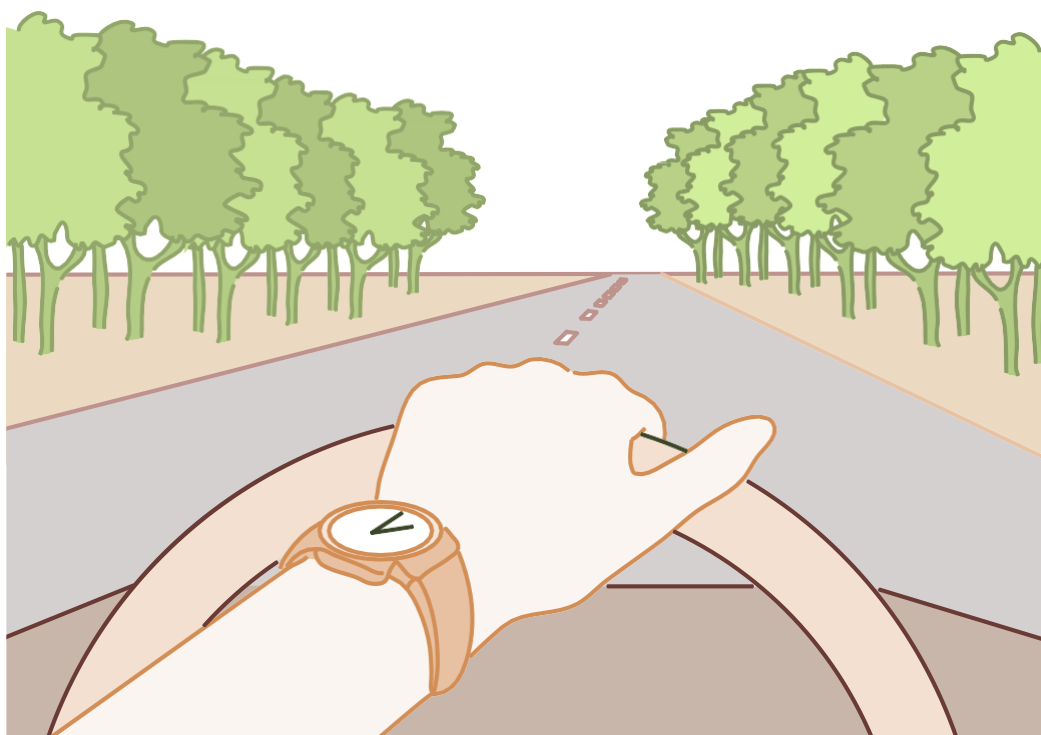


# Conduite Automobile & Sclérose en Plaques

## Droits et démarches



Ce livret a été réalisé par l'équipe pluridisciplinaire du LORSEP  
et conçu à partir de l'arrêté du 28 mars 2022 publié au journal officiel  
du 3 Avril 2022 disponible sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)  
et adapté pour NORMANDIE SEP

# SOMMAIRE

|   |                                             |        |
|---|---------------------------------------------|--------|
| 1 | Qui est concerné ? Que dit la loi ?         | p 1    |
| 2 | La visite médicale d'aptitude à la conduite | p 2-3  |
| 3 | Le bilan de conduite                        | p 4    |
| 4 | Les réponses possibles                      | p 5    |
| 5 | Les démarches en ligne                      | p 6-8  |
| 6 | Questionnaire avant contrôle médical        | p 9-10 |
| 7 | Questionnaire d'évaluation - patient        | p 11   |
| 8 | Questionnaire d'évaluation - accompagnant   | p 12   |
| 9 | Formulaire CERFA n°14880*02                 | p 13   |



# Qui est Concerné ? Que dit la loi ?



La sclérose en plaques apparaît désormais dans l'arrêté du 28 mars 2022 (publié au journal officiel du 3 Avril 2022) fixant "la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire".

Au même titre que d'autres pathologies telles que le diabète ou le syndrome d'apnées du sommeil, il est obligatoire de faire valider son permis de conduire en fonction de vos éventuels déficits. Ainsi, sont concernés les patients qui présentent un handicap visible ou invisible (ex. troubles moteurs, cognitifs, visuels, spasticité...).

Pour rappel, selon l'arrêté, « nul ne peut prendre la route s'il n'est pas en état de conduire, du fait de sa pathologie, de son traitement médical, de sa consommation de substances psychoactives ou de son état de fatigue. »

Dans ce livret, vous trouverez les démarches et les conseils nécessaires.



“

*Selon l'article R226-1 du Code de la route, « Le contrôle médical de l'aptitude à la conduite consiste en une évaluation de l'aptitude physique, cognitive et sensorielle du candidat au permis de conduire ou du titulaire du permis. »*

”

# La Visite médicale D'Aptitude À la Conduite



## EST-CE OBLIGATOIRE ?

La démarche est de votre propre initiative mais obligatoire si votre état de santé le nécessite.

## QUI PEUT ME CONSEILLER ?

Parlez-en à votre neurologue, votre médecin de rééducation (MPR) ou à l'équipe pluridisciplinaire de NORMANDIE SEP.

## QUELS SONT LES RISQUES SI JE NE FAIS PAS LES DÉMARCHES ?

En cas d'accident, vous ne serez pas couvert par votre assurance.

## DOIS-JE EN PARLER À MON ASSURANCE ?

Non, ce n'est pas obligatoire. Si vous décidez de l'avertir, elle n'a pas à refuser de vous assurer ni à appliquer de surprime.

## QUEL COÛT ?

La consultation coûte 36€, elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

GRATUIT si votre taux de handicap reconnu par la MDPH ou d'invalidité reconnu par la CPAM est égal ou supérieur à 50%.

## QUEL MÉDECIN CONSULTER ?

Prenez rendez-vous auprès d'un médecin agréé par la préfecture (liste pour chaque département disponible sur internet).

Attention : ce ne doit pas être votre médecin traitant.

## SI JE PASSE MON PERMIS DE CONDUIRE ?

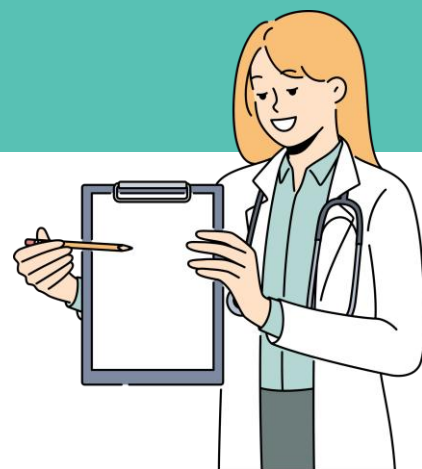
La démarche est strictement identique que pour les personnes déjà titulaire d'un permis. Il est conseillé d'en parler à l'autoécole.

## COMMENT SE PASSE LA VISITE CHEZ LE MÉDECIN AGRÉÉ ?

Le médecin évalue votre aptitude physique, cognitive et sensorielle à la conduite par le biais d'un entretien et d'un examen clinique (ex. test de vue, marche, équilibre). Le rendez-vous se déroule en cabinet médical, il ne s'agit pas d'un bilan en situation réelle.

Il peut prescrire tout examen complémentaire ou solliciter l'avis d'autres professionnels de santé. Un bilan de conduite peut être demandé, plus particulièrement si des aménagements du véhicule sont nécessaires.

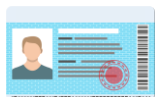
Dans certains cas, il peut aussi exiger que vous soyez examiné par la commission médicale départementale.



### LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES



Formulaire CERFA n° 14880\*02



Pièce d'identité (+ photocopie)



Permis de conduire (+ photocopie)

### LES DOCUMENTS RECOMMANDÉS



Bilan de conduite (p4)

Questionnaire médical (p9-10)

Questionnaire d'évaluation patient - accompagnant (p11-12)

Notification MDPH ou CPAM (voir "Quel coût ?" p2)

# le Bilan De Conduite



## EST-CE OBLIGATOIRE ?

Non, le bilan est facultatif. Il est conseillé en cas d'aménagement du véhicule.

Il peut être réalisé avant ou après la visite médicale d'aptitude.  
Dans les deux cas, le compte-rendu sera à remettre au médecin agréé.

## QUEL COÛT ?

Le bilan de conduite coûte entre 50€ à 70€ à votre charge.

## A QUI M'ADRESSER ?

Rapprochez-vous d'un service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) ou d'une auto-école agréée et disposant d'un véhicule aménagé.

## COMMENT SE DÉROULE LE BILAN ?

En situation réelle ou sur simulateur, vous serez évalué sur votre maîtrise des règles de circulation et sur votre aptitude à réagir aux diverses situations rencontrées.

# les Décisions Possibles



## 1. APTE

Le permis de conduire est valable sans durée limitée. Une nouvelle visite pourra être effectuée à votre initiative si votre état physique, cognitif ou sensoriel évolue.



## 2. APTE TEMPORAIRE

La durée de validité de votre permis est limitée (entre 6 mois et 5 ans). Il sera obligatoire de repasser la visite médicale avant expiration.



## 3. APTE AVEC RESTRICTION OU DISPENSE

Des aménagements du poste de conduite (ex. commandes au volant) ou pour monter à bord du véhicule vous sont préconisés. Vous pouvez bénéficier d'une aide financière de la MDPH pour aménager votre véhicule.

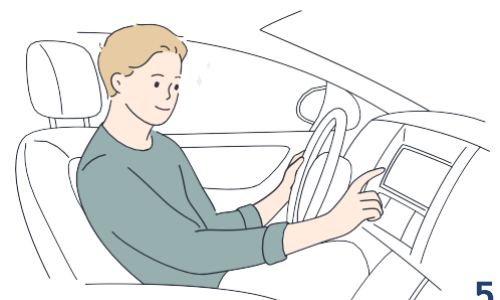
Plusieurs étapes sont nécessaires après la visite médicale :

- 1) Pré-visite avec un inspecteur de la DDT (Direction Départementale des Territoires) et une auto-école agréée afin de valider les aménagements du véhicule.
- 2) Possibilité de se préparer à leur utilisation avec l'auto-école (leçons de conduite).
- 3) Epreuve de régularisation qui jugera de leur bonne utilisation.
- 4) L'inspecteur vous délivre un permis à durée de validité limitée.



## 4. INAPTE

Vous devez restituer votre permis de conduire.  
Des voies de recours sont possibles.





# Les Démarches en ligne

permisdeconduire.ants.gouv.fr

## Toutes les démarches en ligne

Pour suivre l'avancement de vos démarches, cliquez sur ce lien et accédez à votre espace personnel

[Suivre votre démarche en ligne](#)



S'inscrire à l'examen du permis de conduire →

Demander la fabrication de votre permis de conduire →

Demander un permis international →

Echanger un permis étranger ou obtenu dans une COM pour un permis français →

Signaler une erreur sur votre permis de conduire →



## Demander la fabrication de votre permis de conduire

Réussite à l'examen du permis de conduire →

Perte, vol, détérioration, fin de validité ou changement d'état-civil →

Invalidation ou annulation du permis de conduire →

Suspension du permis de conduire →

Validation de diplôme professionnel →

Régularisation médicale →



## Régularisation médicale

### A savoir

Cette démarche s'adresse aux usagers déjà titulaires d'un permis de conduire qui :

- Suite à un accident de la vie (maladie ou handicap), doivent effectuer des démarches auprès d'un médecin agréé et/ou d'un examinateur du permis de conduire afin de confirmer leur aptitude à la conduite.
- Suite à une amélioration de leur état de santé, souhaitent mettre à jour leur permis de conduire.

[Commencer votre démarche en ligne](#)

### Les grandes étapes de la démarche

10 minutes pour faire votre démarche

### Préparer les documents à fournir

Documents à fournir

- Un justificatif d'identité (carte nationale d'identité, passeport...)
- Un justificatif de domicile datant de moins de 6 mois
- Une photo d'identité (au format papier ou numérique)

Si vous souhaitez envoyer une photo d'identité au format papier : téléchargez et envoyez le formulaire de dépôt photo-signature

- Le permis de conduire actuel
- Un avis médical d'un médecin agréé

## Votre compte

Je me connecte

Je crée un compte

### AVEC FRANCECONNECT

FranceConnect est la solution proposée par l'Etat pour sécuriser et simplifier la connexion à vos services en ligne



[Qu'est-ce que FranceConnect ?](#)

#### Informations sur FranceConnect

Avec FranceConnect, ne créez plus de nouveaux comptes et réutilisez des identifiants que vous possédez déjà sur d'autres sites publics, pour accéder aux demandes en ligne sur le site de l'ANTS.

- Vous n'aurez plus besoin de jongler avec une multitude de comptes.
- FranceConnect ne stocke pas vos données personnelles.
- À chaque connexion, vous êtes informés par un courriel.

### AVEC VOS IDENTIFIANTS ANTS

Identifiant 

[Identifiant oublié](#)

Mot de passe

[Mot de passe oublié](#)

Cliquez ou sélectionnez l'image : **Chaise**



Me connecter

[Je n'ai pas encore de compte](#)

## Bienvenue sur votre compte

### VOS DEMANDES

Nouvelle demande →

Afficher vos demandes d'immatriculation en cours

| Numéro de demande | Type de demande | Référence du dossier | Créée le | État | Actions |
|-------------------|-----------------|----------------------|----------|------|---------|
|-------------------|-----------------|----------------------|----------|------|---------|

Pour afficher vos demandes d'immatriculation en cours cliquez sur le bouton "afficher vos demandes d'immatriculation en cours" ou cliquez sur le bouton "nouvelle demande" pour démarrer une nouvelle demande.

 Vous souhaitez reprendre ou compléter une demande en cours et celle-ci n'apparaît pas ?

### BESOIN D'INFORMATIONS

#### L'IMMATRICULATION

[Aide et contact](#)

[Obtenir un CSA avec Histovec](#)

[Savoir où en est mon certificat d'immatriculation](#)

S'informer sur  
l'immatriculation



#### LE PERMIS DE CONDUIRE

[Aide et contact](#)

S'informer sur  
le permis de conduire



#### LA CARTE D'IDENTITÉ ET LE PASSEPORT

[Aide et contact](#)

[Savoir où en est mon passeport / ma CNI](#)

S'informer sur  
la carte d'identité et le passeport



### DÉMARRER UNE NOUVELLE DEMANDE

Votre demande concerne :

L'immatriculation



Le permis de conduire



La carte d'identité et le passeport



1

Motif de demande

2

État civil

3

Adresse et contact

4

Photo / Signature

5

Pièces justificatives

6

Récapitulatif

7

Confirmation

## Motif de la demande

- ☐ Je m'inscris pour pouvoir me présenter aux épreuves du permis de conduire ?
- ☒ Je demande la fabrication d'un titre de permis de conduire ?
- ☐ Je demande un permis de conduire international ?
- ☐ Je demande l'échange ou l'enregistrement de mon permis de conduire étranger, ou obtenu dans une COM ?
- ☐ Je souhaite signaler une erreur sur mon permis de conduire reçu il y a moins de 6 mois ?



APTE



APTE TEMPORAIRE ou AVEC RESTRICTION

Vous avez choisi de faire une demande de fabrication de permis de conduire.

- Vous effectuez la demande \***
- ☒ pour une personne majeure ou mineure émancipée ?
- ☐ pour une personne mineure ?

- Il s'agit \***
- ☐ d'une réussite à l'examen du permis de conduire
- ☒ d'un renouvellement de titre
- ☐ d'une conversion de brevet militaire
- ☐ d'une validation de diplôme professionnel
- ☐ d'une demande à la suite d'une invalidation ou d'une annulation de permis
- ☐ d'une demande à la suite d'une suspension de permis
- ☐ d'une régularisation (motif médical) ?

- Quel est le motif de renouvellement ? : \***
- ☐ Perte du permis
- ☐ Vol du permis
- ☐ Remplacement d'un permis détérioré ou d'un permis pliant 3 volets
- ☒ Fin de validité du permis
- ☐ Changement d'état civil

- Une visite médicale est-elle nécessaire ? \* ?**
- ☒ Oui
- ☐ Non



INAPTE

Vous avez choisi de faire une demande de fabrication de permis de conduire.

- Vous effectuez la demande \***
- ☒ pour une personne majeure ou mineure émancipée ?
- ☐ pour une personne mineure ?

- Il s'agit \***
- ☐ d'une réussite à l'examen du permis de conduire
- ☐ d'un renouvellement de titre
- ☐ d'une conversion de brevet militaire
- ☐ d'une validation de diplôme professionnel
- ☒ d'une demande à la suite d'une invalidation ou d'une annulation de permis
- ☐ d'une demande à la suite d'une suspension de permis
- ☐ d'une régularisation (motif médical) ?

- Quel est le motif de la demande suite à invalidation ou annulation de permis : \***
- ☒ d'une demande d'édition d'un titre doté de la seule catégorie AM
- ☐ d'une demande d'édition d'un titre suite à la réussite de l'examen

- Une visite médicale est-elle nécessaire ? \* ?**
- ☒ Oui
- ☐ Non



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

A ..... le .....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Mon état civil</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Nom : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Commune de naissance <sup>1</sup> : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Prénom : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Profession : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Date de naissance : ..... / ..... / .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>2. Mon permis de conduire</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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"/><br>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 : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>3. Motif de ma visite</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>❖ invalidé (solde de points nul) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>❖ annulé (par le juge) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Date de ma précédente visite médicale : ..... / ..... / .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Ou pays pour les personnes de nationalité étrangère.

#### 4. Mon état de santé

##### 4.1. Suivi

|                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pour quel motif ? .....                                                                 |                                                           |
| Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ?                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pour quel motif ? .....                                                                 |                                                           |
| Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?                                                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?                                                                  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

##### 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|



#### 4.3. Mon État général (suite)

|                                                                                                                                                                       |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?                                                                                                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?                                                                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?                                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?                                                                                                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je parfois des vertiges ?                                                                                                                                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?                                                                                                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?                                                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?                                                                                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?                                                                                                                  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?                                                                                                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?                                                  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?                                                                                                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?                                                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?                                                               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Al-je déjà fait une crise d'épilepsie ?                                                                                                                               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, date de la dernière crise : .....                                                                                                                             |                                                           |
| Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?                                                                                                                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?                                                                                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

#### 4.3. Mon État général (suite et fin)

Autres problèmes médicaux ?  
Si oui, merci de préciser : .....

Oui ☐ Non ☐

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

Fait à ....., le ... / ... / .....

Signature



# QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA CONDUITE AUTOMOBILE DU PATIENT

## Destiné au patient

- 1) Avez-vous des difficultés pour rester concentré sur une même activité (lecture, bricolage...) ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 2) Vous êtes-vous déjà égaré en conduisant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 3) Avez-vous des difficultés pour reconnaître des panneaux de signalisation et adapter votre conduite (exemple des ronds-points) ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 4) Avez-vous des difficultés pour utiliser la voiture (démarrage, freinage, passage des vitesses, créneaux) ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 5) Avez-vous déjà eu peur en conduisant récemment ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 6) Avez-vous, sur les deux dernières années (entourez la bonne réponse) :
  - a. Erafilé la voiture ? **Oui** ☐ **Non** ☐
  - b. Eu un accident de voiture ? **Oui** ☐ **Non** ☐
  - c. Eu une contravention ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 7) Trouvez-vous que vos réflexes sont moins bons qu'avant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 8) Pensez-vous être dangereux au volant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 9) A quelle fréquence conduisez-vous ?
  - a. Tous les jours
  - b. 1 à 2 fois par semaine
  - c. Moins d'une fois par semaine
- 10) A quelle distance en kilomètres (aller-retour) ?
  - a. Moins de 5 Km
  - b. Entre 6 et 20 Km
  - c. Plus de 20 Km
- 11) Quels sont les motifs pour conduire ?
  - a. Faire les courses
  - b. Se rendre à des activités
  - c. Se rendre à des soins.
  - d. Visiter de la famille ou des amis
- 12) Avez-vous modifié votre vitesse de conduite ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 13) Etes-vous parfois somnolent(e) dans la journée et notamment au volant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 14) Pensez que des leçons de conduite vous seraient bénéfiques ? **Oui** ☐ **Non** ☐



# QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA CONDUITE AUTOMOBILE DU PATIENT

## Destiné à l'accompagnant

- 1) A-t-il (elle) des difficultés pour rester concentré sur une même activité (lecture, bricolage...) ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 2) S'est-t-il (elle) déjà égaré(e) en conduisant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 3) Votre proche a-t-il (elle) des difficultés pour reconnaître des panneaux de signalisation et adapter sa conduite ? (exemple des ronds-points) **Oui** ☐ **Non** ☐
- 4) A-t-il (elle) des difficultés pour utiliser la voiture (démarrage, freinage, passage des vitesses, créneaux) ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 5) Avez-vous peur actuellement lorsqu'il (elle) conduit ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 6) Votre proche a-t-il (elle), sur les deux dernières années :
  - a. Erafilé la voiture ? **Oui** ☐ **Non** ☐
  - b. Eu un accident de voiture ? **Oui** ☐ **Non** ☐
  - c. Eu une contravention ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 7) Trouvez-vous que ses réflexes sont moins bons qu'avant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 8) Pensez-vous qu'il (elle) est dangereux au volant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 9) A-t-il (elle) modifié sa vitesse de conduite ?
  - a. Il a modifié sa vitesse de conduite **Oui** ☐ **Non** ☐
  - b. Il a accéléré sa vitesse de conduite **Oui** ☐ **Non** ☐
  - c. Il a ralenti sa vitesse de conduite **Oui** ☐ **Non** ☐
- 10) Est-il (elle) parfois somnolent(e) la journée et notamment au volant ? **Oui** ☐ **Non** ☐
- 11) Serait-ce un soulagement si votre proche devait cesser de conduire ? **Oui** ☐ **Non** ☐



(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)  
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

**ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Motif de la demande d'avis médical : ☐ Renouvellement périodique ☐ Nouvelle catégorie ☐ Suspension ☐ Après invalidation ou annulation ☐ Autre

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AM                       | A1                       | A2                       | A                        | B1                       | B                        | BE                       | C1                       | C1E                      | C                        | CE                       | D1                       | D1E                      | D                        | DE                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | A1                       | A2                       | A                        | B1                       | B                        | BE                       | C1                       | C1E                      | C                        | CE                       | D1                       | D1E                      | D                        | DE                       |

☐ Taxi ☐ VTC ☐ Ambulance ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes ☐ Transport public à moto ☐ Enseignant de la conduite

**Modalités du contrôle médical :**

☐ En cabinet médical    ☐ En commission médicale primaire    ☐ En commission médicale d'appel    ☐ Autres :

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Examens complémentaires demandés le | Examen psychotechnique réalisé le |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ agréé(s) par \_\_\_\_\_

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation

☐ Groupe léger      ☐ Groupe lourd

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_  
à réexaminer par la commission médicale : ☐ ou

☐ oui ☐ non

et

☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :

☐ dispositif de correction et/ou protection de la vision  
☐ autres

INAPTE

☐ Groupe léger      ☐ Groupe lourd

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

☐ ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.

**DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

|           |  |  |   |  |   |  |  |  |  |
|-----------|--|--|---|--|---|--|--|--|--|
| Fait le : |  |  | / |  | / |  |  |  |  |
|-----------|--|--|---|--|---|--|--|--|--|

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)  
(Représentant légal si mineur)

Signature et cachet du ou des médecins



Un grand merci à nos collègues pour le contenu de ce document :

Réseau Lorrain d'accompagnement des patients  
atteints de Sclérose en Plaques

1 rue du Vivarais, 54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY 03.83.30.27.78 - [contact@lorsep.org](mailto:contact@lorsep.org)



Pour contacter le dispositif d'expertise régional NORMANDIE SEP :



**Pour les départements 76 - 27 :**

Antenne de ROUEN : 110/112 Avenue du Mont Riboudet 76000 ROUEN  
Tél : 02 35 89 11 65 [antennerouen@normandiesep.com](mailto:antennerouen@normandiesep.com)

**Pour les départements 14 - 50 - 61**

Antenne de CAEN : 29 Rue Général Moulin 14000 CAEN  
Tél : 02 31 08 16 00 [antennecaen@normandiesep.com](mailto:antennecaen@normandiesep.com)

## LISTE DES MÉDECINS AGRÉÉS CHARGÉS D'APPRÉCIER L'APTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE AUTOMOBILE

Une fois sur le site de la préfecture de votre département, en scannant le QR CODE correspondant ci-dessous, ou en suivant le lien internet indiqué, vous trouverez la liste des médecins agréés :

- 1) aller dans la rubrique « **permis de conduire** »
- 2) cliquer sur « **voir plus d'éléments** » ou directement sur « **visites médicales** » si l'item est visible,
- 3) puis sur « **liste des médecins agréés** »

### PREFECTURE DE SEINE-MARITIME



Lien vers le site internet :

<https://www.seine-maritime.gouv.fr/>

### PREFECTURE DU CALVADOS



Lien vers le site internet :

<https://www.calvados.gouv.fr/>

### PREFECTURE DE L'EURE



Lien vers le site internet :

<https://www.eure.gouv.fr/>

### PREFECTURE DE L'ORNE



Lien vers le site internet :

<https://www.orne.gouv.fr/>

### PREFECTURE DE LA MANCHE



Lien vers le site internet :

<https://www.manche.gouv.fr/>