

**DEPO-PROVERA – ACTION COLLECTIVE CANADIENNE  
PROTOCOLE D'INDEMNISATION ET D'ADMINISTRATION**

10 septembre 2021

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SECTION 1 - DÉFINITIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE I : DROIT À L'INDEMNISATION DES ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX. .....</b>	<b>2</b>
<b>SECTION 2 -DISTRIBUTION AUX ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX.....</b>	<b>2</b>
2.1 Distribution du Montant du règlement destiné aux assureurs-santé provinciaux .....	2
2.2 Signature du Consentement et quittance des assureurs-santé provinciaux .....	2
2.3 Moment de la distribution .....	2
<b>SECTION 3 - ADMISSIBILITÉ D'UNE RÉCLAMATION.....</b>	<b>2</b>
3.1 Critères d'admissibilité .....	2
<b>SECTION 4 -USAGE DE DEPO-PROVERA.....</b>	<b>2</b>
4.1 Usage de Depo-provera.....	2
4.2 Durée de l'usage.....	3
4.3 Fin de l'usage .....	3
<b>SECTION 5 -PERTES DE DMO ADMISSIBLES .....</b>	<b>3</b>
5.1 Catégories de pertes de DMO .....	3
5.2 Preuve d'une Perte de DMO .....	3
5.3 Ostéoporose.....	3
5.4 Ostéopénie.....	3
5.5 Moment du test d'ostéodensitométrie initial.....	4
5.6 Durée prouvée de la Perte de DMO .....	4
5.7 Tests ne faisant pas preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation .....	5
5.8 Règles de calcul .....	5
5.9 Durée maximale de la Période Prouvée de Perte de DMO .....	5
<b>SECTION 6 - INDEMNISATION POUR UNE PERTE DE DMO ADMISSIBLE .....</b>	<b>7</b>
6.1 Montants d'indemnisation à titre indicatif seulement.....	7

6.2 Ostéopénie.....	7
6.3 Ostéoporose.....	7
Exemples.....	7
<b>SECTION 7 -FRACTURES ADMISSIBLES .....</b>	<b>8</b>
7.1 Moment de la survenance de la fracture .....	8
7.2 Types de Fractures admissibles.....	8
7.3 Absence de traumatisme .....	9
7.4 Plusieurs fractures consécutives au même site .....	10
<b>SECTION 8 - INDEMNISATION POUR LES FRACTURES ADMISSIBLES .....</b>	<b>10</b>
8.1 Montants d'indemnisation à titre indicatif seulement.....	10
8.2 Montant accordé pour une Fracture admissible selon le site .....	10
8.3 Fractures simultanées au même site.....	10
<b>SECTION 9 -FACTEURS DE RISQUE ET RÉDUCTION DE L'INDEMNISATION.....</b>	<b>11</b>
9.1 Facteurs de risque.....	11
9.2 Conditions médicales qui rompent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DMO .....	11
9.3 Traitements qui rompent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DM ..	12
9.4 Conditions médicales et traitements qui diminuent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DMO .....	12
<b>SECTION 10 - FONDS D'INDEMNISATION ET MODIFICATION DE L'INDEMNISATION AU PRO RATA .....</b>	<b>13</b>
10.1 Deux fonds d'indemnisation distincts.....	13
10.2 Montant dans un fonds insuffisant pour payer toutes les Réclamations valides qui lui sont adressées.....	13
10.3 Deux fonds insuffisants pour payer toutes les Réclamations valides qui leur sont adressées respectivement .....	13
10.4 Montant net de l'entente de règlement supérieur à la valeur totale des Réclamations valides .....	13

10.5 Absence de fondement valide pour un appel .....	14
<b>PARTIE II : DEVOIRS DE L'ADMINISTRATEUR.....</b>	<b>14</b>
<b>SECTION 11 - RESPONSABILITÉS ET DEVOIRS DE L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS .....</b>	<b>14</b>
11.1 Responsabilités et devoirs de l'Administrateur des réclamations.....	14
<b>SECTION 12 - LE PROCESSUS DE RÉCLAMATION.....</b>	<b>15</b>
12.1 Procédure de réclamation électronique .....	15
12.2 Exigences générales de preuve .....	15
12.3 Exigences additionnelles de preuve- Fractures .....	17
12.4 Formulaire de réclamation simplifié .....	18
12.5 Date limite pour présenter une Réclamation.....	18
12.6 Audit des Réclamations .....	18
12.7 Lacunes d'une Réclamation .....	18
12.8 Décision de l'Administrateur des réclamations .....	19
12.9 Appel de la Décision de l'Administrateur des réclamations.....	19
<b>SECTION 13 - LA PROCÉDURE DE DISTRIBUTION .....</b>	<b>21</b>
13.1 Rapport intérimaire de l'Administrateur des réclamations.....	21
13.2 Paiement des Réclamations valides .....	21
13.3 Chèques périmés .....	21
13.4 Rapport final de l'Administrateur des réclamations .....	21
<b>PIÈCE "A" : MONTANTS EN POURCENTAGES POUR LES ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX.....</b>	<b>22</b>

## SECTION 1- DÉFINITIONS

À moins qu'une section du présent Protocole d'indemnisation et d'administration (le « Protocole ») ne prévoie explicitement une autre signification, les termes suivants auront le sens indiqué ci-après. Lorsqu'approprié, les termes utilisés au singulier pourront inclure le pluriel et vice-versa. Lorsqu'approprié, les pronoms féminins pourront inclure le masculin, et vice-versa. Les termes portant la majuscule qui ne sont pas définis dans le présent Protocole ont le sens qui leur est attribué dans l'Entente de règlement.

- (a) **Réclamation** s'entend d'un Formulaire de réclamation dûment rempli et accompagné de la documentation requise;
- (b) **Réclamante** s'entend d'un Membre du groupe qui remplit et soumet un Formulaire de réclamation;
- (c) **Formulaire de réclamation** s'entend du formulaire de réclamation à être rempli par les Membres du groupe qui font une réclamation;
- (d) **Administrateur des réclamations** s'entend de la personne nommée par la Cour pour administrer l'Entente de règlement et le Protocole tels qu'approuvés par la Cour, de même que tout employé de cette personne;
- (e) **Date limite pour présenter une réclamation** s'entend de la date limite à laquelle les Membres du groupe doivent avoir soumis un Formulaire de réclamation complet ainsi que toute documentation exigée à son soutien;
- (f) **Avocats du groupe** s'entend de Belleau Lapointe s.e.n.c.r.l. et Siskinds LLP;
- (g) **Cour** s'entend de la Cour supérieure du Québec;
- (h) **Réclamante admissible** s'entend d'une Réclamante qui a soumis une Réclamation valide;
- (i) **Entente de règlement** s'entend de l'entente de règlement datée du 11 mai 2021 telle qu'approuvée par la Cour dans le dossier de l'Action collective canadienne relative à Depo-provera;
- (j) **Réclamation valide** s'entend d'une Réclamation soumise à l'Administrateur des réclamations au plus tard à la Date limite pour présenter une réclamation et que celui-ci a jugé complète, valide et donnant droit à une indemnisation.

## **PARTIE I : DROIT À L'INDEMNISATION DES ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX**

### **SECTION 2- DISTRIBUTION AUX ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX**

#### **2.1 Distribution du Montant du règlement destiné aux assureurs-santé provinciaux**

(1) Après paiement des Honoraires des avocats du groupe, le Montant du règlement destiné aux assureurs-santé provinciaux sera divisé entre les Assureurs-santé provinciaux sur la base des proportions indiquées dans la Pièce A.

#### **2.2 Signature du Consentement et quittance des assureurs-santé provinciaux**

(1) Chaque assureur signera une quittance complète et finale conforme à celle jointe comme Annexe B à l'Entente de règlement avant de recevoir toute indemnisation en application de l'Entente de règlement.

#### **2.3 Moment de la distribution**

(1) La distribution aux Assureurs-santé provinciaux pourra avoir lieu dès que possible après la Date de prise d'effet.

### **SECTION 3- ADMISSIBILITÉ D'UNE RÉCLAMATION**

#### **3.1 Critères d'admissibilité**

(1) Pour être admissible à l'indemnisation, une Réclamante doit prouver :

- (a) un usage de Depo-Provera conforme aux critères énoncés aux sous-sections 4.1 à 4.3;
- (b) une perte de densité minérale osseuse (« Perte de DMO ») conforme aux critères énoncés aux sous-sections 5.1 à 5.9 (« Perte de DMO admissible »); et,
- (c) le cas échéant, une fracture conforme aux critères énoncés aux sous-sections 7.1 à 7.4 (« Fracture admissible »).

(2) Elle doit également prouver qu'elle ne présente pas un des facteurs de risque mentionnés aux sous sections 9.2 et 9.3.

### **SECTION 4- USAGE DE DEPO-PROVERA**

#### **4.1 Usage de Depo-provera**

(1) Depo-provera doit avoir été prescrit et utilisé à des fins de contraception (prévention de la grossesse).

(2) La prescription de Depo-provera avant le 3 avril 1997 sera réputée avoir été faite pour un autre usage que la contraception.

## **4.2 Durée de l'usage**

(1) La Réclamante doit avoir reçu au moins quatre injections consécutives et ininterrompues de Depo-provera à des intervalles d'environ trois mois.

## **4.3 Fin de l'usage**

(1) La Réclamante doit avoir cessé de recevoir des injections de Depo-provera avant le 30 juin 2006.

## **SECTION 5- PERTES DE DMO ADMISSIBLES**

### **5.1 Catégories de pertes de DMO**

(1) Les catégories de Pertes de DMO admissibles à l'indemnisation sont l'ostéoporose et l'ostéopénie, à condition qu'elles soient prouvées de la manière prescrite ci-après. Une seule catégorie de Perte de DMO est reconnue à la fois. Pour les périodes pendant lesquelles l'ostéoporose est prouvée, il s'agira de la Perte de DMO reconnue.

### **5.2 Preuve d'une Perte de DMO**

(1) La preuve de la Perte de DMO est exprimée par un score-T ou un score-Z et est établie par l'entremise d'un test d'ostéodensitométrie par absorptiométrie biénergique aux rayons X (DXA) fait sur un des quatre sites anatomiques suivants : hanche totale, col du fémur, colonne vertébrale (rachis lombaire) et tiers du radius. Dans le cas du rachis lombaire (L1 à L4), au minimum deux vertèbres doivent être analysées. Seul un diagnostic visant l'ensemble du site anatomique analysé est retenu.

(2) Tout test par lequel un professionnel de la santé est capable de se prononcer sur le score T ou le score Z de la Réclamante à un des quatre sites anatomiques identifiés ci-haut pourra également être considéré comme valable par l'Administrateur des réclamations.

(3) Pour les fins de ce Protocole, un test d'ostéodensitométrie qui établit une Perte de DMO est un « Test positif ».

### **5.3 Ostéoporose**

(1) Est considéré comme une preuve d'ostéoporose un score T inférieur à la normale par 2,5 écarts-types ou plus (score T inférieur ou égal à -2,5) ou un score Z inférieur à la normale par 2 écarts-types ou plus (score Z inférieur ou égal à -2) à un des sites anatomiques suivants : hanche totale, col du fémur, colonne vertébrale (rachis lombaire) et tiers du radius.

### **5.4 Ostéopénie**

(1) Est considéré comme une preuve d'ostéopénie un score T inférieur à la normale par plus d'un écart-type mais moins de 2,5 écarts-types (score T situé entre -1 et -2,5) à un des sites anatomiques suivants : hanche totale, col du fémur, colonne vertébrale (rachis lombaire) et tiers du radius.

## **5.5 Moment du test d'ostéodensitométrie initial**

(1) Pour faire la preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation, le premier Test positif (le « Test positif initial ») doit avoir été réalisé :

- (a) après au moins quatre injections consécutives et ininterrompues de Depo-provera;
- (b) au plus tard dans un délai de 30 mois suivant la dernière d'au moins quatre injections consécutives et ininterrompues de Depo-provera; et
- (c) avant la ménopause. Pour les fins du présent Protocole, et à moins d'indication contraire d'un médecin traitant contemporaine à la Réclamation confirmant une autre date de ménopause ou indiquant que la ménopause n'a pas eu lieu au moment de la Réclamation, l'âge de la ménopause est fixé à 51 ans. L'Administrateur des réclamations pourra déterminer, sur la base de la preuve soumise au soutien de la réclamation, qu'une condition médicale ou un traitement subi par une Réclamante a induit la ménopause à une date qu'il déterminera.

(2) Pour faire la preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation, les Tests positifs subséquents, le cas échéant, doivent avoir lieu conformément aux règles énoncées ci-après aux sous-sections 5.6 à 5.9.

## **5.6 Durée prouvée de la Perte de DMO**

(1) Un Test positif initial fait la preuve d'une ostéopénie pour la période commençant un an après la première des injections consécutives et ininterrompues de Depo-provera et prenant fin la veille de la date du Test positif initial.

(2) Un Test positif, y compris un Test Positif Initial, fait la preuve d'une Perte de DMO pour l'une des périodes suivantes (la « Période prouvée ») :

- (a) jusqu'à la veille de la date du test subséquent si ce dernier (i) a lieu dans un délai d'au plus 36 mois du Test positif; et (ii) est également un Test positif;
- (b) jusqu'à la veille de la date du test subséquent si ce dernier (i) a lieu dans un délai d'au plus 30 mois du Test positif; et (ii) ne démontre pas une Perte de DMO (« Test négatif »); ou
- (c) pour une période de 30 mois commençant à la date du Test positif, lorsque l'une des situations suivantes se produit :
  - (i) le Test positif n'est suivi d'aucun test d'ostéodensitométrie subséquent;
  - (ii) le test subséquent a lieu plus de trente mois après le Test positif et est un Test négatif; ou
  - (iii) le test subséquent a lieu dans un délai de plus de 36 mois du Test positif.



- (d) jusqu'à la veille de la date du test subséquent si ce dernier (i) a lieu dans un délai d'au plus 30 mois du Test positif; et (ii) est concomitant ou postérieur à la date du diagnostic d'une condition médicale visée à la sous-section 9.2 ou de l'administration d'un traitement visé à la sous-section 9.3.

### **5.7 Tests ne faisant pas preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation**

(1) Peu importe leur résultat, ne font pas la preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation les tests d'ostéodensitométrie :

- (a) postérieurs à un Test négatif;
- (b) faits plus de 36 mois après le dernier Test positif;
- (c) faits plus de 30 mois après la dernière d'au moins quatre injections consécutives et ininterrompues de Depo-Provera; ou
- (d) concomitants ou postérieurs au diagnostic d'une condition médicale visée à la sous-section 9.2 ou à l'administration d'un traitement visé à la sous-section 9.3.

### **5.8 Règles de calcul**

(1) Pour les fins du calcul des périodes détaillées à la sous-section 5.6, lorsque qu'une Période prouvée pour une catégorie de Perte de DMO est suivie d'une Période prouvée pour une autre catégorie de Perte de DMO ou lorsqu'il s'agit de la dernière Période prouvée de Perte de DMO, et qu'elle excède un nombre de mois entier, il faut arrondir au nombre de mois supérieur.

(2) Pour les fins de l'indemnisation, les Périodes prouvées sont additionnées séparément selon la catégorie de Perte de DMO à laquelle elles appartiennent, et ce, peu importe qu'elles soient consécutives ou intermittentes, de manière à permettre que soient déterminées une période prouvée totale d'ostéoporose (« Période prouvée totale d'ostéoporose ») et une période prouvée totale d'ostéopénie (« Période prouvée totale d'ostéopénie »), le cas échéant.

### **5.9 Durée maximale de la Période Prouvée de Perte de DMO**

(1) En toutes circonstances, la durée maximale admissible de la Période prouvée de Perte de DMO est de 120 mois.

(2) Si la Perte de DMO excède 120 mois, elle est indemnisée en fonction de la catégorie de Perte de DMO la plus rapprochée dans le temps de l'usage du Depo-provera.

## Exemples

### 1. Test réguliers et suivi

	Date	État	État prouvé jusqu'au	Périodes prouvées (PP)	PP totales
Début de l'usage de Depo-provera	01/04/2002				
Début présumé de la Perte de DMO	01/04/2003	ostéopénie	31/12/2004	21 mois	
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose	14/03/2007		
Test d'ostéodensitométrie 2	15/03/2007	ostéoporose	02/01/2009	49 mois	49 mois
Test d'ostéodensitométrie 3	03/01/2009	ostéopénie	04/02/2011	26 mois	47 mois
Test d'ostéodensitométrie 4	05/02/2011	normal	n/a		

### 2. Tests irréguliers

	Date	État	État prouvé jusqu'au	Périodes prouvées (PP)	PP totales
Début de l'usage de Depo-provera	01/04/2002				
Début présumé de la Perte de DMO	01/04/2003	ostéopénie	31/12/2004	21 mois	21 mois
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose	30/06/2007	30 mois	30 mois
Test d'ostéodensitométrie 2	22/04/2008	ostéopénie	n/a	n/a	
Test d'ostéodensitométrie 3	14/05/2010	normal	n/a	n/a	

### 3. Test réguliers indiquant une variance dans la condition (Période prouvée totale maximale)

	Date	État	État prouvé jusqu'au	Périodes prouvées (PP)	PP totales
Début de l'usage de Depo-provera	01/04/2002				
Début présumé de la Perte de DMO	01/04/2003	ostéopénie	31/12/2004	21 mois	
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose	14/03/2007	27 mois	
Test d'ostéodensitométrie 2	15/03/2007	ostéopénie	02/01/2009	22 mois	
Test d'ostéodensitométrie 3	03/01/2009	ostéoporose	04/02/2011	26 mois	
Test d'ostéodensitométrie 4	05/02/2011	ostéopénie	16/12/2012	23 mois	66 mois
Test d'ostéodensitométrie 5	17/12/2012	ostéoporose	15/04/2015	1 mois	54 mois / 120 mois
Test d'ostéodensitométrie 6	16/04/2015	ostéoporose	n/a		

#### 4. Longue exposition avant les tests (Période prouvée totale maximale)

	<i>Date</i>	<i>État</i>	<i>État prouvé jusqu'au</i>	<i>Périodes prouvées (PP)</i>	<i>PP totales</i>
<i>Début de l'usage de Depo-provera</i>	01/04/1998				
<i>Début présumé de la Perte de DMO</i>	01/04/1999	ostéopénie	31/12/2004	69 mois	
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose	14/03/2007	27 mois	
<i>Test d'ostéodensitométrie 2</i>	15/03/2007	ostéopénie	02/01/2009	22 mois	91 mois
<i>Test d'ostéodensitométrie 3</i>	03/01/2009	ostéoporose	04/02/2011	2 mois	29 mois / 120 mois
<i>Test d'ostéodensitométrie 4</i>	05/02/2011	ostéopénie	n/a	n/a	n/a
<i>Test d'ostéodensitométrie 5</i>	17/12/2012	ostéoporose	n/a	n/a	n/a

## SECTION 6- INDEMNISATION POUR UNE PERTE DE DMO ADMISSIBLE

### 6.1 Montants d'indemnisation à titre indicatif seulement

(1) Les montants d'indemnisation établis dans cette section seront utilisés afin d'établir la valeur de base des Réclamations valides, mais l'indemnisation payable aux Réclamantes admissibles pourrait être modifiée en fonction de la valeur totale des Réclamations valides, tel qu'il est plus amplement détaillé à la section 10.

### 6.2 Ostéopénie

(1) Le montant d'indemnisation pour une Période prouvée totale d'ostéopénie est de 600\$, peu importe sa durée.

### 6.3 Ostéoporose

(1) Le montant d'indemnisation pour les premiers douze mois inclus dans une Période prouvée totale d'ostéoporose est de 100\$ par mois. Chaque mois additionnel donne droit à un montant de 50\$.

### Exemples

#### 1. Tests réguliers et suivi.

	<i>Date</i>	<i>État</i>	<i>Périodes prouvées totales</i>	<i>Montant</i>
<i>Début présumé de la Perte de DMO</i>	01/04/2003	ostéopénie		
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose		
<i>Test d'ostéodensitométrie 2</i>	15/03/2007	ostéoporose	49 mois	3 050,00\$
<i>Test d'ostéodensitométrie 3</i>	03/01/2009	ostéopénie	47 mois	600,00\$
<i>Test d'ostéodensitométrie 4</i>	05/02/2011	normal		
<b>Total</b>				<b>3 650,00\$</b>

2. Test réguliers indiquant une variance dans la condition (Période prouvée totale maximale)

	<i>Date</i>	<i>État</i>	<i>Périodes prouvées totales</i>	<i>Montant</i>
<i>Début présumé de la Perte de DMO</i>	01/04/2003	ostéopénie		
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose		
<i>Test d'ostéodensitométrie 2</i>	15/03/2007	ostéopénie		
<i>Test d'ostéodensitométrie 3</i>	03/01/2009	ostéoporose		
<i>Test d'ostéodensitométrie 4</i>	05/02/2011	ostéopénie	<b>66 mois</b>	<b>600,00\$</b>
<i>Test d'ostéodensitométrie 5</i>	17/12/2012	ostéoporose	<b>54 mois / 120 mois</b>	<b>3 300,00\$</b>
<b>Total</b>				<b>3 950,00\$</b>

3. Longue exposition avant les tests (Période prouvée totale maximale)

	<i>Date</i>	<i>État</i>	<i>Périodes prouvées totales</i>	<i>Montant</i>
<i>Début présumé de la Perte de DMO</i>	01/04/1999	ostéopénie		
<b>Test d'ostéodensitométrie initial</b>	<b>01/01/2005</b>	ostéoporose		
<i>Test d'ostéodensitométrie 2</i>	15/03/2007	ostéopénie	<b>91 mois</b>	<b>600,00\$</b>
<i>Test d'ostéodensitométrie 3</i>	03/01/2009	ostéoporose	<b>29 mois / 120 mois</b>	<b>2 050,00\$</b>
<b>Total</b>				<b>2 650,00\$</b>

## SECTION 7- FRACTURES ADMISSIBLES

### 7.1 Moment de la survenance de la fracture

(1) Seules les fractures survenues pendant une Période prouvée de Perte de DMO sont admissibles à l'indemnisation.

### 7.2 Types de Fractures admissibles

(1) Les types de Fractures admissibles à l'indemnisation sont regroupés selon les sites suivants :

<i>Site</i>	<i>Détail</i>
<i>Main</i>	métacarpes. Les phalanges sont exclues.
<i>Poignet</i>	os du carpe (scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal, pisiforme, os crochu, trapèze, trapézoïde et grand os), extrémité distale du radius, extrémité distale du cubitus.
<i>Coude</i>	extrémité proximale du radius, extrémité proximale du cubitus (incluant l'oléocrane), extrémité distale de l'humérus (incluant les condyles).
<i>Bras et avant-bras</i>	section centrale (diaphyse) du cubitus, du radius ou de l'humérus.

<i>Épaule</i>	extrémité proximale de l'humérus
<i>Clavicule</i>	
<i>Sternum</i>	
<i>Côte</i>	
<i>Colonne vertébrale</i>	vertèbres cervicales, dorsales et lombaires.
<i>Bassin</i>	os iliaque (incluant le pubis, l'ischion et l'acétabulum), sacrum et coccyx.
<i>Hanche</i>	extrémité proximale du fémur (tête fémorale, col fémoral, zone intertrochantérienne, zone sous-trochantérienne)
<i>Jambe</i>	section centrale (diaphyse) du fémur, du tibia ou du péroné.
<i>Genou</i>	extrémité distale du fémur, rotule, extrémité proximale du tibia (plateau tibial), extrémité proximale du péroné.
<i>Cheville</i>	extrémité distale du tibia, extrémité distale du péroné, malléole interne ou postérieure du tibia, malléole latérale du péroné.
<i>Pied</i>	métatarses et os suivants du tarse : os cunéiformes, os naviculaire, os cuboïde, astragale (talus) et calcaneus (os du talon). Les phalanges sont exclues.

(2) Les fractures du crâne, des os du visage, du larynx, de la trachée, de l'omoplate et des phalanges des mains et des pieds ne sont pas admissibles à l'indemnisation.

(3) À l'exception de la colonne vertébrale, du sternum et, dans le bassin, du sacrum et du coccyx, les sites du côté droit et gauche du corps sont des sites distincts.

### **7.3 Absence de traumatisme**

(1) Seules les Fractures de fragilité, telles que définies ci-après, sont admissibles à l'indemnisation.

(2) Pour les fins du présent Protocole, une Fracture de fragilité est une fracture qui s'est produite en l'absence d'un des événements suivants :

- (a) un accident de la route;
- (b) une chute d'une hauteur substantielle ou à haute vitesse;
- (c) un impact sérieux, par exemple dans le cadre d'une activité sportive; ou
- (d) tout autre événement qui sera ajouté à cette liste, sur demande de l'Administrateur des réclamations et décision de la Cour.

#### 7.4 Plusieurs fractures consécutives au même site

(1) Les complications liées à la guérison d'une fracture, y compris l'absence de soudure, le défaut d'alignement et les mesures de correction qui peuvent s'ensuivre ne donnent pas droit à une indemnisation additionnelle. Une fracture à un site faisant l'objet d'une autre demande d'indemnisation ne sera admissible que si la preuve permet d'établir que la seconde fracture est une nouvelle fracture.

### SECTION 8- INDEMNISATION POUR LES FRACTURES ADMISSIBLES

#### 8.1 Montants d'indemnisation à titre indicatif seulement

(1) Les montants d'indemnisation établis dans cette section seront utilisés afin d'établir la valeur de base des Réclamations valides, mais l'indemnisation payable aux Réclamantes admissibles pourrait être modifiée en fonction de la valeur totale des Réclamations valides, tel qu'il est plus amplement détaillé à la section 10.

#### 8.2 Montant accordé pour une Fracture admissible selon le site

(1) Les montants d'indemnisation selon le type de Fracture admissible sont les suivants :

<i>Site</i>	<i>Montant</i>	<i>Site</i>	<i>Montant</i>
<i>Main</i>	5 000,00 \$	<i>Pied</i>	5 000,00 \$
<i>Poignet</i>	7 500,00 \$	<i>Cheville</i>	7 500,00 \$
<i>Coude</i>	7 500,00 \$	<i>Genou</i>	7 500,00 \$
<i>Bras et avant-bras</i>	10 000,00 \$	<i>Jambe</i>	10 000,00 \$
<i>Épaule</i>	7 500,00 \$	<i>Hanche</i>	20 000,00 \$
<i>Clavicule</i>	5 000,00 \$	<i>Bassin</i>	20 000,00 \$
<i>Sternum</i>	5 000,00 \$	<i>Colonne vertébrale</i>	20 000,00 \$
<i>Côte</i>	2 500,00 \$		

#### 8.3 Fractures simultanées au même site

(1) Les montant établis ci-haut sont pour le site de fracture. Si deux fractures se produisent sur un même site simultanément, elles ne donnent pas droit à deux montants d'indemnisation, sauf dans la mesure suivante :

- (a) Côte : le montant de 2 500,00\$ est pour une seule côte. Un montant de 1 000,00\$ sera accordé pour chaque côte supplémentaire. L'indemnisation pour une fracture de plusieurs côtes lors d'un seul événement est limitée à 7 500,00\$.

- (b) Colonne vertébrale : le montant de 20 000,00\$ est pour une seule vertèbre. Un montant de 5 000,00\$ sera accordé pour chaque vertèbre supplémentaire. L'indemnisation pour une fracture de plusieurs vertèbres lors d'un seul événement sera limitée à 40 000,00\$.

(2) L'indemnisation maximale accordée à une Réclamante pour des Fractures admissibles ne peut excéder un montant de 50 000,00\$.

## **SECTION 9- FACTEURS DE RISQUE ET RÉDUCTION DE L'INDEMNISATION**

### **9.1 Facteurs de risque**

(1) Les facteurs de risque énumérés à la présente section ont, s'ils ont été observés de la façon décrite ci-après à tout moment précédant ou concomitant à une Période prouvée de Perte de DMO, l'effet indiqué ci-après sur le droit à l'indemnisation des Réclamantes.

### **9.2 Conditions médicales qui rompent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DMO**

(1) Ne fait pas la preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation le test réalisé sur une Réclamante alors que celle-ci a reçu un diagnostic positif pour l'une des conditions médicales suivantes :

- (a) les maladies des os suivantes : ostéogénèse imparfaite, hypophosphatasie, homocystinurie, maladie osseuse de Paget;
- (b) les troubles endocriniens suivants : syndrome de Cushing, acromégalie, hyperprolactinémie, insuffisance surrénalienne, insuffisance hypophysaire (hypopituitarisme) et/ou déficience en hormone de croissance, hyperparathyroïdie, hypogonadisme (primaire ou secondaire), diabète de type 1, insuffisance pancréatique chronique (fonction endocrine);
- (c) les conditions suivantes liées à la moëlle osseuse : myélome multiple, leucémie, lymphome, hémochromatose héréditaire, drépanocytose, thalassémie, anémie pernicieuse, mastocytose systémique;
- (d) les maladies chroniques du foie (hépatite virale, cirrhose, cholangite sclérosante primaire, maladies cholestatiques du foie, affection chronique du foie liée à l'alcool, etc.);
- (e) les diverses affections suivantes : maladie chronique des reins, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), VIH, fibrose kystique; et
- (f) toute autre condition médicale qui sera ajoutée à cette liste, sur demande de l'Administrateur des réclamations et décision de la Cour.

(2) Par exception à la règle énoncée à la sous-section 9.2(1), un Test positif pourra faire la preuve d'une Perte de DMO admissible malgré la présence d'une des conditions médicales énumérées ci-dessus, si la Réclamation est accompagnée d'une indication d'un médecin traitant

contemporaine à la Réclamation et confirmant que la condition médicale était contrôlée au moment du test et n'était pas susceptible d'avoir un effet sur la densité minérale osseuse.

### **9.3 Traitements qui rompent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DMO**

(1) Ne fait pas la preuve d'une Perte de DMO admissible à l'indemnisation le test réalisé sur une Réclamante après que celle-ci a reçu un des traitements suivants :

- (a) une ovariectomie bilatérale;
- (b) la transplantation d'un des organes suivants : moelle osseuse, cœur, poumon, foie ou rein; et
- (c) tout autre traitement qui sera ajouté à cette liste, sur demande de l'Administrateur des réclamations et décision de la Cour.

(2) Par exception à la règle énoncée à la sous-section 9.3(1), un Test positif pourra faire la preuve d'une Perte de DMO admissible malgré l'existence d'un des traitements énumérés ci-dessus si la Réclamation est accompagnée d'une indication d'un médecin traitant contemporaine à la Réclamation et confirmant que le traitement n'était pas susceptible d'avoir un effet sur la densité minérale osseuse.

### **9.4 Conditions médicales et traitements qui diminuent le lien de causalité entre Depo-provera et la Perte de DMO**

(1) L'indemnisation versée à une Réclamante en raison d'un Test positif effectué après qu'elle a reçu un diagnostic positif pour une des conditions médicales suivantes ou qu'elle a reçu un des traitements suivants est diminuée de 50% pour la Période prouvée de Perte de DMO associée au Test Positif :

- (a) arthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante;
- (b) syndromes de malabsorption (incluant secondaires à la maladie céliaque et à des maladies inflammatoires de l'intestin);
- (c) hyperthyroïdie;
- (d) toute autre condition médicale qui sera ajoutée à cette liste, sur demande de l'Administrateur des réclamations et décision de la Cour.

(2) Par exception à la règle énoncée à la sous-section 9.4 (1), une Période prouvée de Perte de DMO pourra donner lieu à une indemnisation complète, malgré l'existence d'une des conditions médicales ou d'un des traitements énumérés ci-dessus, à condition qu'elle remplisse les autres conditions d'admissibilité, si elle est accompagnée d'une indication d'un médecin traitant contemporaine à la Réclamation et confirmant que la condition ou le traitement n'était pas susceptible d'avoir un effet sur la densité minérale osseuse.



## **SECTION 10- FONDS D'INDEMNISATION ET MODIFICATION DE L'INDEMNISATION AU PRO RATA**

### **10.1 Deux fonds d'indemnisation distincts**

(1) Le Montant net du règlement destiné aux membres du groupe est divisé à parts égales entre deux fonds d'indemnisation : un fonds consacré à l'indemnisation des Pertes de DMO admissibles (le « Fonds perte de DMO ») et un fonds consacré à l'indemnisation des Fractures admissibles (le « Fonds fracture »).

(2) L'indemnisation due pour chaque Réclamation valide sera calculée selon les critères établis aux sections 4 à 9 et la portion adressée à chaque fonds sera établie.

### **10.2 Montant dans un fonds insuffisant pour payer toutes les Réclamations valides qui lui sont adressées**

(1) Si la portion du Montant net du règlement destiné aux membres du groupe attribuée à un fonds est insuffisante pour payer l'ensemble des Réclamations valides qui lui sont adressées et que l'autre fonds dispose de plus que ce qui est requis afin de payer toutes les Réclamations valides qui lui sont adressées, les Avocats du groupe pourront autoriser l'Administrateur des réclamations à utiliser le surplus d'un fonds afin de financer l'autre.

(2) Si, malgré l'application de la sous-section 10.2(1), la portion bonifiée du Montant net du règlement destiné aux membres du groupe attribuée à un fonds demeure insuffisante pour payer l'ensemble des Réclamations valides qui sont dirigées vers celui-ci, l'indemnisation versée pour chacune de ces Réclamation valide sera réduite, toute proportion gardée par rapport à l'ensemble des Réclamations valides dirigées vers ce fonds.

### **10.3 Deux fonds insuffisants pour payer toutes les Réclamations valides qui leur sont adressées respectivement**

(1) Si chacune des portions du Montant net du règlement destiné aux membres du groupe attribuées aux deux fonds est insuffisante pour payer l'ensemble des Réclamations valides qui sont dirigées vers chaque fonds respectivement, l'indemnisation versée pour chacune de ces Réclamation valide sera réduite, toute proportion gardée par rapport à l'ensemble des Réclamations valides dirigées vers le fonds auquel elle appartient.

### **10.4 Montant net de l'entente de règlement supérieur à la valeur totale des Réclamations valides**

(1) Si le Montant net du règlement destiné aux membres du groupe est supérieur à ce qui est requis afin d'indemniser toutes les Réclamations valides, les Avocats du groupe pourront mettre en place une augmentation proportionnelle à l'indemnisation payable selon les critères établis aux sections 4 à 9. Ces augmentations proportionnelles ne peuvent avoir pour effet d'augmenter l'indemnisation payable à plus du double des valeurs originales établies par ces sections. Si une augmentation proportionnelle est jugée inappropriée, le Reliquat sera distribué conformément à la sous-section 4.6 de l'Entente de règlement.

## **10.5 Absence de fondement valide pour un appel**

(1) La réduction ou l'augmentation des montants versés pour les Réclamations valides en application des sous-sections 10.2 à 10.4 ne sera pas un motif valable pour porter une décision en appel.

## **PARTIE II : DEVOIRS DE L'ADMINISTRATEUR**

### **SECTION 11- RESPONSABILITÉS ET DEVOIRS DE L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS**

#### **11.1 Responsabilités et devoirs de l'Administrateur des réclamations**

(1) L'Administrateur des réclamations appliquera le présent Protocole conformément au(x) Jugement(s) de la Cour et à l'Entente de règlement, sous la supervision de la Cour.

(2) Les responsabilités et devoirs de l'Administrateur des réclamations incluent ce qui suit :

- (a) distribuer, lorsque requis, les avis aux Membres du groupe;
- (b) établir une procédure de réclamation incluant un site web, un Formulaire de réclamation en format électronique et papier et une infrastructure permettant de compléter, présenter, recevoir et traiter les Réclamations électroniquement et par la poste;
- (c) rendre des décisions en temps opportun au sujet des Réclamations présentées et transmettre ces décisions aux Réclamantes sans délai;
- (d) aviser sans délai les Avocats du groupe des appels;
- (e) soumettre la documentation nécessaire en cas d'appel;
- (f) recalculer les montants d'indemnisation selon les instructions des Avocats du groupe en conformité avec le présent Protocole ou tel qu'ordonné par la Cour;
- (g) payer en temps opportun les montants d'indemnisation aux Réclamantes ayant présenté une Réclamation valide;
- (h) assigner un nombre suffisant d'employés à répondre aux questions des Membres du groupe en français et en anglais, selon la langue de la Réclamante;
- (i) garder le Montant du règlement dans le Compte en fiducie et prélever tous les paiements autorisés du Montant du règlement à partir de ce compte;
- (j) remettre les montants dus au Fonds d'aide aux actions collectives;
- (k) gérer le paiement des honoraires des Avocats du groupe, de même que les débours et les frais d'administration, tel qu'ordonné par la Cour;

- (l) rendre compte aux Avocats du groupe, aux Défenderesses et à la Cour des Réclamations reçues et traitées et des Frais d'administration des réclamations;
- (m) conserver l'information sur les Réclamations pendant une période de trois ans après le jugement de clôture;
- (n) préparer et soumettre les rapports et dossiers qui pourront être exigés par les Avocats du groupe ou par la Cour;
- (o) remplir toutes les obligations de rapporter un revenu imposable et faire les paiements fiscaux (incluant les intérêts et pénalités) dus par rapport au revenu généré par le Montant du règlement;
- (p) être bilingue dans tous les aspects de son administration; et
- (q) colliger, utiliser et garder l'information personnelle obtenue des Réclamantes de façon conforme à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ c. P-39.1.

## SECTION 12- LE PROCESSUS DE RÉCLAMATION

### 12.1 Procédure de réclamation électronique

(1) L'Administrateur des réclamations développera et maintiendra un site web dédié à l'Entente de règlement, lequel permettra aux Membres du groupe de présenter leur Réclamation et les informera de tous les aspects pertinents du processus de réclamation.

### 12.2 Exigences générales de preuve

(1) Une Réclamation doit contenir les informations suivantes:

- (a) **La preuve de la période pendant laquelle la Réclamante a utilisé Depo-provera, incluant le début et la fin de cette période.** Sans limiter la généralité de ce qui précède, pourront être considérées comme une preuve valide par l'Administrateur des réclamations :
  - (i) les notes contemporaines du médecin prescripteur;
  - (ii) les relevés/rapports des pharmacies ayant rempli les prescriptions de Depo-provera;
  - (iii) les relevés de compagnies d'assurance privées ou d'organismes publics chargés de la gestion d'un régime d'assurance-médicaments public auprès desquels une réclamation a été faite;
  - (iv) les relevés/reçus remis par la pharmacie lors de l'achat du médicament, pourvu qu'ils indiquent le nom de la Réclamante et permettent d'établir une utilisation continue de Depo-Provera; ou

- (v) une attestation d'usage dûment remplie par le médecin traitant sur le formulaire fourni à cette fin par l'Administrateur des réclamations.
- (b) **La preuve que Depo-provera a été prescrit pour des motifs de contraception.** Sans limiter la généralité de ce qui précède, pourront être considérés comme une preuve valide par l'Administrateur des réclamations :
- (i) le fait que la dose prescrite était de 150 mg/ ml à chaque trois mois; ou
  - (ii) si la preuve soumise au soutien de la Réclamation est silencieuse sur la dose prescrite, le fait que les notes contemporaines du médecin prescripteur n'établissent pas (1) un diagnostic d'endométriose; (2) l'infertilité de la Réclamante; ou (3) un autre motif de prescription explicitement mentionné.
- (c) **La preuve d'une Perte de DMO.** Sans limiter la généralité de ce qui précède, pourront être considérés comme une preuve valide par l'Administrateur des réclamations :
- (i) une copie des résultats officiels du test d'ostéodensitométrie portant la date du test, le diagnostic, le nom du médecin l'ayant posé et des informations permettant d'identifier la Réclamante;
  - (ii) un test d'ostéodensitométrie contenant des informations permettant d'identifier la Réclamante et faisant référence à un test d'ostéodensitométrie antérieur d'une manière qui permet de déterminer (1) la date du test antérieur et (2) le diagnostic posé sur les sites testés; ou
  - (iii) les notes contemporaines du médecin traitant au dossier médical si elles établissent (1) qu'un test a eu lieu, (2) la date de ce test et (3) les résultats du test ou le diagnostic du médecin conformément à la sous-section 5.2. Pour plus de précision, toute note de nature générale, n'étant pas raisonnablement contemporaine au test ou rapportant les propos de la Réclamante ne sera pas recevable. De même, toute note concernant une démarche d'investigation pour établir un diagnostic qui ne sera pas accompagnée des résultats de cette investigation ne sera pas recevable.
- (d) **La preuve que la Réclamante n'a pas souffert d'une condition médicale et n'a pas reçu un traitement mentionnés à la section 9 du présent Protocole.**
- (i) Pourra être considérée comme une preuve valide par l'administrateur le fait qu'aucune condition médicale et aucun traitement énumérés aux sous-sections 9.2 à 9.4 ne sont mentionnés dans les documents soumis pour établir les éléments de preuve exigés aux sous-sections 12.2(1) a) à c) et 12.3, à condition que les documents déposés soient complets, non-altérés et accompagnés d'une déclaration solennelle à l'effet que la Réclamante n'a pas souffert d'une des conditions médicales et n'a subi aucun des traitements énumérés aux sous-sections 9.2 à 9.4.

- (ii) Lorsque les documents soumis pour établir les éléments de preuve exigés aux sous-sections 12.2(1) a) à c) et 12.3 font mention d'une condition médicale ou d'un traitement énumérés aux sous-sections 9.2 à 9.4, mais qu'ils ne contiennent pas de détails au sujet du moment, du début et/ou de la durée de cette condition médicale ou ce traitement, celui-ci sera présumé avoir commencé lors de sa première mention et perdurer pour la durée de la Période prouvée de perte de DMO, de manière à limiter les portions admissibles de la Réclamation, à moins que la Réclamante ne prouve que le moment, le début et/ou la durée de cette condition médicale ou ce traitement sont différents, ce qu'elle peut faire en soumettant des extraits suffisamment extensifs du dossier médical ou une indication d'un médecin traitant contemporaine à la Réclamation et confirmant le moment, le début et/ou la durée de cette condition médicale ou ce traitement.
- (e) Les informations générales suivantes :
  - (i) les informations sur la Réclamante permettant à l'Administrateur des réclamations d'établir son statut de Membre du groupe et ses coordonnées;
  - (ii) un consentement à recevoir des communications de l'Administrateur des réclamations pour des fins de clarification, de collecte d'information supplémentaire ou d'audit de la Réclamation;
  - (iii) une déclaration à l'effet que les informations transmises sont exactes, véridiques et complètes; et
  - (iv) toute information ou preuve additionnelle que l'Administrateur des réclamations jugera nécessaire.

### 12.3 Exigences additionnelles de preuve- Fractures

(1) En plus des exigences générales de preuve, une Réclamation pour une fracture doit contenir les informations suivantes :

- (a) **La preuve d'une fracture à un site visé par la sous-section 7.2.** Pourront être considérées comme une preuve valide par l'administrateur :
  - (i) le rapport d'un service hospitalier et/ou d'un radiologiste contemporain à la fracture et permettant d'établir son existence, la date à laquelle elle a vraisemblablement eu lieu et le site de la fracture; ou
  - (ii) les notes du médecin traitant contemporaines à la fracture et permettant d'établir son existence, la date à laquelle elle a vraisemblablement eu lieu et le site de la fracture. Pour plus de précision, toute note de nature générale, n'étant pas raisonnablement contemporaine à la fracture ou rapportant les propos de la Réclamante ne sera pas recevable. De même, toute note concernant une démarche d'investigation pour établir un diagnostic qui ne sera pas accompagnée des résultats de cette investigation ne sera pas recevable.

- (b) Pour les fins des présentes, la survenance d'une fracture pendant une Période prouvée de Perte de DMO crée une présomption qu'il s'agit d'une fracture de fragilité.
- (c) Cette présomption est renversée par la mention d'un des événements énumérés à la sous-section 7.3(2) dans le document soumis à titre de preuve de la fracture ou dans un autre document au soutien de la Réclamation.

#### **12.4 Formulaire de réclamation simplifié**

(1) Un formulaire de réclamation simplifié à être rempli par le médecin traitant de la Réclamante et permettant de fournir les informations exigées aux sections 4, 5, 7 et 9 sera disponible (le « Formulaire de réclamation simplifié »). Pour être autorisé à remplir le Formulaire de réclamation simplifié, un médecin traitant devra attester qu'il a une connaissance personnelle de l'information rapportée ou qu'il dispose d'un dossier médical lui permettant de faire état de l'information rapportée.

(2) Les exigences de preuve prévues aux sous-sections 12.2(1) a) à d) et 12.3 ne s'appliquent pas si le Formulaire de réclamation simplifié soumis rencontre les exigences de la sous-section 12.4(1).

#### **12.5 Date limite pour présenter une Réclamation**

(1) La Réclamation complète et les éléments de preuve exigés à son soutien doivent être soumis à l'Administrateur des réclamations électroniquement au plus tard à la Date limite pour présenter une réclamation. Si la Réclamation et les éléments de preuve à son soutien sont transmis par la poste, ils doivent porter un cachet de poste indiquant la Date limite pour présenter une réclamation au plus tard.

(2) Toute Réclamation présentée après la Date limite pour présenter une réclamation sera rejetée par l'Administrateur des réclamations et ce rejet ne sera pas un motif valable pour porter la décision en appel.

#### **12.6 Audit des Réclamations**

(1) L'Administrateur des réclamations procède à des vérifications et assure une surveillance conforme aux standards de l'industrie permettant d'assurer la validité des Réclamations présentées et, à sa seule discrétion, peut choisir de procéder à l'audit de toute Réclamation. L'Administrateur des réclamations rejette une Réclamation en partie ou en totalité lorsque, selon lui, la Réclamante n'a pas fourni suffisamment d'informations, que l'information fournie est fausse ou erronée ou que la Réclamante a autrement commis des actes frauduleux.

#### **12.7 Lacunes d'une Réclamation**

(1) Si l'Administrateur des réclamations conclut qu'il existe des lacunes techniques dans une Réclamation, il en avise sans délai la Réclamante. Cet avis prend la forme d'une lettre envoyée par courriel, si possible, ou par la poste régulière. La Réclamante dispose d'un délai de soixante (60) jours suivant l'envoi de cet avis pour corriger la lacune à la satisfaction de l'Administrateur des réclamations.

(2) Si les lacunes ne sont pas corrigées dans le délai de soixante (60) jours l'Administrateur des réclamations rejettera la Réclamation et la Réclamante n'aura pas d'autre occasion de corriger ces lacunes. Ce rejet ne sera pas un motif valable pour porter la décision en appel.

(3) Les « lacunes techniques » n'incluent pas le défaut de respecter la Date limite pour présenter une réclamation ou le défaut de soumettre les éléments de preuve exigés à la sous-section 12.2 et, le cas échéant, à la sous-section 12.3 avant la Date limite pour présenter une réclamation. Si la Réclamante a fait une demande pour obtenir un élément de preuve avant la Date limite pour présenter une réclamation mais ne l'a pas reçu à temps, elle peut soumettre une copie certifiée conforme de sa demande de documents, en quel cas, le défaut de soumettre cet élément de preuve sera considéré comme une « lacune technique ».

## **12.8 Décision de l'Administrateur des réclamations**

(1) Pour chaque Réclamation, l'Administrateur des réclamations :

- (a) déterminera si la Réclamante est Membre du groupe;
- (b) déterminera si la Réclamation remplit toutes les exigences du présent Protocole;
- (c) calculera le montant d'indemnisation auquel la Réclamante a droit, le cas échéant, sur la base du présent Protocole, à l'exception des ajustements prévus à la section 10; et
- (d) avisera sans délai la Réclamante de l'approbation ou du rejet de sa Réclamation (l'« Avis de décision »).

(2) Lorsque l'Administrateur des réclamations rejettera une Réclamation en tout ou en partie, il inclura ses motifs dans l'Avis de décision.

(3) La décision de l'Administrateur des réclamations sera finale et liera la Réclamante, sous réserve du droit restreint de celle-ci de faire appel prévu à la sous-section 12.9.

## **12.9 Appel de la Décision de l'Administrateur des réclamations**

(1) Aucun appel ou autre procédure de révision ne sera offert pour la contestation d'une norme établie par le présent Protocole.

(2) Sous réserve des sous-sections 10.5(1), 12.5(2), 12.7(2) et 12.9(1), les Réclamantes pourront faire appel de la décision communiquée par l'Avis de décision rejetant leur Réclamation ou ne reconnaissant comme valide qu'une portion de leur Réclamation.

(3) Les appels seront tranchés par un arbitre bilingue désigné par la Cour (l'« Arbitre »).

(4) La procédure suivante régira ces appels :

- (a) Les appels seront présentés par écrit et appuyés de la documentation soumise à l'Administrateur des réclamations dans le cadre du processus de réclamation. Les Réclamantes ne seront pas autorisées à fournir de nouveaux documents dans le cadre de l'appel.

- (b) L'appel devra être reçu par voie électronique ou porter un cachet de poste d'au plus tard trente (30) jours suivant l'Avis de décision.
  - (c) Dans les dix (10) jours de la réception d'un appel, l'Administrateur des réclamations transmettra aux Avocats du groupe une copie des documents fournis par la Réclamante dans le cadre du processus de réclamation, l'Avis de décision ainsi que toute autre information qui pourrait être raisonnablement utile (le « Dossier d'appel »).
  - (d) Si, après consultation des Avocats du groupe, l'Administrateur des réclamations est d'avis qu'un appel n'est pas autorisé en application d'une des sous-sections 10.5(1), 12.5(2), 12.7(2) et 12.9(1), la Réclamante en sera avisée par écrit au plus tard vingt (20) jours suivant le moment où les Avocats du groupe auront été informés de l'appel et son Dossier d'appel ne sera pas soumis à l'Arbitre.
  - (e) Si l'Administrateur des réclamations est d'avis que l'appel est valablement formé, il avisera la Réclamante que son appel sera soumis à l'Arbitre. Un frais d'ouverture de dossier d'appel de 150 \$ sera exigé et devra être versé dans les dix (10) jours suivant l'avis de l'Administrateur.
  - (f) Sur réception du paiement de 150\$, l'Administrateur des réclamations avisera les Avocats du groupe, qui disposeront d'un délai de trente (30) jours à compter de cet avis pour présenter, s'ils le jugent opportun, des observations écrites sur l'appel n'excédant pas 10 pages. S'ils n'entendent pas soumettre d'observations, les Avocats du groupe en aviseront l'Administrateur des réclamations dès que possible.
  - (g) Sur réception de la communication des Avocats du groupe prévue à la sous-section 12.9(f), l'Administrateur des réclamations soumettra l'appel, le Dossier d'appel et, le cas échéant, les observations des Avocats du groupe à l'Arbitre.
  - (h) L'Arbitre rendra sa décision par écrit dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception du Dossier d'appel que lui transmet l'Administrateur des réclamations.
  - (i) Le frais d'ouverture de dossier d'appel sera remboursé si l'Arbitre tranche en faveur de la Réclamante.
  - (j) La décision de l'Arbitre sera finale et ne pourra faire l'objet d'un appel ou d'une révision.
- (5) Pour les fins de la sous-section 12.9(4) uniquement, les jours compris dans la période commençant le 24 décembre 2021 et se terminant le 2 janvier 2022 inclusivement ne seront pas comptés dans le calcul des délais.



## **SECTION 13- LA PROCÉDURE DE DISTRIBUTION**

### **13.1 Rapport intérimaire de l'Administrateur des réclamations**

(1) Dès que possible après avoir traité les Réclamations valides, l'Administrateur des réclamations fera rapport aux Avocats du groupe et indiquera le détail de la distribution du Montant net du règlement destiné aux membres du groupe qu'il entend faire, y compris la valeur totale des Réclamations valides, les ajustements prévus à la section 10 si nécessaire, les montants payables à chaque Réclamante admissible pour des Pertes de DMO admissibles et, le cas échéant, les types de Fractures admissibles et les montants payables pour chaque fracture.

(2) Sur réception du rapport de l'Administrateur des réclamations, les Avocats du groupe prendront rapidement les mesures requises en vertu du présent Protocole pour finaliser les paiements aux Réclamantes admissibles, y compris la communication du rapport de l'Administrateur des réclamations aux Procureurs des défendeurs et à la Cour et, si nécessaire, une demande à la Cour.

### **13.2 Paiement des Réclamations valides**

(1) Lorsque toutes les étapes indiquées à la sous-section 13.1 seront complétées, les Avocats du groupe donneront instruction à l'Administrateur des réclamations de procéder aux calculs additionnels de l'indemnisation, le cas échéant, et de payer les Réclamantes admissibles.

(2) Sur réception des instructions des Avocats du groupe, l'Administrateur des réclamations prendra les mesures nécessaires pour payer les Réclamantes admissibles sans délai.

### **13.3 Chèques périmés**

(1) Les chèques émis deviendront périmés six (6) mois à compter de leur émission. Les chèques qui ne seront pas encaissés et deviendront périmés seront réémis à la seule discrétion de l'Administrateur des réclamations, en fonction des circonstances du cas et aux frais de la personne qui en fait la demande. En aucun cas, les chèques ne seront réémis après un délai de six (6) mois à compter de la date de péremption du premier chèque. En aucun cas, un troisième chèque ne sera émis.

### **13.4 Rapport final de l'Administrateur des réclamations**

(1) Dès que possible après le paiement des Réclamations valides, l'Administrateur des réclamations présentera aux Avocats du groupe, aux Avocats des défendeurs et à la Cour le rapport d'administration prévu à l'article 59 du *Règlement de la Cour supérieure du Québec en matière civile*, RLRQ c. C-25.01, r. 0.2.1.

## **PIÈCE “A” : MONTANTS EN POURCENTAGES POUR LES ASSUREURS-SANTÉ PROVINCIAUX**

Pourcentages du Montant du règlement destiné aux assureurs-santé provinciaux à distribuer à chaque province et territoires.

<b>Province</b>	<b>Pourcentages du Montant du règlement destiné aux assureurs-santé provinciaux</b>
Terre-Neuve et Labrador	1.37%
Île-du-Prince-Édouard	0.42%
Nouvelle-Écosse	2.58%
Nouveau-Brunswick	2.06%
Québec	22.52%
Ontario	38.83%
Manitoba	3.63%
Saskatchewan	3.11%
Alberta	11.66%
Colombie-Britannique	13.48%
Yukon	0.11%
Territoires du Nord-Ouest	0.12%
Nunavut	0.10%

Répartition proportionnelle en fonction du pourcentage de la population canadienne indiqué dans les Estimations de la population de Statistiques Canada pour T2 2020 :

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=1710000901>