



Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) Formulaire de demande Général

CANADIAN CENTRE
FOR ETHICS IN SPORT

CENTRE CANADIEN
DANS LE SPORT
POUR L'ÉTHIQUE

201-2723 chemin Lancaster Rd
Ottawa ON Canada K1B 0B1
Tel/Tél + 1 613 521 3340
+ 1 800 672 7775
Fax/Télé + 1 613 521 3134
info@cces.ca www.cces.ca

Étape 1: Lisez tout sur les autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

- Avant de soumettre votre demande, visitez le www.cces.ca/fr/exemptions-medicales afin de passer en revue vos exigences et le processus de demande.
- Afin d'aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT complètes et détaillées, l'AMA tient à jour une série de lignes directrices pour les demandes d'AUT pour de nombreuses conditions médicales touchant couramment les athlètes. On peut accéder à ces lignes directrices à l'intention des médecins en entrant les termes de recherche « information médicale » sur le site de l'AMA : www.wada-ama.org.

Étape 2: Remplissez le formulaire de demande d'AUT.

- Le CCES acceptera les demandes soumises par le formulaire de demande d'AUT du CCES ou le formulaire de demande d'une FI, à condition que tous les renseignements requis soient inclus.
- Tous les renseignements de la demande doivent être lisibles (de préférence tapés ou en caractère d'imprimerie).
- Tous les champs doivent être dûment remplis, et la demande doit être datée et signée par l'athlète et le médecin prescripteur.
- Les demandes illisibles ou incomplètes seront retournées aux athlètes sans avoir été traitées.

Étape 3: Dressez un dossier médical.

Les documents inclus dans votre dossier médical doivent confirmer votre diagnostic, votre prescription et inclure :

- Une lettre de votre médecin confirmant que vous avez été examiné au cours de la dernière année (voir modèle en annexe 1);
- Un historique médical complet relatif à votre diagnostic;
- Les résultats pertinents de tous les examens objectifs tels que les analyses en laboratoire et les études par imagerie;
- Des rapports de spécialistes indépendants fournissant une opinion médicale qui soutient le diagnostic, particulièrement dans le cas de conditions non démontrables;
- La correspondance pertinente entre les médecins concernant le diagnostic et la prescription.

Étape 4: Soumettez votre formulaire de demande d'AUT rempli et votre dossier médical.

- Par télécopieur : 613-521-3134;
- Par courriel : tue-aut@cces.ca; ou
- Par la poste : ATTN : Services aux athlètes, CCES, 201-2723 rue Lancaster, Ottawa, ON, K1B 0B1.

Veillez noter :

- Le CCES accusera réception de votre demande d'AUT par courriel dans les deux jours ouvrables. Si vous ne recevez pas de confirmation de réception suivant la soumission de votre demande, veuillez communiquer avec ce dernier.
- Le CCES communiquera avec l'athlète pour l'informer de la décision rendue relativement à sa demande, ou si d'autres renseignements s'avèrent nécessaires.
- L'examen d'une demande d'AUT complète peut prendre jusqu'à 21 jours.
- Les demandes incomplètes seront retournées et devront être soumises à nouveau avec plus de renseignements.
- Conserver une copie de votre formulaire de demande et de votre dossier médical pour vos dossiers.
- Tous les frais médicaux engagés pour l'achèvement de la demande d'AUT ou d'enquêtes supplémentaires, des examens ou des études d'imagerie sont de la responsabilité de l'athlète.



Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Formulaire de demande

Général

CANADIAN CENTRE
FOR ETHICS IN SPORT

CENTRE CANADIEN
POUR L'ÉTHIQUE DANS LE SPORT

201-2723 chemin Lancaster Rd
Ottawa ON Canada K1B 0B1
Tel/Tél + 1 613 521 3340
+ 1 800 672 7775
Fax/Télé + 1 613 521 3134
info@cces.ca www.cces.ca

Faire parvenir le formulaire dûment complété au CCES : Téléc. : (613) 521-3134 Courriel : tue-aut@cces.ca

Courrier : Services aux athlètes, CCES, 201-2723 rue Lancaster, Ottawa, ON, K1B 0B1.

Prière de compléter toutes les sections en lettres moulées ou dactylographiées. Conserver une copie pour vos dossiers.

1. Renseignements sur l'athlète

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nom de famille : | | Prénom(s) : | |
| Sexe : | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | Date de naissance (j/m/a) : | jour/mois/année |
| Pronoms : | | Méthode de communication préférée : | <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Postes Canada |
| Courriel : | | | |
| Adresse postale : | | | |
| Ville : | | Province/État : | |
| Pays : | | Code postal : | |
| Téléphone : | | | |
| Sport : | | Discipline / Position : | |
| Faites-vous partie du groupe cible enregistré de votre fédération internationale? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain | | |
| Si vous prévoyez participer à un événement international, inscrire le nom et la date: | | | |
| Si l'athlète présente un handicap, précisez celle-ci: | | | |

| | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Demande d'AUT précédente? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s)? | | |
| Auprès de quelle organisation? | | |
| Date de la demande précédente. | | |
| Décision : | <input type="checkbox"/> Approuvée | <input type="checkbox"/> Non Approuvée |

2. Renseignements médicaux (à remplir par votre médecin)

Diagnostic - veuillez fournir tous les renseignements médicaux nécessaires (voir étape 3) :

Si un médicament autorisé peut être utilisé dans le traitement de l'état pathologique de l'athlète, veuillez présenter une justification clinique pour la demande d'usage du médicament interdit :

3. Renseignements détaillés sur les médicaments (à remplir par votre médecin)

| Substances interdites : Noms génériques | Posologie | Voie d'administration | Fréquence d'administration | Durée du traitement |
|-------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|
| Entrez toutes les informations qui s'appliquent | Ex. 200 mg | Ex. inhalation, injection locale | Ex. BID, QID | Ex. une seule dose, urgence, un an |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

4. Déclaration du médecin (à remplir par votre médecin)

Je certifie que les renseignements figurant aux sections 2 et 3 ci-dessus sont exacts. Je reconnais et j'accepte que les organisations antidopage (OAD) puissent utiliser mes renseignements personnels pour communiquer avec moi relativement à la présente demande d'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 également 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 de famille : | | Prénom(s) : | |
| Spécialité médicale : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Province/État : | |
| Pays : | | Code postal : | |
| Téléphone : | | Courriel : | |
| Signature : | | Date (j/m/a) : | jour/mois/année |

5. Médecin ayant posé le diagnostic (si différent du médecin traitant)

| | | | |
|-----------------------|--|-----------------|--|
| Nom de famille : | | Prénom(s) : | |
| Spécialité médicale : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Province/État : | |
| Pays : | | Code postal : | |
| Téléphone : | | Courriel : | |

6. Demandes rétroactives

| | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce une demande rétroactive? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, à quelle date le traitement a-t-il débuté? | Date (jour/mois/année) : | jour/mois/année |

Veillez indiquer la raison :

- Vous nécessitez un traitement aigu ou d'urgence.
- Vous avez manqué de temps pour soumettre votre demande d'AUT (ou recevoir votre réponse) avant le prélèvement de l'échantillon, ou vous étiez dans l'impossibilité de le faire en raison de circonstances exceptionnelles.
- Selon les règles du Programme canadien antidopage (PCA), vous n'aviez pas à faire une demande d'AUT au CCES avant le prélèvement de l'échantillon.
- Vous utilisez une substance ou une méthode interdite à des fins thérapeutiques, vous ne participez pas à des compétitions nationales ou internationales telles que définies par votre fédération internationale ou le PCA (vous ne faites pas partie du Groupe national d'athlètes [GNA] du CCES et vous ne participez pas à des compétitions internationales) et vous avez été testé.
- Vous avez obtenu un résultat de contrôle positif après avoir utilisé hors compétition une substance seulement interdite en compétition (ex. : des glucocorticoïdes).

Veillez expliquer :

- Autres demandes rétroactives

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 AUT rétroactive si, au vu de l'objectif du Code, il serait manifestement injuste de ne pas accorder d'AUT rétroactive.

Afin de répondre à ces conditions, veuillez préciser les motifs de la présente demande et joindre tout document justificatif requis.

Veillez expliquer :

7. Consentement à l'échange de renseignements

Je, _____, autorise le Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES) à partager de l'information médicale associée à mon application d'autorisation d'usage à des fins thérapeutique avec le personnel sportif et médical de mon équipe ou autre, plus particulièrement _____ nom _____. Je comprends que le CCES peut communiquer avec ces personnes pour obtenir plus d'informations si nécessaire ou pour fournir une mise à jour du statut de cette demande.

Signature de l'athlète:

Date (j/m/a) :

8. Déclaration de l'athlète

Je, _____ certifie que les renseignements dans ce formulaire sont exacts et je demande l'autorisation d'utiliser une substance ou une méthode qui se trouve sur la liste des interdictions de l'Agence mondiale antidopage (AMA). J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels en matière de santé au Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES) ou à d'autres organisations antidopage (OAD) de même qu'au personnel autorisé de l'AMA, au CAUT (comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres employés du CCES ou du CAUT de l'OAD qui pourraient avoir besoin d'accéder à cette information sous le Code de l'Agence mondiale antidopage (« Code ») ou pour le Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (SIAUT). J'accepte que mes médecins divulguent au CCES ou à des OADs les renseignements personnels ou les renseignements sur ma santé qu'ils jugent nécessaires afin de permettre au CAUT d'évaluer mes demandes et rendre des décisions à leur sujet.

J'autorise mon ou mes médecins à divulguer aux personnes susmentionnées toute information personnelle ou tout renseignement personnel en matière de santé jugé nécessaire pour que le CCES ou toute autre OAD étudie ma demande et statue sur celle-ci.

Je consens à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels et de mes renseignements personnels en matière de santé par le CCES ou toute autre OAD pour les raisons décrites dans cette demande ou autrement requises par cette demande. Je consens à ce que le CCES ou toute autre OAD fasse part de mes renseignements personnels ou de mes renseignements personnels en matière de santé à une tierce partie comme requis par le Code, le SIAUT ou pour toute autre fin découlant de cette demande.

Je comprends et accepte que les destinataires de mes renseignements personnels en matière de santé et de la décision à propos de cette demande puissent être à l'extérieur de la province ou du pays dans lequel je réside. Dans certains de ces pays, la protection des données et les lois sur la vie privée peuvent ne pas être équivalentes à celles de mon pays de résidence. J'autorise le CCES ou toute autre OAD à utiliser ou à divulguer mes renseignements personnels en matière de santé à n'importe quelle province ou n'importe quel pays comme requis par le Code, le SIAUT ou à toute autre fin découlant de cette demande.

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que pour évaluer ma demande d'AUT et dans le contexte d'enquêtes et de procédures relatives à des violations potentielles de règles antidopage. Je comprends que si je souhaite (1) obtenir plus d'information sur l'usage de mes renseignements personnels et de mes renseignements personnels en matière de santé; (2) exercer mon droit d'accès et de correction; ou (3) révoquer le droit de ces organisations à obtenir des renseignements sur ma santé, je dois en informer par écrit mon médecin et mon OAD. Je comprends et j'accepte qu'il puisse être nécessaire que les renseignements relatifs aux AUT soumis avant le retrait de mon consentement soient conservés à la seule fin d'établir une violation potentielle des règles antidopage, conformément aux exigences du Code.

Je consens à ce que la décision relative à cette demande soit communiquée à toutes les OAD ou autres organisations compétentes pour les contrôles ou la gestion des résultats.

Je comprends avoir la possibilité de porter plainte auprès de l'AMA ou du Tribunal Arbitral du Sport si je considère que mes renseignements personnels ne sont pas utilisés en accord avec le présent consentement et le Standard international pour la protection des renseignements personnels.

(voir verso)

8. Déclaration de l'athlète (con't)

Cochez la case autorisant la divulgation de vos renseignements personnels en matière de santé :

- J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels en matière de santé aux membres de l'équipe soignante des grands jeux auxquels je pourrais participer, à mon équipe de médecins et à mon organisation nationale de sport.
- Je désire partager ces renseignements uniquement avec le CCES, AMA, les CAUT concernés et ma fédération internationale.

Signature de
l'athlète :

Date (j/m/a) :

jour/mois/année

(Si l'athlète est mineur(e) ou présente un handicap l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un représentant légal devra signer ce formulaire avec lui ou elle ou en son nom.)

Nom de famille :

Prénom(s) :

Signature du
parent/représentant :

Date (j/m/a) :

jour/mois/année