



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA MAYENNE

Direction de la citoyenneté
Bureau de la circulation
Service des permis de conduire

LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE MEDICALE DES USAGERS RESIDANT EN MAYENNE PAR LES MEDECINS AGREES CONSULTANT HORS COMMISSION MEDICALE

Dans quels cas devez-vous prendre un rendez-vous auprès d'un médecin agréé ?

- en cas de problème de santé (handicap, maladie chronique...),
- pour l'exercice d'une activité professionnelle (taxis, ambulances, transports de personnes, transports scolaires, autorisation d'enseigner),
- pour l'obtention et le renouvellement des catégories du groupe lourd,
- en cas de suspension, annulation ou invalidation lorsqu'aucune infraction n'est liée à la consommation d'alcool ou de stupéfiant.

Quel est le coût ?

- 36 € payé par l'utilisateur sans prise en charge par la sécurité sociale,
- le cas échéant des tests psychotechniques et des analyses complémentaires peuvent être prescrits par le médecin également à la charge de l'utilisateur.

Auprès de quel médecin ?

Vous êtes domicilié en Mayenne.

Vous devez prendre rendez-vous **uniquement** auprès d'un médecin agréé par le préfet de la Mayenne (cf. liste ci-après). Toute visite médicale effectuée auprès d'un médecin non mentionné dans la liste ci-après fera l'objet d'un rejet et ne pourra donc être prise en compte.

Vous êtes domicilié dans un autre département que la Mayenne, il vous appartient de consulter le site internet de la préfecture du lieu de votre résidence et de prendre un rendez-vous auprès d'un médecin agréé par cette préfecture.

↳ Le médecin choisi ne doit pas être votre médecin traitant même s'il est agréé par la préfecture.

Sous quels délais ?

- Il vous est recommandé de prendre rendez-vous 2 à 3 mois avant la date de fin de validité de votre permis de conduire.

Quelles sont les documents qui doivent être présentés obligatoirement au médecin le jour du rendez-vous médical ?

- un original de justificatif d'identité avec photographie,
- un justificatif de domicile,
- votre dossier médical personnel,
- le questionnaire à compléter ci-après
- 3 photos d'identité :
 - ⇒ récentes et conformes aux normes téléchargeables sur <http://www.service-public.fr/>
 - ⇒ avec vos nom et prénom au verso de chacune d'entre elles,
- le règlement de 36 euros (en chèque ou en espèces),
- le cerfa n° 14880*01 avis médical (pour plus de détails se reporter à la notice explicative).

NOTICE EXPLICATIVE DU CERFA 14880 * 01

A- Complétude du formulaire DE MANIERE LISIBLE, A L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS LES ACCENTS ET SANS RATURE :

Médecin	Usager
Cerfa n° 14880*01 formulaire composé de 2 volets de 3 exemplaires volet 2 : « Avis du ou des médecins » volet 1 : « Permis de conduire- avis médical »	
Le médecin complète et signe le volet 2 du formulaire « Avis du ou des médecins »	L'utilisateur complète le volet 1 du formulaire « Permis de conduire- avis médical » et signe <u>dans le cadre prévu sans déborder</u> , L'utilisateur colle une photographie sur chaque exemplaire à l'adhésif double face <u>sans déborder du cadre interne</u> (et sans agrafe), L'utilisateur signe le volet n°2 du formulaire « Avis du ou des médecins » à l'issue du contrôle médical.

B- Répartition des 3 exemplaires du formulaire Cerfa :

Médecin	Usager	Préfecture
Cerfa n° 14880*01 formulaire composé de 2 volets de 3 exemplaires ⇒ volet 1 : « Permis de conduire- avis médical » ⇒ volet 2 : « Avis du ou des médecins »		
Exemple n° 2 du volet 1 Exemple n° 2 du volet 2	Exemple n° 3 du volet 1 Exemple n° 3 du volet 2	Uniquement les avis rendus dans le cadre de la suspension, de l'annulation de l'invalidation et les inaptés Exemple n° 1 du volet 1 Exemple n° 1 du volet 2

C- Transmission à la préfecture des avis médicaux uniquement:

Le médecin transmet sans délai par courrier l'exemple n° 1 des volets 1 et 2 de l'avis médical **UNIQUEMENT** les avis rendus dans le cadre de la suspension, de l'annulation ou de l'invalidation et les inaptés.

D- Demande d'édition de titre :

L'utilisateur fait sa demande d'édition de permis de conduire par Internet en se connectant au site de l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (<https://ants.gouv.fr/monespace/s-inscrire>) et en scannant son justificatif d'identité, son justificatif de domicile et son avis médical dûment complété, signé et avec photo apposée.

☞ Attention :

Un suivi sur l'état d'avancement du processus de production du titre est possible :

- ❖ en consultant le site internet de l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANTS) en vous munissant de votre n° de permis de conduire (<https://permisdeconduire.ants.gouv.fr/services-associes/ou-en-est-votre-permis-de-conduire>)
- ❖ en contactant par téléphone le 3400 (prix d'un appel local).

**LISTE DES MEDECINS AGREES PAR LE PREFET DE LA MAYENNE
CONSULTANT HORS COMMISSION MEDICALE POUR LE CONTRÔLE DE
L'APTITUDE MEDICALE DES USAGERS RESIDANT EN MAYENNE**

DEPARTEMENT DE LA MAYENNE

ARRONDISSEMENT DE CHATEAU-GONTIER

Docteur Barbin	34 avenue Carnot	CHATEAU-GONTIER	02.43.07.47.77
Docteur Brault	34 avenue Carnot	CHATEAU-GONTIER	02.43.07.47.77
Docteur Viot-Redkine	La Présaie	BOUERE	02.43.70.51.03

ARRONDISSEMENT DE LAVAL

Docteur Bineau	2 rue des Rosiers	LOUVERNE	02 43 37 67 66
Docteur Bossis	17 rue Messenger	LAVAL	02.43.66.01.50
Docteur Carel	59 rue de la Paix	LAVAL	02.43.56.31.56
Docteur Duroy	163 boulevard Jourdan	LAVAL	02.43.59.00.30
Docteur Emanuele	24 rue Haut Beauvais	LE BOURGNEUF LA FORET	02.43.37.71.03
Docteur Février	23 allée Descartes	LAVAL	02.43.53.99.05
Docteur Rebillard	8 rue de Saint Germain	CHAILLAND	02.43.02.70.14
Docteur Robert	163 Boulevard Jourdan	LAVAL	02.43.59.00.30

ARRONDISSEMENT DE MAYENNE

Docteur Leballais	18 rue Henri Gandais	MAYENNE	02.43.00.04.33
Docteur Le Lem	14 rue Guimond des Riveries	MAYENNE	02.43.00.18.18
Docteur Piquet	25 rue St Martin	MAYENNE	02.43.00.98.70
Docteur Violas	10 place de l'Eglise	BAIS	02.43.37.90.48

HORS DEPARTEMENT

DEPARTEMENT D'ILLE ET VILAINE

Docteur Brosse	13 rue Lesueur	FOUGERES	06.86.52.54.86
Docteur Zimmermann	chemin des diligences	LOUVIGNE DE BAIS	02.99.49.04.98

DEPARTEMENT LOIRE-ATLANTIQUE

Docteur Mercier	149 route de Bouguenais	LA MONTAGNE	02.40.65.62.42
-----------------	-------------------------	-------------	----------------

DEPARTEMENT DU MAINE ET LOIRE

Docteur Autret (jusqu'au 31/12/2017)	5 Place André Leroy	ANGERS	02.41.88.32.81
Docteur Freze	cabinet médical Jean Charcot 5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40
Docteur Granier	cabinet médical Jean Charcot 5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40
Docteur Gustin	cabinet médical Jean Charcot 5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40
Docteur La Combe	cabinet médical Jean Charcot 5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40
Docteur Nuel	cabinet médical Jean Charcot 5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40

DEPARTEMENT DE L'ORNE

Docteur Galpin	37 avenue de Quakenbruck	ALENCON	02.33.26.22.63
----------------	--------------------------	---------	----------------

DEPARTEMENT DE LA SARTHE

Docteur Agin	7 rue de la Tour d'Auvergne	LA FLECHE	02.43.94.14.66
Docteur Eouzan	20-26 rue Pasteur	SABLE SUR SARTHE	02.43.62.10.62

**Questionnaire à remplir par l'utilisateur avant le contrôle médical
destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale**

A....., le

1. Mon état civil

Nom :	Commune de naissance (ou pays pour les personnes nées à l'étranger) :
Prénom :	
Date de naissance : / /	Profession :

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : / /
Catégorie(s) demandée(s) : AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/>
Restrictions d'usage ou aménagements :

3. Motif de ma visite

Renouvellement périodique	<input type="checkbox"/>
Visite de contrôle	<input type="checkbox"/>
Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation	<input type="checkbox"/>
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route	<input type="checkbox"/>
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation	
• d'alcool ?	<input type="checkbox"/>
• de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>
Mon permis a-t-il déjà été :	• suspendu ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	• invalidé (solde de points nul) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	• annulé (par le juge) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de ma précédente visite médicale : / /	

4. Mon état de santé

4.1. Suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ? Oui Non

Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ? Oui Non

Si oui, pour quel motif ?

Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?
Oui Non

Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?
Oui Non

Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ? Oui
Non

Si oui, pour quel motif ?

Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

4.2. Consommation d'alcool ou de drogues

A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ? / verres

Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ? / verres

Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ? / an

Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres... ? Oui Non

Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?
Oui Non

4.3. Mon état général

Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...) ? Oui Non

4.3. Mon état général (suite)

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ? Oui Non
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ? Oui Non

Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ? Oui Non

Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ? Oui Non

Ai-je parfois des vertiges ? Oui Non

Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ? Oui Non

Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ? Oui Non

M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ? Oui Non

Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ? Oui Non

Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ? Oui Non

Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? Oui Non
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ? Oui Non

Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Oui Non
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ? Oui Non

Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ? Oui Non

Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? Oui Non
Si oui, date de la dernière crise :

4.3. Mon état général (suite et fin)

Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?

Oui Non

Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?

Oui Non

Autres problèmes médicaux ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser :.....

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à, le /.... /

Signature