

PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DES RÉCLAMATIONS ET PARAMÈTRES D'INDEMNISATION

Action Collective Depuy ASR du Québec

I. INTRODUCTION

1. Le 24 août 2010, les prothèses artificielles de la hanche ASR XL Acetabular et ASR Hip Resurfacing (ci-après les « **Prothèses ASR** ») ont fait l'objet d'un rappel mondial (ci-après le « **Rappel** »);
2. Le 13 mai 2014, la Cour supérieure du Québec (ci-après la « **Cour** ») a autorisé l'institution d'une action collective portant numéro de Cour 500-06-000550-109 contre Depuy Orthopaedics Inc. et Johnson & Johnson Inc. (ci-après les « **Défenderesses** ») pour le compte des membres du groupe suivant (ci-après le « **Groupe** »):

« Toutes les personnes physiques qui, entre le mois de juillet 2003 et le 24 août 2010 (ci-après la « Période »), ont subi une opération de remplacement de la hanche durant laquelle elles ont reçu une prothèse de la hanche de type ASR XL Acetabular ou ASR Hip Resurfacing System (ci-après la « Prothèse ASR ») qui a été conçue, fabriquée, vendue ou distribuée par les Défenderesses et qui a fait l'objet d'un rappel par les Défenderesses en date du 24 août 2010, alors que ces personnes étaient soit : (i) des résidentes de la province de Québec au moment de l'opération durant laquelle elles ont reçu la Prothèse ASR (ci-après l'« Opération initiale ») ou lors de la chirurgie de révision de la Prothèse ASR (ci-après la « Révision »); (ii) des résidentes de la province de Québec au moment du rappel par les Défenderesses de la Prothèse ASR; ou (iii) qui ont subi l'Opération initiale ou la Révision dans la province de Québec, alors qu'elles étaient des résidentes du Canada, mais qui résident actuellement à l'extérieur du Canada. Seront exclues du groupe les personnes qui présenteront des réclamations contre les Défenderesses dans le contexte de recours collectifs intentés ailleurs au Canada ».

3. Les Défenderesses ont accepté de payer un montant global de 20 millions \$ pour régler les réclamations de tous les membres du Groupe (ci-après le « **Règlement** »). Le Règlement est assujéti à l'approbation de la Cour;
4. L'approbation de la Cour est également demandée pour le paiement de tous les honoraires professionnels légaux, frais d'expertise, déboursés, frais d'administration, frais d'avis et taxes applicables. Le reste du montant de Règlement (ci-après le « **Fonds de règlement** ») sera distribué aux membres du Groupe qui auront soumis une réclamation valide conformément à la procédure prévue ci-dessous;

5. En vertu du Règlement, les procureurs du Groupe sont seuls responsables pour l'établissement d'un protocole d'administration des réclamations et paramètres d'indemnisation afin de distribuer le Fonds de règlement au Groupe, sans aucune implication des Défenderesses (ci-après le « **Protocole d'administration des réclamations et paramètres d'indemnisation** »);
6. Le Protocole d'administration des réclamations et paramètres d'indemnisation a gouvernera les réclamations présentées par les membres du Groupe conformément au Règlement, le tout sujet à l'approbation de la Cour;

II. FORMULAIRES DE RÉCLAMATION

7. Les procureurs du Groupe ont retenu les services de Collectiva pour agir comme administrateur des réclamations (ci-après l'« **Administrateur** »), le tout sujet à l'approbation de la Cour;
8. Afin de bénéficier du Règlement, les membres du Groupe doivent soumettre une réclamation valide à l'Administrateur en remplissant et signant le Formulaire de réclamation retrouvé à l'**Annexe A**, et soumettre les documents justificatifs et dossiers médicaux à son appui, tel qu'indiqué ci-après. Si un membre du Groupe est décédé, sa succession peut soumettre une réclamation;
9. Les membres du Groupe doivent soumettre leur Formulaire de réclamation à l'Administrateur au plus tard le **24 mai 2019** (ci-après « **Date limite de réclamation** »). Tout Formulaire de réclamation transmis après la Date limite de réclamation sera rejeté;
10. Les Formulaires de réclamation seront disponibles sur le site internet de l'Administrateur (www.collectiva.ca) et sur le site internet des procureurs du Groupe (www.kklex.com). Vous pouvez également communiquer avec l'Administrateur au 514-287-1000 ou sans frais au 1-800-287-8587 ou avec les procureurs du Groupe au 514-878-2861 ou sans frais au 1-844-999-2861 pour recevoir un Formulaire de réclamation par la poste;
11. Le Formulaire de réclamation et la documentation à son appui doivent être envoyés à l'Administrateur avant la Date limite de réclamation soit par courriel, par télécopieur/facsimilé ou par courrier (attestant de la date d'envoi) aux coordonnées suivantes :

COLLECTIVA
2170 Boulevard René Lévesque O, Bureau 200
Montréal (Québec) H3H 2T8
Télécopieur : 514-287-1617
Courriel : depuyasr@collectiva.ca

III. ADMISSIBILITÉ

12. Seul un membre du Groupe dont la réclamation a été approuvée par l'Administrateur sera admissible à recevoir une compensation du Fonds de règlement (ci-après un « **Réclamant approuvé** »);
13. Afin d'être un Réclamant approuvé, le réclamant doit avoir reçu au moins une Prothèse ASR ayant fait l'objet du Rappel lors d'une chirurgie de remplacement de la hanche survenue entre le mois de juillet 2003 et le 24 août 2010 (ci-après la « **Chirurgie initiale ASR** »);
14. Les Prothèses ASR ayant fait l'objet du Rappel sont identifiées par des étiquettes ou collants indiquant le(s) code(s) du produit (ci-après les « **Étiquettes** »):

Product Code Listing:

DePuy ASR™ Acetabular Shells:

9998-03-944	9998-04-146	9998-04-348	9998-04-550
9998-04-652	9998-04-754	9998-04-956	9998-05-158
9998-05-360	9998-05-562	9998-05-764	9998-05-966
9998-06-168	9998-06-370		

DePuy ASR™ 300 Spiked Acetabular Shells:

9998-30-744	9998-30-746	9998-30-748	9998-30-750
9998-30-752	9998-30-754	9998-30-756	9998-30-758
9998-30-760	9998-30-762	9998-30-764	9998-30-766
9998-30-768	9998-30-770		

DePuy ASR™ Articular Surface Replacement Heads

9998-03-239	9998-03-441	9998-03-643	9998-03-845
9998-03-946	9998-04-047	9998-04-249	9998-04-451
9998-04-653	9998-04-855	9998-05-057	9998-05-359
9998-05-561	9998-05-763		

DePuy ASR™ XL Monoblock MoM System Sleeve Adaptors

9998-00-102	9998-00-105	9998-00-108	9998-00-200
9998-00-203	9998-00-206	9998-00-209	9998-00-300
9998-00-303	9998-00-313		

DePuy ASR™ XL Monoblock MoM Heads

9998-90-139	9998-90-141	9998-90-143	9998-90-145
9998-90-146	9998-90-147	9998-90-149	9998-90-151
9998-90-153	9998-90-155	9998-90-157	9998-90-159
9998-90-161	9998-90-163		

15. Les dossiers médicaux du réclamant en lien avec la Chirurgie initiale ASR devraient contenir les Étiquettes;
16. L'image ci-dessous est un exemple d'une Étiquette qui apparaît normalement dans les dossiers médicaux d'un patient :



17. Si les Étiquettes ne sont pas incluses dans les dossiers médicaux, le réclamant doit obtenir et fournir à l'Administrateur une déclaration signée du chirurgien ayant effectué la Chirurgie initiale ASR afin de confirmer que le réclamant a reçu une Prothèse ASR faisant l'objet du Rappel;
18. Si vous ne connaissez pas la marque de la prothèse de la hanche reçue lors de votre chirurgie de remplacement de la hanche, vous devriez communiquer immédiatement avec votre chirurgien orthopédique;

IV. CATÉGORIES DE COMPENSATION

19. Le montant de compensation qu'un Réclamant approuvé peut recevoir dépendra d'un nombre de facteurs, tel qu'indiqué ci-après;

A) Compensation pour les réclamants ayant subi une Chirurgie de révision

20. Un Réclamant approuvé qui a subi une ou plusieurs opération(s) médicalement nécessaire(s) pour remplacer la cupule ou toute autre composante d'une Prothèse ASR (ci-après une « **Chirurgie de révision** ») est admissible à recevoir une compensation associée à la Chirurgie de révision (ci-après une « **Compensation de Chirurgie de révision** ») dans la mesure où :
 - (a) La Chirurgie de révision a eu lieu dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, ou a été cédulée dans ce délai, mais a eu lieu par après en raison des listes d'attente ou de la disponibilité du chirurgien;
 - (b) La Chirurgie de révision ne résulte pas d'une des exclusions suivantes (ci-après les « **Exclusions** »):
 - i) une infection diagnostiquée;
 - ii) un traumatisme (par exemple un accident d'automobile, une chute, une blessure sportive, etc.);
 - iii) une fracture du col fémoral dans les deux (2) mois de la Chirurgie initiale ASR durant laquelle une Prothèse ASR de resurfaçage a été posée;
21. Un Réclamant approuvé qui requiert une Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, mais qui ne peut être opéré pour une raison/contre-indication médicale (par exemple une condition cardiaque, un cancer, une grossesse) aura le droit à une Compensation de Chirurgie de révision (ci-après « **Réclamant de Chirurgie de révision médicalement contre-indiquée** »);

22. Un Réclamant approuvé admissible à une Compensation de Chirurgie de révision (ci-après « **Réclamant approuvé de Chirurgie de révision** ») sera placé dans une de trois catégories de compensation (ci-après « **Catégories de compensation** »);
23. Les Catégories de compensation sont établies en fonction du nombre de Chirurgie(s) de révision, du nombre d'opération(s) pour remplacer l'implant posé lors de la Chirurgie de révision (ci-après « **Chirurgie de ré-révision** »), et/ou de la survenance d'une complication médicale extraordinaire (ci-après « **Complication médicale extraordinaire** ») subie(s) par le réclamant;
24. Une Complication médicale extraordinaire signifie un des événements suivants ayant eu lieu dans les onze (11) ans d'une Chirurgie initiale ASR:
- (a) un accident vasculaire cérébral (AVC) associé à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision et survenu dans un délai d'une (1) semaine de celle-ci;
 - (b) une crise cardiaque associée à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision et survenue dans un délai d'une (1) semaine de celle-ci;
 - (c) une embolie pulmonaire associée à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision et survenue dans un délai d'un (1) mois de celle-ci;
 - (d) un décès associé à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision et survenu dans un délai d'un (1) mois de celle-ci;
 - (e) une paralysie du nerf fémoral associée à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision et non résolue au bout de trois (3) mois;
 - (f) un pied tombant associé à une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision;
 - (g) une luxation/dislocation de la hanche requérant une procédure médicale de réduction fermée pour la replacer à la suite d'une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision;
 - (h) une lettre/déclaration d'invalidité du médecin traitant attestant que le réclamant est ou a été dans l'incapacité de retourner au travail pour une période d'au moins un (1) an en raison de problèmes médicaux associés avec une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision;

Aucun autre événement ne saurait constituer une Complication médicale extraordinaire;

25. Il y a trois (3) Catégories de Compensation pour les Réclamants approuvés de Chirurgie de révision, soit la Catégorie 1, la Catégorie 2 et la Catégorie 3;
26. Un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision sera placé dans la Catégorie 1 si, dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, il /elle :
- (a) a subi une (1) Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion, et n'a pas souffert d'une Complication médicale extraordinaire; ou
 - (b) est un Réclamant de Chirurgie de révision médicalement contre-indiquée;
- (« Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 1 »);**
27. Un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision sera placé dans la Catégorie 2 si, dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, il /elle :
- (a) a subi une (1) Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion, et a souffert d'une Complication médicale extraordinaire; ou
 - (b) a subi une (1) Chirurgie de révision sur chacune des deux hanches (ci-après « **Chirurgie de révision bilatérale** »), ne résultant pas d'une Exclusion; ou
 - (c) a subi une (1) Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion, et une Chirurgie de ré-révision ne résultant pas d'un traumatisme;
- (« Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 2 »);**
28. Un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision sera placé dans la Catégorie 3 si, dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, il /elle :
- (a) a subi une (1) Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion, une Chirurgie de ré-révision ne résultant pas d'un traumatisme, et a souffert d'une Complication médicale extraordinaire; ou
 - (b) a subi une (1) Chirurgie de révision ne résultant pas d'une Exclusion, et deux (2) Chirurgie(s) de ré-révision ou plus ne résultant pas d'un traumatisme;
 - (c) a subi une (1) Chirurgie de révision bilatérale ne résultant pas d'une Exclusion, et soit une (1) Chirurgie(s) de ré-révision ou plus ne résultant pas d'un traumatisme ou une Complication médicale extraordinaire;
- (« Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 3 »);**

Scénarios	Catégorie de compensation
1 Chirurgie de révision	Cat 1
1 Chirurgie de révision + Complication médicale extraordinaire	Cat 2
1 Chirurgie de révision + 1 Chirurgie de ré-révision	Cat 2
Chirurgie de révision bilatérale	Cat 2
1 Chirurgie de révision + 1 Chirurgie de ré-révision + Complication médicale extraordinaire	Cat 3
1 Chirurgie de révision + 2 ou plus Chirurgies de ré-révision	Cat 3
Chirurgie de révision bilatérale + Complication médicale extraordinaire	Cat 3
Chirurgie de révision bilatérale + 1 ou plus Chirurgie(s) de ré-révision	Cat 3
** toutes les chirurgies et complications médicales doivent avoir eu lieu dans les 11 ans de la Chirurgie initiale ASR	

29. Les Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 2 recevront une compensation supérieure de 30% par rapport aux Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 1;
30. Les Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 3 recevront une compensation supérieure de 60% par rapport aux Réclamants approuvés de Chirurgie de révision de Catégorie 1;
31. À titre d'exemple et pour fins d'illustration seulement, si un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 1 reçoit une compensation totale de 100 000 \$, alors un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 2 recevra une compensation totale de 130 000 \$, et un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 3 recevra une compensation totale de 160 000 \$;
32. La dernière date possible à laquelle un membre du Groupe peut avoir reçu une Prothèse ASR lors d'une Chirurgie initiale ASR est le 24 août 2010. Par conséquent, afin d'être admissible à une Compensation de Chirurgie de révision, le membre du Groupe doit avoir subi une Chirurgie de révision le ou avant le 24 août 2021 (c.-à-d. onze (11) ans plus tard) (ci-après « **Date finale de Chirurgie de révision** »);
33. Le montant total de compensation qu'un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision pourra recevoir sera uniquement connu avec certitude après la Date finale de révision, considérant que ce n'est qu'à ce moment que le nombre total de Réclamants approuvés pour Chirurgie de révision sera connu avec certitude;
34. Par conséquent, la compensation due à un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision sera payée en trois (3) distributions séparées dans le temps (ci-après les « **Distributions** »), soit :
- (a) **Distribution 1** – Dans les soixante (60) jours suivant l'approbation de sa réclamation par l'Administrateur, chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision recevra une Distribution initiale de 20 000 \$;

- (b) **Distribution 2** – Dans les soixante (60) jours suivant la Date limite de réclamation, soit le 23 juillet 2019, chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision recevra une seconde Distribution. À tel moment, au moins 50% du Fonds de règlement restant sera distribué. Le montant que chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision recevra dépendra du nombre de Réclamants approuvés, ainsi que du nombre de Réclamants approuvés dans chaque Catégorie de compensation;
- (c) **Distribution 3** – Dans les soixante (60) jours suivant la Date finale de Chirurgie de révision, soit le 25 octobre 2021, chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision recevra une troisième et finale Distribution du Fonds de règlement. Le montant que chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision recevra dépendra du nombre de Réclamants approuvés, ainsi que du nombre de Réclamants approuvés dans chaque Catégorie de compensation;
35. Afin de s'assurer que chaque Réclamant approuvé de Chirurgie de révision reçoive une compensation juste, le montant maximal qu'un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 3 pourra recevoir est 225 000 \$. Veuillez noter que ce montant pourrait être inférieur, considérant que le montant total de compensation dépendra du nombre total de Réclamants approuvés, ainsi que du nombre de Réclamants approuvés dans chaque Catégorie de compensation, ce qui ne peut être connu pour l'instant;
- B) Compensation pour les réclamants n'ayant pas subi de Chirurgie de révision**
36. Un membre du groupe qui a reçu une Prothèse ASR, et qui n'a pas subi de Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, ou dont la Chirurgie de révision résulte d'une Exclusion, sera considéré comme un réclamant non révisé (ci-après « **Réclamant approuvé non révisé** »);
37. Un Réclamant approuvé non révisé sera admissible à recevoir une compensation de 2 500,00 \$ (ci-après « **Compensation de Réclamant non révisé** »);
38. Un réclamant qui a reçu une Prothèse ASR sur chacune des deux hanches lors de Chirurgies initiales ASR, mais qui a subi une Chirurgie de révision sur une seule hanche dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR ne résultant pas d'une Exclusion, est uniquement admissible à recevoir une Compensation de Chirurgie de révision, et ne recevra pas en plus une Compensation de Réclamant non révisé;
39. Un Réclamant approuvé non révisé qui a reçu une Prothèse ASR sur chacune des deux hanches lors de Chirurgies initiales ASR, et qui n'a pas subi de Chirurgie de révision, sera admissible à recevoir qu'une seule Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$;

40. Un Réclamant approuvé qui a subi une Chirurgie initiale ASR au moins onze (11) ans avant de soumettre son Formulaire de réclamation, et qui n'a pas subi de Chirurgie de révision, recevra une Compensation de Réclamant non révisé dans les soixante (60) jours de l'approbation de sa réclamation par l'Administrateur;
41. Un Réclamant approuvé dont la Chirurgie initiale ASR a eu lieu **moins** de onze (11) ans au moment de soumettre son Formulaire de réclamation (par exemple, un réclamant dont la Chirurgie initiale ASR était en 2009 ou 2010), n'est pas nécessairement un Réclamant non révisé, considérant qu'il /elle peut encore subir une Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de sa Chirurgie initiale ASR. Un tel réclamant doit choisir une des deux options suivantes:
 - (a) Le réclamant peut choisir de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$, **OU**,
 - (b) Le réclamant peut choisir de renoncer à son droit de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$, et demeurer admissible à recevoir une Compensation de Chirurgie de révision s'il /elle subit une Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de sa Chirurgie initiale ASR ne résultant pas d'une Exclusion (« **Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision** »);
42. Chacun de ces réclamants **DOIT** indiquer dans son Formulaire de réclamation l'option qu'il /elle a choisie;
43. Un Réclamant approuvé qui fait le choix de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$ ne recevra **pas** une Compensation de Chirurgie de révision même s'il /elle subit une Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de sa Chirurgie initiale ASR après avoir soumis son Formulaire de réclamation;
44. Un Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision ne recevra aucune compensation s'il /elle ne subit pas une Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de sa Chirurgie initiale ASR;
45. Il est donc fortement recommandé aux réclamants dont la Chirurgie initiale ASR a eu lieu il y a **moins** de onze (11) ans de consulter leur chirurgien orthopédique pour savoir s'il croit que le réclamant nécessitera une Chirurgie de révision médicalement nécessaire dans un délai de onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR avant de soumettre le Formulaire de réclamation et faire le choix de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$, ou demeurer admissible à recevoir une Compensation de Chirurgie de révision. **Ni les**

procureurs du Groupe ni l'Administrateur ne seront en mesure d'assister un réclamant dans la prise de cette décision médicale;

46. Un Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision qui éventuellement doit subir une Chirurgie de révision dans les onze (11) ans de sa Chirurgie initiale ASR **doit** immédiatement notifier par écrit l'Administrateur et les procureurs du Groupe, et doit fournir les dossiers médicaux et la documentation prévus aux articles 48 et suivants. Le défaut de notifier l'Administrateur et les procureurs du Groupe avant la Date finale de Chirurgie de révision (c.-à-d. le 24 août 2021) aura pour conséquence que le réclamant ne recevra **aucune** compensation;
47. Dans les soixante (60) jours de la réception des dossiers médicaux et de la documentation d'un Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision démontrant qu'il /elle a subi une Chirurgie de révision, l'Administrateur l'informerá s'il /elle est un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 1, Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 2, un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 3, ou si la Chirurgie de révision résulte d'une Exclusion. L'Administrateur distribuera au Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision qui sera approuvé comme Réclamant de Chirurgie de révision la même compensation que celle reçue par les autres Réclamants approuvés de Chirurgie de révision appartenant à la même Catégorie de compensation;

V. DOCUMENTS À ÊTRE SOUMIS AVEC LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

48. Le réclamant qui souhaite être admissible à une Compensation de Chirurgie de révision doit soumettre à l'Administrateur avant la Date finale de réclamation les dossiers médicaux suivants avec son Formulaire de réclamation:
- (a) Le protocole opératoire de la Chirurgie initiale ASR; et,
 - (b) Les Étiquettes (c.-à-d. les codes du produit associés avec la prothèse artificielle de la hanche reçue lors de la Chirurgie initiale ASR); et,
 - (c) Le protocole opératoire de toute(s) Chirurgie(s) de révision; et,
 - (d) Les feuilles sommaires d'hospitalisation de la Chirurgie initiale ASR et de toute(s) Chirurgie(s) de révision;
49. Un Réclamant de Chirurgie de révision médicalement contre-indiquée qui souhaite être admissible à une Compensation de Chirurgie de révision doit, en plus, soumettre à l'Administrateur ce qui suit :

- (a) Les dossiers médicaux attestant qu'une Chirurgie de révision est requise dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale; et,
 - (b) Les dossiers médicaux attestant que le réclamant a été empêché de subir la Chirurgie de révision qui autrement était nécessaire n'eût été la raison/contre-indication médicale;
50. Le réclamant qui a subi une Chirurgie de ré-révision ne résultant pas d'un traumatisme (comme un accident d'automobile, une blessure sportive, une chute, etc.), et/ou qui a subi une Complication médicale extraordinaire doit, en plus, soumettre à l'Administrateur ce qui suit :
- (a) Le protocole opération de toute(s) Chirurgie(s) de ré-révision; et,
 - (b) Les feuilles sommaires d'hospitalisation de toute(s) Chirurgie(s) de ré-révision et/ou de la Complication médicale extraordinaire; et/ou si applicable,
 - (c) La lettre/déclaration d'invalidité du médecin traitant attestant que le réclamant est ou a été incapable de retourner au travail pour une période d'au moins un (1) an en raison de problèmes médicaux associés avec la Chirurgie de révision ou la Chirurgie de ré-révision ayant eu lieu dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR;
51. Afin d'être admissible à une Compensation de Réclamant non révisé ou afin d'être un Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision, le réclamant doit soumettre à l'Administrateur avant la Date finale de réclamation les documents suivants au soutien de son Formulaire de réclamation:
- (a) Le protocole opératoire de la Chirurgie initiale ASR; et,
 - (b) Les Étiquettes (c.-à-d. les codes du produit associés avec la prothèse artificielle de la hanche reçue lors de la Chirurgie initiale ASR);
52. Un réclamant qui a déjà fourni ses dossiers médicaux aux procureurs du Groupe devrait communiquer avec ceux-ci pour les obtenir et les soumettre avec son Formulaire de réclamation, au lieu d'obtenir ses dossiers médicaux de nouveau;
53. Le réclamant qui n'a pas fourni ses dossiers médicaux aux procureurs du Groupe devrait compléter et signer le formulaire d'accès au dossier médical retrouvé à l'**Annexe B**, et le transmettre aux hôpitaux où il /elle a subi sa Chirurgie initiale ASR, sa Chirurgie de révision et/ou sa Chirurgie de ré-révision, et/ou sa Complication médicale extraordinaire, afin d'obtenir ses dossiers médicaux;

54. Si la réclamation est soumise par la succession d'un membre du Groupe décédé, en plus des dossiers médicaux et documents prévus ici haut, la documentation suivante doit être soumise avec le Formulaire de réclamation :
- (a) Une copie du certificat de décès du membre du Groupe décédé; et,
 - (b) Une copie de la recherche testamentaire auprès du Barreau du Québec et de la Chambre des notaires du Québec; et,
 - (c) Un document officiel confirmant que la personne qui soumet la réclamation a le statut pour représenter la succession du membre du Groupe décédé (dans le cas d'une succession testamentaire, par exemple, une copie du testament notarié, ou toute autre forme de testament accompagnée de la procédure de vérification du testament);

VI. LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR ET LE PROCESSUS D'APPEL

55. Dans les trente (30) jours de la réception du Formulaire de réclamation, des dossiers médicaux et toute autre documentation additionnelle, l'Administrateur avisera le réclamant si sa réclamation est incomplète, dans un tel cas, le réclamant aura trente (30) jours pour remédier à la situation et compléter sa réclamation;
56. Dans les soixante (60) jours de la réception du Formulaire de réclamation, des dossiers médicaux et toute autre documentation additionnelle, l'Administrateur informera par écrit le réclamant si sa réclamation a été rejetée ou approuvée (ci-après la « **Décision de l'Administrateur** »);
57. L'Administrateur aura le droit de consulter Dr Pascal-André Vendittoli (ci-après le « **Consultant médical** ») s'il a besoin d'assistance pour comprendre les dossiers médicaux et rendre une décision;
58. Si la Décision de l'Administrateur approuve une réclamation, elle indiquera si le réclamant se qualifie comme Réclamant non révisé, Réclamant non révisé choisissant de demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision, un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 1, un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 2 ou un Réclamant approuvé de Chirurgie de révision de Catégorie 3;
59. Si un réclamant est en désaccord avec la Décision de l'Administrateur, le réclamant aura le droit d'en appeler de cette décision auprès de l'honorable André Rochon, juge à la retraite de la Cour d'appel du Québec (ci-après l'« **Arbitre des appels** »);

60. Afin de porter en appel la Décision de l'Administrateur devant l'Arbitre des appels, le réclamant doit envoyer une lettre à l'Arbitre des appels, avec copie conforme à l'Administrateur et aux procureurs du Groupe, dans les trente (30) jours de la Décision de l'Administrateur (ci-après la « **Lettre d'appel** »);
61. La Lettre d'appel peut être envoyée à l'Arbitre des appels soit par courriel, par télécopieur/facsimilé ou par courrier (faisant état de la date d'envoi) aux coordonnées suivantes :
- Honorable André Rochon, Arbitre des appels
55, rue Castonguay
Suite 400
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 2H9
Télécopieur/Facsimile : 450 436-9735
a.rochon@pfdavocats.com
62. La Lettre d'appel doit indiquer que le requérant porte la Décision de l'Administrateur en appel, et expliquer les motifs;
63. Sur réception de la Lettre d'appel d'un réclamant, l'Administrateur transmettra à l'Arbitre des appels une copie du Formulaire de réclamation, des dossiers médicaux et de toute autre documentation additionnelle qui lui ont été soumis par le réclamant;
64. L'Arbitre des appels aura le droit de consulter le Consultant médical s'il a besoin d'assistance avec les dossiers médicaux;
65. L'Arbitre des appels rendra une décision disposant de l'appel dans une lettre n'excédant pas deux (2) pages dans un délai de soixante (60) jours de la Lettre d'appel (ci-après la « **Décision de l'Arbitre des appels** »);
66. La Décision de l'Arbitre des appels sera finale, exécutoire et non susceptible d'appel;
67. Dans l'éventualité où la Décision de l'Arbitre des appels confirme la Décision de l'Administrateur, le réclamant sera responsable du paiement des honoraires chargés par l'Arbitre des appels pour disposer de l'appel, lesquels seront déduits de la Distribution du réclamant, le cas échéant. Le tarif horaire de l'Arbitre des appels est 600 \$ /heure;
68. Dans l'éventualité où la Décision de l'Arbitre des appels révisé la Décision de l'Administrateur, les frais chargés par l'Arbitre des appels pour disposer de l'appel seront payés à même le Fonds de règlement;
69. Les frais et dépenses de l'Administrateur et du Consultant médical seront payés à partir du Fonds de règlement;

VII. CHANGEMENT DE CATÉGORIE DE COMPENSATION EN RAISON D'UN ÉVÉNEMENT POSTÉRIEUR À LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATEUR

70. Si un réclamant subit une Chirurgie de révision, une Chirurgie de ré-révision ou souffre d'une Complication médicale extraordinaire après que la Décision de l'Administrateur soit rendue, mais dans les onze (11) ans de la Chirurgie initiale ASR, le réclamant doit immédiatement en informer l'Administrateur et les procureurs du Groupe par écrit et soumettre les dossiers médicaux et la documentation prévus aux articles 48 et suivants (ci-après « **Événement postérieur** »);
71. L'Administrateur décidera si l'Événement postérieur permet au réclamant d'être admissible à une Catégorie de compensation différente que celle indiquée dans la Décision de l'Administrateur;
72. Si l'Événement postérieur fait en sorte que le réclamant devienne admissible à une Catégorie de compensation supérieure à celle indiquée dans la Décision de l'Administrateur, alors le réclamant recevra la compensation associée avec sa nouvelle Catégorie de compensation au moment de la prochaine Distribution.

ANNEXE A : FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Action Collective Depuy ASR du Québec

Ce formulaire et tous les documents à son appui doivent être complétés et soumis à COLLECTIVA, l'Administrateur des réclamations, **au plus tard le 24 mai 2019, soit par courriel, télécopieur ou courrier (faisant état de la date de l'envoi) aux coordonnées suivantes :**

COLLECTIVA
2170 Boulevard René Lévesque O, Bureau 200
Montréal (Québec) H3H 2T8
Télécopieur: 514-287-1617
Courriel: depuyasr@collectiva.ca

**À DÉFAUT DE SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE DANS CE DÉLAI,
VOTRE RÉCLAMATION SERA AUTOMATIQUEMENT REJETÉE.**

Je présente une réclamation :

- en qualité de réclamant qui a reçu une ou plusieurs Prothèse(s) ASR.
- en qualité de représentant d'un réclamant (personne qui est le représentant légal d'un réclamant décédé ou souffrant d'un handicap / incapacité juridique).

Section A: Renseignements sur le réclamant

Prénom _____ Surnom _____ Nom de famille _____

Date de naissance (mm/jj/aaaa) _____ Genre: Homme Femme

Adresse _____

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

Numéro de téléphone (jour) _____ Numéro de téléphone cellulaire _____

Courriel _____ Numéro d'assurance maladie du Québec _____

Section B: Adresse de résidence

Est-ce que le réclamant avait sa résidence principale au Québec aux moments suivants:

1. Lorsqu'il/elle a subi une chirurgie de remplacement de la hanche au moment duquel une Prothèse ASR a été mise en place ("**Chirurgie initiale ASR**")? Oui Non
2. Si applicable, lorsqu'il/elle a subi une chirurgie subséquente pour remplacer la cupule ou toute autre composante de la Prothèse ASR ("**Chirurgie de révision**")? Oui Non
3. En date du 24 août 2010 (au moment du Rappel des Prothèses ASR)? Oui Non

Est-ce que le réclamant avait sa résidence principale à l'extérieur du Canada en date du 3 avril 2018?

Oui Non

Si "Oui", est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie initiale ASR ou une Chirurgie de révision au Québec?

Oui Non

Section D: Information sur la Prothèse ASR

Sur quelle(s) hanche(s) est-ce que le réclamant a reçu une Prothèse ASR?

Droite Gauche Bilatérale

Date de Chirurgie initiale ASR (Droite) _____ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Date de Chirurgie initiale ASR (Gauche) _____ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Si le réclamant a également reçu une Prothèse ASR lors d'une Chirurgie de révision, veuillez indiquer sur quelle hanche, la date de la chirurgie, le nom de l'hôpital et le nom du chirurgien.

Les protocoles opératoires, les étiquettes confirmant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèse(s) ASR, et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie initiale ASR doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.

Section E: Information sur la Chirurgie de révision

Est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie de révision pour remplacer la Prothèse ASR?

Oui Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section F.

Si vous avez coché "Oui", veuillez indiquer sur quelle(s) hanche(s) le réclamant a subi une Chirurgie de révision:

Droite Gauche Bilatérale

Date de la Chirurgie de révision (Droite) _____ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Date de la Chirurgie de révision (Gauche) _____ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Les protocoles opératoires et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie de révision doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.

Section F: Chirurgie de révision médicalement contre-indiquée

Est-ce que le chirurgien du réclamant a recommandé une Chirurgie de révision, mais a indiqué que celle-ci était médicalement contre-indiquée et/ou pouvait mettre la vie du réclamant en danger en raison d'une condition de santé?

Oui Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section G.

Si vous avez coché "Oui," quelle était la raison de santé spécifique pour laquelle le réclamant a été médicalement empêché de subir une Chirurgie de révision.

Vous devez soumettre les dossiers médicaux confirmant que le chirurgien a déterminé qu'une Chirurgie de révision était médicalement nécessaire pour le réclamant, mais que celle-ci était médicalement contre-indiquée en raison d'une condition de santé et/ou parce qu'elle pouvait mettre la vie du réclamant en danger.

Section G: Information sur la Chirurgie de ré-révision

Est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie de ré-révision pour remplacer la prothèse artificielle mise en place lors de la Chirurgie de révision?

Oui Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section H.

Si vous avez coché "Oui", à quelle(s) date(s) est-ce que le réclamant a subi une ou des Chirurgie(s) de ré-révision?

mm/jj/aaaa

Veuillez indiquer le nom de l'hôpital et du chirurgien pour chacune des Chirurgie(s) de ré-révision.

Sur quelle(s) hanche(s) le réclamant a subi une Chirurgie de ré-révision?

Droite Gauche Bilatérale

Les protocoles opératoires et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie de ré-révision doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.

Section H: Complications médicales extraordinaires à la suite d'une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision

À la suite d'une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision, est-ce que le réclamant a subi une des Complications médicales extraordinaires suivantes?

Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle ces complications sont survenues.

Sinon, veuillez passer à la Section I.

	Date (mm/jj/aaaa)
AVC (accident vasculaire cérébrale)	_____
Crise cardiaque	_____
Embolie pulmonaire	_____
Décès	_____
Paralysie du nerf fémoral	_____
Chute de pied	_____
Luxation/dislocation nécessitant une procédure médicale de réduction fermée	_____
Incapacité de retourner au travail pour une période d'au moins 1 an en raison de problèmes médicaux associés avec la Chirurgie de révision ou la Chirurgie de ré-révision	_____

Si le réclamant a subi une de ces Complications médicales extraordinaires, vous devez soumettre les dossiers médicaux associés avec celle-ci, et si applicable, la lettre/déclaration d'invalidité du médecin traitant attestant que le réclamant est ou a été dans l'incapacité de retourner au travail pour une période d'au moins 1 an en raison de problèmes médicaux associés avec la Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision.

Section I: Réclamants n'ayant pas subi de Chirurgie de révision

Est-ce que 11 ans ou plus se sont écoulés depuis la Chirurgie initiale ASR et le réclamant n'a pas subi de Chirurgie de révision?

- Oui. Veuillez passer à la Section J.
- Non. Le réclamant n'a pas subi de Chirurgie de révision, mais la Chirurgie initiale ASR a eu lieu il y a moins de 11 ans.

Si vous avez coché "Non", veuillez choisir **une** des options suivantes:

- Je souhaite recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$ dans les 60 jours de l'approbation de ma réclamation, et je renonce à mon droit d'obtenir une compensation supplémentaire même si je dois ultimement subir une Chirurgie de révision dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR; ou
- Je souhaite demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision si je subis une Chirurgie de révision médicalement nécessaire dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR, et je renonce à mon droit de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$ même si ultimement je ne subis pas de Chirurgie de révision dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR.

Le réclamant est fortement encouragé de consulter son chirurgien orthopédiste relativement à la probabilité de subir une Chirurgie de révision médicalement nécessaire dans les 11 ans de la Chirurgie initiale ASR avant de faire ce choix.

Section J: Adresse postale pour l'envoi de la compensation

Si votre réclamation est approuvée et que vous êtes admissible à recevoir une compensation, vous recevrez un chèque si vous êtes un Réclamant non révisé, et vous recevrez trois chèques de Distribution si vous êtes un Réclamant de Chirurgie de révision.

Souhaitez-vous que vos chèques soient envoyés à une adresse différente que celle indiquée à la Section A?

Si "non", tous vos chèques seront envoyés à l'adresse indiquée à la Section A, à moins que vous notifiiez par écrit l'Administrateur des réclamations d'un changement d'adresse.

Si "oui", veuillez indiquer l'adresse ici-bas :

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

Section K: Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit:

Le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR.

Le réclamant souhaite présenter une réclamation pour être indemnisé dans le cadre de l'action collective.

Je joins tous les documents requis, incluant les dossiers médicaux démontrant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR lors d'une Chirurgie initiale ASR, ainsi que les dossiers médicaux démontrant que le réclamant a subi une ou plusieurs Chirurgie(s) de révision, si applicable, une ou plusieurs Chirurgie(s) de ré-révision, si applicable, et des Complications médicales extraordinaires, si applicable. De plus, je joins les étiquettes faisant état des codes du lot de la/les Prothèse(s) ASR reçue(s) par le réclamant.

Si je ne transmets pas les étiquettes faisant état des codes du lot de la/les Prothèse(s) ASR reçue(s) par le réclamant, c'est que l'établissement hospitalier où a eu lieu la Chirurgie initiale ASR ne peut me les donner, étant donné qu'elles ne sont pas dans le dossier médical du réclamant. Par conséquent, je joins une lettre du chirurgien traitant du réclamant confirmant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR lors d'une Chirurgie initiale ASR.

Je fais la présente déclaration en estimant qu'elle est véridique et en sachant qu'elle a la même valeur en droit que si je la faisais sous serment.

Signature du réclamant ou représentant

Date

Nous vous recommandons fortement de garder une photocopie de votre réclamation complète pour vos dossiers.

ANNEXE B : FORMULAIRE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

À : _____
(Hôpital / Établissement)

Je, soussigné, demande une copie de mon dossier médical **orthopédique** à partir du _____ (date de la première opération de remplacement de la hanche), comprenant :

- Tout protocole opératoire et document attestant de chirurgie(s) de remplacement de la hanche et, si applicable, de chirurgie(s) de révision à la hanche et, si applicable, de dislocation(s)/procédure(s) de réduction de la hanche;
- Les étiquettes opératoires faisant état des codes du lot des prothèses artificielles de la hanche reçues;
- Les feuilles sommaires d'hospitalisation relativement à toute(s) intervention(s) à la hanche; et
- Tout document attestant de la survenance de : un accident vasculaire cérébral (AVC), une crise cardiaque, une embolie pulmonaire, un décès, une paralysie du nerf fémoral, un pied tombant.

(Veuillez cocher la/les boîte(s) associée(s) à toute(s) complication(s) médicale(s) extraordinaire(s) que vous avez subie(s).)

Signature: _____ Date: _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom: _____

Date de naissance: _____

Mon Adresse: _____

Numéro d'assurance maladie: _____

Numéro de téléphone: _____