

# 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 (\*).

<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :	
Identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :		
<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :	
<b>Sexe *</b> : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<b>Date de naissance *</b> (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____	
<b>Adresse *</b> :		
<b>Code Postal *</b> :	<b>Ville *</b> :	<b>Pays *</b> :
<b>Tél. *</b> :	<b>Courriel</b> :	
<b>Fédération *</b> :	<b>N° Licence</b> :	
<b>Sport *</b> :	<b>Discipline</b> :	
<b>Sportif inscrit sur la liste des SHN</b> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :</b>		
<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> NATIONAL <input type="checkbox"/> RÉGIONAL <input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL		
<b>Vous participez à des compétitions internationales, l'AMA ou votre fédération internationale vous a informé que vous faisiez partie des sportifs soumis à leurs contrôles *</b>		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *</b>		
<b>Date</b> (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____	<b>Compétition</b> :	
<b>Si handicap, précisez lequel *</b> :		

- 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 **télécopie** au 01 40 62 76 83 ou email à [service.medical@aflD.fr](mailto:service.medical@aflD.fr)

Pour toute demande d'information contacter le service médical au 01 40 62 72 59

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](http://www.aflD.fr) dans la rubrique :**

[Espace Sportif/ Être sportif responsable / Effectuer une demande d'AUT](#)

## 2. Demandes antérieures

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

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

## 3. 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'utilisation de médicaments contenant une substance interdite \* :

## 4. 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'AFLD en cliquant sur cette adresse : <http://medicaments.aflld.fr/>

Nom 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/aaaa) et sa durée \* :**

## 5. 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 :		

## 6. Déclaration du médecin

À remplir par le médecin de votre choix

Je soussigné(e) *, _____ (Nom et prénom du médecin),	
certifie que le traitement mentionné au 4. 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.	
<b>Spécialité du médecin *</b> : _____	
<b>Adresse *</b> : _____	
<b>Tél. :</b> _____	<b>Télécopie :</b> _____
<b>Courriel :</b> _____	
<b>Signature du médecin *</b> : _____	<b>Date *</b> : ___ / ___ / _____ (jj/mm/aaaa)
<b>Tampon *</b> : _____	

### 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, 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 au titre du 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. Signature(s) :

*À remplir par l'intéressé(e) et son représentant légal*

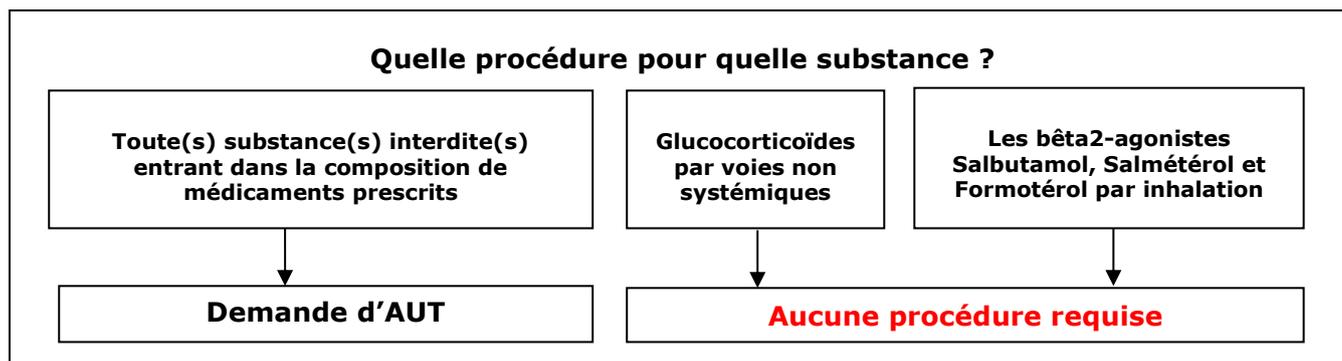
- du (de la) sportif(ve) \* :

Date \* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

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

Date \* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

## **CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES**



La réponse sera adressée au sportif, ou à son représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés.

### **Éléments de nature médicale pour tous les dossiers**

<b>Traitement</b>	<b>Justificatifs médicaux recommandés</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nom commercial du médicament</li><li>➤ Dénomination de la substance interdite</li><li>➤ Posologie</li><li>➤ Voie et fréquence d'administration</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Antécédents personnels du patient</li><li>➤ Histoire de la maladie et présentation clinique</li><li>➤ Photocopie des examens complémentaires</li><li>➤ Photocopie des ordonnances</li></ul>

### **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 avec taux 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 Connors) ou par entretien structurés (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.