa vie privée et son intimité.

Il importe de mentionner que Mme [REDACTED] avait été victime d'un cambriolage quelques années auparavant, un événement traumatisant qui l'avait marquée. Par conséquent, elle était particulièrement sensible aux questions de sécurité et à toute forme de menace à sa vie privée. Cette information avait par ailleurs été notée à son dossier.

L'enjeu de l'errance intrusive n'avait pas été consigné par l'équipe traitante dans le plan d'intervention interdisciplinaire ni dans le dossier médical de Mme [REDACTED] et n'avait donc pas mené à un plan d'intervention.

## **2. Portrait de l'autre résidente**

Afin de mieux comprendre les circonstances entourant le décès de Mme [REDACTED] il m'apparait nécessaire de brosser un bref portrait de l'autre personne impliquée dans les événements.

Cette autre résidente avait également des troubles neurocognitifs sévères (maladie d'Alzheimer et démence mixte). Elle avait des problèmes d'équilibre et était connue comme étant à risque de chute. Elle devait utiliser une marchette, qu'elle oubliait toutefois parfois de prendre.

Elle avait été admise au CHSLD de Châteauguay en mai 2024 en raison de l'évolution de son état. Dès le 11 juin 2024, on retrouve des notes à l'effet qu'elle fait de l'errance intrusive. Selon le personnel, elle était également connue comme faisant de l'errance.

Dans son plan d'intervention interdisciplinaire, on avait identifié qu'elle présentait de la confusion, faisait de l'errance intrusive dans des lieux privés et dérangerait régulièrement ses voisins. Il semble également qu'elle rencontrait des difficultés d'orientation spatiale et croyait parfois être dans son ancien milieu de vie naturelle.

Des recommandations avaient été formulées afin que ses déplacements soient supervisés. La grille des comportements perturbateurs devait également être complétée, en présence de tels comportements. De plus, les ridelles de son lit devaient être montées au  $\frac{3}{4}$  et un tapis sonore devait être installé dans son lit et vérifié régulièrement. Lorsque cette résidente se levait, une alarme devait se déclencher au poste des infirmières afin de les aviser de la situation.

Comme elle était capable de déconnecter le système de tapis sonore, le personnel devait le vérifier régulièrement. Une note avait été consignée au dossier de la résidence à cet égard.

Elle devait être également stimulée et amenée à la salle à manger.

Or, bien que l'enjeu de l'errance intrusive ait été identifié, aucun plan pour documenter, limiter et gérer ce comportement au quotidien n'a été mis en place. De plus, il ne semble pas qu'une technicienne en éducation spécialisée ou un intervenant n'ai été impliquée et ce, même si des incidents d'errance avaient été rapportés.

### **3. Description des lieux**

Les événements se sont produits au CHSLD de Châteauguay, qui fait partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest.

Un CHSLD est un milieu de vie substitut qui offre de l'hébergement, de l'assistance, du soutien et de la surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer de manière sécuritaire dans leur milieu de vie naturel (article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2).

La raison d'être des CHSLD est d'accueillir, d'accompagner et de soigner des personnes en grande perte d'autonomie, qui comptent parmi les plus vulnérables sur le plan de leur état de santé et de leur capacité fonctionnelle.

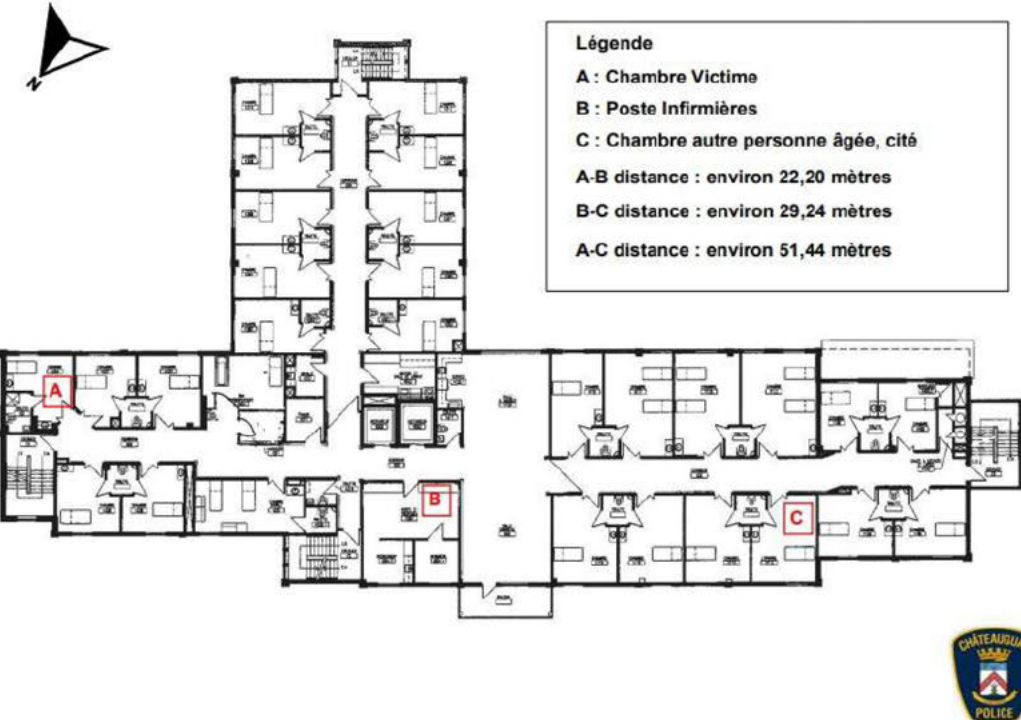
Mme [REDACTED] résidait ainsi dans un CHSLD et était en droit de s'attendre à un milieu de vie adapté à ses conditions et sécuritaire. Elle disposait d'une unité privée qui se trouvait au 4<sup>e</sup> étage. Elle était adjacente à une porte de sortie, au bout d'un couloir.

Son nom ainsi que des éléments distinctifs étaient clairement affichés sur la porte de sa chambre. Malgré tout, des résidents faisant de l'errance s'introduisaient dans sa chambre.

L'unité de l'autre résidente était située du côté opposé du même couloir, à environ 51,44 mètres de celle de Mme [REDACTED]. Des signes distinctifs, incluant son nom et sa photo, étaient aussi affichés sur sa porte.

Afin de se rendre à la chambre de Mme [REDACTED] l'autre résidente devait passer devant le poste des infirmières.

Pour une meilleure compréhension, un croquis des lieux a été préparé. La chambre identifiée par la lettre A correspond à la chambre de Mme [REDACTED] :

<b>Dossier</b> X CTG-240725-015	<b>Description:</b> X Personne décédée	<b>Adresse:</b> X 65 Haute-Rivière, Châteauguay, 4e étage	
			
<b>Dessiné par:</b> X T.S.C. Agente Karine Saumier	<b>Signature:</b> X <i>Kofal</i>	<b>Date:</b> X 2024-07-31	<b>Heure:</b> X 13:40

#### 4. Évènements ayant mené au décès de Mme [REDACTED]

Voyons d'abord les témoignages des personnes impliquées.

Mme [REDACTED] n'a pas été en mesure de donner sa version des faits en raison de son état de santé.

L'autre résidente, également atteinte de troubles neurocognitifs sévères, a informé le personnel infirmier qu'elle pensait être dans sa propre chambre lorsqu'elle est entrée dans celle de Mme [REDACTED]. Elle a précisé que Mme [REDACTED] lui avait fermement demandé de sortir.

Mme [REDACTED] s'est levée de son lit. C'est alors que les deux résidentes se sont vraisemblablement « croisées » et l'autre résidente est tombée sur Mme [REDACTED].

L'autre résidente était clairement confuse et n'avait probablement pas d'intentions malveillantes.

À la lumière de l'analyse de l'ensemble de la preuve, je conclus qu'au moment où l'autre résidente s'est introduite dans l'unité de Mme [REDACTED] soit vers 20 h 40, cette dernière était déjà couchée. Il est probable qu'elle ait été brusquement réveillée par cette intrusion, ce qui a pu provoquer un stress soudain de même qu'un sentiment de peur et de panique. Mme [REDACTED] a aussi pu percevoir cette situation comme une agression dans son intimité.

Dans un état de confusion et de panique, elle a probablement réagi précipitamment en se levant et en demandant à l'intruse de quitter sa chambre. C'est à ce moment que les deux résidentes ont perdu l'équilibre et ont chuté au sol, l'intruse tombant alors sur Mme [REDACTED]

Compte tenu que les événements se sont produits sans témoin et que les deux résidentes souffraient de troubles neurocognitifs, il est impossible de confirmer si l'une a poussé l'autre avant la chute ou si l'autre résidente a perdu l'équilibre et fait tomber par le fait même Mme [REDACTED]

Ce qui ne fait aucun doute, c'est que n'eût été l'intrusion survenue dans la soirée du 22 juillet 2024, Mme [REDACTED] n'aurait pas chuté et ne serait donc pas décédée le 23 juillet 2024.

## **5. Analyse approfondie des facteurs ayant mené au décès de Mme [REDACTED]**

### **a. Prévention de l'errance intrusive**

Depuis l'admission de Mme [REDACTED] au CHSLD, ses proches m'ont indiqué avoir signalé au personnel du CHSLD, incluant aux infirmières, à plusieurs reprises sur une période d'au moins six mois, les intrusions fréquentes dans l'unité de Mme [REDACTED] les vols ainsi que leurs inquiétudes.

En revanche, l'information ne semble pas avoir été partagée efficacement au sein de l'équipe de soins et n'a conséquemment pas mené à des interventions concertées.

La direction du CHSLD a nié que la problématique d'errance et de vol a été rapportée par la famille à son personnel infirmier. Pourtant, à la suite des plaintes de la famille, le CHSLD a pris des mesures en installant des serrures sur un meuble et sur le réfrigérateur situés dans l'unité de Mme [REDACTED] afin de prévenir les vols. De plus, une banderole « stop » munie de bandes autoadhésives a été temporairement utilisée sur la porte de Mme [REDACTED]. La mise en place de ces deux actions démontre que les plaintes de la famille se sont rendues jusqu'au personnel du CHSLD. En revanche, il est vrai que ces enjeux n'ont pas été discutés au sein de l'équipe traitante ni adressée aux plans thérapeutiques et d'intervention interdisciplinaire. Par conséquent, bien que la problématique a été rapportée pendant des mois, aucun plan n'a été mis en place pour gérer et prévenir adéquatement celle-ci.

Au surplus, aucun plan d'intervention interdisciplinaire n'avait été élaboré pour gérer et surveiller l'enjeu d'errance et les comportements de l'autre résidente.

Dans les circonstances, que peut bien faire une famille qui signale des enjeux de sécurité et d'errance dans le milieu de vie d'une personne hébergée ?

Dans ce contexte, Mme [REDACTED] avait pris l'habitude de garder sa porte fermée. Malgré ces précautions, des résidents continuaient à pénétrer dans sa chambre. Il convient de souligner qu'en raison de la nature de son milieu de vie et de ses conditions de santé, il ne lui était pas permis de verrouiller sa porte, ce qui limitait considérablement ses options pour préserver son intimité.

En résumé, des lacunes en matière d'évaluation, d'intervention et de communication ont persisté et ont vraisemblablement contribué au décès de Mme [REDACTED]



### **b. Utilisation des outils pour prévenir l'errance**

Les outils et processus de soins traitant de l'errance, des troubles neurocognitifs et des symptômes liés à la démence n'ont pas été utilisés efficacement.

Quelques actions ont été mises en place, mais celles-ci n'ont pas été faites de manière concertée et continue.

Par exemple, le personnel du CHSLD a mis en place à quelques occasions une banderole « STOP » munie de bandes autoadhésives sur la porte de l'unité de Mme [REDACTED]. Cette banderole était un dispositif visuel et physique visant à prévenir les intrusions. La banderole devait être placée à l'extérieur de l'unité, ce qui nécessitait l'intervention du personnel pour l'installer.

Malheureusement, il semble que le personnel n'a pas établi un plan pour l'installation de la banderole. Par conséquent, celle-ci n'était pas installée quotidiennement ni de manière assidue. La banderole n'a donc évidemment pas eu l'effet souhaité. Cette situation démontre une fois de plus le manque de communication et de concertation de l'équipe traitante.

Lors des événements du 22 juillet 2024, la banderole « STOP » n'était d'ailleurs pas en place selon les témoignages recueillis.

De plus, un tapis sonore devait être en place dans le lit de l'autre résidente et alerter le personnel en cas de mouvement inhabituel, tel un lever. Or, celui-ci n'a visiblement pas alerté le personnel lorsque la résidente s'est levée. Il est possible que le personnel ou la résidente ait débranché celui-ci. Il est tout aussi possible que le personnel n'ait pas entendu l'alarme puisque personne n'était au poste des infirmières au moment des événements. Ce qui est certain c'est qu'aucune vérification du bon usage du tapis n'a été notée.

Finalement, les comportements de l'autre résidente ont peu été documentés et n'ont pas mené à une intervention optimale.

Est-ce que des outils ou des actions auraient pu être déployés pour prévenir l'errance ? Est-ce qu'on aurait pu prescrire une surveillance constante de l'autre résidente ou des mesures alternatives, tel que rapprocher sa chambre du poste des infirmières afin d'assurer une surveillance étroite ? À tout le moins, une demande de consultation aux services psychoéducatifs ou aux services spécialisés en gériatrie aurait pu être faite.

### **c. Ressources humaines**

Selon les témoignages recueillis, Mme [REDACTED] avait l'habitude de se coucher à 20 h. Elle était donc couchée pour la nuit au moment des événements.

L'autre résidente devait aussi être dans sa propre chambre à ce moment. Cependant, elle est sortie de son unité et ses déplacements ont échappé à l'attention du personnel, malgré le fait qu'elle ait traversé des espaces publics et ait passé devant le poste des infirmières pour se rendre à la chambre de Mme [REDACTED].

L'enquête a permis de confirmer qu'il n'y avait aucun employé au poste des infirmières au moment des événements. Les préposés et infirmières étaient tous occupés auprès d'autres personnes hébergées.



De plus, le personnel était à un seuil minimal en raison des vacances estivales. En effet, il semble qu'il y avait une infirmière en moins.

La réduction du nombre d'employés et la réorganisation de leur travail ont probablement contribué à une baisse du niveau de surveillance et à une diminution de leur capacité à intervenir rapidement face à une situation d'errance.

#### ***d. Analyses des actions pour une meilleure protection de la vie humaine***

La Loi sur les coroners stipule que les coroners ne peuvent, à l'occasion d'une investigation, se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne. De plus, les coroners n'ont pas le mandat d'analyser la qualité des actes posés par les professionnels de la santé. Il existe des organismes qui ont spécifiquement le mandat de se prononcer sur la conduite d'un professionnel.

Dans ce contexte et dans une perspective d'amélioration des pratiques, j'ai signalé les événements à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CISSS de la Montérégie-Ouest, dont fait partie le CHSLD de Châteauguay. Ils ont procédé à une analyse des événements et se sont penchés sur la conduite de leurs employés. Ils ont également formulé les recommandations suivantes :

- Établir des stratégies efficaces visant une amélioration des communications entre tous les employés du CHSLD de Châteauguay, les gestionnaires (lorsqu'applicable) tout en intégrant les personnes hébergées et leurs proches.
- Revoir les différentes communications interprofessionnelles afin d'optimiser la continuité des soins et des services et d'assurer la sécurité des personnes hébergées (PTI, SICHELD, rapport inter-quart).

Le CHSLD de Châteauguay a également mis en place des actions spécifiques, dont :

- Créer un registre de relance post admission faite par les cheffes d'unités auprès de la personne référente de la personne hébergée. Cette action permettra d'établir de meilleures communications avec un proche.
- Rappeler au personnel l'importance d'assurer une présence constante au poste des infirmières.
- Demander la présence de tous les intervenants et professionnels de la santé pertinents (technicienne en éducation spécialisée, kinésithérapeute, technicien en réadaptation physique, travailleuse sociale, nutritionniste, pharmacienne) lors de l'élaboration et la révision de tous les plans d'intervention interdisciplinaire.
- Tenir une rencontre interdisciplinaire mensuelle sur chaque étage afin d'échanger sur les différents dossiers des personnes hébergées.

Parallèlement au cas de Mme [REDACTED] le CISSS de la Montérégie-Ouest a élaboré un plan d'amélioration dans lequel il a prévu les actions suivantes :

- S'assurer que les observations du personnel (détérioration de la personne, comportements inhabituels, etc.) soient bien notées au dossier des

personnes hébergées et non seulement transmises de façon verbale au rapport inter quart.

- S'assurer de la conformité de la tenue de dossiers selon les exigences des ordres professionnels volets :
  - o Documenter les évaluations faites
  - o Garder à jour les plans thérapeutiques infirmiers
  - o Noter le contenu des transferts d'information aux proches et aux médecins
  - o Appliquer les recommandations professionnelles.
- Veiller à ce que les références aux professionnels concernés soient effectuées le plus rapidement possible lors de la détérioration de l'état de santé de la personne hébergée.

Le CISSS de la Montérégie-Ouest m'a également indiqué avoir des outils, aide-mémoires et processus portant sur la question de l'errance, des mesures de remplacements, des troubles neurocognitifs majeurs et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Or, ceux-ci ne semblent pas avoir été utilisés efficacement dans le cas qui nous occupe.

À la lumière de ce qui précède, des recommandations seront formulées en lien avec la formation et l'éducation du personnel, ainsi que l'importance d'utiliser une combinaison d'interventions et de dispositifs physiques, mécaniques, électroniques et environnementaux pour prévenir les comportements d'errance intrusive. Au surplus, je demanderai à l'établissement de réévaluer à la hausse ses ratios de personnels afin d'assurer une prise en charge adéquate et la sécurité de ses usagers et résidents les plus vulnérables. Il serait irréaliste d'imposer des responsabilités supplémentaires au personnel déjà surchargé, sans bonifier parallèlement les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des actions promises.

Ces recommandations s'appuient plus particulièrement sur les faits entourant le décès de Mme [REDACTED] la littérature et un rapport récent portant sur l'errance intrusive (Grenier, J. et St-Jacques, S. [2024]. Mécanismes et interventions permettant d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant des troubles neurocognitifs dans les centres d'hébergement collectifs — ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 85 p.).

## **CONCLUSION**

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée d'une hémorragie intracrânienne secondaire à un traumatisme contondant à la tête subi dans un contexte de chute.

Il s'agit d'un décès accidentel.

## RECOMMANDATIONS

**Je recommande que le Centre intégré de santé des services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, dont relève le CHSLD Châteauguay :**

- [R-1] Forme, dans les plus brefs délais, ses employés œuvrant auprès d'une clientèle présentant un trouble neurocognitif et des enjeux d'errance sur le thème de la gestion et la prévention des comportements d'errance intrusive ;
- [R-2] S'assure que ses employés soient habilités à évaluer, gérer et prévenir efficacement et de manière sécuritaire les comportements d'errance intrusive tout en appliquant de manière optimale les outils, processus et stratégies pertinents ;
- [R-3] Implante, dans les plus brefs délais, une combinaison additionnelle d'interventions et de dispositifs physiques, mécaniques, électroniques et environnementaux pour prévenir les comportements d'errance intrusive ;
- [R-4] Évalue annuellement l'impact des dispositifs physiques, mécaniques, électroniques et environnementaux utilisés sur la prévention des comportements d'errance intrusive de même que la sécurité et le bien-être des usagers ;
- [R-5] Revoit à la hausse le ratio de personnel, plus particulièrement lors des quarts de travail de soir et de nuit et lors des périodes de vacances estivales, sur les unités ayant des résidents aux besoins complexes ou présentant des comportements d'errance intrusive.

## SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- Les dossiers médicaux de Mme [REDACTED]
- Le dossier médical de l'autre résidente ;
- Les rapports d'expertises ;
- Le rapport d'enquête policière ;
- Mes échanges avec les proches de Mme [REDACTED]

---

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 25 février 2025.



Me Julie-Kim Godin, coroner