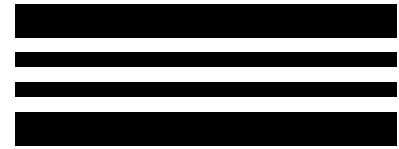


Administrateur des réclamations  
C.P. 3355  
London (Ontario)  
N6A 4K3



PMQ

ENTENTE DE RÈGLEMENT PANCANADIENNE  
POUR L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE À  
L'OXYCONTIN® ET À L'OXYNEO®

Doit porter le  
cachet de la poste  
du 27 juin 2024  
au plus tard

## Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®

Privé et confidentiel

(Veuillez dactylographier ou écrire lisiblement à l'encre bleue ou noire)

**LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO® DOIT ÊTRE REMPLI PAR OU AU NOM DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®, AUTREMENT DIT, LA PERSONNE QUI A UTILISÉ L'OXYCONTIN® ET/OU L'OXYNEO®. CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ PAR UN CONJOINT OU UN ENFANT POUR FORMULER UNE RÉCLAMATION DE MEMBRE DU GROUPE DES FAMILLES.**

Veuillez remplir ce Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® seulement si vous (ou le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®) répondez aux critères suivants :

- Entre le 1er janvier 1996 et le 28 février 2017, vous (ou la personne décédée dont vous représentez la succession) vous êtes vu prescrire, au Canada, et avez consommé des comprimés d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® fabriqués, commercialisés ou vendus par une ou plusieurs des Défenderesses (Purdue Pharma et ses sociétés affiliées) (un « **Membre du Groupe** » au sens de l'Entente de règlement).
- La consommation d'OxyContin® ou d'OxyNEO® a commencé en raison d'une **prescription** rédigée pour le consommateur par un fournisseur de soins de santé.
- Le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® a, par la suite, subi un ou plusieurs **préjudices en lien avec l'OxyContin® et/ou l'OxyNEO®** (un « Préjudice » ou des « Préjudices ») (tel que défini à la page 19 du présent formulaire).
- A. Toutes les preuves obligatoires** énumérées ci-dessous **doivent être soumises** avec le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®, à l'Administrateur des réclamations au plus tard le **27 juin 2024** pour être admissible à une indemnisation.
- (1) *Présenter une preuve de Prescription valide (au sens du Protocole d'indemnisation) :*

La preuve qu'un Membre du Groupe a consommé pour la première fois de l'OxyContin® et/ou de l'OxyNEO® conformément à une prescription rédigée pour le Membre du Groupe doit être établie comme suit :

- (A) Au moins un document fiable démontrant qu'une prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® a été rédigée pour le Membre du Groupe. Il peut s'agir d'un document d'un dossier médical, d'un dossier de pharmacie ou d'un dossier créé par un assureur de soins de santé public ou privé ou par un payeur d'aide sociale, ou de tout autre document fiable démontrant qu'une prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® a été rédigée pour le Membre du Groupe.
- (B) Sous réserve que l'exigence de preuve obligatoire ci-dessus est respectée, dans le cas où les documents de prescriptions sont demandés, mais ne sont pas disponibles, le Membre du Groupe peut présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle dans laquelle il décrit les détails de sa prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® et de sa consommation subséquente. Cette déclaration ou affirmation doit contenir, à titre de pièces, des copies conformes des demandes de documents présentées et les réponses reçues par le Membre du Groupe. Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyée par la poste.



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="checkbox"/>	CB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DOC <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> REV	<input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	--

(2) Présenter une preuve de Dépendance :

La « Dépendance » doit être établie par :

- (A) des dossiers médicaux qui diagnostiquent ou indiquent une dépendance soupçonnée ou une dépendance psychologique à l'OxyContin® et/ou à l'OxyNEO® ;

- OU -

(B) des dossiers médicaux qui documentent au moins deux caractéristiques du trouble de l'usage d'opioïdes au sens du manuel DSM-5 (tel que défini à la page 19 du présent formulaire).

- (C) Un Membre du Groupe peut présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle de sa part décrivant les circonstances de sa dépendance ou de sa dépendance psychologique à l'OxyContin® et/ou à l'OxyNEO®, notamment celles qui ne sont pas expliquées dans les documents décrits au point 2(A) ou 2(B). Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyée par la poste.

(3) Présenter les dossiers médicaux et pharmaceutiques des trois années qui ont précédé la première prescription jusqu'à la fin de la Période de dépendance :

- (A) Présenter des copies de vos dossiers médicaux et pharmaceutiques pour les trois années précédant la première prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® jusqu'à la fin de la Période de dépendance (la « Période pertinente »). Dans l'éventualité où une partie ou la totalité des dossiers ne sont pas disponibles, le Membre du Groupe doit présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle de sa part décrivant son usage de l'OxyContin® et/ou de l'OxyNEO® pendant la période non étayée par les dossiers et qui contient, à titre de pièces, des copies conformes des demandes de documents présentées par le Membre du Groupe et les réponses reçues. Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyée par la poste.

- (B) Le Membre du Groupe doit communiquer, par voie de déclaration sous serment ou d'affirmation solennelle de sa part, toutes les dépendances et/ou tous les problèmes d'abus de substances au sens du manuel DSM-5 (tel que défini à la page 19 du présent formulaire), autres que sa Dépendance (au sens du Protocole d'indemnisation), qu'il a subis pendant la Période pertinente. Si le Membre du Groupe n'a subi aucun autre problème de dépendance et/ou d'abus de substance pendant la Période pertinente, il doit présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle à cet effet. Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://www.fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyée par la poste.

- B. Les éléments de preuve facultatifs** doivent être soumis, avec le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®, à l'Administrateur des réclamations au plus tard le **27 juin 2024** si une indemnité supplémentaire est demandée pour des Préjudices autre que la Dépendance.

- Le Membre du Groupe qui demande une indemnité pour un Préjudice de niveau 1 à 14 doit obtenir la preuve requise pour ce niveau (voir la section 6 aux pages 12 à 16 du formulaire).

- À noter que les preuves par déclaration sous serment peuvent être fournies dans le but de contextualiser ou d'expliquer les preuves requises. La fourniture de preuves par déclaration sous serment ne remplace pas la nécessité de fournir les preuves obligatoires.

**NE SOUMETTEZ PAS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION SI :**

- Vous ne répondez pas aux critères ci-dessus ;
- Vous êtes un conjoint ou un enfant souhaitant présenter une réclamation en tant que Membre du Groupe des familles (dans ce cas, remplissez le Formulaire de réclamation du membre de la famille) ;
- Vous avez consommé des comprimés d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® **avant** d'avoir reçu une Prescription valide. Si tel est le cas, **vous n'avez pas le droit de recevoir une indemnité en vertu de l'Entente de règlement** ;
- Vous ou votre représentant légal avez déjà soumis un formulaire de réclamation pour l'action collective relative à l'OxyContin® et à l'OxyNEO®. **Votre formulaire de réclamation ne sera évalué qu'une seule fois.**



**Veillez lire la section « Engagement et instructions », puis remplir le formulaire de réclamation en entier. Les réclamants approuvés recevront des indemnités proportionnelles aux points cumulatifs leur étant accordés aux termes du Protocole d'indemnisation.**

**DATE LIMITE POUR SOUMETTRE LES DOCUMENTS RELATIFS À LA RÉCLAMATION : 27 JUIN 2024**

**SI VOUS NE PRÉSENTEZ PAS LE PRÉSENT FORMULAIRE ET TOUS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS D'ICI LA DATE LIMITE, VOTRE RÉCLAMATION SERA REJETÉE.**

**ENGAGEMENT ET INSTRUCTIONS**

A. Le présent « Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® » est le Formulaire de réclamation mentionné dans l'Entente de règlement pancanadienne concernant l'action collective relative à l'OxyContin® et à l'OxyNEO® datée du 8 mars 2017 qui prévoit le règlement au Canada, et à l'égard de tous les résidents du Canada, de toutes les réclamations présentées contre les Défenderesses et les autres Parties quittancées, en lien avec l'OxyContin® ou l'OxyNEO® (l'« Entente de règlement »). Les termes en majuscules qui sont utilisés dans le présent formulaire, mais n'y sont pas définis ont le sens qui leur est attribué dans l'Entente de règlement, y compris son annexe A.

B. Veuillez lire ce Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® dans sa totalité, veuillez répondre à toutes les questions qui y sont demandées (ajoutez des pages si nécessaire), et veuillez le signer et le dater. **SI VOUS NE RÉPONDEZ PAS À TOUTES LES QUESTIONS DU FORMULAIRE ET/OU NE LE SIGNEZ PAS, VOTRE RÉCLAMATION SERA JUGÉE INSUFFISANTE.**

C. **VOUS DEVEZ TRANSMETTRE CHACUNE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES À L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS D'ICI LE 27 JUIN 2024 :** (1) le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® dûment rempli et daté ; (2) toutes les pièces justificatives obligatoires énumérées aux pages 1 et 2. Vous pouvez transmettre ces documents à l'Administrateur des réclamations des façons suivantes :

**PAR COURRIER**

Tous les formulaires et documents doivent porter le cachet de la poste au plus tard le 27 juin 2024 et être adressés à :

Administrateur des réclamations  
C.P. 3355  
London (Ontario)  
N6A 4K3

OU

**EN LIGNE**

Tous les formulaires et documents doivent être envoyés en pièces jointes d'un courriel transmis à [oxycontin@ricepoint.com](mailto:oxycontin@ricepoint.com) au plus tard à 17 h (heure du Pacifique) le 27 juin 2024.

OU

**PAR TÉLÉCOPIEUR**

Tous les formulaires et documents doivent être envoyés par télécopieur à l'Administrateur des réclamations au 312-499-7050 au plus tard à 17 h (heure du Pacifique) le 27 juin 2024.



D. **Le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® dûment rempli et signé, ainsi que tous les documents justificatifs requis, doivent être soumis (comme le prouve soit la date du cachet postal [si le service postal ordinaire est utilisé], la date de réception par l'Administrateur des réclamations [si un service de messagerie même jour ou 24 heures est utilisé] ou la date à laquelle l'Administrateur des réclamations peut y avoir accès, au plus tard le 27 juin 2024. SI VOUS NE SOUMETTEZ PAS CES DOCUMENTS D'ICI LA DATE LIMITE ET/OU NE SIGNEZ PAS LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®, VOTRE RÉCLAMATION POURRAIT ÊTRE JUGÉE INSUFFISANTE.**

E. La personne qui remplit le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® doit indiquer, à la section 2 de la partie A, le nom complet, la relation avec le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®, la date de naissance et l'adresse de tous les époux, conjoints, enfants, petits-enfants, parents, frères et/ou sœurs qui pourraient demander une indemnité distincte selon les points accordés au consommateur. (Chacune de ces personnes doit soumettre un Formulaire de réclamation du membre de la famille conformément à l'Entente de règlement pour réclamer cette indemnité distincte ; la personne qui présente la réclamation du consommateur n'est pas responsable de cette soumission.)

F. Si la personne qui soumet le Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® pour le compte d'un consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® représente une personne mineure, une personne incapable, une personne handicapée ou la succession d'une personne décédée, ce représentant doit fournir des détails sur sa relation avec le consommateur (ex. : liquidateur testamentaire de la succession du consommateur) et joindre des copie des ordonnances judiciaires effectuant cette nomination, ou des autres autorisations ou documents officiels attestant qu'elles sont le représentant légal dûment autorisé du consommateur. Par ailleurs, toutes ces personnes doivent respecter l'ensemble des dispositions de l'Entente de règlement. Si votre représentant dûment autorisé est tenu de déclarer une indemnité à un tribunal, la somme doit être gardée strictement confidentielle, les documents doivent être déposés sous scellés et les audiences doivent être tenues à huis clos, dans la mesure permise par les lois applicables.

G. Les signataires du Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®, les cabinets d'avocat auxquels ils sont liés (le cas échéant) et le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® identifié aux présentes s'engagent expressément à préserver la confidentialité de toute indemnité découlant de l'Entente de règlement, sauf si la loi l'exige autrement.

H. **Avis : La présentation d'un Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® et/ou de tout autre document à l'Administrateur des réclamations ne garantit pas que le réclamant recevra un paiement en vertu de l'Entente de règlement. Des critères d'admissibilité stricts ont été approuvés par les Tribunaux, et le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® doit les satisfaire pour avoir droit à un paiement en vertu de l'Entente de règlement.**



**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®**

**SAUF INDICATION CONTRAIRE, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DANS CE FORMULAIRE ET, SI NÉCESSAIRE, JOINDRE DES PAGES SUPPLÉMENTAIRES. Veuillez dactylographier ou écrire lisiblement à l'encre bleue ou noire.**

**PARTIE A – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS**

**SECTION 1. INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE SUR LE CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®**

a. Produit de marque Purdue consommé (ex. : OXYCONTIN®, OXYNEO®) :

b. Nom actuel et noms antérieurs (ex. : nom de jeune fille, nom de personne mariée), le cas échéant, utilisés par le consommateur dans les dix années précédant sa Dépendance (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom) :

Titre de civilité :  M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>  M<sup>e</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Initiale

  
Nom  
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)  
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)

c. Adresse actuelle ou dernière adresse connue :

  
Adresse  
Adresse (suite)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal

  
Adresse courriel

<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone (jour)			Téléphone (soir)			

d. Date de naissance

  /   /    

Date de décès (le cas échéant)

  /   /    

e. Langue de communication :  Anglais  Français



## SECTION 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET/OU L'ENFANT

Renseignements sur le conjoint (ou ex-conjoint), l'enfant, le petit-enfant, le parent, le frère ou la sœur du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® qui pourrait avoir le droit de présenter une réclamation en sa qualité de membre de la famille du consommateur identifié ci-dessus. Joindre des pages supplémentaires si nécessaire pour répondre aux questions suivantes pour chacun des membres de la famille admissibles.

**Remarque : Chaque Membre du Groupe des familles doit présenter un Formulaire de réclamation du membre de la famille conformément à l'Entente de règlement pour avoir la possibilité de recevoir une indemnité distincte.**

Nom actuel et autres noms (ex. : nom de jeune fille, nom de personne mariée) utilisés par le membre de la famille admissible et nature de sa relation avec le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® identifié ci-dessus :

Titre de civilité : <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> M <sup>me</sup> <input type="radio"/> M <sup>lle</sup> <input type="radio"/> D <sup>r</sup> <input type="radio"/> M <sup>e</sup>												
Prénom											Initiale	
Nom												
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)												
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)												
Relation avec le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® (conjoint, ex-conjoint, enfant, petit-enfant, parent, frère ou sœur)												
M M	/	J J	/	A A A A								
Date de naissance du membre de la famille												
M M	/	J J	/	A A A A								
Date de séparation/divorce (le cas échéant)												
Adresse principale												
Adresse principale (suite)												
Ville								Province	Code postal			
Adresse courriel												
Téléphone (jour)				Téléphone (soir)								
Langue de communication : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français												
<input type="radio"/> Pages supplémentaires jointes pour d'autres membres de la famille admissibles												



**SECTION 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL (EX. : LIQUIDATEUR TESTAMENTAIRE DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®) (LE CAS ÉCHÉANT)**

Remplir cette section seulement si la réclamation est présentée par un représentant légal pour le compte d'un consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®.

Si vous présentez une réclamation en votre qualité de représentant légal du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®, veuillez fournir des détails sur votre relation avec lui (ex. : liquidateur testamentaire) et joindre une copie des ordonnances judiciaires effectuant cette nomination, ou des autres autorisations ou documents officiels attestant que vous êtes le représentant légal dûment autorisé du consommateur.

Type de représentant (ex. : liquidateur testamentaire, tuteur)																																																																																																			
Prénom																																																																																					Initiale														
Nom																																																																																																			
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)																																																																																																			
Nom antérieur, le cas échéant (nom de famille, puis prénom et initiale du deuxième prénom)																																																																																																			
Relation avec le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® (ex. : conjoint, ex-conjoint, enfant, petit-enfant, parent, frère ou sœur)																																																																																																			
M M / J J / A A A A																																																																																																			
Date de naissance																																																																																																			
Adresse principale																																																																																																			
Adresse principale (suite)																																																																																																			
Ville																																																																	Province															Code postal																			
Adresse courriel																																																																																																			
Téléphone (jour)																																								Téléphone (soir)																																																											
Langue de communication : <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français																																																																																																			



#### SECTION 4. AVOCAT (LE CAS ÉCHÉANT)

Remplissez cette section uniquement si vous avez retenu les services d'un avocat pour qu'il vous aide à présenter une réclamation et qu'il communique avec l'Administrateur des réclamations pour vous. Si vous remplissez cette section, toutes les communications seront envoyées à votre avocat. Si vous changez d'avocat, vous devez transmettre les nouvelles coordonnées à l'Administrateur des réclamations.

Nom du cabinet d'avocats

Prénom de l'avocat

Initiale

Nom

Adresse principale

Adresse principale (suite)

Ville

Province

Code postal

Adresse courriel

Téléphone

Matricule du Barreau

Langue de communication :  Anglais  Français

#### SECTION 5. FAITS SUR LA CONSOMMATION D'OXYCONTIN®/OXYNEO® PAR LE CONSOMMATEUR

- a. Veuillez indiquer les dates de début et de fin de votre Période de dépendance :

MM / JJ / AAAA jusqu'à MM / JJ / AAAA

- b. Date de la première prescription d'OxyContin®/OxyNEO® :

MM / JJ / AAAA

- c. Date de la fin de la consommation d'OxyContin®/OxyNEO® :

MM / JJ / AAAA

Si, à tout moment, la consommation d'OxyContin®/OxyNEO® a complètement cessé puis a repris, veuillez donner des détails concernant la période de consommation, en précisant les dates exactes si possible.






d. Nommez tous les fournisseurs de soins de santé qui ont prescrit de l'OxyContin®/OxyNEO® au consommateur. Indiquez leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone.

Nom du médecin

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

Nom du médecin

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

Nom du médecin

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

**Si plus de trois fournisseurs de soins de santé ont rédigé une prescription, joignez des pages supplémentaires afin de répondre aux questions pour ces autres fournisseurs.**



e. Nommez chaque pharmacie où une prescription d'OxyContin®/OxyNEO® a été exécutée pour le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®. Indiquez leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone.

Nom de la pharmacie

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

Nom de la pharmacie

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

Nom de la pharmacie

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Période visée

**Si plus de trois pharmacies ont exécuté une prescription, joignez des pages supplémentaires afin de répondre aux questions pour ces autres pharmacies.**





## SECTION 6. ÉVÉNEMENT(S) ADMISSIBLE(S)

Pour chaque événement admissible mentionné ci-dessous, donnez le numéro des pages de vos documents justificatifs qui prouvent le préjudice. Veuillez aussi indiquer la ou les dates approximatives auxquelles les événements ont eu lieu et tout autre renseignement que vous jugez pertinent. Assurez-vous d'inclure toutes les preuves obligatoires.

**LES RÉCLAMANTS APPROUVÉS RECEVRONT DES INDEMNITÉS PROPORTIONNELLES AUX POINTS LEUR ÉTANT ACCORDÉS EN VERTU DU PROTOCOLE D'INDEMNISATION.**

Merci de ne remplir que les sections qui s'appliquent à vous.

À noter que les preuves par déclaration sous serment peuvent être fournies dans le but de contextualiser ou d'expliquer les preuves requises. La fourniture de preuves par déclaration sous serment ne remplace pas la nécessité de fournir les preuves obligatoires.

**Niveau 1** : Surdose mortelle causée par la consommation d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® ou pour laquelle la consommation a contribué, ou suicide par d'autres moyens pendant la Période de dépendance.

*Preuve obligatoire pour le niveau 1* : Joindre le **certificat médical de décès délivré par le gouvernement** au sujet du Membre du Groupe qui atteste la cause du décès du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.


**Niveau 2** : Surdose non mortelle pendant la Période de dépendance, y compris une tentative de suicide documentée, causée par la consommation d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO® ou pour laquelle la consommation a contribué.

*Preuve obligatoire pour le niveau 2* : Joindre des documents des dossiers médicaux du médecin traitant du Membre du Groupe et/ou des dossiers de l'hôpital décrivant en détail chaque surdose et/ou chaque tentative de suicide. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.


**Niveau 3** : Tentative de suicide documentée pendant la Période de dépendance par des moyens autres que la consommation d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO®.

*Preuve obligatoire pour le niveau 3* : Joindre des documents des dossiers médicaux du médecin traitant du Membre du Groupe et/ou des dossiers de l'hôpital décrivant en détail chaque tentative de suicide. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.




**Niveau 4 : Participation à un programme de traitement de la Dépendance à l'OxyContin® et/ou à l'OxyNEO®.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 4 :* Présenter des dossiers médicaux et/ou des documents du centre ou du programme de traitement à l'appui de la participation du Membre du Groupe. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Pour être admissible aux points supplémentaires pour utilisation de méthadone ou autres traitements similaires, le Membre du Groupe doit présenter des documents du centre ou du programme de traitement indiquant la prescription de méthadone ou d'un traitement similaire pour une période d'au moins 6 mois. Les traitements similaires incluent mais ne sont pas limités à : Probuphine, Sublocade, Suboxone, Naloxone, Zubsolv, Subutex, Naltrexone, Vivitrol, Buprénorphine, etc.


**Niveau 5 : Perte d'emploi pour une période d'au moins 6 mois consécutifs pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 5 :* Le Membre du Groupe doit présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle précisant que sa perte d'emploi a été principalement attribuable à une Dépendance à l'OxyContin® et/ou à l'OxyNEO®, et il doit présenter des documents attestant sa cessation d'emploi et son revenu au moment de la cessation. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Exemples de documents : relevés d'emploi, talons de paie, déclarations d'impôts, avis de cotisation et/ou contrats.
- o Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au fr.oxycontinclassactionsettlement.ca. Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyé par la poste.

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> \$
Revenu annuel au moment de la perte d'emploi

**Niveau 6 : Perte d'une licence professionnelle pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 6 :* Présenter des documents de l'organisme qui régit la profession du Membre du Groupe qui indiquent la perte de la licence professionnelle. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.




**Niveau 7 : Perte de la garde d'enfant(s) pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 7 :* Présenter une ordonnance de garde et/ou une autre ordonnance du tribunal et/ou d'autres documents versés au dossier du tribunal qui prévoient la garde des enfants du Membre du Groupe et/ou une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle d'un ami proche ou d'un membre de la famille du Membre du Groupe (l'affiant) qui fournit des détails précis sur les circonstances entourant la perte de la garde et une explication de la raison pour laquelle l'affiant a connaissance de ces détails. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyé par la poste.


**Niveau 8 : Condamnation criminelle liée à l'OxyContin® et/ou à l'OxyNEO® pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 8 :* Présenter une attestation de condamnation signée par le greffier du tribunal où la condamnation a été prononcée ainsi que le rapport présentenciel correspondant. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Ces documents doivent indiquer clairement que la condamnation était liée à la Dépendance du Membre du Groupe. Si ce lien ne ressort pas de façon évidente de ces documents, le Membre du Groupe doit présenter une déclaration de son avocat et/ou de son agent de libération conditionnelle et/ou de son travailleur social indiquant clairement que la condamnation était liée à la Dépendance du Membre du Groupe.


**Niveau 9 : Séparation et/ou divorce d'un époux ou d'un conjoint pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 9 :* Présenter un accord de séparation et/ou un certificat de divorce et/ou d'autres documents versés au dossier du tribunal ou une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle d'un ami proche ou d'un membre de la famille du Membre du Groupe (l'affiant) qui fournit des détails précis sur les circonstances entourant la séparation et/ou le divorce et une explication de la raison pour laquelle l'affiant a connaissance de ces détails. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyé par la poste.




**Niveau 10 : Accusation criminelle liée à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO® pendant la Période de dépendance qui n’a pas donné lieu à une condamnation.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 10* : Présenter des documents des dossiers d’application de la loi et/ou de police qui documentent l’accusation et qui indiquent clairement que l’accusation était liée à la Dépendance du Membre du Groupe. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Si ce lien ne ressort pas de façon évidente de ces documents, le Membre du Groupe doit présenter une déclaration de son avocat et/ou de son fournisseur de soins de santé et/ou de son travailleur social indiquant clairement que l’accusation était liée à la Dépendance du Membre du Groupe.


**Niveau 11 : Faillite pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 11* : Présenter les documents de faillite du Membre du Groupe. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.


**Niveau 12 : Expulsion ou autre perte de possession de la résidence principale pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 12* : Présenter les documents immobiliers et/ou les avis d’expulsion qui démontrent la perte. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Si ces documents et/ou ces avis ne sont pas disponibles, le Membre du Groupe doit présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle décrivant les circonstances entourant l’expulsion ou la perte de la résidence, ainsi qu’une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle à l’appui faite par une personne qui a connaissance de ces détails.
- o Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l’appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au [fr.oxycontinclassactionsettlement.ca](http://fr.oxycontinclassactionsettlement.ca). Si vous n’avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu’une copie papier soit envoyé par la poste.




**Niveau 13 : Sans-abri pendant plus d'une semaine (7 jours) au cours de la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 13 :* Présenter des documents du refuge pour sans-abri et/ou une déclaration d'un travailleur social ou d'un fournisseur de soins de santé qui décrit l'expérience et les conditions d'itinérance du Membre du Groupe et la durée pendant laquelle le Membre du Groupe a été sans abri. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Si ces documents ne peuvent être obtenus, le Membre du Groupe doit présenter une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle décrivant les circonstances entourant leur situation de sans-abri, ainsi qu'une déclaration sous serment ou une affirmation solennelle à l'appui faite par une personne qui a connaissance de ces détails.
- o Un modèle de déclaration sous serment est disponible à l'appui et peut être consulté sur la page Documents du site Web du règlement, au fr.oxycontinclassactionsettlement.ca. Si vous n'avez pas accès à Internet, appelez au 1-888-663-7185 pour parler à un représentant et demander qu'une copie papier soit envoyé par la poste.


**Niveau 14 : Interruption d'études postsecondaires pendant la Période de dépendance.**

*Preuve obligatoire pour le niveau 14 :* Présenter le ou les relevés de notes du Membre du Groupe indiquant l'interruption. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs prouve(nt) le préjudice.

- o Le Membre du groupe doit avoir été inscrit pour le semestre et avoir terminé au maximum 60 % des cours auxquels il était inscrit.


**Niveau 16 : Points discrétionnaires : L'Administrateur des réclamations peut, à sa discrétion, accorder des points pour des circonstances justifiées attestant de difficultés non prévues autrement dans le présent Protocole d'indemnisation.**

Si vous souhaitez fournir des détails concernant des circonstances justifiées attestant de difficultés qui ne sont pas prévues dans ce formulaire de réclamation, veuillez présenter une lettre distincte détaillant ces éléments et joindre des documents justificatifs. Veuillez préciser quelle(s) page(s) de vos documents justificatifs attestant de la difficulté.

Circonstances supplémentaires réclamées :  Oui  Non Page(s) :

**Renseignements sur les antécédents médicaux**

**Niveau A :** Dépendance à un opioïde autre que l'OxyContin® et/ou l'OxyNEO® pendant la Période de dépendance.

Le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® était-il dépendant d'un autre opioïde pendant la Période de dépendance?  Oui  Non

**Niveau B :** Antécédents de dépendance et/ou d'abus de substance.

Le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® a-t-il des antécédents d'abus de substance?  Oui  Non

Si oui, cochez la catégorie qui s'applique :

- Plus de 3 ans avant la première prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO®.
- Moins de 3 ans, mais plus de 2 ans avant la première prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO®.
- Moins de 2 ans, mais plus de 1 an avant la première prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO®.
- Moins de 1 an avant la première prescription d'OxyContin® et/ou d'OxyNEO®.

**Niveau C :**

De l'OxyContin® a été prescrit pour la première fois au consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® après le 28 février 2012 ou le consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® s'est fait prescrire de l'OxyNEO® et ne s'était pas fait prescrire de l'OxyContin® auparavant.

Oui  Non





**SECTION 7. EXIGENCES QUANT AUX PREUVES MÉDICALES ET/OU AUTRES PREUVES DOCUMENTAIRES FIABLES**

**REMARQUE : SI VOS DOCUMENTS NE RESPECTENT PAS LES EXIGENCES SUIVANTES, VOTRE RÉCLAMATION NE SERA PAS ADMISSIBLE AU PAIEMENT.**

**PREUVE OBLIGATOIRE DE RÉCLAMATION**

Reportez-vous aux pages 1 et 2 du présent formulaire de réclamation pour vous assurer que vous avez réuni tous les documents justificatifs obligatoires pour toute demande d'indemnisation pour préjudice corporel et pour prouver la durée de votre période de dépendance.

**PARTIE B – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS**

**EN APPOSANT VOTRE SIGNATURE CI-APRÈS, VOUS RECONNAISSEZ CE QUI SUIT ET EN CONVENEZ :**

**A. EN APPOSANT VOTRE SIGNATURE CI-APRÈS, VOUS RECONNAISSEZ CE QUI SUIT ET EN CONVENEZ :**

- (i) VOUS ÊTES UN CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO® OU UN REPRÉSENTANT LÉGAL DÉSIGNÉ À LA SECTION 3 DE LA PARTIE A CI-DESSUS ;
- (ii) TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO® SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS ;
- (iii) TOUTES LES COPIES DE DOCUMENTS FOURNIES SONT DES COPIES VÉRIDIQUES, COMPLÈTES ET EXACTES DES DOCUMENTS FOURNIS PAR LES DÉPOSITAIRES DE DOSSIERS CONCERNÉS.

**B. SI VOUS NE VOUS ÉTIEZ PAS EXCLU DE L'ACTION COLLECTIVE, VOUS CHOISISSEZ PAR LES PRÉSENTES D'Y PARTICIPER ET D'ÊTRE LIÉ PAR LES MODALITÉS ET CONDITIONS DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT. CELA SIGNIFIE, SANS LIMITATION, QU'EN SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU CONSOMMATEUR D'OXYCONTIN®/OXYNEO®, AUX TERMES DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT, VOUS ACCORDEZ À CHACUNE DES PARTIES QUITTANCÉES (AU SENS DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT) UNE QUITTANCE COMPLÈTE ET DÉFINITIVE À L'ÉGARD DE TOUTES LES RÉCLAMATIONS QUITTANCÉES.**

**Énoncé de confidentialité**

Tous les renseignements personnels fournis par le réclamant ou en son nom à l'Administrateur des réclamations seront traités conformément à la législation sur la protection des renseignements personnels applicable et aux politiques de l'Administrateur des réclamations en la matière, que l'on peut consulter au [www.fr.oxycontinclassactionsettlement.com/](http://www.fr.oxycontinclassactionsettlement.com/). Ces renseignements seront utilisés dans le but d'administrer l'Entente de règlement, notamment aux fins d'évaluer, par l'Administrateur des réclamations et l'arbitre nommé par les Tribunaux et les Tribunaux, de l'admissibilité du réclamant aux termes de l'Entente de règlement. Les renseignements personnels que fournit le réclamant ne seront pas communiqués sans son consentement écrit exprès, sauf à l'arbitre nommé par les Tribunaux ou aux Tribunaux, aux personnes appropriées dans la mesure où cela est nécessaire pour traiter les réclamations ou fournir des avantages prévus par l'Entente de règlement ; ni autrement que de la manière expressément prévue dans l'Entente de règlement, conformément à l'ordonnance d'un tribunal ou de la manière permise ou exigée par la loi ; ni autrement que de la manière raisonnablement nécessaire pour faire respecter l'Entente de règlement ou pour que les Avocats du Groupe ou les Avocats des Défenderesses exercent leurs droits respectifs (y compris leurs droits de répondre et d'en appeler) aux termes de l'Entente de règlement ; ni à d'autres personnes que les membres de la famille immédiate ou les avocats, comptables et/ou financiers du réclamant (à qui le réclamant donnera l'instruction de préserver et de respecter la confidentialité de ces renseignements).



## **AIDE-MÉMOIRE**

À faire avant de soumettre votre formulaire :

- Parcourez attentivement le formulaire pour vous assurer que tous les renseignements requis ont été saisis.
- Passez en revue les exigences du formulaire et celles relatives aux preuves obligatoires (aux pages 1 et 2) et assurez-vous d'avoir joint tous les documents requis.
- Conservez une copie de votre formulaire de réclamation et de vos pièces justificatives pour vos dossiers.
- En cas de déménagement, veuillez transmettre votre nouvelle adresse à l'administrateur des réclamations.
- Signez et datez le formulaire de réclamation.

**L'Administrateur des réclamations accusera réception de votre Formulaire de réclamation du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® par la poste dans les 60 jours. Si vous n'avez pas reçu d'accusé de réception dans les 60 jours, veuillez appeler l'Administrateur des réclamations au numéro sans frais 1-888-663-7185.**

### **ASSUREZ-VOUS DE SIGNER ET DE DATER CE FORMULAIRE.**

Veuillez signer uniquement les lignes qui vous concernent. Il se peut que certaines lignes soient laissées en blanc.

**Date :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®  
(ou de son liquidateur testamentaire/tuteur)

\_\_\_\_\_  
Nom du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO®  
(ou de son liquidateur testamentaire/tuteur) en caractères d'imprimerie

**Date :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'avocat du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'avocat du consommateur d'OxyContin®/OxyNEO® (le cas échéant)  
en caractères d'imprimerie

### **PAR LA POSTE**

Tous les formulaires et documents doivent porter le cachet de la poste du 27 juin 2024 au plus tard et être adressés à :

Administrateur des réclamations  
C.P. 3355  
London (Ontario)  
N6A 4K3  
OU

### **EN LIGNE**

Tous les formulaires et documents doivent être envoyés en pièces jointes d'un courriel transmis à [oxycontin@ricepoint.com](mailto:oxycontin@ricepoint.com) au plus tard à 17 h (heure du Pacifique) le 27 juin 2024.

OU

### **PAR TÉLÉCOPIEUR**

Tous les formulaires et documents doivent être envoyés par télécopieur à l'Administrateur des réclamations au 312-499-7050 au plus tard à 17 h (heure du Pacifique) le 27 juin 2024.



## DÉFINITIONS

- « Administrateur des réclamations » : le tiers qui a été chargé par les Tribunaux d'évaluer chaque réclamation et de distribuer le fonds de règlement aux réclamants admissibles. L'Administrateur des réclamations nommé par les Tribunaux pour l'administration du règlement est RicePoint Administration Inc.
- « Avocats des Défenderesses » : les cabinets d'avocats Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., s.r.l., Barry Glaspell et Stikeman Elliott S.E.N.C.R.L., s.r.l.
- « Avocats du Groupe » : les cabinets d'avocats Rochon Genova LLP, Siskinds LLP, Siskinds Desmeules Avocats, s.e.n.c.r.l., Wagners et Merchant Law Group LLP. Les coordonnées des Avocats du Groupe se trouvent à la page « Nous joindre » du site Web du règlement, au [www.fr.oxxycontinclassactionsettlement.ca](http://www.fr.oxxycontinclassactionsettlement.ca).
- « Dépendances et/ou problèmes d'abus de substances » : au sens du manuel DSM-5, désigne tout problème de dépendance ou d'abus de substances lié aux substances suivantes : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants (y compris les substances de type amphétamine, la cocaïne et d'autres stimulants) et/ou tabac, qui a entraîné l'un des problèmes suivants :
  1. La prise de substances en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
  2. Vouloir réduire ou arrêter la consommation de la substance mais ne pas y parvenir.
  3. Beaucoup de temps est passé à obtenir, à consommer ou à récupérer de leurs effets.
  4. Avoir des envies et des besoins impérieux de consommer la substance.
  5. Ne pas réussir à faire ce qu'il faut au travail, à la maison ou à l'école à cause de la consommation de la substance.
  6. L'utilisateur continue à consommer, même si cela cause des problèmes dans les relations.
  7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance.
  8. L'usage répété des substances dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
  9. L'usage des substances est poursuivi même si vous savez que vous avez un problème physique ou psychologique qui aurait pu être causé ou aggravé par la substance.
  10. Avoir besoin d'une plus grande quantité de la substance pour obtenir l'effet désiré (tolérance).
  11. L'apparition de symptômes de sevrage, qui peuvent être soulagés par la prise de la substance.

- « Période de dépendance » : période qui commence au moment où la Dépendance du Membre du Groupe est établie au moyen d'une Prescription valide et prend fin au moment où le Membre du Groupe a cessé d'éprouver des symptômes de Dépendance ou le 28 février 2017, selon la première éventualité.
- « Protocole d'indemnisation » : le plan approuvé par les Tribunaux pour l'administration de l'Entente de règlement et la distribution du fonds de règlement aux Réclamants approuvés. Le Protocole d'indemnisation se trouve à l'annexe B de l'Entente de règlement.
- « Réclamant approuvé » : un Membre du Groupe qui a dûment rempli le formulaire de réclamation, qui a fourni tous les documents requis et qui a été approuvé par l'Administrateur des réclamations comme étant admissible à une indemnisation aux termes de l'Entente de règlement. Les Réclamants approuvés recevront des indemnités proportionnelles aux points cumulatifs leur étant accordés aux termes du Protocole d'indemnisation.
- « Trouble de l'usage d'opioïdes » : correspond, selon la définition du manuel DSM-5, aux critères diagnostiques suivants :

Mode d'usage problématique des opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Les opioïdes sont souvent pris en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opioïdes.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, à utiliser des opioïdes ou à récupérer de leurs effets.
4. Envie impérieuse, fort désir ou besoin pressant d'utiliser les opioïdes.
5. Usage répété d'opioïdes entraînant l'incapacité de réaliser des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage continu d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'opioïdes.
8. Usage répété d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage d'opioïdes malgré la connaissance d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opioïdes.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
  - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'opioïdes.N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opioïdes uniquement sous surveillance médicale.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique des opioïdes (cf. les critères A et B du sevrage d'un opioïde).
  - b. Les opioïdes (ou une substance très proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.N.B. : Ce critère n'est pas considéré comme valable pour ceux qui prennent les opioïdes uniquement sous surveillance médicale.



CETTE PAGE A ÉTÉ LAISSÉE VIDE  
INTENTIONNELLEMENT

