

Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Formulaire de demande

1. Renseignements sur le (la) sportif(ve)

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Toutes les mentions obligatoires sont identifiées par un astérisque (*).

Nom * :		Prénom * :	
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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :			
<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> NATIONAL <input type="checkbox"/> RÉGIONAL <input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL			
Vous participez à des compétitions internationales, l'Agence mondiale antidopage (AMA) ou votre fédération internationale vous a-t-elle informé(e) que vous faisiez partie des sportifs soumis à leurs contrôles * :			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *			
Date (jj/mm/aa) : __ / __ / ____		Compétition :	
Si vous êtes un(e) sportif(ve) avec un handicap, précisez lequel * :			

- Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais.
- La demande doit être accompagnée d'un **chèque d'un montant de 30 €** libellé à l'ordre de : « agent comptable de l'AFLD », correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. Le rejet de la demande d'AUT n'ouvre pas droit au remboursement de cette participation.
- Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier **complet** de la demande doit être déposé **trente jours avant la première compétition** pour laquelle l'autorisation est demandée.

Après avoir complété le formulaire, le (la) sportif(ve), ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'AFLD par **courrier avec accusé de réception** et en conserver la copie.

Le dossier est à envoyer à :

AFLD - Service médical
8 rue Auber, 75009 PARIS
ou par **email service.medical@aflD.fr**

Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes. Le délai de vingt-et-un jours pour examiner le dossier ne commence qu'à la réception par l'AFLD de l'ensemble des pièces nécessaires.

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

CONFIDENTIEL

Délibération n° 2018-27 du 3 mai 2018 du Collège de l'AFLD

2. Renseignements médicaux

À remplir par le médecin de votre choix

Les preuves médicales justifiant la présente demande doivent être jointes à celle-ci ; elles doivent inclure l'histoire médicale 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. L'Agence mondiale antidopage tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins 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>).

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire * :

Lorsqu'une substance autorisée ne peut être adaptée au traitement de la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'usage de médicaments contenant une substance interdite * :

3. Médicament(s) concerné(s)

À remplir par le médecin de votre choix

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'Afd sur l'adresse : <http://medicaments.afld.fr/>

	Nom commercial du médicament *	Substance active selon la dénomination commune internationale *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *
1					
2					
3					
4					

Précisez la date de début du traitement (jj/mm/aa) et sa durée * :

CONFIDENTIEL

Délibération n° 2018-27 du 3 mai 2018 du Collège de l'AFLD

Page 2 sur 6

4. Demande à effet rétroactif

À remplir par le médecin de votre choix

S'agit-il d'une demande à effet rétroactif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ? ___ / ___ / _____	
Veuillez indiquer la raison de la demande comportant un effet rétroactif :	
<input type="checkbox"/> Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.	
<input type="checkbox"/> En raison d'autres circonstances exceptionnelles, le sportif(ve) n'a pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le contrôle anti-dopage.	
Autre raison :	

5. Déclaration du médecin

À remplir par le médecin de votre choix

Je soussigné(e) *, _____ (Nom et prénom du médecin),	
certifie que les informations figurant aux sections 2, 3 et 4 ci-dessus 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.	
Spécialité du médecin * : _____	
Adresse * : _____	
Tél. : _____	Télécopie : _____
Courriel : _____	
Signature du médecin * : _____	Date * : ___ / ___ / _____ (jj/mm/aaaa)
Tampon * : _____	

6. Demandes antérieures

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Avez-vous déjà demandé une AUT * ? <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	

CONFIDENTIEL

Délibération n° 2018-27 du 3 mai 2018 du Collège de l'AFLD

DURÉE DE VALIDITÉ ET CONDITIONS DE RENOUELEMENT :

1°) L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques est délivrée pour une durée qui, en principe, ne peut excéder **un an** ([article D.232-77 du code du sport](#), premier alinéa).

2°) Toutefois, s'il s'agit d'un état pathologique chronique, elle peut être accordée pour une durée supérieure sans que celle-ci puisse excéder quatre ans. ([art D.232-77 du code du sport](#), deuxième alinéa)

Dans le cas où l'autorisation est d'une durée inférieure ou égale à un an, tout renouvellement est assujéti à la présentation d'un dossier de nouvelle demande.

Dans le cas de pathologie chronique ouvrant la possibilité d'une durée pouvant aller jusqu'à quatre ans, le titulaire de l'autorisation est tenu de porter à la connaissance de l'AFLD dans les meilleurs délais chaque nouvelle prescription de la substance en cause, et au plus tard à l'échéance de chaque année suivant la délivrance de l'autorisation. A défaut, l'autorisation cessera de produire effet.

L'AFLD se réserve le droit de demander toute pièce justificative qu'elle juge utile à l'examen du dossier.

3°) Le sportif est invité à porter à la connaissance de l'AFLD tout changement portant sur les renseignements fournis à la section 1. ci-dessus.

7. Information du sportif

Conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le sportif auteur de la demande est informé de l'autorisation par le [décret n° 2015-1609 du 7 décembre 2015](#) d'un traitement automatisé des catégories de données ci-après :

- 1) Données relatives à son état civil :
 - a) Nom et prénom ;
 - b) Date de naissance ;
 - c) Sexe ;
- 2) Indication de la discipline sportive pour l'exercice de laquelle l'autorisation est sollicitée ;
- 3) Mention de la pathologie dont le traitement a justifié l'octroi de l'autorisation ;
- 4) Données relatives à la substance autorisée, sa posologie et sa voie d'administration ou la méthode à laquelle elle se rapporte ;
- 5) Date de délivrance de l'autorisation et sa durée de validité ;
- 6) Mention de l'autorité l'ayant délivrée.

(cf. article [R. 232-85-4 du code du sport](#))

8. Déclaration du (de la) sportif(ve) et Signature(s) :

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Je soussigné(e), _____ (Nom et prénom du sportif), certifie que les renseignements figurant aux sections 1 et 6 sont exactes. J'autorise la divulgation des renseignements médicaux personnels au personnel autorisé de l'AFLD et de l'AMA, au CAUT (Comité d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) de l'AMA et à d'autres CAUT d'organisation antidopage dont l'AFLD et au personnel autorisé qui pourrait avoir le droit de connaître ces renseignements en vertu de la réglementation applicable.

J'autorise mon/mes médecin(s) à communiquer aux personnes ci-dessus tout renseignement relatif à ma santé qu'elles jugent nécessaire afin d'examiner ma demande et de rendre une décision.

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 davantage d'informations quant à l'usage de mes renseignements, (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 l'AFLD. 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.

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

Je comprends et j'accepte que les destinataires de mes renseignements et de la décision relative à cette demande puissent se trouver hors du pays où je réside, dans le respect du droit en vigueur.

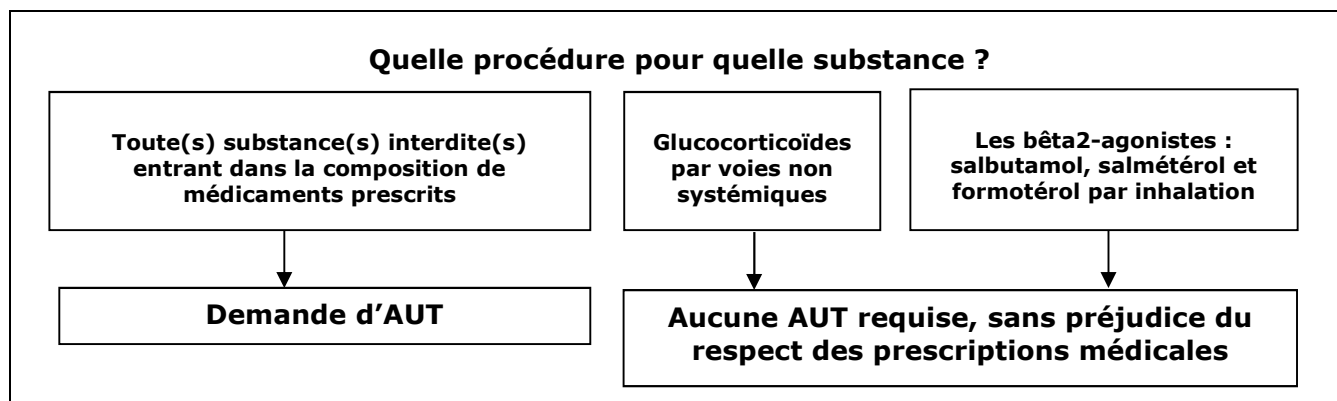
- Signature du (de la) sportif(ve) * :

Date * : ___ / ___ / _____
(jj/mm/aaaa)

- Signature du représentant légal pour les mineurs
ou majeurs protégés * :

Date * : ___ / ___ / _____
(jj/mm/aaaa)

CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



Éléments de nature médicale pour tous les dossiers

Traitement	Justificatifs médicaux recommandés
<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➤ Histoire de la maladie et présentation clinique➤ Photocopie de tous les examens complémentaires➤ Photocopie des ordonnances

Pièces supplémentaires 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 ;
 - Bilan biologique ;
 - Suivi Hb1Ac, bilan urinaire ;
 - Bilan d'extension micro vasculaire.

- 3. Hypertension artérielle (HTA) :**
 - Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt-quatre heures ;
 - Échographie cardiaque ;
 - Résultat d'une épreuve d'effort ;
 - Électrocardiogramme (avec 12 dérivations de repos).

- 4. Retards de croissance ou pubertaires et déficit en hormone de croissance :**
 - Bilans biologiques incluant les concentrations plasmatiques d'Igf1 ;
 - La courbe de croissance, la courbe d'âge et de poids, l'âge osseux ;
 - Projet thérapeutique complet et objectif souhaité.

- 5. Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) :**
 - Critères cliniques de diagnostic tels que définis dans le DSM-V ;
 - Évaluation par questionnaires spécifiques (Echelle de Conners) ou par entretien structuré (SNAP, DISC-IV, K-SADS, ou autre) ;
 - Un ou plusieurs des bilans psychologiques réalisés.

NB. Les examens médicaux doivent dater de quatre ans au plus pour les pathologies asthmatiformes et de deux ans au plus dans les autres cas.

La réponse sera adressée au sportif, ou à son représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés, dans un délai de 21 jours suivant la réception d'un dossier complet.

CONFIDENTIEL

Délibération n° 2018-27 du 3 mai 2018 du Collège de l'AFLD