Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PREFET DE LA MAYENNE

Direction de la citoyenneté
Bureau de la réglementation générale et des élections

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'usager 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'usager.

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
- 1 photo d'identité récente et conforme aux normes téléchargeables sur http://www.service-public.fr/
- le règlement de 36 euros (en chèque ou en espèces),
- le cerfa n° 14880*02 avis médical (pour plus de détails se reporter à la notice explicative).

NOTICE EXPLICATIVE DU CERFA 14880 * 02

A- Complétude du formulaire

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

➔ L'usager remplit les rubriques ① ② ⑧ (signature)

➔ Le médecin complète les rubriques ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ (signature)

B- Répartition du formulaire Cerfa :

Médecin	Usager	Préfecture (adressé par le médecin)
Copie	**Original**	**Uniquement :** **- les décisions d'inaptitude** **- les décisions prises à l'issue d'un contrôle médical demandé par le préfet (article R221-14 du code de la route).**

C- Demande d'édition de titre :

L'usager 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 dument 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 IE PREFET DE LA MAYENNE CONSULTANT HORS COMMISSION MEDICALE POUR LECONTRÔLE 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 Messager	LAVAL	02.43.66.01.50
Docteur Carel	59 rue de la Paix	LAVAL	02.43.56.31.56
Docteur Chamaillard	43 rue Robert Hardy	LAVAL	secretariat.dr_chamaillard@orange.fr
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 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	5 Place André Leroy	ANGERS	02.41.88.32.81
Docteur Daguzan	5 rue Joseph Cugnot	SEGRE	02.41.94.75.40
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'usager avant le contrôle médical destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale

A....., le .....

1. Mon état civil

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

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : .... /.... / .....

Catégorie(s) demandée(s) : AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B1 ☐ BE ☐ C1 ☐

C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐

Restrictions d'usage ou aménagements : .....

3. Motif de ma visite

Renouvellement périodique	☐
Visite de contrôle	☐
Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation	☐
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route	☐
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation • d'alcool ? • de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?	 ☐ ☐
Mon permis a-t-il déjà été :	• suspendu ? Oui ☐ Non ☐ • invalidé (*solde de points nul*) ? Oui ☐ Non ☐ • annulé (*par le juge*) ? Oui ☐ Non ☐

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 ⌊

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