

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 inexplicée, 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)