



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

**B- Répartition des 3 exemplaires du formulaire Cerfa :**

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

**C- Transmission à la préfecture des avis médicaux uniquement:**

Le médecin transmet sans délai par courrier l'exemplaire 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 inaptes.

**D- 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 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 Chamailard | 43 rue Robert Hardy    | LAVAL                 | secretariat.dr_chamailard@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 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<br>(jusqu'au 31/12/2017) | 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<br>5 rue Joseph Cugnot | SEGRE  | 02.41.94.75.40 |
| Docteur Granier                         | cabinet médical Jean Charcot<br>5 rue Joseph Cugnot | SEGRE  | 02.41.94.75.40 |
| Docteur Gustin                          | cabinet médical Jean Charcot<br>5 rue Joseph Cugnot | SEGRE  | 02.41.94.75.40 |
| Docteur La Combe                        | cabinet médical Jean Charcot<br>5 rue Joseph Cugnot | SEGRE  | 02.41.94.75.40 |
| Docteur Nuel                            | cabinet médical Jean Charcot<br>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  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   | <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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'alcool ? <input type="checkbox"/></li> <li>• de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ? <input type="checkbox"/></li> </ul> |  |
| Mon permis a-t-il déjà été :  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• suspendu ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>• invalidé (solde de points nul) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> <li>• annulé (par le juge) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></li> </ul> |

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