AGENCE FRANÇAISE
DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE

Délibération n° 2022-35 du 6 octobre 2022
relative au formulaire de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques

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 et D. 232-73,

Vu la délibération n° 2021-53 du 30 septembre 2021 relative aux autorisations d'usage à des fins thérapeutiques,

Sur proposition du secrétaire général,

DÉCIDE :

Article 1er : L'annexe n° 1 à la délibération n° 2021-53 du 30 septembre 2021 est remplacée par l'annexe à la présente délibération.

Elle est applicable aux demandes d'autorisation à des fins thérapeutiques déposées à compter du 24 octobre 2022.

Article 2 : La présente délibération sera publiée 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 6 octobre 2022.

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

Dominique LAURENT

signé

Annexe

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 ☐ Père ☐ Mère ☐ autre :

Nom * : **Prénom * :**

Sexe * : ☐ **Homme** ☐ **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 : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Niveau sportif : ☐ **International** ☐ **National** ☐ **Autre**

Vous êtes inscrit dans le groupe de contrôles de votre fédération internationale* : ☐ **Oui** ☐ **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* ? ☐ Oui ☐ Non .

À quel organisme * ? **À quelle date** ?

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

Décision * : ☐ Acceptée ☐ 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) ? __ /__ /_____

Veuillez 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.

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, 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)