



Medical expertise of complex regional pain syndrome throughout the conciliation and compensation commission procedure. Analyse of 32 cases submitted to conciliation and compensation commission of Picardie

V. Cuypers, F. van Maris, Olivier Jardé, Cécile Manaouil

► To cite this version:

V. Cuypers, F. van Maris, Olivier Jardé, Cécile Manaouil. Medical expertise of complex regional pain syndrome throughout the conciliation and compensation commission procedure. Analyse of 32 cases submitted to conciliation and compensation commission of Picardie. *La Revue de Médecine Légale*, 2021, 12 (1), pp.3-9. 10.1016/j.medleg.2020.10.004 . hal-03679392

HAL Id: hal-03679392

<https://u-picardie.hal.science/hal-03679392>

Submitted on 15 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'expertise du Syndrome Douloureux Régional Complexe à travers la procédure CCI

Analyse de 32 dossiers étudiés à la commission de conciliation et d'indemnisation de Picardie

Medical expertise of complex regional pain syndrome throughout the conciliation and compensation commission procedure

Analyse of 32 cases submitted to conciliation and compensation commission of Picardie

V. CUYPERS^a, F. VAN MARIS^a, O. JARDE^{a,b}, C. MANAOUIL^{a,b}

a Université de Picardie Jules Verne

b Service de Médecine Légale, CHU d'Amiens

MOT-CLES : Expertise, Expertise médicale, SDRC, Syndrome douloureux régional complexe, algoneurodystrophie, algodystrophie, commission de conciliation et d'indemnisation, CCI

KEYWORDS: Expertise, Medical expertise, CRPS, Complex regional pain syndrome, algoneurodystrophy, algodystrophy, conciliation and compensation commission

RESUME

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC - ex algoneurodystrophie) est une pathologie fréquemment rencontrée en expertise. Elle soulève de nombreuses difficultés tant sur le diagnostic que sur le pronostic, l'imputabilité à un fait unique ou la prise en charge. Dans cette étude, nous avons analysé les réponses d'expertises demandées par une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) après avoir reprécisé les principales caractéristiques de cette pathologie, et avons pu constater des discordances dans la pratique. Nous pensons avoir ainsi dégagé de potentiels outils qui pourraient être utiles pour répondre aux principales interrogations posées dans ce contexte : éléments de diagnostic, critères d'imputabilité, durée moyenne d'évolution avant consolidation.

SUMMARY

Complex regional pain syndrome (CRPS – ex algoneurodystrophy) frequently occur within medical expertise. This pathology gives numerous troubles in term of diagnostic, prognostic, accountability or therapeutic. In this study, we gave the main characteristics of CRPS, then we analysed the answers in the medical expertises asked by a conciliation and compensation commission (CCI) and found some difference in the way of the attainment. We think we have thus found potential tools to answer the main questions in this context: diagnostic elements, accountability elements, mean evolution time before consolidation.

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est une entité diagnostique associant une douleur continue à des troubles somato-sensoriels, moteurs, trophiques, vasomoteurs et sudomoteurs, avec une distribution non systématisée au système nerveux¹. Longtemps désignée sous le nom d'algo(neuro)dystrophie, le terme de syndrome douloureux régional complexe s'est imposé depuis 1994^{2,3}. Depuis, plusieurs consensus d'experts⁴ ont permis d'établir des critères cliniques objectifs à l'établissement du diagnostic, notamment les critères de Budapest, validés en 2010^{5,6}.

Le SDRC représente un défi pour le médecin expert, tant par la nécessité de se maintenir au fait de l'actualité scientifique d'un domaine de découvertes qui est actuellement extrêmement riche et productif, que par la diversité de sa symptomatologie et la variabilité de sa présentation clinique.

Nous avons pu étudier 32 expertises réalisées sur demande de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) de Picardie de 2002 à 2019, concernant des patients avec un diagnostic de SDRC. Les expertises ont été fournies anonymisées par un membre de la commission. Le critère d'inclusion est une expertise concernant un dossier de syndrome douloureux régional complexe. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Nous avons pu analyser l'imputabilité à l'accident médical et la consolidation retenue par les experts ainsi que l'évolution de cette pathologie.

LES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Instituées par la loi Kouchner du 4 mars 2002, les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) ont pour objectifs principaux de faciliter et d'accélérer l'indemnisation des préjudices des accidents médicaux, affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Il s'agit d'un guichet unique que les soins aient été réalisés par un médecin libéral, en clinique ou à l'hôpital public. La CCI permet une indemnisation rapide par une procédure amiable. Il n'y a pas de possibilité d'appel. Mais le demandeur peut exercer un recours devant une juridiction (tribunal judiciaire ou tribunal administratif) s'il n'a pas obtenu d'indemnisation devant la CCI.

En plus de déterminer s'il existe une faute médicale ou un aléa, les experts missionnés par les CCI ont donc pour mission de déterminer si le dommage consécutif à l'accident médical concerné, dépasse

un des seuils de gravité suivants : un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % ; un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant au moins 6 mois consécutifs (ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois) ; ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant au moins 6 mois consécutifs (ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois), ou encore une inaptitude définitive à l'exercice de l'activité professionnelle antérieure, ou des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence. La présence d'un de ces critères de gravité conditionne la compétence de la CCI pour se prononcer.

Soit la CCI retient une responsabilité du médecin libéral incriminé ou d'un établissement de santé (indemnisation par l'assureur) soit il est retenu une indemnisation au titre de la solidarité nationale (indemnisation par l'office national d'indemnisation accidents médicaux ou ONIAM), soit aucun préjudice indemnisable n'est retenu.

RAPPELS SUR LE SDRC

La physiopathologie du SDRC est encore méconnue malgré les progrès réguliers réalisés. Néanmoins il est globalement retenu que le SDRC découle d'une intrication de processus inflammatoires, à la fois périphériques et centraux, qui s'entretiendraient réciproquement. L'ensemble aboutirait à moyen terme à une réorganisation des réseaux neuronaux de la douleur et de la perception corporelle.

SYMPTOMES

Comme nous l'avons déjà écrit ci-dessus, les symptômes retrouvés dans le SDRC ont une variabilité inter-individuelle, mais il faut aussi rappeler qu'une variabilité temporelle est également retrouvée du fait du caractère évolutif de la pathologie. La description typique est une première phase « chaude » plutôt inflammatoire avec présence d'œdèmes, de rougeurs, d'augmentation de la température cutanée et d'hypersudations, suivie d'une seconde phase « froide » avec présence d'atrophies cutanées, de pâleurs ou de cyanoses et des températures cutanées diminuées.

Anomalies de la sensibilité thermo-algique et superficielle

La douleur est le maître-symptôme du SDRC. Elle apparaît comme disproportionnée par rapport à l'évènement initial dont elle est conséquente et se prolongeant sur une période de temps anormale. La douleur, qui peut être spontanée et/ou déclenchée, peut présenter différentes caractéristiques qualitatives ainsi que différents rythmes mais elle se présentera la plupart du temps comme persistante dans le temps avec ou non des exacerbations.

Des douleurs spontanées sont retrouvées dans environ 3 cas sur 4^{7,8}. Elles sont souvent décrites comme des sensations de brûlures, de « coup de couteau », de tiraillement, particulièrement dans les structures profondes (os, muscles, tendons) et moins fréquemment de localisation superficielle.

Des douleurs et exacerbations déclenchées sont retrouvées dans plus de 9 cas sur 10⁷. Elles peuvent alors se présenter sous forme d'allodynies mécaniques, thermiques ou liées aux mouvements, ou bien être retrouvées en période nocturne ou à l'orthostatisme. Des troubles de la sensibilité

thermique sont également retrouvés dans 1 cas sur 2, ainsi que des troubles de la sensibilité tactile épicrotique et protopathique dans plus de 2 cas sur 3, sous forme d'hyperesthésie ou d'hypoesthésie.

Perturbations du système autonome

La participation du système nerveux autonome dans les processus physiopathologiques est généralement évidente. Ainsi, il peut être retrouvé régionalement un œdème dans presque deux tiers des cas et des anomalies de sudation – généralement une hypersudation – dans moins de la moitié des cas.

Des troubles de la coloration cutanée de la région touchée apparaissent dans plus de trois quarts des cas, pour moitié de type hyperhémies, pour moitié de type pâleur ou cyanose. On peut également retrouver des asymétries de température cutanée par rapport à la région controlatérale non touchée par le SDRC. Les différences de températures qui ont pu être relevées semblent suivre une distribution gaussienne et sont supérieures à 1°C dans presque la moitié des cas.

Troubles trophiques

Des modifications de la pousse des phanères sont retrouvées dans plus d'un cas sur deux, plus fréquemment dans le sens d'une augmentation de la pousse. On peut également retrouver des atrophies cutanées et des rétractions fibrotiques au niveau des articulations, après une certaine durée d'évolution.

Anomalies motrices et de la perception corporelle

Des limitations des amplitudes articulaires de la zone concernée sont régulièrement retrouvées ainsi qu'une diminution de la force musculaire sans pour autant s'accompagner d'une amyotrophie. Des mouvements anormaux comme des tremblements ou des myoclonies sont observés dans moins d'un tiers des cas.

Comme expliqué ci-avant, il est souvent constaté à moyen terme dans les SDRC évolutif des signes de réorganisation neuronale. Ainsi des difficultés à l'initiation du mouvement sont décrites dans près d'un cas sur deux, et des troubles de la sensibilité sont également décrits avec des hyposensibilités superficielles et des difficultés à la discrimination tactile (test du pique-touche).

IMAGERIE

Les techniques de radiographies sont peu sensibles et peu spécifiques, et les signes retrouvés sont d'apparition tardive. Elles révèlent des déminéralisations diffuses et floues des épiphyses périarticulaires donnant classiquement un aspect moucheté. L'interligne articulaire^{9,10} est par contre constamment respectée.

La scintigraphie osseuse montre des signes plus précoces que la radiographie conventionnelle avec mise en évidence d'une hyperfixation locorégionale aux temps vasculaire, tissulaire et osseux. L'IRM injectée au gadolinium est aujourd'hui l'examen de référence et montre des signes précoces de SDRC, sous forme d'œdèmes régionaux et osseux, associés à des anomalies de signaux.

En aucun cas l'imagerie ne permet de poser le diagnostic. Tout au plus, elle permet d'émettre une hypothèse diagnostique en cas de découverte fortuite, ou d'éliminer des diagnostics différentiels¹¹.

ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Actuellement seuls les critères diagnostiques de Budapest validés en 2010, sont retenus pour établir le diagnostic de SDRC (voir tableau 1). Les signes radiologiques n'interviennent pas directement dans l'établissement du diagnostic, mais peuvent rester utile, le SDRC étant un diagnostic d'élimination.

Tableau 1 : Critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe dit « critères de Budapest⁵ ».	
1	Douleur continue disproportionnée par rapport l'événement initial <i>(Douleur supérieure à 20 points au questionnaire de la douleur Saint-Antoine de 100 points ou supérieure à 3 sur une EVA de 10)</i>
2	Au minimum un symptôme rapporté par le patient <u>dans 3 des 4 catégories</u> énumérées ci-dessous – <u>Somatosensorielle</u> : hypersensibilité – <u>Vasomotrice</u> : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique – <u>Sudomotrice/œdème</u> : sudation asymétrique, œdème – <u>Motrice/trophique</u> : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles
3	Au minimum un signe clinique constaté à l'examen <u>dans deux de ces catégories</u> – <u>Somatosensorielle</u> : allodynie, hyperalgésie – <u>Vasomotrice</u> : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique – <u>Sudomotrice/œdème</u> : sudation asymétrique, œdème – <u>Motrice/trophique</u> : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse musculaire, modification de la pilosité ou des ongles
4	Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes

La sensibilité et la spécificité des critères de Budapest étant parfois jugées non-satisfaisantes, d'anciens critères sont encore utilisés en recherche, tels ceux de Veldman¹² qui permettent d'intégrer dans les SDRC des tableaux cliniques ne présentant pas de douleurs continues. De nouveaux critères diagnostiques sont également élaborés comme le CPS (CRPS Predication Score) qui permet de prendre en compte la variabilité des tableaux cliniques du SDRC à travers une approche pondérée⁷.

L'EXPERTISE DU SDRC

LA VALIDATION DU DIAGNOSTIC DE SDRC

Parmi les 32 dossiers d'expertises analysés, la première question que nous nous sommes posés était de savoir si les experts s'appuyaient sur les critères de Budapest (voir tableau 1) pour retenir le diagnostic de SDRC. Pour cela nous avons recherché si ces critères avaient pu être relevés lors de l'examen clinique et à travers les pièces fournies à l'expert. Nous avons également considéré qu'un diagnostic de SDRC établi au sein d'une consultation spécialisée en algologie remplissait a priori les critères de Budapest.

Nous avons ainsi trouvé 22 expertises validant le SDRC avec ces prérequis et 3 expertises où le diagnostic de SDRC préalablement posé en dehors d'une consultation d'algologie, s'était vu rejeté par l'expert car les critères de Budapest n'étaient pas remplis. Au final, 7 expertises retenaient le SDRC sans remplir explicitement les critères de Budapest et sans consultations algologiques préalables. Nous avons également noté qu'un expert avait retenu un diagnostic de SDRC en dépit de l'avis contraire de l'algologue suivant le patient. Au final, nous retrouvons donc plus de 75% d'expertises s'appuyant sur les critères internationaux.

Nous avons également noté parmi ces 29 cas, que les facteurs déclenchants d'un SDRC, retrouvés par les experts, étaient avant **tout des interventions chirurgicales** (24), notamment des cures de canal carpien (9), et des traumatismes accidentels (4). Un seul SDRC expertisé n'a pas retrouvé de facteur déclenchant. Les principales articulations concernées étaient par ordre décroissant : main/poignet (12), pied/cheville (6), genou (5), épaule (4) et hanche (1). Un SDRC a été retrouvé sur une cuisse à distance des articulations et contre l'avis de l'algologue suivant le patient.

MISE EN ŒUVRE DE LA RESPONSABILITE

Il est communément admis que le SDRC est une pathologie rare. Il a entre autres, été avancé dans une étude rétrospective néerlandaise de 2007 menée sur plus de 200.000 dossiers de patients suivis en cabinet généraliste pendant une année, une incidence calculée de 26.2/100.000⁸ personnes-années.

Aucun facteur de risque n'a été mis en évidence dans les études mais il existe un sex-ratio d'environ 3 femmes pour 1 homme, un pic d'apparition autour de l'âge 50-60 ans, et il semble y avoir une prédisposition après un traumatisme accompagné d'une douleur intense^{7,8,13}.

Si un lien de causalité direct et certain est mis en évidence entre un acte médical, notamment une intervention chirurgicale, et un SDRC (voir ci-dessous), ce dernier devrait généralement être considéré comme une complication rare et inattendue. Cette notion se retrouve dans la totalité des expertises examinées, les experts avançant une incidence post-chirurgicale de 0,5 à 1 %^{14,15}. **La responsabilité du praticien ne pourrait être retenue que pour un acte médicalement injustifié donc d'indication non conforme aux données acquises de la science au moment des faits.**

Un cas particulier pourrait être l'acte médical sur un SDRC évolutif. Il est en effet connu qu'un SDRC en cours de guérison (phase froide ou après) peut être relancé avec réactivation des processus inflammatoires de début d'évolution.

DETERMINER L'IMPUTABILITE DU SDRC

Le SDRC peut faire suite à divers événements voir apparaître spontanément. Il est également reconnu qu'un SDRC évolutif en cours de rémission peut être relancé lors de la survenue d'un nouvel événement déclencheur. La détermination de l'imputabilité est donc un défi pour l'expert. Parmi les événements déclenchants possibles, on retrouve^{7,8,16,17} :

- un traumatisme accidentel (fracture, entorse, luxation, tendinite, immobilisation...) dans 45% à 72% des cas
- une chirurgie dans 10% à 30 % des cas
- un syndrome du canal carpien dans environ 7 % des cas

Les autres événements possibles (infection, inflammation, brûlure, lésion neurologique centrale ou périphérique, infarctus du myocarde, grossesse...) ne sont retrouvés que dans 3 à 9% des cas. Il faut également noter que le SDRC peut également être d'origine spontanée dans 7 à 11% des cas^{7,8,16,17}.

Classiquement les symptômes du SDRC, et particulièrement la douleur, sont décrits comme apparaissant dans les 15 à 90 jours après l'évènement déclenchant^{13,18}. Cette notion de temporalité doit être prise en compte par l'expert pour établir l'imputabilité du SDRC à un événement unique avec un lien de causalité direct et certain.

Dans notre analyse, sur les 29 dossiers d'expertises où un SDRC avait été retenu, nous avons retrouvé 18 dossiers où la recherche d'imputabilité respectait ce délai de 15 à 90 jours avant l'apparition des premiers symptômes et 7 qui ne le respectaient pas. Dans le détail (tableau 2), nous retrouvons :

Tableau 2 : analyse de 29 dossiers d'expertises	
• 17 expertises concluant à l'imputabilité d'un unique événement retrouvé dans un délai de 15 à 90 jours. • 1 expertise concluant à l'absence de lien de causalité direct et certain car deux facteurs déclenchants potentiels étaient retrouvés dans un délai de 15 à 90 jours.	18 expertises (62%) où la recherche d'imputabilité respecte les délais d'apparition des symptômes
• 4 expertises concluant à l'imputabilité d'un événement qui était retrouvé en dehors d'un délai de 15 à 90 jours. • 2 expertises concluant à l'imputabilité d'un seul événement survenant dans un délai de 15 à 90 jours alors qu'un second événement déclenchant potentiel pouvait être retrouvé par l'expert dans ce délai, et remettant en cause le lien de causalité direct et certain avancé. • 1 expertise concluant à l'absence de lien de causalité direct et certain car deux facteurs déclenchants potentiels étaient retrouvés alors qu'un seul de ces événements intervenait dans un délai de 15 à 90 jours.	7 expertises (24%) où la recherche d'imputabilité ne respecte pas les délais d'apparitions des symptômes

• 2 dossiers n'ont pas pu être interprétés sur la recherche d'imputabilité d'un événement déclenchant originel car elles concernaient des SDRC déjà évolutifs lors de l'acte médical mis en cause. • 2 dossiers n'ont pas pu être interprétés sur la recherche d'imputabilité par manque de données.	4 expertises (14%) non interprétables
---	---------------------------------------

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DU SDRC

A la question de la conformité du traitement aux données actuelles de la science, l'expert se retrouve confronté à l'absence totale en France de traitement médicamenteux doté d'une autorisation de mise sur le marché pour le SDRC. De plus, il n'existe toujours pas de consensus sur la prise en charge, hormis la nécessité d'une approche multidisciplinaire^{9,10,13,19}.

La kinésithérapie progressive précoce associée à la physiothérapie et à l'ergothérapie, reste le traitement de choix. Elle permet, en plus de l'antalgie, d'obtenir des effets positifs sur les symptômes moteurs et de perception ainsi que sur l'œdème. Cet axe thérapeutique a volontiers recours à la balnéothérapie, le drainage lymphatique ou la thérapie miroir (Rééducation cognitive par réalisation de mouvements par le membre malade avec visualisation concomitante de ces mêmes mouvements par un membre sain). Il est par contre admis que la mise au repos complet de l'articulation touchée est généralement néfaste et favorise la pérennisation du SDRC.

Parmi les traitements pharmaceutiques, on peut citer la kétamine comme antalgique sur la douleur chronique, tandis que les antalgiques de classe I et II et les AINS, peu efficaces sur la douleur de fond, sont conseillés pour les douleurs déclenchées et faciliter la kinésithérapie. Les glucocorticoïdes sont parfois prescrits pour leur effet anti-inflammatoire, mais nécessitent de longues prescriptions, ainsi que les biphosphonates, les antidépresseurs tricycliques et certains antiépileptiques. Enfin, la neurostimulation électrique transcutanée ou médullaire, l'amélioration de l'hygiène de vie, la prise en charge psychologique de l'anxiété, font partie des axes thérapeutiques parfois préconisés.

L'objectif thérapeutique est une guérison sans séquelles, avec une récupération la plus rapide possible.

EVOLUTION CLINIQUE ET CONSOLIDATION

Consolidation précipitée ?

Classiquement, on décrit 2 à 3 phases successives mais non systématiques au SDRC. Une phase initiale « chaude » (membre chaud, œdème, pousse des phanères), suivi une phase « froide » (membre froid, atrophie, dépilation) aboutissant parfois à une phase dite « séquellaire »⁹. Le COFER (Collège français des enseignants en rhumatologie) indique dans son ouvrage que : « *L'évolution [du SDRC] est spontanément favorable dans 90 % des cas, mais peut être prolongée (douze à vingt-quatre mois). Plus rarement (5 à 10 % des cas), l'évolution est plus lente avec persistance des douleurs pendant plusieurs années, associées à des troubles trophiques et des rétractions aponévrotiques* »¹⁰.

Dans leur étude, Ott et Maihöfner⁷, retrouvaient une durée d'expression clinique du SDRC moyenne de 37,5 semaines, avec des durées majoritairement inférieures à 27 mois. Ils retrouvaient également

moins de 2,5% de SDRC avec une expression clinique d'une durée supérieure à 5 ans, et quelques cas exceptionnels ne présentaient aucune évolution favorable après 10 ans d'évolution.

On voit ici une nouvelle difficulté présente dans l'expertise du SDRC, car si théoriquement ce syndrome évolue vers une guérison complète et sans séquelles, exceptionnellement la période symptomatique sera anormalement longue, voir persistante et « séquellaire »^{7,9,10}. Non seulement, aucune théorie n'est actuellement retenue pour expliquer ces cas particuliers, mais il n'y a pas non plus de consensus sur leur nature : réelle forme séquellaire définitive ou longuement évolutive vers une guérison complète. Les médecin-experts, particulièrement en matière de recherche de responsabilité, seront néanmoins plus régulièrement confrontés à ces exceptions. Il leur faudra alors trancher entre proposer une nouvelle date d'expertise afin de consolider - la guérison sans séquelle étant théoriquement attendue pour l'immense majorité des cas -, et la consolidation le jour même pour les cas -théoriquement extrêmement rares - où aucune amélioration ne semble plus à attendre.

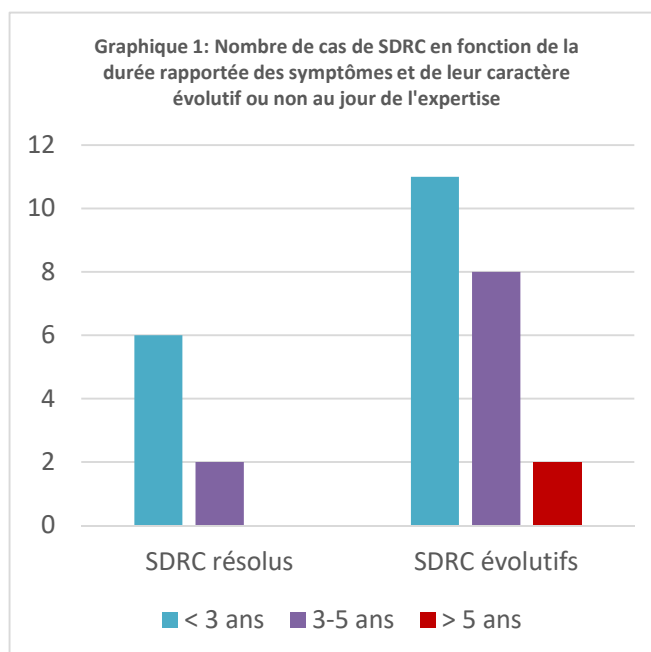
Sur nos 29 dossiers d'expertises où un SDRC avait été retenu, 8 patients ne présentaient plus de symptômes au jour de l'expertise. Parmi les 21 cas présentant encore des symptômes, témoins d'un SDRC évolutif au jour de l'expertise, nous avons constaté que 10 d'entre eux avaient été néanmoins consolidés par l'expert. On peut donc pour ces cas, se poser la question d'une surestimation des postes de préjudices permanents et si une expertise plus tardive, au risque de retarder l'indemnisation complète de la victime, ne permettrait pas une détermination plus précise des postes de préjudices.

Quand consolider ?

Face à cette problématique, il y a trois aspects à prendre en compte : l'indemnisation intégrale des victimes, l'indemnisation rapide des victimes, et la minimisation du nombre d'expertises nécessaires. Nous nous sommes donc interrogés sur la possibilité d'une durée d'évolution du SDRC préalablement déterminée, après laquelle une date d'expertise pourrait être proposée par les CCI pour les demandes concernant cette pathologie.

Nous avons arbitrairement établi deux dates potentielles en nous basant sur les durées retrouvées dans la littérature^{7,10}. Une première date « 3 ans après les premiers symptômes » semblait être un compromis satisfaisant entre une période de recul nécessaire à l'expert pour s'assurer de la fin de l'expression des symptômes et la nécessité pour la victime de se faire indemniser le plus rapidement possible. Une deuxième date « 5 ans après les premiers symptômes » permettrait de consolider plus de 97% des SDRC. Les cas évoluant sur plus de 5 années étant trop peu nombreux, la durée d'expression des symptômes nous semble alors trop imprévisible pour avancer des propositions.

L'utilisation de ces deux dates à travers les 29 expertises à notre disposition, nous a permis de faire deux constatations. Premièrement nous avons effectivement retrouvé une surreprésentation des SDRC de durée anormalement longue (graphique 1), avec :



- Parmi les 8 cas de SDRC non symptomatiques au jour de l'expertise, 2 cas (25%) avec expression symptomatique qui s'était exprimée durant plus de 3 ans ;
- Parmi les 21 cas de SDRC encore évolutifs au jour de l'expertise, 10 cas (47%) évoluant depuis plus de 3 ans dont 2 cas (9%) depuis plus de 5 ans.

Deuxièmement, au sein des cas de SDRC évolutif au jour de l'expertise, la durée d'évolution ne semble pas influencer le taux de dossiers concluant à une consolidation. Pour toutes les durées d'évolution (moins de 3 ans, entre 3 et 5 ans, plus de 5 ans), nous retrouvons une parité quasi parfaite entre les dossiers consolidés et les non consolidés (respectivement 5 versus 6, 4 versus 4 et 1 versus 1). Cette constatation semble s'opposer à l'idée que les experts auraient tendance à plus facilement consolider après une longue évolution.

A notre sens, ces observations plaident en faveur d'une harmonisation des pratiques au niveau national pour les expertises de SDRC, et la détermination, en consensus, d'une durée minimale d'évolution après laquelle la consolidation peut être envisagée dans les missions de l'expertise. Ceci permettrait de limiter le taux de consolidation parmi les SDRC évolutifs, et pourrait aider les CCI à déterminer une date optimale pour la réalisation des expertises.

Nous n'avons pas pu intégrer de façon pertinente le taux de DFP (déficit fonctionnel permanent) retenu par les experts dans cette analyse. Nous aurions aimé pouvoir comparer les taux de DFP posés sur les SDRC évolutifs au jour de l'expertise contre les SDRC résolus, mais nous avons remarqué que dans de nombreux dossiers, des pathologies concomitantes (cal vicieux, infection per ou post opératoire, lésions nerveuses per-opératoire, etc...) étaient survenues au cours de l'histoire de la maladie. Aucun expert n'a détaillé la part de DFP qu'il avait attribué aux séquelles du SDRC par rapport au DFP total. A titre informatif, nous avons retrouvé 16 taux de DFP fixés de 0 à 45%, dont 6 taux inférieurs à 10% et 7 taux supérieurs ou égal à 20%.

CONCLUSION

Le syndrome douloureux régional complexe est assurément une pathologie complexe dont l'expertise est difficile. Néanmoins plusieurs outils permettent de faciliter la réflexion expertale.

Les critères de Budapest fournissent une base solide pour affirmer l'existence d'un SDRC, même lorsque celui-ci est résolu pour peu que les symptômes aient bien été transcrits lors de la prise en charge médicale. Les valeurs extrêmes des délais d'apparition des premiers symptômes retrouvés dans la littérature permettent également de limiter les événements déclenchants potentiels dans la recherche d'imputabilité. Enfin les durées d'expression symptomatique retrouvées dans la littérature devraient permettre d'éviter de fixer des dates de consolidation trop précoces.

Sur ce dernier point, l'évolution prolongée du syndrome douloureux régional complexe nous incite à penser que les expertises en vue d'une consolidation devraient être demandées après une durée minimale d'évolution, à déterminer par un consensus professionnel. A défaut d'un consensus national actuel, il revient aux experts de prendre en compte ce facteur et d'informer les CCI afin de limiter le nombre d'expertises et le risque de majorer des postes de préjudice permanents.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Spicher, C., Estebe, J.P., Létourneau, E. and al. Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe. *Douleur analg* (2014) 27: 62.
- [2] International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy, Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, Harold Merskey, N. Bogduk. - 2nd ed. (1994)
- [3] Stanton-Hicks M., Janig W., Hassenbusch S., Haddox J.D., Boas R., Wilson P., Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain* (1995) 63:127-33
- [4] Bruehl S., Harden R.N., Galer B.S. and al., External validation of IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome and proposed research diagnostic criteria. *Pain* (1999) 81:147-54
- [5] Harden R.N., Bruehl S., Perez R.S.G.M. and al., Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest criteria") for complex regional pain syndrome. *Pain* (2010) 150:268-74
- [6] Harden R.N., Bruehl S., Stanton-Hicks M., Wilson P.R., Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain Med* (2007) 8:326-331
- [7] Ott S., Maihöfner C., Signs and symptoms in 1043 patients with complex regional pain syndrome. *The journal of Pain* (2018) 19 (6):599-611
- [8] De Mos M., De Bruijn A.G.J. and al., The incidence of complex regional pain syndrome : a population-based study. *Pain* (2007) 129:12-20
- [9] COFEMER, Item195-Syndrome douloureux régional complexe
- [10] COFER, Item195-Syndrome douloureux régional complexe
- [11] Moon J.Y., Park S.Y., Kim Y.C. and al., Analysis of patterns of three-phase bone scintigraphy for patients with complex regional pain syndrome diagnosed using the proposed research criteria (the 'Budapest Criteria'). *British Journal of Anaesthesia* (2012) 108 (4): 655-61
- [12] Veldman P.H., Reynen H.M., Arntz I.E., Goris R.J., Signs and symptoms of reflex sympathetic dystrophy: prospective study of 829 patients. *Lancet* (1993) 342:1012-6
- [13] Birklein F., Schlereth T., Complex regional pain syndrome – significant progress in understanding. *Pain* (2015) 156:94-103
- [14] Young-Hoon J., KangWook K. and al., Incidence of and Risk Factors for Complex Regional Pain Syndrome Type 1 after Surgery for Distal Radius Fractures: A Population-based Study. *Sci Rep* (2019) 9(1):4871
- [15] Dijkstra P.U., Groothoff J.W., Jan ten Duis H., Geertzen J.H.B., Incidence of complex regional pain syndrome type I after fractures of the distal radius. *Eur Journal of Pain* (2003) 7:457-462
- [16] Choi Y.S., Lee M.G., Lee H.M., Lee C.J., Jo J.Y., Jeon S.Y. and al., Epidemiology of complex regional pain syndrome: a retrospective chart review of 150 Korean patients. *J Korean Med Sci* (2008), 23:772-775
- [17] De Rooij M. and al., Spontaneous onset of Complex Regional Pain Syndrome. *Eur Journal of Pain* (2010) 14:510-513
- [18] Beerthuizen A., Stronks D.L., Van't Spijker A., Yaksh A., M. Hanraets B., Klein J., Huygen F.J., Demographic and medical parameters in the development of complex regional pain syndrome type 1 (CRPS1): Prospective study on 596 patients with a fracture. *Pain* (2012) 153:1187-1192
- [19] GalveVilla M., Ritting-Rasmussen B., Moeller Schear Mikkelsen L., Groendahl Poulsen A., Complex regional pain syndrome. *Manual Therapy* (2016) 26:223-2