

Date d'entrée :

N° de demande :

(à remplir par l'ALAD)

Demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT)

Veillez compléter toutes les sections en lettres capitales. Les demandes incomplètes et illisibles seront retournées et devront être à nouveau soumises.

Les sections 1, 2, 3 et 7 sont à compléter par le sportif. Les sections 4, 5 et 6 sont à compléter par le médecin.

1. Renseignements sur le sportif

Nom : Prénom :

Femme Homme Date de naissance (j/m/a) :

Nationalité :

Adresse :

Ville : Pays : Code postal :

Tél. bureau : Tél. privé : Portable :

e-mail :

Sport : Discipline :

Organisation sportive nationale :

Si vous souffrez d'un handicap, merci de le préciser :

.....

2. Demande antérieure

Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs demandes d'AUT à une organisation antidopage pour la même affection ?

Demande AUT dans le passé : oui non

Si oui, nom de la substance ou méthode interdite :

Après de quelle organisation antidopage :..... Date de la demande :

Décision : Approuvée
 Refusée

3. Demande rétroactive

S'agit-il d'une demande rétroactive?

Oui Non

Si non, veuillez continuer à la section 4.

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé :

Laquelle des hypothèses suivantes s'applique pour votre demande rétroactive ? (article 4.1 du SIAUT)

4.1 (a) Il s'agissait d'une urgence ou d'un traitement urgent d'une affection médicale (en cas d'urgence médicale cette procédure ne doit en aucun cas entraver ou différer la mise en application d'un traitement médicalement nécessaire).

4.1 (b) Il n'y avait pas suffisamment de temps ou d'opportunité ou il existait d'autres circonstances exceptionnelles empêchant le sportif de soumettre (ou le Comité AUT d'examiner) une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon.

4.1 (c) En raison des priorités nationales établies dans certains sports ou certaines disciplines, l'organisation nationale antidopage du sportif ne permettait à celui-ci de demander une AUT prospective ou ne l'exigeait pas.

4.1 (d) Si une organisation antidopage choisit de prélever un échantillon auprès d'un sportif qui n'est pas un sportif de niveau international ou un sportif de niveau national et que ce sportif fait usage d'une substance interdite ou d'une méthode interdite pour des raisons thérapeutiques, l'organisation antidopage doit permettre au sportif de demander une AUT rétroactive.

4.1 (e) Le sportif a fait usage, hors compétition, pour des raisons thérapeutiques, d'une substance interdite qui n'est interdite qu'en compétition. (p. ex. S 9 : Glucocorticoïdes. [Voir la Liste des interdictions](#))

Autres demandes rétroactives (article 4.3 du SIAUT)

Dans des circonstances exceptionnelles et nonobstant toute autre disposition du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT), un sportif peut demander et obtenir une autorisation rétroactive d'usage d'une substance interdite ou d'une méthode interdite à des fins thérapeutiques si, au vu de l'objectif du Code, il serait manifestement injuste de ne pas accorder d'AUT rétroactive.

Afin de répondre aux conditions prévues à l'article 4.3, veuillez préciser les motifs de la présente demande.

Veuillez préciser et joindre tous les documents justificatifs.

Les sections 4, 5 et 6 sont à compléter par le médecin

4. Informations médicales (Veuillez joindre tout document pertinent)

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire (voir note). Si possible, utilisez la plus récente version de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé :

Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter la condition pathologique, veuillez fournir la justification clinique pour l'usage demandé du médicament interdit.

5. Détails des médicaments

Substance(s) interdite(s) : Nom du générique :	Posologie	Voie d'admin.	Fréquence	Durée du traitement
1.				
2.				
3.				
4.				
Note pour le médecin	<p>Les éléments confirmant le diagnostic seront joints et transmis avec cette demande. Les preuves médicales comprendront un historique médical complet ainsi que les résultats de tous les examens, analyses de laboratoire et études par imagerie pertinents. Dans la mesure du possible, une copie de tous les rapports originaux ou lettres sera jointe. Les preuves seront aussi objectives que possible compte tenu des circonstances cliniques. Dans le cas de pathologies impossibles à démontrer, un avis médical indépendant sera joint à l'appui de cette demande.</p> <p>Attention : Les rapports médicaux doivent être rédigés en français ou en anglais (obligance AMA).</p> <p>L'AMA tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation des demandes d'AUT complètes et détaillées. Il est possible de consulter ces documents, intitulés Informations médicales pour éclairer les décisions des Comités AUT, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site Web de l'AMA (https://www.wada-ama.org/). Ces lignes directrices portent sur le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections qui touchent couramment les sportifs et nécessitent un traitement par des substances interdites.</p>			

6. Attestation du médecin traitant

Je certifie que les informations contenues dans les sections 4 et 5 ci-dessus sont exactes. Je reconnais et j'accepte que les organisations antidopage (OAD) puissent utiliser mes renseignements personnels pour communiquer avec moi relativement à la présente demande AUT afin de valider l'évaluation professionnelle en lien avec le processus d'AUT ou dans le cadre d'une enquête ou d'une procédure liée à une violation des règles antidopage. Je reconnais et j'accepte que mes renseignements personnels soient téléchargés dans le Système d'administration et de gestion antidopage (ADAMS) à ces fins (voir la [Politique de confidentialité ADAMS](#) pour plus de détails).

Nom : Prénom :

Spécialité médicale :

N° de permis d'exercice : Organisme de délivrance :

Adresse :

Ville : Code postal :

e-mail : Tél. :

Portable :

Signature du médecin traitant : Date (j/m/a) :

7. Déclaration du sportif

Je soussigné(e)....., certifie que les renseignements figurant aux sections 1,2, 3 et 7 sont exacts et complets.

J'autorise mon(mes) médecin(s) à transmettre aux personnes ou organisations suivantes les renseignements relatifs à ma santé ou mes dossiers médicaux que celles-ci jugent nécessaires pour examiner le bien-fondé de ma demande : la ou les organisations antidopage (OAD) chargées de prendre la décision d'accorder, de rejeter ou de reconnaître mon AUT : l'Agence mondiale antidopage (AMA), laquelle a la responsabilité d'assurer que les décisions prises par les OAD respectent les dispositions du SIAUT ; les médecins membres des OAD concernées et des comités AUT de l'AMA, qui pourraient devoir examiner ma demande en vertu du Code mondial antidopage et des Standards internationaux ; ainsi que d'autres experts médicaux, scientifiques ou juridiques indépendants, si nécessaires.

J'autorise également l'ALAD à transmettre ma demande d'AUT intégrale, y compris les renseignements et dossiers médicaux à l'appui, à une ou plusieurs autres OAD et à l'AMA pour les motifs décrits précédemment, et je comprends que ces destinataires pourraient aussi devoir fournir mon dossier de demande complet aux membres de leur CAUT et aux experts concernés aux fins d'évaluation.

J'ai lu et compris l'Avis de confidentialité relatif aux AUT (ci-après), qui décrit la façon dont mes renseignements personnels seront traités dans le cadre de ma demande d'AUT, et j'en accepte les modalités.

Signature du sportif :..... Date (j/m/a) :.....

Signature du parent ou du représentant légal :.....

Date (j/m/a) :.....

(Si le sportif est mineur ou souffre d'un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer en son nom)

Veillez soumettre le formulaire complété à :

ALAD

Comité AUT

6, rue de Pulvermühl

L-2356 Luxembourg

ou par mail : comite.aut@alad.lu

et impérativement garder une copie des documents pour vos dossiers.

Si vous avez des questions au sujet du traitement de vos données personnelles, veuillez consulter la section « Protection des données » du site de l'ALAD.

Avis de confidentialité relatif aux AUT

Cet Avis décrit le processus de traitement de vos renseignements personnels lorsque vous présentez un formulaire de demande d'AUT.

TYPES DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (RP)

- Tous les renseignements fournis par vous ou votre(vos) médecin(s) dans le formulaire de demande d'AUT (y compris votre nom, votre date de naissance, vos coordonnées, vos sport et discipline de même que le diagnostic, les médicaments et le traitement en lien avec votre demande);
- Les renseignements et dossiers médicaux à l'appui fournis par vous ou votre(vos) médecin(s); et
- Les évaluations et décisions des OAD (organisations antidopage), y compris l'AMA (agence mondiale antidopage), de leurs Comités AUT et d'autres experts en matière d'AUT à l'égard de votre demande d'AUT, y compris les communications avec vous et votre(vos) médecin(s), les OAD concernées ou le personnel de soutien relativement à votre demande.

VISÉES ET UTILISATIONS

Vos RP (renseignements personnels) seront utilisés pour traiter votre demande d'AUT et en évaluer le bien-fondé en vertu du Standard international pour les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques. Dans certains cas, vos RP pourraient également être utilisés à d'autres fins conformément au Code mondial antidopage (le Code), aux Standards internationaux et aux règles antidopage des OAD ayant l'autorité de vous soumettre à un contrôle de dopage. Cela inclut :

- la gestion des résultats, en cas de résultat anormal ou atypique sur la base de votre(vos) échantillon(s) ou de votre passeport biologique; et
- dans de rares cas, une enquête ou une procédure connexe liée à une violation présumée des règles antidopage.

TYPES DE DESTINATAIRES

Vos RP, y compris l'information sur votre santé ainsi que vos renseignements et dossiers médicaux, pourraient être partagés avec les personnes suivantes :

- La ou les OAD chargées de prendre la décision d'accorder, de rejeter ou de reconnaître votre AUT, de même que leurs tiers délégués (le cas échéant). La décision de vous accorder ou de vous refuser une demande d'AUT sera également partagée avec les OAD ayant l'autorité de vous soumettre à un contrôle de dopage et/ou d'assurer la gestion des résultats de ce contrôle;
- Le personnel autorisé de l'AMA;
- Les membres des comités d'AUT de chaque OAD concernée et de l'AMA; et
- D'autres experts médicaux, scientifiques ou juridiques indépendants, si nécessaire.

Il est à noter qu'en raison du caractère confidentiel des renseignements liés aux AUT, seul un nombre limité de membres du personnel de l'OAD et de l'AMA aura accès à votre demande. Les OAD (y compris l'AMA) doivent traiter vos RP conformément au Standard international pour la protection des renseignements personnels (SIPRP). Vous pouvez également consulter l'OAD à laquelle vous soumettez votre demande d'AUT pour obtenir des précisions sur la façon dont elle traitera vos RP.

Vos RP seront également téléchargés dans ADAMS par l'OAD qui reçoit votre demande afin que d'autres OAD et l'AMA puissent y accéder, si nécessaire, aux fins décrites précédemment. La plateforme ADAMS est hébergée au Canada et gérée par l'AMA. Pour en savoir plus sur ADAMS et sur la manière dont l'AMA traitera vos RP, consultez la politique de confidentialité ADAMS ([Politique de confidentialité ADAMS](#)).

LOYAUTÉ ET LICÉITÉ DU TRAITEMENT

En signant la Déclaration du sportif, vous confirmez que vous avez lu et compris le présent Avis de confidentialité relatif aux AUT. Le cas échéant et dans la mesure permise par les lois en vigueur, les OAD et les autres parties susmentionnées peuvent également considérer que cette signature confirme votre consentement explicite au traitement des RP décrit dans cet Avis. Par ailleurs, les OAD et ces autres parties peuvent se fonder sur d'autres motifs reconnus par la loi pour traiter vos RP aux fins décrites dans le présent Avis, tels que les intérêts publics importants visés par la lutte contre le dopage, la nécessité de remplir des obligations contractuelles envers vous, la nécessité d'assurer le respect d'une obligation légale ou d'une procédure judiciaire obligatoire, ou la nécessité de satisfaire des intérêts légitimes associés à leurs activités.

VOS DROITS

Vous disposez de certains droits en vertu du Standard international pour la protection des données personnelles (SIPRP), y compris le droit d'obtenir copie de vos RP et de demander que ceux-ci soient corrigés, bloqués ou supprimés dans certaines circonstances. Vous pouvez bénéficier de droits supplémentaires en vertu des lois en vigueur, comme celui de déposer une plainte auprès d'un organisme de contrôle de la protection des données dans votre pays.

Dans la mesure où le traitement de vos RP est soumis à votre accord, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, y compris l'autorisation accordée à votre médecin de transmettre vos renseignements médicaux, tel qu'il est décrit dans la Déclaration du sportif. Dans ce cas, vous devez informer votre OAD et votre(vos) médecin(s) de votre décision. Si vous retirez votre consentement ou que vous vous opposez au traitement de vos RP décrit dans le présent Avis, votre AUT sera probablement rejetée, puisque les OAD ne seront pas en mesure d'évaluer votre demande conformément aux dispositions du Code et des Standards internationaux.

Dans de rares cas, il peut quand même être nécessaire pour les OAD de continuer à traiter certains de vos RP afin de remplir leurs obligations découlant du Code et des Standards internationaux, même si vous vous opposez au traitement de vos données ou que vous avez retiré votre consentement à ce traitement (le cas échéant). Cela inclut le traitement à des fins d'enquête ou dans le cadre d'une procédure liée à une violation des règles antidopage, ainsi que le traitement pour établir, faire valoir ou contester des réclamations juridiques vous impliquant et/ou impliquant l'AMA ou une OAD.

MESURES DE PROTECTION

Toute l'information contenue dans un formulaire de demande d'AUT, y compris les renseignements et dossiers médicaux à l'appui ainsi que toute autre information pertinente pour l'évaluation de la demande doit être traitée dans le respect des principes de la confidentialité médicale la plus stricte. Les médecins membres d'un comité d'AUT et tout autre expert éventuellement consulté doivent être soumis à des ententes de confidentialité.

En vertu du SIPRP, le personnel de l'OAD concernée doit également signer des ententes de confidentialité; les OAD doivent mettre en œuvre de solides mesures de protection de la vie privée et de sécurité pour protéger vos renseignements personnels. Le SIPRP exige que les OAD appliquent des niveaux de sécurité particulièrement élevés aux renseignements relatifs aux AUT, en raison de la sensibilité de ces données. Pour obtenir de l'information sur les mesures de sécurité relatives à ADAMS, consultez la réponse à la question [Comment vos informations sont-elles protégées dans ADAMS?](#) sous la rubrique [Confidentialité et sécurité dans ADAMS](#) de notre site Web.

CONSERVATION

Vos RP seront conservés par les OAD (y compris l'AMA) pendant la période de conservation décrite à l'Annexe A du SIPRP. Les certificats d'approbation d'AUT et les formulaires de décisions de rejet seront conservés pendant 10 ans. Les formulaires de demande d'AUT et les renseignements médicaux supplémentaires seront conservés pendant 12 mois à compter de la fin de validité de l'AUT. Les demandes d'AUT incomplètes seront également conservées pendant 12 mois.

COORDONNÉES

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant le traitement de vos RP, communiquez avec l'ALAD à l'adresse suivante : dataprotection@alad.lu. Pour joindre l'AMA, envoyez un courriel à l'adresse privacy@wada-ama.org.