

# **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

*Martin c. Lahey et al*  
(Hfx n° 297827)  
à la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse

**Abus sexuel par les prêtres  
de la Corporation épiscopale catholique d'Antigonish entre  
le 1<sup>er</sup> janvier 1950 et le 10 septembre 2009**

## ***Date limite de la réclamation***

*Tous les formulaires de réclamation doivent être remplis et soumis d'ici le 10 mars 2010 pour que vous soyez admissible à une indemnité en vertu du processus de recours collectif.*

*Si vous n'avez pas soumis un formulaire de réclamation d'ici cette date limite, vous pouvez demander à la Cour une prorogation de délai en vue de présenter un formulaire de réclamation, qui sera uniquement accordée dans des circonstances exceptionnelles. Les demandes de prorogation de délai en vue de soumettre un formulaire de réclamation peuvent être présentées au plus tard le 9 août 2010.*

**TABLE DES MATIÈRES**

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Section A</b> | <b>Renseignements personnels</b>                       |
| <b>Section B</b> | <b>Renseignements liés à l'abus</b>                    |
| <b>Section C</b> | <b>Traitement</b>                                      |
| <b>Section D</b> | <b>Futurs soins</b>                                    |
| <b>Section E</b> | <b>Autres renseignements à votre sujet</b>             |
| <b>Section F</b> | <b>Vos études et vos antécédents professionnels</b>    |
| <b>Section G</b> | <b>Effets de l'abus sur vos études et votre emploi</b> |
| <b>Section H</b> | <b>Vos renseignements financiers</b>                   |
| <b>Section I</b> | <b>Déclaration</b>                                     |

## INSTRUCTIONS

- Veuillez remplir toutes les sections de ce formulaire avec un stylo à encre noire.
- Utilisez autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir des réponses complètes aux questions.
- Si vous avez des commentaires supplémentaires ou des documents liés à ce formulaire, veuillez les joindre au formulaire.

### SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Nom

M.     Mme     Mlle

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
(Prénom)                      (Second prénom)                      (Nom de famille)

2. Autres noms sous lesquels vous êtes connus (y compris le nom de jeune fille et les surnoms)

\_\_\_\_\_

3. Adresse postale actuelle  
Nom et numéro de la rue

\_\_\_\_\_

Numéro d'appartement, case postale (C.P.) ou numéro de route rurale (RR)

\_\_\_\_\_

Province                      Code postal

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à domicile (      ) \_\_\_\_\_  
Pouvons-nous laisser un message à ce numéro?  Oui     Non

Autre numéro de téléphone (      ) \_\_\_\_\_  
Pouvons-nous laisser un message à ce numéro?  Oui     Non

Adresse électronique \_\_\_\_\_  
Pouvons-nous laisser un message à cette adresse?  Oui     Non





Oui       Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer le nom, les dates auxquelles vous êtes devenu membre et l'adresse de toutes les paroisses dont vous étiez membre lorsqu'un prêtre du Diocèse d'Antigonish vous a abusé sexuellement.

| Nom de la paroisse | Dates auxquelles vous êtes devenu membre de la paroisse | Adresse de la paroisse |
|--------------------|---|------------------------|
|                    |   |                        |
|                    |   |                        |

12. Veuillez remplir le tableau qui suit.

|   | <b>Incident d'abus</b><br>(Décrivez brièvement l'abus sexuel et tout autre abus ou méfait dont vous avez été victime) | <b>Dates approximatives de l'abus</b> | <b>Où cela s'est-il produit?</b><br>(Nom et adresse de la paroisse si cela s'est produit sur les lieux de la paroisse ou nom et région de la ville si cela ne s'est pas produit sur les lieux de la paroisse) | <b>Qui vous a abusé?</b> |
|---|---|---------------------------------------|---|--------------------------|
| 1 |   |                                       |   |                          |
| 2 |   |                                       |   |                          |
| 3 |   |                                       |   |                          |
| 4 |   |                                       |   |                          |
| 5 |   |                                       |   |                          |

Veuillez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une réponse complète à la question.

13. **Veuillez nous faire part de votre histoire.** Pour chaque incident d'abus que vous avez indiqué à la question 12, veuillez décrire les points qui suivent avec le plus de détails que vous pouvez.







|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Veillez joindre autant de feuilles de papier que vous en avez besoin pour fournir une réponse complète à la question.

**SECTION C – TRAITEMENT**

16. Avez-vous été traité ou reçu une thérapie (y compris une thérapie, l'hospitalisation, la visite chez un médecin familial, la visite chez un spécialiste, la visite à une clinique et les remèdes non traditionnels) pour des **effets émotionnels, mentaux, physiques ou psychologiques** qui, selon vous, pourraient être liés à l'abus sexuel dont vous avez souffert par un prêtre du Diocèse d'Antigonish?

- Oui       Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez nous fournir des renseignements détaillés à ce sujet dans le tableau ci-dessous. Veuillez inclure tout traitement encore suivi.

| <b>Décrivez la blessure ou la condition qui nécessite un traitement</b> | <b>Décrivez le type de traitement que vous avez reçu (veuillez inclure le nom et la dose de tout médicament prescrit)</b> | <b>À quelle date le traitement a-t-il été fourni (mois et année)</b> | <b>Qui vous a donné le traitement?</b> | <b>Où avez-vous reçu votre traitement (nom et adresse de l'installation ou du bureau)</b> |
|---|---|--|--|---|
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |
|   |   |  |  |   |

Veillez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une réponse complète à la question.

17. Aviez-vous déjà été traité pour une blessure ou une condition semblable avant d’être abusé par un prêtre du Diocèse d’Antigonish? Si oui, veuillez indiquer le nom de la personne qui vous a traité, décrire la blessure et le traitement et indiquer les dates approximatives auxquelles vous avez été traité.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Veuillez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une réponse complète à la question.

18. Avez-vous déjà été traité pour des agressions sexuelles perpétrées par une personne autre qu’un prêtre du Diocèse d’Antigonish? Si oui, indiquez le nom de la personne qui vous a traité, des renseignements détaillés sur le traitement que vous avez reçu et les dates approximatives auxquelles vous avez été traité.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Veuillez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire fournir une réponse complète à la question.

**SECTION D – FUTURS SOINS**

19. Souhaitez-vous suivre ou continuer de suivre un **traitement ou une thérapie** à l’avenir pour l’abus sexuel dont vous avez été victime par un prêtre du Diocèse d’Antigonish?

Oui       Non

Si oui, veuillez expliquer et indiquer en détail quel type de traitement ou de thérapie vous prévoyez poursuivre ou continuer à suivre. Si possible, estimez le nombre de traitements ou de séances et indiquez leurs coûts approximatifs.







**SECTION F – VOS ÉTUDES ET VOS ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS**

23. Veuillez fournir de renseignements détaillés sur vos études et votre formation professionnelle.

| <b>École, collège, université ou autre établissement que vous avez fréquenté</b> | <b>Date approximative à laquelle vous avez commencé</b> | <b>Date approximative à laquelle vous avez terminé</b> | <b>Année ou niveau atteint et certificat ou diplôme obtenu</b> |
|--|---|--|--|
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |

Veuillez joindre autant de feuilles de papier que nécessaire pour fournir une réponse complète à la question.

24. Veuillez fournir de renseignements détaillés sur vos antécédents professionnels, à titre d'employé rémunéré et de bénévole.

| <b>Nom de l'employeur. Pour les périodes où vous ne travaillez pas, décrivez vos activités pendant ce temps.</b> | <b>Titre de l'emploi et brève description de vos fonctions de travail</b> | <b>Date à laquelle vous avez commencé à travailler pour chaque employeur</b> | <b>Date à laquelle vous avez arrêté de travailler pour chaque employeur</b> | <b>Revenu gagné (Indiquez si le montant énoncé est hebdomadaire, mensuel ou annuel. Si votre revenu de l'employeur varie, veuillez indiquer le revenu moyen que vous avez gagné au cours de votre emploi auprès de l'employeur.)</b> | <b>Raisons pour lesquelles vous avez arrêté de travailler pour l'employeur ou vous n'aviez pas d'emploi.</b> |
|--|---|--|---|--|--|
|  |   |  |   |  |  |
|  |   |  |   |  |  |
|  |   |  |   |  |  |
|  |   |  |   |  |  |







**SECTION H – VOS RENSEIGNEMENTS FINANCIERS**

29. Avez-vous reçu un paiement suite à la perte de revenu ou d’une incapacité de travailler depuis l’incident d’abus sexuel? Si oui, veuillez fournir les renseignements détaillés demandés sur ces paiements dans le tableau ci-dessous.

| Type de paiement (indemnisation des accidentés du travail, décisions pour préjudice personnel, assurance invalidité, prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC), etc.) | Dates de perte de revenu pour laquelle des paiements ont été reçus (mois et année au mois et année). Si vous recevez toujours des paiements, veuillez le mentionner et indiquer la date de début de vos prestations. | Montant du paiement (indiquez si le montant est un paiement hebdomadaire, mensuel, annuel ou forfaitaire) | Raison du paiement (décrivez la blessure ou la condition pour laquelle les paiements sont versés) |
|--|--|---|---|
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |

**SECTION I – DÉCLARATION**

Je comprends que mes renseignements personnels, y compris les détails de toute allégation d’abus sexuel, seront communiqués au défendeur.

Si ma réclamation ne peut être réglée par négociation, mes renseignements personnels seront communiqués à un juge qui déterminera la valeur de ma réclamation.

Si je subis un examen médical, mes renseignements personnels seront communiqués à un expert médical.

Si je présente une réclamation pour perte financière, mes renseignements personnels seront communiqués à un expert économique.

Mes renseignements personnels peuvent être communiqués à tous autres experts supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour déterminer la valeur de ma réclamation.

Les détails de mon allégation d'abus sexuel peuvent être communiqués aux personnes que j'ai identifiées comme agresseurs et témoins. Les renseignements fournis aux personnes que j'ai identifiées comme agresseurs et témoins ne comprendront pas mes coordonnées et autres renseignements qui ne s'appliquent pas à leur rôle dans l'allégation, sauf si je veux les communiquer.

Je comprends également que le défendeur aura le droit de mener une enquête raisonnable de mon allégation et qu'il fera tous les efforts raisonnables pour réduire au minimum la divulgation de mes renseignements personnels dans le cadre de son enquête, qu'il informera chaque personne avec qui il communiquera pendant l'enquête de l'importance de maintenir la confidentialité de mes renseignements personnels et qu'il fera tous les efforts raisonnables pour obtenir un engagement écrit de confidentialité relativement à mes renseignements personnels de toutes les personnes avec qui le défendeur a communiqué pendant l'enquête.

Je m'engage à respecter la nature privée de toute audience qui pourrait être tenue dans le cadre de ce processus. Je ne divulguerai pas les renseignements détaillés ou l'existence de toute déclaration faite par un témoin ou tout ce qui est dit à l'audience par un participant, sauf ce que je dis.

Je confirme que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation (y compris le matériel qui y est joint) sont vrais, qu'ils aient été fournis par moi ou en mon nom. Lorsque quelqu'un m'aidait à remplir le présent formulaire de réclamation, cette personne me lisait tout ce qu'elle avait écrit et inclus au présent formulaire de réclamation, s'il y a lieu, pour me permettre de comprendre le contenu du présent formulaire de réclamation rempli et ses pièces jointes, et je confirme que ces renseignements sont vrais.

Je sais que signer le présent formulaire de réclamation a le même effet que si je déclarais sous serment (ou sous affirmation solennelle) en cour les renseignements contenus dans le formulaire de réclamation et les documents joints à ce dernier.

---

Témoin  
(Le témoin doit vous connaître et vous voir  
signer le formulaire. Le témoin n'est pas obligé  
de lire votre formulaire de réclamation.)

---

Signature du réclamant

---

Nom du témoin en lettres moulées

---

Date (jour/mois/année)

**Si le requérant a signé en inscrivant une marque, le témoin doit également signer la déclaration suivante :**

J'ai lu le contenu de ce formulaire de réclamation rempli au requérant qui en comprend et en confirme le contenu complet et qui a fait sa marque en ma présence.

---

Témoin

---

Nom du témoin en lettres moulées

---

Date (jour/mois/année)

---

Adresse (y compris les numéros de téléphone et de télécopieur)