



N° 3001

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} juillet 2026.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES EUROPÉENNES ⁽¹⁾
SUR LA PROPOSITION DE RÉSOLUTION EUROPÉENNE (N° 2639)
DE M. FABRICE BRUN ET PLUSIEURS DE SES COLLEGUES,

*visant à **abandonner le conditionnement du renouvellement**
du permis de conduire à une visite médicale obligatoire,*

PAR M. FABRICE BRUN,
Député

⁽¹⁾ La composition de la commission figure au verso de la présente page.

La Commission des affaires européennes est composée de : M. Pieyre-Alexandre ANGLADE, président ; Mme Manon BOUQUIN, M. Laurent MAZAURY, Mme Nathalie OZIOL, M. Thierry SOTHER, vice-présidents ; MM. Henri ALFANDARI, Maxime MICHELET, secrétaires ; MM. Gabriel AMARD, Karim BENBRAHIM, Guillaume BIGOT, Ian BOCARD, Anthony BOULOGNE, Mme Danielle BRULEBOIS, M. Fabrice BRUN, Mmes Céline CALVEZ, Sophia CHIKIROU, Nathalie COGGIA, Nathalie COLIN-OESTERLE, MM. Pierrick COURBON, Vincent DESCOEUR, Jocelyn DESSIGNY, Julien DIVE, Nicolas DRAGON, Jordan GUITTON, Mme Mathilde HIGNET, M. Sebastien HUYGHE, Mmes Sylvie JOSSERAND, Marietta KARAMANLI, M. Bastien LACHAUD, Mmes Constance Le GRIP, Nicole Le PEIH, MM. Pascal LECAMP, Matthieu MARCHIO, Emmanuel MAUREL, Mmes Yaël MENACHE, Danièle OBONO, M. Frédéric PETIT, Mme Marie POCHON, MM. Dominique POTIER, Pierre PRIBETICH, Stéphane RAMBAUD, Mme Isabelle RAUCH, MM. Jean-Claude RAUX, Alexandre SABATOU, Charles SITZENSTUHL, Mmes Sophie TAILLEPOLIAN, Sabine THILLAYE, Estelle YOUSSEUFFA.

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	5
I. LA DIRECTIVE (UE) 2025/2205 MET FIN AU PERMIS DE CONDUIRE À VIE ET IMPOSE DES CONDITIONS DE RENOUELEMENT DONT LA FRÉQUENCE ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE POUR LES PLUS DE 65 ANS RELÈVENT EN PARTIE DU CHOIX DES ÉTATS MEMBRES.....	7
A. RÉPONDANT À DES OBJECTIFS LÉGITIMES DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE, LA DIRECTIVE MET FIN AU PERMIS DE CONDUIRE À VIE	7
B. LA DIRECTIVE AUTORISE UNE FRÉQUENCE DE RENOUELEMENT PLUS RAPPROCHÉE POUR LES PLUS DE 65 ANS.....	9
C. LES MODALITÉS DE RENOUELEMENT FONT PAR AILLEURS L'OBJET DE TROIS OPTIONS, DONT L'UNE S'AVÈRE PARTICULIÈREMENT CONTRAIGNANTE POUR LES PLUS DE 65 ANS	9
II. POUR ÊTRE JUSTE ET SOCIALEMENT ACCEPTABLE, LA TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE DEVRA TENIR COMPTE DES RÉALITÉS AUXQUELLES SONT CONFRONTÉES LES TERRITOIRES RURAUX	11
A. LES ARBITRAGES POLITIQUES NE POURRONT FAIRE L'IMPASSE DES RÉALITÉS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIALES ET TERRITORIALES..	11
1. Dans les territoires ruraux où les possibilités de mobilité collective sont quasiment inexistantes, perdre son permis de conduire revient à perdre son autonomie.....	11
2. Une société vieillissante déjà confrontée à des territoires en désertification.....	12
3. Les seniors ne représentent pas la tranche d'âge provoquant le plus d'accidents de la route au regard de leur poids démographique	13
4. La connaissance des principaux facteurs d'accidents de la route doit conduire à mobiliser les bons outils pour faire de la sécurité routière une priorité	14
B. DÈS LORS, LE CHOIX D'UN AMÉNAGEMENT PRAGMATIQUE POUR LES PLUS DE 65 ANS S'IMPOSE.....	14
1. Plusieurs scénarios peuvent être envisagés.....	14

2. La position des autorités françaises	15
3. La position de votre rapporteur.....	15
EXAMEN EN COMMISSION	17
PROPOSITION DE RÉOLUTION EUROPÉENNE.....	31
ANNEXE N° 1 : EXTRAIT DE L'ANNEXE III PORTANT SUR LES NORMES MINIMALES CONCERNANT L'APTITUDE À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE À MOTEUR	33
ANNEXE N° 2 : EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ DU 28 MARS 2022 FIXANT LA LISTE DES AFFECTIONS MÉDICALES (...) POUR L'OBTENTION, LE RENOUVELLEMENT OU LE MAINTIEN DU PERMIS DE CONDUIRE OU POUVANT DONNER LIEU À LA DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE DE DURÉE DE VALIDITÉ LIMITÉE	39

INTRODUCTION

MESDAMES, MESSIEURS,

Pour les habitants des territoires ruraux, le permis de conduire représente bien plus qu'un titre de circulation : il conditionne l'accès aux services essentiels et le maintien du lien social. Toute évolution du cadre juridique applicable au permis de conduire doit, dès lors, être appréciée à l'aune de cette réalité.

La directive (UE) 2025/2205, adoptée le 22 octobre 2025, met fin au principe du permis à vie au sein de l'Union européenne et fixe des exigences minimales harmonisées relatives à l'octroi, au renouvellement et au retrait du permis de conduire. Cette réforme s'inscrit dans un objectif de sécurité routière qui demeure prioritaire : si le nombre de tués sur les routes a diminué de 70 % depuis les années 1970, près de 20 000 décès ont encore été enregistrés en 2025 au sein de l'Union, laquelle s'est fixé comme objectif « zéro tué » à l'horizon 2050.

Ce texte prévoit un renouvellement administratif du permis de conduire tous les 15 ans, cette durée pouvant être réduite pour les conducteurs ayant atteint 65 ans. Surtout, un examen médical obligatoire est envisagé, étant précisé qu'il ne constitue que l'une des options laissées aux États membres, au même titre que l'autoévaluation ou la mise en place d'un système national de suivi de l'aptitude à la conduite. Cette dernière disposition appelle une vigilance particulière.

En effet, là où les lignes de bus se raréfient et les trains régionaux s'effacent peu à peu du paysage, la voiture n'est pas un confort : elle est la condition de l'autonomie. L'absence de solutions de mobilité alternative dans nos territoires ruraux aggrave en outre l'exclusion des populations les plus fragiles. Retirer sans discernement son permis à une personne âgée aurait ainsi des effets délétères, tel que l'isolement social. Si la transposition de cette directive ne tient pas compte ces réalités, nous ferions peser sur nos aînés la menace d'une assignation à résidence qui ne dit pas son nom.

Cette problématique se double d'une difficulté d'ordre pratique. Les personnes de plus de 65 ans représentent désormais 22 % de la population tandis que les déserts médicaux s'étendent sur 87 % du territoire national. Dans ce contexte, l'instauration d'une visite médicale obligatoire pourrait conduire à subordonner l'exercice d'un droit à la mobilité à l'accès à une offre de soins que le territoire n'est pas en mesure de garantir de manière uniforme.

Les données disponibles ne justifient pas, au demeurant, un ciblage spécifique des conducteurs seniors. Selon le bilan 2025 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), les conducteurs de 65 ans et plus représentent 22 % des présumés responsables d'accidents mortels, soit une proportion équivalente à leur part dans la population totale. À titre de comparaison,

les conducteurs de 18-24 ans représentent 19 % des présumés responsables pour 8 % de la population, ce qui traduit une surreprésentation marquée de cette tranche d'âge. Il convient en outre de noter que la surmortalité observée chez les conducteurs âgés relève davantage de leur vulnérabilité physique en tant que victimes que de leur responsabilité dans la survenance des accidents.

Les principaux facteurs d'accidentalité demeurent, par ailleurs, clairement identifiés : vitesse excessive ou inadaptée, conduite sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants - y compris l'usage détourné du protoxyde d'azote -, distraction liée à l'usage du téléphone en mains, fatigue au volant ou infrastructure routière défaillante.

Au vu de ces éléments, cette proposition de résolution européenne recommande d'écarter l'option d'une visite médicale obligatoire au profit du dispositif d'autoévaluation volontaire. Cette solution, basée sur la responsabilisation, présente l'avantage d'une mise en œuvre simplifiée, sans induire de charge administrative supplémentaire ni de contrainte additionnelle pour les territoires ruraux, déjà fragilisés par la désertification médicale et l'insuffisance des solutions de mobilité alternative.

I. LA DIRECTIVE (UE) 2025/2205 MET FIN AU PERMIS DE CONDUIRE À VIE ET IMPOSE DES CONDITIONS DE RENOUVELLEMENT DONT LA FRÉQUENCE ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE POUR LES PLUS DE 65 ANS RELÈVENT EN PARTIE DU CHOIX DES ÉTATS MEMBRES

A. RÉPONDANT À DES OBJECTIFS LÉGITIMES DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE, LA DIRECTIVE MET FIN AU PERMIS DE CONDUIRE À VIE

En France, le permis de conduire des catégories A (moto) et B (voiture) est délivré à vie ⁽¹⁾. La carte physique du permis de conduite est en revanche limitée à une durée de validité de 15 ans depuis une réforme de 2013. Son renouvellement obéit toutefois à la réalisation de simples formalités administratives, comme la mise à jour d'une photo d'identité.

S'il n'existe aucune limite d'âge pour conduire et aucun examen de santé obligatoire lié à l'âge, certaines situations imposent toutefois une visite médicale. C'est notamment le cas à la suite d'une annulation du permis de conduire consécutivement à une consommation d'alcool ou de stupéfiants. Par ailleurs, l'arrêté du 28 mars 2022 réorganise le dispositif de l'aptitude médicale à la conduite des véhicules automobiles, sur la base d'une **nouvelle classification des affections et handicaps** (troubles neurologiques graves, problèmes d'équilibre, certaines maladies cardiaques, déficiences visuelles sévères...). Abrogeant un arrêté du 21 décembre 2005 ⁽²⁾, cet arrêté, qui transpose la directive européenne 2006/126/CE, fixe la liste des affections médicales susceptibles d'avoir des effets sur l'obtention ou le maintien du permis de conduire, en précisant les aménagements ou les restrictions possibles.

Au sein de l'Union européenne, la France est l'un des pays, aux côtés de l'Allemagne et de la Pologne ⁽³⁾, **où le permis de conduire est délivré pour une période illimitée.** En Espagne par exemple, des contrôles médicaux sont obligatoires à l'âge de 65 ans, avec une fréquence de renouvellement tous les cinq ans. Aux Pays-Bas, les premiers contrôles sont organisés à l'âge de 75 ans, avec une fréquence de renouvellement tous les cinq ans. Le Portugal est l'État membre où la réglementation est la plus drastique. Des contrôles sont en effet imposés dès l'âge de 40 ans, avec un renouvellement prévu tous les deux ans à partir de 75 ans. Toutefois, un rapport de 2021 de l'ETSC ⁽⁴⁾ (*European transport safety council*) constate l'inefficacité de l'instauration, par certains États membres, d'une visite médicale obligatoire comme moyen de prévention des collisions graves. Le rapport souligne par ailleurs que cette mesure peut avoir un effet négatif, les personnes

(1) *La proposition de loi n° 1147 visant à mettre en place une visite médicale de contrôle à la conduite pour les conducteurs de véhicule terrestre à moteur, déposée le mardi 18 mars 2025, n'a pas fait l'objet d'une inscription à l'ordre du jour.*

(2) *Pris en application de la directive 2000/56/CE de la Commission du 14 septembre 2000, modifiant la directive du Conseil des Communautés européennes 91/439/CEE du 29 juillet 1991, relative au permis de conduire.*

(3) *Permis de conduire après 70 ans : ce que dit la loi en 2026 et ce que l'Europe va imposer, article publié le 11 février 2026 sur le site Senioractu.*

(4) *ETSC, mars 2021 : PIN Flash Report 40 (p. 20).*

âgées se reportant sur d'autres modes de déplacement, notamment la marche, qui les rend plus vulnérables.

Adoptée le 22 octobre 2025, la directive (UE) 2025/2205 met fin au principe du permis à vie dans toute l'Union européenne. Elle impose des exigences minimales harmonisées en matière d'octroi, de renouvellement ou de retrait de permis de conduire. Deux groupes de conducteurs entrent dans son champ d'application : le groupe n° 1 (permis dits du groupe léger - permis auto et moto) et le groupe n° 2 (permis dits du groupe lourd). Seules sont abordées dans le présent rapport les dispositions concernant le groupe n° 1.

S'inscrivant dans le cadre de la politique commune des transports, cette directive vise à améliorer la sécurité routière tout en facilitant la libre circulation des personnes qui transfèrent leur résidence dans un État membre autre que l'État de délivrance du permis de conduire. Les États membres disposent de trois ans, à compter de sa date d'entrée en vigueur, pour la transposer. Dans ce contexte, les textes de transposition devraient avoir été adoptés le 26 novembre 2028, pour une application aux conducteurs à compter du 26 novembre 2029.

Cette réglementation répond à des objectifs légitimes, la sécurité routière demeurant une question prioritaire.

Il s'agit en effet d'un enjeu humain. Même si le nombre de morts sur les routes a reculé de 70 % depuis les années 1970 ⁽¹⁾, près de 20 000 personnes ont perdu la vie en 2025 au sein de l'Union européenne ⁽²⁾. Cette dernière s'est ainsi engagée à atteindre le chiffre de zéro victime d'accidents de la circulation d'ici 2050.

Il s'agit également d'une question d'équité et de vulnérabilité, certains usagers - piétons, cyclistes, motards, personnes âgées, enfants - étant plus exposés que d'autres. Assurer leur sécurité relève dès lors d'une responsabilité collective. En effet, **ces drames, qui brisent des vies et des familles, peuvent être évités,** la grande majorité des accidents de la route résultant de comportements humains identifiés et modifiables.

La directive (UE) 2025/2205 s'inscrit dans la lignée des nombreuses mesures mises en œuvre à l'échelle des États membres ou de l'Union européenne pour réduire significativement le nombre d'accidents de la route : généralisation de la ceinture de sécurité, respect de limitations de vitesse, meilleure formation des conducteurs débutants, introduction du contrôle technique, campagnes de sensibilisation à destination du grand public etc. **Toutefois, certaines dispositions de la directive inquiètent légitimement.**

(1) Rapport DEKRA sur la sécurité routière 2025 : La mobilité au fil du temps.

(2) Communiqué de presse du 21 octobre 2025, Parlement européen : Moderniser les règles de conduite de l'UE pour améliorer la sécurité routière.

B. LA DIRECTIVE AUTORISE UNE FRÉQUENCE DE RENOUVELLEMENT PLUS RAPPROCHÉE POUR LES PLUS DE 65 ANS

L'une des dispositions faisant débat concerne le renouvellement administratif du permis de conduire prévu à l'article 10.

En principe, le permis doit être renouvelé tous les 15 ans. Les États peuvent réduire cette durée à 10 ans si le titre sert de pièce d'identité nationale.

Des contrôles plus fréquents sont toutefois possibles après 65 ans : la directive autorise en effet les États membres à réduire la durée de validité du permis de conduire pour les conducteurs ayant atteint cet âge.

Article 10

Délivrance, validité et renouvellement

2. La durée de validité administrative des permis de conduire délivrés par les États membres est la suivante :

a) **15 ans pour les catégories AM, A1, A2, A, B, B1 et BE.** Les États membres peuvent réduire cette durée à 10 ans dans le cas où leur droit national autorise l'utilisation du permis de conduire également comme document d'identification personnel ;

b) cinq ans pour les catégories C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 et D1E.

Le renouvellement d'un permis de conduire peut déclencher le commencement d'une nouvelle période de validité administrative pour une ou plusieurs catégories que le titulaire est autorisé à conduire, dans la mesure où cela est conforme à la présente directive. (...)

Les États membres peuvent limiter la durée de validité administrative de permis de conduire dans des cas individuels pour toute catégorie s'il est nécessaire d'augmenter la fréquence des contrôles médicaux, des autoévaluations ou d'autres mesures spécifiques, y compris des restrictions visant les auteurs d'infractions routières. (...)

Les États membres peuvent réduire les durées de validité administrative prévues au premier alinéa pour les permis de conduire dont les titulaires résident sur leur territoire et ont atteint l'âge de 65 ans afin d'exiger que des contrôles médicaux, des autoévaluations ou d'autres mesures spécifiques, y compris des cours de remise à niveau, soient mis en œuvre plus fréquemment. Cette durée réduite de validité administrative n'est appliquée qu'à l'occasion du renouvellement du permis de conduire. (...)

3. Le renouvellement du permis de conduire à l'expiration de sa validité administrative est subordonné aux deux conditions suivantes :

a) **le maintien du respect par le demandeur du renouvellement des normes minimales d'aptitude physique et mentale à la conduite énoncées à l'annexe III ;**

b) le fait que la résidence normale du demandeur du renouvellement se trouve sur le territoire de l'État membre délivrant le permis de conduire, le fait que le demandeur du renouvellement relève des exceptions prévues à l'article 20, paragraphe 3, ou la preuve que le demandeur du renouvellement y faisait des études au cours des six derniers mois au moins au moment du dépôt de la demande.

C. LES MODALITÉS DE RENOUVELLEMENT FONT PAR AILLEURS L'OBJET DE TROIS OPTIONS, DONT L'UNE S'AVÈRE PARTICULIÈREMENT CONTRAIGNANTE POUR LES PLUS DE 65 ANS

Au considérant 32, la directive indique que : « *pour la délivrance ou le renouvellement de certaines catégories de permis de conduire, les États membres devraient avoir la possibilité, au lieu d'exiger un examen médical, d'exiger du*

demandeur ou du titulaire d'un permis de conduire qu'il fournisse, par écrit ou par voie électronique, une autoévaluation dont la conception pourrait être axée sur les risques. Toutefois, il serait préférable que les États membres incluent des examens médicaux au moins dans le cadre de la première procédure de délivrance d'un permis de conduire, afin d'évaluer de manière exhaustive si les conditions énoncées dans la présente directive et dans le droit national sont respectées ».

Sur cette base, l'article 11 prévoit qu'une première délivrance de permis de conduire ne peut intervenir qu'après que les conducteurs se sont soumis « à un examen médical dans le cadre duquel les normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale couvrant toutes les pathologies visées à l'annexe III sont appliquées ».

En cas de renouvellement, l'article 11 soumet les demandeurs à un examen médical couvrant les pathologies énoncées à l'annexe III.

Les pathologies visées à l'annexe III concernent la vision, l'audition, le handicap physique, les affections cardiovasculaires, le diabète sucré, les maladies neurologiques, le syndrome de l'apnée obstructive du sommeil, l'épilepsie, les troubles mentaux, l'alcool, les stupéfiants et médicaments, les affections rénales.

Les dispositions diverses de l'annexe III précise par ailleurs qu' : « *en règle générale, le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé à un demandeur ou conducteur atteint d'une affection non mentionnée dans la présente annexe mais qui est susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle compromettant la sécurité de la conduite, sauf si la demande est appuyée par un avis médical rendu par un professionnel de la santé agréé et compétent et, si besoin est, le demandeur ou conducteur fait l'objet de contrôles médicaux réguliers ».*

Dans le cadre d'un renouvellement, contrairement à une première délivrance, l'examen médical obligatoire n'est que l'une des trois options ouvertes aux États membres.

En effet, sous réserve du respect des dispositions de l'annexe III, « les États membres peuvent (...), en lieu et place d'un examen médical, appliquer l'une des mesures alternatives suivantes ou les deux : exiger du demandeur ou du titulaire du permis de conduire qu'il remplisse, lorsqu'il demande la délivrance ou le renouvellement d'un permis de conduire, **un formulaire d'autoévaluation couvrant toutes les pathologies énoncées à l'annexe III ; ou mettre en place un système national d'évaluation de l'aptitude à la conduite** permettant une réaction aux modifications importantes de l'aptitude physique ou mentale afin de garantir la conformité aux normes minimales d'aptitude physique et mentale énoncées à l'annexe III, après la délivrance d'un permis de conduire au demandeur à la suite d'un examen médical ou d'une autoévaluation. »

Concrètement, cela signifie qu'en cas de mise en œuvre par l'État français du formulaire d'autoévaluation (option n° 2), ce document s'imposera sauf dispositions plus sévères prévues à l'annexe III. Ainsi, Pour certaines

pathologies comme les affections cardiovasculaires (bradyarythmies, tachyarythmies, tachycardie, implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque permanent...) : « *le permis de conduire ne peut être délivré ou renouvelé aux demandeurs ou conducteurs (...) qu'après que la pathologie a été effectivement traitée et sous réserve de l'autorisation d'une autorité médicale compétente et, s'il y a lieu, d'une évaluation médicale régulière par une telle autorité* ». Pour d'autres pathologies en revanche (maladie vasculaire périphérique, insuffisance cardiaque de classe NYHA IV, cardiomyopathies structurelles et électriques ...), le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé.

II. POUR ÊTRE JUSTE ET SOCIALEMENT ACCEPTABLE, LA TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE DEVRA TENIR COMPTE DES RÉALITÉS AUXQUELLES SONT CONFRONTÉES LES TERRITOIRES RURAUX

A. LES ARBITRAGES POLITIQUES NE POURRONT FAIRE L'IMPASSE DES RÉALITÉS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIALES ET TERRITORIALES

1. Dans les territoires ruraux où les possibilités de mobilité collective sont quasiment inexistantes, perdre son permis de conduire revient à perdre son autonomie

La directive rappelle dans son considérant 26 que : « *Le droit au permis de conduire est une garantie de la liberté de circulation et de la participation à la vie économique et sociale, qui revêt une importance particulière dans les zones rurales et peu urbanisées où le réseau de transports publics est limité. Le transport individuel constitue un élément particulièrement important pour la mobilité des personnes âgées, des personnes à mobilité réduite et des personnes handicapées.* »

Faire le choix d'un contrôle médical obligatoire après 65 ans entrerait en contradiction avec le besoin de mobilité reconnu par la directive, laquelle permet d'ailleurs - sur ce fondement - de faciliter la délivrance de permis de conduire pour des publics plus jeunes : « *Afin de tenir compte des besoins en matière de mobilité des jeunes résidents des États membres, tels que la nécessité de parcourir de longues distances dans des zones à faible densité de population qui ne disposent pas de moyens alternatifs adéquats de mobilité personnelle, les États membres, après accord préalable de la Commission, devraient pouvoir abaisser l'âge minimum à 15 ans pour la délivrance de permis de conduire (...).* »

En outre, conformément à l'article 25 de la Charte européenne des droits fondamentaux : « *L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées de mener une vie digne et indépendante et de participer à la vie sociale et culturelle* ».

Dans ce contexte, votre rapporteur considère que toutes les alternatives doivent être étudiées afin de maintenir la mobilité des personnes âgées.

En effet, le monde rural souffre d'un déficit de mobilité profond. Avec la fermeture progressive des lignes de bus, la raréfaction des trains régionaux et des services publics de plus en plus éloignés, **la voiture est devenue une nécessité absolue dans de nombreuses communes.**

L'absence de solutions de mobilité constitue un facteur aggravant d'exclusion pour les populations rurales, et plus particulièrement pour les personnes âgées. Cette réalité, souvent peu visible, emporte pourtant des conséquences sociales et humaines majeures.

L'isolement social en constitue sans doute la conséquence la plus discrète, mais aussi la plus préoccupante. La perte du permis de conduire peut en effet marquer le point de départ d'un véritable processus de désocialisation : les personnes concernées se trouvent alors dépendantes de tiers pour rendre visite à leurs proches, participer aux activités associatives, accéder aux soins ou effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne, comme faire ses courses ou se rendre dans une pharmacie.

Cette situation porte également atteinte à l'estime de soi. Nombre de personnes âgées éprouvent une réticence, voire une forme de honte, à solliciter de l'aide, et préfèrent renoncer à certains besoins plutôt que de devoir, à leurs yeux, importuner leur entourage.

Cette perte d'autonomie, qui accentue le sentiment de vieillissement et de déclin, fait par ailleurs peser une charge importante sur les familles, contraintes à des déplacements répétés, à une organisation logistique complexe, et confrontées à un sentiment de culpabilité permanent. Dans certains cas, cette situation peut même contribuer à une entrée anticipée en établissement d'hébergement.

2. Une société vieillissante déjà confrontée à des territoires en désertification

La proposition de résolution européenne mentionne en son troisième considérant que la directive (UE) 2025/2205, en instaurant une visite médicale obligatoire tous les quinze ans puis tous les cinq ans après 65 ans sur l'ensemble du territoire européen, « risque de conduire à un surcoût administratif élevé pour un système qui s'autorégule aujourd'hui ».

Cette mise en garde prend une acuité particulière au regard de la réalité démographique française : **selon le bilan démographique 2025 de l'INSEE, 22 % de la population a désormais au moins 65 ans, soit plus d'une personne sur cinq.**

Envisager des visites médicales obligatoires pour une telle proportion de la population suppose une capacité d'absorption du système de santé que la situation actuelle ne permettrait vraisemblablement pas de garantir.

Cette difficulté est en effet considérablement amplifiée par le phénomène de désertification médicale qui touche près de 87 % ⁽¹⁾ du territoire national. Ce phénomène – qui touche désormais certaines villes moyennes - ne se limite donc pas aux seules zones rurales. Il emporte par ailleurs de graves conséquences : près de 73 % ⁽²⁾ des Français déclarent avoir renoncé à un rendez-vous médical au cours des cinq dernières années, en raison de délais d'attente trop longs, du coût de la consultation ou de l'éloignement géographique.

Imposer dans ce contexte une visite médicale obligatoire comme condition de renouvellement du permis de conduire revient à subordonner un droit fondamental de circulation à l'accès à un service de santé que le territoire est aujourd'hui dans l'incapacité de garantir à tous.

3. Les seniors ne représentent pas la tranche d'âge provoquant le plus d'accidents de la route au regard de leur poids démographique

Selon le bilan 2025 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), la part des seniors dans la responsabilité des accidents de la route est proportionnelle à leur représentation dans la population totale. Les 65 ans et plus constituent 22 % des présumés responsables d'accidents mortels et représentent la même proportion que la population totale. Il en est de même pour les personnes âgées de 75 ans et plus, présumées responsables d'accidents mortels à hauteur de 11 %, soit un pourcentage équivalent à leur poids démographique.

À l'inverse, les tranches d'âge les plus jeunes sont nettement surreprésentées parmi les responsables d'accidents. Les 18-24 ans constituent ainsi 19 % des présumés responsables d'accidents mortels pour seulement 8 % de la population, soit une part plus de deux fois supérieure à leur poids démographique ; les 25-34 ans représentent quant à eux 17 % des présumés responsables pour 12 % de la population. Rapportés à des groupes d'âge plus larges, les seniors se placent en dernière position : 37 % des présumés responsables d'accidents mortels ont entre 18 et 34 ans et 38 % entre 35 et 64 ans, contre 22 % pour les 65 ans et plus.

Si les seniors apparaissent fréquemment dans les statistiques d'accidentalité, c'est donc davantage au titre de leur vulnérabilité que de leur responsabilité : les 75 ans et plus présentent une mortalité routière une fois et demie supérieure à la moyenne. La distinction entre victime et présumé responsable est donc déterminante pour ne pas confondre l'exposition au risque et la production du risque.

(1) Carte des déserts médicaux en France : le nouveau pacte gouvernemental, data.gouv.fr, disponible sur : www.data.gouv.fr.

(2) « Accès aux soins : près de 73 % des Français disent avoir renoncé à un rendez-vous depuis cinq ans en raison du délai trop long, du coût ou de la distance », *Le Monde*, 17 mars 2026.

4. La connaissance des principaux facteurs d'accidents de la route doit conduire à mobiliser les bons outils pour faire de la sécurité routière une priorité

Les accidents de la route résultent le plus souvent d'une combinaison de facteurs humains, comportementaux et environnementaux. Parmi les principales causes identifiées figurent la vitesse excessive ou inadaptée, ainsi que la consommation d'alcool ou de stupéfiants, qui altère les capacités de conduite. À cet égard, la progression de l'usage détourné du protoxyde d'azote constitue une source croissante de préoccupation en matière de sécurité routière, en raison des effets de cette substance sur la vigilance, les réflexes et la perception des risques.

Les distractions au volant, notamment l'usage du téléphone portable en mains, constituent également une cause croissante d'accidentalité, tout comme la fatigue et la somnolence, en particulier lors des trajets de longue distance. À ces facteurs s'ajoutent le non-respect du code de la route (priorités, distances de sécurité, signalisation) ainsi que certaines conditions extérieures, telles que les intempéries, la dégradation de l'état des infrastructures routières ou les défauts d'entretien des véhicules.

La prévention des accidents repose ainsi sur une action combinée visant à promouvoir des comportements responsables, à améliorer la sécurité des infrastructures et à garantir le bon état des véhicules.

B. DÈS LORS, LE CHOIX D'UN AMÉNAGEMENT PRAGMATIQUE POUR LES PLUS DE 65 ANS S'IMPOSE

1. Plusieurs scénarios peuvent être envisagés

La directive rappelle dans son considérant 26 que : *« L'évaluation de l'aptitude d'un conducteur à conduire en toute sécurité doit se faire sur la base de critères précis, tenant notamment compte de son état de santé en fonction des résultats objectifs d'examens et, s'il y a lieu, de tests. Les décisions relatives à la suspension, au retrait, à l'annulation ou à la restriction, du permis de conduire devraient être prises au cas par cas et ne devraient pas aboutir à des discriminations, en particulier fondées sur l'âge ».*

Différents scénarios sont possibles, parmi lesquels :

- Une visite médicale obligatoire tous les 15 ans après 65 ans ;
- Une visite médicale obligatoire à une échéance définie par chaque État membre après 65 ans ;
- Un système national d'évaluation de l'aptitude à la conduite tous les 15 ans après 65 ans ;

- Un système national d'évaluation de l'aptitude à la conduite à une échéance définie par chaque État membre après 65 ans ;
- Une auto-évaluation tous les 15 ans, sous réserve des exceptions prévues à l'annexe III ;
- Une auto-évaluation à une échéance définie par chaque État membre, sous réserve des exceptions prévues à l'annexe III.

2. La position des autorités françaises

Dans le cadre d'une question orale sans débat, parue au Journal officiel le 21 avril 2026, votre rapporteur a interrogé, Madame Marie-Pierre Vedrenne, ministre déléguée chargée de la citoyenneté, sur la position du Gouvernement français.

À cette occasion, la ministre a souligné que lors des négociations au Conseil, l'un des principaux enjeux, pour la France, concernait le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. *« Les discussions ont porté sur la mise en place d'un contrôle médical obligatoire, par un médecin, pour la délivrance et pour le renouvellement du permis. La France, avec d'autres États membres, a notamment soutenu l'introduction de modalités alternatives à cet examen médical obligatoire car les bénéfices d'un tel examen périodique pour la sécurité routière ne sont pas clairement établis ».*

Elle a également souligné que **la généralisation de l'examen médical d'aptitude impliquerait le recours aux médecins traitants pour la réalisation d'environ 2,5 millions d'avis médicaux supplémentaires chaque année**. Une telle mesure serait susceptible d'accroître significativement la charge pesant sur le système de santé et de renforcer les tensions déjà observées en matière d'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux confrontés, comme exposé précédemment, à une offre médicale insuffisante.

Dans ces conditions, le gouvernement privilégie l'autoévaluation dans un cadre qui reste à déterminer. Cette approche, selon la ministre, vise à renforcer la responsabilisation des conducteurs quant à l'évaluation de leur aptitude à conduire au regard de leur état de santé avant toute prise du volant.

Aucun élément de réponse n'a en revanche été apporté sur la fréquence du renouvellement du permis de conduire pour les plus de 65 ans : tous les 15 ans ou moins.

3. La position de votre rapporteur

Votre rapporteur considère, au regard de ce qui a été précédemment exposé, que les options reposant sur une visite médicale obligatoire, hormis pour les exceptions prévues à l'annexe III, doivent être écartées.

Par ailleurs, quelle que soit l'option retenue, il apparaît indispensable de renforcer les alternatives à la voiture individuelle afin d'améliorer durablement la mobilité dans les territoires ruraux. Cet objectif passe notamment par le développement et la modernisation des services de transport à la demande, le soutien aux dispositifs de covoiturage, le maintien ou la réouverture de certaines lignes ferroviaires de desserte fine du territoire, ainsi que le renforcement des réseaux de cars express régionaux.

Il convient également de favoriser l'intermodalité en créant, dans les principaux bourgs et pôles de services, de véritables points d'échanges multimodaux permettant la connexion entre différents modes de transport. Une telle approche contribuerait à désenclaver les territoires ruraux, à faciliter l'accès aux services essentiels et à réduire les situations d'isolement, en particulier pour les populations les plus vulnérables.

En outre, il est urgent de s'attaquer aux principales causes d'accidents de la route. L'amélioration de la sécurité routière exige nécessairement d'adopter une approche globale associant prévention, contrôle et aménagement des infrastructures. Elle implique notamment de lutter contre les comportements à risque, tels que les excès de vitesse, la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants et les distractions au volant, tout en renforçant les actions de sensibilisation et de formation des usagers. Elle passe également par l'amélioration de l'état des routes, la sécurisation des points accidentogènes et la promotion de véhicules toujours plus sûrs.

EXAMEN EN COMMISSION

M. Fabrice Brun, rapporteur. La voiture, même si elle est amenée à se décarboner et à se partager davantage, reste l'outil numéro un de la mobilité des Français, 86 % d'entre eux l'utilisant au quotidien. Elle demeure le mode de transport dominant en France, comme d'ailleurs à l'échelle de l'Union européenne, à hauteur de 84 %.

La voiture n'est pas un confort ; elle est la condition de l'autonomie pour travailler, étudier ou se soigner. Le permis de conduire est donc un permis de vivre. C'est encore plus vrai dans nos campagnes et dans nos zones rurales où, en raison de la faible densité démographique, les solutions alternatives de mobilité sont rares, voire parfois inexistantes.

Dans ce contexte, toute évolution du cadre juridique applicable au permis de conduire doit être appréciée à l'aune de ces réalités quotidiennes et territoriales. C'est précisément ce qui nous réunit aujourd'hui. En effet, l'Union européenne a adopté, en octobre 2025, une directive mettant fin au principe du permis à vie en fixant des exigences minimales harmonisées.

Ce texte s'inscrit dans une politique plus large de sécurité routière, qui demeure une priorité en France comme au sein de l'Union européenne. Si le nombre de personnes tuées sur les routes a diminué de 70 % depuis les années 1970, près de 20 000 décès ont encore été enregistrés en 2025 dans l'Union européenne. Cette même année, 3 515 personnes sont décédées sur les routes de France.

Ces drames sont causés par des comportements à risque : vitesse excessive, alcool, stupéfiants, protoxyde d'azote, non-respect des règles les plus élémentaires de prudence, notamment l'usage du téléphone tenu en main.

Il s'agit d'un enjeu majeur de sécurité routière et de santé publique, auquel s'ajoute une dimension d'équité. Les usagers les plus vulnérables – piétons, cyclistes et personnes âgées – demeurent particulièrement exposés aux risques routiers. Cela justifie la poursuite d'une action résolue de prévention et de lutte contre les comportements à risque que je viens d'évoquer.

La transposition de cette directive prévoit un renouvellement administratif du permis de conduire tous les quinze ans et tous les cinq ans pour les conducteurs ayant atteint l'âge de 65 ans. Un examen médical obligatoire est envisagé. Il ne constitue toutefois que l'une des options laissées aux États membres, au même titre que l'auto-évaluation ou la mise en place d'un système national de suivi de l'aptitude à la conduite.

À travers la proposition de résolution qui vous est soumise aujourd'hui, je vous propose d'inviter le Gouvernement à écarter l'option d'une visite médicale obligatoire au profit d'un dispositif d'auto-évaluation volontaire.

Le Gouvernement y est disposé puisque, dans sa réponse à ma question orale sans débat du 29 avril dernier, Mme Marie-Pierre Vedrenne, ministre déléguée à l'Intérieur, me répondait : « *À ce jour, le Gouvernement privilégie la solution de l'auto-évaluation et l'objectif sera de responsabiliser le conducteur afin qu'il se pose les bonnes questions sur son état de santé avant de prendre le volant.* »

Ce choix de la responsabilisation est aussi celui de la raison. Là où les transports collectifs sont insuffisants, voire inexistants, la voiture - et par conséquent le permis de conduire - demeure une condition de l'autonomie. Cette réalité, déjà ancienne, s'est encore aggravée ces dernières années sous l'effet conjugué de la fermeture des lignes secondaires, de la réduction des dessertes locales et de l'éloignement progressif des services publics de proximité.

De surcroît, l'absence de solutions alternatives de mobilité dans les territoires ruraux aggrave l'exclusion des populations les plus fragiles, qu'il s'agisse de l'accès aux soins, aux commerces ou du maintien des liens familiaux et sociaux. Retirer sans discernement son permis à une personne âgée aurait des conséquences délétères, telles que la perte d'autonomie et l'isolement social. « *Sans permis, la prochaine étape, c'est l'EHPAD* », me disait encore il y a quelques jours un couple de personnes âgées de mon département de l'Ardèche.

Les répercussions dépassent donc largement la seule question de la mobilité. Si la transposition de cette directive ne tient pas compte de ces réalités, nous ferons peser sur nos aînés la menace d'une assignation à résidence qui ne dit pas son nom.

Cette problématique sociale se double d'une difficulté d'ordre pratique. Alors que les déserts médicaux couvrent 87 % du territoire national, comment, avec une offre de soins aussi tendue, faire face aux 2,5 millions de visites médicales supplémentaires qui seraient générées chaque année par une telle obligation ?

Dans ce contexte, l'instauration d'une visite médicale obligatoire pourrait conduire à subordonner l'exercice du droit à la mobilité à l'accès à une offre de soins que le territoire n'est pas en mesure de garantir de manière uniforme. Elle créerait ainsi une inégalité entre les conducteurs selon leur lieu de résidence, au détriment de ceux qui vivent dans les territoires les moins bien dotés en offre médicale.

Les données disponibles ne justifient d'ailleurs pas un ciblage spécifique des conducteurs seniors. Selon le bilan 2025 de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, les conducteurs âgés de 65 ans et plus représentent, en matière d'accidents mortels, une proportion équivalente à leur part dans la population totale.

Cette stricte proportionnalité entre leur poids démographique et leur responsabilité dans l'accidentalité routière contredit l'idée d'une dangerosité accrue liée à l'âge qui justifierait un encadrement renforcé. Il faut le dire et le redire : les seniors ne constituent pas la tranche d'âge provoquant le plus d'accidents de la route. À titre de comparaison, les conducteurs âgés de 18 à 25 ans sont, eux,

surreprésentés dans les accidents mortels, sans qu'un dispositif de contrôle médical spécifique soit pour autant envisagé.

Enfin, un rapport publié en 2021 par l'European Transport Safety Council (ETSC) constate l'inefficacité de l'instauration, par certains États membres, d'une visite médicale obligatoire comme moyen de prévention des collisions graves. Ce rapport souligne également que cette mesure peut produire un effet négatif. Les personnes âgées se reporteraient sur d'autres modes de déplacement, notamment la marche, qui les rendent plus vulnérables. Voilà pourquoi au regard de l'ensemble de ces éléments, je recommande d'écarter l'option d'une visite médicale obligatoire au profit d'un dispositif d'auto-évaluation volontaire.

Cette proposition de bon sens est corroborée par les positions de l'association Prévention routière. Depuis 1949, grâce à l'action résolue de ses agents, de ses 1 200 bénévoles et avec le soutien des pouvoirs publics, elle agit concrètement pour réduire le nombre et la gravité des accidents de la route. Reconnue d'utilité publique, l'association promeut un suivi dans la durée plutôt qu'une visite médicale à un instant donné. Elle soutient, comme moi, l'aptitude à conduire tout au long de la vie et, par conséquent, le principe de l'auto-évaluation.

C'est ce chemin de la responsabilisation des conducteurs, de la prévention et de la sécurité routière tout au long de la vie que je vous propose d'emprunter en adoptant cette proposition de résolution.

M. Nicolas Dragon (RN). La sécurité routière constitue un objectif de préservation de la vie des automobilistes et doit passer par une réduction du nombre de victimes sur les routes. Toutefois, les moyens retenus pour y parvenir doivent être efficaces, proportionnés et respecter les principes démocratiques.

La directive (UE) 2025/2205 met fin au principe du permis de conduire à vie et ouvre la possibilité pour les États membres d'imposer des modalités de renouvellement après 65 ans, pouvant aller jusqu'à une visite médicale obligatoire.

Or, les études disponibles montrent que l'efficacité de tels contrôles systématiques est loin d'être démontrée, tandis qu'ils risquent de fragiliser l'autonomie de millions de Français. Ce risque concerne en particulier les territoires ruraux, abandonnés par l'État en matière de développement des transports en commun. C'est notamment le cas dans mon département de l'Aisne, où la voiture demeure indispensable à la vie quotidienne.

Le Rassemblement national n'est pas opposé à une réflexion sur l'aptitude à la conduite lorsqu'elle est justifiée par des critères médicaux objectifs. En revanche, nous refusons qu'une évolution aussi importante soit imposée sous l'impulsion de l'Union européenne.

Il appartient au peuple français, par l'intermédiaire de sa représentation nationale, de déterminer les conditions de délivrance et de renouvellement du permis de conduire. Cette décision doit tenir compte des réalités de notre territoire,

de notre système de santé et des besoins de mobilité de nos concitoyens. C'est bien à l'Assemblée nationale, et non à Bruxelles, qu'il revient de trancher ce débat.

M. Fabrice Brun, rapporteur. M. le député Nicolas Dragon, député de la première circonscription de l'Aisne, je voudrais d'abord vous dire – et je le redirai certainement à tous les intervenants – que je partage pleinement vos objectifs en matière de prévention et de sécurité routière. Il faut en effet que les moyens mis en œuvre pour lutter contre ce fléau soient adaptés et proportionnés.

Si j'ai déposé cette proposition de résolution, c'est précisément pour que la représentation nationale puisse adresser une indication forte au Gouvernement. Il nous appartient, en tant que représentants du peuple, d'œuvrer en ce sens.

Je dois également reconnaître que, pour une fois peut-être, la directive européenne adoptée en octobre 2025 ouvre plusieurs possibilités. Elle offre des marges de souplesse. La visite médicale obligatoire n'est qu'une option parmi d'autres, au nombre desquelles figure l'auto-évaluation, dont je vous invite à vous saisir. Je vous remercie de vos propos et de votre soutien.

M. Laurent Mazaury (LIOT). La proposition de résolution qui nous est soumise aujourd'hui soulève une question essentielle : faut-il sacrifier la liberté de circulation au nom d'une sécurité routière mal évaluée ? Notre groupe - comme moi-même - y répond par un non catégorique.

Premièrement, cette mesure est inefficace. Les chiffres sont têtus, et vous les avez rappelés. Les seniors de plus de 65 ans sont trois fois moins responsables d'accidents mortels que les jeunes de 15 à 24 ans. Pourquoi, dès lors, cibler spécifiquement nos aînés ? Une politique fondée sur l'âge est discriminatoire et contre-productive. La sécurité routière doit s'appuyer sur des critères objectifs - tels que l'état réel de santé ou les comportements à risque - et non sur des considérations générales.

Deuxièmement, cette mesure menace l'autonomie de millions de Français. Dans nos territoires ruraux, mais aussi dans nos banlieues, où je me bats chaque jour pour défendre la mobilité, le permis de conduire est véritablement un permis de vivre. Priver un senior de son véhicule, c'est le condamner à l'isolement, rompre ses liens sociaux et aggraver les inégalités territoriales. 20 % de notre population serait directement concernée, sans alternative crédible dans des territoires déjà insuffisamment desservis par les transports en commun.

Troisièmement, cette mesure alourdirait inutilement notre administration. La France compte 48 millions de titulaires du permis de conduire. Organiser des visites médicales systématiques reviendrait à créer une véritable usine à gaz, coûteuse et inefficace, alors que le système actuel fonctionne. L'article 11 de la directive offre une voie plus sage : l'auto-évaluation, moins contraignante, moins onéreuse et tout aussi efficace pour garantir la sécurité de tous.

Enfin, la liberté de circulation est un droit fondamental. Nous ne pouvons accepter qu'une directive européenne, aussi bien intentionnée soit-elle, restreigne la liberté de nos concitoyens sans preuve tangible de son utilité. La France doit utiliser la marge de manœuvre que lui laisse le texte afin de privilégier des solutions pragmatiques et adaptées à nos réalités locales.

Pour toutes ces raisons, je voterai cette proposition de résolution. Je demande d'ailleurs au Gouvernement de s'opposer à la visite médicale obligatoire et de promouvoir, à la place, des mécanismes d'auto-évaluation, comme le permet cette directive européenne.

La sécurité routière, oui, mais sans sacrifier la liberté ni l'équité territoriale. La sécurité routière, oui, la discrimination fondée sur l'âge, non. La liberté de circulation, toujours.

M. Fabrice Brun, rapporteur. Cher collègue Laurent Mazaury, député de la onzième circonscription des Yvelines - j'aime rappeler le territoire dont chacun est l'élu - nous sommes les représentants de la Nation, mais nous sommes tous ancrés dans nos territoires. En l'occurrence, le débat qui nous réunit aujourd'hui entretient un lien étroit avec les réalités territoriales.

Merci d'avoir rappelé un point que je n'ai peut-être pas suffisamment souligné. J'évoque souvent les territoires ruraux et de montagne : je suis Ardéchois, c'est sans doute une déformation. Mais vous avez eu raison de rappeler que cette problématique concerne également les territoires périphériques et les banlieues.

En effet, près de 80 % des Français utilisent quotidiennement leur voiture. Pour beaucoup d'entre eux, il n'existe aucune alternative. Chaque fois que nous débattons ou légiférons sur la voiture et le permis de conduire, nous devons donc nous interroger non seulement sur les enjeux immédiats de sécurité routière, mais aussi sur toutes leurs conséquences, notamment en matière de mobilité, d'isolement et de lien social.

Merci également d'avoir rappelé – et je crois qu'il faut le répéter – qu'une idée reçue tend à faire croire que les seniors seraient plus responsables que les autres des accidents graves ou mortels. C'est faux. Toutes les statistiques montrent que les seniors ne constituent pas la tranche d'âge provoquant le plus d'accidents de la route. Ils sont même ceux qui provoquent le moins d'accidents graves ou mortels. Cela s'explique peut-être parce qu'ils conduisent moins longtemps, moins loin et moins vite, ou encore par leur expérience.

Je ne nie évidemment pas les drames de la route. Nous en connaissons tous. Mais il faut toujours rapporter ces chiffres à la part que représentent les seniors dans la population.

Pour terminer, vous appelez, comme moi, le Gouvernement à ne pas recourir à la visite médicale obligatoire. Je rappelle d'ailleurs que Mme Marie-Pierre Vedrenne, ministre déléguée à l'Intérieur chargée de la sécurité routière, a

indiqué, tant lors d'un entretien que dans sa réponse à ma question orale sans débat il y a quelques jours, que le Gouvernement était favorable à l'auto-évaluation.

Telle a d'ailleurs été la position défendue par la France au cours des négociations de la directive. Notre pays a fortement contribué à ce que le texte laisse plusieurs options ouvertes, parmi lesquelles figure l'auto-évaluation, que nous soutenons tous les deux.

Mme Nathalie Coggia (EPR). La proposition de résolution européenne qui nous est soumise aujourd'hui part d'une préoccupation légitime : préserver la mobilité de nos concitoyens et concitoyennes, notamment celle des personnes âgées vivant dans les territoires ruraux, pour lesquelles le permis de conduire demeure souvent indispensable à l'accès aux soins, aux services publics, à la vie sociale et à l'autonomie. Cet objectif, nous le partageons pleinement.

Pour autant, le groupe Ensemble pour la République ne peut soutenir cette proposition de résolution.

D'abord, parce qu'elle repose sur une lecture contestable de la directive européenne de 2025. Contrairement à ce qui est parfois affirmé, cette directive n'impose pas de visite médicale obligatoire uniforme pour le renouvellement du permis de conduire. Elle laisse aux États membres plusieurs possibilités de transposition, dont l'auto-évaluation ou d'autres dispositifs nationaux. Demander aujourd'hui au Gouvernement de s'opposer à une mesure qu'il n'est nullement tenu de retenir apparaît donc prématuré.

Ensuite, parce que ce texte présente le débat comme un choix binaire entre liberté de conduire et sécurité routière. Cette opposition est artificielle.

La sécurité routière est une responsabilité collective. Elle suppose de pouvoir identifier les situations dans lesquelles certaines capacités physiques, cognitives ou sensorielles peuvent altérer la conduite. Écarter par principe toute forme d'évaluation médicale ne nous paraît pas être la bonne réponse.

Le groupe EPR ne s'oppose pas au principe d'un contrôle médical des conducteurs. Ce débat mérite d'être mené sereinement, à partir de données objectives et des retours d'expérience de nos voisins européens. L'exemple espagnol est, à cet égard, intéressant. La Direction générale du trafic rappelle qu'il n'existe pas de limite d'âge pour conduire et que l'aptitude à la conduite dépend des capacités du conducteur, non de son âge.

Enfin, un contrôle médical ne signifie pas un retrait automatique du permis. Il vise à identifier les situations dans lesquelles la sécurité du conducteur et des autres usagers peut être compromise. Lorsque des restrictions sont médicalement justifiées, les pouvoirs publics doivent accompagner les personnes concernées en développant des solutions de mobilité adaptées : mobilité solidaire, transport à la demande, covoiturage ou accompagnement à la mobilité, sans faire peser de nouvelles charges sur les collectivités territoriales.

Entre un contrôle fondé sur l'âge et l'absence totale d'évaluation, il existe une voie d'équilibre, celle de la prévention, de l'évaluation individualisée des capacités de conduite et de l'accompagnement des personnes. C'est cette approche équilibrée, conciliant sécurité routière, autonomie et non-discrimination, que le groupe EPR défend.

Pour toutes ces raisons, nous voterons contre cette proposition de résolution européenne.

M. Fabrice Brun, rapporteur. Madame la députée Nathalie Coggia, députée de la cinquième circonscription des Français établis hors de France, je voudrais d'abord vous indiquer que, comme vous, je pense qu'il faut une action résolue en matière de prévention et de sécurité routière. D'ailleurs, comme la majorité d'entre vous, j'ai voté la loi sur l'homicide routier en juin 2025, car je crois qu'il nous faut lutter avec sévérité contre la violence routière.

Il me semble qu'il faudrait même aller plus loin : je serais assez favorable à faire de la prévention et de la sécurité routière une grande cause nationale en 2027. Nous serons alors dans une phase de campagne présidentielle et il me paraît important que tous les candidats se positionnent sur ces grands sujets. Je crois qu'il faut, en priorité, comme cela a déjà été rappelé au cours de nos débats, s'attaquer aux comportements à risque : la vitesse excessive, la consommation d'alcool, la consommation de stupéfiants et l'usage du téléphone tenu en main au volant.

En outre, vous appartenez à un groupe qui n'est pas si éloigné de celui de l'actuelle ministre déléguée auprès du ministre de l'Intérieur, chargée de la Citoyenneté, laquelle, lorsqu'elle était députée européenne, a voté cette directive et a fortement contribué, avec l'ensemble des représentants français au Parlement européen, à ce que plusieurs options soient retenues, dont l'auto-évaluation. Je veux également rappeler que, au travers des échanges que nous avons eus place Beauvau ainsi que des réponses officielles publiées au Journal officiel, le Gouvernement privilégie précisément cette piste de l'auto-évaluation.

Enfin, vous évoquez une position d'équilibre. Je vous invite à consulter la position de la Prévention routière, qui est publique et a été relayée par de nombreux médias. Cette association, spécialiste des questions de prévention et de sécurité routière depuis 1949, considère qu'une visite médicale ne résout pas tout. Elle ne se prononce pas en faveur d'un contrôle ponctuel à un instant donné, mais plutôt d'une évaluation de l'aptitude à conduire tout au long de la vie de l'automobiliste. C'est précisément le sens de l'auto-évaluation.

J'ai bien conscience que les modalités de cette auto-évaluation restent à définir et - nous aurons peut-être l'occasion d'en débattre ici. Néanmoins, il s'agit d'inscrire le conducteur dans une démarche d'évaluation permanente de ses propres capacités, depuis l'obtention du permis - à 17 ou 18 ans - jusqu'à la fin de la conduite - à 80, 90 ou 95 ans. C'est un travail de responsabilisation et de prévention mené

avec son entourage et son médecin traitant. C'est bien ce processus équilibré que défend cette proposition de résolution.

M. Vincent Descoeur (DR). Nous examinons aujourd'hui la proposition de résolution européenne déposée par notre collègue Fabrice Brun, député de la troisième circonscription de l'Ardèche, précision à laquelle il sera sensible. Cette proposition vise à ne pas conditionner le renouvellement du permis de conduire à une visite médicale obligatoire.

Comme l'a rappelé notre collègue, qui s'est montré très vigilant sur ce sujet, une directive européenne prévoit d'instaurer une visite médicale obligatoire tous les quinze ans, puis tous les cinq ans après 65 ans. Une telle disposition reviendrait, dans les faits, à modifier en profondeur le modèle que nous connaissons, en réduisant la durée de validité du permis de conduire à quinze ans, puis à cinq ans.

Si l'objectif affiché par cette directive, à savoir l'amélioration de la sécurité routière et la diminution du nombre d'accidents, est louable, il convient de rappeler que les statistiques attestent que les conducteurs les plus âgés sont bien moins impliqués que les autres dans les accidents les plus graves.

Chacun sait que le principal fléau demeure les comportements irresponsables et dangereux, notamment la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants.

Si je devais faire le parallèle avec le projet de réduction de la vitesse maximale autorisée à 80 kilomètres par heure, j'oserais dire qu'il s'agit d'une fausse bonne idée et d'une mauvaise réponse, ou, pour être plus précis, d'une réponse qui comporte davantage d'inconvénients que d'avantages.

Cette mesure, fondée uniquement sur l'âge des conducteurs, me semble tout à fait inadaptée. Elle se traduirait par une discrimination à l'égard d'un grand nombre de nos concitoyens, en particulier les conducteurs les plus âgés résidant en zone rurale, qui ne disposent d'aucune alternative à l'utilisation de leur véhicule pour se déplacer quotidiennement et de manière autonome. Elle les conduirait donc à l'isolement, d'autant qu'ils peuvent difficilement recourir à un autre mode de transport.

À cela s'ajouterait la difficulté de satisfaire concrètement à cette obligation de visite médicale, qui concernerait à terme plus de trois millions de conducteurs par an, alors même que la situation de l'offre médicale conduit déjà de nombreux Français à peiner à trouver un médecin traitant.

Au regard de ces éléments et de notre attachement à cette liberté fondamentale qu'est la liberté de circulation, nous estimons que cette résolution, qui invite le Gouvernement à renoncer à cette transposition et à explorer les voies d'assouplissement ouvertes par la directive, en particulier l'alinéa 3 de son article 11, doit être appuyée. Nous soutiendrons donc cette résolution, qui prône l'auto-évaluation, dont il conviendra naturellement de définir les contours.

M. Fabrice Brun, rapporteur. Je vous remercie, cher collègue Vincent Descoeur, député du Cantal, de nous avoir rappelé qu'il ne fallait pas retomber dans les travers du débat sur les 80 kilomètres par heure.

Nous sommes tous deux élus de circonscriptions très rurales. Nous connaissons donc le quotidien de nos concitoyens, notamment des plus âgés, qui vivent dans des territoires ruraux, de montagne ou enclavés, où la question de la mobilité est particulièrement prégnante et où, du fait de la faible densité démographique, il est difficile d'organiser des offres alternatives suffisantes aux déplacements en voiture.

Bien sûr, nous prenons notre part. Nous disposons de réseaux de transport en commun dans les secteurs les plus urbanisés. Chez moi, par exemple, le réseau « Tout en bus » dessert le bassin d'Aubenas. Onze ou douze communes bénéficient ainsi d'un réseau quotidien, mais cela ne représente que douze communes sur les cent cinquante que compte ma circonscription.

Nous disposons également de dispositifs de transport à la demande. Il faut rendre hommage au travail des communes, des collectivités et des autorités organisatrices de la mobilité, qui mettent en place des solutions collectives et alternatives. Force est toutefois de constater que, dans une grande partie du territoire français, cela demeure insuffisant. Même si elle est appelée à être davantage partagée, grâce notamment au covoiturage, et à se décarboner, la voiture reste, et restera encore longtemps, le principal outil de mobilité.

C'est pourquoi il nous faut être prudents dans notre manière de légiférer.

Je voudrais rappeler ce que j'ai indiqué dans mon propos liminaire. Lorsque vous échangez avec des personnes âgées, toutes ont conscience de la nécessité de vérifier leur aptitude à conduire. Mais elles savent aussi que, demain, si elles ne peuvent plus utiliser leur voiture, c'est souvent l'entrée en EHPAD qui se profile. C'est une forme d'assignation à résidence. C'est pourquoi je pense qu'il faut faire preuve d'une grande prudence. Plusieurs intervenants l'ont d'ailleurs souligné.

Enfin, je vous remercie d'avoir rappelé que nous sommes aussi des territoires confrontés aux déserts médicaux. Nous sommes fortement mobilisés aux côtés des hôpitaux, des médecins, des infirmières et de l'ensemble des professions paramédicales. Mais attention à ne pas infliger une double peine à ces territoires : comment absorber, dans ces conditions, entre 2,5 et 3 millions de visites médicales supplémentaires par an ? Là encore, veillons à ne pas créer une inégalité encore plus forte.

Mme Sophie Taillé-Polian (EcoS). Puisqu'il faut désormais décliner son territoire, je suis députée du Val-de-Marne. Mais, vous le savez, nous connaissons aussi la voiture dans le Val-de-Marne, nous connaissons son utilité et nous en avons bien souvent besoin, quels que soient les âges.

Je souhaitais indiquer que je ne soutiendrai pas cette proposition de résolution européenne. Cela paraîtra sans doute logique, puisque la députée européenne écologiste Mme Karima Delli fait partie de celles et ceux qui ont porté cette mesure au Parlement européen.

Je voudrais d'abord rappeler qu'il ne s'agit pas de cibler uniquement les personnes âgées, puisque la proposition prévoit des visites médicales régulières tous les quinze ans pour l'ensemble des conducteurs. Il me paraît important de le souligner.

Dans le cadre de notre combat collectif contre les accidents de la route, il est nécessaire que chacun puisse vérifier régulièrement ses capacités visuelles, auditives et ses réflexes. Et il ne faut pas le nier, plus on avance en âge, plus ces capacités essentielles à une conduite en toute sécurité peuvent être altérées.

Bien entendu, la question de l'accès aux soins s'est posée lorsque ces dispositions ont été débattues. L'idée était précisément d'adosser ces contrôles à des visites médicales existantes.

Nous ne pouvons pas, au motif que notre pays connaît un problème majeur de déserts médicaux, contre lequel nous nous mobilisons de manière transpartisane, renoncer à renforcer la prévention routière. D'autant que, si les personnes âgées ne sont effectivement pas les principales responsables des accidents, elles en sont souvent les victimes les plus gravement touchées.

Je voudrais également dire que l'on ne peut pas se fonder uniquement sur la bonne volonté des conducteurs pour procéder à leur auto-évaluation. J'ai connu des personnes âgées qui considéraient qu'elles pouvaient encore conduire alors que leurs capacités étaient pourtant devenues insuffisantes. Il faut savoir faire face à ces situations. Il arrive que l'on diffère le moment de renoncer à conduire et que l'on continue malgré tout. Des accidents tragiques sont malheureusement survenus dans de telles circonstances.

Par ailleurs, ces visites médicales peuvent permettre de détecter certaines anomalies et de mettre en place des adaptations du véhicule lorsque celles-ci sont nécessaires. C'est pourquoi je ne crois pas que l'on puisse simplement renoncer à toute visite médicale au motif que certains conducteurs rencontreraient des difficultés.

Je ne souhaite pas assumer une telle responsabilité.

En revanche, je rejoins naturellement toutes celles et ceux qui souhaitent permettre aux personnes âgées de conserver une vie sociale et de disposer de solutions de mobilité. Mais cela ne doit pas se faire au détriment de la sécurité.

M. Fabrice Brun, rapporteur. Mme Sophie Taillé-Polian, députée de la 11^{ème} circonscription du Val-de-Marne, il ne s'agit pas d'opposer mobilité, sécurité et prévention routière. Il faut rappeler que les personnes âgées ne sont pas les

personnes qui créent le plus d'accidents. Comme vous l'avez souligné, elles en sont même davantage les victimes.

Par ailleurs, lorsque nous ne conduisons plus, nous devenons piétons et le risque est alors multiplié. En effet, les piétons, les cyclistes et les personnes âgées sont les personnes les plus vulnérables en matière d'accidentologie.

La directive n°2025/2205 impose une forme de discrimination sur l'âge puisque tout conducteur automobile devrait avoir une visite médicale obligatoire tous les 15 ans et tous les 5 ans pour les plus de 65 ans. Si cette obligation ne constitue pas une discrimination sur l'âge, il faudra me prouver le contraire.

Je ne sais pas combien de temps un citoyen met de temps pour avoir un rendez-vous chez un médecin dans le Val-de-Marne. Je peux vous dire que dans nos territoires ruraux et de montagne, cela peut prendre plusieurs semaines voire plusieurs mois pour consulter un médecin généraliste ou un médecin spécialiste.

Il ne faut pas sous-estimer le fait qu'une grande partie des français subissent les déserts médicaux. Malheureusement, en dehors des grandes métropoles, du littoral et de l'« or blanc » - c'est-à-dire les régions montagneuses où le tourisme est développé - l'ensemble des territoires est en déficit d'offres de soins. Il est nécessaire d'intégrer cette problématique dans notre analyse.

Depuis 2022, un arrêté s'applique en France permettant aux médecins agréés par la préfecture de retirer le permis de conduire à un conducteur. Un certain nombre de pathologies sont listées dans cet arrêté pour lesquelles le permis de conduire n'est ni délivré, ni renouvelé -les maladies vasculaires périphériques, les insuffisances cardiaques graves, les cardiomyopathies... Un cadre protecteur existe déjà pour les pathologies les plus importantes.

Mme Nathalie Coggia (EPR). Les contrôles médicaux ne sont pas basés sur l'âge, mais sur l'identification de l'aptitude à conduire.

Le fait que la Commission européenne propose de rendre plus fréquents ces contrôles médicaux à partir de 65 ans paraît logique puisque nos aptitudes et nos conditions physiques changent plus rapidement, passé cet âge. En revanche, il ne s'agit pas d'une stigmatisation ou d'un contrôle basé sur l'âge.

Comme énoncé précédemment par ma collègue du groupe écologiste et social, il est tout à fait possible d'inscrire ces contrôles médicaux dans les parcours de santé existants, tout en les complétant par une autoévaluation continue. Pour le cas des personnes sous suspension de permis, il faudra trouver des moyens de mobilité alternatifs.

M. Ian Boucard (DR). Notre collègue rapporteur pose une vraie question. Évidemment que nous souscrivons tous à l'impératif d'améliorer la prévention routière dans notre pays. Il est insupportable pour chacune et chacun de voir des personnes âgées et des jeunes tués dans des accidents de la route.

M. Fabrice Brun a rappelé que les seniors sont les moins concernés par les accidents de la route pour des raisons que M. Laurent Mazaury a énoncées précédemment. Les seniors conduisent moins loin et moins vite. Cependant, il n'existe pas de raison particulière d'adopter cette mesure discriminatoire.

J'entends la nécessité d'avoir des modes de déplacement alternatifs mais il est évidemment plus complexe de mettre en place un système de bus à haute qualité de services dans les communes de quatre-vingt habitants.

En outre, la mise en œuvre de certificats à effectuer tous les cinq ans ne semble pas être la priorité des français dans la période actuelle de désertification médicale et de manque de temps médical à attribuer aux citoyens.

Pour toutes ces raisons, je soutiendrai cette PPRE, d'autant plus que la directive n°2025/2205 permet déjà l'auto-évaluation. Il serait souhaitable que la France, pour une fois, ne se montre pas plus stricte que le droit européen.

Mme Sophie Taillé-Polian, (EcoS). Pour votre information, le désert médical existe en banlieue, si ce n'est le mirage médical. En effet, des médecins sont présents mais pratiquent des honoraires qui sont absolument inatteignables pour nos populations. Par conséquent, l'accès aux médecins spécialistes ou aux médecins généralistes n'est pas du tout assuré.

Concernant la prévention, elle recouvre deux facettes.

Tout d'abord le traitement statistique, c'est-à-dire savoir ce qui cause statistiquement le plus d'accidents. Effectivement, ce ne sont pas les personnes âgées qui sont en première ligne.

Puis, il convient d'examiner les accidents qui auraient pu être évités. Nous en avons tous dans nos circonscriptions. Même si elles sont moins probables, ces situations méritent des actions de prévention, car leurs conséquences sont gigantesques pour celles et ceux qui en sont victimes. D'où l'intérêt d'avoir ce dispositif de contrôle médical.

La discrimination que vous mettez en avant est basée sur une réalité physiologique : à partir d'un certain âge, nos capacités physiques diminuent.

M. Fabrice Brun, rapporteur. La réponse peut être globale aux trois interventions, en remerciant particulièrement M. Ian Boucard d'avoir souligné l'esprit des transpositions.

Depuis des décennies, la France surtranspose beaucoup. Nous souhaiterions qu'elle transpose les textes européens et qu'elle utilise toutes les souplesses quand elles sont offertes. Concernant cette directive n°2025/2205, différentes options et souplesses existent.

À travers cette PPRE, nous proposons l'option de l'auto-évaluation. Elle permettrait d'effectuer un contrôle de l'aptitude à conduire tout au long de la vie.

L'association de prévention routière créée en 1949, reconnue par les pouvoirs publics, est l'une des associations les plus actives pour lutter contre l'insécurité routière. Cette dernière affirme qu'elle ne croit pas en une visite médicale.

Si une visite médicale tous les 15 ans ou tous les 5 ans ne saurait prévenir de l'intégralité des risques, le dispositif de l'auto-évaluation est un dispositif intervenant tout au long de la vie.

Sur la forme, nous pourrions utiliser un formulaire du Centre d'enregistrements et de révisions des formulaires administratifs (CERFA) déjà existant : lorsque nous passons l'examen du permis de conduire, le formulaire délivré, pourrait aussi permettre à chaque conducteur de s'auto-évaluer tout au long de sa vie, moyennant quelques adaptations. Il serait autorisé à le faire avec sa famille et bien sûr, s'il le souhaite, avec son médecin. Mais tout cela doit relever d'une démarche de liberté et de responsabilité.

M. Pierre-Alexandre Anglade, président. Aucun amendement n'ayant été déposé, je mets au voix l'article unique de la proposition de résolution européenne.

L'article unique de la proposition de la résolution européenne n°2639 est adopté.

La proposition de résolution européenne n° 2639 est par conséquent adoptée.

M. Fabrice Brun, rapporteur. Je remercie l'ensemble des intervenants pour ce débat rapide mais de qualité. Il nous a permis de concilier différents enjeux, à la fois de mobilité dans nos territoires ruraux mais aussi de prévention et de sécurité routière.

Nous devons nous mobiliser pour que la prévention et la sécurité routière deviennent des causes nationales en 2027.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION EUROPÉENNE

Article unique

- ① L'Assemblée nationale,
- ② Vu l'article 88-4 de la Constitution,
- ③ Vu l'article 151-5 du Règlement de l'Assemblée nationale,
- ④ Vu l'article 114 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,
- ⑤ Considérant que la France dispose d'une législation assurant le bon fonctionnement de la délivrance des permis de conduire à tout âge de la vie ;
- ⑥ Considérant que l'adoption de la directive (UE) 2025/2205 du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2025 relative au permis de conduire, modifiant le règlement (UE) 2018/1724 du Parlement européen et du Conseil et la directive (UE) 2022/2561 du Parlement européen et du Conseil, et abrogeant la directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil et le règlement (UE) n° 383/2012 de la Commission, risque d'entraver l'autonomie et la liberté des seniors en particulier dans les zones rurales où la voiture reste l'outil principal de mobilité au vu de la faiblesse de l'offre de transports en commun ;
- ⑦ Considérant que la directive (UE) 2025/2205 visant à instaurer une visite médicale obligatoire tous les 15 ans puis tous les 5 ans après 65 ans sur l'ensemble du territoire européen risque de conduire à un surcoût administratif élevé pour un système qui s'autorégule aujourd'hui ;
- ⑧ Invite le Gouvernement à s'opposer à la visite médicale obligatoire prévue par la directive (UE) 2025/2205, et à explorer toutes les voies d'assouplissements ouvertes par ladite directive dans le troisième alinéa de son article 11, en privilégiant la solution d'autoévaluation pour les personnes devant renouveler leur permis de conduire.

ANNEXE N° 1 :
EXTRAIT DE L'ANNEXE III PORTANT SUR LES NORMES MINIMALES
CONCERNANT L'APTITUDE À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE À
MOTEUR

Titre 1

VISION

3. *Tout demandeur d'un permis de conduire subit les évaluations appropriées pour s'assurer qu'il a une acuité visuelle compatible avec la conduite de véhicules à moteur et pour déterminer si un nouvel examen de leur champ visuel est nécessaire. S'il y a une raison de douter que le demandeur a une vision adéquate, il devrait être examiné par un professionnel compétent habilité par le droit national. Au cours de cet examen, l'attention porte plus particulièrement sur l'acuité visuelle, le champ visuel, la vision crépusculaire, la sensibilité à l'éblouissement et aux contrastes et la diplopie, ainsi que sur d'autres fonctions visuelles qui peuvent compromettre la sécurité de la conduite.*

Pour les conducteurs du groupe 1 qui ne satisfont pas aux normes relatives au champ visuel ou à l'acuité visuelle mais pour lesquels il y a de bonnes raisons de penser que la délivrance d'un permis de conduire ne compromettrait pas la sécurité routière, la délivrance du permis de conduire peut être envisagée dans des cas individuels exceptionnels ; le conducteur se soumet alors à l'examen d'un professionnel compétent habilité par le droit national, afin de démontrer qu'il n'est atteint d'aucun autre trouble de la vision affectant notamment sa sensibilité à l'éblouissement et aux contrastes et sa vision crépusculaire. Le conducteur ou demandeur devrait également se soumettre à un test pratique positif supervisé par une autorité compétente.

Groupe 1 :

- 1) Tout demandeur à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire a une acuité visuelle binoculaire, avec correction optique s'il y a lieu, d'au moins 0,5 en utilisant les deux yeux ensemble.

En outre, le champ visuel horizontal n'est pas inférieur à 120° et s'étend d'au moins 50° vers la gauche et la droite et 20° vers le haut et le bas. Aucun défaut n'est présent dans un rayon de 20° par rapport à l'axe central.

Si une maladie oculaire progressive est détectée ou déclarée, le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé sous réserve d'un examen régulier de la vision du demandeur par un professionnel compétent habilité par la législation nationale.

- 2) Tout demandeur 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), a une acuité visuelle d'au moins 0,5, avec correction optique s'il y a lieu. Le professionnel compétent habilité par la législation nationale certifie 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 répond à l'exigence fixée au point 3.1).

- 3) Après l'apparition récente d'une diplopie ou la perte de la vision d'un œil, il est prévu une période d'adaptation d'une durée appropriée, par exemple six mois, au cours de laquelle la conduite est interdite. Au terme de cette période, la conduite n'est autorisée qu'après avis favorable de spécialistes de la vision et de la conduite, et peut être soumise à certaines exigences ou restrictions.

Groupe 2 :

- 4) Tout demandeur à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire a une acuité visuelle, avec correction optique s'il y a lieu, d'au moins 0,8 pour le meilleur des deux yeux et d'au moins 0,1 pour le moins bon. Lorsqu'une correction optique est utilisée pour atteindre les valeurs de 0,8 et 0,1, l'acuité minimale (0,8 et 0,1) est obtenue soit à l'aide de verres de lunettes d'une puissance n'excédant pas huit dioptries, soit à l'aide de lentilles de contact. La correction doit être bien tolérée.

En outre, le champ visuel horizontal des deux yeux n'est pas inférieur à 160° et s'étend d'au moins 70° vers la gauche et la droite et 30° vers le haut et le bas. Aucun défaut n'est présent dans un rayon de 30° par rapport à l'axe central.

Le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé si le demandeur ou conducteur est atteint d'une altération de la sensibilité aux contrastes ou d'une diplopie.

Après une perte importante de la vision d'un œil, il est prévu une période d'adaptation d'une durée appropriée, par exemple six mois, au cours de laquelle la conduite est interdite. Au terme de cette période, la conduite n'est autorisée qu'après avis favorable de spécialistes de la vision et de la conduite, et peut être soumise à certaines exigences ou restrictions.

Titre 2

AUDITION

4. Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout demandeur ou conducteur du groupe 2 atteint d'une déficience auditive sous réserve de l'avis délivré par les autorités médicales compétentes, sur la base d'un examen médical qui tiendra notamment compte des possibilités de compensation.

Titre 3

PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP PHYSIQUE

5. Le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé à tout demandeur ou conducteur atteint d'affections ou de troubles du système locomoteur qui rendent dangereuse la conduite d'un véhicule à moteur.

Groupe 1 :

- 1) Un permis de conduire avec condition restrictive peut être délivré, après avis d'une autorité médicale compétente, à un demandeur ou conducteur atteint

d'un handicap physique. Cet avis repose sur une évaluation médicale de l'affection ou du trouble en cause et, si besoin est, sur un test pratique. Il est 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 une épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements démontre qu'avec ces dispositifs la conduite n'est pas dangereuse.

- 2) Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout demandeur ou conducteur atteint d'une affection évolutive sous réserve qu'il soit soumis à un contrôle régulier en vue de s'assurer qu'il est toujours capable de conduire son véhicule en toute sécurité.

Un permis de conduire peut être délivré ou renouvelé sans que le demandeur ne soit soumis à un examen médical régulier, dès lors que le handicap physique est stabilisé.

Groupe 2 :

- 3) L'autorité médicale compétente tient dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules relevant de la définition de ce groupe.

Titre 4

AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES

6. Les pathologies ou affections cardiovasculaires peuvent provoquer une altération subite des fonctions cérébrales qui constitue un danger pour la sécurité routière. Ces pathologies sont un motif de restrictions temporaires ou permanentes à la conduite.

- 1) Pour les pathologies cardiovasculaires suivantes, le permis de conduire ne peut être délivré ou renouvelé aux demandeurs ou conducteurs des groupes indiqués qu'après que la pathologie a été effectivement traitée et sous réserve de l'autorisation d'une autorité médicale compétente et, s'il y a lieu, d'une évaluation médicale régulière par une telle autorité :

- a) bradyarythmies (bradyarythmie sinusale et troubles de la conduction) et tachyarythmies (arythmies ventriculaires et supraventriculaires) associées à des syncopes ou à des épisodes de syncope provoqués par des pathologies arythmiques (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- b) bradyarythmies : maladie du nœud sinusal et troubles de la conduction avec bloc atrioventriculaire du deuxième degré (type Mobitz II), bloc atrioventriculaire du troisième degré ou bloc de branche alternant (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- c) tachyarythmies (arythmies ventriculaires et supraventriculaires) avec :
 - i) pathologie cardiaque structurelle, en particulier tachycardie ventriculaire soutenue (s'applique aux groupes 1 et 2), ou

- ii) tachycardie ventriculaire polymorphe non soutenue ou avec indication de défibrillateur (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- d) symptômes d'angor (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- e) implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque permanent (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- f) implantation ou remplacement de défibrillateur ou choc de défibrillateur, approprié ou non (s'applique au groupe 1 uniquement) ;
- g) syncope (perte temporaire de connaissance et de tonus postural, caractérisée par un début rapide, une durée brève et une récupération spontanée, due à une hypoperfusion cérébrale globale, d'origine réflexe présumée, ou de cause inconnue, sans signe de cardiopathie sous-jacente) (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- h) syndrome coronarien aigu (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- i) angor stable, si les symptômes ne sont pas déclenchés par un exercice léger (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- j) intervention coronarienne percutanée (ICP) (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- k) pontage coronarien (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- l) accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- m) sténose carotidienne sévère (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- n) diamètre aortique maximal de plus de 5,5 cm (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- o) insuffisance cardiaque :
 - i) classes NYHA (New York Heart Association) I, II et III (s'applique au groupe 1 uniquement),
 - ii) symptômes des classes NYHA I et II, à condition que la fraction d'éjection du ventricule gauche soit d'au moins 35 % (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- p) transplantation cardiaque (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
- q) dispositif d'assistance cardiaque (s'applique au groupe 1 uniquement) ;
- r) chirurgie valvulaire (s'applique aux groupes 1 et 2) ;

- s) hypertension maligne (élévation de la pression artérielle systolique ≥ 180 mmHg ou diastolique ≥ 110 mmHg associée à des dommages imminents ou progressifs au niveau des organes) (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
 - t) pression artérielle de niveau 3 (pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et/ou systolique ≥ 180 mmHg) (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
 - u) cardiopathie congénitale (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
 - v) cardiomyopathie hypertrophique en l'absence de syncopes (s'applique au groupe 1 uniquement) ;
 - w) syndrome du QT long avec syncope, torsade de pointes (QTc) > 500 ms (s'applique au groupe 1 uniquement).
- 2) Pour les pathologies cardiovasculaires suivantes, le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé aux demandeurs ou conducteurs des groupes indiqués :
- a) implantation d'un défibrillateur (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
 - b) maladie vasculaire périphérique – anévrisme aortique thoracique et abdominal, lorsque le diamètre aortique maximal est tel qu'il expose à un risque élevé de rupture soudaine et donc à un événement invalidant soudain (s'applique aux groupes 1 et 2) ;
 - c) insuffisance cardiaque :
 - i) classe NYHA IV (s'applique au groupe 1 uniquement),
 - ii) classes NYHA III et IV (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
 - d) dispositifs d'assistance cardiaque (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
 - e) valvulopathie avec régurgitation aortique, sténose aortique, régurgitation mitrale ou sténose mitrale s'il est estimé que la capacité fonctionnelle correspond à la classe NYHA IV ou si des épisodes de syncope ont été rapportés (s'applique au groupe 1 uniquement) ;
 - f) valvulopathie de classe NYHA III ou IV, ou avec fraction d'éjection inférieure à 35 %, sténose mitrale et hypertension pulmonaire sévère ou avec signes échocardiographiques de sténose aortique sévère ou sténose aortique à l'origine de syncopes ; à l'exception de la sténose aortique sévère totalement asymptomatique, si l'épreuve d'effort est négative (s'applique au groupe 2 uniquement) ;

- g) cardiomyopathies structurelles et électriques – cardiomyopathie hypertrophique avec antécédents de syncope ou lorsqu'au moins deux des conditions ci-après sont réunies : épaisseur de la paroi du ventricule gauche > 3 cm, tachycardie ventriculaire non soutenue, antécédents familiaux de mort subite (parent du premier degré), pas d'élévation de la pression artérielle à l'effort (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- h) syndrome du QT long avec syncope, torsade de pointes et QTc > 500 ms (s'applique au groupe 2 uniquement) ;
- i) syndrome de Brugada, avec syncope ou mort subite cardiaque avortée (s'applique aux groupes 1 et 2).

Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé dans des cas exceptionnels, à condition que cela soit dûment justifié par un avis médical et sous réserve d'une évaluation médicale, effectuée par une autorité médicale compétente, attestant que le sujet est toujours capable de conduire un véhicule en toute sécurité compte tenu des effets de sa pathologie.

3) Autres cardiomyopathies

Le risque d'événements invalidants soudains est évalué pour les demandeurs ou conducteurs présentant des cardiomyopathies connues (cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène, cardiomyopathie par non-compactation, tachycardie ventriculaire polymorphe catécholaminergique et syndrome du QT court, par exemple) ou des cardiomyopathies non connues qui pourraient être découvertes. Une évaluation minutieuse par un spécialiste est nécessaire. Il est tenu compte des caractéristiques de diagnostic de la cardiomyopathie concernée.

- 4) Les États membres peuvent imposer des restrictions à la délivrance ou au renouvellement du permis de conduire pour les demandeurs ou conducteurs atteints d'autres pathologies cardiovasculaires.

ANNEXE N° 2 : EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ DU 28 MARS 2022 FIXANT LA LISTE DES AFFECTIONS MÉDICALES (...) POUR L'OBTENTION, LE RENOUVELLEMENT OU LE MAINTIEN DU PERMIS DE CONDUIRE OU POUVANT DONNER LIEU À LA DÉLIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE DE DURÉE DE VALIDITÉ LIMITÉE

Article 1

La conduite d'un véhicule terrestre à moteur requiert une aptitude physique, cognitive et sensorielle.

Le conducteur apprécie sa capacité à conduire au regard de ses affections médicales, de son état de fatigue et de vigilance, de sa capacité de mobilité, de la prise de médicaments ou de substances psychoactives, dans le respect de l'article R. 412-6 susvisé.

Le conducteur atteint de certaines affections médicales est soumis à un contrôle médical, conformément à l'article R. 226-1 susvisé. Les annexes I et II fixent la liste des affections médicales qui requièrent un contrôle médical.

Au sens du présent arrêté « l'affection médicale » comprend les pathologies, symptômes, handicaps ou déficits sensoriels susceptibles d'affecter l'aptitude médicale à la conduite et « l'usager » désigne le candidat ou le titulaire du permis de conduire.

Article 2

Les affections médicales mentionnées à l'annexe I concernent les catégories A1, A2, A, B1, B et BE du permis de conduire. Ces catégories de permis sont appelées groupe 1 dit « groupe léger ».

Les affections médicales mentionnées à l'annexe II concernent les catégories C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D et DE du permis de conduire. Ces catégories de permis sont appelées groupe 2 dit « groupe lourd ».

Pour l'application du présent arrêté, les titulaires des catégories A et B du permis de conduire du groupe 1 dit « groupe léger », sont soumis à un contrôle médical identique à celui prévu pour les titulaires du groupe 2 dit « groupe lourd », dans l'exercice des activités professionnelles suivantes :

- conduite de taxis ou de voitures de transport avec chauffeur, d'ambulances, de véhicules affectés au ramassage scolaire, de véhicules affectés au transport public de personnes ;

- conduite de véhicules motorisés à deux ou trois roues, utilisés pour le transport à titre onéreux de personnes ;

- enseignement de la conduite.

Les annexes I pour le groupe 1, dit « groupe léger », et II pour le groupe 2, dit « groupe lourd », définissent pour chaque affectation médicale :

Les cas d'incompatibilité médicale avec la conduite, temporaire ou définitive ;

Les cas de compatibilité médicale avec la conduite, sans limitation de durée autre que celle de la périodicité de la visite médicale prévue par la réglementation ;

Les cas de compatibilité médicale temporaire avec la conduite. La durée de compatibilité temporaire ne peut pas être inférieure à six mois ni excéder cinq ans. Pour le groupe 2 dit « groupe lourd » et pour l'exercice des activités professionnelles mentionnées à l'alinéa 3 du présent article, cette durée ne peut excéder la limite maximale de validité de l'aptitude médicale périodique ;

La nécessité, le cas échéant, d'aménagements ou de restrictions spécifiques.

Article 3

Le candidat au permis de conduire, atteint de l'une des affections médicales mentionnées à l'annexe I ou II, le déclare lors de son inscription au moyen de la télé-procédure « demande de permis de conduire ». Dans ce cas, le candidat sollicite l'avis d'un médecin agréé sur son aptitude médicale à la conduite.

L'expert au sens des dispositions prévues au III de l'article 4 de l'arrêté du 20 avril 2012 susvisé qui, au cours de l'épreuve pratique, a estimé que l'état du candidat semblait présenter une incompatibilité avec la conduite des véhicules automobiles, peut solliciter auprès du préfet un contrôle médical.

Article 4

Le titulaire d'un permis de conduire, atteint de l'une des affections médicales mentionnées dans l'annexe I ou dans l'annexe II, selon le permis dont il est titulaire, sollicite, dès qu'il a connaissance de cette affection, l'avis d'un médecin agréé.

Article 5

Avant chaque contrôle médical, l'usager répond loyalement, par écrit, à un questionnaire à l'usage exclusif du médecin agréé par le préfet, consultant hors commission médicale, ou au sein de la commission médicale. Ce questionnaire figure en annexe III du présent arrêté.

Article 6

Le médecin agréé ou la commission médicale étudie le dossier de l'usager et les réponses au questionnaire mentionné ci-dessus. Il ou elle effectue l'examen clinique qui comprend l'interrogatoire et l'examen physique.

Le médecin agréé ou la commission médicale demande, dans les cas prévus au présent arrêté ou lorsqu'il ou elle le juge utile, les examens complémentaires et, dans les cas appropriés, un examen psychotechnique.

Il ou elle demande, dans les cas prévus aux annexes I et II du présent arrêté ou lorsqu'il ou elle le juge nécessaire, un avis médical spécialisé. Le médecin spécialiste apporte des éléments sur la pathologie de l'usager avec les données anamnestiques et cliniques utiles, en lien avec sa spécialité médicale. Cet avis est transmis par l'usager au médecin agréé ou à la commission médicale.

Le médecin agréé ou la commission médicale vérifie que les traitements réguliers pris par l'usager sont compatibles avec la conduite. L'usager est informé de la nécessité de prendre les traitements médicamenteux liés aux éventuelles pathologies, de manière adaptée à la conduite d'un véhicule à moteur.

Un test de conduite peut être demandé par le médecin agréé ou par la commission médicale afin de réaliser une mise en situation.

Le médecin agréé ou la commission médicale émet l'avis médical sur l'aptitude à la conduite en renseignant le Cerfa « Permis de conduire - Avis médical » conformément aux instructions fixées dans les annexes I et II.

L'avis médical contient, lorsque cela est nécessaire, les propositions de mentions additionnelles ou restrictives à porter sur le permis de conduire.

Article 7

Les conditions, dans lesquelles la commission médicale, primaire ou d'appel, peut proposer au représentant de l'État dans le département ou au préfet de police à Paris ou dans les Bouches-du-Rhône, la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée assortie de l'obligation de conduire uniquement des véhicules équipés d'un dispositif homologué d'antidémarrage par éthylotest électronique, figurent à l'annexe IV du présent arrêté.

Article 8

L'arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée est abrogé.

(...)

ANNEXE I : TABLEAU DES AFFECTIONS MÉDICALES DU GROUPE 1 DIT GROUPE LÉGER

Les conducteurs des catégories de permis A1, A2, A, B, B1, BE appartiennent à ce groupe

Attention, les situations de conduite définies à l'article 2, 3e alinéa, du présent arrêté appartiennent au groupe 2 dit groupe lourd

Rappel des principes

Le permis de conduire n'est ni délivré ni renouvelé à un usager atteint d'une affection médicale non compatible avec les exigences de la sécurité routière, lors de la conduite d'un véhicule à moteur.

Le lien, entre la présente annexe et les modalités pour que le médecin agréé ou la commission médicale renseigne, à l'issue du contrôle médical décrit à l'article 6 du présent arrêté, le formulaire Cerfa n° 14880* relatif au « Permis de conduire - Avis médical », s'établit de la façon suivante :

- le médecin coche la case « groupe léger » ;

- lorsqu'une affection entraîne une « Incompatibilité » médicale avec la conduite, qu'elle soit définitive ou temporaire, le médecin agréé rend l'avis : « inapte ». L'information est donnée à l'usager sur les motivations de cette inaptitude, sur les conditions et les délais nécessaires qui permettraient, lorsque tel est le cas, de rendre ultérieurement un avis d'aptitude lors du contrôle médical pour la reprise de la conduite ;

- dans les autres cas :

- lorsqu'une affection permet une « Compatibilité définitive » médicale avec la conduite, sans aménagement du véhicule ou appareillage obligatoire pour le candidat ou le conducteur, et si cette affection est isolée et sans évolution défavorable prévisible, le médecin agréé rend l'avis : « apte pour la durée de validité fixée par la réglementation ». Les mots « compatibilité définitive » s'entendent ainsi : « sans limitation de durée » ;

- Lorsqu'une affection permet une « Compatibilité temporaire », le médecin agréé rend l'avis : « apte temporaire pour une durée de validité limitée à... ». La durée de cette validité est déterminée par le médecin agréé ou la commission médicale, en fonction des différents éléments du contrôle médical. La durée de cette compatibilité temporaire est comprise dans les limites prévues à l'article 3 du présent arrêté (supérieure ou égale à 6 mois, et inférieure ou égale à 5 ans) ;

- Lorsqu'une affection permet une « Compatibilité définitive avec aménagement selon l'évaluation », le médecin agréé rend l'avis : « apte avec les restrictions ou dispenses suivantes ». Dans ce cas, la case « autres » est cochée et la notion d'aménagements et/ou d'appareillages nécessaires est précisée dans la case « Observations : ». Si une correction visuelle est nécessaire (lunettes ou lentilles de contact), la case « Dispositif de correction et/ou de protection de la vision » est cochée. Les mots « compatibilité définitive » s'entendent là encore : « sans limitation de durée ».

Lorsque plusieurs affections sont présentes, il revient au médecin agréé de rendre son avis en fonction de la conjonction des différentes pathologies. L'aptitude au permis de conduire dépend, au minimum, de la plus restrictive des affections médicales.