

David Ionta

## **Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA**

---

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) n'est pas seulement dans son contexte clinique une maladie aux nombreuses facettes, mais l'est également en médecine des assurances. Sur le plan médical, quelles sont les bases pour diagnostiquer un SDRC? Qu'en est-il, ensuite, de la prise en charge par les assurances sociales, en particulier l'assurance-accidents? La présente contribution a pour but de répondre à ces questions.

---

Catégories d'articles : Contributions

Domaines juridiques : Assurance maladie et accidents. Assurance invalidité

Proposition de citation : David Ionta, Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA, in : Jusletter 18 octobre 2021

## Table des matières

1. Introduction
2. Sous l'angle médical
  - a. Classification
  - b. Epidémiologie et facteurs de risques
  - c. Critères cliniques du diagnostic
3. Sous l'angle de l'assurance-accidents
  - a. Causalité naturelle
  - b. Causalité adéquate
  - c. Le SDRC
4. Conclusion

### 1. Introduction<sup>1</sup>

[1] La présente contribution a pour but un aperçu tant sur le plan médical que sur le plan asséculogique du syndrome douloureux régional complexe<sup>2</sup> (SDRC ; dans la littérature anglo-saxonne, le terme de complex regional pain syndrome, abrégé CRPS, est utilisé), afin que chaque acteur puisse comprendre les difficultés de l'autre.

[2] Le SDRC n'est pas seulement dans son contexte clinique une maladie aux nombreuses facettes, mais l'est également en médecine des assurances<sup>3</sup>.

[3] Les diverses hypothèses élaborées sur les origines et le développement d'une maladie exercent un rôle décisif sur le nom qu'on va lui donner et ceci vaut particulièrement pour le SDRC. La variété conceptuelle et nominale se traduit par une longue liste de synonymes et d'éponymes : algodystrophie, neuro-algodystrophie, causalgie, maladie ou syndrome de Sudeck, syndrome de Leriche-Sudeck, ostéoporose transitoire, syndrome épaule-main, dystrophie sympathique réflexe, SDRC (syndrome douloureux régional complexe)<sup>4</sup>.

[4] Le terme descriptif et sans connotation physiopathogénique de « syndrome douloureux régional complexe » (SDRC [en anglais : complex regional pain syndrome ; CRPS])<sup>5</sup> a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>6</sup>. Cette terminologie est désormais couramment admise aujourd'hui.

[5] S'agissant de l'aspect économique, dans le cadre d'une collecte statistique de la Suva, les données de médecine des assurances traitant des années 1996 à 2000 ont été examinées. Pour chacune de ces cinq années, le nombre total de blessures ainsi que le nombre de blessures s'étant compliquées par l'apparition d'un SDRC ont été enregistrés. Les coûts cumulés durant les 10 années subséquentes incluant p.ex. les frais de traitement et les versements de rente, ainsi que les coûts

---

<sup>1</sup> Le présent article engage son auteur à titre personnel et ne reflète pas la position des institutions pour lesquelles il œuvre.

<sup>2</sup> Sindrome dolorosa regionale complessa en italien ; komplexes regionale Schmerzsyndrom en allemand.

<sup>3</sup> WILFRIED JÄNIG/RITA SCHAUMANN/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 7.

<sup>4</sup> ERICH BÄR/OLIVIER ROMMEL, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 13 ; PAUL DOURY, Algodystrophy : A spectrum of disease, historical perspectives, criteria of diagnosis, and principles of treatment, in *Hand Clinics*. Aug. 1997 (Volume 13, Issue 3), p. 327–337, en particulier la table 1 en p. 328.

<sup>5</sup> CLAUDE SPICHER et al., Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe (SDRC), in *Douleur analg.* (2014) 27 : p. 62.

<sup>6</sup> ANNE BERQUIN, Progrès récents dans le diagnostic et le traitement du syndrome douloureux régional complexe, in *Rev Med Suisse* 2008, 4 : p. 1514.

par cas, ont été estimés. En synthèse, il ressort des données épidémiologiques que le développement d'un SDRC engendre un accroissement énorme des coûts de santé, car malgré les vastes possibilités de traitement, il persiste chez un nombre important de patients un syndrome douloureux chronique et un handicap durable pouvant motiver le versement d'une rente<sup>7</sup>.

[6] Dans une étude suisse de 2019, le SDRC représentait 0,15% de tous les cas d'accidents. Les coûts d'assurance étaient 19 fois plus élevés et les coûts de traitement 13 fois plus élevés que les coûts moyens des accidents sans SDRC. Au cours des deux premières années suivant l'accident, le nombre de jours d'arrêt de travail était 20 fois plus élevé chez les patients atteints de SDRC ( $330 \pm 7$  jours) que chez les patients sans SDRC ( $16,1 \pm 0,1$  jours). Deux tiers de tous les cas de SDRC ont développé une incapacité de travail à long terme de plus de 90 jours<sup>8</sup>.

## 2. Sous l'angle médical

### a. Classification

[7] Les médecins voulant classer correctement le SDRC se voient systématiquement confrontés à quatre obstacles majeurs qu'ils doivent écarter tôt ou tard :

- l'absence d'un test objectif ou d'un étalon-or standard reconnu compliquant la validation externe du diagnostic opérationnel ;
- l'absence d'un consensus sur une étiopathogénèse uniforme excluant l'usage d'une classification causale ;
- l'absence d'un consensus sur des critères diagnostiques validés et fiables (plaintes et constatations cliniques) compliquant la compréhension lorsque le SDRC est l'objet de recherches ou d'un traitement particulier ;
- l'absence d'études randomisées contrôlées évitant les biais de sélection<sup>9</sup>.

[8] En l'absence d'une pathophysiologie définitive du SDRC et donc en l'absence d'un test objectif définitif pouvant servir de gold standard, fournir des preuves de la validité d'un critère diagnostique est un défi<sup>10</sup>.

[9] Malgré les interrogations sur l'utilité clinique de cette distinction<sup>11</sup>, le SDRC peut être classé en deux sous-types : le SDRC de type I, dans lequel aucune lésion nerveuse périphérique n'est identifiée, et le SDRC de type II, dans lequel les symptômes sont associés à une lésion nerveuse définissable. Cette distinction n'est pas toujours facile à faire. Les deux types de SDRC se caractérisent par une douleur intense et disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur, affect-

---

<sup>7</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 29 ss.

<sup>8</sup> STEFAN MARKUS SCHOLZ-ODERMATT et al., Direct Health Care Cost and Work Incapacity Related to Complex Regional Pain Syndrome in Switzerland : A Retrospective Analysis from 2008 to 201, in Pain Med. 2019 Aug 1, 20(8) : p. 1559-1569.

<sup>9</sup> ERICH BÄR/OLIVIER ROMMEL, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 13 et les références.

<sup>10</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome, in Pain Med, May-Jun 2007, 8(4), p. 329.

<sup>11</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome, in Pain Med, May-Jun 2007, 8(4), p. 330.

tant le plus souvent la main ou le pied mais s'étendant parfois à d'autres régions du corps<sup>12</sup>. La phénoménologie clinique du SDRC de type I et celle de type II sont essentiellement similaires<sup>13</sup>. Environ 90% des patients qui ont un SDRC souffrent d'un SDRC de type I<sup>14</sup>.

[10] En plus des SDRC de type I et de type II (sans/avec lésion nerveuse), un troisième type appelé NOS (not otherwise specified) a été retenu. Ce dernier correspond aux patients qui ne présentent pas totalement les critères de Budapest (cf. ch. 2 lit. c *infra*) mais chez lesquels aucun autre diagnostic ne peut être considéré comme satisfaisant<sup>15</sup>. Plutôt que de limiter le champ d'application du SDRC à deux types, un troisième type non spécifique a donc été ajouté<sup>16</sup>.

## b. Epidémiologie et facteurs de risques

[11] En 1995, FOUCHER démarrait en ces termes son livre consacré à l'algodystrophie : « Se plonger dans le problème d'une dystrophie réflexe, c'est s'immerger dans un océan d'incertitudes cliniques, étiopathogéniques, évolutives et thérapeutiques »<sup>17</sup>.

[12] L'incidence d'un SDRC indiquée dans les deux travaux les plus souvent cités est de 5.5–25.2/100'000<sup>18</sup>. Une analyse de registre plus récente de la « *Nationwide Inpatient Sample Database* » aux Etats-Unis a déterminé l'incidence d'un SDRC de type I à 0,07% sur l'ensemble des patientes et patients hospitalisés entre 2007 et 2011<sup>19</sup>. Une survenue fréquente est particulièrement observée à la suite d'une opération du pied (4,36%), de fractures du poignet, du scaphoïde, de la malléole ou du métatarse (7,0%) ou de fractures du radius distal (8,8%)<sup>20</sup>. L'atteinte isolée du genou est également rapportée par la littérature<sup>21</sup>. En outre, tant dans les études européennes qu'américaines, il a systématiquement été démontré que les femmes sont plus fréquemment af-

---

<sup>12</sup> NEIL E. O'CONNELL et al., Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome – an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.

<sup>13</sup> WILFRIED JÄNIG, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 35 et les références.

<sup>14</sup> WILFRIED JÄNIG, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 35 et les références.

<sup>15</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome, in Pain Med, May–Jun 2007, 8(4), p. 327 ; KATHERINE DUTTON/GEOFFREY LITTLEJOHN, Terminology, criteria, and definitions in complex regional pain syndrome : challenges and solutions, in J Pain Res. 2015 Dec 11, 8, p. 873.

<sup>16</sup> JOSEPH V. PERGOLIZZI et al., The Budapest criteria for complex regional pain syndrome : The diagnostic challenge, in Anaesthesiol Clin Sci Res, 2018, 2(1), p. 3.

<sup>17</sup> GUY FOUCHER, L'algodystrophie de la main, Springer Verlag, 1995 ; LIONEL ERHARD, Syndrome douloureux régional complexe compliquant les fractures de l'extrémité distale du radius, in Hand Surgery and Rehabilitation, 89 (2016), p. 144.

<sup>18</sup> PAOLA SANDRONI et al., Complex regional pain syndrome type I : incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study, in Pain, May 2003, 103 : p. 199–207 ; MARISSA DE MOS et al., The incidence of complex regional pain syndrome : a population-based study, in Pain, May 2007, 129 : p.12–20 ; GIULIA MESAROLI et al., Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome : a systematic review, in Pain, May 2021. Vol. 162, p. 1295.

<sup>19</sup> AHMAD ELSHARYDAH et al., Complex regional pain syndrome type I predictors – Epidemiological perspective from a national database analysis, in J Clin Anesth 2017, 39 : p. 34–37.

<sup>20</sup> MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in Forum Med Suisse, 2021, 21(1314) : p. 209–213 et les références.

<sup>21</sup> CATELIJNE M. VAN BUSSEL/DIRK STRONKS/FRANK J.P.M. HUYGEN, Complex regional pain syndrome type I of the knee : A systematic literature review, in Eur J Pain. 2014 Jul, 18(6) : p. 766–73.

fectées que les hommes (ratio 2–4 F : 1 H)<sup>22</sup>. Concernant l'âge de manifestation, le SDRC culmine entre 40 et 50 ans<sup>23</sup>, quoiqu'il puisse également se développer chez des enfants<sup>24</sup>.

[13] La cause la plus fréquente de développement d'un SDRC est un traumatisme<sup>25</sup>, même relativement mineur et, bien que rare, il peut également survenir spontanément<sup>26</sup>. Dans certaines études, les extrémités supérieures étaient le plus souvent atteintes et les extrémités inférieures dans d'autres<sup>27</sup>. Le développement d'un SDRC a été observé chez 12 à 48% des patients ayant subi une attaque d'apoplexie et souffert dans ses suites d'une hémiparésie, le SDRC étant plus fréquent chez les malades souffrant d'une paralysie sévère avec subluxation de l'épaule<sup>28</sup>. Par ailleurs, l'association entre la grossesse et le SDRC a été décrite pour la première fois en 1958, puis en 1959 ; depuis, environ une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature<sup>29</sup>. Qu'elles soient infectieuses, tumorales, traumatiques ou autres, les affections viscérales constituent également une autre cause de SDRC de type I<sup>30</sup>.

[14] Il est le lieu de préciser qu'il n'existe aucune corrélation entre d'une part la sévérité du traumatisme initial et, d'autre part, la sévérité et/ou l'extension du syndrome douloureux qui s'ensuit<sup>31</sup>. En outre, un SDRC peut se développer, persister ou s'aggraver bien que les altérations locales induites par le traumatisme initial aient guéri dans l'intervalle<sup>32</sup>.

[15] Les douleurs disproportionnées surviennent généralement dans les 2 à 6 premières semaines ou ne disparaissent pas après le traumatisme déclencheur, mais restent égales voire augmentent ; le tableau clinique peut être impressionnant dès le début ou se développer lentement en l'espace de 2–3 mois<sup>33</sup>. Le délai maximum entre un facteur déclenchant et la survenue d'un SDRC permettant d'attribuer la responsabilité du facteur déclenchant est, selon les études, de 3 mois<sup>34</sup> ou

<sup>22</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 27 et les références ; voir également GIULIA MESAROLI et al., Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome : a systematic review, in Pain, May 2021, Vol. 162, p. 1295.

<sup>23</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 27.

<sup>24</sup> SOPHIE DUGUÉ, Les spécificités du syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC 1) en pédiatrie, in Douleur analg. (2020), 33 : p. 211–218 ; GIULIA MESAROLI et al., Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome : a systematic review, in Pain, May 2021, Vol. 162, p. 1295.

<sup>25</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 27 et les références.

<sup>26</sup> NEIL E. O'CONNELL et al., Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.

<sup>27</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 27 et les références.

<sup>28</sup> OLIVIER ROMMEL/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 27 et les références.

<sup>29</sup> AIMANE NAAM et al., Syndrome douloureux régional complexe de la cheville et du pied au cours d'une grossesse pathologique particulière : une association exceptionnelle, Presse Med, Nov. 2017, p. 1107–1110 et les références ; PAUL DOURY, Algodystrophie : A spectrum of disease, historical perspectives, criteria of diagnosis, and principles of treatment, in Hand Clinics. Aug. 1997 (Volume 13, Issue 3), p. 327–337.

<sup>30</sup> DANIEL-HENRI MANICOURT/JEAN-PIERRE DEVOGELAER, Algodystrophie sympathique réflexe ou syndrome douloureux régional complexe de type I, in Pathologie du pied et de la cheville, 2<sup>e</sup> éd., 2015, p. 950.

<sup>31</sup> DANIEL-HENRI MANICOURT/JEAN-PIERRE DEVOGELAER, Algodystrophie sympathique réflexe ou syndrome douloureux régional complexe de type I, in Pathologie du pied et de la cheville, 2<sup>e</sup> éd., 2015, p. 949 et la référence ; WILFRIED JÄNIG, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 50.

<sup>32</sup> WILFRIED JÄNIG, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 50.

<sup>33</sup> MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in Forum Med Suisse, 2021, 21(1314) : p. 209–213 et les références.

<sup>34</sup> Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD, Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille, in Douleur analg. (2019),

entre 6 et 14 semaines<sup>35</sup>. Lorsque ce délai dépasse 4 mois, la responsabilité du traumatisme doit être sérieusement mise en doute<sup>36</sup>.

[16] Cependant, il n'existe pas un franc consensus s'agissant du délai d'apparition des douleurs en lien avec le SDRC. Ces données ne doivent donc pas être prises comme une vérité scientifique absolue.

### c. Critères cliniques du diagnostic

[17] Le diagnostic de SDRC est fondé essentiellement sur des critères cliniques, car il n'existe pas de gold standard équivalent ni de test absolu qui soient spécifiques du SDRC. Il est difficile de distinguer le SDRC d'autres syndromes douloureux des extrémités et il n'est pas possible de prédire quel patient développera un SDRC après un traumatisme d'une extrémité. Autrement dit, nous ne disposons d'aucun prédicteur du développement d'un SDRC<sup>37</sup>.

[18] Depuis 2010, il est fait référence aux critères de Budapest de l'International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>38</sup>.

[19] La pose du diagnostic de SDRC requiert, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits<sup>39</sup> :

1. Douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur.
2. Le patient doit *rapporter* au moins 1 symptôme dans 3 des 4 catégories suivantes :
  - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie
  - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau
  - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation
  - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
3. Le patient doit *démontrer au moment de l'examen* au moins 1 *signe clinique* dans 2 des 4 catégories suivantes :
  - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et ou allodynie (au toucher léger et/ou température, pression, mouvement)
  - Vasomotrice : différence de température ( $>1^{\circ}$ ) et/ou changement de coloration de la peau
  - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation

---

32 : p. 155–164 et références no 12 ; cf. également MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in Forum Med Suisse, 2021, 21(1314) : p. 209–213 et les références citées aux notes de bas de page 19, 21 et 22.

35 DANIEL-HENRI MANICOURT/JEAN-PIERRE DEVOGELAER, Algodystrophie sympathique réflexe ou syndrome douloureux régional complexe de type I, in Pathologie du pied et de la cheville, 2<sup>e</sup> éd., 2015, p. 949.

36 DANIEL-HENRI MANICOURT/JEAN-PIERRE DEVOGELAER, Algodystrophie sympathique réflexe ou syndrome douloureux régional complexe de type I, in Pathologie du pied et de la cheville, 2<sup>e</sup> éd., 2015, p. 949.

37 WILFRIED JÄNIG, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 52.

38 ROBERT NORMAN HARDEN et al., Validation of proposed diagnostic criteria (the « Budapest Criteria ») for Complex Regional Pain Syndrome, Pain, Aug. 2010, Vol. 150, pp. 268–274.

39 MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in Forum Med Suisse, 2021, 21(1314) : p. 209–213 et les références ; OLIVIER ROMMEL, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 64 s.

- Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau).
- 4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques.

[20] Afin d'avoir les clés de lecture pour le laïc, le vocabulaire usuel des sensations douloureuses est le suivant<sup>40</sup> : paresthésies : sensations anormales spontanées ou provoquées de type électrique ; dysesthésies : sensations spontanées désagréables ; hyperesthésie : sensibilité accrue à un stimulus normalement indolore ; hyperalgésie : réponse accrue à un stimulus normalement douloureux ; allodynie : perception d'un stimulus normalement non douloureux comme douloureux ; allodynie secondaire : extension secondaire de la zone algique ; hyperpathie : état douloureux et réponse douloureuse inhabituelle à la stimulation.

[21] Comme nous l'avons évoqué, il n'y a pas de test de laboratoire, radiologique ou génétique de référence (gold standard) pour diagnostiquer le SDRC<sup>41</sup>. Il n'y a pas d'examen paraclinique que l'on pourrait taxer et utiliser au titre de gold standard dans le diagnostic du SDRC, le diagnostic satisfaisant aux directives actuelles étant fondé sur des critères opérationnels cliniques et anamnestiques<sup>42</sup>.

[22] L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical mais garde notamment un rôle pour exclure d'autres causes susceptibles d'expliquer les symptômes<sup>43</sup>, dans la recherche de diagnostics différentiels<sup>44</sup> ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets<sup>45</sup> ainsi que dans certaines formes atypiques<sup>46</sup>.

[23] Le diagnostic de SDRC n'est licite qu'à condition qu'il n'existe pas d'autre diagnostic qui serait mieux à même d'expliquer les symptômes présentés et les constatations faites (point 4 des critères de Budapest). Il n'est pas nécessaire, selon le consensus d'experts, de pratiquer des mesures d'éclaircissements supplémentaires : celles-ci ne servent tout au plus qu'à écarter d'autres maladies sous-jacentes. Ainsi, un examen de laboratoire peut dévoiler des indices évocateurs d'une maladie inflammatoire systémique, un examen d'imagerie médicale objectiver des lésions structurelles, ou un examen électrophysiologique mettre en évidence une anomalie de conduction nerveuse<sup>47</sup>.

---

<sup>40</sup> MICHAEL PAPALOÏZOS/GRÉGOIRE CHICK, Pathologies chroniques de la main et du poignet, p. 272.

<sup>41</sup> GIULIA MESAROLI et al., Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome : a systematic review, in *Pain*, May 2021. Vol. 162, pp. 1296 et 1301 ; Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD, Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille, in *Douleur analg.* (2019), 32 : p. 155–164.

<sup>42</sup> CHRISTIAN MAIHÖFNER, in *SDRC Syndrome douloureux régional complexe*, Suva Medical, 2013, p. 78.

<sup>43</sup> MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in *Forum Med Suisse*, 2021, 21(1314) : p. 209–213.

<sup>44</sup> LIONEL ERHARD, Syndrome douloureux régional complexe compliquant les fractures de l'extrémité distale du radius, in *Hand Surgery and Rehabilitation*, 89 (2016), p. 146.

<sup>45</sup> Une scintigraphie osseuse en trois phases réalisées à l'aide de bisphosphonates marqués au technétium 99m peut être utilisée afin d'affiner le diagnostic, comme examen complémentaire. Cet examen doit avoir idéalement lieu dans les 6 à 12 mois après le début du SDRC et être positive aux 3 phases (NICOLE WÜPPENHORST et al., Sensitivity and Specificity of 3-phase Bone Scintigraphy in the Diagnosis of Complex Regional Pain Syndrome of the Upper Extremity, *The Clinical Journal of Pain*, Mar. 2010, Vol. 26, pp. 182–189).

<sup>46</sup> FRANÇOIS LUTHI/MICHEL KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) sous toutes ses formes, in *Rev Med Suisse* 2014, 10 : p. 271–272.

<sup>47</sup> FLORIAN BRUNNER/RUDOLF KISSLING, in *SDRC Syndrome douloureux régional complexe*, Suva Medical, 2013, p. 85.

[24] Le SDRC étant un diagnostic d'exclusion, la première étape diagnostique doit donc toujours consister à exclure les causes les plus probables. Lorsqu'il est impossible de trouver une cause autre ou mieux adaptée des douleurs, il convient dans une deuxième étape de recueillir les critères de Budapest. Si tous les critères sont remplis, la présence d'un SDRC est fortement probable<sup>48</sup>.

[25] En résumé, la pose du diagnostic de SDRC se fonde cliniquement sur la base d'une anamnèse approfondie et d'un examen clinique et neurologique détaillé. En appliquant les critères de Budapest, il est possible de diagnostiquer un SDRC en disposant d'une sensibilité et d'une spécificité suffisantes<sup>49</sup>. En effet, les critères cliniques de Budapest ont fourni une excellente sensibilité (99%), presque identique à celle des anciens critères IASP, mais avec une spécificité nettement améliorée (68%)<sup>50</sup>.

[26] Aujourd'hui, il existe un consensus pour utiliser les critères de Budapest, validés par l'IASP, pour le diagnostic de SDRC. Ces critères ont l'avantage, pour le moment, de représenter un standard permettant d'uniformiser la pratique clinique quotidienne et les travaux scientifiques<sup>51</sup>.

[27] Il convient d'ajouter qu'après la question du diagnostic s'est posée celle de la sévérité de l'atteinte, de façon qualitative et quantitative. En 2010, HARDEN et al. proposent un score de sévérité : le CRPS Severity Score (CSS)<sup>52</sup>, lequel précise le diagnostic, permet d'évaluer la progression pour un même patient et de comparer les résultats entre patients pour une étude par exemple<sup>53</sup>.

### 3. Sous l'angle de l'assurance-accidents

[28] Ces considérations d'ordre médical étant énoncées, qu'en est-il de la prise en charge par les assurances sociales ?

[29] La prise en charge par l'assurance maladie – au sens de la LAMal – et l'assurance-invalidité ne pose que peu de problèmes. Tel n'est pas le cas de l'assurance-accidents, régie par le principe de causalité : l'obligation de prestation est liée à une cause bien précise, contrairement à l'assurance-invalidité qui accorde les prestations indépendamment de la cause de l'invalidité (principe de la finalité).

---

<sup>48</sup> MICHAEL ALEXANDER HARNIK et al., Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1, in Forum Med Suisse, 2021, 21(1314) : p. 209–213 et les références.

<sup>49</sup> CHRISTIAN MAIHÖFNER, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013, p. 81.

<sup>50</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., Validation of proposed diagnostic criteria (the « Budapest Criteria ») for Complex Regional Pain Syndrome, Pain, Aug. 2010, Vol. 150, pp. 268–274.

<sup>51</sup> Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD, Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille, in Douleur analg. (2019), 32 : p. 155–164 ; ANDREAS GOEBEL et al., Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome : Results of a European Pain Federation task force, Eur J Pain. 2019 Apr, 23(4) : p. 641–651.

<sup>52</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., Development of a severity score for CRPS, in Pain, Dec. 2010, 151(3) : p. 8706 ; ROBERT NORMAN HARDEN et al., A prospective, multisite, international validation of the Complex Regional Pain Syndrome Severity Score, in Pain, Aug. 2017, 158(8) : p. 1430–1436.

<sup>53</sup> ROBERT NORMAN HARDEN et al., A prospective, multisite, international validation of the Complex Regional Pain Syndrome Severity Score, in Pain, Aug. 2017, 158(8) : p. 1430–1436.



## a. Causalité naturelle

[30] Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment qu'il y ait, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci<sup>54</sup>. La situation est différente si l'accident n'est qu'une cause aléatoire ou occasionnelle (« *Gelegenheits- oder Zufallsursache* ») qui permet à un état antérieur de se manifester, dont la réalisation aurait pu s'activer en tout temps spontanément, l'accident n'ayant aucune signification indépendante sous l'angle du lien de cause à effet<sup>55</sup>.

[31] Le droit des assurances sociales ne prévoit pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (« *in dubio pro assicurato* »)<sup>56</sup>.

[32] L'atteinte à la santé doit, en outre, être objectivable. Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement<sup>57</sup>.

[33] Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier des troubles organiques de l'accident. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés<sup>58</sup>.

[34] En outre, la simple possibilité d'une atteinte à la santé, dans le sens d'une hypothèse clinique insuffisamment confirmée, ne suffit pas pour son admission<sup>59</sup>.

[35] Cela étant, dans le cadre du SDRC, nous devons conclure qu'un diagnostic retenu après examen *lege artis* des critères de Budapest – méthode reconnue scientifiquement – répond au critère d'objectivité. En effet, les critères pour valider le diagnostic de SDRC sont exclusivement

---

<sup>54</sup> ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_511/2020 du 15 avril 2021 consid. 3.1.

<sup>55</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_587/2020 du 5 février 2021 consid. 6.1 et les références.

<sup>56</sup> ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.1 et la référence; 8C\_588/2007 du 27 août 2008 consid. 11.2; I 391/06 du 9 août 2006 consid. 2 et les références; M 3/04 du 31 octobre 2005 consid. 4.

<sup>57</sup> ATF 138 V 248 consid. 5.1; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 5.3; 8C\_689/2019 du 9 mars 2020 consid. 5.2 et les références; 8C\_591/2018 du 29 janvier 2020 consid. 2; 8C\_647/2018 du 16 janvier 2019 consid. 3.2 et les références; 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 6 et les références; 8C\_806/2007 du 7 août 2008 consid. 8.2 et les références.

<sup>58</sup> Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.1; 8C\_736/2009 du 20 janvier 2010 consid. 3.2; I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 4.2.

<sup>59</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_95/2019 du 3 juin 2019 consid. 5.2.

de nature clinique<sup>60</sup>. Pour remplir les critères de Budapest, il faut non seulement que la personne assurée présente un certain nombre de symptômes dans différentes catégories répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de peau, asymétrie de température ou de sudation, œdème, altération trophique, changement de pilosité, mais également que les signes cliniques correspondants soient objectivés<sup>61</sup>.

[36] Il doit en être de même lorsqu'un médecin – par exemple le médecin-conseil de l'assurance ou l'expert médical – écarte le diagnostic de SDRC ; il doit le faire après avoir analysé les critères de Budapest<sup>62</sup>.

[37] Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales<sup>63</sup>.

[38] Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le seuil du degré de la vraisemblance prépondérante est atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Aussi, la jurisprudence renonce à utiliser des taux de probabilité, contrairement à la doctrine, laquelle évoque pour la vraisemblance prépondérante un taux de probabilité sensiblement supérieur à 51%<sup>64</sup>.

[39] Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (c'est du reste le sens du terme « post-traumatique »<sup>65</sup>) ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*<sup>66</sup>). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré<sup>67</sup>. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible<sup>68</sup> ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié<sup>69</sup>.

[40] Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il

---

<sup>60</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_415/2020 du 6 mai 2021 consid. 3.3.2 et la référence.

<sup>61</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_863/2018 du 10 mars 2020 consid. 4.4.

<sup>62</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_480/2019 du 28 janvier 2020 consid. 4.3 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_231/2019 du 12 juillet 2019 consid. 3.2.1 où les médecins-experts ont expliqué de manière compréhensible et convaincante la raison pour laquelle le SDRC, posé par les médecins traitants à diverses reprises, n'a pu être confirmé. Il en a été de même dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_530/2019 du 20 novembre 2019 consid. 6.2.2.

<sup>63</sup> ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.4 ; 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1.

<sup>64</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5.3 et les références.

<sup>65</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2 et les références.

<sup>66</sup> ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.2 ; 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.2.3.2 et les références.

<sup>67</sup> Arrêts 8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5 ; 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1.

<sup>68</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_638/2018 du 22 janvier 2019 consid. 5.2 et la référence.

<sup>69</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références.

se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine)<sup>70</sup>.

[41] La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu<sup>71</sup>.

[42] Enfin, en cas de manque de collaboration de sa part lors d'une expertise médicale, l'assuré supporte l'absence de preuves<sup>72</sup>.

## **b. Causalité adéquate**

[43] Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance<sup>73</sup>, au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA<sup>74</sup>. L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux<sup>75</sup>.

[44] En cas d'atteinte (objectivable) à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe toutefois largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle<sup>76</sup>. En effet, en tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale<sup>77</sup>. Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le

---

<sup>70</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2 et les références.

<sup>71</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2.

<sup>72</sup> Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.3.1 ; 8C\_211/2020 du 23 septembre 2020 consid. 4.3.

<sup>73</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1 et les références.

<sup>74</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1.

<sup>75</sup> ATF 107 V 173 consid. 4b ; Arrêt du Tribunal fédéral 8F\_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3 et les références.

<sup>76</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1 et les références ; 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.1 et les références.

<sup>77</sup> ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1.

déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement<sup>78</sup>.

### c. Le SDRC

[45] Cette atteinte appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques, et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle<sup>79</sup>.

[46] Il n'est pas déterminant pour l'appréciation de la capacité de travail de savoir si l'on est en présence d'un SDRC de type I ou de type II, mais plutôt de déterminer les effets fonctionnels de ce trouble<sup>80</sup>.

[47] S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré que trois conditions cumulatives devaient être remplies<sup>81</sup> :

1. la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
2. l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.)<sup>82</sup> ;
3. une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines).

[48] Dans un arrêt 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année. Cette conclusion du Tribunal fédéral était fondée sur un article médical<sup>83</sup> paru en 1998 dans une brochure sur le SDRC<sup>84</sup> publiée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et Novartis.

[49] Depuis lors, grâce aux recherches scientifiques entreprises, de nouvelles et importantes connaissances sur la physiopathologie du SDRC ont pu être acquises, lesquelles ont motivé un remaniement complet de la brochure en question qui a été actualisée et rééditée sous le titre « SDRC Syndrome douloureux régional complexe » en 2013<sup>85</sup>. Dans un article paru dans ladite

---

<sup>78</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4.2 et les références ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 5.2, dans lequel, en l'absence d'explication somatique quant à l'ampleur de la symptomatologie algique, l'application de la jurisprudence sur les troubles psychiques consécutifs à un accident a été confirmée.

<sup>79</sup> Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6 ; 8C\_673/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.1.

<sup>80</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2020 du 17 août 2020 consid. 4.3 et les références.

<sup>81</sup> Cf. p. ex. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2 ; 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.3 ; 8C\_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; 8C\_316/2013 du 10 février 2014 consid. 5.1 ; 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1.

<sup>82</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_26/2020 du 4 mars 2020 consid. 7.3, où le diagnostic de SDRC a été écarté et un syndrome douloureux chronique a été retenu.

<sup>83</sup> BERTRAND KIENER/RUDOLF KISSLING, « Begutachtungsfragen bei Algodystrophie. », In Algodystrophie (complex regional pain syndrome I), 2e éd. 2002, éditeurs E. Bär/M. Felder/B. Kiener, Suva/Novartis, p. 89–93.

<sup>84</sup> Erich Bär/Markus Felder/Bertrand Kiener (éds.), Algodystrophie (complex regional pain syndrome I), 1e éd. 1998 (2e éd. 2002), Suva/Novartis.

<sup>85</sup> WILFRIED JÄNIG/RITA SCHAUMANN/WALTER VOGT, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva Medical, 2013.

brochure, ses auteurs expliquent que la question de la causalité doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Selon ces auteurs, ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de SDRC qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite; si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le SDRC est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines<sup>86</sup>. Cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors fonder, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester<sup>87</sup>.

[50] Désormais, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour que le syndrome douloureux régional complexe soit présumé, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines<sup>88</sup> suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme lié à l'accident. L'élément décisif est que, sur la base des constatations médicales obtenues en son temps, on peut conclure que la personne concernée a souffert au moins partiellement des symptômes typiques du SDRC dans la période de latence de six à huit semaines après l'accident<sup>89</sup>. La causalité peut également être retenue si le SDRC est la conséquence d'une opération en lien avec l'accident<sup>90</sup>.

[51] Les rapports médicaux rédigés par les médecins-traitant, retraçant l'évolution des plaintes (subjectives) et des constatations cliniques (objectives) depuis la prise en charge, sont d'une aide précieuse pour tenter de fixer rétrospectivement le début du SDRC.

[52] Tel a par exemple été le cas dans l'affaire jugée le 14 août 2018 par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_730/2017). Les juges fédéraux ont suivi l'analyse effectuée par la cour cantonale<sup>91</sup> sur la base notamment du compte-rendu détaillé du médecin-traitant des symptômes observés chez l'assurée. En l'espèce, bien que les signes cliniques d'un SDRC n'aient pas été tous présents à chaque consultation de contrôle dans les deux mois suivant l'accident, il n'en demeure pas moins qu'ils l'étaient au moins partiellement, ce qui suffit à l'aune de la jurisprudence pour considérer que le SDRC est apparu durant la période de latence de deux mois<sup>92</sup>.

[53] Il en a été de même dans la cause jugée le 15 juillet 2020 par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_416/2019). Les douleurs persistantes intenses malgré un traitement antalgique, apparues à la suite d'un traumatisme par écrasement survenu le 19 mars 2015 et après exclusion d'autres

---

<sup>86</sup> RITA SCHAUMANN/WALTER VOGT/FLORIAN BRUNNER, Expertise, in SDRC Syndrome douloureux régional complexe, 2013, p. 130 s.

<sup>87</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.2.

<sup>88</sup> Les différents arrêts cités à la note de bas de page suivante mentionnent « six à huit mois »; l'arrêt 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 fait exception en indiquant, au consid. 5.2.3, « six à huit semaines ». Nous nous rallions à cette jurisprudence, qui reprend le délai de la période de latence.

<sup>89</sup> Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_164/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 3; 8C\_543/2020 du 11 décembre 2020 consid. 3.3; 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3; 8C\_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2; 8C\_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2; 8C\_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3; 8C\_150/2008 du 24 juillet 2008 consid. 3.2.2.

<sup>90</sup> Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_308/2020 du 2 septembre 2020 consid. 3.2; 8C\_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2; 8C\_722/2018 du 14 janvier 2019 consid. 5.5.3.

<sup>91</sup> Jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AA 102/16 – 92/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4f.

<sup>92</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2.

diagnostics à l'imagerie, laissaient suspecter un SDRC. Si les signes cliniques du SDRC étaient certes apparus tardivement, des symptômes sensitif et moteur survenant dans le SDRC étaient évoqués en juin 2015. Sur la question du lien de causalité, il appert que les douleurs sont apparues immédiatement après le traumatisme, qu'elles ont persisté sans interruption, que les examens complémentaires mis en œuvre ont permis d'exclure une autre cause et qu'un traumatisme par écrasement est décrit comme facteur de risque d'un SDRC. Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé le jugement de l'instance cantonale reconnaissant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le SDRC dont souffrait l'assurée et l'événement accidentel.

[54] Pour l'administration – et le juge en cas de procédure – la difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de consensus médical sur la question de savoir dans quel délai après une blessure on peut diagnostiquer un SDRC et que l'on ne dispose pas d'examens paracliniques qui permettent de confirmer indubitablement le diagnostic<sup>93</sup>. Ainsi, si le diagnostic de SDRC est insuffisamment fondé, en particulier par manque d'indices cliniques pertinents selon les critères de Budapest, il ne peut être retenu<sup>94</sup>.

#### 4. Conclusion

[55] La médecine n'est pas une science exacte, c'est pourquoi le tableau clinique difficile ne peut pas être attribué de manière définitive à un quelconque diagnostic<sup>95</sup>.

[56] Comme nous l'avons illustré, le syndrome douloureux régional complexe est un diagnostic fondamentalement clinique, aux étiologies variées. Une des difficultés de ce diagnostic réside dans le fait qu'il n'existe pas de test de laboratoire, radiologique ou génétique de référence (*gold standard*) pour diagnostiquer le SDRC. En l'absence d'un test objectif définitif pouvant servir de *gold standard*, il est possible de diagnostiquer un SDRC en disposant d'une sensibilité et d'une spécificité suffisantes avec les critères de Budapest, validés par l'IASP. Ils représentent également un standard permettant d'uniformiser la pratique clinique quotidienne et les travaux scientifiques.

[57] Le SDRC est un diagnostic d'exclusion ; son diagnostic n'est licite qu'à condition qu'il n'existe pas d'autre diagnostic qui serait mieux à même d'expliquer les symptômes présentés et les constatations faites.

[58] La confirmation ou la réfutation d'un SDRC ne peut se faire qu'après un examen rigoureux des critères de Budapest.

[59] En l'absence d'un consensus scientifique s'agissant du délai d'apparition des douleurs en lien avec le SDRC, il est difficile de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si un syndrome douloureux régional complexe est en lien avec un accident déterminé ou une opération découlant d'un événement accidentel assuré. La période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester. Concernant la période de latence maximale, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité

---

<sup>93</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 6.2.3.

<sup>94</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 6.1 et le jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AA 133/18 – 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/cc-dd.

<sup>95</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3.

naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année<sup>96</sup>. Bien que fondée sur l'ancienne brochure sur le SDRC, parue en 1998, ce délai maximum semble toujours pertinent.

[60] Il appartient en premier lieu aux médecins de poser un diagnostic *lege artis*; il appartient ensuite à l'administration ou aux juges d'examiner si les conditions légales et jurisprudentielles sont remplies dans un cas d'espèce. Nous espérons, au travers de cette contribution, avoir pu faire un pont entre les disciplines de la médecine et du droit, afin que chacun puisse comprendre le langage de l'autre.

---

DAVID IONTA

Titulaire du CAS en droit de la responsabilité civile et des assurances ainsi que des brevets fédéraux en assurances privées et en assurances sociales, DAVID IONTA travaille depuis près de 30 ans dans le monde des assurances privées et sociales. Il est également créateur et administrateur du site internet « <https://assurances-sociales.info> ». L'auteur remercie ici Mme Gaëlle Barman Ionta, titulaire du brevet d'avocat, et la Dre Géraldine Paratte, pour leur relecture ainsi que pour leurs remarques éclairées.

---

<sup>96</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010.