

PAXIL[®] AND PAXIL CR[™] RÉGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF NATIONAL

**INSTRUCTIONS RELATIVES AU FORMULAIRE DE
RÉCLAMATION**

RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF NATIONAL PAXIL® AND PAXIL CR™

La date limite de réclamation est **le mardi 14 janvier 2025.**

INSTRUCTIONS RELATIVES AU FORMULAIRE DE RECLAMATION

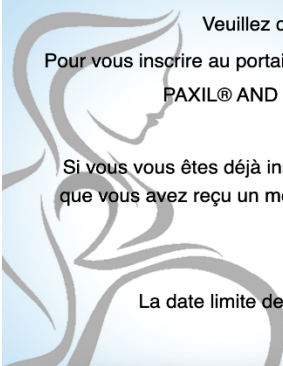
SOMMAIRE

- [COMMENT S'INSCRIRE SUR LE PORTAIL](#)
 - [COMMENT METTRE À JOUR VOTRE MOT DE PASSE](#)
 - [PREMIERE CONNEXION](#)
 - [PREMIÈRE ÉTAPE](#)
 - [DEUXIÈME ÉTAPE](#)
 - [TROISIÈME ÉTAPE](#)
 - [QUATRIÈME ÉTAPE](#)
 - [CINQUIÈME ÉTAPE](#)
 - [SIXIÈME ÉTAPE](#)
 - [SEPTIÈME ÉTAPE](#)
 - [HUITIÈME ÉTAPE](#)
 - [NEUVIÈME ÉTAPE](#)
 - [DIXIÈME ÉTAPE](#)
 - [COMMENT TÉLÉCHARGER LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS](#)
 - [DÉFINITIONS](#)
-

SOMMAIRE

COMMENT S'INSCRIRE SUR LE PORTAIL

- A. Rendez-vous sur <https://portal.paxilbirthdefectsclassaction.ca/>
- B. Cliquez sur *veuillez-vous inscrire ici* (ci-dessous) ;



Veuillez choisir l'une des options suivantes :

Pour vous inscrire au portail d'administration des réclamations de REGLEMENT PAXIL® AND PAXIL CR™, veuillez-vous [inscrire ici](#)

Si vous vous êtes déjà inscrit au portail d'administration des réclamations et que vous avez reçu un mot de passe par courrier électronique, veuillez-vous [connecter ici](#)

La date limite de réclamation est le **mardi 14 janvier 2025**

- C. Remplissez les champs obligatoires ;

S'inscrire

La date limite de réclamation est le mardi 14 janvier 2025

*** - Champs obligatoires**

Adresse courriel

Entrez de nouveau votre courriel

Langue de préférence

Vous inscrivez-vous personnellement ou au nom d'un réclamant admissible ?

Note :

- « Mère réclamante » désigne la mère d'un enfant chez qui on a diagnostiqué une ou plusieurs malformations congénitales après lui avoir prescrit Paxil® ou Paxil CR™ et qui a utilisé l'un ou l'autre de ces médicaments pendant la grossesse.
- « Enfant réclamant » désigne l'enfant né avec une ou plusieurs malformations congénitales d'une mère à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ à être consommé pendant sa grossesse, et qui a ingéré Paxil® ou Paxil CR(m) pendant sa grossesse.

Vos informations

Prénom

Second prénom

Nom de famille

Téléphone Cellulaire

Téléphone résidence

Numéro de rue

Nom de rue

Suffixe de rue (Ave, Rd, St, etc.)

Sens de la rue

Numéro d'unité (Unit 101, Suite 1B, etc.)

Boîte postale

Ville

Pays

Province

Code postal

- D. Une fois tous les champs obligatoires remplis, cliquez sur **S'INSCRIRE** au bas de la page ;
- E. Immédiatement après votre inscription, vous recevrez un courriel contenant un mot de passe individuel temporaire. Veuillez vérifier votre dossier courrier indésirable/spam si vous ne recevez pas le mot de passe individuel temporaire dans votre boîte de réception. Si n'avez toujours rien reçu après 1 heure (dans votre boîte de réception ou votre dossier courrier indésirable/spam) veuillez cliquer sur le bouton **MOT DE PASSE OUBLIÉ ?** depuis l'écran de connexion. (Voir ci-dessous)

Portail national de règlement des recours collectifs contre Paxil® et Paxil CR™

La date limite de réclamation est le **mardi 14 janvier 2025**

Courriel

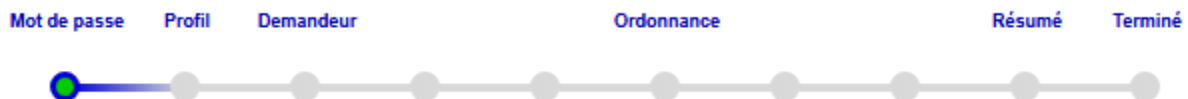
Mot de passe

S'identifier

Mot de passe oublié ? [Cliquez ici](#)

À QUOI VOUS ATTENDRE LORS DE VOTRE PREMIÈRE CONNEXION

Le portail est configuré pour être très facile à suivre, avec des étapes automatiques. Chaque fois que vous terminez une étape, l'étape suivante se charge automatiquement. La barre de progression située en haut de la page vous indique à quelle étape vous vous trouvez.



- Un cercle vert indique l'étape sur laquelle vous vous trouvez actuellement.
- Un cercle avec une encoche indique que l'étape est terminée.
- Un cercle gris indique une étape à compléter.

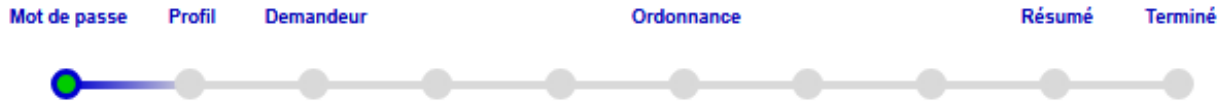
Si vous vous déconnectez du portail ou si la connexion est interrompue (en raison d'une panne de courant, d'une défaillance de la connexion Internet, etc.), vous serez automatiquement redirigé vers la dernière étape à laquelle vous vous étiez arrêté lors de votre reconnexion. Si vous avez effectué toutes les étapes requises, vous accéderez à la page d'accueil du formulaire de réclamation.

[SOMMAIRE](#)

PREMIÈRE ÉTAPE

Mettre à jour votre mot de passe

Après votre première connexion, vous serez invité à mettre à jour votre mot de passe. Vous verrez une page similaire chaque fois que vous sélectionnerez MOT DE PASSE OUBLIÉ sur la page de connexion.



Mettez à jour votre mot de passe

Veuillez définir votre mot de passe préféré.

Nouveau mot de passe:

Entrez à nouveau votre nouveau mot de
passe

:

Le mot de passe préféré doit comporter au moins 10 caractères et contenir au moins une lettre majuscule, un chiffre et un signe de ponctuation/symbole.

Mise à jour

DEUXIÈME ÉTAPE

Profil de l'utilisateur

Après avoir mis à jour votre mot de passe, vous serez invité à confirmer vos coordonnées.

Veuillez vérifier que vous avez saisi correctement votre nom et votre adresse, car toute erreur pourrait avoir une incidence sur le moment de la distribution, si votre formulaire de réclamation est considéré comme recevable.

[SOMMAIRE](#)



Veuillez confirmer et / ou mettre à jour les informations de votre profil. Ces informations seront utilisées pour vous remettre votre part des fonds de règlement.

Profil de l'utilisateur

* - Champs obligatoires

Adresse courriel

[REDACTED]

Vos informations

Langue de préférence

FRANÇAIS

Vous inscrivez-vous personnellement ou au nom d'un réclamant admissible ?

Je suis la mère réclamante

Note:

- « **Mère réclamante** » désigne la mère d'un enfant chez qui on a diagnostiqué une ou plusieurs malformations congénitales après lui avoir prescrit Paxil® ou Paxil CR™ et qui a utilisé l'un ou l'autre de ces médicaments pendant la grossesse.
- « **Enfant réclamant** » désigne l'enfant né avec une ou plusieurs malformations congénitales d'une mère à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ et qui a été consommé pendant sa grossesse, et qui a ingéré Paxil® ou Paxil CR(tm) pendant sa grossesse.

Prénom

SARAH

Second prénom

M

Nom de famille

LOCKIE

Téléphone Cellulaire

[REDACTED]

Téléphone résidence

[REDACTED]

Numéro de rue

123

Nom de rue

STREET

Suffixe de rue (Ave, Rd, St, etc.)

ST

Sens de la rue

AUCUN(E)

Numéro d'unité (Unit 101, Suite 1B, etc.)

Boîte postale

Ville

CITY

Pays

CANADA

Province

ONTARIO

Code postal

H0H 0H0

Confirmer / Mettre à jour

[SOMMAIRE](#)

TROISIÈME ÉTAPE

Type de réclamant

Veillez renseigner votre date de naissance et votre NAS.

Votre profil a été mis à jour.

Mot de passe Profil Demandeur Ordonnance Résumé Terminé

Type de réclamant

Entrez votre date de naissance

Entrez votre NAS

XXX-XX-X-1234

Retour Suivant

QUATRIÈME ÉTAPE

Si vous vous êtes identifiée comme « Mère réclamante », ou la succession ou le représentant légal de la « Mère réclamante », la quatrième étape consistera à fournir des informations sur l'issue de votre grossesse et/ou votre « Enfant réclamant ».

Si vous vous êtes identifié comme « Enfant réclamant », ou la succession ou le représentant légal de l'« Enfant réclamant », la quatrième étape consistera à fournir des informations sur la « Mère réclamante ».

Mot de passe Profil Demandeur Ordonnance Résumé Terminé

Renseignements sur l'enfant

Veillez saisir les informations relatives à l'enfant chez lequel une ou plusieurs malformations congénitales ont été diagnostiquées après qu'on vous a prescrit du Paxil® ou du Paxil CR™ et que vous avez utilisé l'un ou l'autre de ces médicaments pendant la grossesse.

Parmi les options suivantes, veuillez choisir celle qui correspond le mieux à votre situation :

- ☐ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement accouché d'un enfant atteint de Malformations congénitales admissibles après avoir ingéré Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.
- ☐ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement avorté d'un enfant atteint de Malformations congénitales qualifiées après avoir consommé Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.
- ☐ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement fait une fausse couche d'un enfant atteint de Malformations congénitales admissibles après avoir ingéré Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.

Retour Suivant

SOMMAIRE

[Mot de passe](#)[Profil](#)[Demandeur](#)[Ordonnance](#)[Résumé](#)[Terminé](#)

Renseignements sur l'enfant

Veuillez saisir les informations relatives à l'enfant chez lequel une ou plusieurs malformations congénitales ont été diagnostiquées après qu'on vous a prescrit du Paxil® ou du Paxil CR™ et que vous avez utilisé l'un ou l'autre de ces médicaments pendant la grossesse.

Parmi les options suivantes, veuillez choisir celle qui correspond le mieux à votre situation :

- ☒ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement accouché d'un enfant atteint de Malformations congénitales admissibles après avoir ingéré Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.
- ☐ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement avorté d'un enfant atteint de Malformations congénitales qualifiées après avoir consommé Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.
- ☐ Mère réclamante/ sa succession ou son représentant légal à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada, et qui a ultérieurement fait une fausse couche d'un enfant atteint de Malformations congénitales admissibles après avoir ingéré Paxil® ou Paxil CR™ au cours de sa grossesse.

Prénom de l'enfant

Deuxième prénom de l'enfant

Nom de famille de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro d'assurance sociale de l'enfant

XXX-XXX-1234

Adresse

Ville

Province

Veuillez sélectionner



Code postal

A1A 1A1

Numéro de téléphone principal

Courriel

[Retour](#)[Suivant](#)[SOMMAIRE](#)

CINQUIÈME ÉTAPE

Informations sur la prescription

À la cinquième étape, vous devrez fournir des informations sur la prescription de Paxil® ou de Paxil CR™, ainsi que sur la ou les malformations congénitales faisant l'objet de la demande d'indemnisation. Les documents justificatifs peuvent être téléchargés au bas de cette page.

Pour savoir comment télécharger vos pièces justificatives, veuillez [cliquer ici](#).

Mot de passe

Profil

Demandeur

Ordonnance

Résumé

Terminé

Ordonnance

Indiquez la date à laquelle Paxil® et Paxil CR™ vous ont été prescrits, la date à laquelle Paxil® et Paxil CR™ vous ont été délivrés et la date à laquelle vous avez ingéré Paxil® et Paxil CR™.

Date de début

Date d'arrêt

Fournissez la date du premier jour de vos dernières règles avant la période de grossesse :

☐ Cochez cette case si la date des dernières règles avant la grossesse est inconnue ou si vous ne vous en souvenez pas.

Sélectionnez la ou les malformations congénitales pour lesquelles la réclamation est faite :

Malformation	Blessures spécifiques
☐ cardiaque	Malformations cardiaques congénitales structurelles, y compris : • communication interauriculaire, à l'exclusion du foramen • ovale • communication interventriculaire • coarctation de l'aorte • transposition des gros vaisseaux • syndrome d'hypoplasie du cœur gauche • atrésie pulmonaire • sténose pulmonaire • téralogie de Fallot • retour veineux pulmonaire anormal total • atrésie tricuspidienne • troncus arteriosus • communication interventriculaire
☐ crânio-faciale	• fente labiale et/ou palatine • craniosynostose
☐ du tube neural	• anencéphalie • spina bifida • encéphalocèle
☐ abdominale	• gastroschisis • omphalocèle • hernie diaphragmatique
☐ du squelette	• pied bot
☐ urinaire / génitale	• testicules non descendus • hypospadias

Indiquez la date à laquelle Paxil® et Paxil CR™ vous ont été prescrits

Documentation

Types de fichiers acceptés : Images (*.gif, *.jpeg, *.png), Document (*.doc, *.docx, *.docm), Feuille de calcul (*.xls, *.xism, *.xlsx), PDF et Fichiers texte

+ Sélectionnez les fichiers...

Retour

Suivant

[SOMMAIRE](#)

SIXIÈME ÉTAPE

Prestataire de soins de santé

À la sixième étape, vous devez fournir des informations sur tout médecin, hôpital ou autre professionnel de santé ou institution qui a traité l'« Enfant réclamant » relativement à sa (ses) malformation(s) congénitale(s).



Fournisseur de soins de santé

Fournir le nom et l'adresse de tout médecin, hôpital ou autre professionnel ou établissement de santé qui a traité l'enfant pour l'une des pathologies mentionnées ci-dessus, avec les dates de traitement si elles sont connues :

Prestataire	Adresse	Dates du traitement
	//	//
	//	//
	//	//

Retour

Suivant

SEPTIÈME ÉTAPE

Intervention chirurgicale

La septième étape vous demande de fournir toute information concernant toute intervention chirurgicale que l'Enfant réclamant aurait pu subir en raison de sa ou de ses malformations congénitales.

Si vous sélectionnez « NON », vous n'aurez pas à saisir d'autres informations.

Si vous sélectionnez « OUI », vous devrez indiquer le type d'intervention chirurgicale, l'établissement/hôpital et les dates de l'intervention.

SOMMAIRE



Chirurgie

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale pour l'une des pathologies mentionnées à la page précédente ?

Pas de réponse

Retour

Suivant



Chirurgie

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale pour l'une des pathologies mentionnées à la page précédente ?

Oui

Si l'enfant a subi une intervention chirurgicale, veuillez indiquer ci-dessous le type d'intervention, l'hôpital et la date.

Type d'intervention	Établissement/hôpital	Dates des interventions
	//	//
	//	//
	//	//
Retour		Suivant

HUITIÈME ÉTAPE

Description/Documentation

La huitième étape vous donne la possibilité d'indiquer comment la malformation congénitale pourrait affecter l'« Enfant réclamant » à l'avenir. Des pièces justificatives seront requises.

SOMMAIRE

Mot de passe Profil Demandeur Ordonnance **Résumé** Terminé



Description/Documentation

Décrivez la probabilité d'interventions médicales futures, le cas échéant, découlant de la malformation congénitale :

Si cela ne s'applique pas à votre réclamation, vous pouvez laisser ce champ vide.

Si vous remplissez ce champ, des documents justificatifs seront requis.

Décrivez, le cas échéant, toute incapacité professionnelle résultant de la malformation congénitale.

Si cela ne s'applique pas à votre réclamation, vous pouvez laisser ce champ vide.

Si vous remplissez ce champ, des documents justificatifs seront requis.

Décrivez la probabilité de complications futures potentielles, le cas échéant, découlant de la malformation congénitale.

Si cela ne s'applique pas à votre réclamation, vous pouvez laisser ce champ vide.

Si vous remplissez ce champ, des documents justificatifs seront requis.

Retour

Suivant

NEUVIÈME ÉTAPE

Résumé de la réclamation

La neuvième étape résume les informations saisies lors des étapes précédentes. Si des informations sont inexactes ou si vous avez oublié de télécharger des pièces justificatives, vous pourrez le faire ici.

En bas, trois options vous seront proposées :

- Retour
 - Si vous souhaitez revenir à une page précédente.
- Recommencer

SOMMAIRE

- Si vous souhaitez revenir au début et effacer toutes les informations saisies précédemment.
- Soumettre la demande
 - Si vous êtes prêt à soumettre votre réclamation.



Lorsque vous cliquez sur Soumettre la demande, une fenêtre contextuelle apparaîtra vous demandant de signer électroniquement votre formulaire de réclamation. Veuillez noter que la signature n'a pas besoin d'être parfaite. Vous devrez appuyer sur Soumettre et une deuxième fenêtre contextuelle apparaîtra vous demandant de confirmer votre signature. Vous devez confirmer afin de soumettre valablement votre réclamation.



DIXIÈME ÉTAPE

Confirmation

Une fois le formulaire de réclamation soumis avec succès, les éléments suivants s'afficheront. Si vous ne recevez pas ce message, veuillez contacter l'administrateur des réclamations au 1-877-400-1211.



Votre formulaire de réclamation a bien été reçu.

Les demandes seront examinées dans l'ordre dans lequel elles sont reçues. Il est normal de ne pas recevoir de réponse à votre demande d'indemnisation pendant plusieurs semaines.

S'il nous manque un élément dans les documents que vous avez téléchargés, nous vous contacterons pour obtenir d'autres documents, le cas échéant.

Veuillez noter que vous pouvez vous connecter au portail à tout moment pour vérifier l'état de votre demande. Dans un premier temps, le statut de votre demande d'indemnisation apparaîtra comme « **Réclamation soumise** ».

Vous saurez que votre réclamation a été traitée lorsqu'elle changera de statut. Si vous voyez le statut « **DEFICIENCE** », et que vous n'avez pas reçu un courriel de notre part vous expliquant la déficience, veuillez nous contacter par téléphone au 1-877-400-1211. Nous sommes à votre disposition du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00 (heure de l'Est).

Bonne journée.

[Afficher la réclamation soumise](#)

COMMENT TÉLÉCHARGER LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

Certaines étapes du processus de formulaire de réclamation nécessitent le téléchargement de pièces justificatives afin de passer à l'étape suivante.

- Sur les étapes qui nécessitent le téléchargement d'un fichier, vous verrez un bouton vert « **SÉLECTIONNER LES FICHIERS** ».
- Cliquez sur « Sélectionner les fichiers »

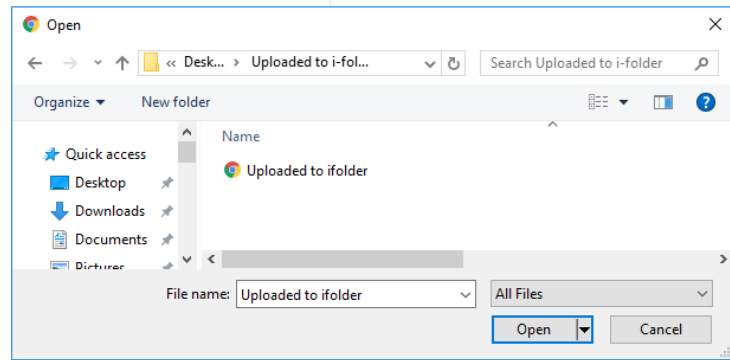
Documentation

Types de fichiers acceptés : Images (*.gif, *.jpeg, *.png), Document (*.doc, *.docx, *.docm), Feuille de calcul (*.xls, *.xlsb, *.xlsx), PDF et Fichiers texte

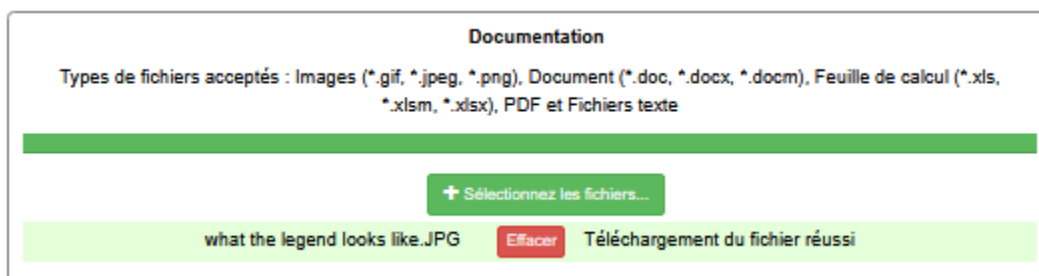
[+ Sélectionnez les fichiers...](#)

- Une fenêtre de navigation s'ouvrira, vous permettant de sélectionner les fichiers que vous souhaitez télécharger. Cliquez sur « Ouvrir ».

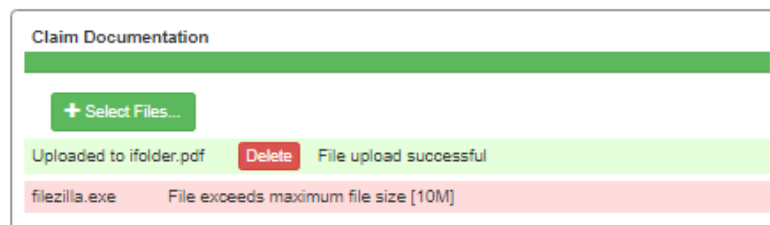
SOMMAIRE



- Une fois les fichiers téléchargés avec succès, la barre deviendra verte.



- Si le type de fichier n'est pas un type de fichier acceptable ou si le fichier est trop volumineux, la barre rouge apparaîtra, indiquant que le fichier n'a pas été téléchargé avec succès.



DÉFINITIONS

Aux fins du présent accord de règlement, y compris ses considérants et ses annexes, les définitions suivantes s'appliquent :

« **Accord de règlement** » désigne le présent accord, tel que signé par les Avocats du groupe, les Anciens avocats du groupe et les avocats des défendeurs, au nom, respectivement, du représentant des demandeurs et des défendeurs, ainsi que par les autorités de santé.

« **Administrateur des réclamations** » désigne Trilogy Class Action Services, la personne ou l'entité convenue par les Parties et approuvée par la Cour pour aider le Responsable des réclamations à administrer le processus de réclamation conformément au Protocole de distribution.

« **Allégations** » désigne les affirmations de fait ou de droit, les causes d'action, les blessures et les dommages qui ont été présentés dans l'exposé des faits modifié, déposé le 9 janvier 2019.

« **Anciens avocat du groupe** » désigne E.F. Anthony Merchant, K.C. of Merchant Law Group LLP (qui était Avocat du groupe avant le 12 avril 2019).

« **Assureurs maladie** » désigne tous les ministères provinciaux et territoriaux de santé ou les organismes gouvernementaux qui fournissent des soins de santé financés par des fonds publics au Canada.

« **Audience d'approbation du règlement** » désigne l'audience de la Cour visant à approuver le rejet du recours collectif, le règlement ainsi que les termes du présent Accord de règlement (y compris ses annexes).

« **Avis d'approbation du règlement** » désigne l'avis approuvé par les Parties et par la Cour qui doit être communiqué dans les 30 jours suivant la Date d'approbation de la Cour, pour informer les membres du Groupe, y compris les Assureurs Maladie, de l'approbation de l'Accord de Règlement, de la procédure de dépôt des Réclamations et du Protocole de Distribution, dont un avant-projet est joint à la présente en tant qu'Annexe « A ».

« **Avis d'audience d'approbation du règlement** » désigne l'Avis, approuvé par la Cour en tant qu'annexe 1 de l'ordonnance (*Avis d'audience d'approbation du règlement*) rendue le 5 juin 2024 et enregistrée le 10 juin 2024, et qui informe les Membres du groupe, y compris les Assureurs maladie, de l'*Audience d'approbation du règlement*.

« **Avis de certification** » désigne l'avis approuvé par la Cour le 8 février 2024 qui informe les Membres du groupe de l'autorisation du recours en tant que Recours collectif.

« **Avocats du groupe** » désigne

- (i) Casey R. Churko, exerçant au sein de KoT Law Professional Corporation ; et
- (ii) Clint Docken, K.C., exerçant au sein de Clint Docken Professional Corporation.

SOMMAIRE

« **Compte** » désigne un compte fiduciaire spécial portant intérêt, contrôlé par l'Administrateur des réclamations, dans une banque canadienne de l'Annexe 1, sur lequel les Défendeurs verseront le Fonds d'indemnisation et où les intérêts courus seront ajoutés au Fonds d'indemnisation.

« **Cour** » désigne la Cour du banc du roi de l'Alberta.

« **Date d'approbation de la Cour** » désigne le 24 septembre 2024 ou, si elle est postérieure, la date à laquelle la Cour aura approuvé l'*Accord de règlement*.

« **Date d'entrée en vigueur** » désigne la plus tardive des deux dates suivantes :

- (i) 60 jours après la Date d'approbation de la Cour si l'*Ordonnance d'approbation du règlement* n'a pas fait l'objet d'appel ; et
- (ii) la date à laquelle tout appel de l'*Ordonnance d'approbation du règlement* a été rejeté ou définitivement tranché.

« **Date limite de réclamation** » désigne 90 jours à compter de la publication de l'*Avis d'approbation du règlement*, sauf prolongation prévue dans l'*Ordonnance d'approbation du règlement*.

« **Débours des avocats du groupe** » désigne le montant convenu des dépenses légitimes et raisonnables encourues par ou à la demande des Avocats du Groupe et des Anciens avocats du Groupe entre le dépôt de ce Recours collectif (et aucun autre recours collectif déposé au Canada à n'importe quel moment concernant la prescription ou la consommation de Paxil®, Paxil CR™, ou paroxétine) et la Date d'entrée en vigueur ; sauf que les dépenses pouvant être revendiquées par les Anciens avocats du groupe seront limitées à celles encourues avant le 12 avril 2019 (la date à laquelle les demandeurs ont signifié un Avis de changement de représentation). Le montant des débours convenu est de 175 000 \$ pour Napoli Shkolnik Canada et de 175 000 \$ pour Merchant Law Group LLP.

« **Distributeur de l'avis** » désigne Trilogy Class Action Services, qui a diffusé l'*Avis de certification* et l'*Avis d'audience d'approbation du règlement* et qui communiquera l'*Avis d'approbation du règlement*.

« **Dommages** » désigne toutes les demandes d'indemnisation pour préjudice moral, perte de repères, de soins et de soutien, les demandes non pécuniaires, les demandes en fiducie, les demandes subrogées (sous la forme de demandes des Assureurs maladie et des assureurs non gouvernementaux), les demandes de pertes de revenus passés et futurs, les demandes de soins passés et futurs, les dommages-intérêts aggravés ou punitifs, et les dommages-intérêts spéciaux.

« **Enfant réclamant** » désigne un Membre du groupe né avec une Malformation congénitale admissible, ou son héritier ou son représentant légal, qui dépose une demande d'indemnisation conformément aux dispositions du présent accord.

« **Factures de Trilogy** » désigne les factures émises par Trilogy Class Action Services pour les services rendus en tant que Distributeur d'avis et Administrateur des réclamations dans le cadre de la mise en œuvre du présent Accord de règlement, y compris pour les services déjà fournis concernant l'*Avis de certification* et l'*Avis d'audience d'approbation du règlement*.

« **Fonds de règlement** » désigne la somme de 7 500 000 dollars canadiens qui sera le montant maximum versé par les défendeurs quelles que soient les circonstances, telles que décrites dans le présent document.

« **Fonds d'indemnisation** » désigne le Fonds de règlement après déductions des Frais d'administration encourus avant l'*Ordonnance d'approbation du règlement*, 525 000 \$ pour résoudre les Réclamations des assureurs maladie, les Honoraires des avocats du groupe, les Débours des avocats du groupe et les taxes applicables le cas échéant, ainsi que l'Honoraire, et après y avoir ajouté les intérêts accumulés sur le compte dans lequel le Fonds de règlement est placé. Les Frais d'administration encourus après l'*Ordonnance d'approbation du règlement* et les Indemnités compensatoires seront entièrement réglés à partir du reste du Fonds d'indemnisation après déductions.

« **Formulaire de retrait** » désigne le formulaire approuvé par la Cour en tant qu'annexe 2 de l'ordonnance (*Avis de certification*), rendue le 8 février 2024 et enregistrée le 9 février 2024.

« **Frais d'administration** » désigne les frais d'envoi de l'*Avis de certification*, de l'*Avis d'audience d'approbation du règlement* et de l'*Avis d'approbation du règlement*, ainsi que les sommes facturées pour administrer et distribuer le Fonds d'indemnisation, y compris les dépenses et les honoraires du Distributeur de l'avis, du Responsable des réclamations et de l'Administrateur des réclamations.

Les « **Frais d'avocats** » correspondent, sous réserve de l'article 8.5, à un maximum de 35 % des Indemnités compensatoires versées aux Réclamants admissibles qui sont représentés par les Avocats du groupe ou par un avocat de leur choix qui dispose d'un contrat de représentation valide et opposable conclu avec un Réclamant admissible. Les frais versés aux avocats autres que les Avocats du groupe ne doivent pas dépasser 25 % lorsque les contrats de représentation ont été signés avant la diffusion de l'*Avis d'audience d'approbation du règlement*, et 10 % lorsque les contrats de représentation ont été signés après. Les Avocats du groupe recevront 15 % des Indemnités compensatoires versées aux Réclamants admissibles non représentés.

« **Groupe** » désigne les femmes à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada et qui ont par la suite avorté, accouché ou fait une fausse couche d'un enfant présentant des malformations congénitales après avoir ingéré l'un ou l'autre médicament durant leur grossesse, les enfants nés vivants de ces femmes, les membres de la famille en droit de présenter une demande d'indemnisation en vertu de la Législation sur l'indemnisation des familles à la suite du décès ou des blessures subies par ces enfants ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux ayant pris en charge les coûts des soins de santé pour les Membres du groupe.

« **Honoraire** » désigne la somme de 50 000 \$ CAD.

« **Honoraires des avocats du groupe** » (à distinguer des Frais d'avocat) désigne la somme de 2 000 000 de dollars canadiens à payer comme suit :

- (i) 850 000 \$ à verser à KoT Law Professional Corporation ;
- (ii) 50 000 \$ à verser à Clint Docken Professional Corporation ; et

- (iii) 1 100 000 \$ à verser aux Anciens avocats du groupe afin de satisfaire pleinement et définitivement à l'engagement auquel l'honorable juge en chef adjoint J.D. Rooke fait référence au paragraphe 38 de la décision *Singh c. Glaxosmithkline Inc.* 2021 ABQB 316.

« **Indemnités compensatoires** » désigne les montants alloués aux Réclamants admissibles à partir du Fonds d'indemnisation, y compris les montants alloués aux Frais d'avocats.

« **Malformations congénitales admissibles** », telles que définies, ne comprend que les malformations congénitales structurelles suivantes (malformations congénitales) :

- (iv) anencéphalie
- (v) spina bifida
- (vi) encéphalocèle
- (vii) craniosynostosis
- (viii) fente labiale
- (ix) fente palatine
- (x) malformations cardiaques structurelles
- (xi) hernie diaphragmatique
- (xii) gastroschisis
- (xiii) omphalocèle
- (xiv) hypospadias
- (xv) testicules non descendus ; et
- (xvi) pied bot.

« **Membre du groupe** » désigne toute personne, ou ses héritiers ou représentants légaux, qui est Membre du groupe et qui n'a pas remis de Formulaire de retrait au Distributeur de l'avis au plus tard le 8 avril 2024.

« **Mère réclamante** » désigne un Membre du groupe à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ au Canada et qui a par la suite avorté, accouché ou fait une fausse couche d'un enfant présentant des Malformations congénitales admissibles après avoir ingéré Paxil® et Paxil CR™ durant sa grossesse, ou son héritier ou représentant légal, qui dépose une demande d'indemnisation conformément aux dispositions du présent accord.

« **Opposabilité de la date limite des réclamations** » désigne 90 jours après la Date limite de réclamations.

« **Ordonnance d'approbation du règlement** » désigne l'ordonnance de la Cour approuvant le rejet du recours, le règlement et les termes du présent Accord de règlement, qui sera substantiellement conforme à l'annexe « C »

« **Ordonnance de certification** » désigne l'ordonnance (*Class Certification*) de l'honorable juge en chef adjoint Rooke, rendue le 17 novembre 2022 et enregistrée le 19 décembre 2022.

« **Parties** » désigne le représentant des demandeurs et les défendeurs.

« **Période visée par le recours** » désigne la période entre le 1^{er} janvier 1993 et le 8 avril 2024.

« **Plan de diffusion de l'avis d'approbation du règlement** » est le moyen utilisé pour communiquer l'*Avis d'approbation du règlement*, joint à la présente en tant qu'annexe B.

« **Premier trimestre** » : désigne les 13 premières semaines de grossesse calculées à partir de la date du premier jour des dernières règles.

« **Protocole de distribution** » désigne le plan établissant le droit d'un Membre du groupe à présenter une réclamation en vertu du présent *Accord de règlement* et la manière dont les Indemnités compensatoires versées aux Réclamants admissibles et les Frais d'avocats seront déterminés et distribués, tel qu'approuvé par la Cour lors de l'Audience d'approbation du règlement, et dont un avant-projet est joint au présent document en tant qu'Annexe « D ».

« **Réclamant admissible** » désigne un réclamant, ou son représentant successoral, qui a démontré au responsable des réclamations qu'il est un membre du groupe admissible à une indemnisation et, notamment, que

- (i) la Mère réclamante ou la mère biologique d'un Enfant réclamant s'est vue prescrire Paxil® ou Paxil CR™ à ingérer durant le Premier trimestre de grossesse ;
- (ii) la Mère réclamante ou la mère biologique d'un Enfant réclamant a ingéré Paxil® ou Paxil CR™ pendant la Période visée par le recours et durant son Premier trimestre de grossesse et a donné naissance à un Enfant réclamant, né vivant, diagnostiqué avec une ou plusieurs Malformations congénitales admissibles ; et
- (iii) il existe un dossier médical, un autre dossier fiable ou un affidavit indiquant que (1) un médecin a déterminé que l'enfant réclamant présentait une ou plusieurs Malformations congénitales admissibles, et (2) la mère biologique de l'Enfant réclamant a consommé Paxil® ou Paxil CR™ (et non de la paroxétine générique) au cours du Premier trimestre de grossesse.

Le Protocole de distribution contient de plus amples informations concernant l'admissibilité.

« **Réclamation** » désigne la demande d'indemnisation faite par un Réclamant conformément à la procédure prévue dans le Protocole de distribution, figurant en annexe « D » du présent document.

« **Réclamations abandonnées** » désigne l'ensemble des réclamations, demandes, actions, poursuites, causes d'action, qu'elles soient de nature collective, individuelle ou autre, qu'elles soient personnelles ou subrogées, lorsqu'elles sont encourues, y compris, mais sans s'y limiter, les réclamations, demandes, actions, poursuites ou causes d'action pour dommages corporels, dommages généraux, dommages spéciaux, dommages punitifs, intérêts, coûts, dépenses, pénalités et Frais d'avocats, que ces réclamations, demandes, actions, poursuites ou causes d'action soient connues ou inconnues, soupçonnées ou insoupçonnées, qu'elles découlent de la loi, d'un statut ou de l'équité, que les demandeurs, les renonciateurs, les membres du groupe ou l'un d'entre eux, que ce soit directement, indirectement, de manière dérivée ou en toute autre qualité, n'aient jamais eu, aient présentement ou puissent à l'avenir avoir un lien direct ou indirect, à la production, la fabrication, la conception, la vente, la commercialisation, la publicité, la vente, la possession, la manipulation, l'ingestion, l'exposition ou l'utilisation de Paxil® ou de Paxil CR™ dans la mesure où ils sont liés à la poursuite ou de toute autre manière aux allégations.

« **Réclamations des assureurs maladie** » désigne le droit des Assureurs maladie à toute réclamation subrogée ou directe découlant de la délivrance de soins de santé aux Membres du groupe en rapport avec les Allégations, et conformément à la législation qui autorise le recouvrement des coûts des soins de santé ou des frais médicaux auprès de tiers.

« **Recours collectif** » désigne la procédure engagée par Muzzafar Hussain, par sa mère et tutrice à l'instance, Fiona Singh, et par Fiona Singh, devant la Cour du Banc du Roi de l'Alberta contre les défendeurs (dossier no 1201-12838), et qui a été certifiée en tant que recours collectif par l'*Ordonnance de certification*.

« **Renonciataires** » désignent, conjointement et solidairement, les défendeurs, GlaxoSmithKline Inc, GlaxoSmithKline LLC et GlaxoSmithKline PLC, ainsi que leurs sociétés mères, filiales, sociétés affiliées, dirigeants, administrateurs, employés, assureurs, agents, avocats, préposés, représentants, actuels et anciens, et les successeurs, prédécesseurs, héritiers, exécuteurs, administrateurs, fiduciaires et ayants droit de chacun d'entre eux, ainsi que toute personne impliquée dans la distribution, la prescription ou la délivrance de Paxil® ou de Paxil CR™ au membre du groupe. Il est convenu que, dans la mesure où un bénéficiaire de la renonciation n'est pas une partie à l'Accord de règlement, toutes ces renonciations sont des tiers bénéficiaires de l'Accord de règlement..

« **Renonciateurs** » désignent, conjointement et solidairement, individuellement et collectivement, les demandeurs, les membres du groupe (à l'exclusion des gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont pris en charge les coûts des soins de santé), ainsi que leurs successeurs, héritiers, exécuteurs testamentaires, assureurs, fournisseurs de prestations, administrateurs, fiduciaires et ayants droit respectifs.

« **Représentant des demandeurs** » désigne Fiona Singh.

« **Responsable des réclamations** » désigne un médecin qualifié et indépendant, désigné par les Parties, qui déterminera, entre autres, si un Réclamant est né avec une Malformation congénitale admissible, identifiera la catégorie du Protocole de distribution dans laquelle classer chaque Réclamation et attribuera une certaine valeur de points dans la fourchette définie dans le protocole de distribution.