

**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 stupéfiants.

**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
- 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).

**A- Complétude du formulaire**

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

→ L'utilisateur 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	<b>Uniquement :</b> - 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'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 et signé. Il entre la signature sous format numérisé de la photo (pour photo numérique). Pour une photo classique, il adresse la photo et sa signature originale à CTN - ANTS – TSA 90186 – 37911 TOURS Cedex 9 (lettre d'envoi disponible sur ANTS)

**⚠ 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 AGRES 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 Carel	38 rue Jules Ferry	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 Février	23 allée Descartes	LAVAL	02.43.53.99.05
Docteur Robert	163 Boulevard Jourdan	LAVAL	02.43.59.00.30

**ARRONDISSEMENT DE MAYENNE**

Docteur Leballais	1 place de l'Europe	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 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'utilisateur avant le contrôle médical  
destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale**

**1 - Mon état-civil**

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Profession : .....

**2 - Mon permis de conduire**

Date de délivrance : .....

Catégorie(s) demandée(s) :

Groupe léger : AM  A1  A2  A  B  B1  BE

Groupe lourd : C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Restrictions d'usage ou aménagements : oui – non

Si oui, lesquels .....

**3 - Motif de ma visite**

Renouvellement périodique : oui – non

Visite de contrôle : oui – non

Demande de permis après annulation ou invalidation : oui – non

Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route : oui – non

Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation :

- d'alcool : oui - non

- de substances ou de plantes classées comme stupéfiants : oui – non

Mon permis a-t-il déjà été :

- suspendu : oui – non

- invalidé (solde de points nul) : oui – non

- annulé (décision judiciaire) : oui – non

Date de ma dernière 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

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 été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années : oui – non

Dois-je prendre des médicaments quotidiennement ? oui – non

### 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, bière, cidre, 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 de lecture des panneaux, difficultés d'appréciation des vitesses ou des distances, erreur fréquente d'orientation, manœuvre difficile à exécuter) : 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, artériels 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 mémoire, des difficultés à me concentrer ? oui – non

Ai-je des difficultés de sommeil (endormissement difficile, réveil fréquents, sommeil agité) ? oui – non

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

Ai-je déjà eu des appareils respiratoires (oxygène, masque pour la nuit,...) ? oui – non

Ai-je déjà eu des pertes de connaissance, syncopes ? 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 tête, vertiges, paralysie, trouble de mémoire,...) 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 tête, vertiges, paralysie, trouble de mémoire,...) 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 : .....

Suis-je soigné pour du diabète ? : oui – non

Ai-je déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie) ? oui – non

Autres problèmes médicaux ? oui - non

Si oui, précisez :

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

Fait à .....le .....

Signature :

