

Protocole d'Indemnisation dans le cadre de l'Entente de Règlement Nationale avec AMS

1. Sauf indication contraire ou si le contexte l'exige, les termes commençant par une majuscule dans le présent Protocole d'Indemnisation ont la signification qui leur est attribuée dans l'Entente de Règlement.
2. Dans le présent protocole, les termes suivants auront la signification indiquée ci-après.
 - (a) « Arbitre » désigne la personne, choisie par les Avocats du Groupe et approuvée par les Tribunaux, qui entendra les appels des décisions de l'Administrateur des Réclamations.
 - (b) « Date Limite de Réclamation Initiale » désigne cent vingt (120) jours suivant la dernière journée où l'Avis d'Approbation du Règlement a été publié.
 - (c) « Date Limite de Réclamation Supplémentaire » désigne la date deux ans suivant la Date Limite de Réclamation Initiale.
 - (d) « Dates Limites de Réclamation » désigne la Date Limite de Réclamation Initiale et la Date Limite de Réclamation Supplémentaire.
 - (e) « Fonds d'Indemnisation Initial » désigne quatre-vingt pour cent (80%) du Montant Net du Règlement.
 - (f) « Fonds d'Indemnisation Supplémentaire » désigne le Montant Net du Règlement, déduction faite du Fonds d'Indemnisation Initial.
 - (g) « Formulaire de Réclamation » désigne le formulaire de réclamation élaboré par l'Administrateur des Réclamations en collaboration avec les Avocats du Groupe et approuvé par les Tribunaux dans les ordonnances datées du [4 octobre 2019].
 - (h) « Paiement Initial par Point » désigne le montant en dollars alloué pour chaque point à la section 16.
 - (i) « Preuve de Chirurgie ou de Traitement » désigne la preuve, au moyen de dossiers médicaux contemporains, qui peuvent inclure des dossiers médicaux ou hospitaliers contemporains appuyés par une lettre du médecin fournissant toute clarification nécessaire sur le contenu des dossiers, de chaque intervention chirurgicale ou traitement utilisée pour réclamer une indemnité.
 - (j) « Preuve d'Implantation » désigne la documentation qui doit être fournie pour établir la preuve de l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS, c'est-à-dire :
 - (i) un autocollant, une étiquette ou une vignette d'identification du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS implanté;
 - (ii) les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS contenant les informations

d'identification du produit (numéros de produit) sur l'autocollant, l'étiquette ou la vignette d'identification du produit;

- (iii) les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS identifiant les informations sur le modèle de Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;
 - (iv) la documentation du chirurgien ayant procédé à l'implantation confirmant le modèle du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;
 - (v) la documentation du département des achats de l'hôpital où l'implantation a eu lieu confirmant le modèle du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;
 - (vi) la documentation du chirurgien ayant procédé à l'implantation confirmant que le dispositif implanté était un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS; ou,
 - (vii) La documentation du département des achats de l'hôpital où l'implantation a eu lieu confirmant que le dispositif implanté était un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS.
- (k) « Réclamant Approuvé » désigne un Réclamant qui Règle que l'Administrateur des Réclamations a déterminée être admissible à une indemnité en vertu du Protocole d'Indemnisation.
- (l) « Réclamant qui Règle » a le sens qui lui est attribué dans l'Entente de Règlement, mais inclue également, lorsque le contexte le requiert, un avocat ou un autre représentant agissant pour le compte d'un Réclamant qui Règle.
- (m) « Réclamations Initiales » désigne les dommages existants en date du [Date Limite de Réclamations Initiale] qui sont admissibles à une indemnité en vertu du Protocole d'Indemnisation.
- (n) « Réclamations Supplémentaires » désigne les préjudices non existants en date du [Date Limite de Réclamations Initiale] qui sont admissibles à une indemnité en vertu du Protocole d'Indemnisation. Les Réclamations Supplémentaires incluent les réclamations pour l'aggravation des Réclamations Initiales.

PARTIE I : ADMINISTRATION DES RÉCLAMATIONS

3. L'administration de l'Entente de Règlement et la soumission, le traitement, l'approbation, l'indemnisation et l'appel des réclamations individuelles faites en vertu de l'Entente de Règlement sont régis par le Protocole d'Indemnisation, qui est mis en œuvre par l'Administrateur des Réclamations, sous réserve de la compétence continue et de la supervision de la Cour Supérieure de Justice de l'Ontario.
4. Objet du Protocole d'Indemnisation

Le Protocole d'Indemnisation a pour objectif de fournir des indications supplémentaires à l'Administrateur des Réclamations afin d'assurer que:

- (a) Seuls les Membres du Groupe qui satisfont aux critères d'admissibilité énoncés dans le présent protocole recevront une indemnité sur le Montant Net du Règlement;
- (b) Les Réclamants Approuvés ayant des situations similaires seront traités aussi uniformément que possible; et
- (c) Les Réclamants Approuvés recevront une indemnité en temps opportun de manière à minimiser, dans la mesure du possible, les Frais d'Administration des Réclamations et les autres frais associés à la mise en œuvre et à l'administration de l'Entente de Règlement.

5. Formulaire de Réclamation

Outre les autres exigences de l'Entente de Règlement et du Protocole d'Indemnisation, aux fins de devenir un Réclamant Approuvé, un Membre du Groupe doit dûment remplir, signer et soumettre un Formulaire de Réclamation à l'Administrateur des Réclamations avant la Date Limite de Réclamation applicable.

L'Administrateur des Réclamations peut également élaborer tout autre formulaire qu'il juge nécessaire à la mise en œuvre et à l'administration de l'Entente de Règlement conformément à l'objet du présent Protocole d'Indemnisation. S'ils sont élaborés, ces formulaires doivent être dûment complétés par les Réclamants qui Règlent.

Les réclamations qui ne sont pas soumises correctement et dans le délai imparti à l'Administrateur des Réclamations avant la Date Limite de Réclamation applicable seront rejetées par l'Administrateur des Réclamations. Plus précisément, le non-respect de la Date Limite de Réclamation applicable avec la preuve obligatoire entraînera le rejet de la réclamation du Fonds d'Indemnisation approprié.

6. Dates Limites de Réclamation

Pour réclamer une part du Fonds d'Indemnisation Initial, un Réclamant qui Règle doit soumettre un Formulaire de Réclamation avant la Date Limite de Réclamation Initiale. Pour réclamer une part du Fonds d'Indemnisation Supplémentaire, un Réclamant qui Règle doit soumettre un Formulaire de Réclamation avant la Date Limite de Réclamation Supplémentaire.

7. Preuve obligatoire

Afin de réclamer une indemnité, un Réclamant qui Règle doit fournir une Preuve d'Implantation et, s'il réclame une indemnité pour des chirurgies ou un traitement, une Preuve de Chirurgie ou de Traitement suffisante selon l'Administrateur des Réclamations.

8. Directives de Traitement des Réclamations

Si, au cours du traitement des réclamations, l'Administrateur des Réclamations constate des irrégularités techniques dans le Formulaire de Réclamation ou la Preuve d'un Réclamant qui Règle, l'Administrateur des Réclamations doit aviser le Réclamant qui Règle des irrégularités techniques et lui accorder un délai de 60 jours à compter de la date d'envoi pour corriger les irrégularités. Cet avis doit se faire par lettre transmise par courriel, si possible, ou par courrier ordinaire de première classe.

Si les irrégularités ne sont pas corrigées dans le délai de 60 jours, l'Administrateur des Réclamations doit rejeter la réclamation et le Réclamant qui Règle n'aura aucune autre possibilité de corriger les irrégularités.

Les « irrégularités techniques » n'incluent pas le non-respect de la Date Limite de Réclamation ou le défaut de fournir une Preuve suffisante à l'appui de la réclamation du Réclamant qui Règle. Dans le cas où un Réclamant qui Règle a demandé la Preuve mais ne l'a pas encore reçue, le Réclamant qui Règle peut soumettre une copie conforme des demandes de documents faites pour obtenir la Preuve, et le défaut de fournir cette Preuve sera alors considéré comme une « irrégularité technique ».

9. Droits de Recouvrement des Assureurs de Soins de Santé Provinciaux

Pour chaque paiement de réclamation d'un Réclamant Approuvé, l'Administrateur des Réclamations attribuera le paiement des Droits de Recouvrement de l'Assureur de Soins de Santé Provincial concerné de la façon suivante :

- a) 7,32% pour les Réclamants Approuvés de niveaux 1 et 2; et
- b) 12,06% pour les Réclamants Approuvés de niveau 3.

Dans la mesure où un Réclamant Approuvé a reçu des soins de santé payés par plus d'un Assureur de Soins de Santé Provincial, le recouvrement des coûts des soins de santé sera divisé sur une base proportionnelle correspondant aux coûts des soins de santé pris en charge par chaque Assureur de Soins de Santé Provincial.

Les paiements alloués aux Assureurs de Soins de Santé Provinciaux doivent être cumulés par l'Assureur de Soins de Santé Provincial pour un paiement provenant du Fonds d'Indemnisation Initial, du Fonds d'Indemnisation Supplémentaire et, si d'autres paiements sont versés aux Réclamants Approuvés, des Fonds Excédentaires.

10. Avis aux Réclamants qui Règlent et Appels des Réclamations

a) Avis

L'Administrateur des Réclamations doit aviser chaque Réclamant qui Règle, par le biais d'une lettre transmise par courriel, si possible, ou par courrier ordinaire de première classe, de l'approbation ou du rejet de sa réclamation et des points attribués au Réclamant qui Règle.

b) Appels

Les Réclamants qui Règlent disposeront d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour faire appel du rejet et/ou de la classification de leurs réclamations. Les appels seront révisés et évalués par l'Arbitre. Les appels seront formulés par écrit à l'Arbitre et seront uniquement accompagnés de la documentation fournie à l'Administrateur des Réclamations. Suite à l'issue de l'appel, il n'y aura plus de possibilité d'appel ou de révision.

11. Paiement des Fonds et Dates de péremption

L'Administrateur des Réclamations doit choisir la méthode la plus rentable possible pour effectuer les paiements aux Assureurs de Soins de Santé Provinciaux concernés, selon ce qui est nécessaire, et à chaque Réclamant Approuvé, à condition que le destinataire du paiement puisse accepter des fonds de cette manière.

Les chèques doivent être émis de manière à périmer six mois après leur émission. Les chèques qui ne sont pas encaissés à la date de péremption 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.

PARTIE II: ATTRIBUTION DU MONTANT NET DU RÈGLEMENT

12. Représentants de Succession

Les représentants de succession des Membres du Groupe Principal décédés peuvent présenter une réclamation en tant que Membre du Groupe Principal.

13. Attribution du Règlement

Le Montant Net du Règlement sera réparti entre les Réclamants qui Règlent en deux fonds. Les Réclamants qui Règlent des Réclamations Initiales réclameront à partir du Fonds d'Indemnisation Initial. Les Réclamants qui Règlent des Réclamations Supplémentaires réclameront à partir du Fonds d'Indemnisation Supplémentaire.

14. Attribution des Points

Les Réclamants Approuvés se verront attribuer des points à la seule discrétion de l'Administrateur des Réclamations, sous réserve du droit d'appel prévu aux présentes. L'Administrateur des Réclamations attribuera des points en fonction de la totalité des informations et des ressources mises à sa disposition, en utilisant son meilleur jugement et son expertise pour statuer de manière juste et raisonnable sur les réclamations. Si un Réclamant Approuvé répond tant aux critères de traitement(s) admissible(s) qu'à ceux de chirurgie(s) admissible(s), le Réclamant Approuvé obtiendra les points alloués aux deux niveaux. Dans l'éventualité où un Réclamant Approuvé a reçu l'implantation de plus d'un Dispositif de Maille Pelvienne pour Femmes d'AMS, le Réclamant Approuvé devrait obtenir les points alloués à chacun des Dispositifs de Maille Pelvienne, incluant tous points alloués pour le(s) traitement(s) admissible(s) et chirurgie(s) admissible(s) attribuables à chaque Dispositif de Maille Pelvienne pour Femmes d'AMS.

POINTS DE BASE		
NIVEAU	DESCRIPTION	POINTS
1	Dispositif seulement (ne se qualifie dans aucune autre catégorie). Les points alloués aux réclamations de niveau 1 seront plafonnés à un maximum de 4 000\$ pour chaque dispositif implanté	4 points
Traitement(s) Admissible(s) (maximum de points pour traitement admissible = 9)		
2a	L'un des traitements admissibles suivants effectué après l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS <u>et</u> lorsque le traitement admissible a été effectué ou prescrit dans le but de traiter une pathologie ou un symptôme attribué par le prestataire médical traitant à une complication résultant de l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS ¹ chez le Réclamant Approuvé: A. Médicaments pour le traitement de la douleur pelvienne (commençant au moins 90 jours après l'implantation du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS et en utilisation continue pour une période d'au moins deux mois); B. Physiothérapie du plancher pelvien et/ou de la région vaginale (commençant au moins 90 jours après l'implantation du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS et comprenant au moins 4 séances sur une période de 60 jours); C. Bloc anesthésique (ex.: péridurale, rachidienne) pour le traitement de la douleur dans ou provenant de la région pelvienne; D. injection aux points gâchettes (<i>endroit dans un muscle qui répercute une sensation, soit une douleur ou une faiblesse, dans une autre région du corps</i>), bloc nerveux local (<i>injection d'un anesthésique local aussi près que possible des nerfs</i>) ou ablation de nerfs dans la région pelvienne; E. injection(s) de Botox dans les muscles pelviens;	6 points

¹ L'attribution d'une pathologie ou d'un symptôme à une complication provenant de l'implantation de la maille et/ou du traitement peut être établie par une relation temporelle entre l'implantation de la maille, la pathologie et/ou le symptôme, et/ou le traitement.

	<p>F. Révision et/ou coupe du/des Dispositif(s) de Maille Transvaginale d'AMS, réalisée sous anesthésie locale ou topique;</p> <p>G. Drainage du tractus sinusal ou de l'abcès développé à proximité du site d'implantation ou du tube d'insertion du/des Dispositif(s) de Maille Transvaginale d'AMS, et effectué au moins 30 jours suivant l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;</p> <p>H. 3 infections bactériennes ou plus au vagin ou aux voies urinaires traitées avec des antibiotiques au moins 30 jours suivant l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS; ou</p> <p>I. Tout autre traitement non chirurgical et/ou pathologie nouvellement apparue lié à la maille pouvant être considéré comme de niveau 2, y compris les dommages extraordinaires telles que la fistule et la perforation d'organe (ex. : de la vessie ou de l'intestin).</p>	
2b	<p>Deux traitements admissibles ou plus.</p> <p>Les Réclamants Approuvés recevront 1 point pour chaque traitement admissible additionnel jusqu'à un maximum de 3 points.</p>	<p>Ajout de 1 à 3 points à 2a</p>
<p>Chirurgie(s) Admissible(s) (maximum de points pour chirurgie admissible = 24)</p>		
3a	<p>Une chirurgie admissible, définie comme une intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie générale² ou sous anesthésie régionale³ pour:</p> <p>A. Retirer tout ou une partie du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;</p> <p>B. Relâcher le(les) bras d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS;</p>	<p>10 points</p>

² La perte de sensation et de conscience induite par divers médicaments anesthésiques administrés par inhalation ou par les Composantes de la partie IV de l'anesthésie générale sont l'analgésie, l'amnésie, la relaxation musculaire, le contrôle des signes vitaux et l'inconscience.

³ L'anesthésie fournie en injectant un anesthésique pour bloquer un groupe particulier de fibres nerveuses sensorielles (ex. : la colonne vertébrale, la péridurale ou par bloc).

	<p>C. Exciser ou lyser (<i>détruire</i>) le tissu cicatriciel ou les bandes cicatricielles au site d'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS; ou</p> <p>D. Étudier la cause d'une pathologie ou d'un symptôme suspecté par le ou le(s) prestataire(s) médical/aux traitant(s) dans les dossiers médicaux contemporains d'avoir été causé par l'implantation d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS, réalisée par voie ouverte ou laparoscopique, et pour laquelle les dossiers opératoires ne montrent pas qu'une autre cause de la pathologie ou du symptôme (ex. : kyste ovarien, endométriose) a été identifiée comme étant la cause de la chirurgie. Plus précisément, lorsque les dossiers opératoires indiquent qu'une autre cause de la pathologie ou des symptômes (ex. : kystes ovariens, endométriose) a été identifiée comme étant une cause de la chirurgie, et qu'ils démontrent aussi, de façon concomitante, qu'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS était également une cause de la pathologie ou du symptôme, cette procédure chirurgicale constitue une chirurgie admissible⁴. Aux fins de clarification, une cystoscopie diagnostique sans intervention chirurgicale additionnelle ne fait pas partie de l'une de ces procédures.</p> <p>* Dans le cas où un Réclamant Admissible a reçu l'implantation à la fois d'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS et d'un ou plusieurs autres dispositifs de maille ne provenant pas d'AMS, et que lors de toute chirurgie admissible, il n'est pas clair lequel des dispositifs de maille a été corrigé ou retiré, ou lorsque la cause de la pathologie ou du symptôme est à l'étude, les points attribués à cette chirurgie admissible seront réduits de 50%. Plus précisément, cette considération est applicable à chaque chirurgie admissible.</p>	
3b	Deux chirurgies admissibles.	14 points
3c	Trois chirurgies admissibles.	18 points
3d	Quatre chirurgies admissibles ou plus.	Ajout de 2 à 6

⁴ Lorsque le protocole opératoire indique qu'une autre cause de la pathologie ou des symptômes a été identifiée pendant la chirurgie et qu'il n'y a pas de conclusion concomitante à l'effet qu'un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS Admissible était également la cause de la pathologie ou des symptômes, cette chirurgie n'est pas liée à un Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS Admissible.

	Les Réclamants Approuvés recevront 2 points pour chaque chirurgie admissible additionnelle jusqu'à un maximum de 6 points.	points à 3c
--	--	-------------

(maximum de points pour traitement admissible + chirurgie admissible = 33 points)

Ajustements liés à l'âge	
Âge à la date d'implantation du Dispositif de Maille Transvaginale d'AMS	a) 0-30 ans = 6 points b) 31-40 ans = 5 points c) 41-50 ans = 4 points d) 51-60 ans = 3 points e) 61-70 ans = 2 points f) 71-80 ans = 1 point g) 81 ans et + = 0 points

Pour plus de précision, conformément au présent Protocole d'Indemnisation, les points ne sont pas attribués pour d'autres raisons que celles prévues dans la présente section, y compris, sans s'y limiter, les réclamations dérivées de membres de la famille, conformément à l'article 61 (1) de la *Loi sur le droit de la famille*, LRO 1990, c. F.3, une loi provinciale analogue ou la Common Law.

15. Paiement du Fonds d'Indemnisation Initial

Les Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Initiales recevront une part au prorata du Fonds d'Indemnisation Initial en fonction des points attribués à chacun de ces Réclamants Approuvés.

Si, six mois suivant le paiement du Fonds d'Indemnisation Initial, le Fonds d'Indemnisation Initial contient des fonds excédentaires en raison de chèques périmés et/ou de tout autre mode de paiement pouvant être versé aux Réclamants Approuvés et qui a pu autrement expirer sans avoir été réclamé, ces fonds excédentaires sont ajoutés au Fonds d'Indemnisation Supplémentaire.

16. Paiement du Fonds d'Indemnisation Supplémentaire

Les Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Supplémentaires doivent être payés comme suit:

- (a) d'abord, les Réclamants Approuvés avec des Réclamations Supplémentaires qui avaient également des Réclamations Initiales verront leurs points alloués pour leur Réclamation Initiale soustraits des points alloués pour leurs Réclamations

Supplémentaires, de sorte que seule l'augmentation du nombre de points soit prise en compte (les « Nouveaux Points Nets »); et

- (b) deuxièmement, le Fonds d'indemnisation Supplémentaire sera divisé par la somme des Nouveaux Points Nets et des points alloués aux Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Supplémentaires qui n'avaient pas de Réclamation Initiale, afin de produire le « Paiement Supplémentaire par Point ».

À moins que l'Administrateur des Réclamations n'en décide autrement et que le tribunal approuve cette décision, si le Paiement Supplémentaire par Point est supérieur au Paiement Initial par Point, les Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Supplémentaires recevront le Paiement Initial par Point. Si le Paiement Supplémentaire par Point est inférieur ou égal au Paiement Initial par Point, les Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Supplémentaires recevront le Paiement Supplémentaire par Point.

Pour plus de précision, les Réclamants Approuvés ayant des Réclamations Supplémentaires et ayant également des Réclamations Initiales auront uniquement droit au paiement des Nouveaux Points Nets en vertu de la présente section. De plus, pour les Réclamants Approuvés qui passent au niveau 3 à partir des niveaux 1 ou 2, la part de l'Assureur de Soins de Santé Provincial pour le paiement sur les Nouveaux Points Nets sera calculée comme étant de niveau 3 (12,06%), mais le paiement alloué dans le Fonds d'Indemnisation Initial ne sera pas recalculé.

17. Fonds Excédentaires

Si six mois suivant le paiement du Fonds d'Indemnisation Supplémentaire, le Fonds d'indemnisation Supplémentaire contient des fonds excédentaires en raison de chèques périmés et/ou de tout autre mode de paiement pouvant être versé aux Réclamants Approuvés et qui a pu autrement expirer sans avoir été réclamé, ces fonds excédentaires seront gérés de la façon suivante.

L'Administrateur des Réclamations déterminera, à sa seule discrétion, s'il y a suffisamment de fonds excédentaires pour qu'un paiement puisse être versé aux Réclamants Approuvés de façon rentable. Si tel est le cas, ces fonds excédentaires seront versés au prorata à tous les Réclamants Approuvés.

Si l'Administrateur des Réclamations détermine qu'il n'est pas efficace d'effectuer le paiement au prorata ou s'il reste des fonds excédentaires six mois après que le paiement au prorata ait été effectué et que ces paiements sont périmés, tous les fonds excédentaires seront alors donnés *cy près* à un (des) organisme(s) au bénéfice à la santé de la femme, tel qu'approuvé par le Tribunal et conseillé par les Avocats du Groupe, sous réserve de tout montant payable au Fonds d'aide aux actions collectives en vertu de la réglementation applicable .