

**Délibération n° 2021-53 du 30 septembre 2021  
relative aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)**

Le collège de l'Agence française de lutte contre le dopage,

Vu le code du sport, notamment ses articles L. 232-2, L. 232-5, R. 232-10, D. 232-73 et D. 232-76,

Vu la délibération n° 2021-29 du 17 juin 2021 relative aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques,

Sur proposition du secrétaire général,

**DÉCIDE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Est arrêté le formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT) dont le modèle figure en annexe n° 1 à la présente délibération.

**Article 2** : La délibération n° 2021-29 du 17 juin 2021 relative aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques est ainsi modifiée :

1° Avant l'article 1<sup>er</sup>, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Article 1<sup>er</sup> A – La demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques est adressée à l'agence au moyen du formulaire à l'annexe n° 1 à la présente délibération.

« Les pièces et examens médicaux mentionnées à l'annexe n° 2 à la présente délibération sont requis du sportif à l'appui d'une demande liée aux pathologies mentionnées dans ladite annexe. »

2° A l'article 1<sup>er</sup>, après les mots « L'annexe », sont insérés les mots : « n° 3 ».

**Article 3** : Le formulaire mentionné à l'article 1<sup>er</sup> est applicable aux demandes d'autorisation déposées à compter du 8 octobre 2021. Les demandes d'autorisation déposées antérieurement à cette date continueront de produire effet.

**Article 4** : Après la neuvième ligne du tableau de l'annexe n° 3 à la délibération n° 2021-29 du 17 juin 2021 relative aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques, il est inséré une ligne ainsi rédigée :

Monsieur	Alexis	DEMAS	Neurologue
----------	--------	-------	------------

**Article 5** : Est abrogée la délibération n° 2018-27 du 3 mai 2018 du collège de l'Agence.

**Article 6** : La présente délibération et son annexe seront publiées sur le site internet de l'Agence.

La présente délibération a été adoptée par le collège de l'Agence française de lutte contre le dopage au cours de sa séance du 30 septembre 2021.

La Présidente  
de l'Agence française de lutte contre le dopage

Dominique LAURENT

*signé*

Annexe 1 : Formulaire de demande d'AUT

Annexe 2 : Liste des pièces à fournir

## PARTIE A REMPLIR PAR LE SPORTIF OU SON REPRESENTANT LEGAL

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

<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :	
<i>Ou identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés</i> Père Mère autre :		
<b>Nom *</b> :	<b>Prénom *</b> :	
<b>Sexe *</b> : Homme Femme	<b>Date de naissance *</b> (jj/mm/aa) :	
<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(ve) inscrit(e) sur la liste des SHN :</b>	Oui Non	
<b>Niveau sportif :</b>	International National Autre	
<b>Vous êtes inscrit dans le groupe de contrôles de votre fédération internationale* :</b>	Oui Non	
<b>Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *</b>		
<b>Date</b> (jj/mm/aa) :	<b>Compétition :</b>	

### 2. Demandes antérieures

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

### 3. Demande à effet rétroactif

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) ?		
<b>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 :</b>		
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.

Veuillez 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 et 3 sont exacts et complets. 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) 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.

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 et 6 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.

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.** :

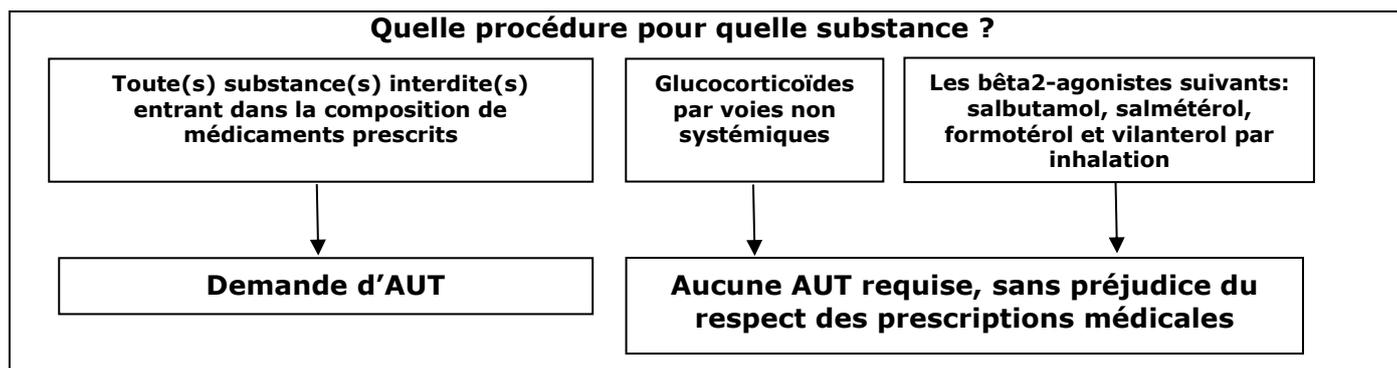
**Courriel** :

**Signature du médecin \*** :

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

**Tampon \*** :

## CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



### Éléments de nature médicale pour tous les dossiers

<b>Traitement</b>	<b>Justificatifs médicaux à fournir</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 par courrier médical</li><li>➤ Histoire de la maladie et présentation clinique par courrier médical</li><li>➤ Photocopie de tous les examens complémentaires</li><li>➤ Photocopie des ordonnances</li></ul>

### 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.