

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Formulaire de demande

INFORMATIONS GENERALES

1. Pourquoi demander une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) ?

Un sportif qui participe ou se prépare aux manifestations sportives et dont l'état de santé requiert l'utilisation d'une substance ou méthode interdite peut adresser à l'Agence française de lutte contre le dopage une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

L'AUT précise la durée pour laquelle elle est accordée et expire automatiquement à la fin de la période pour laquelle elle a été délivrée. Pour obtenir le renouvellement de l'AUT, le sportif doit présenter une nouvelle demande avant l'expiration de la validité de la précédente.

Pour les traitements d'un état pathologique chronique, l'Agence peut demander au sportif, durant la période de validité de l'AUT, des informations et pièces complémentaires pour s'assurer du maintien de cette AUT.

2. Qui doit demander une AUT ?

Les sportifs de niveau international (au sens des règles antidopage de la fédération internationale) doivent adresser leur demande à la fédération internationale.

En revanche, les autres sportifs doivent adresser leur demande à l'Agence.

3. Quand déposer sa demande d'AUT ?

Un sportif ayant besoin d'une AUT doit en faire la demande dès que possible. Pour des substances interdites en compétition seulement, le sportif doit déposer une demande d'AUT au moins trente (30) jours avant sa prochaine compétition, sauf en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle.

Toutefois, un sportif qui n'est ni de niveau international ni de niveau national doit demander une autorisation à la suite d'un contrôle antidopage pour lequel il aurait besoin de justifier la prise d'une substance pour des raisons médicales. Lors de l'examen de cette demande rétroactive, l'Agence appréciera si le recours au traitement répondait à tous les critères légaux (cf. section 5).

4. Comment déposer sa demande d'AUT ?

Le sportif doit remplir un formulaire pour chaque pathologie. Ce formulaire est composé de deux volets : l'un pour le sportif (sections 1 à 4), l'autre pour le médecin (sections 5 à 7). Le formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais. Toutes les mentions obligatoires sont identifiées par un astérisque (*)

Après avoir complété le formulaire, le sportif ou son représentant légal (s'il n'a pas la capacité juridique), doit le transmettre à l'Agence soit :

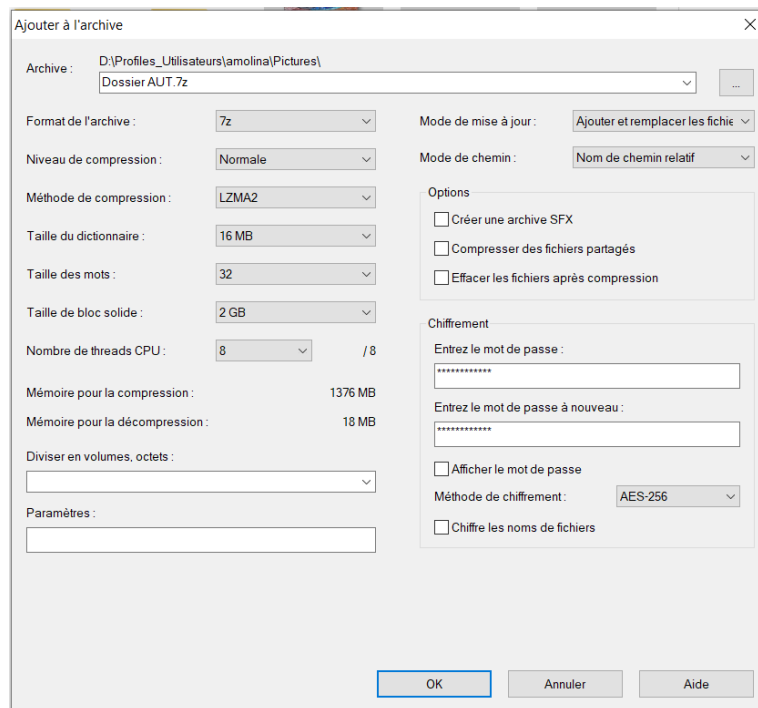
- par **courrier recommandé avec demande d'avis de réception**, en conservant une copie, à :

Agence française de lutte contre le dopage (AFLD)
8 rue Auber, 75009 PARIS

- par **voie électronique** à : medical@afl.fr en ayant pris la précaution d'adresser l'ensemble des documents médicaux par un lien sécurisé au moyen d'un mot de passe**, à **transmettre par téléphone au 06 25 83 52 82 (appel ou sms)**

** Comment protéger un répertoire avec un mot de passe ?

Avant l'envoi par voie électronique, vous pouvez par exemple, sécuriser votre dossier de demande d'AUT en ajoutant un mot de passe au moment de la compression de ce dernier (.zip ou .7z). Pour cela, sélectionner tous les fichiers à transmettre, faire un clic droit, ajouter à l'archive puis compresser le tout en mettant le mot de passe.



5. Combien de temps pour obtenir une réponse à sa demande d'AUT ?

L'Agence dispose d'un délai de 21 jours pour examiner le dossier. Ce délai commence à courir lorsque l'Agence accuse réception de cette demande.

Si le dossier de demande est incomplet, l'Agence sollicitera les pièces manquantes ou complémentaires. Le délai de réponse est alors suspendu jusqu'à réception des pièces demandées ou l'écoulement du délai imparti à l'intéressé pour transmettre ces pièces.

Des informations sous forme de FAQ sont consultables sur le site www.aflid.fr dans la rubrique : [Espace Sportif / Être sportif responsable / Effectuer une demande d'AUT](#)

PARTIE A REMPLIR PAR LE SPORTIF OU SON REPRESENTANT LEGAL**1. Renseignements sur le (la) sportif(ve)**

Nom * :	Prénom * :	
Ou identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :		
Nom * :	Prénom * :	
Sexe * : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance * (jj/mm/aa) :	
Adresse * :		
Code Postal * :	Ville * :	Pays * :
Tél. * :	Courriel * :	
Fédération * :	N° Licence :	
Sport * :	Discipline :	
Sportif(ve) inscrit(e) sur la liste des SHN : (Sportif de Haut Niveau)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Niveau sportif : <input type="checkbox"/> International <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Autre		
Vous êtes inscrit dans le groupe de contrôles de votre fédération internationale* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *		
Date (jj/mm/aa) :	Compétition :	

2. Demandes antérieures

Avez-vous déjà demandé une AUT pour la même affection* ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non.
À quel organisme * ?	À quelle date ?	
Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s) * ?		
Décision * :	<input type="checkbox"/> Acceptée	<input type="checkbox"/> Refusée

3. Demande à effet rétroactif

La présente demande est-elle à effet rétroactif ? Oui Non

Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ?

Veillez indiquer la raison de la demande comportant un effet rétroactif. La demande d'AUT à effet rétroactif n'est possible que dans un des cas ci-dessous :

- En cas d'urgence ou dans le cas du traitement urgent et nécessaire d'une affection médicale.
- Un manque de temps ou de possibilités ou en raison d'autres circonstances exceptionnelles, vous ont empêché de soumettre une demande d'AUT, ou d'en obtenir l'évaluation, avant la collecte de l'échantillon.
- Vous n'êtes pas un sportif de niveau international ou national et avez été informé de la commission présumée de l'une des violations aux règles de lutte contre le dopage.
- Vous avez reçu un résultat positif après avoir fait usage, hors compétition, pour des raisons thérapeutiques, d'une substance qui est interdite uniquement en compétition.
- Vous êtes confronté à des circonstances exceptionnelles qui rendraient manifestement inéquitable de ne pas accorder une AUT rétroactive.

Veillez expliquer (au besoin, joindre des documents supplémentaires)

4. Déclaration du (de la) sportif(ve) et signature(s) :

Je soussigné(e), _____ (Nom et prénom du sportif), certifie que les renseignements figurant aux sections 1, 2, 3 et 4 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 d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (CAUT) 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 nécessaire.

J'autorise également l'AFLD à transmettre ma demande d'AUT intégrale, y compris les renseignements et dossiers médicaux à l'appui, à une ou plusieurs organisations antidopage 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](#) qui décrit la façon dont mes données personnelles seront traitées dans le cadre de ma demande d'AUT, et j'en accepte les modalités.

- Signature du (de la) sportif(ve) ou représentant légal * :

Date * :

(jj/mm/aaaa)

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN DE VOTRE CHOIX**INFORMATIONS GENERALES**

Le médecin traitant ou le médecin ayant prescrit la substance ou la méthode interdite objet de la demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques est invité à remplir ce formulaire de la façon la plus exhaustive possible afin de permettre au comité d'experts d'apprécier les circonstances ayant justifié le traitement.

En application de l'article D. 232-72 du code du sport, l'AUT est délivrée lorsque chacune des conditions suivantes est remplie :

- La substance ou la méthode interdite en question est nécessaire au traitement d'une affection médicale dont le diagnostic est étayé par des preuves cliniques pertinentes ;
- L'usage à des fins thérapeutiques de la substance ou de la méthode interdite n'est susceptible de produire aucune amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à l'état de santé normal du sportif après le traitement de l'affection médicale ;
- La substance ou la méthode interdite est un traitement indiqué de l'affection médicale sans qu'il existe d'alternative thérapeutique autorisée et raisonnable ;
- La nécessité d'utiliser une substance ou une méthode interdite n'est pas une conséquence partielle ou totale de l'usage antérieur sans autorisation d'usage à des fins thérapeutiques d'une substance ou d'une méthode interdite au moment de son usage.

Les éléments confirmant le diagnostic doivent être joints et transmis avec cette demande. Ils doivent inclure l'historique médical complet et les résultats de tout examen pertinent, les analyses de laboratoire et d'imagerie. Les copies des rapports originaux ou des courriers doivent être également jointes. En complément, il serait utile d'inclure un résumé du diagnostic et des principaux éléments des examens cliniques et des tests médicaux ainsi que du plan de traitement.

L'Agence mondiale antidopage tient à jour des lignes directrices destinées à aider les médecins prescripteurs dans la préparation de demandes d'AUT. Il est possible de consulter ces documents, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>).

5. Renseignements médicaux**Diagnostic argumenté * :**

1. Observations générales* :

2. Explications relatives à la nécessité du traitement recommandé* :

3. Explications relatives à l'absence d'amélioration de la performance du sportif / de la sportive* :

4. Explications relatives à l'absence d'alternatives thérapeutiques autorisées et raisonnable* :

6. Médicament(s) concerné(s)

RECHERCHE DE SUBSTANCE INTERDITE DANS UN MÉDICAMENT

En cas de doute sur la présence d'une substance interdite dans un médicament, vous pouvez consulter le moteur de recherche du site internet de l'AFLD sur l'adresse : <http://medicaments.afld.fr/>

	Nom commercial du médicament *	Substance ou méthode interdite *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *	Dates du traitement *	
						Début	Fin
1							
2							
3							
4							

7. Déclaration du médecin

Je soussigné(e) *,

(Nom et prénom du médecin),

certifie que les informations figurant aux sections 5, 6 et 7 sont exactes et que le traitement mentionné est médicalement adapté à l'état clinique du sportif, et que d'autres médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions ne peuvent se substituer au traitement présent.

Je reconnais et j'accepte que l'AFLD puisse 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.

Spécialité du médecin * : _____

Numéro d'enregistrement au Conseil National de l'Ordre * : _____

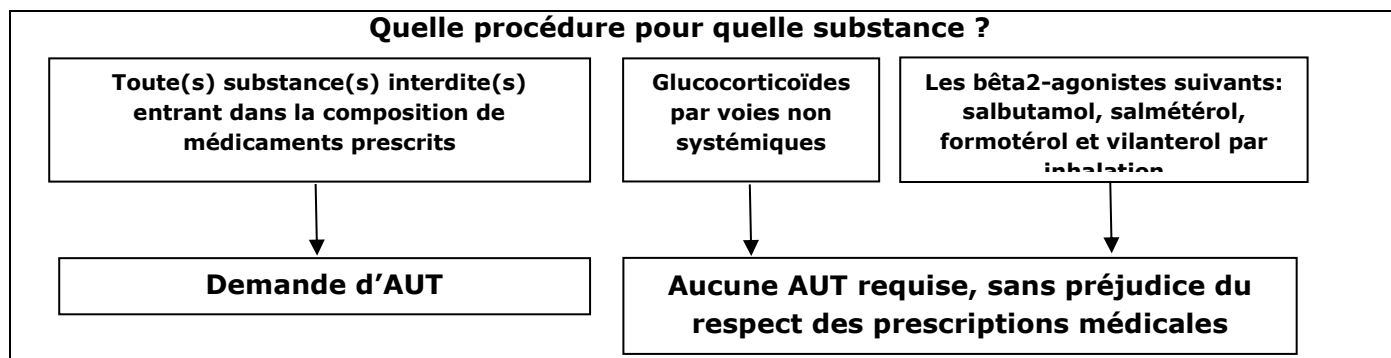
Adresse * : _____

Tél. : _____ **Courriel** : _____

Signature du médecin * :

Date * :
(jj/mm/aaaa)

CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



Éléments de nature médicale pour tous les dossiers

Traitement	Justificatifs médicaux à fournir
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nom commercial du médicament ➤ Dénomination de la substance interdite ➤ Posologie ➤ Voie et fréquence d'administration 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antécédents personnels du patient par courrier médical ➤ Histoire de la maladie et présentation clinique par courrier médical ➤ Photocopie de tous les examens complémentaires ➤ Photocopie des ordonnances
<i>Si un médicament autorisé peut être utilisé pour traiter l'affection, veuillez justifier la demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques du médicament interdit</i>	

Liste des pièces médicales à fournir dans les hypothèses suivantes :

- 1. Maladie asthmatique et asthme induit par l'exercice :**
 - Exploration fonctionnelle respiratoire, incluant les courbes de mesures ;
 - Test d'hyperréactivité bronchique, incluant les courbes de mesures ;
 - Test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, incluant les courbes de mesures.

- 2. Diabète :**
 - Extrait du dossier initial d'hospitalisation et des consultations ultérieures de suivi ;
 - Bilan biologique récent : suivi Hb1Ac, bilan urinaire ;
 - Bilan d'extension micro vasculaire dont bilan cardiovasculaire.

- 3. Hypertension artérielle (HTA) :**
 - Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt-quatre heures (MAPA);
 - Bilan cardiovasculaire avec : échographie cardiaque, électrocardiogramme ;
 - Résultat d'une épreuve d'effort ;
 - Courrier du cardiologue ou du médecin traitant expliquant la stratégie thérapeutique.

- 4. Retards de croissance ou pubertaires et déficit en hormone de croissance :**
 - Bilans biologiques hormonaux complets incluant les concentrations plasmatiques d'Igf1 avec tests de stimulation de l'hormone de croissance ;
 - Examen clinique initial avec courbe de croissance, courbe d'âge et de poids, âge osseux effectué dans un centre spécialisé d'endocrinologie ou de pédiatrie avec IRM du cerveau ;
 - Projet thérapeutique complet et objectif souhaité par le spécialiste.

- 5. Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) :**
 - Critères cliniques de diagnostic tels que définis dans le DSM-V ;
 - Évaluation par questionnaires spécifiques : chez l'adulte (ACDS, CAADID, CAARS, Barkley, DIVA) et chez l'enfant (Vanderbilt, K-SADS, DISC, Conners, SNAP) ;
 - Un ou plusieurs des bilans psychologiques réalisés ;
 - Un courrier explicatif du spécialiste reprenant les différents traitements pharmacologiques pris et leur efficacité, ainsi que la stratégie de ce nouveau traitement.