Sujets d’examens

UM, IPAG, LAP, 2014-2015, Semestre 1

Les sujets sont fournis à titre indicatif et ne sauraient engager l’équipe pédagogique sur un type précis de sujet

LAP
Sem 1
15

EXAMEN

17 DECEMBRE 2014

9h-13h

IPAG - L.A.P.

CULTURE GENERALE

Traiter le sujet correspondant à votre enseignant :

MERCI D'ECRIRE LE NOM DE VOTRE ENSEIGNANT SUR LA COPIE

M. Laurent FABRE :

La Précarité des relations conjugales est-elle un fait de société ?

M. Sébastien MAIRE :

« La crise de la représentativité ».

AUCUN DOCUMENT AUTORISE

LAP Partiel 1er Sem. 2

CG

LAP
Sem 1
1S

PARTIEL

19 DECEMBRE 2014

9h-13h

IPAG - L.A.P.

CULTURE GENERALE

Traiter le sujet correspondant à votre enseignant :

MERCI D'ECRIRE LE NOM DE VOTRE ENSEIGNANT SUR LA COPIE

M. Laurent FABRE :

Quelle place pour les croyances religieuses au XXI siècles ?

M. Sébastien MAIRE :

« Le travail est-il une valeur en déclin ? »

AUCUN DOCUMENT AUTORISE

LAP
Sem 1
1 S

RATTRAPAGE

1ER SEMESTRE

MERCREDI 3 JUIN 2015

9h-13h

IPAG - L.A.P.

CULTURE GENERALE

Traiter le sujet correspondant à votre enseignant :

MERCI D'ECRIRE LE NOM DE VOTRE ENSEIGNANT SUR LA COPIE

M. Laurent FABRE :

Être républicain aujourd'hui

M. Sébastien MAIRE :

« On ne naît pas femme : on le devient »

AUCUN DOCUMENT AUTORISE

LAP
Sem 1
1 S

IPAG
2014/2015
1ER SEMESTRE
LUNDI 15 DECEMBRE 2014
14H – 17H

EXAMEN
LAP

DROIT ADMINISTRATIF GENERAL

M. Jean-Marc MAILLOT

SUJET :

« Caractéristiques et avenir du millefeuille administratif français »

LAP
Sem 1
25

IPAG
2014/2015
LUNDI 01 JUIN 2015
14H – 17H

RATTRAPAGE

1ER SEMESTRE

LAP

DROIT ADMINISTRATIF GENERAL

M. Jean-Marc MAILLOT

SUJET :

« Le Parlement sous la Vème République ».

LAP

Partiel 1er Sem
Droit public Maillot

LAP
Sem 1
1 S

PARTIEL

18 DECEMBRE 2014

14h -17h – amphi 002

L.A.P.

DROIT PUBLIC

M. Jean Marc MAILLOT :

« La V^e^ République est-elle un régime parlementaire ? »

AUCUN DOCUMENT AUTORISE

LAP
Sem 1
1 S

IPAG
2014/2015
1ER SEMESTRE
JEUDI 11 DECEMBRE 2014
09H – 12H

EXAMEN
LAP

HISTOIRE CONTEMPORAINE

Mme Anne DAVID

SUJET :

Quels enjeux et réformes pour l'Union européenne de demain ?

LAP
Sem 1
2 S

IPAG
2014/2015
MARDI 02 JUIN 2015
09H – 12H

RATTRAPAGE

1ER SEMESTRE

LAP

HISTOIRE CONTEMPORAINE

Mme Anne DAVID

SUJET :

Le développement durable à l'épreuve de la réalité.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DES TRANSPORTS ET DU LOGEMENT

CONCOURS DE RECRUTEMENT EXTERNE DES INSPECTEURS DU PERMIS DE CONDUIRE ET DE LA SECURITE ROUTIERE

SESSION 2011

Epreuve n° 1

« Rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier portant sur un sujet d'ordre général permettant de vérifier l'aptitude à la compréhension des textes ainsi que les capacités de synthèse et de rédaction des candidats »

(durée : trois heures ; coefficient 2)

RAPPEL : Aucune signature ou signe distinctif ne doivent apparaître dans votre composition sous peine d'exclusion du concours

Ce sujet comporte 51 pages, y compris celle-ci.

Sujet :

Vous êtes affecté dans le service sécurité routière de la préfecture. A l'aide des documents joints, vous rédigerez une note pour le préfet du département qui doit prendre la parole lors d'un colloque sur la question de l'aptitude médicale à la conduite des personnes âgées.

Vous procéderez à un état des lieux sur le sujet (réglementation, recherche médicale, statistiques, situation dans les autres pays européens, opinion publique,...) et vous exposerez les mesures déjà prises et celles envisageables.

Votre devoir ne devra pas excéder 6 pages

DOCUMENTS JOINTS

N° du document	INTITULE DU DOCUMENT	Nombre de pages
1	Le Parisien du 28 septembre 2010 : Enfant renversé par une personne âgée, les parents attaquent l'Etat	1 page
2	Actualité Orange du 28 septembre 2010 : Faut-il imposer des contrôles médicaux aux automobilistes âgés ?	1/2 page
3	Directive 2006/126/CE et son annexe III du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 relative au permis de conduire	14 pages
4	Extraits du code de la route	3 pages
5	Extraits brochure de la prévention routière Mars 2007 : Le médecin et son patient conducteur	6 pages
6	CISR du 18 décembre 2002 - sommaire et extraits du dossier de presse	2 pages
7	CISR du 13 janvier 2004 - sommaire et extraits du dossier de presse	2 pages
8	CISR du 24 décembre 2005 - sommaire et extraits du dossier de presse	2 pages
9	Rapport de l'Académie nationale de médecine en date du 27 janvier 2004 - Contre-indications médicales à la conduite	2 pages
10	Examens médicaux concernant la conduite automobile. État des lieux en Europe - 30 septembre 2009	1 page
11	« La santé et la sécurité routière » Edition DOCIS 7 janvier 2007 Alain DOMONT - Vincent WEHBI. Extrait « pages 27 à 32 » et « pages 34 à 39 »	12 pages
12	Le Monde du 3 décembre 2002 : Un contrôle médical devrait être instauré pour les conducteurs âgés	1/2 page
13	Libération du 19 décembre 2002 : Des examens d'aptitude après 75 ans	1/2 page
14	Le Progrès du 1er décembre 2002 : Permis à vie : l'Europe divisée	1/2 page
15	Définition et compétence du CISR	1/2 page
16	Le Figaro du 18 février 2004 : Les médecins délivreront des « permis de conduire »	1 page
17	Le Figaro du 4 mai 2005 : Abandon du projet de visite médicale obligatoire	1 page

Document n°1 :

le Parisien.fr

SÉCURITÉ ROUTIÈRE.

Enfant renversé par une personne âgée : les parents attaquent l'Etat

Les parents d'un enfant renversé par un octogénaire contestent le fait qu'il puisse rouler de nouveau. Contrairement à d'autres pays, la France n'impose pas de contrôles médicaux aux conducteurs très âgés.

Aymeric RENOU | 28.09.2010, 07h00

Prendre le volant à 70, 80 ou 90 ans... La question des dangers que font encourir, pour elles-mêmes et pour les autres usagers de la route, les personnes âgées au volant revient régulièrement sur le devant de la scène au détour d'accidents, parfois dramatiques, de la circulation. Jeudi, les parents du petit Lucas, renversé en 2006 à l'âge de 3 ans sur un passage clouté à Reims (Marne) par un conducteur octogénaire, sauront quelle suite le tribunal donnera à leur plainte déposée contre l'Etat pour « faute lourde ». Ils accusent les pouvoirs publics d'avoir laissé le chauffard — probablement atteint de la maladie d'Alzheimer — reprendre la route au bout de six mois seulement.

Vue et audition en baisse

Avec les jeunes de 18 ans à 24 ans, les conducteurs de plus de 65 ans sont ceux qui meurent le plus sur nos routes. Réflexes moins aiguisés, vue et audition en baisse, perte des repères, sans compter un Code de la route qui ajoute de nouvelles règles et de nouveaux panneaux tous les six mois difficile pour un automobiliste qui a décroché son permis dans les années 1940 de se sentir à l'aise dans le trafic d'aujourd'hui. A la différence d'autres pays, la France n'a pas encore sauté le pas du contrôle médical pour les conducteurs très âgés. Aux Pays-Bas, le permis de conduire n'est valable que dix ans et son renouvellement, au-delà de 70 ans, exige la présentation d'un certificat médical. Des mesures similaires sont en vigueur au Danemark, en Espagne ou encore en Grande-Bretagne.

En 2002, le ministère des Transports avait pourtant tenté de mettre en place un suivi de l'aptitude à la conduite pour ces usagers de la route. Le projet a fait long feu face aux difficultés d'organiser une visite médicale pour les quelque 600000 conducteurs de plus de 75 ans. Les associations de personnes âgées s'étaient également emportées, estimant que les priver de voiture entraverait leur autonomie. L'Europe pourrait changer la donne dans les années à venir. La mise en place du nouveau permis de conduire européen, d'ici à 2033 au plus tard, prévoit d'étendre la surveillance médicale — déjà obligatoire tous les cinq ans pour les chauffeurs de poids lourds — à l'ensemble des conducteurs.

Son enfant a été renversé par une personne âgée : « Qu'on leur enlève le permis »

Document n°2 :

Actualité Orange - 28 septembre 2010

Faut-il imposer des contrôles médicaux aux automobilistes âgés ?

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses au volant. Actuellement, 8 millions de détenteurs du permis ont plus de 65 ans. Cela représente 20% des 40 millions de permis délivrés en France. Or, la question du contrôle des capacités de conduite des seniors fait à nouveau débat, après la décision de la mère d'un petit garçon d'assigner l'Etat en justice pour faute grave. L'enfant avait été renversé en 2006 par un automobiliste de 86 ans.

A l'appui de sa plainte, cette mère de famille de 32 ans dénonce l'absence de contrôle médical sur les conducteurs âgés. Selon son avocat, Me Emmanuel Ludot, le conducteur ne s'était pas rendu compte de l'accident et des passants témoins de la scène "avaient couru après lui pour qu'il s'arrête. Les policiers avaient confié à ma cliente que l'homme pourrait être atteint de la maladie d'Alzheimer".

Les seniors devraient représenter 32% des Français en 2050, selon le rapport "Suivi des conducteurs âgés" (2004) de Jean-Pascal Assailly, chercheur à l'Institut national de recherches sur les transports et leur sécurité. La Sécurité routière ajoute que les seniors de plus de 65 ans ont représenté 18,6% des tués sur les routes en 2009 (19% en 2008), des chiffres toutefois inférieurs à la mortalité routière des 15/24 ans (25%).

Mais lors d'accidents impliquant des personnes âgées, des voix s'élèvent régulièrement pour imposer des contrôles médicaux aux seniors. Aujourd'hui, seules l'autorité judiciaire ou administrative peut interdire la conduite à l'appui d'une expertise médicale.

En décembre 2002, un Conseil interministériel de sécurité routière avait préconisé un contrôle médical d'aptitude obligatoire pour les seniors, une idée finalement abandonnée par le gouvernement. Le député UMP du Nord Christian Vanneste a rappelé mardi sur France 3 qu'il avait déposé en 2003 un amendement pour un contrôle médical de tous les conducteurs tous les 5 ans. Et tous les 3 ans à partir de 70 ans.

"La conduite n'est pas une affaire d'état civil mais de physiologie et de pathologies", assure le Dr Charles Mercier-Guyon, secrétaire du conseil médical de la Prévention Routière. "Il n'y a pas d'âge limite pour conduire", ajoute ce spécialiste qui dit n'avoir pas vu d'objection à permettre à une... centenaire de conduire.

Antoine Laquet (DioraNews)

Document n°3 :

Directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 relative au permis de conduire (refonte)

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

LE PARLEMENT EUROPÉEN ET LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE,

vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 71,

vu la proposition de la Commission,

vu l'avis du Comité économique et social européen (1),

après consultation du Comité des régions,

statuant conformément à la procédure visée à l'article 251 du traité (2),

considérant ce qui suit:

(1) La directive 91/439/CEE du Conseil du 29 juillet 1991 relative au permis de conduire (3) a été modifiée de façon substantielle à de nombreuses reprises. À l'occasion de nouvelles modifications de ladite directive, il convient, dans un souci de clarté, de procéder à une refonte des dispositions en question.

(2) Les règles relatives aux permis de conduire sont un élément essentiel de la politique commune des transports, contribuent à améliorer la sécurité routière et facilitent la libre circulation des personnes qui transfèrent leur résidence dans un État membre autre que l'État de délivrance du permis. Compte tenu de l'importance des moyens de transport individuels, la possession d'un permis de conduire dûment reconnu par l'État d'accueil favorise la libre circulation et la liberté d'établissement des personnes. Malgré les progrès accomplis en matière d'harmonisation des règles relatives au permis de conduire, des divergences significatives ont subsisté entre les États membres quant aux dispositions concernant la périodicité du renouvellement des permis et les sous-catégories de véhicules, qui exigent une harmonisation plus poussée afin de contribuer à la mise en œuvre des politiques communautaires.

(3) La faculté d'imposer les dispositions nationales en matière de durée de validité, prévue par la directive 91/439/CEE, a pour conséquence la coexistence de règles différentes dans les divers États membres et la circulation de plus de 110 modèles différents de permis de conduire valables dans les États membres. Ceci crée des problèmes de transparence pour les citoyens, les forces de l'ordre et les administrations responsables de la gestion des permis de conduire et conduit à la falsification de documents qui datent parfois de plusieurs décennies.

(4) Afin d'éviter que le modèle unique de permis de conduire européen ne vienne s'ajouter aux 110 modèles déjà en circulation, les États membres devraient prendre toutes les mesures nécessaires pour délivrer ce modèle unique à tous les détenteurs de permis.

(5) La présente directive ne devrait pas porter atteinte aux droits de conduire existants ou obtenus avant sa date d'application.

(6) Les permis de conduire font l'objet d'une reconnaissance mutuelle. Les États membres devraient être en mesure d'appliquer la durée de validité prescrite par la présente directive à un permis délivré par un autre État membre sans limitation de la durée de validité administrative et dont le titulaire réside sur leur territoire depuis plus de deux ans.

(7) L'introduction d'une durée de validité administrative pour les nouveaux permis de conduire devrait permettre d'appliquer, au moment du renouvellement périodique, les mesures anti-falsification les plus récentes ainsi que les examens médicaux ou les autres mesures prévues par les États membres.

(1) JO C 112 du 30.4.2004, p. 34.
(2) Avis du Parlement européen du 23 février 2005 (JO C 304 E du 1.12.2005, p. 202), position commune du Conseil du 18 septembre 2006 (JO C 295 E du 5.12.2006, p. 1)) position du Parlement européen du 14 décembre 2006(non encore parue au Journal officiel) et décision du Conseil du 19 décembre 2006.
(3) JO L 237 du 24.8.1991, p. 1. Directive modifiée en dernier lieu par le règlement (CE) n° 1882/2003 du Parlement européen et du Conseil (JO L 284 du 31.10.2003, p. 1).

(8) Pour répondre à des impératifs de sécurité routière, il convient de fixer les conditions minimales auxquelles le permis de conduire peut être délivré. Il faut procéder à une harmonisation des normes relatives aux examens à subir par les conducteurs et à l'octroi du permis. À cet effet, les connaissances, les aptitudes et les comportements liés à la conduite des automobiles devraient être redéfinis, l'examen de conduite devrait être basé sur ces concepts et les normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite de ces véhicules devraient être redéfinies.

(9) Au moment de la délivrance du permis de conduire et périodiquement par la suite, il conviendrait que les conducteurs d'un véhicule destiné au transport de personnes ou de marchandises apportent la preuve du respect des normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite. Ces contrôles réguliers, effectués conformément aux dispositions nationales relatives au respect des normes minimales, contribueront à la libre circulation des personnes, permettront d'éviter les distorsions de concurrence et prendront mieux en compte la responsabilité spécifique des conducteurs de ces véhicules. Les États membres devraient pouvoir imposer des examens médicaux afin de garantir le respect des normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite d'autres automobiles. Pour des raisons de transparence, ces examens doivent coïncider avec un renouvellement du permis de conduire et donc être déterminés par la durée de validité du permis.

(10) Il est nécessaire de renforcer davantage le principe de l'accès progressif aux catégories de véhicules à deux roues, ainsi qu'aux catégories de véhicules destinés au transport de personnes ou de marchandises.

(11) Toutefois, les États membres devraient être autorisés, afin de renforcer encore la sécurité routière, à relever l'âge minimum requis pour conduire certaines catégories de véhicules; dans des circonstances exceptionnelles, ils devraient être autorisés à abaisser l'âge minimum requis, pour pouvoir tenir compte de situations nationales particulières.

(12) Les définitions des catégories devraient refléter davantage les caractéristiques techniques des véhicules concernés ainsi que les aptitudes nécessaires à la conduite des véhicules.

(13) L'introduction d'une catégorie de permis de conduire pour les cyclomoteurs renforcera, en particulier, la sécurité routière en ce qui concerne les plus jeunes conducteurs qui, d'après les statistiques, sont les plus touchés par les accidents de la route.

(14) Il convient d'arrêter des dispositions spécifiques pour favoriser l'accès des personnes physiquement handicapées à la conduite des véhicules.

(15) Il convient, pour des raisons en rapport avec la sécurité routière, que les États membres puissent appliquer leurs dispositions nationales en matière de retrait, de suspension, de renouvellement et d'annulation du permis de conduire à tout titulaire de permis ayant transféré sa résidence normale sur leur territoire.

(16) Le modèle de permis de conduire tel que défini par la directive 91/439/CEE devrait être remplacé par un modèle unique ayant la forme d'une carte plastique. En même temps, ce modèle de permis de conduire nécessite une adaptation en raison de l'introduction d'une nouvelle catégorie de permis de conduire pour les cyclomoteurs et d'une nouvelle catégorie de permis de conduire pour les motocycles.

(17) L'introduction d'un microprocesseur optionnel dans le nouveau modèle de permis de conduire sous forme de carte plastifiée devrait permettre aux États membres d'améliorer encore le niveau de protection contre la fraude. Les États membres devraient avoir la possibilité d'inclure des données nationales dans le microprocesseur à condition que cela n'interfère pas avec les données généralement accessibles. Les prescriptions techniques du microprocesseur devraient être fixées par la Commission, assistée par le comité pour le permis de conduire.

(18) Des normes minimales concernant l'accès à la profession d'examinateur et les exigences auxquelles doivent satisfaire les examinateurs en matière de formation devraient être déterminées, afin d'améliorer les connaissances et les aptitudes des examinateurs, ce qui permet une évaluation plus objective des personnes demandant un permis de conduire et opère une plus grande harmonisation des examens de conduite.

(19) Il convient de permettre à la Commission de procéder à l'adaptation au progrès scientifique et technique des annexes I à VI.

(20) Il y a lieu d'arrêter les mesures nécessaires pour la mise en œuvre de la présente directive en conformité avec la décision 1999/468/CE du Conseil du 28 juin 1999 fixant les modalités de l'exercice des compétences d'exécution conférées à la Commission [1].

(21) Il convient en particulier d'habiliter la Commission à établir les critères nécessaires pour l'application de la présente directive. Ces mesures ayant une portée générale et ayant pour objet de modifier des éléments non essentiels de la présente directive, elles doivent être arrêtées selon la procédure de réglementation avec contrôle prévue à l'article 5 bis de la décision 1999/468/CE.

[1] JO L 184 du 17.7.1999, p. 23. Décision modifiée par la décision 2006/512/CE (JO L 200 du 22.7.2006, p. 11).

(22) Étant donné que les objectifs de la présente directive ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison de leurs dimensions et de leurs effets, être mieux réalisés au niveau communautaire, la Communauté peut prendre des mesures, conformément au principe de subsidiarité consacré à l'article 5 du traité. Conformément au principe de proportionnalité tel qu'énoncé audit article, la présente directive n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre ces objectifs.

(23) La présente directive ne devrait pas porter atteinte aux obligations des États membres concernant les délais de transposition en droit national et d'application des directives indiquées à l'annexe VII, partie B,

ONT ARRÊTÉ LA PRÉSENTE DIRECTIVE:

Article premier

Modèle de permis

1. Les États membres établissent le permis de conduire national d'après le modèle communautaire figurant à l'annexe I, conformément aux dispositions de la présente directive. Le signe distinctif de l'État membre délivrant le permis figure dans l'emblème dessiné à la page 1 du modèle communautaire de permis de conduire.

2. Sans préjudice des règles relatives à la protection des données, les États membres peuvent introduire dans le permis de conduire un support de mémoire (microprocesseur) à partir du moment où les prescriptions concernant le microprocesseur prévues à l'annexe I, lesquelles visent à modifier des éléments non essentiels de la présente directive en la complétant, ont été fixées par la Commission conformément à la procédure visée à l'article 9, paragraphe 2. Ces prescriptions prévoient une homologation CE, qui ne pourra être accordée que lorsque la capacité à résister aux tentatives de manipulation ou d'altération de données aura été démontrée.

3. Le microprocesseur intègre les données harmonisées relatives au permis de conduire précisées à l'annexe I.

Après avoir consulté la Commission, les États membres peuvent stocker des données supplémentaires à condition que la mise en œuvre de la présente directive ne s'en trouve aucunement perturbée.

Conformément à la procédure visée à l'article 9, paragraphe 2, la Commission peut modifier l'annexe I afin de garantir une interopérabilité future.

4. Après accord de la Commission, les États membres peuvent apporter au modèle figurant à l'annexe I les aménagements nécessaires au traitement par ordinateur du permis de conduire.

Article 2

Reconnaissance mutuelle

1. Les permis de conduire délivrés par les États membres sont mutuellement reconnus.

2. Lorsque le titulaire d'un permis de conduire national valable mais dépourvu de la durée de validité administrative exposée à l'article 7, paragraphe 2, a transféré sa résidence normale dans un État membre autre que celui qui a délivré le permis, l'État membre d'accueil peut appliquer audit permis les durées de validité administrative figurant audit article en renouvelant le permis, après l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date à laquelle le titulaire a transféré sa résidence normale sur le territoire de cet État.

Article 3

Mesures contre la falsification

1. Les États membres prennent toutes les mesures nécessaires pour éviter les risques de falsification des permis de conduire, y compris pour les modèles de permis délivrés avant l'entrée en vigueur de la présente directive. Ils en informent la Commission.

2. Le matériau utilisé pour le permis de conduire, décrit à l'annexe I, est protégé contre les falsifications en application des spécifications visant à modifier des éléments non essentiels de la présente directive en la complétant, qui doivent être établies par la Commission conformément à la procédure visée à l'article 9, paragraphe 2. Les États membres ont la faculté d'introduire des éléments de sécurité supplémentaires.

3. Les États membres veillent à ce que, au plus tard le 19 janvier 2033, tous les permis de conduire délivrés ou en circulation remplissent toutes les exigences prévues par la présente directive.

Article 4

Catégories, définitions et âges minimums

1. Le permis de conduire prévu à l'article 1er autorise la conduite des véhicules à moteur des catégories définies ci-après. Il peut être délivré à partir de l'âge minimum indiqué pour chaque catégorie. Le terme «véhicule à moteur» désigne tout véhicule pourvu d'un moteur de propulsion et circulant sur route par ses moyens propres à l'exception des véhicules qui se déplacent sur rails.

2. Cyclomoteurs:

(catégorie AM)

— véhicules à deux roues ou à trois roues ayant une vitesse maximale par construction ne dépassant pas 45 km/h, tels que définis à l'article 1er, paragraphe 2, point a), de la directive 2002/24/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 mars 2002 relative à la réception des véhicules à moteur à deux ou trois roues (1) (à l'exclusion de ceux ayant une vitesse maximale par construction inférieure ou égale à 25 km/h), et quadricycles légers tels que définis à l'article 1er, paragraphe 3, point a), de la directive 2002/24/CE;

— l'âge minimum pour la catégorie AM est fixé à 16 ans.

3. Motocycles avec ou sans side-car et tricycles à moteur:

— le terme «motocycle» désigne les véhicules à deux roues avec ou sans side-car, tels que définis à l'article 1er, paragraphe 2, point b), de la directive 2002/24/CE;

— les termes «tricycle à moteur» désignent les véhicules munis de trois roues symétriques, tels que définis à l'article 1er, paragraphe 2, point c), de la directive 2002/24/CE;

a) catégorie A1:

— motocycles d'une cylindrée maximale de 125 centimètres cubes, d'une puissance maximale de 11 kW et avec un rapport puissance/poids ne dépassant pas 0,1 kW/kg;

— tricycles à moteur d'une puissance ne dépassant pas 15 kW;

— l'âge minimum pour la catégorie A1 est fixé à 16 ans;

b) catégorie A 2:

— motocycles d'une puissance maximale de 35 kW, avec un rapport puissance/poids ne dépassant pas 0,2 kW/kg et n'étant pas dérivés d'un véhicule développant plus du double de sa puissance;

— l'âge minimum pour la catégorie A2 est fixé à 18 ans;

c) catégorie A:

i) motocycles

— l'âge minimum pour la catégorie A est fixé à 20 ans. Toutefois, un minimum de deux ans d'expérience de conduite de motocycles sous couvert d'un permis A2 est nécessaire avant de pouvoir conduire des motocycles de la présente catégorie. Cette exigence d'expérience antérieure peut être écartée si le candidat est âgé de 24 ans au moins;

ii) tricycles à moteur d'une puissance supérieure à 15 kW

— l'âge minimum en ce qui concerne les tricycles à moteur d'une puissance supérieure à 15 kW est fixé à 21 ans.

4. Automobiles:

— le terme «automobile» désigne tout véhicule à moteur servant normalement au transport sur route de personnes ou de marchandises ou à la traction sur route des véhicules utilisés pour le transport des personnes ou de marchandises. Ce terme englobe les trolleybus, c'est-à-dire les véhicules reliés à une ligne électrique et ne circulant pas sur rails. Il n'englobe pas les tracteurs agricoles ou forestiers;

— les termes «tracteur agricole ou forestier» désignent tout véhicule à moteur, à roues ou à chenilles, ayant au moins deux essieux, dont la fonction réside essentiellement dans sa puissance de traction, qui est spécialement conçu pour tirer, pousser, porter ou actionner certains outils, machines ou remorques destinés à l'emploi dans l'exploitation agricole ou forestière et dont l'utilisation pour le transport sur route de personnes ou de marchandises ou pour la traction sur route de véhicules utilisés pour le transport de personnes ou de marchandises n'est qu'accessoire;

a) catégorie B1:

— quadricycles, tels que définis à l'article 1er, paragraphe 3, point b), de la directive 2002/24/CE;

— l'âge minimum pour la catégorie B1 est fixé à 16 ans;

— la catégorie B1 est facultative: dans les États membres qui ne prévoient pas cette catégorie de permis de conduire, un permis de conduire de catégorie B est exigé pour ces véhicules;

b) catégorie B:

Les automobiles dont la masse maximale autorisée n'excède pas 3 500 kg et conçues et construites pour le transport de huit passagers au maximum, outre le conducteur; une remorque dont la masse maximale autorisée ne dépasse pas 750 kg peut être attelée aux automobiles de cette catégorie.

Sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, une remorque dont la masse maximale autorisée dépasse 750 kg peut être attelée aux automobiles de cette catégorie, sous réserve que la masse maximale autorisée de cet ensemble ne dépasse pas 4 250 kg. Si cet ensemble dépasse 3 500 kg, les États membres, conformément aux dispositions de l'annexe V, exigent qu'il puisse être conduit uniquement:

— après une formation, ou

— après la réussite d'une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements.

(1) JO L 124 du 9.5.2002, p. 1. Directive modifiée en dernier lieu par la directive 2005/30/CE de la Commission (JO L 106 du 27.4.2005, p. 17).

Les États membres peuvent également exiger à la fois une formation et la réussite d'une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements.

Les États membres indiquent l'habilitation à conduire un tel ensemble sur le permis de conduire au moyen du code communautaire correspondant.

L'âge minimum pour la catégorie B est fixé à 18 ans;

c) catégorie BE:

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur de la catégorie B ainsi que d'une remorque ou semi-remorque dont la masse maximale autorisée n' excède pas 3 500 kg;

— l'âge minimum pour la catégorie BE est fixé à 18 ans;

d) catégorie C1:

automobiles autres que celles des catégories D1 ou D dont la masse maximale autorisée excède 3 500 kg sans dépasser 7 500 kg et qui sont conçues et construites pour le transport de huit passagers au maximum outre le conducteur; aux automobiles de cette catégorie peut être attelée une remorque dont la masse maximale autorisée n'excède pas 750 kg;

e) catégorie C1E:

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur rentrant dans la catégorie C 1 ainsi que d'une remorque ou semi-remorque dont la masse maximale autorisée excède 750 kg, sous réserve que la masse autorisée de l'ensemble n'excède pas 12 000 kg;

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur rentrant dans la catégorie B et d'une remorque ou semi-remorque dont la masse autorisée excède 3 500 kg, sous réserve que la masse autorisée de l'ensemble n'excède pas 12 000 kg;

— l'âge minimum est fixé à 18 ans pour les catégories C1 et C1E, sans préjudice des dispositions relatives à la conduite de ces véhicules figurant dans la directive 2003/59/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 relative à la qualification initiale et à la formation continue des conducteurs de certains véhicules routiers affectés au transport de marchandises ou de voyageurs (1);

f) catégorie C:

automobiles autres que celles des catégories D1 ou D, dont la masse maximale autorisée excède 3 500 kg et qui sont conçues et construites pour le transport de huit passagers au maximum outre le conducteur; aux automobiles de la présente catégorie peut être attelée une remorque dont la masse maximale autorisée n'excède pas 750 kg;

g) catégorie CE:

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur rentrant dans la catégorie C et d'une remorque ou semi-remorque dont la masse maximale autorisée excède 750 kg;

— l'âge minimum est fixé à 21 ans pour les catégories C et CE, sans préjudice des dispositions relatives à la conduite de ces véhicules figurant dans la directive 2003/59/CE;

h) catégorie D1:

automobiles conçues et construites pour le transport d'au maximum 16 passagers outre le conducteur et ayant une longueur maximale de huit mètres au maximum; aux automobiles de cette catégorie peut être attelée une remorque dont la masse maximale autorisée n'excède pas 750 kg;

i) catégorie D1E:

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur rentrant dans la catégorie D1 et d'une remorque dont la masse maximale autorisée excède 750 kg;

— l'âge minimum est fixé à 21 ans pour les catégories D1 et D1E, sans préjudice des dispositions relatives à la conduite de ces véhicules figurant dans la directive 2003/59/CE;

j) catégorie D:

automobiles conçues et construites pour le transport de plus de huit passagers outre le conducteur; aux automobiles que l'on peut conduire avec un permis de la catégorie D peut être attelée une remorque dont la masse maximale autorisée n'excède pas 750 kg;

k) catégorie DE:

— sans préjudice des dispositions relatives aux règles d'homologation des véhicules concernés, ensembles de véhicules couplés composés d'un véhicule tracteur rentrant dans la catégorie D et d'une remorque dont la masse maximale autorisée excède 750 kg;

(1) JO L 226 du 10.9.2003, p. 4. Directive modifiée par la directive 2004/66/CE du Conseil (JO L 168 du 1.5.2004, p. 35).

— l'âge minimum est fixé à 24 ans pour les catégories D et DE, sans préjudice des dispositions relatives à la conduite de ces véhicules figurant dans la directive 2003/59/CE;

5. Après accord de la Commission, les États membres peuvent exclure de l'application du présent article certains types spécifiques de véhicules à moteur tels que les véhicules spéciaux pour personnes handicapées.

Les États membres peuvent exclure de l'application de la présente directive les véhicules utilisés par les forces armées ou la défense civile ou qui sont sous le contrôle de celles-ci.

6. Les États membres peuvent relever ou abaisser l'âge minimum requis pour la délivrance d'un permis de conduire:

a) pour la catégorie AM, cet âge peut être abaissé à 14 ans ou relevé au maximum à 18 ans;

b) pour la catégorie B1, il peut être relevé au maximum à 18 ans;

c) pour la catégorie A1, il peut être relevé au maximum à 17 ou à 18 ans,

— si deux ans séparent l'âge minimum pour la catégorie A1 et l'âge minimum pour la catégorie A2, et

— un minimum de deux ans d'expérience de conduite de motocycles de la catégorie A2 est exigé avant de pouvoir conduire des motocycles de la catégorie A, comme indiqué à l'article 4, paragraphe 3, point c) i);

d) pour les catégories B et BE, cet âge peut être abaissé à 17 ans.

Les États membres peuvent abaisser l'âge minimum requis à 18 ans pour la catégorie C et à 21 ans pour la catégorie D en ce qui concerne:

a) les véhicules utilisés par les services d'incendie et ceux utilisés pour le maintien de l'ordre public;

b) les véhicules soumis à un essai sur route à des fins de réparation ou d'entretien.

Les permis de conduire délivrés à des personnes d'un âge inférieur à celui prévu aux paragraphes 2 à 4 conformément au présent paragraphe ne sont valables que sur le territoire de l'État membre qui les a délivrés, tant que le titulaire du permis n'a pas atteint l'âge minimum prévu aux paragraphes 2 à 4.

Les États membres peuvent reconnaître la validité sur leur territoire de permis de conduire délivrés à des conducteurs n'ayant pas atteint l'âge minimum prévu aux paragraphes 2 à 4.

Article 5

Conditions et restrictions

1. Le permis de conduire porte mention des conditions dans lesquelles le conducteur est habilité à conduire.

2. Si, pour cause de handicap physique, la conduite n'est autorisée que pour certains types de véhicules ou pour des véhicules adaptés, l'épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements prévue à l'article 7 est réalisée sur un tel véhicule.

Article 6

Progressivité et équivalences entre catégories

1. La délivrance du permis de conduire est subordonnée aux conditions suivantes:

a) le permis pour les catégories C1, C, D1 et D ne peut être délivré qu'aux conducteurs déjà autorisés à conduire des véhicules de la catégorie B;

b) le permis pour les catégories BE, C1E, CE, D1E et DE ne peut être délivré qu'aux conducteurs déjà autorisés respectivement à conduire des véhicules des catégories B, C1 C, D1 et D.

2. La validité du permis de conduire est fixée comme suit:

a) les permis délivrés pour les catégories C1E, CE, D1E ou DE sont valables pour les ensembles de véhicules couplés de la catégorie BE;

b) les permis délivrés pour la catégorie CE sont valables pour la catégorie DE tant que leurs titulaires sont autorisés à conduire des véhicules de la catégorie D;

c) les permis délivrés pour les catégories CE et DE sont valables pour les ensembles de véhicules couplés des catégories C1E et D1E respectivement;

d) les permis délivrés pour toute catégorie sont valables pour les véhicules de la catégorie AM. Toutefois, pour les permis de conduire délivrés sur son territoire, un État membre peut limiter les équivalences de la catégorie AM aux catégories A1, A2 et A, si ledit État membre subordonne l'obtention d'un permis de catégorie AM à la réussite d'un examen de conduite;

e) les permis délivrés pour la catégorie A2 sont également valables pour la catégorie A1;

f) les permis délivrés pour les catégories A, B, C ou D sont valables respectivement pour les catégories A1, A2, B1, C1 ou D1.

3. Les États membres peuvent accorder, pour la conduite sur leur territoire, les équivalences suivantes:

a) tricycles à moteur sous couvert d'un permis de catégorie B, pour les tricycles à moteur d'une puissance dépassant 15 kW, à condition que le titulaire du permis de catégorie B soit âgé d'au moins 21 ans;

b) motocycles de la catégorie A1 sous couvert d'un permis de catégorie B.

Le présent paragraphe n'étant valable que sur leur territoire, les États membres n'indiquent pas sur le permis de conduire que le titulaire est habilité à conduire ces véhicules.

4. Les États membres peuvent, après avoir consulté la Commission, autoriser la conduite sur leur territoire:

a) de véhicules de la catégorie D1 (d'une masse maximale autorisée de 3 500 kg n'incluant pas les équipements spécialisés destinés au transport de passagers handicapés) par les conducteurs âgés de plus de 21 ans et détenteurs, depuis deux ans au moins, d'un permis de conduire de catégorie B, à condition que ces véhicules soient utilisés à des fins sociales par des entités non commerciales et que le conducteur fournisse ses services à titre bénévole;

b) de véhicules d'une masse maximale autorisée supérieure à 3 500 kg par les conducteurs âgés de plus de 21 ans et détenteurs, depuis deux ans au moins, d'un permis de conduire de catégorie B, à condition que ces véhicules soient essentiellement destinés à être utilisés, à l'arrêt, à des fins d'instruction ou de récréation, qu'ils soient utilisés à des fins sociales par des entités non commerciales et qu'ils aient été modifiés de façon à ne pas pouvoir être utilisés pour le transport de plus de neuf personnes ni pour le transport de biens de toute nature autres que ceux absolument nécessaires à l'utilisation qui leur a été assignée.

Article 7

Délivrance, validité et renouvellement

1. Le permis de conduire est uniquement délivré aux demandeurs qui:

a) ont réussi une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements et une épreuve de contrôle des connaissances et qui répondent à des normes médicales, conformément aux dispositions des annexes II et III;

b) ont réussi seulement une épreuve théorique en ce qui concerne la catégorie AM; les États membres peuvent imposer aux demandeurs la réussite d'une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements et un examen médical pour cette catégorie.

Pour les tricycles et les quadricycles qui relèvent de cette catégorie, les États membres peuvent imposer une épreuve spécifique de contrôle des aptitudes et des comportements. Afin de distinguer entre les véhicules de la catégorie AM, un code national peut être inscrit sur le permis de conduire;

c) ont réussi seulement une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements ou ont suivi une formation conformément à l'annexe VI, pour ce qui concerne la catégorie A2 ou la catégorie A, à condition d'avoir acquis un minimum de deux ans d'expérience dans la conduite d'un motocycle de catégorie A1 ou de catégorie A2 respectivement;

d) ont suivi une formation ou ont réussi une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements ou ont suivi une formation et réussi une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements conformément à l'annexe V pour ce qui concerne la catégorie B pour la conduite d'un ensemble de véhicules couplés tel que défini à l'article 4, paragraphe 4, point b), deuxième alinéa;

e) ont leur résidence normale sur le territoire de l'État membre délivrant le permis de conduire ou peuvent prouver qu'ils y font des études depuis 6 mois au moins.

2. a) À partir du 19 janvier 2013, les permis délivrés par les États membres pour les catégories AM, A1, A2, A, B, B1 et BE ont une validité administrative de dix ans.

Un État membre peut décider que les permis qu'il délivre pour ces catégories ont une validité administrative pouvant aller jusqu'à quinze ans.

b) À partir du 19 janvier 2013, les permis délivrés par les États membres pour les catégories C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 et D1E ont une validité administrative de cinq ans.

c) Le renouvellement d'un permis de conduire peut provoquer le commencement d'une nouvelle période de validité administrative pour une ou plusieurs autres catégories de véhicules que le titulaire du permis est autorisé à conduire, dans la mesure où cela est conforme aux conditions énoncées dans la présente directive.

d) La présence d'un microprocesseur conformément à l'article 1er n'est pas une condition de validité d'un permis de conduire. La perte ou l'illisibilité d'un microprocesseur, ou tout autre dommage subi par celui-ci, n'a aucun effet sur la validité du document.

3. Le renouvellement du permis de conduire au moment où sa validité administrative vient à échéance est subordonné aux conditions suivantes:

a) la continuation du respect des normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite telles qu'exposées à l'annexe III pour les permis de conduire des catégories C, CE, C1, C1 E, D, DE, D1 et D1E; et

b) la résidence normale sur le territoire de l'État membre délivrant le permis de conduire ou l'administration de la preuve que le demandeur y fait des études depuis 6 mois au moins.

Les États membres peuvent imposer, lors du renouvellement des permis de conduire des catégories AM, A, A1, A2, B, B1 et BE, un contrôle des normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite telles qu'exposées à l'annexe III.

Les États membres peuvent limiter la durée de validité administrative, telle que définie au paragraphe 2, des permis de conduire délivrés aux conducteurs novices pour toute catégorie, afin d'appliquer des mesures spécifiques à ces conducteurs, dans le but d'améliorer la sécurité routière.

Les États membres peuvent limiter la durée de validité administrative du premier permis délivré aux conducteurs novices pour les catégories C et D à trois ans, afin de pouvoir appliquer des mesures spécifiques à ces conducteurs, dans le but d'améliorer leur sécurité sur la route.

Les États membres peuvent limiter la durée de validité administrative, telle que définie au paragraphe 2, de permis de conduire dans des cas individuels pour toute catégorie s'il est jugé nécessaire d'augmenter la fréquence des contrôles médicaux ou d'appliquer d'autres mesures spécifiques telles que des restrictions visant les auteurs d'infractions routières.

Les États membres peuvent réduire la durée de validité administrative, telle que définie au paragraphe 2, des permis de conduire dont les titulaires résident sur leur territoire et sont âgés de 50 ans révolus afin d'augmenter la fréquence des contrôles médicaux ou d'appliquer d'autres mesures spécifiques telles que des cours de remise à niveau. Cette durée réduite de validité administrative ne peut être appliquée qu'à l'occasion du renouvellement du permis de conduire.

4. Sans préjudice des lois pénales et de police nationales, les États membres peuvent appliquer à la délivrance du permis de conduire, après consultation de la Commission, les dispositions de leur réglementation nationale concernant des conditions autres que celles visées par la présente directive.

5. a) Aucune personne ne peut être titulaire de plus d'un permis de conduire.

b) Les États membres refusent de délivrer un permis s'ils constatent que la personne qui en fait la demande détient déjà un permis de conduire.

c) Les États membres prennent les mesures nécessaires à l'application du point b). Les mesures nécessaires concernant la délivrance, le remplacement, le renouvellement ou l'échange d'un permis de conduire consistent à vérifier auprès des autres États membres si l'intéressé est déjà titulaire d'un autre permis de conduire lorsqu'il existe des motifs raisonnables de le soupçonner.

d) Pour faciliter les vérifications prévues au point b), les États membres utilisent le réseau des permis de conduire de l'Union européenne, lorsque ce dernier sera opérationnel.

Sans préjudice de l'article 2, l'État membre qui délivre un permis fait diligence en vue de s'assurer que l'intéressé remplit les conditions prévues au paragraphe 1 du présent article et applique ses dispositions nationales en matière d'annulation ou de retrait du droit de conduire s'il est établi qu'un permis a été délivré sans que ces conditions aient été respectées.

Article 8

Adaptation au progrès scientifique et technique

Les modifications nécessaires pour adapter les annexes I à VI au progrès scientifique et technique sont adoptées selon la procédure visée à l'article 9, paragraphe 2.

Article 9

Comité

1. La Commission est assistée par le comité pour le permis de conduire.

2. Dans le cas où il est fait référence au présent paragraphe, les articles 5 et 7 de la décision 1999/468/CE s'appliquent, dans le respect des dispositions de l'article 8 de celle-ci.

Article 10

Examinateurs

À compter de l'entrée en vigueur de la présente directive, les examinateurs répondent aux normes minimales exposées à l'annexe IV.

Les examinateurs exerçant déjà cette fonction avant le 19 janvier 2013 sont uniquement soumis aux exigences en matière d'assurance de la qualité et de formation continue régulière.

Article 11

Dispositions diverses relatives à l'échange, au retrait, au remplacement et à la reconnaissance des permis de conduire

1. Dans le cas où le titulaire d'un permis de conduire national valable délivré par un État membre a établi sa résidence normale dans un autre État membre, il peut demander l'échange de son permis de conduire contre un permis équivalent. Il appartient à l'État membre qui procède à l'échange de vérifier pour quelle catégorie le permis présenté est effectivement encore valable.

2. Sous réserve du respect du principe de territorialité des lois pénales et de police, l'État membre où est située la résidence normale peut appliquer au titulaire d'un permis de conduire délivré par un autre État membre ses dispositions nationales concernant la restriction, la suspension, le retrait ou l'annulation du droit de conduire et, si nécessaire, procéder à ces fins à l'échange de ce permis.

3. L'État membre qui procède à l'échange renvoie l'ancien permis aux autorités de l'État membre qui l'a délivré et communique les motifs de cette action.

4. Un État membre refuse de délivrer un permis de conduire à un demandeur dont le permis de conduire fait l'objet d'une restriction, d'une suspension ou d'un retrait dans un autre État membre.

Un État membre refuse de reconnaître, à une personne dont le permis de conduire fait l'objet, sur son territoire, d'une restriction, d'une suspension ou d'un retrait, la validité de tout permis de conduire délivré par un autre État membre.

Un État membre peut également refuser de délivrer un permis de conduire à un demandeur dont le permis a fait l'objet d'une annulation dans un autre État membre.

5. Le remplacement d'un permis de conduire faisant suite notamment à une perte ou à un vol peut seulement être obtenu auprès des autorités compétentes de l'État membre où le titulaire a sa résidence normale; celles-ci procèdent au remplacement sur la base des renseignements qu'elles détiennent ou, s'il y a lieu, d'une attestation des autorités compétentes de l'État membre ayant délivré le permis initial.

6. Lorsqu'un État membre échange un permis de conduire délivré par un pays tiers contre un permis de conduire de modèle communautaire, mention en est faite sur ce dernier ainsi que de tout renouvellement ou remplacement ultérieur.

Cet échange ne peut être effectué que si le permis délivré par un pays tiers a été remis aux autorités compétentes de l'État membre qui procède à l'échange. En cas de transfert de la résidence normale du titulaire de ce permis dans un autre État membre, ce dernier pourra ne pas appliquer le principe de la reconnaissance mutuelle exposé à l'article 2.

Article 12

Résidence normale

Aux fins de l'application de la présente directive, on entend par «résidence normale» le lieu où une personne demeure habituellement, c'est-à-dire pendant au moins 185 jours par année civile, en raison d'attaches personnelles et professionnelles, ou, dans le cas d'une personne sans attaches professionnelles, en raison d'attaches personnelles révélant des liens étroits entre elle-même et l'endroit où elle demeure.

Toutefois, la résidence normale d'une personne dont les attaches professionnelles sont situées dans un lieu différent de celui de ses attaches personnelles et qui, de ce fait, est amenée à séjourner alternativement dans les lieux différents situés dans deux ou plusieurs États membres est censée se situer au lieu de ses attaches personnelles, à condition qu'elle y retourne régulièrement. Cette dernière condition n'est pas requise lorsque la personne demeure dans un État membre pour l'exécution d'une mission d'une durée déterminée. La fréquentation d'une université ou d'une école n'implique pas le transfert de la résidence normale.

Article 13

Équivalences entre permis de modèle non communautaire

1. Après accord de la Commission, les États membres établissent les équivalences entre les droits acquis avant la mise en œuvre de la présente directive et les catégories définies à l'article 4.

Après consultation de la Commission, les États membres peuvent apporter à leur législation nationale les aménagements nécessaires à la mise en œuvre des dispositions de l'article 11, paragraphes 4, 5 et 6.

2. Aucun droit de conduire délivré avant le 19 janvier 2013 n'est supprimé ou assorti de restrictions quelconques aux termes des dispositions de la présente directive.

Article 14

Évaluation

La Commission fait rapport sur la mise en œuvre de la présente directive, y compris sur son impact sur la sécurité routière, au plus tôt le 19 janvier 2018.

Article 15

Assistance mutuelle

Les États membres s'assistent mutuellement dans la mise en œuvre de la présente directive et échangent des informations sur les permis qu'ils ont délivrés, échangés, remplacés, renouvelés ou retirés. Ils utilisent le réseau des permis de conduire de l'Union européenne établi à cet effet, lorsque ce réseau sera opérationnel.

Article 16

Transposition

1. Les États membres adoptent et publient, au plus tard le 19 janvier 2011, les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer à l'article 1er, paragraphe 1, à l'article 3, à l'article 4, paragraphes 1, 2 et 3, et paragraphe 4, points b) à k), à l'article 6, paragraphe 1, et paragraphe 2, points a), c), d) et e), à l'article 7, paragraphe 1, points b), c) et d), et paragraphes 2, 3 et 5, à l'article 8, à l'article 10, à l'article 13, à l'article 14, à l'article 15, ainsi qu'à l'annexe I, point 2, à l'annexe II, point 5.2 en ce qui concerne les catégories A1, A2 et A, et aux annexes IV, V et VI. Ils communiquent immédiatement le texte de ces dispositions à la Commission.

2. Ils appliquent ces dispositions à partir du 19 janvier 2013.

3. Lorsque les États membres adoptent ces dispositions, celles-ci contiennent une référence à la présente directive ou sont accompagnées d'une telle référence lors de leur publication officielle. Elles contiennent également une mention précisant que les références faites, dans les dispositions législatives, réglementaires et administratives en vigueur, à la directive abrogée par la présente directive s'entendent comme faites à la présente directive. Les modalités de cette référence, et sa formulation, sont arrêtées par les États membres.

4. Les États membres communiquent à la Commission le texte des dispositions essentielles de droit interne qu'ils adoptent dans le domaine régi par la présente directive.

Article 17

Abrogation

La directive 91/439/CEE est abrogée avec effet au 19 janvier 2013, sans préjudice des obligations des États membres en ce qui concerne les délais de transposition en droit national de cette directive indiqués à l'annexe VII, partie B.

L'article 2, paragraphe 4, de la directive 91/439/CEE est abrogé avec effet au 19 janvier 2007.

Les références faites à la directive abrogée s'entendent comme faites à la présente directive et sont à lire selon le tableau de correspondance figurant à l'annexe VIII.

Article 18

Entrée en vigueur

La présente directive entre en vigueur le vingtième jour suivant celui de sa publication au *Journal officiel de l'Union européenne*.

L'article 2, paragraphe 1, l'article 5, l'article 6, paragraphe 2, point b), l'article 7, paragraphe 1, point a), l'article 9, l'article 11, paragraphes 1, 3, 4, 5 et 6, l'article 12 ainsi que les annexes I, II et III sont applicables à partir du 19 janvier 2009.

Article 19

Destinataires

Les États membres sont destinataires de la présente directive.

Fait à Bruxelles, le 20 décembre 2006.

Par le Parlement européen	*Par le Conseil*
Le président	*Le président*
J. BORRELL FONTELLES	J. KORKEAOJA

ANNEXE III

NORMES MINIMALES CONCERNANT L'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE À MOTEUR

DÉFINITIONS

1. Aux fins de la présente annexe, les conducteurs sont classés en deux groupes:

1.1. groupe 1:

conducteurs de véhicules des catégories A, A1, A2 AM B, B 1 et BE.

1.2. groupe 2:

conducteurs de véhicules des catégories C, CE, C1, C1E, D, DE, D 1 et D1E.

1.3. La législation nationale pourra prévoir des dispositions en vue d'appliquer aux conducteurs de véhicules relevant de la catégorie B et utilisant leur permis de conduire dans un but professionnel (taxis, ambulances, etc.), les dispositions prévues par la présente annexe pour les conducteurs du groupe 2.

2. Par analogie, les candidats à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire sont classés dans le groupe auquel ils appartiendront une fois le permis délivré ou renouvelé.

EXAMENS MÉDICAUX

3. Groupe 1:

Les candidats doivent faire l'objet d'un examen médical s'il apparaît, lors de l'accomplissement des formalités requises, ou au cours des épreuves qu'ils sont tenus de subir avant d'obtenir un permis, qu'ils sont atteints d'une ou de plusieurs des incapacités mentionnées dans la présente annexe.

4. Groupe 2:

Les candidats doivent faire l'objet d'un examen médical avant la délivrance initiale d'un permis et, par la suite, les conducteurs sont contrôlés conformément au système national en vigueur dans l'État membre de résidence normale où a lieu le renouvellement de leur permis de conduire.

5. Les États membres pourront exiger, lors de la délivrance ou de tout renouvellement ultérieur d'un permis de conduire, des normes plus sévères que celles mentionnées dans la présente annexe.

VISION

6. Tout candidat à un permis de conduire devra subir les investigations appropriées pour s'assurer qu'il a une acuité visuelle compatible avec la conduite des véhicules à moteur. S'il y a une raison de penser que le candidat n'a pas une vision adéquate, il devra être examiné par une autorité médicale compétente. Lors de cet examen, l'attention devra porter notamment sur l'acuité visuelle, le champ visuel, la vision crépusculaire et les maladies oculaires progressives.

Les lentilles intraoculaires ne sont pas à considérer comme des verres correcteurs aux fins de la présente annexe.

Groupe 1:

6.1. Tout candidat à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire doit avoir une acuité visuelle binoculaire, avec correction optique s'il y a lieu, d'au moins à 0,5 en utilisant les deux yeux ensemble. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé s'il s'avère, lors de l'examen médical, que le champ visuel est inférieur à 120° sur le plan horizontal sauf cas exceptionnel dûment justifié par un avis médical favorable et un test pratique positif ou que l'intéressé est atteint d'une autre affection de la vue de nature à mettre en cause la sûreté de sa conduite. Si une maladie oculaire progressive est déclarée, le permis de conduire pourra être délivré ou renouvelé sous réserve d'un examen périodique pratiqué par une autorité médicale compétente.

6.2. Tout candidat à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire qui a une perte fonctionnelle totale de la vision d'un œil ou qui utilise seulement un œil, par exemple en cas de diplopie, doit avoir une acuité visuelle d'au moins 0,6 avec correction optique s'il y a lieu. L'autorité médicale compétente devra certifier que cette condition de vision monoculaire existe depuis assez longtemps pour que l'intéressé s'y soit adapté et que le champ de vision de cet œil est normal.

Groupe 2:

6.3. Tout candidat à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire doit avoir une acuité visuelle des deux yeux, avec correction optique s'il y a lieu, d'au moins 0,8 pour l'œil le meilleur et d'au moins 0,5 pour l'œil le moins bon. Si les valeurs de 0,8 et 0,5 sont atteintes par correction optique, il faut que l'acuité non corrigée de chacun des deux yeux atteigne 0,05, ou que la correction de l'acuité minimale (0,8 et 0,5) soit obtenue à l'aide de verres de lunettes dont la puissance ne peut excéder plus ou moins 8 dioptries, ou à l'aide de lentilles de contact (vision non corrigée = 0,05). La correction doit être bien tolérée. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé si le candidat ou le conducteur n'a pas un champ visuel binoculaire normal ou s'il est atteint de diplopie.

AUDITION

7. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur du groupe 2 sous réserve de l'avis des autorités médicales compétentes; lors de l'examen médical il sera notamment tenu compte des possibilités de compensation.

HANDICAPÉS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

8. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'affections ou d'anomalies du système locomoteur, rendant dangereuse la conduite d'un véhicule à moteur.

Groupe 1:

8.1. Un permis de conduire avec condition restrictive s'il y a lieu peut être délivré, après avis d'une autorité médicale compétente, à tout candidat ou conducteur physiquement handicapé. Cet avis doit reposer sur une évaluation médicale de l'affection ou de l'anomalie en cause et, si besoin est, sur un test pratique; il doit être complété par l'indication du type d'aménagement dont le véhicule doit être pourvu, ainsi que par la mention de la nécessité ou non du port d'un appareillage orthopédique, dans la mesure où l'épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements démontre qu'avec ces dispositifs la conduite n'est pas dangereuse.

8.2. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat atteint d'une affection évolutive sous réserve qu'il soit soumis à des contrôles périodiques en vue de vérifier que la personne handicapée est toujours capable de conduire son véhicule en toute sécurité.

Un permis de conduire sans contrôle médical régulier peut être délivré ou renouvelé, dès lors que le handicap est stabilisé.

Groupe 2:

8.3. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques ou dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

9. Les affections pouvant exposer tout candidat ou conducteur à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire à une défaillance subite de son système cardio-vasculaire, de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales, constituent un danger pour la sécurité routière.

Groupe 1:

9.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat atteint de troubles graves du rythme cardiaque.

9.2. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur porteur d'un stimulateur cardiaque, sous réserve d'un avis médical autorisé et d'un contrôle médical régulier.

9.3. La délivrance ou le renouvellement d'un permis de conduire à tout candidat ou conducteur atteint d'anomalies de la tension artérielle sera apprécié en fonction des autres données de l'examen, des complications éventuelles associées et du danger qu'elles peuvent constituer pour la sécurité de la circulation.

9.4. D'une manière générale, le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'angor survenant au repos ou à l'émotion. La délivrance ou le renouvellement d'un permis de conduire à tout candidat ou conducteur ayant présenté un infarctus du myocarde est subordonné à un avis médical autorisé et, si nécessaire, à un contrôle médical régulier.

Groupe 2:

9.5. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques ou dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

DIABÈTE SUCRÉ

10. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'un diabète sucré, sous réserve d'un avis médical autorisé et d'un contrôle médical régulier approprié à chaque cas.

Groupe 2:

10.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur de ce groupe atteint d'un diabète sucré nécessitant un traitement à l'insuline, sauf cas très exceptionnels dûment justifiés par un avis médical autorisé et sous réserve d'un contrôle médical régulier.

MALADIES NEUROLOGIQUES

11. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'une affection neurologique grave, sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé.

À cet effet, les troubles neurologiques dus à des affections, des opérations du système nerveux central ou périphérique, extériorisés par des signes moteurs sensitifs, sensoriels, trophiques, perturbant l'équilibre et la coordination, seront envisagés en fonction des possibilités fonctionnelles et de leur évolutivité. La délivrance ou le renouvellement du permis de conduire pourra être, dans ces cas, subordonné à des examens périodiques en cas de risques d'aggravation.

12. Les crises d'épilepsie et les autres perturbations brutales de l'état de conscience constituent un danger grave pour la sécurité routière lorsqu'elles surviennent lors de la conduite d'un véhicule à moteur.

Groupe 1:

12.1. Un permis peut être délivré ou renouvelé sous réserve d'un examen effectué par une autorité médicale compétente et d'un contrôle médical régulier. Celle-ci jugera de la réalité de l'épilepsie ou d'autres troubles de la conscience, de sa forme et de son évolution clinique (pas de crises depuis deux ans par exemple), du traitement suivi et des résultats thérapeutiques.

Groupe 2:

12.2. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur présentant, ou susceptible de présenter, des crises d'épilepsie ou d'autres perturbations brutales de l'état de conscience.

TROUBLES MENTAUX

Groupe 1:

13.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur:

— atteint de troubles mentaux graves congénitaux ou acquis par maladies, traumatismes ou interventions neurochirurgicales,

— atteint d'arriération mentale grave,

— atteint de troubles comportementaux graves de la sénescence ou de troubles graves de la capacité de jugement, de comportement et d'adaptation liés à la personnalité,

sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé et sous réserve, si besoin est, d'un contrôle médical régulier.

Groupe 2:

13.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques ou dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

ALCOOL

14. La consommation d'alcool constitue un danger important pour la sécurité routière. Compte tenu de la gravité du problème, une grande vigilance s'impose au plan médical.

Groupe 1:

14.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, ou qui ne peut dissocier la conduite de la consommation d'alcool.

Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur ayant été en état de dépendance à l'égard de l'alcool, au terme d'une période prouvée d'abstinence et sous réserve d'un avis médical autorisé et d'un contrôle médical régulier.

Groupe 2:

14.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules qui entrent dans la définition de ce groupe.

DROGUES ET MÉDICAMENTS

15. Abus

Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou, qui sans être dépendant, en abuse régulièrement, quelle que soit la catégorie de permis sollicitée.

Consommation régulière

Groupe 1:

15.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur qui consomme régulièrement des substances psychotropes, quelle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre son aptitude à conduire sans danger, si la quantité absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à conduire.

Groupe 2:

15.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules sur lesquels porte la définition de ce groupe.

AFFECTIONS RÉNALES

Groupe 1:

16.1. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur souffrant d'insuffisance rénale grave sous réserve d'un avis médical autorisé et à condition que l'intéressé soit soumis à des contrôles médicaux périodiques.

Groupe 2:

16.2. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur souffrant d'insuffisance rénale grave irréversible, sauf cas exceptionnels dûment justifiés par un avis médical autorisé et d'un contrôle médical régulier.

DISPOSITIONS DIVERSES

Groupe 1:

17.1. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur ayant subi une transplantation d'organe ou un implant artificiel ayant une incidence sur l'aptitude à la conduite, sous réserve d'un avis médical autorisé et, si besoin est, d'un contrôle médical régulier.

Groupe 2:

17.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules sur lesquels porte la définition de ce groupe.

18. En règle générale, le permis de conduire ne doit être ni délivré, ni renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'une affection non mentionnée dans les paragraphes précédents, susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur, sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé et sous réserve, si besoin est, d'un contrôle médical régulier.

Document n°4 :

Permis de conduire et aptitude médicale

Code de la route
(extraits)

Article R221-4

I. - Les différentes catégories du permis de conduire énoncées ci-dessous autorisent la conduite des véhicules suivants :

Catégorie A

Motocyclettes, avec ou sans side-car.

Sous-catégorie A 1

Motocyclettes légères.

Catégorie B

Véhicules automobiles ayant un poids total autorisé en charge (PTAC) qui n'excède pas 3,5 tonnes, affectés au transport de personnes et comportant, outre le siège du conducteur, huit places assises au maximum, ou affectés au transport de marchandises, ainsi que les véhicules qui peuvent être assimilés aux véhicules précédents et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des transports.

Véhicules mentionnés à l'alinéa précédent attelés d'une remorque lorsque le poids total autorisé en charge (PTAC) de la remorque est inférieur ou égal à 750 kilogrammes.

Mêmes véhicules attelés d'une remorque lorsque le poids total autorisé en charge (PTAC) de la remorque est supérieur à 750 kilogrammes, à condition, d'une part, que le poids total autorisé en charge (PTAC) de la remorque soit inférieur ou égal au poids à vide du véhicule tracteur et, d'autre part, que la somme des poids totaux autorisés en charge (PTAC) du véhicule tracteur et de la remorque soit inférieure ou égale à 3,5 tonnes.

Sous-catégorie B 1

Tricycles à moteur dont la puissance n'excède pas 15 kilowatts et dont le poids à vide n'excède pas 550 kilogrammes.

Quadricycles lourds à moteur.

Catégorie C

Véhicules automobiles isolés autres que ceux de la catégorie D dont le poids total autorisé en charge (PTAC) excède 3,5 tonnes.

Aux véhicules de cette catégorie peut être attelée une remorque dont le poids total autorisé en charge (PTAC) n'excède pas 750 kilogrammes.

Catégorie D

Véhicules automobiles affectés au transport de personnes comportant plus de huit places assises outre le siège du conducteur ou transportant plus de huit personnes, non compris le conducteur.

Aux véhicules de cette catégorie peut être attelée une remorque dont le poids total autorisé en charge (PTAC) n'excède pas 750 kilogrammes.

Catégorie E (B)

Véhicules relevant de la catégorie B attelés d'une remorque lorsque l'ensemble formé par le véhicule tracteur et la remorque ne relève pas de la catégorie B.

Catégorie E (C)

Véhicules relevant de la catégorie C attelés d'une remorque lorsque l'ensemble formé par le véhicule tracteur et la remorque ne relève pas de la catégorie C.

Catégorie E (D)

Véhicules attelés d'une remorque lorsque l'ensemble formé par le véhicule tracteur et la remorque ne relève pas de la catégorie D.

II. Le permis de conduire des catégories et des sous-catégories ci-dessus mentionnées peut être délivré, dans des conditions fixées par le ministre chargé des transports, aux personnes atteintes d'un handicap physique nécessitant l'aménagement du véhicule.

Article R221-10

I.-Les catégories A et B du permis de conduire sont délivrées sans visite médicale préalable sauf dans les cas où cette visite est rendue obligatoire par arrêté du ministre chargé des transports pris en application de l'article R. 221-19.

II.-Les catégories A et B délivrées pour la conduite des véhicules spécialement aménagés pour tenir compte du handicap du conducteur et les catégories C, D et E ne peuvent être obtenues ou renouvelées qu'à la suite d'une visite médicale favorable.

III.-La catégorie B du permis de conduire ne permet la conduite :

1° Des taxis, des voitures de tourisme avec chauffeur et des voitures de remise ;

2° Des ambulances ;

3° Des véhicules affectés au ramassage scolaire ;

4° Des véhicules affectés au transport public de personnes,

que si le conducteur est en possession d'une attestation délivrée par le préfet après vérification médicale de l'aptitude physique.

Article R221-11

I. - Lorsqu'une visite médicale est obligatoire en vue de la délivrance ou du renouvellement du permis de conduire, celui-ci peut être :

1° Dans les cas prévus au I de l'article R. 221-10, accordé sans limitation de durée ou délivré ou prorogé selon la périodicité maximale définie ci-dessous ;

2° Dans les cas prévus aux II et III de l'article R. 221-10, délivré ou prorogé selon la périodicité maximale suivante : cinq ans pour les conducteurs de moins de soixante ans, deux ans à partir de l'âge de soixante ans et un an à partir de l'âge de soixante-seize ans. Toutefois, pour les conducteurs titulaires de la catégorie D du permis de conduire, la périodicité maximale est d'un an à partir de l'âge de soixante ans.

II. - La validité du permis ainsi délivré ne peut être prorogée qu'au vu d'un certificat médical favorable délivré par un médecin de ville agréé ou par une commission médicale. Un arrêté du ministre chargé des transports détermine les modalités d'application du présent II.

III. - La demande de prorogation doit être adressée au préfet du département du domicile du pétitionnaire. Tant qu'il n'y est pas statué par le préfet dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé des transports, notamment en ce qui concerne la procédure et les délais et sauf carence de l'intéressé, le permis reste provisoirement valide.

IV. - Les catégories A et B du permis de conduire délivrées pour la conduite des véhicules spécialement aménagés pour tenir compte du handicap du conducteur sont toutefois délivrées sans limitation de durée si le certificat médical favorable à l'attribution de ces catégories établit que l'intéressé est atteint d'une invalidité ou d'une infirmité incurable, définitive ou stabilisée.

Article R221-12

La validité d'une ou plusieurs catégories du permis peut être limitée dans sa durée, si lors de la délivrance ou de son renouvellement, il est constaté que le candidat est atteint d'une affection compatible avec l'obtention du permis de conduire mais susceptible de s'aggraver.

Article R221-14

I. - Postérieurement à la délivrance du permis, le préfet peut prescrire un examen médical :

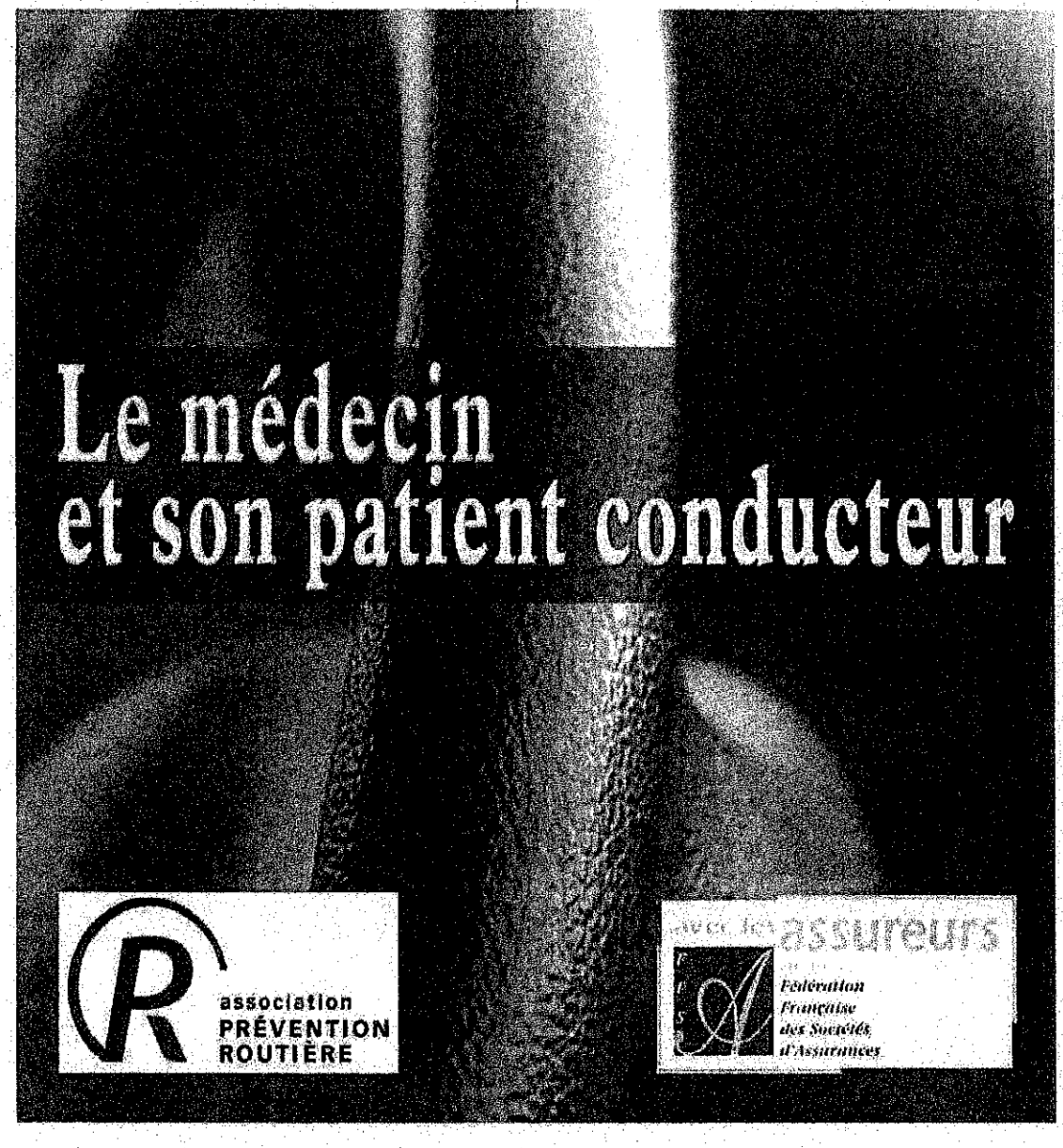
1° Dans le cas où les informations en sa possession lui permettent d'estimer que l'état physique du titulaire du permis peut être incompatible avec le maintien de ce permis de conduire. Cet examen médical doit être réalisé par la commission médicale prévue à l'article R. 221-11 ; au vu du certificat médical, le préfet prononce, s'il y a lieu, soit la restriction de validité, la suspension ou l'annulation du permis de conduire, soit le changement de catégorie de ce titre ;

2° A tout conducteur impliqué dans un accident corporel de la circulation routière ;

3° Avant la restitution de son permis, à tout conducteur ou accompagnateur d'un élève conducteur à l'encontre duquel il a prononcé une mesure restrictive ou suspensive du droit de conduire pour l'une des infractions prévues par les articles L. 234-1 et L. 234-8, afin de déterminer si l'intéressé dispose des aptitudes physiques nécessaires à la conduite du véhicule. Cette mesure est prononcée, selon le cas, par le préfet du département de résidence du conducteur ou de l'accompagnateur de l'élève conducteur.

II. - Lorsque le titulaire du permis de conduire néglige ou refuse de se soumettre, dans les délais qui lui sont prescrits, à l'une des visites médicales prévues au présent article, le préfet peut prononcer ou maintenir la suspension du permis de conduire jusqu'à production d'un certificat médical favorable délivré à la demande de l'intéressé par la commission médicale prévue à l'article R. 221-11.

Document n°5 :



Brochure réalisée par le Centre d'Etudes et de Recherches en Médecine du Trafic et La Prévention Routière, avec le soutien de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances et du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

LES DIFFERENTS PERMIS DE CONDUIRE

Permis du groupe léger

Permis	Véhicule	Age minimum particularités	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
A	toutes motocyclettes puissance ≤ 100cv	18 ans : limitation à 34 cv pendant 2 ans 21 ans ou plus : accès direct à toutes les motos	non
A1	motocyclettes légères cylindrée ≤ 125 cm³	16 ans	non
B	automobiles	18 ans	non
B1	quadricycles lourds à moteur tricycles à moteur	16 ans	non
E(B)	voitures avec remorques	18 ans	oui

Permis du groupe lourd

Permis	Véhicule	Age minimum particularités	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
C	poids lourds	18 ans	oui
D	transport en commun	21 ans	oui
E(C)	poids lourds articulés	18 ans	oui
E(D)	transport en commun articulés	21 ans	oui

Activités particulières avec le permis B

Catégories	Age minimum	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
Taxis	18 ans	oui
Ambulances	18 ans	oui
Ramassages scolaire	18 ans	oui
Transports public de personnes	18 ans	oui
Enseignants d'auto-école	18 ans	oui

LA RÉGLEMENTATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DES CONDUCTEURS EN FRANCE

La conduite est généralement considérée comme un droit rattaché à la liberté de circuler mais ce droit reste toutefois subordonné à deux principes :

● Tout conducteur doit disposer d'un permis de conduire délivré par l'autorité administrative et adapté au type de véhicule qu'il conduit. Ce permis de conduire est délivré selon des règles précises (formation minimale requise, examen du permis de conduire) incluant une aptitude médicale basée sur des critères définis par l'arrêté du 21 décembre 2005. Tous les candidats au permis de conduire ne subissent pas d'examen médical préalable, celui-ci est réservé à des cas bien précis.

● Même titulaire d'un permis de conduire, tout conducteur est supposé s'assurer de lui-même de son aptitude à la conduite en cas de survenue d'un handicap, d'une pathologie ou d'un traitement médical (traitement de substitution, traitement antiépileptique par exemple) susceptible d'entraîner un risque au volant. Il doit spontanément contacter un médecin agréé ou la commission médicale des permis de conduire en cas de nécessité.
Le non respect de cette obligation peut mettre en cause sa responsabilité en cas d'accident.

● Dans certains cas, le conducteur peut-être soumis d'autorité à un examen médical d'aptitude : retrait de permis pour alcoolémie, prise de stupéfiants, refus de se soumettre au dépistage, retrait de permis de plus d'un mois, annulation du permis, signalement au préfet relatif à l'état de santé d'un conducteur.

Quels sont les conducteurs soumis à un examen médical
(Arrêté du 8 février 1999, Art R 221-10 à R 221-14 du Code de la route)

Examen médical préalable unique sauf si une aptitude médicale limitée dans le temps est donnée	**Candidats au permis A, A1, B, B1** • Atteints de la perte de la vision d'un œil • Exemptés ou réformés du Service Militaire • Titulaires d'une pension d'invalidité Civile ou militaire • Ayant déclaré lors de leur demande permis, être atteint d'une affection ou incapacité physique pouvant être incompatible avec l'obtention du permis de conduire ou pouvant en limiter la durée de validité • Ayant fait l'objet d'une demande d'examen médical par l'examinateur lors de l'examen du permis de conduire
Examen médical préalable et périodique	• Conducteurs dont le permis A, A1, B, B1 est délivré pour la conduite d'un véhicule aménagé compte tenu d'un handicap physique (si le handicap est définitif ou stabilisé, l'examen peut être unique) • Conducteurs candidats ou titulaires pour les permis C, D, E(B), E(C), E(D)
Examen médical préalable et périodique pour l'exercice de certaines activités	**Conducteurs titulaires d'un permis B pour l'activité de :** • Taxis et voitures de remise • Ambulances • Véhicules de ramassage scolaire et de transport public de personnes • Enseignants de la conduite
Examen médical obligatoire avant restitution du permis de conduire ou autorisation de le repasser (le Préfet doit soumettre les conducteurs concernés à la commission médicale)	**Conducteur ayant commis :** • Un délit de conduite avec alcoolémie délictuelle ou prise de stupéfiants • Un refus de se soumettre à un dépistage d'alcool ou de stupéfiants • Une infraction ou un délit avec suspension du permis de conduire de plus d'un mois quelle qu'en soit la cause • Conducteurs dont le permis a été annulé par le juge ou par la perte de tous les points (Un examen psycho-technique en centre agréé est de plus nécessaire dans ce cas)
Examen médical éventuel (le Préfet peut soumettre les conducteurs concernés à la commission médicale)	**Conducteur ayant commis :** • Conducteurs impliqués dans un accident corporel de la circulation • Conducteurs frappés d'une affection temporaire ou permanente incompatible avec le maintien du permis de conduire et survenue postérieurement à son obtention • Conducteurs pour lesquels le préfet estime, d'après les informations en sa possession, que leur état physique est susceptible d'être incompatible avec le maintien du permis • Conducteurs faisant l'objet de la procédure d'urgence de suspension du permis de conduire par le Préfet (Art 2 arrêté du 8 02 1999)

Les aptitudes médicales à la conduite ne peuvent être délivrées que par des médecins spécialement agréés par les préfets. Un médecin généraliste ou spécialiste, libéral ou salarié, ne peut pas rédiger un certificat médical d'aptitude à la conduite (ou une dispense de port de ceinture de sécurité). Un tel certificat ne serait pas opposable aux forces de l'ordre et risquerait de plus d'induire un faux sentiment de sécurité chez le patient.

● **Les médecins agréés pour les visites médicales des permis de conduire** sont des médecins libéraux désignés par les Préfets pour deux ans, après une formation spécifique. Ils ont été mis en place pour alléger le fonctionnement des commissions médicales primaires.
Ils effectuent les examens médicaux des candidats aux permis de conduire des groupes léger (automobiles, motocyclettes...) et lourd (poids lourds, transports en commun, taxis, ambulances...), ainsi que leurs visites médicales périodiques de renouvellement.
Les médecins agréés libéraux ne peuvent prononcer qu'une aptitude normale ou orienter le conducteur ou le candidat devant la commission médicale. Ils peuvent préalablement demander un avis spécialisé pour asseoir leur décision. Ils ne peuvent pas décider d'une limitation médicale de durée d'aptitude, ni la renouveler si elle existe déjà. Ils ne sont pas habilités à retirer une mention spéciale telle que le port de verres correcteurs. Ils ne peuvent pas non plus décider d'une aptitude médicale après un retrait ou une annulation de permis de conduire.

● **Les commissions médicales primaires des permis de conduire** ont pour mission générale de vérifier l'aptitude médicale à l'obtention, à la restitution ou au maintien des permis de conduire.

Chaque commission médicale primaire est composée de deux médecins généralistes nommés par arrêté par le préfet pour deux ans, renouvelables. Il existe généralement une commission par sous-préfecture. Elle voit les conducteurs en première instance ou sur la demande d'un médecin agréé pour les permis de conduire en cas de problème médical, elle peut examiner, comme les médecins agréés, les conducteurs des groupes légers et lourds pour leurs visites périodiques, les conducteurs qui ont été signalés au Préfet comme pouvant présenter une contre indication à la conduite (signalement généralement fait par les proches ou par les forces de l'ordre). La commission primaire est seule compétente pour examiner les conducteurs demandant la suppression d'une mention " verres correcteurs ", les demandes de dispense de port de la ceinture de sécurité et les aptitudes temporaires pour raison médicale. Un examen médical devant la commission médicale est obligatoire en cas de retrait de permis pour une durée supérieure à un mois, en cas de retrait pour conduite sous l'effet de l'alcool au-delà du taux délictuel (0,40mg/l dans l'air expiré ou 0,8 g/l dans le sang) ou de stupéfiants, en cas de refus de se soumettre au dépistage d'alcool ou de stupéfiants, en cas de passage d'un nouveau permis après une annulation par décision judiciaire ou par perte de points.

La décision d'aptitude ou d'inaptitude est prise collégialement par les deux médecins. La commission médicale peut s'appuyer sur l'avis d'un spécialiste, demander des examens complémentaires, voire conditionner sa décision à l'avis d'un spécialiste agréé membre de la commission d'appel.

Le spécialiste répondra aux questions posées par le médecin agréé ou la commission, sans préjuger d'une décision d'aptitude. L'établissement du certificat médical relève de la seule compétence du médecin agréé ou de la commission médicale (arrêté du 8 février 1999, art. 5). Ce certificat peut comporter, à la demande des médecins de la commission, une mention additionnelle ou restrictive (port de verres correcteurs, aménagement du véhicule), qui sera portée par la Préfecture sur le permis de conduire sous forme codifiée (arrêté du 8 février 1999, art. 12-3). Dans certains cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite peut être demandé, sur proposition de la commission médicale.

Le conducteur peut faire appel de la décision auprès de la Commission d'appel départementale composée d'un généraliste et d'un spécialiste de la pathologie concernée, nommés également par arrêté préfectoral pour deux ans.
Il existe, en dernier ressort, une possibilité d'appel devant une Commission d'appel nationale.

Un examen médical par un médecin agréé ou par une commission médicale est obligatoire en cas de candidature au permis de conduire pour les véhicules du groupe lourd ou pour les permis E(B). Cet examen médical est ensuite quinquennal jusqu'à soixante ans, puis annuel (permis D) ou tous les deux ans (permis E(B), C et autres permis du groupe lourd). Pour les permis A (motocyclette) et B (voiture), un examen médical par la commission médicale est obligatoire si une affection médicale grave est signalée par le candidat lors de sa demande ou si l'inspecteur des permis de conduire constate une anomalie.

L'aptitude médicale peut être temporaire, de principe pour un an en cas de retrait lié à l'alcool, aux stupéfiants, à certaines pathologies, ou sur décision de la commission.
Une aptitude temporaire pour raison médicale ne peut pas être inférieure à 6 mois, ni supérieure à 5 ans.
Certains conducteurs (pompiers, militaires) peuvent être examinés par des médecins militaires ou médecins de pompiers (agréés par le Préfet dans ce dernier cas), pour valider leur aptitude uniquement dans le contexte opérationnel.

Le suivi médical des conducteurs et la concertation avec les différents acteurs de la décision se fait dans le respect des lois et règlements relatifs au secret professionnel et médical.

9

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET APTITUDE À LA CONDUITE

Dans le cadre de la conduite automobile, qu'elle soit à titre privé ou professionnel, le conducteur reste le premier responsable de ses actes et de ses décisions.

Au niveau de son aptitude à la conduite, il doit respecter deux obligations. La première, vis à vis de la réglementation du permis de conduire, l'oblige à signaler à l'administration toute pathologie ou handicap susceptible de retentir sur sa capacité de conduite. La seconde, vis à vis de son assureur, le met dans l'obligation d'apporter toute information sur une pathologie ou un handicap susceptible de modifier les clauses du contrat qu'il a signé.

Le médecin a un double rôle d'information, bien défini dans la loi, et qui induit une double responsabilité :

Si il appartenait au patient, jusqu'à ces dernières années, d'apporter la preuve qu'il avait été mal informé par son médecin, lequel était en quelque sorte présumé avoir fait convenablement son travail, la Cour de Cassation est revenue sur cette jurisprudence par un arrêt du 25 février 1997 affirmant que :
" Le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ".

- Il a un devoir d'information à propos de la pathologie. Il doit expliquer au patient les conséquences de sa pathologie ou de son handicap sur la conduite et le convaincre, le cas échéant, de se présenter de lui même devant un médecin agréé ou une commission médicale des permis de conduire. Le médecin doit insister auprès du patient sur la nécessité de signaler cette pathologie ou ce handicap à son assureur et au service des permis de conduire, même lorsqu'elle survient après l'obtention du permis de conduire. Il doit lui indiquer que sa responsabilité pénale pourrait être engagée et, en cas d'accident. Il reste soumis au secret professionnel dans la mesure où le législateur n'a pas prévu d'exception au secret professionnel pour le signalement des conducteurs à risque. Ce signalement reste donc répréhensible à l'heure actuelle. On peut s'interroger sur la pertinence d'une adaptation des textes sur ce plan, et l'on peut observer que la loi oblige un médecin à signaler un patient sportif qui prendrait des produits dopants (nocifs uniquement pour lui même et pour l'éthique sportive), alors qu'il n'autorise pas le signalement d'un conducteur de car scolaire qui serait diabétique, épileptique ou toxicomane. En tout état de cause, sur le plan de la responsabilité médicale, le médecin doit être à même de pouvoir apporter la preuve qu'il a fait tout son possible pour convaincre le patient de signaler sa pathologie. Il doit s'appuyer, par exemple, sur une mention dans le dossier médical, sur l'information donnée devant un témoin (confrère associé, collaborateur, membre de la famille présent). Il doit, bien entendu, expliquer au patient, quand cela est le cas, que la conduite sera possible sous condition (visite médicale par un médecin agréé ou une commission médicale, appareillage, aménagement du véhicule, traitement médical adapté etc.).

- Il a, par contre, une responsabilité directe dans le cadre de ses prescriptions et de ses actes médicaux, en termes de conséquences sur l'aptitude à la conduite. Le médecin est aujourd'hui dans l'obligation d'informer son patient sur les risques même exceptionnels liés à la mise en œuvre d'un traitement. Il ne peut s'en dispenser que dans les cas d'urgence, d'impossibilité de recueillir le consentement, de refus d'information de la part du patient, ainsi que dans les cas où cette information peut nuire au patient. Si les décisions de justice n'ont, jusqu'à présent, concerné que des traitements invasifs ou chirurgicaux, rien ne s'oppose, dans le principe, à ce qu'elles soient transposées au domaine de la prescription médicamenteuse. On peut penser, en particulier, que dans le cas d'un grave accident de la route, impliquant un conducteur ayant reçu une prescription induisant des effets sur la conduite, le médecin pourrait être poursuivi, le cas échéant, pour défaut d'information. Cette évolution est prévisible aux yeux de nombreux juristes et pourrait vraisemblablement s'appliquer, dans un premier temps, en cas d'accident mortel ou d'accident aux conséquences lourdes.
De nombreuses sociétés savantes ont commencé à mettre en place des informations écrites (ne pas conduire en quittant un établissement de soins après une anesthésie, après une dilatation pupillaire pour examen du fond d'œil etc.). On peut proposer aux médecins d'établir de telles recommandations écrites pour leur patients, même si elles n'apportent pas une certitude d'opposabilité aux poursuites, la jurisprudence recommandant toujours une information claire, adaptée à chaque patient, et donc orale. Il apparaît logique de joindre les deux types d'information dans les cas difficiles.

Document n°6 :

Comité Interministériel de Sécurité Routière

18 décembre 2002

Sommaire

Partie I
Accroître le contrôle et aggraver la sanction pour changer les comportements et faire respecter la règle

I. Mettre en place un système de contrôle sanction automatisé
1. Déploiement du contrôle automatisé
2. Amélioration du traitement du contentieux routier

II. Améliorer la détection et aggraver les sanctions des comportements dangereux
1. Renforcement de l'équipement des forces de l'ordre
2. Traitement plus sévère pour les homicides et blessures involontaires
3. Sanctions plus lourdes pour le non respect des règles élémentaires
4. Sanctions plus lourdes pour les récidivistes, les multiinfractionnistes et certaines pratiques frauduleuses
5. Création de peines complémentaires et suppression des « permis blancs »

Partie II
Agir sur la formation et l'information pour faire émerger une culture sécurité routière et impliquer tous les acteurs

I Assurer un meilleur encadrement des conducteurs
1. Un permis probatoire pour les conducteurs novices
2. Une évaluation médicale de l'aptitude à la conduite pour tous les conducteurs
3. Un programme de recrutement des inspecteurs du permis de conduire renforcé

II. Prévenir le risque routier par la mobilisation des partenaires et le développement de nouvelles approches
1. Mieux associer les collectivités locales
2. Mieux impliquer les enseignants
3. Traiter le risque routier comme un risque professionnel
4. Traiter l'insécurité routière en problème de santé publique
5. Développer les recherches et les études pour la prévention des accidents
6. Accompagner les blessés par traumatisme crânien et les familles de victimes

2. Une évaluation médicale de l'aptitude à la conduite

Plusieurs pays européens comme l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie, ont instauré l'obligation d'un examen médical obligatoire, quel que soit l'âge du conducteur avant de délivrer le permis de conduire.
En France, un contrôle médical périodique était obligatoire uniquement pour les conducteurs professionnels tels que les chauffeurs de poids lourds, les ambulanciers ou les conducteurs de véhicules de ramassage scolaires…
Il s'agit aujourd'hui d'étendre ce contrôle médical à tous les conducteurs de véhicules légers au moment de la délivrance du permis de conduire, durant leur vie active et sous forme de visites régulières obligatoires à partir de 75 ans.

Quel est l'objectif ?

- Renforcer la vérification de l'aptitude à conduire lors de visites médicales déjà en place dans notre pays.
- Mieux encadrer les automobilistes seniors qui ont quitté le monde professionnel et réduire le nombre d'accidents corporels avec conducteurs âgés (685 tués et 5497 blessés en 2001 selon l'Observatoire national interministériel de sécurité routière).

Ce qui va changer pour le conducteur

Après étude et concertation, un certificat médical d'aptitude à la conduite sera exigé avant la délivrance du permis de conduire. Si le candidat ne satisfait pas aux conditions requises d'aptitude à la conduite, il ne pourra se présenter à l'examen.

Pendant la vie active, un module d'évaluation de l'aptitude à conduire sera inséré dans les visites médicales déjà mises en place, qui accompagnent l'adulte tout au long de sa vie (visites médicales du travail, visites médicales pour les étudiants…)

Au-delà de 75 ans, un examen d'aptitude médicale à conduire devra être effectué tous les 2 ans par un médecin de ville avec possibilité d'appel devant la commission médicale du permis de conduire.
En cas de déficience physique n'entraînant toutefois pas l'inaptitude totale à la conduite automobile, la possibilité de limiter les déplacements dans le temps (conduite de jour uniquement par exemple)et/ou dans l'espace (interdiction d'emprunter l'autoroute, par exemple) pourra être imposée au conducteur.
Le fait de conduire sans avoir déposé une demande d'examen médical à l'âge de 75 ans (ou sans avoir obtenu la prorogation du permis de conduire), sera puni de l'amende prévue pour les contraventions de troisième classe.
En cas de refus de se soumettre à cette visite médicale ou en cas de négligence, dans le délai d'un mois qui lui aura été prescrit, le préfet pourra prononcer la suspension du permis de conduire jusqu'à la production d'un certificat médical favorable.

A quelle échéance ?

- Fin 2003

Document n°7 :

Comité Interministériel de Sécurité Routière

13 janvier 2004

SOMMAIRE

2003, une baisse historique du nombre de tués et des changements de comportements encourageants.

PARTIE I – Résultats des actions déjà engagées

La mobilisation des acteurs locaux dans 100 départements
- *L'action locale renforcée par des propositions concrètes*

Première étape du Contrôle Automatisé
- *Une action majeure de sécurité routière*
- *Un bilan qualitatif encourageant*
- *Un dispositif amélioré régulièrement pour une meilleure information du citoyen*
- *La suite du déploiement du programme*

Une politique pénale déterminée
- *Circulaire relative à la confiscation des véhicules*
- *Coopération judiciaire concernant les conducteurs étrangers*

PARTIE II – Des catégories d'usagers à mobiliser spécifiquement

Une ambition nationale : les jeunes et la sécurité routière
- *La continuité éducative désormais assurée*
- *La sensibilisation des jeunes hors du système scolaire*
- *Le permis probatoire*
- *Vers un engagement des discothèques, bars d'ambiance et restaurants*
- *La prise en compte du risque moto*

L'engagement de toutes les entreprises
- *L'historique d'un engagement*
- *Les axes d'actions à développer*
- *Une mobilisation dans la durée*
- *L'engagement du transport routier de marchandises*

PARTIE III – Des efforts nécessaires dans de nouveaux domaines d'actions

La sécurité routière, un enjeu de santé publique
- *L'aptitude médicale à la conduite*
- *Un grand événement à Paris : le colloque de l'OMS*

L'action sur les infrastructures routières
- *Une amélioration de la connaissance de l'accidentologie locale*

La spécificité de la sécurité routière outre mer
- *Des situations variées*
- *Un cadre spécifique pour la lutte contre l'insécurité routière*

La sécurité routière, un enjeu de santé publique

L'année 2004 verra la finalisation du dispositif de contrôle de l'aptitude médicale des conducteurs. Et, au niveau international, se tiendra à Paris sur ce thème la journée mondiale de la santé.

L'aptitude médicale à la conduite.

Pour donner suite aux décisions des comités interministériel de sécurité routière des 18 décembre 2002, et 9 juillet 2003, concernant l'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite des conducteurs, deux groupes ont travaillé en concertation :

- Un groupe de travail « **santé** », a amené une nouvelle définition des contre-indications médicales à la conduite automobile et fixé la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.
- Un groupe de travail « **aspects administratifs** » a proposé une nouvelle organisation du contrôle médical des conducteurs, consistant à accompagner le conducteur selon ses aptitudes à conduire et non à l'exclure de la conduite.

Le Professeur Henry Hamard de l'Académie de Médecine a été chargé par le ministère de la Santé d'approfondir les propositions du groupe "santé", de les faire valider par les experts et de rédiger un guide simple à l'usage des médecins, précisant les éléments d'évaluation de l'aptitude médicale à la conduite.
L'ensemble des réflexions et travaux qui sont en cours s'appuient sur la responsabilisation du conducteur et l'existence d'un réseau de médecins généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers, offrant une organisation de cette évaluation facilement accessible aux conducteurs .
Enfin, le système d'évaluation de l'aptitude médicale à la conduite sera construit dans le refus d'une stigmatisation de toute classe d'âge, en veillant à mettre en place un dispositif proportionné et adapté aux différentes affections médicales susceptibles d'altérer la conduite.

Une décision sur le dispositif retenu interviendra à la fin du premier semestre 2004.

L'Organisation Mondiale de la Santé choisi le thème de la sécurité routière

Pour sa journée annuelle 2004 l'organisation mondiale de la santé a retenu le thème de la sécurité routière.
L'approche de la sécurité routière dans sa dimension de santé publique sera au cœur des débats de la journée mondiale de la santé, qui donnera lieu à **Paris, le 7 avril 2004**, à une manifestation d'une particulière ampleur.
A cette occasion le rapport mondial sur la prévention des accidents sera présenté, ainsi que divers témoignages de personnalités, de victimes et de jeunes des cinq continents.
Cette grande manifestation sera organisée autour de deux temps forts dont un colloque qui réunira autour du Président de la République, et d'un invité d'honneur, le Directeur Général de l'OMS, le Président de la Banque mondiale.

Un évènement médiatique pouvant être repris par les médias internationaux ponctuera cette journée.

Document n°8 :

SOMMAIRE

2004... Une confirmation de la baisse tendancielle encourageante pour le long terme

PARTIE I – L'évaluation des actions engagées en 2004

1. **Le bilan positif du contrôle sanction automatique.**
   - Le fort impact du contrôle automatique sur l'accidentalité
   - Bilan qualitatif, quantitatif et financier du programme
   - Surmonter les difficultés rencontrées
2. **Premiers constats encourageants sur l'allumage des feux de croisement le jour.**
   - Une méthode d'évaluation consensuelle
   - Les feux de jour dans la durée
3. **La mise en oeuvre des mesures prises par les CISR de 2004 (annexes)**

PARTIE II – Consolider les améliorations apportées

1. **Un nouveau décompte des tués et des blessés : la France adopte les standards internationaux.**
2. **Aptitude médicale à la conduite : une démarche d'information et de responsabilisation.**
   - Un dialogue entre le médecin et son patient pour responsabiliser le conducteur
3. **Limitation par construction de la vitesse pour les poids lourds et les transports en commun : un processus européen.**
   - La dernière étape d'un processus engagé depuis 15 ans par l'Europe
   - Calendrier et modalités de mise en œuvre
4. **Composition du Conseil National de la Sécurité Routière : un renouvellement de sa représentativité.**

PARTIE III – Développer de nouveaux axes de progrès

1. **Sécuriser le permis de conduire : un élément de la politique de sécurité routière et un enjeu de société.**
   - Une réponse déterminée à la conduite sans permis
   - La sécurisation de l'épreuve théorique de l'examen
   - La 3ème directive européenne sur le permis de conduire
2. **Dépistage des produits stupéfiants chez les conducteurs : un enjeu de sécurité routière.**
   - La mise au point du test salivaire pour des dépistages plus fréquents

2. Aptitude médicale à la conduite : une démarche d'information et de responsabilisation.

Les CISR des 18 décembre 2002, 9 juillet 2003 et 13 janvier 2004, ont rappelé la volonté du Gouvernement d'engager une action sur l'aptitude médicale à la conduite basée sur la responsabilisation du conducteur.

Un dialogue entre le médecin et son patient pour responsabiliser le conducteur

Dans cet esprit, le rôle du corps médical est indispensable. Il s'agit donc de le sensibiliser aux conséquences des pathologies et traitements sur la conduite afin de lui permettre d'instaurer un dialogue avec les patients dans le cadre de leurs consultations afin de placer le conducteur face à ses responsabilités. Ils préciseront systématiquement les précautions à prendre en cas de prise de certains médicaments.
Une démarche identique sera envisagée avec l'Ordre National des Pharmaciens.
La question de l'aptitude médicale des conducteurs de transports en commun de voyageurs fera l'objet d'un resserrement du dispositif pour instaurer une visite médicale annuelle à partir de 60 ans pour tout conducteur de car.

Document n°9 :

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Le Pr Henry Hamard de l'Académie de médecine, président d'un groupe de travail sur l'aptitude médicale à la conduite au Ministère de la Santé, a remis le 12 février 2004 ses premières conclusions au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattei.

Ce groupe de travail, dont le vice-président est le Pr Alain Dômont, associe les sociétés savantes de médecine, des membres de l'Ordre National des Médecins et des médecins agréés près des commissions médicales départementales du permis de conduire. Il avait été chargé en novembre 2003 d'évaluer les contre- indications médicales à la conduite décrites dans le rapport du Pr Dômont, et de proposer un guide destiné aux médecins qui auront à les évaluer.

Ces contre-indications s'appliqueront aux candidats au permis de conduire, ainsi qu'à tout conducteur, quel que soit son âge. **Elles concernent des affections lourdes et durables** qui peuvent se rencontrer à tous les âges de la vie. Ce travail va permettre une mise à jour de l'arrêté du 7 mai 1997 relatif aux critères d'aptitude médicale à la conduite actuellement en vigueur.

Seules douze affections ou altérations fonctionnelles ont été identifiées comme totalement incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire pour un véhicule léger (permis B).

Contre-indications médicales à la conduite

1. Insuffisance cardiaque très sévère permanente (stade IV)
2. Cardiomyopathie hypertrophique symptomatique
3. Acuité visuelle inférieure à 5/10ème de loin, en utilisant les deux yeux ensemble, après correction optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie…)
4. Rétrécissement majeur du champ visuel des deux yeux
5. Blépharospasme incoercible (fermeture permanente et incontrôlable des paupières)
6. Diplopie (vision double) permanente, qui ne peut être corrigée par aucune thérapeutique optique ou chirurgicale
7. Instabilité chronique à l'origine de troubles graves de l' équilibre et de la coordination
8. Dépendance avérée à l'alcool ou aux drogues avec retentissement psycho-comportemental et refus de traitement
9. Somnolence excessive, persistante malgré le traitement, quelle qu'en soit la cause
10. Démence très évoluée
11. Trouble neurologique majeur (ex : paralysie des deux membres supérieurs), sans possibilité de prothèse ou d'adaptation du véhicule
12. Psychose aiguë et chronique s'il existe des manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

RAPPORT

au nom d'un groupe de travail *

sur l'aptitude médicale à la conduite

Henry HAMARD

Le 17 juin 2003, l'Académie nationale de médecine adoptait un rapport sur la médecine face aux accidents de la route qui proposait pour l'accès au permis de conduire, ou son renouvellement, de faire remplir par le candidat, un questionnaire de santé, de lui faire signer une déclaration témoignant de sa sincérité et engageant donc sa responsabilité et de lui faire subir un examen complet d'aptitude comportant en particulier un contrôle de sa capacité visuelle et une épreuve comportementale simple, l'ensemble étant réalisé par un praticien de son choix. Au moment où sont discutés, au niveau gouvernemental, le contrôle des aptitudes à la conduite et les ajustements nécessaires de la liste des contre-indications manifestes à celle-ci, l'Académie demande que soient prises en compte les préconisations suivantes :

1- **Etablir une liste précise des contre-indications définitives ou temporaires à la conduite,** validée par les Sociétés savantes de chacune des disciplines concernées.

2- **Faire remplir par le candidat un questionnaire médical** comportant une déclaration sur l'honneur de ses antécédents et traitements en cours.

3- **Traduire clairement, à l'usage du médecin généraliste,** la recherche des contre-indications par la réalisation d'un guide pratique adressé à chacun d'eux.

4- **Demander au médecin généraliste d'établir un certificat d'absence de contre-indication à la conduite** après un examen clinique, et éventuellement des examens complémentaires nécessaires, précisant que le candidat a été informé des résultats. Si une contre-indication définitive, temporaire, ou une modulation au droit de conduire est relevée, informer le candidat, si besoin, des voies de recours dont il dispose afin de garantir ses droits.

5- **Appliquer ces mesures à tous les conducteurs, candidats au permis de conduire ou au renouvellement de celui-ci**, quel que soit leur âge, en les mettant en place progressivement pour les conducteurs les plus âgés, en précisant qu'il s'agit de les aider et non de les exclure.

*

* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 27 janvier 2004, a adopté le texte de ce rapport à l'unanimité, moins une abstention.

Document n°10 :

Examens médicaux dans l'Union européenne + validité des catégories de permis de conduire du Groupe 1 (hors poids lourds) le 30 septembre 2009

PAYS	EXAMEN MEDICAL PREALABLE	EXAMEN MEDICAL PERIODIQUE	DUREE DE VALIDITE DU PERMIS DE CONDUIRE
ALLEMAGNE	Examen de la vue seulement	Non	Sans
AUTRICHE	Oui	Non	Sans
BELGIQUE	Déclaration sur l'honneur	Non	Sans
BULGARIE	?	?	?
CHYPRE	?	?	Limité à 70 ans ; > 70 renouvelé tous les 3 ans
DANEMARK	Oui	Oui (à partir de 70 ans)	Limité à 70 ans ; > 70 valable 4 ans maxi, > 71 3 ans maxi, entre 72 et 79, 2 ans maxi et > 80, 1 an seulement.
ESPAGNE	Oui	Oui < 45 ans, tous les 10 ans, entre 45 et 70 ans, tous les 5 ans et > 70 ans, tous les ans	Cf. périodicité examen médical
ESTONIE	Oui	Oui (tous les 10 ans)	< 65 ans renouvelé tous les 10 ans, ≥ 65 ans, tous les 3 ans
FINLANDE	Oui	Non (mais un nouveau système sera mis en place dans 18 mois environ)	Limité à 70 ans ; > 70 ans, renouvelé tous les 5 ans
FRANCE	Déclaration sur l'honneur	Non	Sans
GRECE	Non	Non	Limité à 65 ans ; > 65 ans, renouvelé tous les 3 ans
HONGRIE	Oui	Oui	< 40 ans, renouvelé tous les 10 ans, entre 40 et 59 ans, tous les 5 ans, entre 60 et 69 ans, tous les 3 ans et ≥ 70 ans, tous les 2 ans
IRLANDE	Non	Non	Validité limitée entre 3 et 10 ans
ITALIE	Oui	Oui (tous les 10 ans)	< 50 ans, renouvelé tous les 10 ans, entre 51 et 70 ans, tous les 5 ans, > 70 ans, tous les 3 ans
LETTONIE	Oui	Oui (tous les 10 ans)	Renouvelé tous les 10 ans
LITUANIE	Oui	Oui (tous les 5 ans)	Réglementation pas claire
LUXEMBOURG	Oui	Non	Limité à 50 ans ; > 50 ans, renouvelé tous les 10 ans, > 70 ans, tous les 3 ans et > 80 ans, tous les ans
MALTE	Non	Non	Limité à 70 ans ; > 70 renouvelé tous les 2 ans
PAYS-BAS	Déclaration sur l'honneur + Examen de la vue	Oui > 65 ans, tous les 5 ans	< 60 ans, renouvelé tous les 10 ans, entre 60 et 65 ans, limité à 70 ans
POLOGNE	Non	Non	Sans
PORTUGAL	Non	Non	Limité à 65 ans, > 65 ans, renouvelé tous les 5 ans et > 70 renouvelé tous les 2 ans
REP. TCHEQUE	Oui	Oui (à partir de 60 ans, puis à 65 ans, puis à 68 ans, puis tous les 2 ans)	Cf. examen médical
ROUMANIE	Oui	Non	Tous les 10 ans
ROYAUME UNI	Déclaration sur l'honneur + Examen de la vue	Non, Mais à 70 ans obligation de fournir un certificat d'aptitude tous les 3 ans	Limité à 70 ans ; > 70 renouvelé tous les 3 ans
SLOVAQUIE	Oui	Oui (tous les 3 ans si > 60 ans)	Cf. examen médical
SLOVENIE	Non	Non	Limité à 80 ans ; au-delà, un certificat médical d'aptitude doit être fourni
SUEDE	Déclaration sur l'honneur + Examen de la vue	Non, Mais le médecin traitant a obligation de déclarer l'inaptitude à l'administration	Tous les 10 ans
ISLANDE	Non	Non	Limité à 65 ans ; > 65 ans valable 5 ans maxi, > 70 valable 4 ans maxi, > 71 3 ans maxi, > 72 2 ans maxi et > 80, 1 an seulement.
LIECHTENSTEIN	Non	Non	Limité à 70 ans ; > 70 renouvelé tous les 2 ans
NORVEGE	Déclaration sur l'honneur	Non	Limite à 100 ans ; > 70 ans, il faut avoir un certificat médical d'aptitude sur soi

En Moldavie, il y a un examen médical préalable obligatoire pour le permis B, puis un examen médical périodique tous les 3 ans.

Document n°11 :

Page 27 à 32 .....

CHAPITRE 2

LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

ANALYSE DES RELATIONS CONDUITE / SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Conduire est une activité qui peut être dangereuse, et ce d'autant plus que les capacités médicales du conducteur peuvent se dégrader, soit de manière physiologique tout au long de la vie, soit de manière aléatoire à n'importe quel âge du fait d'une maladie ou d'un accident.

C'est aussi « une activité de sécurité ». Elle est susceptible d'entraîner pour soi-même et pour autrui (passagers et usagers de la route) un risque d'accident dont l'événement sera d'autant plus difficile que les capacités médico-psycho-physiologiques de réactions instantanées face aux aléas routiers seront plus dégradées.

De plus, en situation normale de conduite, une appréhension incorrecte des situations rencontrées pourra, occasionnellement, déboucher sur un accident par « défaut de maîtrise du véhicule ». Rappelons que si le plus souvent, la route n'est dangereuse que dans la mesure de l'usage que l'on en fait, des exigences de capacités médicales, psychologiques et psychotechniques sont aussi une des conditions d'une conduite « plus sûre ».

La probabilité d'émergence d'un dommage matériel ou surtout humain, impose de mettre en œuvre toutes les actions possibles susceptibles de contribuer à la maîtrise des risques routiers. La multitude et la complexité de ces derniers, que révèlent les analyses accidentologiques, imposent d'y appréhender de manière plus réaliste la place que le conducteur a en cas de problème de santé. Même si les maladies, d'après la littérature scientifique, mais les études sont

parcellaires, ont une part de responsabilité relativement faible (6 % des accidents mortels de la route auraient une cause médicale).

Dans l'étude des données chiffrées relatives aux relations : sécurité routière / altération des capacités médicales à la conduite, il convient de s'arrêter un instant sur les pratiques addictives. L'alcool, qui est à l'origine de 10 % à 15 % des accidents mortels de la route et de 30 % à 35 % des accidents routiers, doit être reconsidéré dans une optique de prévention médicale mieux affirmée : toutes les consommations de bière, de vin ou de boissons alcoolisées de toute nature ne s'inscrivent pas seulement dans un usage « social simple », certaines s'inscrivent dans un contexte de dépendance. L'appréhension de ces addictions, particulièrement lorsqu'elles en sont à ce dernier stade ne doit plus être quasi exclusivement « répressive » et laissée au seul hasard du contrôle pré ou post-accidentel de gendarmerie ; elles devraient être dépistées lors de bilans médicaux systématiques puis dûment prises en charge. Ce dernier type de consommation qui s'inscrit dans un processus pathologique relève de soins (cf. chap. 9).

Dès lors, les médecins doivent trouver toute leur place préventive, en amont des accidents graves de la route, notamment en médecine de soins. Prise en compte :

- des pathologies postérieures à la délivrance du permis de conduire à 18 ans, pour lequel on a vu qu'aucun bilan médical préalable et systématique n'existait,
- des pathologies intercurrentes survenant entre les examens médicaux de santé au travail ou de santé sécurité routière ultérieurs.

Identifier les dangers, évaluer les risques et les maîtriser, tel est l'enchaînement logique à suivre en matière d'accidentologie. De même, il faut garder à l'esprit que certaines pathologies peuvent être potentiellement dangereuses car susceptibles d'entraîner un risque d'altération des capacités médicales du conducteur, comme celles réglementairement listées au niveau international, européen et français.

L'incidence du comportement individuel interfère sur la capacité de conduite qui est triple : technique (apprentissage de la conduite et expérience de sa pratique), sociale (civisme au volant ; respect du code de bonne conduite) et médicale (dégradation médicale du comportement à différencier des comportements « infractionnistes »). Un besoin d'expertise médicale spécifique en découle, médecine de soins, de santé au travail et de sécurité routière devront y jouer pleinement leurs rôles respectifs sur lesquels nous reviendrons dans la suite de cet ouvrage.

Ces considérations conduisent à souligner également que si l'on souhaite que le conducteur dispose de tous ses moyens notamment médicaux, il convient que

l'on mette en œuvre tous les moyens disponibles pour l'aider à préserver sa capacité médicale de conduite au fil du temps, sans attendre les effets de l'âge ou de la maladie. L'intervention du médecin, à des moments réguliers de la vie et / ou en cas de besoin (pathologie intercurrente), est sanitairement incontournable, même si ce n'est qu'un « des moyens » participant à la maîtrise du risque routier. Dans cette optique, la médecine du travail a une responsabilité non limitée à la seule conduite au titre du travail.

Compte tenu des données médicales scientifiques et des performances de la France en matière de sécurité routière, il faut, non seulement agir sur tous les facteurs d'accidents techniquement accessibles (poursuite d'une politique volontariste de lutte contre les zones routières à risque, développement de la recherche en santé sécurité routière, vigilance dans le respect du code de la route ...), mais aussi aider nos concitoyens à prendre conscience de l'importance d'une évaluation médicale régulière de leurs capacités médicales, en insistant sur les possibilités réglementairement existantes d'une modulation « médicale » de l'usage du permis. L'intervention médicale est donc incontournable, elle sera complémentaire de l'adaptation technique des véhicules et des actions de sécurité routière.

Le droit de conduire, s'il est intangiblement lié au droit de circuler et à la liberté individuelle de le faire, doit cependant trouver ses limites, là où commence l'insécurité pour les autres. Ceci impose qu'une action médicale soit menée mais sans excès. Elle sera complétée par un accompagnement social visant à solutionner les états de « dépendances » consécutifs à des inaptitudes médicales interdisant la poursuite de la conduite.

Une altération des capacités médicales de conduite et certains accidents de la route qui s'ensuivent trouvent leur origine dans des états psychophysiologiques dégradés ou dans des états pathologiques non ou insuffisamment appréhendés par le conducteur (absence de conscience du risque que représente la maladie en situation de conduite, non observance des préconisations médicales, des traitements, automédication...).

Entre maladie et accident, il n'y a pas de relation épidémiologique simple . Chacun sait que l'épidémiologie n'a pas uniquement pour objet d'apporter des preuves explicatives formelles des facteurs étiologiques des pathologies, mais d'évaluer, entre autres, à un niveau collectif des risques et des sur-risques spécifiques. Elle aborde la santé par des méthodes statistiques d'analyse de groupe non extrapolables « en terme de prédiction médicale » au niveau individuel. Elle contribue ainsi à la promotion de la prévention médicale, dans le cadre du colloque médecin / patient (médecin / salarié). Des incertitudes existent encore ce qui explique que certains patients, comme certains

salariés, soient encore difficiles à convaincre : « les risques, c'est pour les autres... » ; « les risques, ce sont les autres ».

Ce mode de pensée constitue un obstacle social majeur à la nécessaire prise de conscience de l'implication personnelle de chaque conducteur dans la gestion des relations santé sécurité routière, dans son intérêt comme dans celui de la collectivité. Dans ce contexte, le corps médical, à côté de son rôle habituel, doit voir son engagement plus clairement distingué dans la diffusion de messages de sécurité adaptés. Les rôles respectifs des médecins de soins, des médecins du travail, des médecins agréés pour l'examen des conducteurs doivent être mieux analysés et compris dans le développement d'une politique de sécurité routière élargie à la santé. Nous traiterons dans les chapitres suivants de ces interrelations et interdépendances médicales.

ANALYSE DES RELATIONS SANTÉ / SÉCURITÉ ROUTIÈRE

1 Multiplicité et complexité des facteurs

La multiplicité et la complexité des facteurs rencontrés en accidentologie routière, et en particulier l'existence de nombreuses données qualitatives (le comportement en est une), contraignent les analystes à quantifier des variables qualitatives, ce qui conduit à certaines difficultés, notamment dans l'interprétation des relations entre les incapacités médicales et la conduite. En être conscient n'implique cependant pas l'abstention médicale : la relation maladie - accident n'en est pas moins avérée.

2 Conséquences des pathologies sur les capacités de conduite

L'analyse des conséquences des pathologies sur les capacités de conduite doit se faire en distinguant :

- le danger imparable (ex. : syncope « à l'emporte pièce » au volant),
- et le sur-risque médical plus ou moins progressif consécutif à une maladie (ex. : altération des capacités neuro sensorielles).

Ainsi, une perte brutale de conscience au volant provoquera inéluctablement un accident. En revanche, une incapacité subaigue ou chronique, d'apparition lente et progressive, permettra le développement de stratégies de compensation.

La maladie qui explique une telle incapacité s'analysera donc en terme de sur-risque médical par rapport au « bruit de fond du risque routier ». Encore faut-il que ce sur risque médical soit évalué et que des compensations adaptées et efficaces soient mises en œuvre et / ou proposées.

Chez tel conducteur, ou dans telle situation, ce sur-risque ne contribuera pas toujours à provoquer un accident, en revanche pour un autre, dans une situation similaire, il n'en sera pas de même. Ceci justifie pleinement, pour les experts médicaux qui se sont réunis en 2003-2004, la vérification à échéances régulières des capacités médicales des conducteurs, comme élément d'une politique « globale » de santé sécurité routière, intégrant en « amont de l'accident » une approche médicale préventive individualisée (promotion des capacités médicales à la conduite) orientée vers la prise en charge précoce des maladies incapacitantes à terme pour la conduite. Les médecins du travail, comme on le verra, ont un rôle notable à jouer ici, notamment du fait de la fréquence de la conduite au titre du travail.

3 Entre maladie et accident le filtre du comportement individuel et l'impact de l'aléa routier

Au-delà de la formation du conducteur à la conduite, les analyses accidentologiques démontrent qu'entre la maladie et l'accident, le filtre du comportement individuel et l'aléa de l'environnement routier interviennent et gênent les analyses. Dès lors, il faudrait améliorer les recherches en multipliant les études multifactorielles (calcul des fractions attribuables). Serait ainsi ciblée une meilleure évaluation, parmi les facteurs de risque d'accident, des risques et des sur-risques qui, outre les facteurs environnementaux, renvoient respectivement :

- au comportement civique du conducteur en bonne santé,
- et aux capacités / incapacités médicales à la conduite.

Les résultats de l'enquête réalisée par L'INRETS[10], et présentée à une séance plénière du Conseil National de sécurité routière en 2005 sur le risque cannabique au volant, sont dans cette perspective tout à fait intéressants. Dans cette optique, il conviendrait de promouvoir de telles recherches sur le terrain. Il conviendrait de développer les enquêtes rétrospectives s'intéressant aux capacités médicales des conducteurs préexistantes aux accidents. Ceci pourrait être fait non seulement pour les accidents mortels ou graves, mais aussi plus systématiquement. Des enquêtes réalisées dans le monde de l'assurance automobile retrouvent de manière assez constantes l'existence d'une accidentalité plus élevée chez certains conducteurs présentant des incapacités relatives, comparativement à d'autres conducteurs qui en sont dépourvus. Le recueil, l'exploitation scientifique de ces données accidentologiques puis leur publication permettraient, comme cela a déjà été fait au plan international, de confirmer ce que de nombreux

10. Laumon B, et collaborateurs Cannabis intoxication and fatal road crashes in France : population based case-control study BMJ 2005.

praticiens connaissent et que les travaux menés de 2003 à 2005 confirment, l'existence d'incompatibilités médicales absolues ou relatives à la conduite.

Ceci s'est déjà fait pour certaines pratiques addictives (alcool et cannabis au volant), ce qui a débouché, au-delà d'une meilleure évaluation des conséquences de ces dernières pratiques sur la sécurité routière, sur l'élaboration d'une politique de lutte contre l'alcoolisme. De même, pour la consommation de substances psychoactives au volant dont la prévention « par le rappel de la règle » s'affermit au fil des temps.

Depuis 2006, la réglementation tient compte de la nature du permis pour déterminer, en cas d'alcoolémie positive, la nature de l'infraction. Pour un conducteur d'autobus ou d'autocar, l'alcoolémie à partir de laquelle la conduite est interdite est fixée aujourd'hui à 0,2 g d'alcool par litre de sang.

Nous pensons personnellement qu'il serait aussi nécessaire d'appréhender autrement la maladie alcoolique, qui explique une part importante des accidents les plus graves. Il ne faudrait pas se limiter à la seule « répression des conduites dangereuses », en confondant simple usage social et état pathologique de dépendance. Une approche médicale de soins et d'aide au bénéfice des conducteurs malades est à développer sans attendre les infractions. Il conviendrait en effet de mieux comprendre la dimension médicale que revêt l'excès de consommation de boissons alcoolisées et d'en tirer toutes les conséquences sanitaires qui s'imposent. Les actions de dépistage et de prévention médicale de « l'alcoolisme maladie » restent à promouvoir en santé sécurité routière.

Elles sont connues et largement développées en santé au travail ; il serait utile d'analyser ce qui se fait dans ce deuxième secteur pour améliorer ce qui se fait insuffisamment en santé sécurité routière. L'action médicale s'inscrirait dans ce dernier contexte dans l'évaluation médicale régulière des capacités médicales des conducteurs tout au long de la vie, telle que proposée par le CISR (Comité Interministériel de Sécurité Routière) de décembre 2002. L'utilité d'une telle approche médicale, en amont des contrôles d'alcoolémie aléatoires ou post-accidentels, est évidente pour les titulaires de permis du groupe lourd et pour les professionnels de la route ; il suffirait de l'étendre à tous les conducteurs.

(.....) Page 34 à 39

5 L'activité de conduite une tâche complexe

« La conduite d'un véhicule nécessite de la part du conducteur un niveau de conscience, d'attention et de réaction suffisant pour lui permettre d'apprécier les conditions routières, et de réagir en conséquence. Le conducteur doit pouvoir exécuter rapidement et avec précision les mouvements complexes pour conduire son véhicule sans danger, spécialement par mauvais temps ou en cas de circulation dense » (LEVESPICNANE).

Rappelons que les pathologies ophtalmologiques, neurosensorielles affectent la qualité de la prise d'informations et que certaines pathologies ou certains traitements altèrent les capacités de vigilance. L'analyse de la littérature médicale montre que les pathologies retentissant sur l'état de vigilance, particulièrement celles qui le font de manière brutale provoquant syncopes ou pertes de connaissance, qu'elles soient d'origine métabolique, neurologique, cardiologique..., peuvent survenir à tout moment et dégrader les capacités de conduite, surajoutant leurs effets aux dégradations physiologiques liées à l'âge.

6 Dépister précocement pour garantir à terme les capacités du conducteur

Au-delà de la prise en compte de la pathologie, il est nécessaire de mieux appréhender les facteurs influençant les capacités physiologiques du conducteur. Outre les progrès en matière de sécurité primaire et secondaire, la grande majorité des facteurs d'accidentalité routière réfère au comportement du conducteur et à l'environnement dans lequel le véhicule se déplace.

Les paramètres psychophysiologiques et les pathologies incapacitantes pour la conduite ne peuvent être évalués, dépistés ou traités que dans la mesure de leur prise en compte spécifique, notamment à travers un examen médical ciblé. Dès lors, il convient de les rechercher le plus précocement possible, de les traiter et / ou de les corriger par les moyens les mieux adaptés. **La précocité du dépistage sera garante de la préservation ultérieure des capacités. Elle limitera le risque d'exclusion pour inaptitude. Les médecins du travail le savent d'expérience pour le maintien dans l'emploi.**

7 Bilan de capacité, promotion de la santé et perspectives sociales

Compte tenu de tout cela, il apparaît souhaitable que l'examen médical d'évaluation du conducteur intègre deux approches complémentaires :

- Un axe médical : bilan des capacités et évaluation clinique des actions thérapeutiques en faveur de la réduction des incapacités.
- Un axe spécifique d'éducation sanitaire : hygiène de la conduite. Le médecin

devra ici évoquer avec le patient examiné les consignes pratiques qu'implique la situation médicale rencontrée : durée de conduite, intensité des efforts physiques possibles, organisation du temps de conduite, effet des médicaments (cf. encadré page 54).

Si la prise en compte spécifique de ces facteurs et de ces axes de travail, dans un contexte médical, apparaît indispensable à la maîtrise des risques évalués par le conducteur, il convient également de remettre en perspective cette action dans sa dimension sociale.

Le corps médical est aujourd'hui fréquemment remis en cause à travers le développement de la judiciarisation des relations sociales. Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge des malades, le médecin a vu son devoir d'information fortement renforcé (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et arrêté du 18 juillet 2005) (cf. Annexe I).

Ces deux éléments ne manqueront pas d'avoir des conséquences au quotidien, particulièrement en cas d'accident. En effet, certains conducteurs tentent de s'exonérer de leur responsabilité personnelle en alléguant l'absence ou l'insuffisance de l'information médicale reçue.

Il convient dès lors que cette « nouvelle » dimension dans la relation au patient, largement connue des médecins du travail, soit à l'avenir plus clairement envisagée, notamment en cas de pathologie intercurrente[11]. Il est en effet nécessaire et prudent compte tenu que ce sont plus de 36 millions de nos concitoyens qui sont titulaires d'un permis, rejoints chaque année par près de 900 000 nouveaux conducteurs - que ces éléments soient appréhendés dans une perspective de prévention par l'ensemble du corps médical, c'est-à-dire par tous les médecins, notamment les médecins de soins, et non plus seulement par les médecins du travail ou les médecins agréés pour l'examen des conducteurs.

Ceci permettra chaque fois que de besoin d'apporter aux patients une information dont le corps médical vérifiera qu'elle est comprise. Ce sera le cas, par exemple, lorsqu'un patient présente une pathologie ou prend un traitement pouvant interférer avec la capacité de conduite (arrêtés du 18 juillet et du 21 décembre 2005).

Une telle démarche, bénéfique en matière de « prévention de l'incrimination » du médecin par le malade en cas d'accident avec plainte pénale des victimes ou de leurs ayants droit, impose aussi de réfléchir à la responsabilisation des

11 Survenant entre deux visites d'évaluation des capacités médicales à la conduite

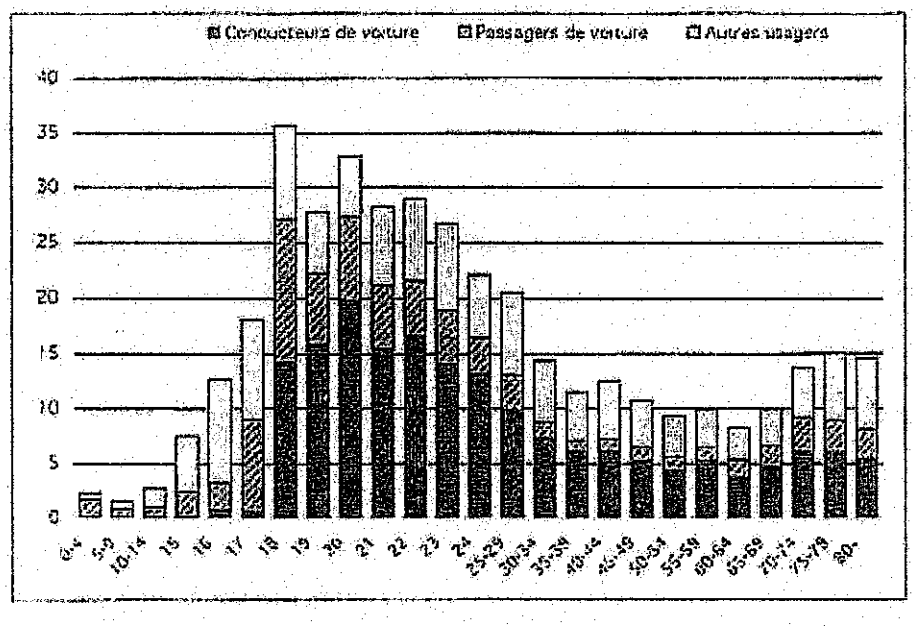
malades, face à l'observance des conseils d'interruption de la conduite que pourraient leur prodiguer leurs médecins, nous y reviendrons plus loin.

ANALYSE DES RELATIONS ÂGE / SÉCURITÉ ROUTIÈRE[12]

Les enseignements des statistiques de la securité routière.

En France, en 2002, on a officiellement dénombré 7 242 tués et 137 839 blessés dans 105 470 accidents[13].

Mortalité selon la catégorie d'usagers
(Tués pour 100 000 habitants d'une même classe d'âges)
Source : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière, données 2002.



12. Texte écrit en 2003 dans le cadre du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite par B. Laumon Directeur de recherches à l'INRETS avec la participation de A. Dellome.

13. Il s'agit des seuls accidents corporels (dans lesquels il y a au moins une victime, blessée ou tuée), les seuls auxquels nous ferons ici référence en omettant systématiquement de rappeler cette dimension corporelle.

1 Les conducteurs de 75 ans ou plus

L'enjeu attaché à cette catégorie d'usagers est double : le nombre de personnes de 75 ans ou plus est appelé à augmenter de plus d'un tiers d'ici 2020, et la proportion de détenteurs de permis parmi celles-ci ne cessera d'augmenter pour concerner, à terme, environ neuf personnes sur dix (contre seulement à peine sept sur dix aujourd'hui). C'est ainsi que les ménages dont le chef est âgé de 75 ans ou plus, qui représentaient 11,3 % des ménages et seulement 3,6 % de la circulation totale en 2000, représenteront 13,8 % des ménages et 8,7 % de la circulation totale en 2020[14].

Les personnes de 75 ans ou plus contribuent aujourd'hui à 9,3 % de la mortalité routière[15] (toutes catégories d'usagers confondues), alors qu'elles ne représentent que 7,6 % de la population française, soit un rapport d'incidence[16], par rapport aux moins de 75 ans, de 1,25. Cette surmortalité est cependant extrêmement variable selon la catégorie d'usagers de la victime : 4,75 pour les piétons ; 1,28 pour les passagers de voitures de tourisme ; et pour les seuls conducteurs de voiture, ce rapport d'incidence est « seulement » de 0,79 par rapport à l'ensemble des conducteurs de 18 à 74 ans, et reste proche de l'unité (1,09) comparativement aux seuls conducteurs âgés de 35 à 74 ans, réputés les plus « sûrs » (cf. graphique). En d'autres termes, la personne de 75 ans ou plus ne présente pas une véritable surmortalité au volant de sa voiture.

Une autre dimension est toutefois à prendre en compte : l'éventuelle surgravité « externe » des accidents dans lesquels un conducteur âgé est impliqué (et ceci à défaut de pouvoir analyser la responsabilité dudit conducteur, notion complexe, non établie de façon systématique). Il s'agit là d'analyser si le conducteur âgé est impliqué ou non dans des accidents plus graves, non pour lui-même, mais pour les autres usagers impliqués dans le même accident. En fait, il n'en est rien : la létalité[17] d'un piéton heurté par une voiture de tourisme est presque deux fois moins élevée lorsque le conducteur a 75 ans ou plus (2,5 vs 4,5 piétons tués pour 100 piétons, blessés ou tués) ; dans les accidents impliquant une voiture seule, la létalité des passagers de 75 ans ou plus[18] est moins élevée si le conducteur a lui aussi 75 ans ou plus (11,9 vs 14,4 tués pour 100 victimes, blessées ou tuées) ; et dans les accidents impliquant deux voitures, la létalité des passagers est moindre, tant pour ceux de moins de 75 ans (2,5 vs 2,9) que pour ceux de 75 ans ou plus (7,3 vs 10,1).

14. Source : Berri A (INRETS-DEST). Rapport NETR pour le MEFI. (2001).
15. Source : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière, données 2002.
16. L'incidence étant ici le nombre annuel de tués pour 100 000 habitants d'une tranche d'âges donnée.
17. Il s'agit du pourcentage de tués rapporté à l'ensemble des victimes, tuées) et blessé(es (confondues).
18. La létalité des passagers de moins de 75 ans ne peut être envisagée ici compte tenu de la faiblesse de certains effectifs.

En d'autres termes, la gravité « externe » des accidents de voiture est moindre lorsque l'accident implique un conducteur de 75 ans ou plus.

Un tel bilan doit cependant être nuancé. En effet, les 75 ans et plus ne représentent que 3,4 % des conducteurs de voiture blessés (vs 7,9 % des tués). Ainsi, la létalité de ces conducteurs de 75 ans ou plus s'avère près de deux fois plus élevée que celle des moins de 75 ans (11,2 vs 5,8 tués pour 100 victimes, blessées ou tuées). Un autre constat confirme à l'évidence cette plus grande fragilité avec l'âge : dans les accidents entre deux voitures de tourisme impliquant un seul conducteur de 75 ans ou plus, et dont l'un et / ou l'autre des deux conducteurs a été tué, ce conducteur âgé est le seul conducteur tué dans 91 % des cas. Cette vulnérabilité spécifique est d'ailleurs retrouvée lorsque l'on analyse la gravité des tableaux lésionnels des victimes qui survivent à leur accident[19].

Ces résultats apparemment contradictoires sont le fruit de phénomènes de compensation difficiles à quantifier : les personnes âgées compensent par une moindre mobilité automobile, et par une prise de risque moindre, leur plus grande fragilité. A noter toutefois que ces personnes de 75 ans ou plus apparaissent moins vulnérables au volant de leur voiture que lorsqu'elles adoptent un autre mode de déplacement, quel qu'il soit : alors que leur sur-létalité, comparée aux mêmes usagers de moins de 75 ans, est de 1,9 pour les conducteurs de voiture, elle est de 2,4 pour les passagers de voiture, de 2,5 pour les piétons, et de l'ordre de 4 pour les cyclistes et les cyclomotoristes.

L'ensemble de ces constatations, dont on se rappellera qu'elles sont fondées sur des analyses qui n'ont pu prendre en compte ni le degré de responsabilité des conducteurs, ni leurs capacités / incapacités médicales à la conduite, doit conduire à une grande prudence vis-à-vis de toute attitude extrême qui conduirait à transformer de façon trop systématique un conducteur âgé en passager, voire en piéton (ou pire, en cycliste, en cyclomotoriste, ou en conducteur de voiturette). A contrario, on n'oubliera pas que certaines sous-catégories spécifiques de conducteurs présentent des sur-risques (relatifs) indiscutables[20], tant pour eux-mêmes que pour autrui. Même si nous ignorons l'impact collectif que des mesures de restriction de la conduite automobile pourraient avoir sur le bilan global de l'insécurité routière en France, il apparaît nécessaire de prendre en compte l'évolution démographique de notre pays. Elle va inéluctablement aboutir à l'augmentation sensible du nombre de conducteurs présentant des pathologies ayant un impact avéré sur les capacités de conduite. Il apparaît dès

19. Source : Registre du Rhône.

20. Il faut en particulier garder à l'esprit l'augmentation des maladies neurodégénératives telles que les démences (dont on peut considérer qu'elles altèrent significativement les capacités de conduite). Estimée aujourd'hui à 769 000 cas chez les 75 ans et plus (soit une prévalence de 17,8 %), la démence devrait toucher, en l'absence de progrès thérapeutiques majeurs, 1 072 000 personnes en 2020, et 1 490 000 en 2030 (soit presque un doublement des cas en une trentaine d'années). Source : Enquête PAQUID.

lors pertinent de mettre en place un dispositif sanitaire cadré par des protocoles médicaux clairement définis, rigoureux mais pas rigoristes, et ce afin d'évaluer et de promouvoir les capacités médicales des conducteurs, dans l'intérêt même de ces derniers et de leurs proches. De nombreuses études publiées de par le monde valident d'ailleurs une telle approche individuelle de la lutte contre l'insécurité routière, et ont incité plusieurs pays à instaurer des dispositifs similaires à celui proposé pour notre pays lors du CISR de décembre 2002.

Document n°12 :

Le monde du 3 décembre 2002

Un contrôle médical devrait être instauré pour les conducteurs âgés

Pour certains experts, il s'agit d'un « faux débat », le cœur de cible de la prévention reste les 18-24 ans

« AU VOLANT, les personnes âgées se montrent plutôt moins dangereuses que les autres », assure Claude Got, accidentologue, expert auprès du Conseil national de sécurité routière. Le ministère des transports devrait pourtant proposer, lors du Comité interministériel de la sécurité routière prévu le 17 décembre, l'instauration d'un contrôle médical obligatoire pour les conducteurs de plus de 60 ou 70 ans. Champ de vision rétréci, réflexes ralentis, ouïe altérée : à partir d'un certain âge, l'aptitude à la conduite mériterait d'être vérifiée.

En 2001, 816 automobilistes de plus de 65 ans ont perdu la vie en voiture. Ils représentaient environ 16 % des 5 000 personnes décédées au volant. C'est un tout petit peu plus que la part des personnes âgées parmi les conducteurs. Car si ces dernières ne sont pas plus dangereuses, elles se montrent en revanche beaucoup plus vulnérables : à choc équivalent, elles meurent plus souvent. En fait, elles se tuent, mais tuent relativement peu les autres.

« Les données des assureurs montrent qu'au cours d'une année, elles ont moins d'accidents que les plus jeunes », souligne Claude Got. Les plus de 65 ans roulent moins de nuit, moins sous l'influence de l'alcool, moins vite : ils adaptent mieux leur conduite à leurs capacités. Leur point faible : les intersections, parce qu'ils détectent moins vite les dangers et les intègrent moins bien. Les seniors s'engagent aussi davantage dans des sens interdits ou sur des autoroutes à contresens. Des accidents spectaculaires qui frappent l'opinion publique, mais demeurent rarissimes. *« Ce n'est pas le nœud du problème »*, tonne Geneviève Jurgensen, porte-parole de la Ligue contre la violence routière. *La question des personnes âgées ne doit pas nous distraire. Le cœur de cible de la prévention, ce doit être les 18-24 ans. »*

« EXPÉRIENCE DE L'ESPAGNE »

Au ministère des transports, on tient à rappeler l'expérience de l'Espagne, qui a imposé un examen médical à tous les conducteurs de plus de 45 ans. Jusqu'à 70 ans, il a lieu tous les cinq ans, au-delà, il est effectué chaque année. *« Mais pour l'instant, les résultats ne se sont pas révélés très probants »*, tempère Claude Got. En France, le gouvernement hésite encore sur les modalités de l'examen. Les mailles du filet ne doivent pas se révéler trop serrées : il ne faut pas immobiliser trop de personnes âgées, ni stigmatiser une partie importante de l'électorat.

L'association La Prévention routière ne se dit pas opposée à l'idée d'un contrôle. Mais son président, Jean Flory, suggère que *« la surveillance médicale devrait exister à tout âge. Il faut que les médecins généralistes s'impliquent davantage »*. Jean Flory se demande aussi *« qui va réaliser ces contrôles, qui va les payer, qui va prendre la responsabilité de retirer un permis ? »* L'idéal, selon Claude Got, serait de croiser un examen médical classique, un dépistage des signes précurseurs d'un Alzheimer et un examen de conduite. *« Sinon, on risque de retirer le volant à des conducteurs aptes à le conserver »*, affirme-t-il.

« De toute façon, c'est un faux débat », conclut Geneviève Jurgensen : *« Dans l'accident de Loriol, c'est la vitesse qu'il faut pointer. Parler de l'âge, c'est sous-entendre qu'avec des bons réflexes, le drame aurait pu être évité. Rien n'est pire que de laisser croire ça. »*

Mathilde Mathieu

Document n°13 :

Libération 19 décembre 2002

Des examens d'aptitude après 75 ans

Des associations parlent d'une «mesure discriminatoire».

Est-ce à cause de l'accident dramatique de Loriol, qui a coûté la vie à cinq pompiers, où le conducteur était âgé de 81 ans? Est-ce parce que le gouvernement n'avait pas annoncé de mesure spectaculaire à l'issue du comité interministériel? En tout cas, hier, Gilles de Robien, ministre des Transports, l'a glissé dans le volet santé des mesures destinées à améliorer la situation sur les routes: *«Au-delà de 75 ans, un examen d'aptitude médicale à conduire devra être effectué tous les deux ans par un médecin de ville, avec possibilité d'appel devant la commission médicale du permis de conduire.»*

Dans les cas de déficience physique, il y aurait la possibilité de limiter dans le temps les déplacements (à la conduite de jour, par exemple). *«L'âge est souvent synonyme de détérioration de la santé. Ce n'est pas le problème de l'âge, c'est le problème de la santé»*, avait pourtant expliqué Gilles de Robien peu après le drame de Loriol.

«Cette mesure risque d'être stigmatisante et problématique pour un certain nombre de personnes âgées isolées», a commenté hier une responsable associative, qui doute très largement de son efficacité, et rappelle que le troisième âge n'est pas, loin s'en faut, le premier responsable de l'insécurité routière. Dans une interview à l'AFP, le docteur Françoise Forette, directrice de la Fondation nationale de gérontologie, réagissait également à cette *«mesure discriminatoire. Si une personne âgée est opérée de la cataracte, elle voit souvent mieux qu'un diabétique de 40 ans»*. Et elle concluait: *«Certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer sont diagnostiquées de plus en plus tôt, à un moment où les personnes qui en sont atteintes sont encore parfaitement en mesure de tenir le volant. Les en priver tendrait à les désocialiser.»* ●

D.A.

Document n°14 :

Le Progrès 1 décembre 2002

Permis à vie : l'Europe divisée

A l'inverse de la France plusieurs pays imposent des examens médicaux aux personnes âgées.

Le permis c'est pour la vie hormis une décision judiciaire pour infraction au code de la route. Dixit la législation de notre pays. Une règle jugée dangereuse par certains de nos voisins européens qui imposent aux personnes âgées des examens médicaux pour conserver leur permis de conduire.

Ainsi tous les permis néerlandais ont une validité limitée et doivent être régulièrement renouvelés.
Entre 60 et 65 ans on obtient un permis valable jusqu'à 70 ans, à plus de 65 ans le permis n'est valable que cinq ans. A partir de 70 ans, tout renouvellement est assorti d'un examen médical.

En Espagne, le permis est aussi soumis à reconduction long de la vie. Pour le permis B, le conducteur doit le renouveler tous les dix ans jusqu'à 45 ans, tous les cinq ans entre 45 et 60 ans, tous les deux ans au-delà de 60 ans. Cette période peut diminuer si, lors de la reconduction le conducteur souffre d'une maladie ou d'une déficience risquant de s'aggraver. Toute personne doit par ailleurs passer un test d'aptitude psychophysique si elle veut voir son permis renouvelé.

En Suisse, les titulaires de plus de 70 ans sont soumis à examen médical tous les deux ans par un médecin désigné par les autorités cantonales, de même que tout candidat de 65 ans ou plus.
Les Grecs doivent eux renouveler leur autorisation tous les trois ans après 65 ans, sur la base de deux examens de médecine générale et ophtalmologique.

Même chose en Croatie et en Bosnie, où l'examen médical a lieu tous les deux ans à 65 ans passés.
La Suède impose un renouvellement tous les dix ans, avec questionnaire médical rempli par un médecin.
En Finlande, un examen oculaire doit être fourni à la police a 45 ans et un examen médical à 60.

Au Portugal, un examen médical est obligatoire lors de l'octroi ou du renouvellement. Parmi les causes de rejet figurent les « perturbations graves de comportement sénile ».

En revanche, l'Allemagne dispose d'une législation similaire à la nôtre. Aucune mesure liée à l'âge n'existe : « Les statistiques montrent que les personnes âgées ne font pas partie, de loin, des conducteurs à risque, contrairement aux conducteurs de la classe 18-24 ans », explique un porte-parole du ministère des Transports.
Enfin, en Autriche, un examen médical est obligatoire pour tout candidat, quel que soit son âge, mais une fois le sésame obtenu aucun test ultérieur n'est imposé.

Document n°15 :

Le Comité Interministériel de la Sécurité Routière (C.I.S.R.)

Créé en 1972, le Comité Interministériel de la Sécurité Routière (CISR) est présidé par le Premier ministre et regroupe tous les ministres concernés par les problèmes de sécurité routière. Il a pour mission de définir la politique du gouvernement en matière de sécurité routière et ses principes d'application.

Document n°16 :

Le Figaro du 18 février 2004

SÉCURITÉ ROUTIÈRE *Bientôt un certificat d'aptitude*

Les médecins délivreront des « permis de conduire »

Françoise Lemoine

Après l'instauration du permis probatoire le 1er mars (6 points au lieu de 12), le certificat médical d'aptitude va encore renforcer la réglementation de la conduite. Plus question, bientôt, qu'une personne ayant une acuité visuelle réduite puisse prendre le volant. Et même s'ils sont les plus concernés, les seniors ne sont pas les seuls visés par ces mesures, prévues pour la fin de l'année.

Insuffisance cardiaque sévère, dépendance avérée à l'alcool ou aux drogues sont quelques-unes des douze contre-indications retenues par le groupe de travail présidé par le professeur Henry Hamard, de l'Académie de médecine, qui a remis, le 12 février, ses premières conclusions au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Jean-François Mattei.

Ce groupe d'experts avait été chargé, en novembre 2003, d'évaluer les contre-indications médicales à la conduite décrites dans le rapport du professeur Alain Dômont. Mais c'est aussi pour se mettre en harmonisation avec la législation européenne que ces mesures ont été décidées. La France restait le seul pays à ne pas avoir mis en place un certificat médical pour l'obtention ou le maintien du permis.

Les plus de 75 ans ne seront pas les seuls à passer des examens médicaux. Cette idée avait été jugée *« discriminatoire, grotesque et inadaptée »* par le secrétaire d'Etat aux Personnes âgées, Hubert Falco. Le gouvernement avait donc dû revoir sa copie. Il n'est pas, non plus, question d'interdire la conduite aux sourds et aux épileptiques sous traitement.

Les nouveaux textes obligeront en revanche chacun à rédiger un certificat sur l'honneur, sur lequel seront mentionnés ses pathologies et les médicaments consommés. En outre, le médecin traitant devra établir la liste des maladies incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis. La consultation sera à la charge du patient et sera plus onéreuse qu'une visite habituelle. *« Un praticien pourra toujours refuser de signer le certificat »*, précise le professeur Henry Hamard, qui se demande cependant s'il ne serait pas souhaitable de mettre en place des médecins agréés.

Parmi les autres mesures envisagées, enfin, un examen médical pourrait être rendu obligatoire tous les dix ans pour les moins de 70 ans, tous les cinq ans jusqu'à 75 ans et tous les deux ans au-delà.

Douze pathologies incompatibles avec le volant

Les experts ont dressé la liste de douze pathologies formellement incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire :

- Insuffisance cardiaque très sévère et permanente.
- Cardiomyopathie hypertrophique symptomatique.
- Acuité visuelle inférieure à 5/10 de loin, en utilisant les deux yeux ensemble, après correction optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie).
- Rétrécissement majeur du champ visuel des deux yeux.
- Blépharospasme incoercible (fermeture permanente et incontrôlable des paupières).
- Diplopie (vision double) permanente, qui ne peut être corrigée par aucune thérapeutique optique ou chirurgicale.
- Instabilité chronique à l'origine de troubles graves de l'équilibre et de la coordination.
- Dépendance avérée à l'alcool ou aux drogues avec retentissement psycho-comportemental et refus de traitement.
- Somnolence excessive, persistante malgré le traitement.
- Démence très évoluée.
- Trouble neurologique majeur sans possibilité de prothèse ou d'adaptation du véhicule.
- Psychose aiguë et chronique s'il existe des manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile.

Document n°17 :

Le Figaro du 4 mai 2005

LE FIGARO MERCREDI 4 MAI 2005

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Abandon du projet de visite médicale obligatoire

Marie-Christine Tabet

Faire passer une visite médicale aux 600 000 conducteurs seniors (plus de 75 ans) ou aux 800 000 nouveaux détenteurs du permis chaque année ? Le gouvernement, comme l'a révélé hier *Le Parisien*, a décidé d'enterrer le projet mis au point par l'ancien ministre de la Santé, Jean-François Mattei et son collègue des Transports, Gilles de Robien. Pourtant en 2002 et 2003, la mesure avait fait l'objet de sérieuses discussions et un plan d'action avait été arrêté. Il devait même être mis en place le « *plus rapidement possible* ».

L'idée de rendre obligatoire un examen médical est un serpent de mer. En 2002, c'est un accident de la circulation provoquant le décès de cinq pompiers, à Loriol (Drôme) qui avait été le déclencheur. Le conducteur était un digne retraité, ancien élu de la région Rhône-Alpes de... 85 ans. Entre les syndicats de médecins, les associations de lutte contre la violence routière et les ministères, les discussions avaient été délicates.

Il avait finalement été décidé de rendre obligatoire une visite médicale aux nouveaux conducteurs et de la renouveler tous les deux ans pour les plus de 75 ans. La visite ne devait pas être remboursée pour ne pas grever les finances de la Sécurité sociale. Mais le coût de cette mesure est l'une des principales raisons de son abandon. « *Le gouvernement a eu peur que les patients obtiennent tout de même de leur médecin une feuille de remboursement*, explique un proche du dossier. *Ce n'était vraiment pas le moment de creuser encore plus le trou de la Sécurité sociale !* »

Outre ses conséquences financières et la lourdeur du dispositif, ce contrôle risquait aussi d'être impopulaire. Les personnes âgées y sont très opposées, notamment celles qui résident en zone rurale où la voiture reste un outil indispensable. « *Nous sommes dans une période très sensible*, raconte un conseiller ministériel. *La moindre contrainte peut mettre le feu aux poudres. La réforme du bac et la suppression du lundi de Pentecôte l'ont montré.* »

En janvier dernier, Gilles de Robien avait émis quelques réserves sur le projet, expliquant au *Figaro* : « *Il n'y a pas lieu d'imposer des contrôles (...) aux plus de 70 ans puisque ces derniers ont moins d'accidents que les autres.* » Selon les dernières études, les personnes âgées ne sont en effet responsables que de 7 % des accidents. Pour autant, le gouvernement ne veut pas donner l'impression de reculer. Les médecins généralistes devraient recevoir rapidement un courrier signé des ministres de la Santé et des Transports ainsi que du président du Conseil de l'ordre pour les inciter à prodiguer des conseils de prudence à leurs patients âgés ou avec des problèmes de vue important. L'arrêté de 1997 sur les contre-indications médicales à la conduite doit aussi être réactualisé.

L'abandon de ce projet devrait se faire sans heurts. D'autant que les associations de lutte contre la violence routière n'ont jamais fait de cette question un objectif prioritaire.

LAP

Sem 1
15

IPAG
2014/2015
1ER SEMESTRE
JEUDI 11 DECEMBRE 2014
13H – 16H

PARTIEL
LAP

QRC de Finances Publiques

M. Etienne DOUAT

Traitez les 3 questions suivantes (24 lignes maxi par réponse) :

- Les calendriers modernes (anticipé, vertueux et RAR)

- La péréquation

- La fiscalité transférée (les 4 périodes, les principales recettes fiscales transférées)

LAP
Sem 1
1 S

IPAG
2013/2014
1ER SEMESTRE
JEUDI 11 DECEMBRE 2014
13H – 16H

PARTIEL
LAP

QRC de Finances Publiques

M. Michel LE CLAINCHE

Traitez les 3 questions suivantes (24 lignes maxi par réponse) :

- Dans quelle mesure les finances publiques se rattachent-elles plutôt au droit public qu'au droit privé?

- Pour quelles raisons est-il souhaité une réduction rapide du déficit budgétaire?

- Commentez le tableau suivant (en PJ)