

« ACTION-AUTONOMIE » LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE et al. C. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE et al. (C.S.M. No. 500-06-001109-202)

Doit être timbré au plus tard le 10 août 2025

Formulaire de réclamation

RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE ACTION-AUTONOMIE ET AL. C. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE ET AL. POUR LES DÉLAIS DE GARDE PRÉVENTIVE EN ÉTABLISSEMENT - INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES RÉCLAMANTS

La présente action collective concerne les personnes qui ont fait l'objet d'une garde préventive de plus de soixante-douze (72) heures, sans ordonnance judiciaire et sous réserve d'une prolongation légale de la garde, dans un établissement hospitalier du Québec du 1^{er} janvier 2015 au 4 novembre 2024.

La date limite pour soumettre une réclamation est le 10 août 2025.

Les formulaires de réclamation peuvent être soumis à l'Administrateur des réclamations en ligne à l'adresse gardepreventive@proactio.ca ou rempli via le formulaire en ligne disponible sur : proactio.ca/gardepreventive. Pour les demandes présentées sur papier, les formulaires de réclamation doivent être affranchis au plus tard le 10 août 2025 et envoyés à l'adresse suivante :

Proactio
Action collective- Garde préventive
600 de la Gauchetière Ouest, bureau 2000
Montréal (QC) H3B 4L8

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour remplir le formulaire de réclamation, vous pouvez retenir les services d'un avocat à vos propres frais ou communiquer avec l'Avocat du groupe, sans frais, à 514-253-8044. **Les réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour remplir leur formulaire de réclamations sont seuls responsables des honoraires et des dépenses de ces avocats ou mandataires.**

Les réclamants (ou leurs avocats ou agents) **doivent** aviser l'administrateur des demandes **par écrit** de tout changement ou correction de nom, d'adresse, de numéro de téléphone ou de représentation juridique.

Veillez conserver des copies de tous les documents que vous envoyez dans le cadre du processus de réclamation.

Veillez noter qu'il peut falloir plusieurs semaines ou plus pour obtenir les documents médicaux à l'appui de votre demande. Veillez commencer le processus de réclamation **dès maintenant**.

Si vous présentez une demande au nom d'une succession ou d'une personne inapte, vous devez fournir tous les documents justificatifs qui vous autorisent à représenter la succession ou la personne inapte.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels concernant les réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par les Avocats du groupe et l'Administrateur des réclamations conformément aux lois et règlements applicables en matière de protection de la vie privée :

- aux fins de l'exploitation et de l'administration du Règlement intervenu dans l'action collective québécoise *Action-Autonomie et al. c. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre et al.* (« Entente de règlement »);
- évaluer et examiner l'admissibilité du réclamant en vertu de l'Entente de Règlement ; et
- sont strictement privés et confidentiels et ne seront pas divulgués sans le consentement écrit exprès du réclamant, sauf dans les cas prévus par le protocole de règlement et d'indemnisation

SECTION 1 — Identification du réclamant

Je présente une demande au nom du réclamant suivant :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom du requérant	Initiale	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse actuelle		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Téléphone à domicile	Téléphone professionnel	
<input type="text"/>		
Courriel		
<input type="text"/>		
Numéro de carte d'assurance maladie provinciale		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Date de naissance		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Pour les réclamations successorales : Date du décès		

Le réclamant est :

<input type="checkbox"/>	1. Moi-même <u>Documents à fournir pour l'identification:</u> <ul style="list-style-type: none">• Preuve d'identité gouvernementale, p. ex. photocopie de carte d'assurance maladie, de permis de conduire, de passeport ou de certificat de naissance
<input type="checkbox"/>	2. Une personne en situation d'incapacité ou un mineur (remplir sections 2) <u>Documents à fournir pour l'identification:</u> <ul style="list-style-type: none">• Preuve d'identité gouvernementale du réclamant représenté• Preuve d'identité gouvernementale du représentant• Preuve de votre droit d'agir pour le réclamant (c.-à-d. procuration, etc.)
<input type="checkbox"/>	3. Une personne décédée (remplir sections 2) <u>Documents à fournir pour l'identification:</u> <ul style="list-style-type: none">• Preuve d'identité gouvernementale du réclamant décédé• Preuve d'identité gouvernementale du liquidateur ou de l'héritier qui présente la réclamation• Le certificat de décès ou une copie de l'acte de décès du réclamant décédé• Les résultats des recherches testamentaires auprès du Barreau du Québec et de la Chambre des notaires et copie du dernier testament, le cas échéant

Vous DEVEZ fournir tous les documents d'identification requis pour former une réclamation valide

SECTION 2 — Identification du représentant

Cette section s'applique seulement aux représentants d'un mineur, d'une personne inapte ou décédée

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom du représentant	Initiale	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Téléphone à domicile	Téléphone professionnel	
<input type="text"/>		
Courriel		
Spécifier la preuve d'autorisation de représenter fournie :		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

SECTION 3 - Identification du représentant légal

Cette section s'applique seulement si la réclamation est présentée par un tiers (avocat ou mandataire)

Si vous remplissez cette section, toute la correspondance sera envoyée à votre représentant légal.

<input type="text"/>		
Nom du cabinet d'avocats ou de l'agence		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom de l'avocat ou de l'agent	Initiale	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Téléphone		
<input type="text"/>		
Courriel		

Si vous remplissez cette section, vous DEVEZ remplir l'annexe « A ».

SECTION 4 — Renseignements concernant la(les) période(s) de garde préventive en établissement

Veillez remplir le tableau ci-dessous au meilleur de votre connaissance pour chaque période de garde préventive en centre hospitalier de plus de 72 heures. Si nécessaire, vous pouvez ajouter des pages supplémentaires si vous manquez d'espace. Veillez écrire à l'encre en caractères d'imprimerie.

Garde préventive en établissement de plus de 72 heures			
Nom de l'établissement de santé			
Date de début de la garde préventive			
Date de fin de la garde préventive			
Un jugement de la Cour a-t-il été rendu relativement à une garde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Garde préventive en établissement de plus de 72 heures			
Nom de l'établissement de santé			
Date de début de la garde préventive			
Date de fin de la garde préventive			
Un jugement de la Cour a-t-il été rendu relativement à une garde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Garde préventive en établissement de plus de 72 heures			
Nom de l'établissement de santé			
Date de début de la garde préventive			
Date de fin de la garde préventive			
Un jugement de la Cour a-t-il été rendu relativement à une garde ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Pour chaque période de garde préventive, vous **DEVEZ signer les autorisations suivantes qui se trouvent en annexe du présent formulaire pour permettre à l'Administrateur des réclamations d'accéder à :**

- **Votre dossier de santé auprès de l'établissement de santé où votre garde préventive a eu lieu; et**
- **Le cas échéant, votre dossier judiciaire où la demande judiciaire de garde en établissement a été présentée.**
- **Pour être admissible à une indemnisation en vertu du présent règlement, vous devez fournir ces dossiers. Sans ces dossiers, votre réclamation sera refusée.**

SECTION 6 – Compensation déjà reçue

Avez-vous déjà reçu un montant d'argent pour compenser le dépassement du délai de 72 heures pour la ou les gardes préventives mentionnées dans votre demande ?

Non (SVP passez à la section 7)

Oui

Précisez la ou les date(s) ou période(s) de garde(s) pour lesquelles vous avez déjà reçu un montant d'argent en compensation :

- Date ou période de début de la garde préventive : _____
- Date ou période de fin de la garde préventive : _____

Aucune compensation ne sera versée pour une garde ayant déjà fait l'objet d'une compensation financière par le passé. Cependant, les gardes n'ayant pas fait l'objet d'une compensation financière sont admissibles.

SECTION 7 - Déclaration et autorisation du réclamant

La personne soussignée :

- consent à la divulgation des renseignements contenus dans le présent document dans la mesure nécessaire au traitement de cette réclamation. La personne soussignée reconnaît et comprend que ce formulaire de réclamation est un document officiel de la Cour sanctionné par la Cour qui supervise le règlement, et soumettre ce formulaire de réclamation équivaut à le déposer auprès d'une Cour ;
- autorise l'Administrateur des réclamations et l'Avocat du groupe à communiquer avec la personne soussignée au besoin afin d'administrer la réclamation ;
- confirme être âgée de 18 ans ou plus ;

Après avoir examiné les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation, la personne soussignée déclare sous peine de parjure que les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation sont véridiques et exacts à sa connaissance, selon ses renseignements et ses croyances.

Signature du réclamant (ou de son représentant) : _____

Nom imprimé du réclamant (ou de son représentant) : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE DEMANDE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES

Liste de vérification:

1. Pièces justificatives liées à l'identification du réclamant et du représentant, le cas échéant (Sections 1 et 2)
2. Si la réclamation est présentée par un tiers (avocat ou mandataire), remplir, signer et faire attester l'annexe « A » (toute personne âgée de plus de 18 ans peut attester).
3. Formulaire d'autorisation relatif au dossier médical
4. Formulaire d'autorisation relatif au dossier judiciaire (le cas échéant)
5. Pièces justificatives pour les dépenses encourues (le cas échéant)

Attention :

- La période de réclamation est de huit (8) mois. Aucune prolongation ne sera accordée.
- Conservez une copie de votre formulaire de réclamation et tous les documents à l'appui pour vos dossiers.
- Si vous déménagez, envoyer votre nouvelle adresse à l'Administrateur des réclamations et l'Avocat du groupe. Si vous omettez d'aviser l'Administrateur des réclamations et l'Avocat du groupe d'une nouvelle adresse, vos prestations de règlement pourraient ne pas vous être versées.

Annexe « A »

RÉCLAMATIONS DÉPOSÉES PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL AU NOM DU RÉCLAMANT

Cette annexe **ne** doit être remplie **que** si la demande est présentée par un tiers au nom du réclamant.

Je, _____ *[nom du réclmant, du représentant successoral ou du représentant d'une personne inapte]* autorise _____

[nom du représentant légal (avocat ou agent)] à déposer un formulaire de réclamation dans le cadre de l'action collective en lien avec la mise sous garde préventive pour une durée de plus de 72 heures depuis le 1^{er} janvier 2015 en mon nom et à recevoir toute communication pertinente à ma réclamation (y compris le chèque, si admissible au paiement).

DATÉ à _____ *[nom de la ville]*, dans la province de _____
dans le pays de _____ le ____ jour de _____, 202__.

Réclamant, représentant successoral OU représentant d'une personne inapte :

Signature : _____

Signature du témoin : _____

Nom du témoin en caractère d'imprimerie : _____