



(<https://www.afld.fr>)

ÊTRE SPORTIF RESPONSABLE

SE SOUMETTRE À UN CONTRÔLE

RENSEIGNER SA LOCALISATION

EFFECTUER UNE DEMANDE D'AUT

Accueil / Effectuer une demande d'AUT



Créées en 2007, les Autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) permettent aux sportifs de suivre un traitement à base de médicaments contenant une substance interdite.

La liste actuelle des substances et méthodes interdites établie par l'Agence mondiale antidopage (AMA) et publiée par décret (*Décret no 2018-6 du 4 janvier 2018, Journal officiel du 5 janvier 2018*) est consultable [ici \(https://www.afld.fr/wp-content/uploads/2018/01/Liste-des-interdictions-2018.pdf\)](https://www.afld.fr/wp-content/uploads/2018/01/Liste-des-interdictions-2018.pdf).

AUT, mode d'emploi

Pour qui ?

Tout sportif, licencié ou non (d'une fédération française ou étrangère).

Qui la valide ?

Les demandes d'AUT sont examinées par 3 médecins experts désignés par l'AFLD. Pour que la

Pourquoi ?

En cas de traitement médical comportant un ou des médicaments contenant une ou des substances interdites qui figurent sur la liste établie par l'AMA.

Qui remplit la demande ?

Le sportif, ou son responsable légal, et tout médecin désigné par lui-même.

Ce médecin devra décliner ses nom, prénom, qualification et spécialité médicale dans la partie de la demande d'AUT concernée.

Comment la remplir ?

L'AFLD fournit au sportif un seul modèle de formulaire à remplir [[lien vers le formulaire \(https://sportifs.afld.fr/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/Formulaire-AUT-AFLD.pdf\)](https://sportifs.afld.fr/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/Formulaire-AUT-AFLD.pdf)].

Le sportif et le médecin doivent obligatoirement le signer et le dater.

Le médecin doit fournir tous les détails et résultats d'examen utiles à l'expertise médicale. Toutes ces informations seront traitées dans le strict respect du secret médical.

La demande doit être accompagnée d'un chèque

demande soit acceptée, ces médecins doivent répondre négativement aux 3 questions suivantes :

- Existe-t-il une alternative au traitement prescrit sans préjudice sanitaire pour le sportif ?
- Le traitement améliore-t-il la performance ?
- L'usage de cette substance est-il la conséquence de la consommation antérieure d'une substance dopante ?

La réponse

L'AFLD notifie la décision d'acceptation ou de refus de l'AUT directement au sportif.

Si validée par l'AFLD : la garder précieusement avec soi et la présenter à chaque compétition lors d'un contrôle antidopage.

Si refusée par l'AFLD : le sportif peut présenter une nouvelle demande complète prenant en compte les motifs du refus par les médecins experts.

Quelles voies de recours en cas de refus ?

1. Le sportif peut apporter des éléments complémentaires afin d'obtenir un nouvel examen de sa demande.

d'un montant de 30€ correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. En cas de dossier incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes au sportif.

Quand la remplir ?

La demande complète d'AUT doit être envoyée au moins 30 jours avant le début de la compétition.

En cas d'urgence médicale, celle-ci peut être envoyée ultérieurement à ce délai.

Où l'envoyer ?

Chaque formulaire de demande d'AUT est à adresser par envoi recommandé avec accusé de réception à :

AFLD – Service médical, 8 rue Auber, 75009 PARIS

IMPORTANT : c'est la date de réception par l'AFLD qui fait foi.

2. Le sportif dispose de deux mois à compter de la notification du refus pour faire appel de la décision devant le Conseil d'Etat.

Participation à une compétition internationale

Une AUT dûment délivrée par l'AFLD n'est **valable qu'au plan national**. Si vous participez à une manifestation internationale, l'AUT ne sera valable que si elle est reconnue par la fédération internationale ou l'organisateur responsable de la manifestation. Dans ce cas, nous vous invitons à vous rapprocher de l'organisation concernée.

Renouvellement

Tout renouvellement d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) pourra ultérieurement, **si la procédure a été admise par le comité de médecins lors de la précédente AUT** et avant son échéance, faire l'objet d'une nouvelle demande, selon les conditions suivantes :

- même pathologie ;
- traitement identique (substance, posologie, durée...).

Lors de ce renouvellement, il vous appartiendra de nous faire parvenir un nouveau formulaire de demande d'AUT accompagné d'une nouvelle ordonnance. Nous vous informons que les examens médicaux sont valables pour une durée de 2 ans et de 4 ans pour

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/aaaa) : __ / __ / ____		
Adresse * :			
Code Postal * :	Ville * :	Pays * :	
Tél. * :	Courriel :		
Fédération * :	N° Licence :		
Sport * :	Discipline :		
Sportif inscrit 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'AMA ou votre fédération internationale vous a informé 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/aaaa) : __ / __ / ____	Compétition :		
Si 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.

2. Demandes antérieures

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

Avez-vous déjà demandé une AUT * ?

Oui

Non

À quel organisme * ?

À quelle date ?

Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s) * ?

Décision * :

Acceptée

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.afld.fr/>

Nom du médicament *	Substance active selon la dénomination commune internationale *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *

5. Demande à effet rétroactif

À remplir par le médecin de votre choix

S'agit-il d'une demande 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 :

- Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.
- 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.

Spécialité du médecin * :

Adresse * :

Tél. :

Télécopie :

Courriel :

Signature du médecin * :

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

Tampon * :

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

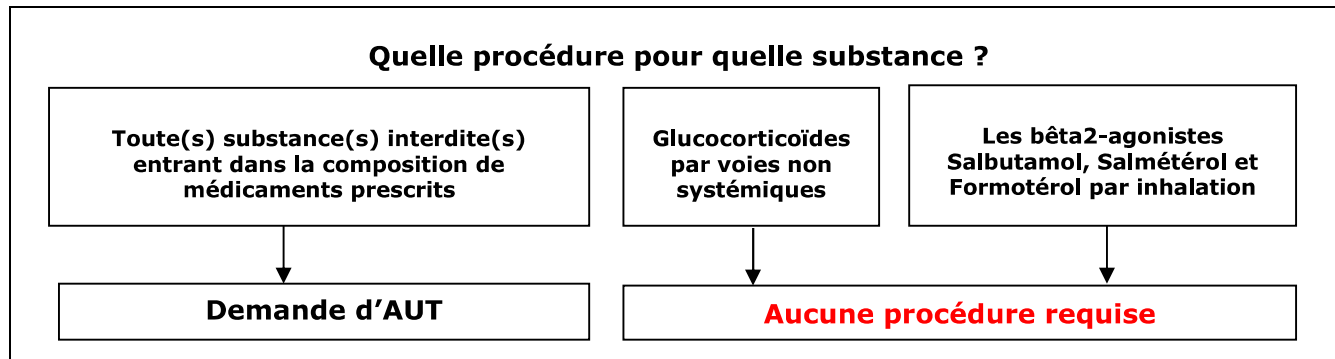
- du (de la) sportif(ve) * :

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

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 des 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).