



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Pertes de connaissance brèves de l'adulte :
prise en charge diagnostique et thérapeutique
des syncopes**

RECOMMANDATIONS

Mai 2008

L'argumentaire scientifique et la synthèse de ces recommandations
sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Glossaire	4
Recommandations	7
1. Introduction	7
1.1 Champ des recommandations	7
1.2 Professionnels concernés	7
1.3 Méthode de travail	7
2. Définition, classification, pronostic	8
2.1 Définition	8
2.2 Brève présentation de la physiopathologie de la syncope	8
2.3 Classification	8
2.4 Données épidémiologiques	9
2.5 Évaluation du pronostic	9
3. Diagnostic.....	10
3.1 Évaluation initiale	10
3.2 Explorations complémentaires	14
3.3 Évaluation neurologique et psychiatrique	16
4. Traitement.....	18
4.1 Principes généraux	18
4.2 Syncopes réflexes	18
4.3 Hypotension orthostatique	19
4.4 Arythmies cardiaques comme cause principale	19
4.5 Cardiopathie ou maladie cardio-pulmonaire structurelle	19
4.6 Vol vasculaire sous-clavier	19
4.7 Troubles métaboliques et intoxications	20
5. Problèmes spécifiques liés à l'évaluation des patients souffrant de syncope.....	21
5.1 Nécessité d'une hospitalisation	21
5.2 Syncopes chez les personnes âgées	21
5.3 Structures de prise en charge de la syncope	22
5.4 Conduite automobile et syncope	22
Annexes	23
Annexe 1. Législation française en matière de permis de conduire. Arrêté du 21 décembre 2005	23
Annexe 2. Suggestions de recommandations pour les règles de conduite chez les patients souffrant de syncope (modifiées d'après le rapport du groupe de travail de la Société européenne de cardiologie sur la conduite en cas de cardiopathie)	27
Méthode de travail : méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique.....	30
Participants.....	33
Fiche descriptive	35

Glossaire

Syncope vasovagale (SVV) (*vasovagal syncope*)

Les deux parties du mot *vasovagal* mettent en évidence la partie efférente vasodépressive d'origine sympathique du réflexe (*vaso...*) et la part cardio-inhibitrice (*...vagale*).

Le groupe de travail recommande de distinguer, sémiologiquement, deux types de syncopes vasovagales, la SVV typique et la SVV atypique :

- SVV typique : syncope réflexe avec prodromes caractéristiques (sueurs, nausées, etc.) et facteurs déclenchants comme la douleur, l'émotion, l'instrumentation ou l'orthostatisme prolongé ;
- SVV atypique : syncope réflexe survenant sans prodrome, sans facteur déclenchant évident.

Syncope neuro-médiée (*neurally-mediated syncope*) ou réflexe (*reflex syncope*)

Syncope neuro-médiée est un synonyme de *syncope réflexe* qui souligne le rôle du système nerveux dans la syncope. L'avantage du terme *syncope réflexe* est qu'il insiste sur l'existence d'un élément déclencheur. Le groupe de travail assimile les deux termes : le terme *neurally-mediated syncope*, utilisé largement dans la version des recommandations européennes de référence, a été traduit systématiquement par *syncope réflexe*.

Syncope neurocardiogénique (*neurocardiogenic syncope*)

Ce terme est utilisé par certains auteurs comme une variante de *syncope vasovagale* ou *réflexe*. Le groupe de travail suggère de ne pas utiliser ce terme qui repose sur des données physiopathologiques (activation des mécanorécepteurs myocardiques) et préconise d'utiliser le terme *syncope vasovagale*.

Syncope vasoplégique ou vasodépressive (*vasopressor syncope*)

Le terme est parfois utilisé dans la littérature comme une alternative à *syncope vasovagale*. Le terme *vasovagal* est préférable car il est plus ancien, plus simple, et souligne la composante sympathique (*vaso...*) et parasympathique (*...vagale*) de la syncope. Le groupe de travail suggère que le terme *vasoplégique* soit réservé aux syncopes vasovagales où l'on peut faire la preuve d'une vasoplégie (hypotension) pure ou prédominante par rapport à la bradycardie.

Syncope neurogène (*neurogenic syncope*)

C'est aussi un synonyme de *syncope réflexe* mais il n'y a pas lieu d'utiliser différents termes. Le groupe de travail considère *syncope neurogène* comme une alternative superflue à *syncope réflexe*.

Présyncope ou lipothymie (*pre-syncope*)

Quand le débit sanguin cérébral est aboli ou diminué, les patients peuvent s'apercevoir que quelque chose ne va pas avant la perte totale de connaissance (syncope imminente). Ils décrivent des sensations « d'étourdissement » et de « vertiges ». Des sensations spécifiques d'une diminution de l'activité corticale ont été évoquées expérimentalement et consistent, entre autres, en une perte du contrôle oculo-moteur ou d'autres mouvements, une vision trouble et une réduction du champ visuel. Ces sensations peuvent à juste titre être appelées *présyncopes* ou *syncopes imminentes*. D'autres types de symptômes peuvent aussi se

produire avant la syncope, liés au mécanisme responsable de la syncope plutôt qu'à la diminution du débit sanguin cérébral. Ils peuvent comprendre des douleurs de la tête ou des épaules dans la dysautonomie, sudation et nausées dans les syncopes réflexes, et des picotements dans l'hyperventilation. Ces sensations surviennent immédiatement avant la syncope alors qu'elles ne sont qu'indirectement liées à la perte de conscience. Le groupe de travail indique que le terme *présyncope* est un terme imprécis décrivant toutes les sensations précédant directement la syncope (prodromes). Ces manifestations sont appelées *lipothymies* lorsqu'elles ne sont pas suivies de perte de connaissance. Le groupe de travail recommande de ne pas utiliser le terme de *présyncope*.

Malaise

Le terme *malaise* ne doit plus être utilisé, car il est imprécis, regroupant des situations cliniques floues et différentes. Le *malaise* décrit une plainte alléguée par le patient, sans spécificité. Il ne définit pas un cadre nosologique médical. La démarche diagnostique devant un *malaise* en tant que motif de recours n'est pas l'objet de cette recommandation.

Perte de conscience, perte de connaissance (PC)

La *perte de conscience* est une perte du contact avec le monde extérieur, sans communication. Le groupe de travail recommande d'utiliser le terme *perte de connaissance* plutôt que celui de *perte de conscience*.

Perte de connaissance brève (PCB) (*transient loss of consciousness*)

Le terme *perte de connaissance brève* regroupe toutes les PC syncopales ou non avant évaluation diagnostique. Après évaluation, il ne peut être utilisé que pour les PC qui restent inexpliquées. Le groupe de travail recommande de ne pas utiliser le terme PCB après identification de l'étiologie (syncope, crise d'épilepsie, etc.) et d'utiliser le terme *PC inexpliquée* pour les autres situations.

Perte de connaissance par hyperventilation (*hyperventilation syncope*)

Les symptômes habituellement attribués à l'hyperventilation sont classés dans la catégorie *attaques de panique*. Le groupe de travail insiste sur le fait qu'il n'est pas certain que l'hyperventilation puisse causer une syncope. Il propose de ne pas utiliser le terme *syncope d'hyperventilation*.

Pseudo-syncope psychogène (*psychogenic syncope*)

Lors d'une *pseudo-syncope*, les patients paraissent sans connaissance. Cet état dure souvent plus longtemps qu'une syncope et peut par conséquent ressembler à un coma. Il peut être observé lors d'une conversion hystérique ou d'une simulation. Le terme *syncope psychogène* était utilisé, mais le concept d'hypoperfusion cérébrale associé à la définition de la syncope rend l'utilisation de ce terme impropre, car cela signifierait qu'il serait possible de bloquer la circulation sanguine cérébrale par un procédé mental. Le groupe de travail recommande l'utilisation de *pseudo-syncope* ou *pseudo-syncope psychogène* pour décrire les patients ayant une perte de connaissance apparente et recommande de ne plus utiliser *syncope psychogène*.

Crises (*seizures*)

Pour certains, le mot *crises* pourrait être utilisé pour diverses pertes de connaissance, comme l'épilepsie, mais aussi la syncope, en particulier si elle est accompagnée de secousses myocloniques. Pour sans doute plus de personnes, le sens de *crises* est limité

à des crises d'épilepsie. Lorsque ce terme est utilisé dans le premier sens, il y a un risque que la syncope soit prise à tort pour une crise d'épilepsie. Le groupe de travail recommande que le mot *crises* soit exclusivement réservé aux *crises d'épilepsie*.

Syncope convulsivante (*convulsive syncope*), syncope myoclonisante

Les secousses lors d'une *syncope myoclonisante* sont peu amples, asynchrones, brèves (moins de 10 secondes), et peuvent toucher les membres et le visage, alors que les secousses lors d'une crise d'épilepsie sont amples, souvent synchrones, prolongées plus de 10 secondes, et peuvent avoir plusieurs composantes (phase tonique puis tonico-clonique). Les secousses myocloniques lors d'une syncope sont souvent interprétées comme étant épileptiques tant par les médecins que les témoins, mais tout mouvement n'est pas un signe d'épilepsie. Le groupe de travail recommande l'utilisation de *syncope myoclonisante* plutôt que *syncope convulsivante* qui peut prêter à confusion.

Drop attacks

Drop attacks a été utilisé à l'origine pour décrire des chutes soudaines sur les genoux sans perte de connaissance (syndrome des genoux bleus). Avec le temps, ce terme est devenu si flou qu'à présent son utilisation entraîne une certaine confusion plutôt qu'une meilleure compréhension. Le groupe de travail pense que l'utilisation du terme *drop attacks* devrait être évitée.

Dysautonomie/dysautonomique (*dysautonomia/dysautonomic*)

Dysautonomie indique une atteinte du système nerveux autonome, qu'elle soit primaire ou secondaire. Lorsqu'il fait référence à une *dysautonomie familiale* (syndrome de Riley-Day), ce terme a un sens spécifique et clair, mais très restrictif. *De type dysautonomique* est aussi employé dans la littérature pour désigner un profil de réponse de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle lors d'un test d'inclinaison. Le groupe de travail recommande que le terme *dysautonomie* soit utilisé pour les atteintes du système nerveux autonome, qu'elles soient primaires ou secondaires.

Recommandations

1. Introduction

1.1 Champ des recommandations

Le champ des recommandations concerne les pertes de connaissance (PC) brèves de l'adulte. Elles abordent plus précisément la prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.

En pratique clinique, Il existe des recouvrements importants entre lipothymies et syncopes, tant sur le plan physiopathologique qu'étiologique. En l'absence de données spécifiques sur les lipothymies dans la littérature, les recommandations sur les syncopes peuvent leur être extrapolées.

1.2 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les médecins, qu'ils soient en ville ou hospitaliers, et plus particulièrement aux médecins généralistes, aux urgentistes, aux cardiologues, aux neurologues, aux gériatres et aux internistes.

1.3 Méthode de travail

Ces recommandations ont été rédigées selon la méthode d'adaptation des recommandations décrite dans le guide méthodologique de la HAS « Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique – Janvier 2007 », disponible sur le site www.has-sante.fr¹.

Concernant le sujet de ces recommandations, un seul document publié de recommandations professionnelles a été retenu, celui rédigé par la *Task force on syncope* de l'*European Society of Cardiology* (ESC), publié en 2004 sous le titre *Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope - update 2004*². Ces recommandations sont elles-mêmes une adaptation de recommandations précédentes, rédigées par le même groupe en 2001.

Dans le texte ci-dessous, les recommandations sont fondées sur des données scientifiques probantes issues de la littérature et sur des accords professionnels enrichis des avis du groupe de lecture.

Le nombre élevé de références présentes dans le document source et la méthode d'adaptation, dont l'un des objets est de ne pas reprendre dans le détail la littérature analysée dans ce document, ne permettent pas de grader les recommandations selon les critères usuels établis par la HAS, car ces derniers sont différents de ceux adoptés par l'ESC. Néanmoins, pour l'information des professionnels et pour favoriser l'appropriation des recommandations, la gradation de l'ESC a été maintenue, d'autant plus facilement qu'une grande partie des recommandations sources a été retenue pour rédiger les recommandations ci-dessous. Selon l'ESC, les recommandations sont classées en trois catégories :

- classe 1 : lorsque l'évidence scientifique ou l'accord professionnel est concordant pour affirmer que la procédure ou le traitement recommandé est utile ;
- classe 2 : lorsque l'utilité de la procédure ou le traitement recommandé est scientifiquement moins bien établi ou lorsqu'il existe des divergences entre les membres du groupe de travail ;
- classe 3 : lorsque la procédure ou le traitement est inutile, voire dangereux.

¹http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_531278/methode-et-processus-d-adaptation-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique-existantes

² Europace 2004;6 :467-537

2. Définition, classification, pronostic

2.1 Définition

La syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal. Elle est due à une hypoperfusion cérébrale globale et passagère.

2.2 Brève présentation de la physiopathologie de la syncope

Quel que soit le mécanisme, une hypoperfusion cérébrale globale et transitoire peut déclencher une syncope. L'intégrité d'un certain nombre de mécanismes de contrôle est essentielle pour maintenir un apport d'oxygène cérébral suffisant. Ces mécanismes de contrôle comprennent l'autorégulation cérébro-vasculaire, le contrôle local métabolique, les adaptations par les barorécepteurs artériels et la régulation du volume vasculaire.

Le risque de syncope est plus grand chez les personnes âgées ou chez les patients ayant des pathologies sévères ou fréquentes. L'HTA, le diabète et le vieillissement altèrent les systèmes d'autorégulation du débit sanguin cérébral.

2.3 Classification

La syncope doit être différenciée des autres états « non syncopaux » associés à des pertes de connaissance transitoires réelles ou apparentes, selon le schéma présenté dans la figure 1.

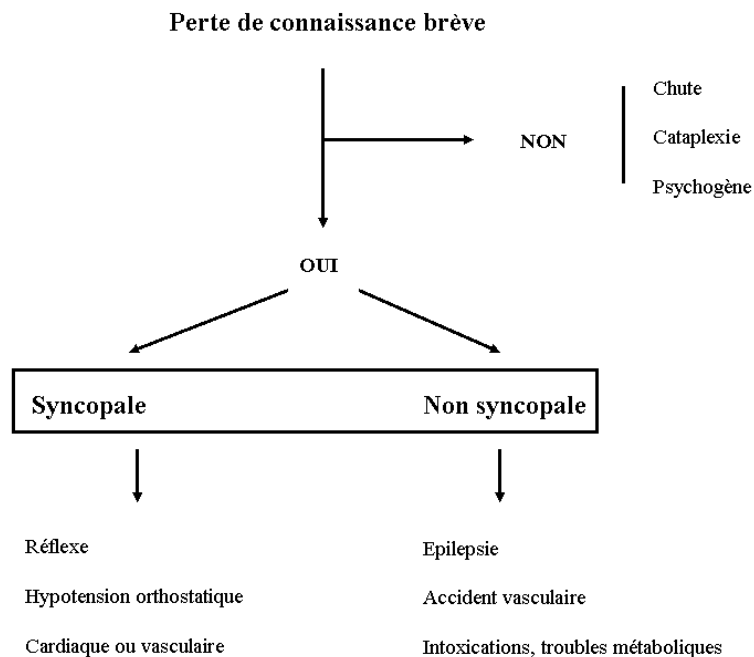


Figure 1. Classification des pertes de connaissance brève

Tableau 1. Étiologies des syncopes

Syncope réflexe	Hypotension orthostatique	Causes cardiaques, cardio-vasculaires ou vasculaires
Syncope vasovagale : <ul style="list-style-type: none"> • typique • atypique Syncope par hypersensibilité du sinus carotidien Syncope situationnelle : <ul style="list-style-type: none"> • toux, éternuements • stimulation gastro-intestinale (déglutition, défécation, douleur viscérale) • miction • manœuvre de Valsalva • lever de poids • douleur intense 	Dysautonomie : <ul style="list-style-type: none"> • syndromes dysautonomiques primaires (Parkinson, atrophie multisystémique) • syndromes dysautonomiques secondaires (neuropathie diabétique, amyloïde) Syncope orthostatique d'origine médicamenteuse ou alcoolique Hypovolémie ou déshydratation : <ul style="list-style-type: none"> • hémorragie • diarrhée • insuffisance surrénalienne Insuffisance veineuse Hypotension orthostatique postprandiale	Arythmies cardiaques (cause principale) : <ul style="list-style-type: none"> • dysfonctionnement sinusal (dont la maladie de l'oreillette) • maladies du système de conduction auriculo-ventriculaire • tachycardies paroxystiques supraventriculaires ou ventriculaires • syndromes héréditaires (QT long, Brugada) • dysfonctionnement d'un appareil implanté • arythmies d'origine médicamenteuse Cardiopathie ou maladie cardiopulmonaire structurelle : <ul style="list-style-type: none"> • valvulopathie • infarctus-ischémie aiguë du myocarde • myocardiopathie obstructive • myxome de l'oreillette • dissection aortique aiguë • péricardite, tamponnade • embolie pulmonaire, hypertension pulmonaire Syndrome de vol vasculaire sous-clavier

2.4 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. L'incidence et la récurrence augmentent avec l'âge, plus particulièrement après 70 ans. Dans la seule étude française prospective publiée, les syncopes représentent 1,21 % des admissions aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s'élève à 58 %, avec une prédominance pour les personnes plus âgées. La cause est trouvée pour 75,6 % de l'ensemble des syncopes. Parmi les patients quittant directement les urgences pour leur domicile, 57 % ont un diagnostic de syncope vasovagale.

2.5 Évaluation du pronostic

Toute syncope doit faire rechercher par l'interrogatoire, par l'examen clinique et par d'éventuels examens complémentaires des arguments en faveur d'une pathologie cardio-vasculaire sous-jacente (classe 1). Les patients ayant une cardiopathie sous-jacente ont un risque de surmortalité (classe 1).

Le pronostic vital est très bon en cas de syncopes réflexes.

Le taux de mortalité des patients ayant une hypotension orthostatique dépend de l'étiologie. En effet, le pronostic est, en grande partie, déterminé par les comorbidités et les conséquences des chutes, plus particulièrement chez le sujet âgé (classe 1).

Les syncopes récidivantes peuvent altérer la qualité de vie, justifiant ainsi une prise en charge adaptée. Un tiers des patients va présenter des récurrences sur une période de suivi de 3 ans, la plupart survenant au cours des 2 premières années (classe 1).

3. Diagnostic

Le point de départ de l'évaluation d'une syncope est un interrogatoire minutieux et un examen clinique comprenant la recherche d'une hypotension orthostatique. Un ECG doit être réalisé lors de la prise en charge initiale pour toute première syncope. Il peut être différé en cas de syncope vagale typique chez un patient indemne de cardiopathie, afin de rechercher plus particulièrement une anomalie rare (WPW, syndrome de Brugada, QT long, QT court, etc.). Dans ce contexte de syncope vagale typique, l'ECG peut ne pas être répété en cas de récurrences (classe 1).

Trois questions principales doivent être abordées au cours de cette évaluation initiale (classe 1) :

- La perte de connaissance est-elle liée ou non à une syncope ?
- Existe-t-il ou non une cardiopathie ?
- Existe-t-il des données cliniques importantes orientant vers un diagnostic étiologique ?

L'évaluation initiale aboutit à un diagnostic certain ou suspecté ou à une syncope inexpliquée. Parce que son résultat guide la réalisation éventuelle d'investigations complémentaires, sa qualité est essentielle. Un interrogatoire non fiable ou une anamnèse incomplète ne permet pas d'estimer le risque pronostique. Cette situation doit être considérée comme une situation à risque. Elle est fréquente chez les personnes âgées. Une hospitalisation courte est parfois nécessaire. En effet, la reprise de l'interrogatoire peut amener de nouvelles informations. La réévaluation peut consister à obtenir des détails de l'histoire de la maladie et des antécédents auprès de la personne, mais surtout de son entourage, du médecin traitant et des témoins ainsi qu'un nouvel examen clinique ou ECG.

3.1 Évaluation initiale

► L'examen clinique

Il est guidé par les données de l'interrogatoire et comporte notamment la mesure de la pression artérielle en position couchée (aux deux bras) puis en position debout, l'auscultation cardiaque et des troncs supra-aortiques, ainsi que l'évaluation de l'hydratation.

Tableau 2. Données à rechercher à l'interrogatoire

Questions qui précisent les circonstances de survenue	Questions précisant signes et symptômes au moment de la syncope	Questions sur la perte de connaissance	Questions portant sur le retour à la conscience	Questions sur le contexte
Position (couchée, assise ou debout) Activité (repos, changement de position, pendant ou après un effort, miction, défécation, toux, jeu d'un instrument à vent, etc.) Facteurs prédisposants (endroits surpeuplés, surchauffés, station debout prolongée, postprandiale) Événement précipitant comme une peur, une douleur, une émotion, un mouvement du cou	Nausées, vomissements, gêne abdominale, sensation de froid, sueurs, aura, vision floue, etc. Palpitations, fréquence cardiaque couleur de la peau (pâleur, cyanose, rougeur)	Façon de tomber : effondrement ou sur les genoux Durée de la perte de connaissance Mouvements anormaux (tonico-cloniques, myocloniques) Comportement automatique Respiration Morsure de la langue	Confusion ou non, nausées, vomissements, sueurs, sensation de froid, douleur musculaire Couleur de la peau, blessure Douleur thoracique, palpitations Incontinence urinaire ou fécale	Antécédents familiaux de mort subite, cardiopathies arythmogènes Antécédents de cardiopathies Antécédents neurologiques : épilepsie, narcolepsie, syndrome parkinsonien Troubles métaboliques : diabète Médicaments antihypertenseurs, anti-angineux, antidépresseurs, antiarythmiques, diurétiques, médicaments allongeant le QT En cas de syncopes récurrentes, informations sur les récurrences

Tableau 3. Données issues de l'interrogatoire et de l'examen clinique orientant vers une cause spécifique de syncope

Syncopes réflexes	Syncopes liées à une hypotension orthostatique	Syncopes d'origine cardiaque	Insuffisance vertébro-basilaire par vol vasculaire sous-clavier
Absence de cardiopathie Antécédents de nombreuses syncopes Après un facteur déclenchant soudain et inattendu (son, odeur, douleur, vision) Station debout prolongée ou espaces confinés, surpeuplés, surchauffés Syncopes associées à des nausées, des vomissements Au cours d'un repas ou au cours de la période postprandiale Lors de la toux, de la miction, de la défécation Lors d'un mouvement de rotation de la tête Lors d'une pression sur le sinus carotidien (tumeurs, rasage, collier serré) Après un effort	Lors du passage du décubitus ou de la position assise à la position debout Après l'introduction ou le changement de dose d'un traitement hypotenseur Station debout prolongée, notamment dans un endroit chaud Chez un patient présentant une dysautonomie	Présence d'une cardiopathie structurelle connue Pendant, juste après un effort ou en décubitus Précédées par des palpitations ou un angor Histoire familiale de mort subite Traitement allongeant le QT ou susceptible d'entraîner une hypokaliémie	Lors de mouvements répétés des membres supérieurs Différence de pression artérielle ou de pouls entre les deux bras

► **L'ECG**

L'ECG initial est rarement contributif chez les patients ayant une syncope. Il peut être normal ou montrer des anomalies (HVG, rotation axiale, BBG, etc.) sans rapport direct avec la syncope.

Tableau 4. Anomalies de l'ECG suggérant que la syncope est liée à un trouble du rythme ou de la conduction (les anomalies responsables d'une syncope sont rapportées dans le paragraphe « Le diagnostic est certain »)

- Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé à un HBAG ou HBPG)
- Autres anomalies de la conduction intraventriculaire (durée QRS $\geq 0,12$ secondes)
- BAV du 2^e degré Mobitz 1, bradycardie sinusale asymptomatique (< 50 /minute), bloc sino-auriculaire
- Arrêt sinusal > 3 secondes en l'absence de médicaments chronotropes négatifs
- Préexcitation des complexes QRS
- Intervalle QTc prolongé
- Intervalle QTc court
- BBD avec sus-décalage du segment ST dans les dérivations V1 à V3 (syndrome de Brugada)
- Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites et onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit
- Ondes Q évoquant un infarctus du myocarde

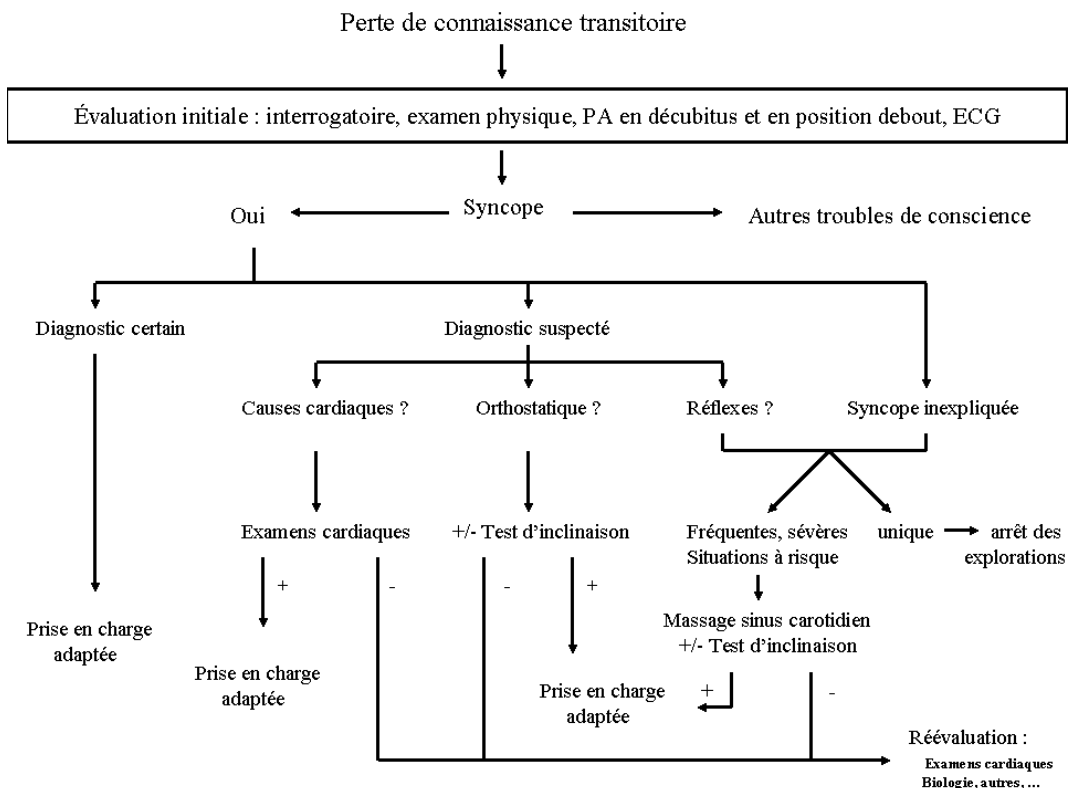


Figure 2. Arbre décisionnel de la prise en charge d'une syncope fondée sur l'évaluation initiale (PA : pression artérielle)

► Le diagnostic est certain

L'évaluation initiale peut conduire à un diagnostic certain fondé sur les symptômes, les signes cliniques ou les résultats de l'ECG. Dans de telles circonstances, il est possible qu'aucune autre évaluation de la maladie ne soit nécessaire et que le traitement, si besoin, soit débuté (classe 1).

Il faut noter que des investigations cardiaques peuvent être nécessaires indépendamment du diagnostic de la syncope (réflexe ou orthostatique typique) chez un patient ayant des facteurs de risque (tabac, diabète, dyslipidémie, surcharge pondérale, etc.) ou une anomalie ECG (BBG isolé, etc.) (classe 1).

- **Une syncope vasovagale** est diagnostiquée si des événements précipitants tels qu'une douleur intense, une émotion, une exploration instrumentale ou une station debout prolongée sont associés à des prodromes typiques.
- **Une syncope situationnelle** est diagnostiquée si la syncope survient pendant ou immédiatement après la miction, la défécation, la toux ou la déglutition.
- **Une syncope orthostatique** est diagnostiquée lorsqu'une syncope est reproduite lors de la mise en évidence d'une hypotension orthostatique (HO). La recherche d'HO doit faire suite à une période de repos en conditions calmes de 5 à 10 minutes, pendant lesquelles la pression artérielle (PA) et la fréquence cardiaque (FC) sont contrôlées pour s'assurer de leur stabilité. On parle d'HO devant une baisse de la PA systolique ≥ 20 mmHg et/ou de la PA diastolique ≥ 10 mmHg intervenant à 1, 2 ou 3 minutes après l'orthostatisme, quelle que soit la variation de la FC et en présence ou non de symptômes évocateurs. Une PA systolique < 90 mmHg ne rentre en aucune manière dans la définition si elle ne traduit pas une baisse de la PA systolique significative. La PA diastolique doit figurer. Les mesures au-delà de 3 minutes ne sont pas recommandées, sauf si la PA n'a pas retrouvé son niveau initial. Les mesures immédiatement après le lever ne doivent pas être recommandées. En raison de la mauvaise reproductibilité de la méthode, la répétition des mesures est recommandée.

- **Une syncope en rapport avec une ischémie myocardique** est diagnostiquée notamment lorsqu'il existe des signes aigus d'ischémie sur l'ECG, avec ou sans nécrose myocardique, indépendamment du mécanisme.
- **Une syncope en rapport avec une arythmie ou un trouble de la conduction** est diagnostiquée sur l'ECG en cas de :
 - bradycardie sinusale < 40/minute ;
 - bloc sino-auriculaire ou pauses sinusales répétées > 3 secondes ;
 - bloc auriculo-ventriculaire de 2^e degré Mobitz II, ou de 3^e degré ;
 - bloc de branche alternant ;
 - tachycardie paroxystique ventriculaire ;
 - dysfonctionnement d'un stimulateur cardiaque avec des pauses cardiaques.

► **Le diagnostic est suspecté**

Le plus souvent, l'évaluation initiale conduit à un diagnostic suspecté quand un ou plusieurs critères énumérés dans les tableaux 3 et 4 sont présents. Une suspicion de diagnostic doit être confirmée par des examens ciblés.

Cause cardiaque ?

Chez les patients suspects de cardiopathie, il est recommandé de pratiquer une échocardiographie, une surveillance électrocardiographique prolongée et, en l'absence de diagnostic, des études électrophysiologiques.

Chez les patients ayant une douleur thoracique suggérant une ischémie avant ou après la PC, il est recommandé, en première intention, une échocardiographie, une surveillance électrocardiographique prolongée par Holter si les épisodes sont fréquents ou par électrocardiographie avec implantation sous-cutanée (EIS) de 18 à 24 mois. Dans les autres cas, il faut discuter une épreuve d'effort et/ou une coronarographie avec éventuellement recherche de spasme coronaire.

Chez les patients présentant une syncope pendant l'effort, il est recommandé de réaliser une échocardiographie et un test d'effort.

Syncope liée à une hypotension orthostatique ?

La suspicion d'hypotension orthostatique peut conduire à la réalisation d'un test d'inclinaison qui pourra confirmer le diagnostic (cf. ci-dessous) et, éventuellement, préciser le mécanisme, ce qui permettra d'optimiser la prise en charge thérapeutique.

Syncope réflexe ?

Si une syncope réflexe est suspectée et en l'absence d'éléments en faveur d'une cause cardiaque, il est recommandé de poursuivre les investigations si les syncopes sont fréquentes, sévères ou à risque (risques de traumatisme sévère, retentissement professionnel) (cf. figure 2). Les examens pour explorer la syncope réflexe regroupent le massage du sinus carotidien et le test d'inclinaison. Chez les patients ayant une syncope lors d'un mouvement de rotation de la tête, il est recommandé de réaliser un massage du sinus carotidien.

Quelle que soit l'hypothèse évoquée, si le diagnostic est confirmé, une prise en charge adaptée est réalisée. En revanche, si cette hypothèse n'est pas confirmée, une réévaluation complémentaire peut être envisagée (examens cardiaques, autres).

► **La syncope est inexpliquée**

L'évaluation initiale peut ne pas aboutir à un diagnostic étiologique. La stratégie d'évaluation varie alors selon la sévérité et la fréquence des épisodes. Chez les patients ayant une syncope inexpliquée, le diagnostic le plus probable reste celui d'une syncope réflexe. Les examens proposés dans les syncopes réflexes sont le massage du sinus carotidien et le test d'inclinaison.

Chez la majorité des patients ayant un seul épisode ou de rares syncopes, sans complications ou sans situation à risque, les tests de confirmation ne sont pas, généralement, nécessaires. S'il

n'apparaît pas clairement qu'il s'agissait d'une syncope, le terme de « perte de connaissance transitoire » est préférable et une réévaluation est nécessaire.

En présence de syncopes récidivantes ou de situations à risque, sans suspicion de cardiopathie ou de maladie neurologique, il est recommandé en première intention, chez le sujet jeune, de pratiquer un test d'inclinaison et chez les sujets plus âgés, un massage du sinus carotidien.

► Situations particulières

Les examens biologiques courants (hémogramme, créatininémie, ionogramme, glycémie capillaire) ou spécifiques (recherche de toxiques, etc.) ne sont qu'exceptionnellement indiqués pour préciser l'origine de la syncope. Ils peuvent être justifiés par d'autres anomalies cliniques, une comorbidité ou le traitement.

Chez les patients qui présentent des signes de dysautonomie, un avis spécialisé neurologique est nécessaire.

Un avis psychiatrique est recommandé chez les patients se plaignant de syncopes fréquentes et de manifestations somatiques multiples, chez qui l'évaluation initiale a révélé un stress, une anxiété ou un trouble psychiatrique.

Des pathologies rares (mastocytoses, phéochromocytomes, tumeurs carcinoïdes, excès de bradykinine, etc.) peuvent se révéler par des syncopes « inexplicables » et peuvent justifier un avis spécialisé en médecine interne, notamment si les syncopes sont récidivantes.

3.2 Explorations complémentaires

► Échocardiographie

L'échocardiographie est recommandée pour les patients suspects de cardiopathie (classe 1). Elle permet seulement le diagnostic étiologique de la syncope en cas de rétrécissement aortique serré, de cardiomyopathie obstructive (CMO), de myxome de l'oreillette ou d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) (classe 1).

► Massage du sinus carotidien

Indications et méthodologie	Diagnostic
<p>Le massage du sinus carotidien est recommandé chez les patients âgés de plus de 40 ans souffrant d'une syncope d'origine inconnue après l'évaluation initiale. Il convient d'éviter le massage en cas de pathologie connue (sténose) ou suspectée (souffle, antécédents d'AIT ou d'AVC) de l'artère carotide (classe 1).</p> <p>La surveillance électrocardiographique et la mesure de la pression artérielle continue pendant le massage carotidien sont obligatoires. On recommande une durée de massage de 5 secondes au minimum et 10 secondes au maximum. Le massage carotidien est réalisé en décubitus dorsal puis debout sur une table basculante, côté droit, puis gauche (classe 1).</p>	<p>Le diagnostic est certain si une syncope ou une lipothymie est reproduite pendant ou immédiatement après le massage en présence d'une asystolie dépassant 3 secondes et/ou une chute de la pression systolique de 50 mmHg ou plus.</p> <p>Une réponse positive permet d'établir le diagnostic de la cause de la syncope <u>en l'absence de tout autre diagnostic</u> (classe 1).</p>

► Test d'inclinaison ou Tilt test

Le test d'inclinaison doit suivre le protocole établi par l'*European Society of Cardiology* (voir argumentaire). Le test est considéré comme positif si la syncope survient.

Malgré le caractère rare des complications, leur gravité potentielle impose que cet examen soit effectué dans un établissement ayant un plateau technique suffisant, garantissant la sécurité du patient et permettant une surveillance monitorée avant, pendant et après l'examen. En cas de positivité, la surveillance est maintenue jusqu'à ce que le patient ait retrouvé son état initial.

Tableau 6. Test d'inclinaison	
Indications	Diagnostic
<p>Le test d'inclinaison est indiqué (classe 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> en cas d'épisode syncopal inexplicé unique dans des contextes à haut risque (ex. survenue ou risque possible de lésion physique ou avec des conséquences professionnelles) ou des épisodes récurrents en l'absence de cardiopathie organique ou, en présence de cardiopathie organique, après avoir exclu des causes cardiaques de la syncope lorsque démontrer la susceptibilité à la syncope réflexe a une valeur clinique pour le patient 	<p>Chez les patients sans cardiopathie structurelle, le test d'inclinaison peut être considéré comme permettant d'établir le diagnostic et aucun autre test n'a besoin d'être pratiqué lorsque la syncope spontanée est reproduite.</p> <p>Chez les patients porteurs d'une cardiopathie structurelle, les arythmies ou toute autre cause cardiaque seront exclues avant de considérer les résultats positifs du test d'inclinaison comme des signes suggérant une syncope réflexe.</p>
<p>L'indication est moins bien établie (classe 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> lorsque la compréhension du profil hémodynamique de la syncope peut modifier l'approche thérapeutique pour différencier la syncope myoclonisante d'une épilepsie 	<p>L'utilité diagnostique est moins bien établie La signification d'une chute tensionnelle sans syncope ou lipothymie n'est pas claire.</p>
<p>La procédure est inutile (classe 3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour l'évaluation du traitement pour un épisode unique sans lésion et ne se produisant pas dans un contexte à haut risque si des manifestations vasovagales cliniques nettes mènent à un diagnostic lorsque la démonstration d'une susceptibilité à la syncope réflexe ne modifierait pas le traitement 	

► **Surveillance électrocardiographique (non invasive et invasive) (classe 1)**

L'ECG permet de poser le diagnostic si une syncope se produit de façon concomitante à un trouble du rythme. Il n'est pas possible de conclure à un lien de causalité lorsque l'anomalie ECG ne s'accompagne pas de syncope sauf en cas de :

- pauses ventriculaires dépassant les 3 secondes lorsque le patient est en état de veille ;
- périodes de BAV Mobitz II ou de 3^e degré lorsque le patient est en état de veille ;
- tachycardie ventriculaire paroxystique rapide.

► **Hospitalisation pour surveillance ECG (classe 1)**

La surveillance à l'hôpital (au lit ou téléométrique) est justifiée lorsque le patient a une cardiopathie structurelle sévère et un risque élevé d'arythmies mettant en danger sa vie (voir la section « Nécessité d'une hospitalisation »).

► **Holter (classe 1)**

Un Holter est indiqué chez les patients qui présentent des caractéristiques cliniques ou ECG suggérant une syncope arythmique telles que celles énumérées dans les tableaux 2 et 3 et des syncopes ou lipothymies « quasi quotidiennes ».

► **Dispositif d'enregistrement continu d'événements ECG externe (classe 1)**

L'intérêt de l'enregistreur externe est bien établi dans la littérature. Il permet d'établir une relation symptômes-rythme cardiaque à condition que les symptômes soient suffisamment rares pour ne pas être diagnostiqués au Holter, mais suffisamment fréquents pour être diagnostiqués avec ce type de dispositif gardé en général 1 mois. En cas de syncope, cependant, la rentabilité est faible car les patients doivent l'activer (ce qui est difficile en cas de perte de connaissance brutale) ; il est beaucoup plus utile en cas de palpitations.

► Dispositif d'enregistrement continu d'événements ECG implantable (EIS) (classe 1)

Lorsque le mécanisme de la syncope demeure incertain après une évaluation complète, une EIS est indiquée chez les patients qui ont des caractéristiques cliniques ou ECG suggérant une syncope arythmique ou ayant des antécédents de syncopes récidivantes. Les nouvelles études publiées justifient la recommandation de la HAS d'inscrire l'EIS sur la liste des actes remboursables et invitent à son utilisation plus large en France.

► Exploration électrophysiologique

Une exploration électrophysiologique invasive peut être indiquée lorsque l'évaluation initiale suggère une cause arythmique de la syncope (classe 1). L'exploration est inutile chez les patients ayant des ECG normaux sans cardiopathie ni palpitation (classe 3).

► Test à l'ATP

Ce test nécessite l'injection rapide d'un bolus de 20 mg d'ATP pendant la surveillance électrocardiographique. Une asystolie durant plus de 6 secondes ou un bloc AV durant plus de 10 secondes est considéré comme anormal. Ce test n'a pas d'intérêt établi en pratique clinique, mais sa réalisation peut être proposée par certaines équipes évaluant son intérêt.

► Potentiels tardifs ventriculaires

Il est admis, de façon générale, que les potentiels tardifs ventriculaires ne permettent pas de diagnostiquer la cause de la syncope. Leur utilisation systématique n'est pas recommandée.

► Test d'effort

Le test d'effort est recommandé seulement chez les patients qui ont présenté un épisode syncopal pendant ou peu après l'arrêt d'un effort, en l'absence de contre-indication, après réalisation d'une échocardiographie (classe 1).

► Coronarographie

La recherche d'une ischémie a très peu d'indications dans le diagnostic des syncopes. La coronarographie est indiquée quand une ischémie est suspectée comme étant à l'origine de la syncope (classe 1).

3.3 Évaluation neurologique et psychiatrique

► Évaluation neurologique

La syncope peut être secondaire à un dysfonctionnement du système nerveux autonome (dysautonomie).

La distinction entre une crise d'épilepsie et une syncope repose principalement sur l'interrogatoire du patient et de son entourage (voir tableau 7). Cette distinction est plus difficile en cas de syncopes avec myoclonies (syncopes myoclonisantes), situation peu fréquente.

L'avis neurologique est limité aux suspicions de crise d'épilepsie et au bilan étiologique des syncopes d'origine dysautonomique.

Tableau 7. Quand suspecter une crise d'épilepsie lors de l'évaluation initiale ? Valeur de l'anamnèse pour distinguer une crise d'épilepsie d'une syncope

Signes cliniques suggérant le diagnostic	Crise d'épilepsie probable	Syncope probable
Signes lors de la perte de connaissance (tels qu'observés par un témoin)	Durée longue Les mouvements tonico-cloniques sont habituellement prolongés et leur apparition coïncide typiquement avec la perte de connaissance Mouvements cloniques d'un hémicorps Automatismes clairs tels que la mastication, la déglutition (lors d'une crise partielle) ou l'hypersalivation Hypertonie Morsure de la langue à sa partie latérale ou morsure de la face interne des joues Cyanose du visage	Durée courte Les mouvements myocloniques sont inconstants, toujours de courte durée (< 15 secondes) et ils commencent après la perte de connaissance Hypotonie Pâleur
Symptômes avant l'événement	Aura inconstante et variée : hallucinations visuelles, auditives, olfactives, sensibles ou mnésiques (impression de déjà-vu), etc.	Nausées, vomissements, gêne abdominale, sensation de froid, transpiration (à médiation neurale) Sensation de tête vide, vision trouble
Symptômes après l'événement	Confusion prolongée (plusieurs minutes) Douleurs musculaires	Absence de confusion ou de courte durée (quelques secondes) Nausées, vomissements, pâleur (à médiation neurale)
Autres éléments cliniques de moindre valeur évocateurs de crise (faible spécificité)	Antécédent familial d'épilepsie Survenue durant le sommeil Perte des urines notée après l'événement Céphalée après l'événement Somnolence après l'événement	

► Évaluation psychiatrique

Les maladies psychiatriques figurent dans la discussion sur la syncope de deux façons.

Certains médicaments à visée psychiatrique peuvent provoquer une hypotension orthostatique (phénothiazines, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la monoamine-oxydase et neuroleptiques) et, par conséquent, une véritable syncope.

La pseudo-syncope psychogène peut survenir dans des pathologies psychiatriques différentes : trouble convertif (névrose hystérique), attaque de panique, voire trouble factice (simulation). Les patients présentant une pseudo-syncope associée à des maladies psychiatriques sont le plus souvent jeunes, avec une faible prévalence de cardiopathie, et présentent de fréquentes récurrences. Les pseudo-syncopes chez des patients présentant un trouble convertif surviennent le plus souvent en présence d'un témoin et n'entraînent généralement pas de blessure. Cependant, la présence de troubles psychiatriques ne permet pas d'exclure d'autres causes de syncope.

L'évaluation psychiatrique est recommandée lorsque les symptômes suggèrent une pseudo-syncope psychogène ou si la véritable syncope est due à des médicaments psychotropes qui devront peut-être être changés.

4. Traitement

4.1 Principes généraux

Les principaux objectifs du traitement sont la prévention des récurrences syncopales et la diminution du risque de morbi-mortalité. Les risques d'accidents au travail, en loisir et en conduite automobile doivent être évalués.

4.2 Syncopes réflexes

En général, le « traitement » initial de toutes les formes de syncope réflexe comprend l'éducation thérapeutique des patients (classe 1) pour :

- éviter les facteurs déclenchants (par ex. endroits surpeuplés et chauds, déplétion volémique, effets de la toux, cols serrés, etc.) ;
- reconnaître les symptômes annonciateurs ;
- apprendre les manœuvres pour interrompre l'épisode (par ex. position couchée).

En outre, si possible, les stratégies thérapeutiques visent directement les facteurs déclenchants (par exemple, en éliminant la cause de la toux dans la syncope de la toux).

Les traitements ne sont pas nécessaires chez les patients qui n'ont connu qu'une seule syncope et qui ne présentent pas de syncope dans un contexte à haut risque (classe 1).

Un traitement supplémentaire peut s'avérer nécessaire (classe 1) lorsque la syncope :

- est très fréquente et modifie par exemple la qualité de vie ;
- est récurrente et imprévisible (absence de signes annonciateurs) et expose les patients à « haut risque » de traumatismes ;
- survient pendant l'accomplissement d'une activité à « haut risque » (par ex. conduire, utiliser une machine, piloter, faire du sport de compétition, etc.).

Les éléments thérapeutiques dont l'efficacité est bien établie (classe 1) sont :

- mesures d'éducation thérapeutique :
 - explication du risque et réassurance à propos du pronostic dans la syncope vasovagale,
 - limitation autant que possible des événements déclenchants (ex. bouleversement émotionnel) ainsi que la mise en place de mesures préventives des situations à l'origine de la syncope situationnelle ;
- thérapeutique non médicamenteuse :
 - stimulation cardiaque chez les patients souffrant du syndrome du sinus carotidien à forme mixte ou cardio-inhibitrice ;
- mesure médicamenteuse :
 - modification ou interruption d'un traitement médicamenteux hypotenseur.

Les éléments thérapeutiques dont l'utilité ou l'efficacité est moins bien établie (classe 2) sont :

- mesures d'éducation thérapeutique :
 - expansion volémique par des apports de sel,
 - programme d'exercices physiques,
 - conseils au patient de dormir la tête surélevée (> 10°) lorsque la syncope est liée à la posture,
 - réentraînement progressif à l'orthostatisme chez les patients motivés souffrant de syncopes vasovagales récurrentes,
 - exercices de contre-pression isométrique des jambes et des bras chez les patients souffrant de syncopes vasovagales ;
- thérapeutique non médicamenteuse :
 - la stimulation cardiaque demeure très controversée pour le traitement des syncopes vasovagales et elle pourrait trouver un intérêt uniquement chez les patients souffrant de syncopes vasovagales « cardio-inhibitrices » fréquentes (> 5 attaques par an), ayant une bradycardie ou une asystolie documentée par une EIS ou de graves traumatismes secondaires à la PC et un âge > 40 ans ;

- mesures médicamenteuses :
 - les données issues de la littérature n'ont pas démontré l'efficacité des bêta-bloquants.

4.3 Hypotension orthostatique

L'hypotension orthostatique doit être traitée chez tous les patients.

Dans bien des cas, le traitement se limite à modifier le traitement médicamenteux prescrit pour les pathologies concomitantes.

Les propositions thérapeutiques ci-dessous ne s'appuient pas sur des démonstrations formelles, mais peuvent être proposées au cas par cas :

- utilisation de ceintures abdominales, de bas ou de vêtements de contention élastique ;
- utilisation de chaises pliantes portables ;
- surélévation de la tête du lit ;
- pratique d'exercices physiques de contre-pression (croiser les jambes, s'accroupir) ;
- réalisation d'exercices musculaires des jambes, de l'abdomen (natation) ;
- expansion chronique du volume intravasculaire en encourageant une prise de sel plus importante que la normale et une prise de liquide de 2 à 2,5 litres par jour ;
- fludrocortisone (utilisation hors AMM) à faible dose (0,1 à 0,2 mg/j) ;
- midodrine, validée mais n'est pas simple d'utilisation ;
- l'association (hors AMM) de la midodrine et de la fludrocortisone a été proposée.

4.4 Arythmies cardiaques comme cause principale

Une prise en charge cardiologique est impérative (classe 1).

- La syncope due à des arythmies cardiaques **doit** recevoir un traitement approprié à la cause (médicaments, stimulateur ou défibrillateur implantable) chez tous les patients chez qui elle met en danger la vie et lorsqu'il existe un risque élevé de traumatismes secondaires (classe 2).
- Ce traitement **peut** être utilisé lorsque l'arythmie responsable n'a pas été démontrée et qu'un diagnostic d'arythmie menaçant le pronostic vital est suspecté.
- Ce traitement **peut** être utilisé lorsqu'une arythmie responsable a été identifiée mais qu'elle ne met pas en danger la vie du patient ou qu'elle ne présente pas un risque élevé de blessures.

La syncope due à des torsades de pointes n'est pas rare et est, dans sa forme acquise, le résultat des médicaments prolongeant l'intervalle QT (cf. tableau 8). Certains médicaments allongent le QT chez tout le monde, certains peuvent donner des torsades de pointes, certains sont contre-indiqués s'il existe déjà un QT long alors que d'autres ne donnent des torsades de pointes que comme cofacteur (bradychardie + hypokaliémie + médicament). Ces informations sont disponibles sur le site www.arizonacert.org. D'autres sites sont consultables : celui de la Société française de cardiologie (SFC) et le site www.torsades.org. Le traitement consiste à interrompre immédiatement le médicament soupçonné.

4.5 Cardiopathie ou maladie cardio-pulmonaire structurelle

Le traitement concerne, avant tout, la pathologie causale (classe 1).

4.6 Vol vasculaire sous-clavier

La syncope associée à un effort des membres supérieurs dans le cadre d'un syndrome de vol sous-clavier peut justifier, au cas par cas, une chirurgie ou une angioplastie après échec d'une rééducation spécifique (classe 1).

DCI	Noms de spécialité
Amiodarone	Cordarone®, Corbionax®
Amisulpride	Solian®
Arsenic	Trisénox®
Bépridil	Unicordium®
Chlorpromazine	Largactil®
Clarithromycine	Naxy®, Mononaxy®, Zéclar®, Monozéclar®
Cyamémazine	Tercian®
Disopyramide	Rythmodan®, Isorhythm®
Dolasétron	Anzemet®
Dropéridol	Droleptan®
Ebastine	Kestin®, Kestin Lyo®
Érythromycine	
Fluphénazine	Modécate®, Moditen®
Halofantrine	Halfan®
Halopéridol	Haldol®
Indapamide	Preterax®, Fludex®, Bipreterax®
Lévofloxacine	Tavanic®
Lévomépromazine	Nozinan®
Méthadone	
Mizolastine	Mizollen®
Moxifloxacine	Izilox®
Penfluridol	Sémap®
Pentamidine	Pentacarinat®
Perphénazine	Trilifan®
Pimozide	Orap®
Pipampérone	Dipipéron®
Pipotiazine	Piportril®
Propériciazine	Neuleptil®
(hydro)quinidine	Sérécor®
Sotalol	Sotalex®
Spiramycine	Rovamycine®
Sulpiride	Dogmatil®, Synédil®
Sultopride	Barnétil®
Tiapride	Tiapridal®
Voriconazole	Vfend®

4.7 Troubles métaboliques et intoxications

Les troubles métaboliques et les intoxications (alcool ou sédatifs) sont des causes relativement rares d'une véritable perte de connaissance. Ces pathologies sont le plus souvent responsables d'états confusionnels ou de troubles du comportement qui durent beaucoup plus longtemps que la syncope. Néanmoins, il peut être impossible d'établir par l'anamnèse une différence claire entre de tels symptômes et une syncope (classe 1).

³ Tableau établi par l'Afssaps (avril 2008)

5. Problèmes spécifiques liés à l'évaluation des patients souffrant de syncope

5.1 Nécessité d'une hospitalisation (classe 1)

Pour le diagnostic d'une syncope cardiaque :

- cardiopathie importante sous-jacente connue ou suspectée à l'examen clinique ;
- cardiopathie suspectée à l'interrogatoire ou arguments à l'ECG ;
- anomalies de l'ECG suspectes telles qu'énumérées dans le tableau 4 ;
- syncope survenant à l'effort ;
- histoire familiale de mort subite ;
- patients ayant eu des palpitations avant la syncope ;
- syncopes survenant en décubitus.

Pour le traitement d'une syncope cardiaque certaine :

- arythmies cardiaques ;
- syncopes liées à une ischémie cardiaque.

Pour l'évaluation ou le traitement d'une syncope orthostatique en fonction de l'étiologie suspectée ou avérée.

Pour la prise en charge des pathologies associées ou des traumatismes secondaires sévères.

Pour des raisons liées au contexte médico-social.

5.2 Syncopes chez les personnes âgées

L'incidence des syncopes augmente avec l'âge et les patients âgés sont par ailleurs souvent polyopathologiques.

L'état cognitif a une influence sur l'exactitude du souvenir des événements et il est de ce fait conseillé d'effectuer une évaluation cognitive minimale. Le *Mini Mental State Examination* (MMSE), en l'absence de syndrome confusionnel, est parfaitement adapté. La syncope peut être découverte à l'occasion d'une chute et chez plus d'un tiers des personnes âgées, l'enquête étiologique identifie plusieurs causes susceptibles d'expliquer la PC, ce qui peut justifier une évaluation plus approfondie, adaptée à chaque situation.

Il est recommandé d'effectuer un interrogatoire précis, si possible de s'entretenir avec les témoins et d'analyser la liste des médicaments ainsi que leur rôle potentiel dans la syncope. La modification des traitements susceptibles de provoquer une syncope est la première mesure à prendre devant une syncope en prenant en compte l'imputabilité du traitement suspecté et les risques de la suspension de ce traitement sur les pathologies chroniques. En outre, il convient de s'assurer de l'absence de lésions traumatiques (classe 1).

Les mesures de la pression artérielle en position debout et, en l'absence de contre-indication, le massage du sinus carotidien en position couchée et éventuellement debout (sur une table inclinée) font partie intégrante de l'évaluation initiale.

L'évaluation des patients âgés valides, autonomes et dont l'état cognitif est normal est semblable à celle des patients plus jeunes. L'ECG doit toutefois être systématique. Les comorbidités sont plus fréquemment retrouvées que chez l'adulte plus jeune.

Le test d'inclinaison peut être proposé lorsque la recherche d'hypotension orthostatique et le massage sino-carotidien sont négatifs (classe 1).

Chez les patients âgés fragiles, l'évaluation pourra être adaptée en tenant compte du pronostic et en limitant les examens nécessitant une coopération active du patient (classe 1).

Il convient d'évaluer la possibilité du retour à domicile en tenant compte notamment de la peur de tomber, de la perte de confiance ou des états anxieux ou dépressifs que la syncope peut

engendrer, des conséquences physiques engendrées par la chute et de l'entourage familial (classe 1).

Il est recommandé d'évaluer l'intérêt de mettre en place une téléalarme, surtout après une chute.

5.3 Structures de prise en charge de la syncope

Des études récentes, réalisées en Italie et en Grande-Bretagne, suggèrent une amélioration en termes de rendement diagnostique lorsque la prise en charge de la syncope a lieu dans une unité spécialisée et lorsqu'elle respecte les recommandations de l'ESC.

La mise en place d'un « chemin clinique » structuré et cohérent, soit dans une structure unique de prise en charge de la syncope, soit dans un réseau pluridisciplinaire, est recommandée pour la prise en charge des patients souffrant de syncope (classe 1).

L'intérêt des unités de prise en charge des syncopes, en France, est probable, mais une évaluation de leur efficacité doit être réalisée.

L'expérience et la formation dans des domaines clés comme la cardiologie, la neurologie, la médecine d'urgence, la médecine interne et la gériatrie sont pertinentes.

L'équipement principal nécessaire des « unités de prise en charge des syncopes » permet : un enregistrement ECG, une surveillance de la pression artérielle, la réalisation de tests d'inclinaison, des dispositifs d'enregistrement d'événements ECG externes et internes (implantables), une surveillance de la pression artérielle en ambulatoire pendant 24 h, une surveillance ECG en ambulatoire pendant 24 h et des tests d'exploration du système nerveux autonome (classe 1). Un accès privilégié à d'autres examens ou d'autres traitements pour la syncope doit être garanti et standardisé (classe 1).

La majorité des patients ayant présenté des syncopes doit être examinée en ambulatoire ou en hôpital de jour (classe 1).

5.4 Conduite automobile et syncope

Le groupe de travail rappelle que le médecin est tenu d'informer le patient sur les risques d'accidents liés à sa pathologie. Le patient doit faire évaluer sa situation auprès de la commission départementale du permis de conduire.

Toutes les données disponibles suggèrent que :

- l'état médical d'un conducteur, exception faite de l'alcool, n'est pas un facteur de risque important dans les accidents de la route ;
- la plupart des accidents de la route de cause médicale survient chez des conducteurs connus pour avoir une maladie préexistante ;
- l'incapacité soudaine du conducteur est à l'origine d'un accident sur 1 000.

Deux groupes de conducteurs sont définis. Le groupe 1 comprend des conducteurs de motocycles, de voitures et d'autres petits véhicules avec ou sans remorque. Le groupe 2 regroupe des conducteurs de véhicules de plus de 3,5 tonnes (3 500 kilos) ou de véhicules de plus de huit places en plus du conducteur. Les chauffeurs de taxi, les conducteurs de petites ambulances et d'autres véhicules forment une catégorie intermédiaire entre le conducteur particulier ordinaire et le conducteur professionnel.

La législation française, par l'arrêté du 21 décembre 2005, fixe la liste des affections 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, notamment les syncopes et autres pathologies cardiaques (cf. annexe 1).

Néanmoins, l'ESC avait établi une liste plus précise concernant les syncopes qu'il est proposé de reproduire ici (cf. annexe 2).

Annexes

Annexe 1. Législation française en matière de permis de conduire. Arrêté du 21 décembre 2005

Décrets, arrêtés, circulaires
TEXTES GÉNÉRAUX
**MINISTÈRE DES TRANSPORTS, DE L'ÉQUIPEMENT,
DU TOURISME ET DE LA MER**

Arrêté du 21 décembre 2005 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

NOR : *EQUS0500620A*

Le ministre des transports, de l'équipement, du tourisme et de la mer et le ministre de la santé et des solidarités ;

Vu 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 ;

Vu le code de la route ;

Vu l'arrêté du 27 novembre 1962 fixant les conditions dans lesquelles les conducteurs titulaires d'un permis de conduire les véhicules de la catégorie B, spécialement aménagés pour tenir compte de leur handicap, peuvent être autorisés à conduire les voitures de place ;

Vu l'arrêté du 8 février 1999 relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité des permis de conduire ;

Vu l'arrêté du 10 octobre 1991 modifié relatif aux conditions d'exercice de la profession d'enseignant de la conduite automobile et de la sécurité routière ;

Sur proposition du directeur de la sécurité et de la circulation routière,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire les véhicules des catégories du groupe léger [A, B et E (B)], d'une part, et du groupe lourd [C, D, E, (C) et E (D)], d'autre part, qui figure en annexe au présent arrêté, concerne les candidats et conducteurs soumis par la réglementation à un examen médical en vue de la délivrance ou du renouvellement de leur permis de conduire.

Cette liste indique également les affections susceptibles de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée, qui ne peut être inférieure à six mois et excéder cinq ans.

Art. 2. – Les normes physiques requises en vue de l'obtention ou du renouvellement :

– de l'autorisation d'enseigner la conduite automobile prévue par l'article R. 212-6 du code de la route ;

– de l'attestation prévue par l'article R. 221-10 de ce même code, délivrée par le préfet aux conducteurs de taxis, de voitures de remise, d'ambulances, de véhicules affectés à des opérations de ramassage scolaire, de véhicules affectés au transport public de personnes, sont celles relevant du groupe lourd, mentionnées à l'article 1^{er} ci-dessus.

Art. 3. – Par exception aux dispositions de l'article 2 ci-dessus, les titulaires d'une autorisation de stationnement délivrée avant le 6 juillet 1972 et les chauffeurs salariés en exercice avant cette date restent soumis aux normes physiques relevant du groupe léger visé ci-dessus ainsi qu'aux dispositions de l'arrêté du 27 novembre 1962 susvisé.

De même, les enseignants de la conduite titulaires d'une autorisation d'enseigner délivrée avant le 1^{er} juillet 1981 restent soumis aux normes physiques relevant du groupe léger ou du groupe lourd, selon la ou les catégories de permis pour lesquelles l'autorisation d'enseignement a été délivrée.

Toutefois, le fait d'être borgne doit toujours être considéré comme une incompatibilité totale avec l'exercice de la profession d'enseignant de la conduite.

Art. 4. – L'arrêté du 7 mai 1997 fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ainsi que des affections susceptibles de donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée est abrogé.

Art. 5. – Le directeur de la sécurité et de la circulation routière est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 21 décembre 2005.

*Le ministre des transports, de l'équipement,
du tourisme et de la mer,*
DOMINIQUE PERBEN

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

ANNEXE

INTRODUITE PAR L'ARRÊTÉ DU 21 DÉCEMBRE 2005 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

Principes

En règle générale, tant pour le groupe léger que pour le groupe lourd, le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tous candidats ou conducteurs atteints d'une affection, non mentionnée dans la présente liste, susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur. La décision est laissée à l'appréciation de la commission médicale, après avis d'un médecin spécialisé si nécessaire.

Avant chaque examen médical par un médecin agréé ou un médecin membre de la commission médicale, le conducteur remplira une déclaration décrivant loyalement ses antécédents médicaux, une éventuelle pathologie en cours et les traitements pris régulièrement.

Occasionnellement, dans les cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite pourra être effectué, sur proposition des médecins siégeant en commission médicale départementale. Une concertation pourra être diligentée, préalablement à la formulation d'un avis, entre la commission médicale et les personnes autorisées à enseigner la conduite automobile qui auront pratiqué le test. Cette concertation se fera dans le respect des lois et règlements relatifs au secret professionnel et médical.

La commission médicale ou le médecin agréé pourra, après un premier examen, si elle ou il le juge utile, demander l'examen de l'intéressé par un médecin de la commission d'appel, pour la commission médicale, ou de son choix, pour le médecin agréé.

Le spécialiste répondra aux questions posées par le médecin ou la commission, sans préjuger d'une décision d'aptitude. L'établissement du certificat médical relève de la compétence du médecin agréé ou de la commission médicale (arrêté du 8 février 1999, art. 5).

Les médecins pourront, si les conditions l'exigent pour la sécurité routière, proposer au préfet des mentions additionnelles ou restrictives sur le titre de conduite sous forme codifiée (arrêté du 8 février 1999, art. 12-3).

Tout conducteur de véhicule doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délais toutes les manœuvres qui lui incombent (art. R. 412-6 du code de la route). Un conducteur atteint d'une affection pouvant constituer un danger pour lui-même ou les autres usagers de la route pourra être amené à interrompre temporairement la conduite jusqu'à l'amélioration de son état de santé.

Groupe léger

Classe I

Pathologie cardio-vasculaire

Les affections pouvant exposer tout candidat ou conducteur, à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire, à une défaillance de son système cardio-vasculaire de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales constituent un danger pour la sécurité routière. La conduite après tout événement cardiaque et sa surveillance imposent un avis et un suivi du médecin ou du spécialiste en charge du patient qui déterminera la périodicité des contrôles. Les conducteurs des catégories A, A 1, B, B 1 et EB appartiennent au groupe léger (ou groupe 1).

1.1 Coronaropathies	1.1.1. Syndrome coronaire aigu : infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.
	1.1.2. Coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable.	Avis spécialisé si nécessaire.
	1.1.3. Angioplastie hors syndrome coronaire aigu.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.
	1.1.4. Pontage coronaire.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.

1.2 Troubles du rythme et/ou de la conduction	1.2.1. Tachycardie supraventriculaire paroxystique.	Avis spécialisé.
	1.2.2. Fibrillation ou flutter auriculaire.	Avis spécialisé et surveillance médicale régulière. En cas de signes fonctionnels sévères (lipothymie, syncope, etc.), incompatibilité temporaire jusqu'au contrôle des symptômes. En cas de reprise de la conduite, avis spécialisé. Compatibilité temporaire sous réserve d'une surveillance médicale régulière.
	1.2.3. Extrasystoles ventriculaires.	Avis spécialisé.
	1.2.4. Tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur sain.	Avis spécialisé et surveillance médicale régulière. En cas de signes fonctionnels sévères (lipothymie, syncope...), incompatibilité temporaire jusqu'au contrôle des symptômes. En cas de reprise de la conduite, avis spécialisé. Compatibilité temporaire sous réserve d'une surveillance médicale régulière.
	1.2.5. Tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur pathologique.	La conduite sera reprise après avis spécialisé, et sous réserve d'une surveillance médicale régulière.
	1.2.6. Tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause aiguë et curable.	La conduite sera reprise après avis spécialisé, et sous réserve d'une surveillance médicale régulière.
	1.2.7. Tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause chronique.	Incompatibilité temporaire. La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé, compatibilité temporaire de deux ans sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.
	1.2.8. Défibrillateur automatique implantable en prévention secondaire.	En cas de primo-implantation, la conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire de 2 ans en l'absence de symptômes sévères (lipothymies, syncopes...), sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.
	1.2.9. Défibrillateur automatique implantable en prévention primaire.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé en l'absence de symptômes sévères et sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.
	1.2.10. Dysfonction sinusale et bloc auriculo-ventriculaire.	Avis spécialisé sur l'indication d'une stimulation cardiaque.
	1.2.11. Pose de stimulateur cardiaque.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé, sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.

1.3 Troubles de la conscience	1.3.1. Syncope.	Syncope unique.	Incompatibilité jusqu'à l'évaluation du risque par un médecin.
		Syncope récurrente.	En l'absence de traitement spécifique, incompatibilité temporaire. La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.
	1.3.2. Accidents vasculaires cérébraux.	Accident ischémique transitoire.	Cf. 4.7.
		Infarctus cérébral.	Cf. 4.7.
	1.3.3. Anévrismes cérébraux.		Cf. 4.7.

Annexe 2. Suggestions de recommandations pour les règles de conduite chez les patients souffrant de syncope (modifiées d'après le rapport du groupe de travail de la Société européenne de cardiologie sur la conduite en cas de cardiopathie)

Diagnostic	Groupe 1 (conducteurs privés)		Groupe 2 (conducteurs professionnels)	
	Critères interdisant la conduite selon le document de la SEC de 1998	Critères modifiés interdisant la conduite selon le groupe de travail sur la syncope de 2004	Critères interdisant la conduite selon le document de la SEC de 1998	Critères modifiés interdisant la conduite selon le groupe de travail sur la syncope de 2004
Arythmies cardiaques, traitement médical	Tout trouble du rythme cardiaque susceptible d'entraîner une syncope	Jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace	Conduite non autorisée si l'arythmie (bradycardie non sinusale, troubles conductifs significatifs, fibrillation ou flutter auriculaire, tachycardie à complexes fins ou larges) a entraîné ou est susceptible d'entraîner une syncope. Une fois l'arythmie contrôlée, la conduite peut être (ré)autorisée si la fraction d'éjection ventriculaire gauche est > 0,40, si l'électrocardiographie ambulatoire exclut toute tachycardie ventriculaire et si le niveau requis au test d'effort peut être atteint ^a .	Jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace
Stimulateur cardiaque ; ablation endocavitaire réussie	Pendant 1 semaine	Aucune modification	Tout symptôme persistant. La conduite peut être (ré)autorisée après au moins 6 semaines et en l'absence d'autres pathologies interdisant la conduite.	Pour un stimulateur, jusqu'à ce qu'un fonctionnement satisfaisant soit établi. Pour l'ablation, jusqu'à confirmation de la réussite à long terme, généralement à 3 mois.
Défibrillateur implantable	Pendant 6 mois en l'absence de récurrence d'arythmie et de symptômes invalidants au moment de la	Risque faible, opinions controversées, tendance à la réduction du temps de restriction	Permanent	Aucune modification

Diagnostic	Groupe 1 (conducteurs privés)		Groupe 2 (conducteurs professionnels)	
	décharge du DAI. Aucune restriction pour les conducteurs recevant un DAI à titre prophylactique			
Syncope réflexe				
(a) vasovagale :				
-unique/modérée	Aucune restriction	Aucune modification	Évaluation spécialisée avec avis neurologique	Aucune restriction sauf si elle se produit lors d'une activité à haut risque ^a
- grave^a	Jusqu'à ce que les symptômes soient contrôlés	Aucune modification	Jusqu'à ce que les symptômes soient contrôlés. La conduite peut être (ré)autorisée après 3 mois et éventuellement un test d'inclinaison négatif ; un suivi rigoureux est nécessaire	Restriction permanente jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace
(b) par hypersensibilité du sinus carotidien :				
- unique/modérée	Aucune restriction	Aucune modification	Aucune restriction	Aucune restriction sauf si elle se produit lors d'une activité à haut risque ^a
- grave^a	Jusqu'à ce que les symptômes soient contrôlés	Aucune modification	Jusqu'à ce que les symptômes soient contrôlés	Restriction permanente jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace
(c) situationnelle :				
- unique/modérée	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction	Aucune restriction sauf si elle se produit lors d'une activité à haut risque ^a
- grave^a	-	Jusqu'à la mise en place d'un traitement approprié	-	Restriction permanente jusqu'à la mise en place d'un traitement efficace
Syncope de cause incertaine				
- unique/modérée	-	Aucune restriction sauf si elle se produit lors d'une activité à haut risque ^a	-	Jusqu'à la mise en place du diagnostic et d'un traitement approprié
- grave^a	La conduite est possible en cas de syncope grave une fois la cause identifiée,	Jusqu'à la mise en place du diagnostic et d'un traitement approprié	Nécessite une évaluation spécialisée avec avis neurologique le cas échéant. Pour une syncope inexplicite, un	Jusqu'à la mise en place du diagnostic et d'un traitement approprié

Diagnostic	Groupe 1 (conducteurs privés)	Groupe 2 (conducteurs professionnels)
	<p>en particulier chez les patients souffrant de cardiopathie ou après au moins 3 mois sans symptômes</p>	<p>test de provocation et la recherche d'une arythmie doivent être réalisés, en particulier chez les patients souffrant d'une cardiopathie. Si les résultats sont satisfaisants la conduite peut être (ré)autorisée après 3 mois. Un suivi rigoureux est nécessaire</p>

a. La syncope réflexe est définie comme grave si elle est très fréquente ou si elle survient dans l'accomplissement d'activité à « haut risque » ou récidivante, ou imprévisible chez des patients à « haut risque ».

Méthode de travail : méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles (RP). Elle correspond à la modification d'une ou plusieurs RPC existantes pour le développement et la mise en œuvre d'une RP adaptée au contexte local. Ces modifications peuvent conduire à :

- des changements mineurs tels que la simple traduction d'une RPC de sa langue d'origine à celle de ses futurs utilisateurs ;
- la création d'une nouvelle RP adaptée aux besoins de ses futurs utilisateurs, élaborée à partir de plusieurs RPC existantes où chaque proposition de recommandations a été modifiée pour répondre au mieux aux exigences de son nouveau contexte.

Le processus d'adaptation est fondé sur des principes fondamentaux :

- le respect des principes de l'*evidence-based medicine* ;
- des méthodes fiables pour assurer la qualité et la validité de la RP produite ;
- une approche participative impliquant les différents professionnels concernés ;
- une prise en compte du contexte pour une application optimale dans la pratique courante ;
- la rédaction d'un rapport explicite et transparent ;
- un format flexible adapté aux besoins et circonstances spécifiques.

Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents existants, notamment les recommandations. Il propose des professionnels susceptibles de participer au comité de pilotage et aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

Comité de pilotage

Un comité de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé :

- du président du groupe de travail ;
- du chef de projet de la HAS ;
- du chargé de projet ;
- de certains membres du groupe de travail, experts scientifiques reconnus du thème abordé et pouvant représenter des sociétés savantes des disciplines impliqués ;
- d'un documentaliste de la HAS.

Le rôle du comité de pilotage est de prendre en charge la phase d'adaptation qui comprend 4 étapes et qui conduit à l'élaboration de la première version de l'argumentaire scientifique :

- recherche et sélection des RPC publiées sur le thème ;
- évaluation des RPC sélectionnées ;
- adaptation des recommandations issues d'une ou plusieurs RPC ;
- rédaction de la première version de l'argumentaire scientifique.

Ces 4 étapes sont décrites dans le guide méthodologique « Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes – Février 2007 », édité par la Haute Autorité de Santé.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour :

- sélectionner, analyser et synthétiser avec le comité de pilotage les RPC existantes ;
- sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale disponible depuis la fin de la recherche bibliographique des RPC sélectionnées.

Le chargé de projet rédige ensuite l'argumentaire scientifique suivant un protocole particulier, en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président. Les membres du groupe de travail discutent de l'argumentaire scientifique avant d'élaborer des recommandations qui seront soumises à un groupe de lecture.

Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Il formalise son avis sur les différentes propositions de recommandations par une cotation sur une échelle de 1 à 9 : 1 exprimant un désaccord total et 9 un accord total. Par la suite, la médiane des cotations de chaque proposition de recommandation est calculée. Les propositions de recommandations dont la médiane se situe entre 1 et 3 sont rejetées, celles dont la médiane se situe entre 4 et 6 sont rediscutées et lorsque la médiane est située entre 7 et 9 les propositions sont retenues. Ce groupe de lecture externe est complété par des membres de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission Évaluation des stratégies de santé).

Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission Évaluation des stratégies de santé. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission Évaluation des stratégies de santé, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Société nationale française de médecine interne (SNFMI)
Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)
Société française de médecine d'urgence (SFMU)
Société française de cardiologie (SFC)
Société française de neurologie (SFN)
Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
Société française de recherche et documentation en médecine générale (SFRDMG)
Société française de médecine générale (SFMG)

Comité de pilotage

Pr Jego Patrick, médecin interniste, Rennes, président du groupe de travail ;
Dr Rusterholtz Thierry, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Mlika-Cabanne Najoua, adjointe au chef de service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis.

Dr Beaujard Jérôme, médecin généraliste,
La Fare-les-Oliviers ;
Dr Boveda Serge, cardiologue, Toulouse ;

Dr Lestavel Philippe, médecin urgentiste,
Hénin-Beaumont.

Groupe de travail

Pr Jego Patrick, médecin interniste, Rennes, président du groupe de travail ;
Dr Rusterholtz Thierry, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Mlika-Cabanne Najoua, adjointe au chef de service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis.

Dr Aubin Isabelle, médecin généraliste, Soisy-
sous-Montmorency ;
Dr Beaujard Jérôme, médecin généraliste,
La Fare-les-Oliviers ;
Dr Boveda Serge, cardiologue, Toulouse ;
Pr Deharo Jean-Claude, cardiologue,
Marseille ;

Dr Friocourt Patrick, gériatre, Blois ;
Dr Lebrin Patrick, médecin urgentiste, Bry-sur-
Marne ;
Dr Lestavel Philippe, médecin urgentiste,
Hénin-Beaumont ;
Dr Navarro Vincent, neurologue, Paris.

Groupe de lecture

Dr Alberti Corinne, épidémiologiste, Paris ;
Dr Artaud-Macari Charles, médecin urgentiste,
Le Chesnay ;
Dr Beaufils Olivier, médecin urgentiste,
Montpellier ;
Pr Bellou Abdelouahab, médecin interniste,
Nancy ;
Pr Belmin Joël, gériatre, Ivry-sur-Seine ;
Dr Bilbault Pascal, médecin urgentiste,
Strasbourg ;
Dr Birault François, médecin généraliste,
Poitiers ;
Dr Boddaert Jacques, gériatre, Paris ;
Dr Bourg Véronique, neurologue, Nice ;
Dr Bruge Philippe, médecin urgentiste,
Valence ;
Pr Cathebras Pascal, médecin interniste,
Saint-Étienne ;
Pr Chauvin Michel, cardiologue, Strasbourg ;
Pr Clémenty Jacques, cardiologue, Bordeaux ;
Pr Conri Claude, médecin interniste et
vasculaire, Bordeaux ;
Pr Constans Joël, médecin vasculaire,
Bordeaux ;
Dr Copie Xavier, cardiologue, Saint-Denis ;
Dr Crozier Sophie, neurologue, Paris ;
Dr Defaye Pascal, cardiologue, Grenoble ;
Dr Dupont Sophie, neurologue, Paris ;
Dr Flammang Daniel, cardiologue, Lyon ;
Dr Frank Robert, cardiologue, Paris ;
Dr Granel-Rey Brigitte, médecin interniste,
Marseille ;
Pr Hamidou Mohamed, médecin interniste,
Nantes ;
Dr Hennebelle Jean-Luc, médecin généraliste,
Coudoux ;
Dr Houn Sarath, médecin généraliste, Trets ;
Dr Kouakam Claude, cardiologue, Lille ;
Dr Larrumbe Jean-Pierre, médecin généraliste,
Velaux ;
Pr Lauque Dominique, médecin urgentiste,
Toulouse ;
Dr Lavernhe Gilles, neurologue, Gap ;
Dr Le Corgne Daniel, médecin généraliste,
Plomelin ;
Pr Leenhardt Antoine, cardiologue, Paris ;
Pr Le Goaziou Marie-France, médecin
généraliste, Lyon ;
Pr Magy-Bertrand Nadine, médecin interniste,
Besançon ;
Dr Maillot François, médecin interniste, Tours ;
Dr Maison-Blanche Pierre, cardiologue, Paris ;
Pr Marie Isabelle, médecin interniste, Rouen ;
Dr Mercier Bertrand, neurologue, Cagnes-sur-
Mer ;
Dr Peschanski Nicolas, médecin urgentiste,
Dieppe ;
Pr Puisieux François, gériatre, Lille ;
Dr Rakotozafiarison Johary, médecin
généraliste, Villiers-le-Bel ;
Dr Raphaël Maurice, médecin urgentiste,
Montfermeil ;
Pr Sautron Jean-Baptiste, médecin
généraliste, Bagnols-en-Forêt ;
Dr Sève Pascal, médecin interniste, Lyon ;
Dr Suzzoni Frank, médecin généraliste, Porto-
Vecchio ;
Dr Thieffry Ludovic, médecin généraliste,
Seclin ;
Dr Touzé Marie-Dominique, médecin
urgentiste, Nantes ;
Pr Vidal Élisabeth, médecin interniste,
Limoges ;
Pr Wahl Denis, médecin interniste, Nancy.

Fiche descriptive

TITRE	Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes
Méthode de travail	Adaptation de recommandations pour la pratique clinique
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Définir la stratégie diagnostique d'une perte de connaissance brève • Définir la stratégie diagnostique et thérapeutique d'une syncope
Professionnel(s) concerné(s)	Tous les médecins, qu'ils soient en ville ou hospitaliers, et plus particulièrement les médecins généralistes, les urgentistes, les cardiologues, les neurologues, les gériatres et les internistes
Demandeur	Collège national professionnel des internistes
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Thierry Rusterholtz, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (sous la responsabilité du Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjointe au chef de service)</p> <p>Secrétariat : Mme Sladana Praizovic</p> <p>Recherche documentaire : Mme Christine Devaud, avec l'aide de Mme Renée Cardoso, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	<p>Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Patrick Jegou, médecin interniste, Rennes), groupe de lecture : cf. liste des participants</p> <p>Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.</p>
Recherche documentaire	De janvier 2003 à juillet 2007
Auteurs de l'argumentaire	<p>Traduction des <i>Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope-update 2004</i> de la <i>Task force on syncope</i> de l'<i>European Society of Cardiology</i> (ESC) (Europace 2004;6 :467-537).</p> <p>Compléments bibliographiques et révision de l'argumentaire : Dr Thierry Rusterholtz et Pr Patrick Jegou.</p>
Validation	<p>Avis de la commission <i>Évaluation des stratégies de santé</i></p> <p>Validation par le Collège de la HAS en mai 2008</p>
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

CODE Etude (rempli par le service communication)