

Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de

2026-01357

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt et sans la signature du coroner). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt et la signature du coroner, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Dre Mylène Servant
Coroner

BUREAU DU CORONER		
2026-02-18 Date de l'avis	2026-01357 N° de dossier	
IDENTITÉ		
Prénom à la naissance 74 ans Âge Montréal Municipalité de résidence	Nom à la naissance Féminin Sexe Québec Province Canada Pays	
DÉCÈS		
2026-02-17 Date du décès Centre hospitalier de l'Université de Montréal CHUM Lieu du décès	Montréal Municipalité du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme [REDACTED] a été identifiée visuellement par le personnel soignant.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Mme [REDACTED] est admise au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) le 13 novembre 2025 pour une détérioration de son état neurologique en lien avec une maladie connue et suivie. Elle subit une chirurgie cérébrale le 22 novembre 2025 et présente des complications qui nécessitent une hospitalisation prolongée. Sa situation clinique faisant en sorte qu'elle requiert des soins exigeants, une relocalisation éventuelle dans un milieu de vie adapté est envisagée.

Le 17 février 2026, lors de la tournée infirmière, elle est vue dans son lit vers 1 h. Un appareil de support respiratoire, soit de ventilation à pression positive à deux niveaux de pression (ou abrégé VPAD/BPAP) est en place, de même qu'un appareil diagnostic de lecture de la saturation en oxygène pendant la nuit, soit une saturométrie nocturne. Vers 2 h 30, à la visite suivante de l'infirmière, elle ne porte pas son appareil respiratoire et est en arrêt cardiorespiratoire. Les manœuvres de réanimation sont débutées, mais sont éventuellement cessées, devant leur inefficacité.

Le décès de Mme [REDACTED] est constaté par un médecin présent sur place, à 3 h 13.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de Mme [REDACTED] sont suffisamment documentées dans son dossier clinique du CHUM, aucun examen supplémentaire, autopsie ou expertise n'a été ordonné aux fins de la présente investigation.

ANALYSE

Préambule

En dérogation à l'effort habituel de vulgarisation pour le lecteur, cette section examine en détail des processus cliniques et des paramètres d'appareils médicaux spécifiques. Ce niveau de précision scientifique est indispensable pour permettre de mettre en lumière les circonstances du décès et appuyer la pertinence des recommandations émises.

Parcours médical initial

Son dossier au CHUM indique que Mme [REDACTED] était suivie depuis 2013 sur le plan médical, entre autres, pour une malformation des vaisseaux dans le cerveau, soit un cavernome bulbaire.

Le cavernome du bulbe est une anomalie de petits vaisseaux sanguins fragiles qui peut saigner, située dans une région profonde du cerveau. Cette région contrôle plusieurs fonctions essentielles du corps, comme la respiration, la déglutition et d'autres fonctions nerveuses. Lorsqu'un saignement survient, même s'il est petit, il peut entraîner des symptômes neurologiques parfois importants en raison de la sensibilité de cette zone du cerveau.

L'évolution est variable. Le traitement dépend principalement des symptômes et du risque de saignement. Mme [REDACTED] avait bénéficié d'une surveillance médicale régulière, mais depuis 2023, elle avait présenté plusieurs épisodes intermittents d'aggravation, puis d'amélioration de son état. Depuis mai 2025, ses symptômes s'étaient aggravés significativement, particulièrement avec l'installation d'un trouble de la déglutition entraînant une perte de poids notable. Un trouble de la marche était devenu prédominant en novembre 2025. Il lui avait été proposé de procéder à la chirurgie pour tenter de retirer une partie de la malformation. En attendant la chirurgie, elle s'était à nouveau détériorée du point de vue neurologique à cause d'un nouvel épisode de saignement. La chirurgie avait été organisée de façon semi-urgente pour le 22 novembre 2025.

Chirurgie et complications

La chirurgie d'un cavernome situé dans le tronc cérébral comme chez Mme [REDACTED] comporte des risques importants. L'intervention peut entraîner des complications neurologiques temporaires ou permanentes, incluant des difficultés à parler, avaler ou se déplacer. Mme [REDACTED] et ses proches comprenaient bien ces risques.

Des suites de la chirurgie du 22 novembre 2025, Mme [REDACTED] avait présenté diverses complications post-opératoires incluant une gestion quasi impossible des sécrétions respiratoires par les mécanismes normaux. Il lui arrivait fréquemment de présenter des épisodes d'obstruction par des sécrétions et de l'aspiration pulmonaire avec une diminution critique de son oxygénation. Afin de tenter d'optimiser son état respiratoire, on avait dû mettre en place une trachéostomie définitive, soit un tube dans son cou lui permettant de mieux respirer.

Pendant la longue hospitalisation découlant de la chirurgie et des complications, elle avait aussi présenté des périodes de confusion. La confusion était la majorité du temps associée à des épisodes de surinfection pulmonaire dans son contexte précis d'aspirations récidivantes

ou de mucus qui restait piégé dans ses poumons. Ces surinfections ou impactions de sécrétions provoquaient une diminution significative de son oxygénation.

Elle présentait ses pires épisodes de désaturation pendant la nuit. L'un des épisodes de désaturation critique précédant et ayant provoqué un retour aux soins intensifs avait eu lieu dans la nuit du 18 au 19 janvier 2026. Une tentative de sevrage de la trachéostomie était en cours. Elle avait été retrouvée comateuse dans sa chambre. On avait retenu un diagnostic d'insuffisance respiratoire et un échec du sevrage de la trachéostomie. Les différents spécialistes impliqués avaient peu de plus à lui offrir pour améliorer sa situation clinique. Une stabilisation de son état avait à nouveau permis un transfert vers l'étage de neurologie le 31 janvier 2026.

Déroulement de la prise en charge terminale

Malgré les tentatives de sevrer le support respiratoire, Mme ■■■■ nécessitait de l'oxygène à haut débit ou le soutien d'un appareil de type BPAP connecté à la trachéostomie, pendant la nuit. En date du 13 février 2026, elle avait présenté une certaine amélioration de sa fonction respiratoire et il avait été proposé de tenter à nouveau de sevrer progressivement l'appareil BPAP. Le soir du 13 février 2026, l'appareil n'avait pas été mis en place et un examen diagnostic, soit la saturométrie nocturne avait été effectuée. Mme ■■■■ avait présenté un épisode de désaturation persistante et significative. Le BPAP avait été remis en place vers 2 h. Elle présentait alors un encombrement respiratoire par des sécrétions généralement blanchâtres, parfois jaunes. La présence de bactéries dans les sécrétions analysées quelques jours auparavant indiquait que son long parcours l'avait amenée à être colonisée par des bactéries habituellement non présentes. Des suites de cet épisode, il avait été convenu de mettre en place le BPAP la nuit, jusqu'à nouvel ordre. Des tournées visuelles à chaque heure par l'infirmière étaient aussi prévues pendant la nuit. Les visites par l'inhalothérapeute étaient plutôt ponctuelles.

Dans la nuit du 14 au 15 février 2026, l'infirmière avait noté que Mme ■■■■ retirait son BPAP fréquemment pour cracher les sécrétions qui semblaient plus abondantes et clairement jaunes depuis les dernières 24 heures. Vers 5 h 45, elle avait indiqué au personnel qu'elle pensait pouvoir retirer son BPAP à sa guise. Cette information avait été réfutée et des explications lui avaient été données sur la nécessité de porter l'appareil pendant la nuit. Un peu après, elle avait toussé tellement fort, que la trachéostomie avait été partiellement délogée. Lorsque questionnée sur le fait de ne pas avoir appelé le personnel lors du délogement, elle disait savoir qu'on passerait la voir éventuellement.

Le 16 février 2026, la concentration d'oxygène administrée avait été graduellement augmentée, et, ce, même de jour, pour maintenir la saturation dans les cibles visées. Mme ■■■■ avait du mal à se souvenir qu'elle devait garder le dispositif d'administration d'oxygène. Les consignes et les explications lui avaient été fournies à répétition pendant la journée. En après-midi, une consultation en microbiologie avait mené à l'ordonnance d'un traitement antibiotique vu les différents indices pointant vers une possible surinfection.

Dans la nuit du 16 au 17 février 2026, le BPAP avait été mis en place comme prévu, à 21 h 30. Mme ■■■■ avait été vue dans son lit vers 1 h. Elle portait alors son BPAP avec administration concomitante d'un supplément d'oxygène. La tournée visuelle suivante de l'infirmière était prévue à 2 h, mais avait été reportée à 2 h 30 dans un contexte d'organisation personnelle de sa tâche infirmière. À 2 h 30, le tube connecteur du BPAP à la trachéostomie était au sol. Lorsqu'elle avait approché Mme ■■■■, l'infirmière avait constaté qu'elle ne répondait pas et ne

respirait plus. Le code bleu avait été lancé, les manœuvres de réanimation avaient été débutées, mais étaient demeurées infructueuses. Pendant les manœuvres, des sécrétions jaunes épaisses avaient été aspirées de sa trachéostomie. Le tube avait été changé afin d'éliminer la possibilité d'une obstruction par des sécrétions. L'appareil de saturométrie nocturne avait été retourné au département responsable et, comme le diagnostic n'était plus requis, les données en ont été effacées.

Analyse globale et questionnements

Madame ■■■■ présentait une situation clinique particulièrement précaire à la suite du retrait d'un cavernome cérébral, compliqué d'un parcours postopératoire difficile. Au moment des événements, elle était porteuse d'une trachéostomie et dépendait d'un supplément d'oxygène, de même que d'un soutien respiratoire nocturne par BPAP.

Les notes médicales des 48 heures précédant le décès rapportent un changement et une augmentation des sécrétions respiratoires, ce qui peut traduire une évolution défavorable de son état respiratoire ou neurologique. Cette évolution pouvait également augmenter sa dépendance aux soins respiratoires et nécessiter une vigilance accrue. Je détaillerai ici les différents éléments qui ressortent de mon analyse et les mesures prises par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) du CHUM, le cas échéant.

a. Retrait du BPAP

À la première tournée nocturne, le BPAP était en place, connecté à la trachéostomie. Au moment de sa découverte en arrêt cardiorespiratoire, il avait été retiré et l'appareil était débranché de la prise électrique murale.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce geste, soit un retrait volontaire motivé par un inconfort ou la gestion de ses sécrétions, une incompréhension de la nécessité du traitement par Mme ■■■■ à cause d'une altération de l'état mental, notamment une confusion récidivante, ou un geste intentionnel. Quoiqu'elle avait présenté des moments de découragement, elle n'avait jamais déclaré son souhait de mourir ou même une réduction de son niveau d'intensité thérapeutique. D'ailleurs, le jour de son décès, elle devait subir un traitement endoscopique pour tenter de diminuer son risque d'aspiration, auquel elle avait consenti. J'ai donc écarté cette possibilité.

Le délirium, soit la confusion aiguë, demeure plausible chez une personne fragile ayant subi une neurochirurgie, ayant connu un séjour hospitalier complexe et potentiellement à nouveau en état de surinfection pulmonaire.

b. La fréquence des évaluations cliniques

La dépendance nocturne au BPAP démontrée peu de temps avant et ses besoins croissants en oxygénothérapie faisaient de Mme ■■■■ une personne à risque élevé de détérioration rapide en cas d'interruption du traitement. La fréquence des évaluations infirmières prévues chaque heure peut sembler suffisante à première vue, mais Mme ■■■■ devenait de plus en plus précaire. Je me suis demandé si les mesures de surveillance étaient proportionnelles à sa vulnérabilité actualisée en date du 16 février.

À l'analyse de la DQEPE, en lien avec une perception faible du risque d'une surveillance standard et même retardée, menant à l'absence de recherche d'alternatives de surveillance, une pratique réflexive du personnel impliqué a eu lieu.

En lien avec l'absence de l'inhalothérapeute dans les rencontres multidisciplinaires, l'importance de l'intégration de ces professionnels a été rappelée pour les situations pertinentes, telles que celle de Mme [REDACTED] qui dépendait du BPAP et requérait une augmentation de ses besoins en oxygène.

Par ailleurs, je questionne le mode de communication efficace entre les différents intervenants dans les dossiers de situation complexe comme celui de Mme [REDACTED]. Sachant que les notes infirmières ne sont pas systématiquement revues par les différents consultants, comment peut-on s'assurer que l'information se rende bien aux équipes médicales ? Est-ce qu'une surveillance de la saturation en continu ou une fréquence rapprochée des visites cliniques auraient pu être considérées vu sa détérioration débutante ? Dans les jours précédents, diverses équipes médicales étaient passées dans le dossier et au chevet de Mme [REDACTED], sans que ces ordonnances ne soient considérées. Selon la DQEPE, une feuille de communication existe sur le dessus du dossier clinique des usagers, mais cette feuille est rarement consultée par les consultants professionnels et médicaux. Je ferai une recommandation à l'égard de l'élaboration d'un meilleur outil de transfert de l'information.

c. Retard dans la tournée infirmière

La tournée infirmière prévue auprès de Mme [REDACTED] avait été retardée d'environ 30 minutes. Cet élément doit être interprété dans son contexte. S'agissait-il d'un retard exceptionnel, résultait-il d'une surcharge de travail ou d'une urgence concurrente ? Le délai était-il compatible avec les normes de surveillance applicables à une patiente dépendante d'un support ventilatoire ? Est-ce que ce délai pourrait avoir significativement contribué à l'issue ?

Lors de l'interrogation des alarmes internes de l'appareil BPAP, il a été déterminé qu'une première alarme avait été enregistrée à 1 h pour le « masque déplacé » (manque d'étanchéité). Les alarmes s'étaient arrêtées d'elles-mêmes. Il est possible que Mme [REDACTED] ait alors replacé son BPAP d'elle-même. À 1 h 10, une alarme indiquant que l'appareil était débranché de l'alimentation électrique avait été enregistrée. L'appareil avait été retrouvé du même côté du lit que lors de son installation initiale. Le plus probable est que Mme [REDACTED] se soit déplacée dans la chambre et ait débranché l'appareil du mur, par accident.

À 1 h 30, l'indicateur de panne de batterie avait été enregistré et il s'était arrêté de fonctionner peu de temps après. Le retard de la visite sur le délai de découverte de l'arrêt cardiorespiratoire ne me paraît donc pas significatif puisque Mme [REDACTED] était probablement sans support ventilatoire depuis peu après 1 h 30.

Malgré tout, des suites de l'analyse de la DQEPE, en lien avec la tournée de 2 h non faite et non déléguée, ayant entraîné un intervalle prolongé sans observation, des audits de l'unité ont été présentés mensuellement et des actions de suivi ont été discutées.

d. Les alarmes du BPAP

Selon les informations recueillies, les alarmes du BPAP avaient été volontairement réduites à un niveau sonore minimal, les rendant difficilement perceptibles à distance par le personnel

soignant. Mme ■■■ n'était pas en mesure de savoir comment silencer les alarmes. Cette situation a soulevé plusieurs questions importantes, soit :

- Pour quelle raison le volume avait-il été diminué ?
- Cette pratique était-elle conforme aux politiques de l'établissement ?
- Les alarmes demeuraient-elles audibles depuis le poste infirmier ?
- Des mesures compensatoires de surveillance avaient-elles été mises en place ?

Les alarmes représentent un mécanisme essentiel de détection précoce d'une interruption du support ventilatoire. En milieu hospitalier, certaines alarmes sont obligatoires et difficilement désactivables, mais leur volume sonore est souvent réglable. Il ne m'a pas été possible de savoir si une vérification fonctionnelle des alarmes avait été réalisée au début du quart de nuit par l'infirmière ou l'inhalothérapeute. Si le volume sonore était fortement diminué, il me semble possible que cela ait pu contribuer au délai de reconnaissance de la détérioration clinique de Mme ■■■. Au fil des discussions avec le personnel soignant, le gestionnaire de l'unité m'a confirmé que les alarmes avaient été mises au minimum afin de permettre le repos des usagers sur l'unité. Le modèle de BPAP utilisé ne relayait pas les alarmes à un système central, par exemple au poste infirmier.

L'appareil BPAP peut être utilisé à domicile pour certaines personnes. Dans ce contexte, les alarmes de ces appareils peuvent être réduites lorsque l'état clinique de l'utilisateur est stable ou que les souhaits d'intensité thérapeutique sont en concordance avec le risque acceptable. Cette situation ne représentait pas celle dans laquelle se trouvait Mme ■■■. Elle présentait encore une vulnérabilité importante, ayant nécessité le maintien du support ventilatoire la nuit. De surcroît, elle semblait présenter un début de délirium en lien avec les consignes de maintien en place de l'appareil et de l'oxygénothérapie dans les 48 heures précédant son décès. En plus, Mme ■■■ présentait une détérioration clinique confirmée par la quantité et la coloration de ses sécrétions, ses besoins en oxygène augmentés et la mise en place d'un traitement antibiotique par l'équipe de microbiologie. Finalement, le niveau de soins déterminé par Mme ■■■ et ses proches étaient toujours maximal, indiquant qu'elle souhaitait recevoir toutes les interventions médicales pour prolonger la vie, y compris les traitements intensifs lorsque médicalement indiqués.

Cette décision de réduire le volume sonore des alarmes a mérité une analyse par la DQEPE. Celle-ci a permis de déterminer qu'elle était injustifiée, non-conforme aux pratiques de l'établissement et incompatible avec le niveau de risque présenté par la patiente. La DQEPE m'a indiqué que des rappels en lien avec la nécessité de bien entendre les alarmes sonores par le personnel infirmier, surtout chez une personne dépendante du support ventilatoire et de l'oxygénothérapie ont été faits. Par ailleurs, une mouvance provinciale vers une prise en charge et un suivi infirmiers de certaines tâches autrefois confiées aux inhalothérapeutes méritera une réflexion approfondie de la DQEPE sur le protocole de suivi et de documentation des dites tâches dans les notes infirmières.

e. La batterie interne du BPAP

La distinction entre un BPAP avec batterie interne et un BPAP sans autonomie de batterie est importante dans un contexte de dépendance au support ventilatoire.

Les BPAP sans batterie interne cessent de fonctionner dès qu'ils sont débranchés, émettent parfois une alarme de perte d'alimentation et nécessitent une batterie externe optionnelle pour continuer à fonctionner. Si la personne débranche l'appareil, le soutien ventilatoire cesse immédiatement.

Les appareils hospitaliers, plus sophistiqués, sont souvent des ventilateurs de soins critiques pouvant être utilisés en ventilation non invasive. Ils possèdent généralement une batterie interne, parfois une deuxième batterie amovible et une autonomie variant d'environ 2 à 8 heures, parfois davantage, selon les réglages. Si on le débranche de la prise murale, l'appareil indique la perte de courant avec une alarme, mais la ventilation est maintenue jusqu'à l'épuisement de la batterie.

Le modèle utilisé chez Mme [REDACTED] avait une batterie interne de très courte durée, soit 30 minutes selon le journal des alarmes analysé. Il n'avait pas de batterie externe.

f. L'appareil de saturométrie nocturne

La saturométrie nocturne est un examen diagnostique qui consiste à enregistrer en continu la saturation en oxygène du sang pendant le sommeil au moyen d'un capteur placé au doigt. Elle permet d'évaluer rétrospectivement les variations de l'oxygénation nocturne, notamment dans le contexte d'une suspicion d'apnée du sommeil ou d'autres troubles respiratoires. Cet examen est donc conçu pour recueillir des données qui seront analysées après l'enregistrement et non pour assurer une surveillance clinique en temps réel. À l'inverse, les systèmes de monitoring continu utilisés chez les patients à risque de détérioration sont conçus pour assurer une surveillance en temps réel et peuvent être configurés avec des seuils d'alarme transmis aux équipes soignantes lorsqu'une désaturation ou une autre anomalie physiologique est détectée.

Les appareils utilisés pour la saturométrie nocturne, tel que porté par Mme [REDACTED] la nuit de son décès, ne sont donc généralement pas munis d'alarmes destinées à avertir le personnel soignant lors d'une désaturation. Par ailleurs, l'employé ayant reçu les données de l'appareil au lendemain du décès de Mme [REDACTED] les a supprimées, considérant que le test diagnostique n'était plus requis. Un rappel sur l'importance de conserver toutes les données des appareils a été fait par la DQEPE auprès de l'équipe responsable.

Synthèse de l'analyse

À la suite des discussions que j'ai eues avec la DQEPE du CHUM, quoique plusieurs mesures ont été mises en place, je ferai des recommandations au sujet de différents enjeux supplémentaires à considérer dans un objectif de protection de la vie humaine. Certaines des recommandations méritent une application à l'échelle provinciale et c'est pourquoi elles sont adressées à Santé Québec.

L'interaction entre plusieurs facteurs est à considérer dans le décès de Mme [REDACTED]. La gravité de son état clinique, le retrait accidentel du BPAP, la diminution de l'audibilité des alarmes et la fréquence de la surveillance clinique, tant infirmière que des soins de l'inhalothérapeute.

Quoique l'évolution clinique de Mme [REDACTED] était fluctuante en lien avec ses soucis d'aspiration pulmonaire, il n'est pas possible d'éliminer que la détection plus rapide de l'interruption du support ventilatoire aurait potentiellement permis une intervention susceptible de modifier l'issue. Lorsqu'une personne ne peut maintenir seule une fonction vitale sans assistance, les mécanismes de détection (alarmes, alimentation de secours, surveillance humaine) doivent être pensés comme des barrières de sécurité complémentaires. La défaillance ou l'affaiblissement de plusieurs de ces barrières simultanément augmente le risque qu'une interruption du traitement ne soit pas détectée à temps.

D'après l'ensemble des informations recueillies au cours de la présente investigation, je conclus à un décès accidentel.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée des suites de complications médicales du retrait chirurgical d'un cavernome bulbaire dans le contexte d'une défaillance du support ventilatoire requis.

Il s'agit d'un décès accidentel.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que **Santé Québec** :

- [R-1] s'assure que les établissements de santé disposent de critères encadrant le choix et l'utilisation des appareils de ventilation non invasive en fonction du niveau de dépendance respiratoire des usagers, de manière que les caractéristiques de sécurité des équipements soient adaptées à l'intensité des soins requis.
- [R-2] s'assure que chaque établissement adopte des pratiques encadrant le réglage des alarmes des dispositifs de ventilation, de façon à préserver leur efficacité comme mécanisme d'alerte tout en limitant les nuisances sonores, particulièrement chez les usagers dont la sécurité dépend d'un soutien ventilatoire continu.
- [R-3] s'assure que les établissements de santé évaluent les besoins en surveillance continue des patients dépendants d'un soutien ventilatoire et mettent en place des modalités de surveillance fiables et redondantes permettant une détection rapide d'une interruption du traitement ou d'une détérioration respiratoire.

Je recommande que **Santé Québec - Centre hospitalier de l'Université de Montréal** :

- [R-4]** mette en place un processus visant à s'assurer que les dispositifs de ventilation non invasive utilisés chez les patients hautement dépendants offrent des mécanismes de sécurité compatibles avec le niveau de surveillance clinique requis.
- [R-5]** mette en place des modalités de surveillance complémentaires pour les patients dépendants d'un soutien ventilatoire, lorsque le risque de détérioration rapide le justifie.
- [R-6]** adopte un protocole clinique prévoyant une escalade de la surveillance lorsque l'évolution clinique d'un patient augmente le risque de détérioration rapide, particulièrement chez les usagers dépendants d'un soutien ventilatoire ou présentant une atteinte neurologique complexe.
- [R-7]** mette en place un processus structuré de communication clinique visant à assurer que toute détérioration de l'état d'un patient ou toute augmentation de sa dépendance à un traitement essentiel soit communiquée efficacement entre les membres de l'équipe soignante et entraîne une réévaluation du plan de soins ainsi que des modalités de surveillance.

SOURCES D'INFORMATION

Le présent rapport s'appuie sur les sources d'information suivantes :

- Les dossiers cliniques de la personne décédée ;
- Les discussions en lien avec l'analyse de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CHUM.

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 Longueuil, ce 7 août 2026.

Dre Mylène Servant, coroner