

Algorithme de prise en charge du  
syndrome de douleur régionale  
complexe (SDRC)

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé

# Algorithme de prise en charge du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC)

## *Rédaction*

Sylvie Lamy

## *Collaboration*

Marion Dagenais

Faiza Bouhrassa

## *Coordination scientifique*

Frédéric St-Pierre

Véronique Gagné

## *Direction*

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Stéphane Gilbert

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

### **Membres de l'équipe de projet**

#### **Auteure principale**

Sylvie Lamy, Ph. D.

#### **Collaboratrices internes**

Marion Dagenais, erg., M. Sc. (étudiante stagiaire)

Faiza Boughrassa, M. Sc.

#### **Coordonnateur et coordonnatrice scientifiques**

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Véronique Gagné, M. Sc.

#### **Adjoint à la direction**

Stéphane Gilbert, Ph. D.

#### **Directrice adjointe**

Ann Lévesque, Ph. D.

#### **Directrice**

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

#### **Repérage de l'information scientifique**

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

#### **Soutien documentaire**

Bin Chen, techn. docum.

#### **Transfert de connaissances**

Adriana Freitas, Ph. D.

#### **Soutien administratif**

Théodore Dubois

Laura Guiol

Lolita Haddad

---

### **Équipe de l'édition**

Jean Talbot

Nathalie Vanier

#### **Sous la coordination de**

Catherine Olivier, Ph. D.

#### **Avec la collaboration de**

Jonathan Aubin, révision linguistique

Lucy Boothroyd, traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-02692-6 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.qc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.qc.ca).

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2025). Algorithme de prise en charge du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC). Québec, Qc : INESSS. 50 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## **Comité consultatif spécifique – SDRC**

Pour ce rapport, les membres de ce comité sont les suivants. Il comprend certains membres du comité consultatif – algorithmes sur la douleur chronique, auxquels se sont joints deux autres professionnels détenant une expertise d'intérêt pour la condition de santé examinée :

**M<sup>me</sup> Caroline Côté**, infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale; chargée de cours, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski (UQAR); candidate au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**D<sup>re</sup> Isabelle Côté**, physiatre, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec; professeure agrégée et cheffe de division universitaire en physiatrie, Département de médecine, Université Laval

**M. Rodrigo Deamo Assis**, physiothérapeute, chercheur et chef responsable de l'équipe multidisciplinaire de la Clinique régionale de la gestion de la douleur du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue; président de Pain Science Division of Canadian Physiotherapy Association

**M<sup>me</sup> Chantal Doré**, ergothérapeute, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du Réseau universitaire intégré de santé et de service sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke, Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); chargée de cours, École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke

**D<sup>r</sup> Jean-Pierre Dropinski**, médecin de famille spécialisé en douleur, Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis (CISSS de Chaudière-Appalaches)

**D<sup>r</sup> François Gobeil**, anesthésiologiste, Clinique de la douleur – CISSS des Laurentides

**M<sup>me</sup> Catherine Lemyze**, patiente partenaire, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CRCHUM)

**D<sup>re</sup> Anne Marie Pinard**, anesthésiologiste et cheffe du service de douleur chronique du CHU de Québec, CEGDC du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval; professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval; titulaire de la Chaire de leadership en enseignement sur la douleur chronique, chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS)

**M<sup>me</sup> Annabelle Roy**, pharmacienne, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), Département de pharmacie, site Christ-Roi (CIUSSS de la Capitale-Nationale)

## Comité consultatif – algorithmes sur la douleur chronique

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

**M<sup>me</sup> Lucie Alègre**, patiente partenaire, CRCHUM

**M. Yvan Campbell**, kinésologue, équipe interdisciplinaire de la Clinique de gestion de la douleur, Hôpital du Haut-Richelieu/Hôpital Charles-Le Moyne (CISSS de la Montérégie-Centre); professeur adjoint de clinique, École de kinésiologie et des sciences de l'activité physique, Faculté de médecine, Université de Montréal

**M<sup>me</sup> Stéphanie Clément**, infirmière clinicienne, Clinique de la douleur, Direction des services professionnels, Hôpital de Saint-Jérôme (CISSS des Laurentides)

**M<sup>me</sup> Caroline Côté**, IPSPL, CIUSSS de la Capitale-Nationale; chargée de cours, Département des sciences de la santé, UQAR; candidate au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**M. Rodrigo Deamo Assis**, physiothérapeute, chercheur et chef responsable de l'équipe multidisciplinaire de la Clinique régionale de la gestion de la douleur (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue); président de Pain Science Division of Canadian Physiotherapy Association

**M<sup>me</sup> Chantal Doré**, ergothérapeute, CEGDC RUISSS Université de Sherbrooke, Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS; chargée de cours, École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke

**D<sup>r</sup> Jean-Pierre Dropinski**, médecin de famille spécialisé en douleur, Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis (CISSS de Chaudière-Appalaches)

**D<sup>re</sup> Marie-Ève Goyer**, médecin de famille, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal; directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI); cheffe adjointe des programmes spécifiques (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)

**M<sup>me</sup> Catherine Lemyze**, patiente partenaire, CRCHUM

**D<sup>re</sup> Myriam Paul**, anesthésiologiste, Hôpital de Dolbeau-Mistassini (CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean)

**M<sup>me</sup> Laurie Plamondon-Lemieux**, infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA), conseillère-cadre IPS – secteur rhumatologie, CHU de Québec – Université Laval

**D<sup>re</sup> Anne Marie Pinard**, anesthésiologiste et cheffe du service de douleur chronique du CHU de Québec, CEGDC RUIS Université Laval; professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval; titulaire de la Chaire de leadership en enseignement sur la douleur chronique, chercheuse au CIRIS

**D<sup>r</sup> Simon-Frederick Richard**, médecin de famille, directeur médical, Clinique Maizerets – Groupe de médecine de famille (GMF) universitaire; professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval; Département de médecine générale, Service d'hospitalisation, CHU de Québec – Université Laval

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Rivard**, psychologue spécialisée en gestion de la douleur, directrice du CEPSSAN – Centre de psychologie de la santé, Boucherville

**D<sup>re</sup> Yveline Romain**, médecin de famille (algologue), Clinique de la douleur (CISSS de la Côte-Nord) – à la retraite depuis mai 2025

**M<sup>me</sup> Annabelle Roy**, pharmacienne, IRDPQ, Département de pharmacie, site Christ-Roi (CIUSSS de la Capitale-Nationale)

## Comité de suivi

Pour ce rapport, le suivi est assumé par la Table nationale d'orientations stratégiques en douleur chronique du MSSS.

Les membres du comité de suivi sont :

**M<sup>me</sup> Mathilda Abi-Antoun**, consultante, Direction générale de l'accès et de la première ligne (DGAPL) – Direction des services généraux et du préhospitalier (DSGP), MSSS

**M<sup>me</sup> Hélène Beaudry**, chercheuse, directrice exécutive, Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD)

**M. Yves Beaulieu**, psychologue, Ordre des psychologues du Québec

**D<sup>re</sup> Aline Boulanger**, anesthésiologiste, responsable médicale, CEGDC RUISSS Université de Montréal; directrice, Clinique de la douleur, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

**M<sup>me</sup> Krista Brecht**, infirmière en pratique avancée, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

**M<sup>me</sup> Geneviève Couture**, directrice générale, Association québécoise de la douleur chronique (AQDC)

**M. Philippe De Grandpré**, pharmacien communautaire, Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

**D<sup>r</sup> Étienne de Médicis**, anesthésiologiste, CHUS

**M<sup>me</sup> Caroline Roussel**, ergothérapeute, chargée des affaires professionnelles, Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

**M<sup>me</sup> Nancy Fortin**, cheffe de service, services généraux, RUISSS Université de Sherbrooke

**M. Pierre Genest**, président, AQDC

**M. Luc J. Hébert**, physiothérapeute, président, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

**D<sup>re</sup> Sophia Lamghabbar**, anesthésiologiste, Hôpital Pierre-Le Gardeur

**D<sup>re</sup> Anne Martineau**, psychiatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus

**M<sup>me</sup> Emmanuelle Morin**, conseillère aux programmes, Sous-ministériat aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation (SMSSSMR), MSSS

**M<sup>me</sup> Josianne Pellerin**, infirmière clinicienne, conseillère – continuum Douleur chronique, Direction générale de la pertinence et des services spécialisées (DGPSS), MSSS

**D<sup>re</sup> Anne Marie Pinard**, Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

**D<sup>r</sup> Yoram Shir**, anesthésiologiste, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

**M. Paul Simard**, coordonnateur, CEGDC RUISSS Université de Montréal

**D<sup>r</sup> Allen Steenman**, médecin de famille, Clinique de la douleur, CHUM

**M. Tim Sutton**, conseiller, DGAPL-DSGP, MSSS

**M<sup>me</sup> Regina Visca**, directrice administrative, CEGDC RUISSS Université McGill

**M<sup>me</sup> Christine Voyer**, coordonnatrice, CEGDC RUISSS Université Laval

## Lectrice et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

**D<sup>r</sup> François Fugère**, anesthésiologiste, médecin de la douleur – CHUM; professeur agrégé de clinique, Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Faculté de médecine, Université de Montréal; chercheur-investigateur, neurosciences, CRCHUM

**M<sup>me</sup> Émilie Lagueux**, ergothérapeute, professeure titulaire au programme de maîtrise en ergothérapie, Université de Sherbrooke; chercheuse au Centre de recherche du CHUS

## Autres contributions

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

**M<sup>me</sup> Stéphanie Côté**, professionnelle scientifique à la Direction de l'évaluation de la pertinence des modes d'intervention en santé, INESSS

**M<sup>me</sup> Marie-Pierre Rousseau**, professionnelle scientifique pharmacienne à la Direction de l'évaluation de la pertinence des modes d'intervention en santé, INESSS (– septembre 2025)

## Futurs utilisatrices et utilisateurs

L'Institut tient aussi à remercier les personnes qui ont contribué à la révision de l'outil d'aide à la prise en charge du SDRC à titre de futures utilisatrices et utilisateurs. Il s'agit de cliniciennes et de cliniciens pratiquant dans différents contextes de soins et services de première ligne.

Les personnes qui ont accepté d'être nommées sont :

**D<sup>r</sup> Denis Audet**, médecin de famille, GMF universitaire (GMF-U) Saint-François d'Assise

**M<sup>me</sup> Magalie Berthiaume**, IPSSA, rhumatologie, CHU de Québec – Université Laval

**D<sup>r</sup> Sylvain Blanchet**, médecin de famille, GMF-U Quatre-Bourgeois

**M<sup>me</sup> Marilyn Cournoyer**, IPSPL, CISSS de la Montérégie-Est

**M<sup>me</sup> Jessica Décarie**, IPSPL, Clinique Santé Praticienne +, Laurentides

**M<sup>me</sup> Marie-Philippe Déry**, IPSSA, CHU de Québec – Université Laval

**M<sup>me</sup> Corinne Falardeau**, IPSPL, Clinique IPS – CLSC de Joliette, Lanaudière

**M<sup>me</sup> Marie-France Joanis**, IPSPL, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>r</sup> Mark Karanofsky**, médecin de famille, GMF-U Herzl, Université McGill

**M<sup>me</sup> Patricia Morrissette**, IPSPL, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M<sup>me</sup> Julie Poirier**, IPSPL, CISSS de Chaudière-Appalaches

## Déclaration d'intérêts

Les conflits d'intérêts et de rôles ont été déclarés et gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Les membres de l'équipe de projet INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Parmi les membres du comité consultatif et lecteurs externes qui ont déclaré des conflits d'intérêts et/ou de rôles, les principaux conflits sont résumés ci-dessous.

**M<sup>me</sup> Lucie Alègre** a déclaré avoir un intérêt pour la thérapie de reconditionnement de la douleur (*Pain Reprocessing Therapy*) dans l'autogestion de la douleur chronique. Elle a été engagée bénévolement auprès du Pain Reprocessing Therapy Center, qui est établi aux États-Unis. En tant que patiente partenaire, M<sup>me</sup> Alègre participe aux travaux du comité des contenus du nouveau programme de médecine (Renouveau du programme MD) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

**M<sup>me</sup> Caroline Côté** a déclaré que ses travaux de recherche (portant sur les opioïdes) dans le cadre de son doctorat s'inscrivent dans un projet global qui est financé principalement par des organismes fédéraux ou provinciaux (IRSC, Université Laval, RQRD, FRQ-S, Unité de soutien de la SRAP).

**M. Rodrigo Deamo Assis** collabore sur la mise à jour des recommandations canadiennes sur la prise en charge et le traitement de la fibromyalgie avec M. Jason Busse, le titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la prévention et la gestion de la douleur chronique (depuis 2025).

**M<sup>me</sup> Chantal Doré** collabore sur la rédaction d'un livret d'information à l'intention des usagers et des professionnels de première ligne sur la fibromyalgie.

La **D<sup>re</sup> Marie-Ève Goyer** collabore en tant que directrice scientifique de l'ESCODI à l'élaboration d'outils et autres produits et elle a participé à des congrès scientifiques et de multiples travaux pour soutenir la gestion de l'utilisation de certaines molécules en matière de dépendance. Elle est responsable de la formation sur les traitements des troubles liés à l'utilisation des opioïdes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Le **D<sup>r</sup> François Fugère** a été rémunéré par l'Université de Montréal pour une conférence sur la douleur cancéreuse donnée dans le cadre d'un cours au département de pharmacologie et pour la correction d'examens dans le cadre du microprogramme sur la douleur chronique. Il a aussi déclaré avoir participé aux travaux du groupe de travail de l'INESSS sur les neurostimulateurs médullaires et les pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse.

La **D<sup>re</sup> Anne Marie Pinard** est à la fois membre du comité consultatif et du comité de suivi des présents travaux. Elle est aussi membre du conseil consultatif scientifique du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens et a participé au comité scientifique du colloque « Soulager la souffrance : du patient au soignant » de la FMOQ (mai 2025).

**M<sup>me</sup> Laurie Plamondon-Lemieux** a déclaré avoir été rémunérée pour sa présence aux travaux des comités-conseils de compagnies pharmaceutiques (JAMP Pharma, Celltrion Healthcare, Organon Canada, Novartis Canada) et pour avoir donné des conférences en lien avec les agents biologiques en rhumatologie (AbbVie, Johnson & Johnson, Organon Canada, Pfizer Canada, Novartis Canada).

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Rivard** a déclaré avoir donné des formations professionnelles et des conférences grand public sur la psychologie de la gestion de la douleur chronique.

**M<sup>me</sup> Annabelle Roy** a déclaré avoir été rémunérée par Biogen Canada sans droit de regard sur le contenu pour une conférence sur les interactions médicamenteuses du traitement Skylarys pour le traitement de l'ataxie de Friedreich.

## Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	III
AVERTISSEMENT .....	V
SIGLES ET ACRONYMES .....	VI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE .....	4
1.1 Questions d'évaluation .....	4
1.2 Bases méthodologiques.....	4
1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique .....	5
1.4 Critères de sélection des publications .....	5
1.5 Description des documents retenus .....	6
1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique .....	6
1.7 Extraction et synthèse de l'information scientifique.....	6
1.8 Collecte de données contextuelles et expérientielles et validation scientifique.....	7
1.8.1 Comité consultatif.....	7
1.8.2 Comité de suivi .....	8
1.8.3 Futurs utilisateurs.....	8
1.8.4 Lecteurs externes.....	8
1.9 Mises à jour en continu de l'algorithme .....	8
2 RÉSULTATS .....	9
2.1 Définition du SDRC.....	9
2.2 Algorithme (niveau 1).....	10
2.2.1 Algorithme d'évaluation, de prise en charge et de suivi.....	12
2.2.2 Contenu visant à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire .....	14
2.2.3 Contenu informatif.....	19
2.2.4 Boîtes à outils cliniques.....	27
2.3 Recommandations pour la pratique clinique (niveau 2) .....	36
2.3.1 Évaluation diagnostique .....	36
2.3.2 Prise en charge collaborative .....	40
2.3.3 Suivi.....	44
CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX.....	45
MISE À JOUR .....	47
RÉFÉRENCES.....	48

# RÉSUMÉ

## Introduction

La douleur chronique est une condition de santé qui peut conduire à des incapacités fonctionnelles chez les personnes atteintes et avoir un impact sur plusieurs sphères de leur vie, notamment familiale, sociale, professionnelle, financière et psychologique. Elle figure parmi les problèmes de santé publique les plus importants. Le syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) fait partie des douleurs chroniques primaires et se caractérise par une douleur continue, intense et disproportionnée par rapport à l'évolution attendue de l'événement traumatique initial. Dans la grande majorité des cas, cette condition touche l'extrémité d'un membre après un traumatisme (p. ex., entorse, fracture) ou une intervention chirurgicale, et est associée à des changements sensoriels, sudomoteurs, vasomoteurs et moteurs/trophiques accompagnés d'altérations de la perception du corps. En raison de la complexité du SDRC, de la variabilité de ses manifestations cliniques et du caractère encore partiellement élucidé de ses mécanismes physiopathologiques, le diagnostic précoce demeure un défi. Une reconnaissance rapide et une prise en charge adaptée sont essentielles pour améliorer le pronostic et prévenir les complications fonctionnelles et psychosociales à long terme.

Des algorithmes de prise en charge de la douleur chronique ont été élaborés par les équipes interdisciplinaires de quatre centres d'expertise en gestion de la douleur chronique associés aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISS) et publiés sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À la demande du MSSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a mis à jour l'algorithme de prise en charge du SDRC publié en 2015.

## Méthodologie

Pour ces travaux, une revue rapide sur les meilleures pratiques cliniques pour la prise en charge du SDRC a été effectuée à partir de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques et dans d'autres sources d'information. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises, ainsi que de patientes partenaires, a été créé. Les recommandations cliniques élaborées sont le fruit de l'appréciation de l'information et des recommandations issues de la littérature, de la perspective des parties prenantes ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que de futurs utilisateurs n'ayant pas participé aux travaux.

## Recommandations et outil clinique

L'algorithme développé dans le cadre de ce mandat est un outil d'aide à la décision regroupant un ensemble de recommandations ainsi que les constats issus de la littérature et des données probantes en appui (lorsque disponibles) concernant la prise en charge du SDRC; il est présenté sous une forme Web dynamique. Cet algorithme vise à soutenir les professionnels de la santé pratiquant en contexte de première ligne. Il couvre l'entièreté de la prise en charge des personnes adultes chez qui un SDRC est suspecté, de l'évaluation initiale de la personne à son suivi.

Le format [Web de l'algorithme](#) est divisé en trois principaux niveaux : l'algorithme principal comprenant des fenêtres contextuelles (*pop-up*), dont le contenu vise à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire ou à informer sur des notions spécifiques, et des boîtes à outils cliniques (niveau 1); les recommandations axées sur la pratique clinique (niveau 2); et les données qui ont soutenu ces recommandations (niveau 3). Le présent document présente uniquement les niveaux 1 et 2. L'information relative au niveau 3 est disponible dans l'outil Web.

L'algorithme facilite la prise en charge et l'accompagnement des personnes qui présentent un SDRC, en mettant l'accent sur l'évaluation des critères diagnostiques, l'identification de la douleur prédominante et l'évaluation des facteurs d'aggravation de la condition en vue de favoriser la réadaptation fonctionnelle du membre atteint, de soulager la douleur par des approches non pharmacologiques (physiques et psychosociales) et pharmacologiques, et ainsi limiter le risque de chronicisation. La collaboration interprofessionnelle pourrait être requise pour optimiser la prise en charge. Les modalités de suivi dépendent par ailleurs du profil diagnostique, de la complexité et de l'évolution des facteurs biopsychosociaux, de la douleur et de la capacité fonctionnelle de la personne. En cas de douleur qui persiste ou qui n'évolue pas favorablement malgré les traitements conventionnels, l'orientation en milieu de soins spécialisés en gestion de la douleur pourrait être envisagée.

## Retombées et pistes de soutien à l'implantation

Sans se substituer au jugement clinique des professionnels de la santé, cet algorithme devrait favoriser la prise en charge du SDRC en première ligne et limiter les orientations non pertinentes en deuxième et troisième lignes. Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique clinique au regard du SDRC dépendront toutefois de plusieurs facteurs, dont la diffusion et la promotion de cet outil au sein du réseau ainsi que l'adhésion et l'appropriation de ses recommandations par les professionnels de la santé concernés. Certaines pistes d'action sont par ailleurs suggérées pour faciliter l'implantation de l'outil et optimiser ses retombées cliniques. Des efforts devront également être maintenus afin d'actualiser de façon régulière les balises cliniques proposées en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques ainsi que des besoins des acteurs sur le terrain.

# SUMMARY

## Algorithm for the Management of Complex Regional Pain Syndrome (CRPS)

### Introduction

Chronic pain is a health condition that can lead to functional incapacity in sufferers and have an impact on several areas of their lives, including familial, social, professional, financial and psychological. It is one of the most important public health problems. Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) is classified among primary chronic pain conditions. It is characterized by persistent, intense pain that is disproportionate to the expected course of the initial traumatic event. In most cases, CRPS develops in a limb extremity following a traumatic injury (e.g., sprain or fracture) or a surgical procedure, and is associated with sensory, sudomotor, vasomotor, and motor/trophic changes, accompanied by altered body perception. Due to the complexity of CRPS, the variability of its clinical manifestations, and its still only partially understood pathophysiological mechanisms, early diagnosis remains a challenge. Prompt recognition and appropriate management are essential to improve prognosis and prevent long-term functional and psychosocial complications.

Algorithms for managing chronic pain have been developed by interdisciplinary teams at four centres of expertise in chronic pain management associated with the Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) and published on the website of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). At the request of the MSSS, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has updated the algorithm for managing CRPS published in 2015.

### Methodology

For this work, a rapid review of best clinical practices for the management of CRPS was conducted using publications indexed in bibliographic databases as well as other information sources. To gather stakeholder perspectives, an advisory committee was established, composed of clinicians from various specialties and areas of expertise, along with patient partners. The clinical recommendations developed are based on an appraisal of the literature, stakeholder input, and contextual factors specific to Québec. Finally, the overall quality, acceptability, and applicability of the work were assessed by external reviewers who are experts in the field, as well as by future users who were not involved in the development process.

### Recommendations and Clinical Tool

The algorithm developed as part of this mandate is a decision-support tool bringing together a set of recommendations along with findings from the literature and supporting evidence, where available, regarding the management of CRPS. It is presented in a dynamic Web format. This algorithm is intended to support healthcare professionals

practicing in the front-line setting. It covers the entire management of adults with suspected CRPS, from initial assessment through to follow-up.

The Web-based format of the algorithm is divided into three main levels: the principal algorithm with pop-up windows whose content is designed to support achieving certain steps in the trajectory or to provide information on specific concepts and clinical toolkits (level 1); the clinical practice-oriented recommendations (level 2); and the data that support these recommendations (level 3). This document presents only levels 1 and 2. Information on level 3 is available in the Web tool.

The algorithm facilitates the management and support of persons presenting with CRPS, in emphasizing the assessment of diagnostic criteria, identification of the predominant pain type, and evaluation of factors that may worsen the condition. Its goal is to promote functional rehabilitation of the affected limb and relieve pain through non-pharmacological (physical and psychosocial) and pharmacological approaches, thereby reducing the risk of chronicity. Interprofessional collaboration may be required to optimize care. Follow-up modalities depend on the diagnostic profile, the complexity and evolution of biopsychosocial factors, as well as the progression of the person's pain and functional capacity. In cases where pain persists or does not improve despite conventional treatments, referral to a specialized pain management setting may be considered.

### **Impact and Strategies to Support Implementation**

Without replacing the clinical judgment of healthcare professionals, this algorithm is intended to facilitate CRPS management in primary care and reduce inappropriate referrals to secondary and tertiary care. However, improving and harmonizing clinical practice regarding CRPS will depend on several factors, including the distribution and promotion of this tool within the network, as well as the adoption and appropriation of its recommendations by the healthcare professionals involved. Several courses of action are suggested to support its implementation and optimize its clinical impact. Efforts will also have to be maintained to regularly update the recommended clinical guidelines in line with developments in scientific knowledge and the needs of players in the field.

# AVERTISSEMENT

Ce document a été produit en date du 19 décembre 2025 lors de la mise en ligne initiale de l'algorithme. Ce dernier a subi des modifications depuis. Pour la version à jour de l'algorithme, veuillez vous référer à la page [Web de l'algorithme](#).

## SIGLES ET ACRONYMES

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AQDC	Association québécoise de la douleur chronique
ATC	Antidépresseur tricyclique
CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIM	Classification internationale des maladies
CIRRIS	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRCHUM	Centre de recherche du CHUM
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DGAPL	Direction générale de l'accès et de la première ligne
DGPSS	Direction générale de la pertinence et des services spécialisés
DSGP	Direction des services généraux et du préhospitalier
ESCODI	Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance
EFIC	European Pain Federation
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
GTCD	Groupe de travail canadien sur la douleur
IASP	International Association for the Study of Pain
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
IRDQP	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada

IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
RCP	Royal College of Physicians (Royaume-Uni)
RQRD	Réseau québécois de recherche sur la douleur
RSDSA	Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association (États-Unis)
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SFETD	Société française d'étude et de traitement de la douleur (France)
SMSSMR	Sous-ministériat aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation
SQD	Société québécoise de la douleur
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
UQAR	Université du Québec à Rimouski

# INTRODUCTION

## Douleur chronique

La douleur chronique représente l'une des affections les plus complexes et difficiles à traiter. Elle entraîne des répercussions sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et sur celle de leur entourage [MSSS, 2021; Santé Canada, 2019]. La prise en charge de la douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique au Canada puisque, selon le Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD)<sup>1</sup>, près de 8 millions de Canadiens (1 personne sur 5)<sup>2</sup> vivent avec cette condition [Santé Canada, 2021].

En 2019, dans sa 11<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11)<sup>3</sup>, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la douleur chronique comme un diagnostic à part entière, classée en deux sous-entités : la douleur chronique comme maladie (dite « primaire ») et la douleur chronique comme symptôme (dite « secondaire ») [Treede *et al.*, 2019].

## Syndrome de douleur régional complexe

Le syndrome de douleur régionale complexe ou syndrome douloureux régional complexe (SDRC), ou encore *Complex Regional Pain Syndrome* (CRPS), est considéré comme une douleur chronique primaire [Treede *et al.*, 2019] qui se caractérise par une douleur continue, intense et disproportionnée par rapport à l'événement traumatique initial, et ne se limite pas à un territoire nerveux ou à un dermatome spécifique.

Bien que l'incidence exacte du SDRC ne soit pas bien établie, en raison notamment des critères diagnostiques utilisés et de son sous-diagnostic potentiel [Ferraro *et al.*, 2024], elle est estimée à 5,5 à 26,2 cas par 100 000 personnes par an, selon les études disponibles [Elsharydah *et al.*, 2017; de Mos *et al.*, 2007]. Par ailleurs, les femmes (particulièrement les femmes ménopausées) semblent être plus touchées que les hommes, avec une prévalence trois à quatre fois plus élevée [de Mos *et al.*, 2007]. Dans la grande majorité des cas, le SDRC est une condition touchant l'extrémité d'un membre après un traumatisme (p. ex., entorse, fracture) ou une intervention chirurgicale, associée à des changements sensoriels, sudomoteurs, vasomoteurs et moteurs/trophiques avec des altérations de la perception du corps. Les signes et symptômes connexes peuvent être exacerbés par des stimuli externes (p. ex., les facteurs biopsychosociaux tels que le stress, l'anxiété ou le catastrophisme), évoluer et entraîner une altération significative de la qualité de vie et une incapacité fonctionnelle [Harden *et al.*, 2022; Goebel *et al.*, 2021].

---

<sup>1</sup> Gouvernement du Canada, *Groupe de travail canadien sur la douleur* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique.html> (consulté le 28 août 2025).

<sup>2</sup> Gouvernement du Canada, *Un plan d'action pour la douleur au Canada* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2021.html> (consulté le 28 août 2025).

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des maladies*, onzième révision [site Web]. Disponible à : <https://icd.who.int/fr> (consulté le 28 août 2025).

En raison de la complexité du SDRC, de la variabilité de ses manifestations cliniques et du caractère encore partiellement élucidé de ses mécanismes physiopathologiques, le diagnostic précoce demeure un défi. Pourtant, une reconnaissance rapide et une prise en charge adaptée sont essentielles pour améliorer le pronostic et prévenir les complications fonctionnelles et psychosociales à long terme.




## Contexte de l’amorce des travaux

Depuis 2015, des algorithmes de prise en charge de différents types de douleurs chroniques élaborés par les équipes interdisciplinaires de quatre centres d’expertise en gestion de la douleur chronique associés aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux pour soutenir la prise en charge et la trajectoire de soins des patients dans l’ensemble du réseau [MSSS, 2021]. Plusieurs de ces algorithmes nécessitent aujourd’hui une mise à jour compte tenu de l’évolution des connaissances scientifiques et du contexte de soins, ainsi que de l’expérience acquise depuis leur élaboration. Il est également pertinent de concevoir de nouveaux algorithmes visant la prise en charge d’autres types de douleurs chroniques.

L’objectif de l’algorithme sur la prise en charge du SDRC – le deuxième à être mis à jour<sup>4</sup> – est de fournir des recommandations fondées sur des données issues de la littérature scientifique ainsi que l’expérience et l’expertise de cliniciens québécois. L’algorithme vise à soutenir les cliniciens de première ligne dans la prise en charge du SDRC chez les adultes.

## Comment utiliser l’algorithme

Le contenu de l’algorithme est subdivisé en trois niveaux d’information navigables à l’intérieur d’un outil Web dynamique (avec des sections imprimables également).

Le premier niveau fournit un aperçu global du thème abordé dans lequel l’information est schématisée sous la forme d’arbres décisionnels répondant aux besoins de la pratique québécoise ([Algorithme](#)). Des liens cliquables ont été intégrés dans la structure de l’algorithme pour guider le lecteur vers les énoncés de recommandations correspondants (icône ) ainsi que vers des aide-mémoires ou des actions à réaliser (caractères bleus soulignés). Des icônes cliquables ouvrent une fenêtre contextuelle dans la même page et donnent accès soit à du contenu informatif () , soit à des outils cliniques et à des ressources ().

Le deuxième niveau correspond aux recommandations formulées par l’INESSS pour soutenir la pratique clinique ([Recommandations](#)). Des liens cliquables (« détails ») sont aussi associés aux recommandations et permettent de faire le pont vers les données issues de la littérature.

---

<sup>4</sup> Le premier algorithme qui a été mis à jour est celui portant sur la prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaire [site Web de l’INESSS]. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/formations-et-outils/outils-cliniques/outils-par-types/algorithmes.html>.

Le troisième niveau d'information comprend une synthèse des principales recommandations issues des documents d'encadrement de la pratique (guides de pratique clinique, lignes directrices, etc.) et des données probantes issues des revues scientifiques (le cas échéant), ainsi que la perspective des organisations citées qui appuient les lignes directrices émises. Ce dernier niveau (non présenté dans ce document, mais disponible dans l'outil Web) permet à l'utilisateur de l'algorithme d'approfondir le sujet traité et de porter un regard critique sur les éléments de preuve disponibles en soutien aux recommandations formulées.

# 1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie complète est disponible dans la section ADDENDUM accessible dans l'outil Web dynamique.

## 1.1 Questions d'évaluation

Les questions suivantes ont guidé les travaux d'évaluation de l'INESSS en lien avec la prise en charge clinique du SDRC chez l'adulte dans un contexte de soins en première ligne.

### Dimension clinique

1. Quelles sont les meilleures pratiques pour établir un diagnostic de SDRC (y compris les outils d'évaluation, les critères diagnostiques, les tests requis, etc.)?
2. Quels sont les signaux d'alarme à considérer?
3. Quelles sont les meilleures pratiques pour la prise en charge thérapeutique du SDRC (y compris les traitements pharmacologiques et les interventions non pharmacologiques)?
4. Quelles sont les meilleures pratiques pour réaliser le suivi?

### Autre élément

5. Y a-t-il d'autres éléments qu'il est important de considérer dans l'élaboration d'un algorithme pour guider la prise en charge du SDRC au Québec (p. ex., les médicaments autorisés, les soins et services spécialisés disponibles)?

## 1.2 Bases méthodologiques

Pour répondre aux questions d'évaluation, une revue rapide de la littérature a été réalisée. Les bases de données bibliographiques et d'autres sources d'information fournissant notamment des documents d'encadrement de la pratique (guides de pratique clinique, lignes directrices, etc.) ont été explorées. L'objectif principal était de répertorier les documents présentant des algorithmes et/ou des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge clinique globale des SDRC. Le contenu des guides de pratique existants a servi d'assise aux présents travaux et a été adapté au contexte de soins québécois. Lorsque requis, les données issues de revues systématiques ont permis de compléter l'information.

### 1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique

La stratégie de repérage a été élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire). La stratégie ciblait particulièrement les guides de pratique, les lignes directrices, les revues systématiques et les méta-analyses publiés en anglais ou en français de 2010 à 2024.

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database), PsycInfo et CINAHL Complete ont été interrogées.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées : sites Web d'agences en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, sites Web d'organismes gouvernementaux, d'associations professionnelles et de sociétés savantes de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex., Autriche, Belgique, France, États-Unis, Royaume-Uni).

Enfin, les méthodes de recherche suivantes ont également été utilisées : moteur de recherche Google; recherche par références, recherche manuelle de références auprès d'experts, dans des bibliographies ou dans les tables des matières de revues.

En septembre 2025, les sites Web d'associations et de sociétés savantes, pour lesquelles des documents avaient été repérés, ont été consultés afin de vérifier si de nouvelles mises à jour avaient été effectuées.

### 1.4 Critères de sélection des publications

La sélection des documents d'encadrement a été effectuée selon les critères d'inclusion suivants :

**Populations ciblées :** Les adultes atteints de SDRC (p. ex., de type I ou dystrophie sympathique réflexe, de type II ou causalgie).

**Interventions :**

- Évaluation diagnostique/fonctionnelle; repérage de comorbidités;
- Prévention de la chronicisation; évaluation biopsychosociale;
- Approches non pharmacologiques (physiques et psychosociales) et pharmacologiques, interventions effractives, approches complémentaires;
- Gestion de la douleur en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité;
- Utilisation des modalités de télésanté / soins virtuels;
- Réévaluation et suivi.

**Contexte** : Les soins en première ligne et l'orientation vers les deuxième et troisième lignes; milieux de pratique : clinique de médecine familiale, clinique de la douleur, centre d'expertise en gestion de la douleur chronique, salle d'urgence, cabinets médicaux.

**Critères d'exclusion** : Douleur d'origine cancéreuse, population gériatrique atteinte d'une déficience cognitive, population pédiatrique.

## 1.5 Description des documents retenus

La recherche d'information a permis de repérer 1 137 documents, auxquels s'ajoutent 9 documents issus de la littérature grise. Parmi ceux-ci, 4 documents d'encadrement ont été retenus avec une qualité méthodologique jugée adéquate pour les présents travaux :

- Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association (RSDSA) [Harden *et al.*, 2022];
- Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) [SFETD, 2019];
- European Pain Federation (EFIC) Task Force [Goebel *et al.*, 2019];
- Royal College of Physicians (RCP) [Goebel et Turner-Stokes, 2018].

Des revues systématiques avec ou sans méta-analyse et des études primaires dont les données permettaient de valider ou de renforcer des recommandations en lien avec certains éléments de la trajectoire de soins ont été retenues. Des revues narratives ont aussi été conservées pour mieux comprendre des notions complexes ou récentes, peu abordées dans les guides de pratique. La liste sera disponible dans la section ADDENDUM accessible dans l'outil Web dynamique.

## 1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique

La qualité des documents d'encadrement retenus a été évaluée au moyen de la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*)<sup>5</sup>. La qualité méthodologique des revues systématiques n'a pas été évaluée, considérant que seuls certains éléments de contenu ont été retenus en complément aux données issues des guides de pratique.

## 1.7 Extraction et synthèse de l'information scientifique

L'extraction de l'information recensée a été réalisée et validée par deux professionnelles scientifiques. L'information tirée des documents retenus a été extraite telle que publiée, et celle rédigée en anglais a été traduite en français (traduction libre). La force des recommandations et la qualité de la preuve (selon l'organisation citée) ont été présentées lorsque l'information était disponible. L'ensemble de la preuve scientifique a ensuite été

---

<sup>5</sup> Grille AGREE II. Disponible à : [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_French.pdf](https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf).

regroupé par thèmes et synthétisé sous la forme de documents de travail contenant des propositions de recommandations.

Pour que les savoirs issus des données scientifiques, contextuelles et expérientielles puissent être intégrés, les résultats sont présentés en fonction de la logique inhérente à la trajectoire de soins, et non en fonction des questions d'évaluation.

## **1.8 Collecte de données contextuelles et expérientielles et validation scientifique**

### **1.8.1 Comité consultatif**

Un comité consultatif principal a été mis sur pied pour accompagner l'INESSS dans l'élaboration de l'ensemble des algorithmes sur la douleur chronique (comité consultatif – algorithmes sur la douleur chronique) afin d'assurer la crédibilité scientifique de ses travaux, la pertinence clinique et de pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Pour ce deuxième algorithme, un comité de travail restreint (comité consultatif spécifique – SDRC) a été formé à partir de quelques membres du comité de base selon leur niveau d'expérience avec le SDRC, auxquels se sont joints deux autres professionnels spécialisés dans ce type de douleur. Des rencontres ad hoc ont aussi eu lieu avec certains membres du comité principal, au moment opportun.

À cette fin, les membres du comité ont été invités, notamment, à :

- se prononcer sur les questions d'évaluation et les critères d'inclusion et d'exclusion employés pour la sélection de la littérature;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle;
- participer à l'élaboration des recommandations;
- contribuer à l'identification des conditions qui pourraient faciliter ou faire obstacle à l'implantation des recommandations formulées;
- se prononcer sur les produits de transfert de connaissances, selon les besoins déterminés en cours de production.

Les documents de travail élaborés à la lumière des données tirées de la littérature ont été partagés avec les membres pour recueillir dans un premier temps leur vision des besoins cliniques et, par la suite, comparer l'information et les recommandations sélectionnées lors de l'extraction des données scientifiques, puis en débattre.

Ces discussions ont permis de recueillir les données expérientielles et contextuelles nécessaires à l'élaboration des recommandations et de l'algorithme. Les membres du comité consultatif sont présentés dans les pages liminaires.

### **1.8.2 Comité de suivi**

Le rôle du comité de suivi est assumé par la Table nationale d'orientations stratégiques en douleur chronique du MSSS. Il veille à dégager les enjeux (p. ex., par rapport à l'implantation d'un algorithme dynamique), à assurer la pertinence, l'acceptabilité, la diffusion et l'implantation des recommandations.

### **1.8.3 Futurs utilisateurs**

Un comité de futurs utilisateurs en soins de première ligne, composé de médecins de famille, d'IPSP et d'IPSSA, pratiquant dans divers milieux et régions du Québec, a été formé pour tester une version de l'algorithme sous un format PDF interactif.

### **1.8.4 Lecteurs externes**

Des lecteurs externes spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique visée par l'algorithme ont été appelés à commenter ce document afin, notamment, d'assurer la justesse des recommandations.

## **1.9 Mises à jour en continu de l'algorithme**

Une vigie portant sur les publications pertinentes sera réalisée en trois étapes en concomitance avec le comité consultatif :

- 1) Identification des thèmes à mettre à jour ou évaluation de la pertinence d'une mise à jour;
- 2) Évaluation des principales données probantes disponibles;
- 3) Formulation d'une nouvelle recommandation ou modification d'une recommandation existante, avec ou sans développement de la preuve.

La publication de la mise à jour des recommandations sera indiquée dans l'algorithme dynamique (plateforme Web) par une étiquette visuelle « Mise à jour – date MM-AAAA », pour en faciliter le repérage.

## 2 RÉSULTATS

L'algorithme élaboré prend assise sur les étapes charnières de prise en charge des personnes qui présentent un SDRC et met l'accent sur l'évaluation des critères diagnostiques, l'identification de la douleur prédominante et l'évaluation des facteurs d'aggravation de la condition en vue de la réadaptation fonctionnelle du membre atteint, du soulagement de la douleur et du dépistage rapide du risque de chronicisation.

L'algorithme vise ainsi à soutenir les cliniciens de première ligne dans l'offre de soins et services pertinents, considérant l'expertise et l'expérience de chacun, et à les informer succinctement sur les soins et services pouvant être offerts en deuxième et troisième lignes de services pour orienter adéquatement les personnes atteintes d'un SDRC.

### 2.1 Définition du SDRC

La définition du SDRC retenue pour cet algorithme est la suivante :

Le syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) est une condition caractérisée par une douleur régionale persistante (spontanée et/ou évoquée) qui est disproportionnée en durée ou en intensité par rapport au traumatisme ou à la lésion ayant précédé l'apparition de la douleur. La douleur est régionale (c.-à-d., non limitée à un territoire nerveux ou à un dermatome spécifique), mais peut être concomitante avec une lésion nerveuse (SDRC type II). De plus, la présence d'anomalies sensorielles (périphérique et centrale), motrices, sudomotrices, vasomotrices et/ou trophiques au niveau du membre atteint est notable. Ces anomalies ont une présentation habituellement distale. L'évolution temporelle du syndrome est variable et il est courant d'observer des séquelles fonctionnelles à long terme.

Selon les nouveaux critères de l'International Association for the Study of Pain (IASP) (critères de Budapest) [Harden *et al.*, 2010], le SDRC se divise principalement en deux sous-types :

- SDRC de type I, le plus commun (anciennement appelé dystrophie sympathique réflexe ou encore algodystrophie) en cas de lésion des tissus mous;
- SDRC de type II (anciennement appelé causalgie), en cas de lésions nerveuses périphériques.

Quelques précisions ont été apportées par le consensus de Valencia [Goebel *et al.*, 2021], notamment sur :

- le SDRC de type II, qui ne peut être classé comme une douleur neuropathique, puisqu'il se distingue par des signes et des symptômes qui s'étendent au-delà du territoire du nerf lésé;

- l'introduction d'un troisième sous-type par l'IASP, soit le SDRC avec rémission de certaines caractéristiques ou le SDRC en rémission partielle. Ce sous-type concerne les personnes qui ont préalablement satisfait pleinement les critères, mais dont les signes et symptômes sont présentement insuffisants pour y répondre entièrement;
- le terme « SDRC non spécifié ou SDRC-NOS (*Non Otherwise Specified*) » qui devrait être réservé aux personnes dont la douleur n'a jamais complètement rempli les nouveaux critères de SDRC définis par l'IASP – ces personnes présentent certaines, mais pas toutes les caractéristiques d'un SDRC permettant de poser un diagnostic formel, et pour lesquelles il n'existe pas d'autres diagnostics probables.

Le présent algorithme ne fait pas la distinction entre le SDRC de type I et de type II, car elle a peu d'influence sur le traitement.

## 2.2 Algorithme (niveau 1)

L'algorithme se découpe en trois principales sections pour couvrir l'ensemble de la prise en charge d'un adulte qui présente un SDRC, soit :

- 1) [Évaluation diagnostique](#)
- 2) [Prise en charge collaborative](#)
- 3) [Suivi](#)

Plusieurs liens cliquables à même l'algorithme mènent soit à des fenêtres détaillant des actions cliniques à entreprendre, soit à des fenêtres à contenu informatif. Des boîtes à outils sont aussi accessibles à partir de l'algorithme ou de fenêtres à contenu clinique ou informatif.

Cinq liens mènent à des fenêtres dont le contenu vise à soutenir le clinicien dans la réalisation de certaines étapes de la trajectoire :

- 1) [Anamnèse](#)
- 2) [Examen physique](#)
- 3) [Facteurs d'aggravation](#)
- 4) [Enseignement personnalisé](#)
- 5) [Approches pharmacologiques](#)

Neuf liens mènent à des fenêtres dont le contenu a une visée informative :

- 1) [Diagnostics différentiels](#) (fenêtre accessible avec deux liens différents)
- 2) [Tests diagnostiques](#)
- 3) [Douleur prédominante et/ou sensibilisation centrale](#)

- 4) [Collaboration interprofessionnelle](#)
- 5) [Approches physiques](#)
- 6) [Approches psychosociales](#)
- 7) [Usage des opioïdes](#)
- 8) [Usage des cannabinoïdes](#)
- 9) [Orientation en milieu de soins spécialisés](#)

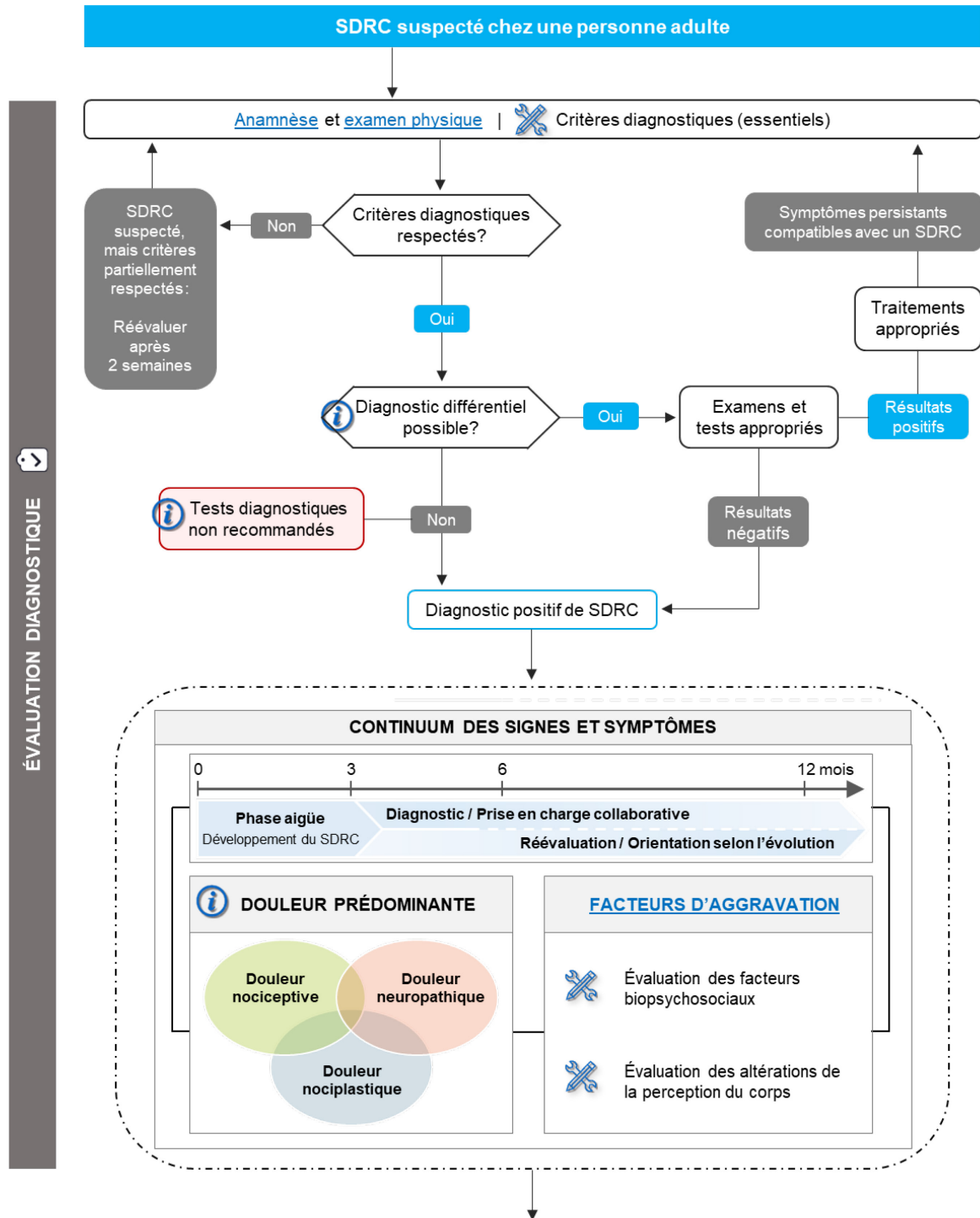
Neuf liens mènent à des boîtes proposant quelques outils cliniques en soutien à certaines étapes de la trajectoire (le contenu de ces boîtes n'est pas exhaustif) :

- 1) [Évaluation des critères diagnostiques](#) (fenêtre accessible avec deux liens différents)
- 2) [Suspicion d'une douleur prédominante et/ou d'une sensibilisation centrale](#)
- 3) [Évaluation des facteurs biopsychosociaux](#)
- 4) [Évaluation des altérations de la perception du corps](#)
- 5) [Évaluation du niveau fonctionnel, de l'état psychologique ainsi que des altérations de la perception du corps](#) (fenêtre accessible avec deux liens différents)
- 6) [Soutien aux professionnels et demande de consultation](#) (fenêtre accessible avec deux liens différents)
- 7) [Autogestion, soutien et ressources aux personnes atteintes de douleur](#)
- 8) [Évaluation/dépistage du mésusage des opioïdes et ressources](#)
- 9) [Usage des cannabinoïdes et ressources](#)

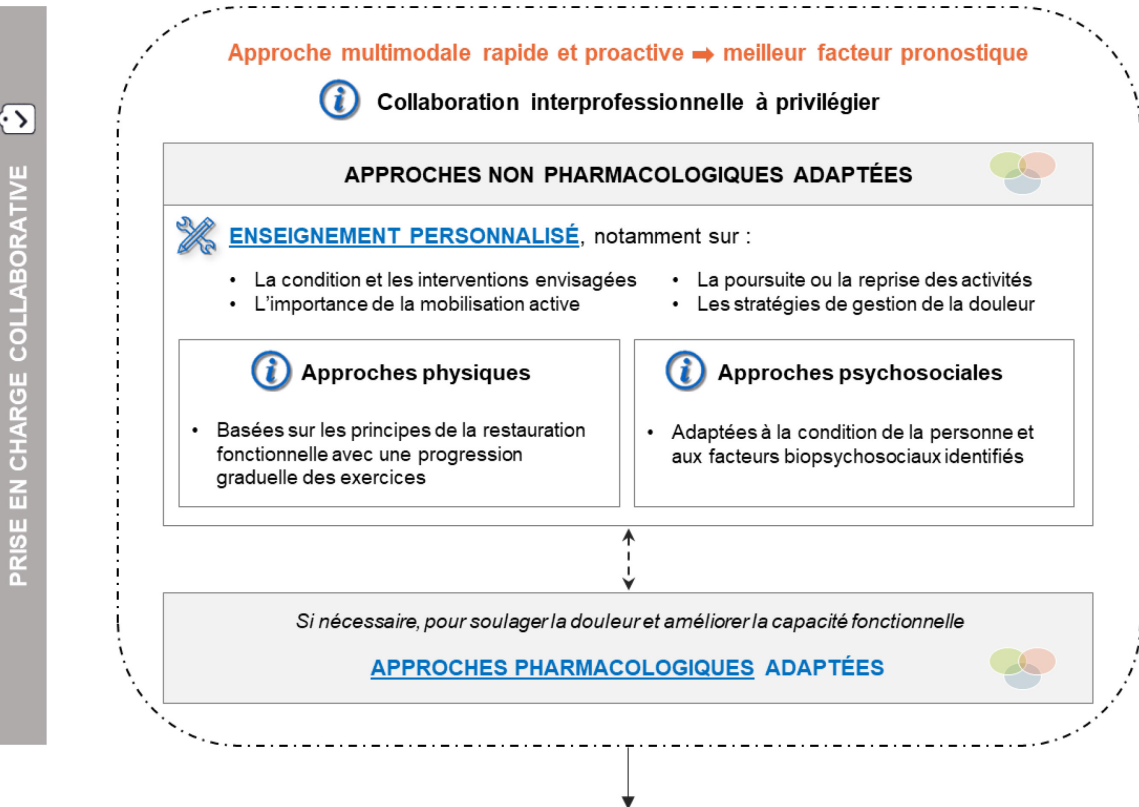
## 2.2.1 Algorithme d'évaluation, de prise en charge et de suivi

Dans le présent document, l'algorithme est présenté en trois sections. Pour visualiser l'algorithme principal dans son entièreté, veuillez consulter la page [Web de l'algorithme](#).

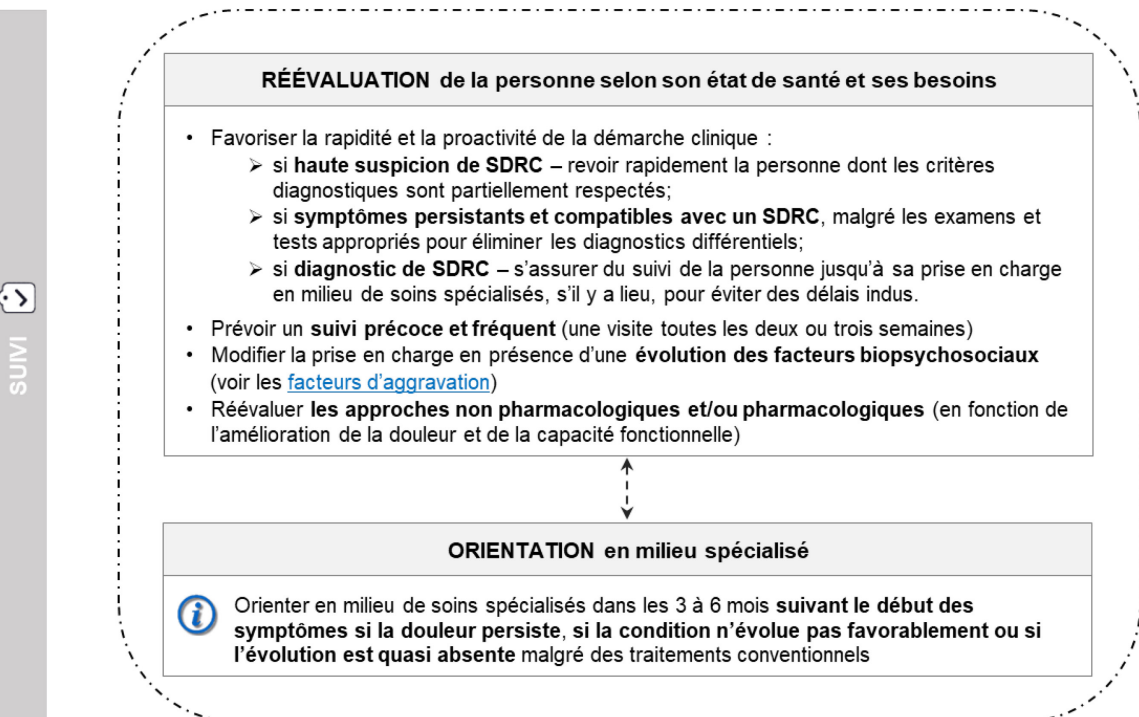
### 2.2.1.1 Évaluation diagnostique



### 2.2.1.2 Prise en charge collaborative



### 2.2.1.3 Suivi



## 2.2.2 Contenu visant à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire



### 2.2.2.1 Anamnèse

#### Anamnèse



NOTE : Il est important de documenter tous les signes et symptômes actuels et antérieurs pour faciliter l'établissement du diagnostic ainsi que le suivi de la condition de la personne.

Envisager d'évaluer notamment les éléments suivants :

- Les critères diagnostiques 
- Les facteurs précipitants (p. ex., fracture, intervention chirurgicale, accident à haute vitesse) et les facteurs prédisposants (p. ex., SDRC de type II – plus grand risque de chronicisation, diagnostic tardif, antécédent de SDRC, autre douleur chronique)
- La douleur :
  - Nouvel épisode ou récurrence
  - PQRST :
    - P = Facteurs qui provoquent/précipitent/pallient;
    - Q = Qualité (qualifie/quantifie);
    - R = Région/rayonnement;
    - S = Sévérité (intensité, disproportionnée);
    - T = Temps (quand/fréquence/durée)
- La condition de santé associée et/ou les antécédents médicaux (p. ex., traitements actuels et antérieurs ainsi que la réponse aux traitements)
- Les limitations et impacts fonctionnels (p. ex., vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle, loisirs/activités physiques)
- La santé mentale (dépression, anxiété, isolement, etc.)
- Les habitudes de vie (p. ex., consommation de tabac, d'alcool et autres drogues)
- Les diagnostics différentiels 

#### Prévention du SDRC en présence d'une fracture

Bien que certaines études suggèrent que la vitamine C (500 à 1000 mg pour 50 à 60 jours) pourrait réduire le risque de développer un SDRC ou le risque de récurrence d'un SDRC à la suite d'une fracture distale d'un membre (après blessure et/ou intervention chirurgicale), les preuves disponibles demeurent limitées. Il est toutefois de l'opinion des cliniciens consultés que la supplémentation en vitamine C est une option préventive qui peut être envisagée à la suite d'une discussion éclairée avec la personne et selon ses préférences, étant donné que la vitamine est peu coûteuse, bien tolérée et facilement accessible.

[Fermer](#)

## 2.2.2.2 Examen physique

### Examen physique



NOTE : Les symptômes peuvent varier considérablement, d'une personne à l'autre et dans le temps, rendant difficile l'utilisation de tests standardisés pour un diagnostic précis.

Objectiver les symptômes et les signes cliniques (selon les critères diagnostiques) :

Caractéristique	Définition	Procédure d'évaluation clinique
<b>Troubles sensoriels</b>		
Allodynie	Réponse douloureuse à un stimulus non douloureux	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allodynie au toucher léger : réaliser un toucher manuel léger ou un effleurement</li> <li>▪ Allodynie aux températures : tester les températures chaude et froide</li> <li>▪ Allodynie à la vibration : appliquer un diapason (125 Hz) sur une proéminence osseuse du membre atteint</li> <li>▪ Allodynie à la pression profonde : avec le doigt, appliquer une légère pression sur une articulation ou autre tissu. La pression appliquée devrait être tout juste suffisante pour que le lit unguéal de l'évaluateur devienne blanc (&lt; 100 g/cm<sup>2</sup>).</li> </ul>
Hyperalgésie	Perception douloureuse plus intense ou qui se prolonge au-delà de la durée du stimulus en réponse à une stimulation légèrement nocive	Réaliser une stimulation sur le membre atteint (au centre de la région la plus touchée) et au même site sur le membre controlatéral, p. ex., à l'aide d'une roue dentelée ou d'une aiguille émoussée – le test est positif si la douleur est plus intense ou plus prolongée du côté atteint
<b>Troubles sudomoteurs</b>		
Cedème	Accumulation de liquide dans les tissus de la région touchée entraînant une enflure	Décrire l'asymétrie observée en comparant les deux côtés, ou en comparant la mesure de la circonférence du membre atteint avec celle du membre non atteint
Asymétrie de transpiration	Différence significative dans la quantité de transpiration entre le membre touché et le membre non touché	Documenter la présence d'une asymétrie évidente, qui peut être active (augmentation de la transpiration liée à une hyperactivité du système nerveux sympathique) ou passive (diminution ou absence de transpiration pouvant être liée à une atteinte nerveuse ou à une dysfonction du système nerveux autonome) selon la cause
<b>Troubles vasomoteurs</b>		
Asymétrie de température	Différence de température significative entre la zone touchée et la zone saine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si possible, utiliser un thermomètre frontal ou, sinon, toucher simultanément le membre atteint et la zone correspondante sur le membre non atteint avec le dos des mains pour statuer sur la présence d'une asymétrie de température</li> <li>• Procéder à une série de mesure (<i>la température peut être différente selon les zones du membre</i>)</li> <li>• Documenter le moyen utilisé pour vérifier une asymétrie de température</li> </ul>
Asymétrie de coloration	Présentation régionale (p. ex., main, pied, genou, etc.)	Documenter et spécifier les asymétries évidentes sur le plan des changements de coloration (p. ex., rouge, bleu, pâle, tacheté)
<b>Troubles moteurs/trophiques</b>		
Anomalies motrices	Perturbations du contrôle et de la coordination des mouvements (volontaires, involontaires et/ou anormaux – dyskinésies) et altération de la fonction musculaire	Documenter et spécifier les observations relatives à la diminution des amplitudes articulaires, à la diminution de la force, à la présence de tremblements ou de dystonie du côté atteint
Changements trophiques	Altérations du tissu, résultant d'une mauvaise circulation sanguine ou de problèmes nerveux	Documenter et spécifier les changements au niveau des ongles (croissance, qualité), de la pilosité (augmentée ou diminuée) ou de la peau (luisante, épaisse, mince, etc.) du côté atteint

(Source : Goebel *et al.*, 2021)

Fermer

### 2.2.2.3 Facteurs d'aggravation

#### Facteurs d'aggravation de la condition



##### Facteurs biopsychosociaux

- Évaluer les facteurs biopsychosociaux :
  - Biologiques\* (p. ex., comorbidité, surcharge pondérale, intensité élevée de la douleur, atteinte douloureuse de plusieurs membres)
  - Psychologiques (p. ex., kinésiophobie, catastrophisation, croyances, stress / stress post-traumatique [PTSD], anxiété / trouble d'anxiété généralisée [TAG], dépression, attentes négatives, capacité d'adaptation)
  - Sociaux (p. ex., environnement de travail – notamment sur le plan de l'organisation comme le soutien, les accommodements, les relations, les horaires, les exigences des tâches –, environnement social, culturel et familial, contexte socioéconomique, éducation)

\* Bien que certaines études suggèrent qu'il pourrait survenir plus fréquemment dans certains groupes d'âge, le SDRC peut être observé peu importe l'âge de la personne, y compris chez l'enfant.

##### Altérations de la perception du corps

- Évaluer les altérations de la perception du corps, c'est-à-dire les symptômes liés à la façon dont la personne atteinte de SDRC perçoit son membre. Ces altérations peuvent se manifester de diverses manières, notamment par :
  - un sentiment d'étrangeté, de désappartenance, de déshabitation ou de négligence du membre atteint;
  - une perception altérée des caractéristiques du membre (p. ex., la dimension, le poids, l'aspect physique, l'amputation ou l'inexistence d'une partie du membre);
  - une difficulté à situer le membre atteint dans l'espace (p. ex., sa position par rapport au reste du corps);
  - un fort sentiment de dégoût ou d'aversion par rapport au membre;
  - une anomalie de perception du membre ou de l'espace péripersonnel du côté atteint;
  - l'identification du site anatomique exact d'une amputation potentielle.



(Niveau fonctionnel / état psychologique / altérations de la perception)

[Fermer](#)

## 2.2.2.4 Enseignement personnalisé

### Enseignement personnalisé



NOTE : Les modalités ci-dessous peuvent être mises en œuvre par les différents professionnels selon leurs champs de compétence.









<p><b>Fournir de l'information à la personne qui reçoit un diagnostic de SDRC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Expliquer la condition, les signes et symptômes, la nature fluctuante de la douleur :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bien qu'il n'y ait pas d'explication claire au SDRC, c'est une douleur qui survient généralement après un élément déclencheur comme une fracture ou une autre blessure (p. ex., une entorse), une intervention chirurgicale, le port d'un plâtre ou d'une attelle, etc.</li> <li>▪ Il s'agit d'une complication rare, soit une réaction exagérée du corps à l'élément déclencheur.</li> <li>▪ Le SDRC varie d'une personne à l'autre, et la douleur peut entraîner différents changements au niveau du membre atteint, notamment de température, de couleur, de sensibilité cutanée, de transpiration, de gonflement, etc.</li> <li>▪ Le SDRC est une pathologie incapacitante dont la durée est difficile à prévoir; certaines personnes auront des incapacités à long terme et d'autres seront en mesure de retourner à leurs activités et à leur emploi après un certain temps, mais d'autres nécessiteront des adaptations.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Appliquer rapidement les interventions pertinentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recourir à un langage rassurant, bienveillant et réaliste en privilégiant un langage neutre/factuel :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaître le récit de la personne atteinte d'un SDRC à propos de sa douleur, lui demander la nature, le contexte, comment elle s'adapte et les impacts sur sa vie;</li> <li>▪ Utiliser l'expression « détresse liée à la douleur », plutôt que le terme « catastrophisation » afin que la personne se sente moins blâmée, jugée ou rejetée.</li> <li>▪ Soutenir la formulation d'objectifs réalistes adaptés à sa situation (p. ex., afin d'accroître le niveau d'activité si douleur chronique, réduire la peur ou l'évitement);</li> <li>▪ Rassurer la personne sur la « normalité » de ses signes et symptômes dans le contexte d'un SDRC, c'est-à-dire que l'altération est normale, et non dangereuse.</li> </ul> </li> <li>○ Fournir des informations personnalisées selon les facteurs biopsychosociaux identifiés (dont la peur, qu'il faut déconstruire rapidement), contribuant ainsi à la douleur et pouvant faire obstacle aux traitements.</li> <li>○ Enseigner quelques notions de neurophysiologie de la douleur afin d'aider les personnes à comprendre les mécanismes sous-jacents pour mieux gérer leurs symptômes; cela peut renforcer leur sentiment de contrôle et les motiver à participer activement à leur traitement.</li> </ul>
<p><b>Inciter à bouger (encourager la mobilisation active précoce) – activité et exercice</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Expliquer à la personne l'importance de regarder, de toucher le membre et d'amorcer le mouvement du membre atteint (même partiellement) afin de préserver ou de recouvrer une saine représentation du membre.</li> <li>○ Afin d'encourager la personne à demeurer active, la questionner sur les activités physiques qu'elle aime et qu'elle évite de faire à cause de sa douleur. Identifier avec elle des moyens concrets pour une reprise graduelle de ces activités.</li> <li>○ Expliquer que l'exercice pourrait être bénéfique sur le plan de la douleur, du sommeil et de l'humeur, que sa pratique régulière améliore l'efficacité des autres traitements contre la douleur.</li> <li>○ Insister sur le fait qu'il est normal de ressentir de la douleur pendant et après l'exercice, le but étant de trouver un juste équilibre et de respecter le point d'inflexion de l'intensité de la douleur, aussi appelé « point de bascule » (c.-à-d. le moment où la douleur devient plus intense; il est alors conseillé de s'arrêter ou de réduire l'effort ou l'activité pour éviter de dépasser le seuil de tolérance et d'aggraver la condition).</li> <li>○ Orienter la personne vers des ressources pouvant soutenir la pratique d'exercices physiques adaptés; prioriser le programme par imagerie motrice et les techniques de mobilisation auto-passive.</li> </ul>
<p><b>Encourager la reprise ou la poursuite des activités quotidiennes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inciter la personne à reprendre ou à poursuivre ses activités (travail, études, autres) aussitôt que possible (avec une douleur contrôlée) et considérer ses besoins pour la soutenir.</li> </ul>
<p><b>Favoriser des stratégies de gestion de la douleur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encourager l'autogestion, un processus qui peut nécessiter du soutien à un moment ou l'autre du continuum de soins : discuter avec la personne sur l'importance de son rôle proactif dans le traitement, offrir un espace de dialogue lui permettant d'identifier ses propres leviers et considérer ses besoins pour la soutenir.</li> <li>○ Établir des attentes positives et adaptatives quant à la récupération (p. ex., démontrer une volonté de s'engager dans des activités même en présence de douleur, sans chercher à l'éviter ou à la contrôler).</li> <li>○ Expliquer l'importance de prioriser, de planifier et d'adapter la cadence des activités (<i>pacing</i>), l'objectif étant de permettre à la personne de continuer à réaliser les activités qui sont importantes pour elle.</li> <li>○ Souligner l'atteinte d'une étape (ou d'un objectif).</li> <li>○ Informer sur les programmes et les outils de soutien aux patients et les groupes d'entraide.</li> <li>○ Proposer d'autres sources d'informations portant sur le concept de la douleur et des stratégies permettant de gérer notamment le stress, les pensées et les émotions, le sommeil (p. ex., sites Web, livres, etc.).</li> </ul>

## 2.2.2.5 Approches pharmacologiques

### Approches pharmacologiques



NOTE : La médication est parfois nécessaire pour contrôler la douleur et permettre la réactivation. Il n'existe pas de médication propre au SDRC. Il faut généralement choisir la médication selon le phénotype de douleur qui prédomine lors de l'évaluation, et en présence d'une douleur importante ou incapacitante selon la phase de douleur.

Traitement pharmacologique selon le phénotype de douleur	
Nociceptive	<ul style="list-style-type: none"> <li>AINS et, si insuffisant, ajouter l'acétaminophène</li> <li>Acétaminophène si AINS contre-indiqués ou mal tolérés</li> </ul>
Neuropathique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antidépresseur : IRSN (duloxétine ou venlafaxine), ATC et/ou</li> <li>Antiépileptique : Gabapentinoïdes (gabapentine ou prégabaline)</li> </ul>
Nociplastique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antidépresseur : IRSN (duloxétine) ou ATC</li> <li>Antiépileptique : Gabapentinoïdes (gabapentine ou prégabaline)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il est important d'identifier et de traiter adéquatement les comorbidités pouvant avoir un impact sur la douleur.</li> <li>Les médicaments ciblant le système nerveux peuvent être envisagés, mais le rapport bénéfices/risques doit être évalué et discuté avec la personne.</li> </ul>
Autres traitements à considérer en cas de douleur importante ou incapacitante selon la phase de la douleur	
Aigüe	Corticostéroïdes (p. ex., prednisone) <ul style="list-style-type: none"> <li>En présence de symptômes inflammatoires prédominants ou d'une douleur très importante avec ou sans œdème, un cycle de corticostéroïdes à doses décroissantes peut être envisagé sur une courte période (p. ex., sur 10 à 14 jours; ne pas faire de cycles à répétition).</li> </ul>
	Opioïdes   <ul style="list-style-type: none"> <li>L'usage des opioïdes peut être envisagé en présence d'une <b>douleur sévère ou incapacitante à prédominance nociceptive ou neuropathique</b> afin d'obtenir un contrôle rapide de la douleur.</li> <li> Leur usage n'est toutefois pas recommandé pour traiter la composante nociplastique de la douleur.</li> <li>Le cas échéant, l'usage d'opioïdes devrait être limité dans le temps et la dose devrait être diminuée dès que possible, c.-à-d. <b>dès qu'il y a une amélioration significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle.</b></li> </ul>
Chronique (> 3 mois)	Optimiser la pharmacothérapie sans opioïde selon la composante de la douleur qui prédomine <ul style="list-style-type: none"> <li>Leur usage n'est pas recommandé, sauf exception : en dernière intention – lorsque l'ensemble des autres approches thérapeutiques, médicamenteuses ou non, a été essayé – et préalablement discuté avec la personne.</li> </ul>
 Il est primordial de réévaluer rapidement la personne (dans un délai de 2 à 3 semaines) après le début du traitement pour suivre l'évolution de la condition. Selon l'évaluation, optimiser la dose ou ajouter une 2 <sup>e</sup> molécule.	
 <ul style="list-style-type: none"> <li>La prescription d'<b>analgésiques topiques</b> peut être parfois envisagée en complémentarité avec le traitement, selon le type de douleur et en l'absence de contre-indication (<a href="#">préparation magistrale topique</a>, non commercialisée et non remboursée par la RAMQ).</li> <li>L'usage des bisphosphonates peut être envisagé pour soulager une douleur aiguë [alendronate (40 mg PO die pendant 8 semaines)], ou chronique de moins d'un an [pamidronate (IV, contacter la clinique de douleur de la région) – quand les autres moyens ne suffisent pas]. Même si les bisphosphonates ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de SDRC, ils sont couramment prescrits à cette fin en milieu de soins spécialisés et, selon l'expertise des cliniciens consultés (et lignes directrices retenues), ils constituent une option de traitement valable.</li> <li> Comparativement aux doses/molécules utilisées en traitement de l'ostéoporose, il y a plus de risque d'hypocalcémie, et les personnes ayant reçu un diagnostic d'un SDRC doivent donc être bien sélectionnées (p. ex., fonction rénale normale, évaluation du risque d'ostéonécrose de la mâchoire, vérification des ions pré et per traitement).</li> <li>Usage des cannabinoïdes  </li> </ul>	

#### Abréviation

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien; ATC : Antidépresseur tricyclique; IRSN : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine

NOTE : D'autres traitements peuvent être envisagés en milieu de soins spécialisés, p. ex., perfusion de kétamine, blocs neurologiques, neurostimulation.

Fermer

## 2.2.3 Contenu informatif

### 2.2.3.1 Diagnostics différentiels

#### Diagnostics différentiels



Les diagnostics différentiels les plus communs à considérer – ceux pouvant imiter un SDRC sur le plan clinique, c'est-à-dire pouvant être confondus avec les critères diagnostiques – sont, notamment, les suivants (**les diagnostics en caractères gras correspondent aux diagnostics les plus confondants avec un SDRC**) :

#### Atteintes du système nerveux

- **Douleur neuropathique** (p. ex., lésion périphérique incluant le syndrome de compression, ou lésion du système nerveux central / lésion spinale, douleur post-AVC)
- Neuropathie (p. ex., neuropathie diabétique, neuropathie alcoolique)
- Névrite, radiculopathie ou plexopathie brachiale (p. ex., syndrome de Parsonage-Turner)

#### Maladies vasculaires

- Acrocyanose
- **Érythromélgie**
- Insuffisance artérielle
- **Maladie de Raynaud**
- Obstruction lymphatique ou veineuse
- **Thrombophlébite profonde**
- Thrombose

#### Inflammation/infection

- Arthrite septique
- **Cellulite infectieuse** (rougeur, chaleur, perte de fonction)
- Érysipèle
- Goutte, pseudogoutte
- Inflammation non spécifique
- Ostéomyélite

#### Douleurs musculosquelettiques atypiques

- Surutilisation/non-utilisation
- Tendinite ou tendinopathie
- Traumatisme par mouvements répétitifs

#### Autres

- Fibromyalgie
- **Syndrome du défilé thoraco-brachial** (compression nerveuse ou vasculaire)
- Syndrome des loges

(Sources : Lloyd *et al.*, 2021; Goebel et Turner-Stokes, 2018)

[Retour vers Anamnèse](#)

[Fermer](#)

### 2.2.3.2 Tests diagnostiques

#### Tests diagnostiques



- Il n'existe pas de test particulier pour diagnostiquer le SDRC, car le SDRC est un diagnostic clinique uniquement – repose principalement sur l'examen clinique et l'historique médical de la personne.
- Les tests complémentaires comme les radiographies, les tomodensitométries, les IRM et les scintigraphies sont principalement utilisés pour exclure d'autres diagnostics possibles, plutôt que pour confirmer le SDRC (p. ex., la scintigraphie osseuse en triple phase, qui n'est pas nécessaire au diagnostic du SDRC, peut retarder la prise en charge de la personne).
  - Bien qu'un test positif puisse renforcer ou confirmer un diagnostic de SDRC, un test négatif n'en exclut pas le diagnostic.

[Fermer](#)

### 2.2.3.3 Douleur prédominante et/ou sensibilisation centrale

#### Douleur prédominante dans un contexte de SDRC



- La douleur présente dans le SDRC est souvent mixte, mais un type de douleur peut être plus inconfortable que les autres et se modifier dans le temps. Il est donc judicieux d'identifier le phénotype de la douleur qui prédomine pour une meilleure approche de la prise en charge de la douleur.
- La douleur présente dans le SDRC peut être conçue comme un continuum – composé des différents phénotypes de douleur – qui débute typiquement par la **douleur nociceptive** (lésion tissulaire périphérique et inflammation persistante post-trauma). Le traumatisme peut aussi causer directement une lésion nerveuse ou, encore, il peut entraîner une inflammation produisant une neuropathie des petites fibres et une inflammation neurogénique (**douleur neuropathique**). Par ailleurs, la sensibilisation périphérique et la neuroinflammation peuvent provoquer une **sensibilisation centrale**. En l'absence d'évidence d'une lésion nerveuse ou tissulaire causant l'activation des nocicepteurs, la douleur peut être la résultante d'un dysfonctionnement du système de la douleur (**douleur nociplastique**).

(Source : Mangnus *et al.*, 2023)

#### Phénotypes de la douleur

	Nociceptive	Neuropathique	Nociplastique
<b>Définition</b>	Douleur résultant de lésions réelles ou potentielles de tissus non neurax et liée à l'activation des nocicepteurs (Traduction libre de IASP terminology, 2021).	Douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel (Traduction libre de IASP terminology, 2021).	Douleur résultant d'une altération de la nociception malgré l'absence de preuve évidente de lésions tissulaires réelles (actuelles) ou potentielles provoquant l'activation de nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésions du système somatosensoriel à l'origine de la douleur (Traduction libre de IASP terminology, 2021).
<b>Distribution de la douleur</b>	Discrète/localisée	Généralement neuroanatomique (qui suit le trajet des nerfs touchés et peut se manifester dans une région particulière du corps, généralement autour de l'endroit initial de la blessure)	Régionale, multifocale ou étendue

#### Présence de sensibilisation centrale

NOTE : La sensibilisation centrale est une condition qui peut être présente dans les trois mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique et nociplastique).

- La **sensibilisation centrale** est liée à une augmentation de la réactivité des neurones à l'entrée des stimuli douloureux dans le système nerveux central. La sensibilisation centrale englobe :
  - le traitement sensoriel altéré dans le cerveau;
  - le dysfonctionnement des mécanismes antinociceptifs descendants;
  - l'activité augmentée des voies facilitatrices de la douleur;
  - la sommation temporelle de la douleur ou du « *wind-up* » médullaire;
  - la potentialisation à long terme des synapses neuronales.

(Traduction libre de IASP terminology, 2021 et de Nijs *et al.*, 2010)

En résumé, la personne a une intolérance générale à toutes sortes de facteurs de stress physiques et émotionnels; le système nerveux central est surchargé et il reconnaît tous les stimuli (douloureux et non douloureux) comme une menace.




(Suspicion d'une douleur prédominante / sensibilisation centrale)

[Fermer](#)

### 2.2.3.1 Collaboration interprofessionnelle

#### Collaboration interprofessionnelle



- Selon les résultats obtenus suivant l'évaluation des facteurs d'aggravation , la collaboration avec d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeute, psychologue, ergothérapeute, kinésologue, IPS, médecins spécialistes) peut être requise pour optimiser la prise en charge de la personne, notamment lorsque l'un des éléments suivants est présent :
  - Impacts fonctionnels tels que l'altération de la marche, la perturbation dans les AVQ-AVD
  - Douleur non contrôlée ou disproportionnée par rapport à ce qui est attendu
  - Mésusage de médicaments
  - Niveau élevé de peur ou d'anxiété engendrant des comportements d'évitement (c.-à-d. une kinésiophobie)
  - Isolement social
  - Risque de perte d'emploi en lien avec le SDRC
  - Accident de travail et de la route
  - Développement d'un SDRC à une autre extrémité (dont les critères diagnostiques doivent aussi être respectés)
  - Détresse psychologique
- Selon la condition de la personne, la collaboration interprofessionnelle vise notamment à :
  - 1) Gérer la douleur (intensité, qualité, fréquence, durée) en se référant à la prise en charge initiale
  - 2) Travailler à déconstruire les peurs
  - 3) Améliorer le niveau fonctionnel
  - 4) Favoriser la qualité de vie, préserver l'autonomie
  - 5) Diminuer la souffrance / détresse psychologique (stress, anxiété, dépression, colère, déceptions)
  - 6) Favoriser le retour au travail et aux activités habituelles
- Les cliniques ou centres de gestion de la douleur chronique (p. ex., Carrefour interdisciplinaire de première ligne en douleur chronique, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique), les programmes ECHO® Douleur chronique, le service consultatif téléphonique – Avis d'expert ainsi que le Conseil numérique (disponible dans certaines régions) peuvent aussi offrir un soutien et des outils au professionnel traitant pour optimiser la prise en charge des personnes ayant un diagnostic de SDRC.



(Soutien aux professionnels / demande de consultation)

[Fermer](#)

### 2.2.3.2 Approches physiques

#### Approches physiques



NOTE : Les modalités ci-dessous peuvent être mises en œuvre par les différents professionnels selon leurs champs de compétence. Elles devraient être basées et adaptées en fonction de l'absence ou de la présence documentée d'altérations du schéma corporel.

La réadaptation auprès des personnes avec un SDRC se base sur les principes de la restauration fonctionnelle.

- La progression graduelle des exercices vise à préserver ou à optimiser la fonction du membre atteint et à favoriser le maintien ou la reprise des activités (travail, activités quotidiennes, loisirs).
- **Les interventions devraient débiter le plus tôt possible.**

Les modalités thérapeutiques en réadaptation incluent notamment :

- Désensibilisation thermique et tactile (et la rééducation sensitive) afin de normaliser les sensations
- Discrimination tactile
- Rétroaction visuelle (p. ex., thérapie miroir) et visualisation (p. ex., imagerie motrice graduée) afin de normaliser la perception du membre atteint
- Exercices progressifs (p. ex., mobilité/flexibilité, mouvements fonctionnels, renforcement musculaire, mise en charge, proprioception/cardiovasculaire)
- Hydrothérapie
- Stimulation électrique transcutanée (TENS) (SDRC type I)
- Gestion de l'œdème
- Réadaptation vocationnelle
- Techniques de mobilisations auto-passives
- Thérapie d'exposition graduée aux activités (pour les personnes ayant un niveau élevé de peur et d'évitement envers des activités qu'elles perçoivent comme dangereuses)

[Fermer](#)

### 2.2.3.3 Approches psychosociales

#### Approches psychosociales



NOTE : Les modalités ci-dessous peuvent être mises en œuvre par les différents professionnels selon leurs champs de compétence.

- De l'information adaptée à la condition de la personne et selon les facteurs biopsychosociaux identifiés (contribuant à la douleur) peut être transmise, notamment :
  - les diverses interventions à visée psychologique qui pourraient être pertinentes (telles que cognitivo-comportementales, d'acceptation et d'engagement, et de reconditionnement de la douleur);
  - les autres professionnels de la santé pertinents, si nécessaire.
  
- Une prise en charge psychosociale individuelle est recommandée dans les cas suivants :
  - Détresse psychologique liée ou non à la douleur et/ou aux incapacités
  - Anxiété caractérisée par des inquiétudes, des ruminations et un état d'hypervigilance (perception d'une menace)
  - Humeur dépressive caractérisée par une tristesse, un découragement, un sentiment d'impuissance et de désespoir et la présence d'idéation suicidaire
  - État de stress post-traumatique dans lequel un lien bidirectionnel est présent entre la douleur et le trauma
  - Qualité de vie affectée, caractérisée entre autres par l'isolement social, des difficultés financières, une perte d'intérêt et de joie de vivre, la colère

[Fermer](#)

#### 2.2.3.4 Usage des opioïdes

### Opioïdes



Si les opioïdes sont envisagés :

- Afin d'utiliser les opioïdes judicieusement, considérer évaluer, notamment, la présence ou le risque de développer un trouble de l'usage des opioïdes et/ou autres drogues, les coprescriptions à risque (médicaments ayant un effet dépressur sur le système nerveux central) ainsi que la pertinence de prescrire une trousse de naloxone en concomitance avec l'opioïde.
- Des opioïdes à courte ou longue action peuvent être utilisés et la prescription devrait viser la plus faible dose efficace.
  - Les opioïdes faibles comme le tramadol, ou autres agonistes des récepteurs opioïdes mu, comme le tapentadol, pourraient être envisagés, mais ces derniers ne sont pas inscrits sur les listes des médicaments couverts par la RAMQ.
    - Le tramadol est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes mu et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (principalement), alors que le tapentadol est un agoniste direct des récepteurs opioïdes mu et un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline (principalement).
      - Formulation de longue action (12 h ou 24 h) : pour une douleur constante afin de réduire l'intensité de la douleur.
      - Formulation de courte action (4 h à 6 h) : pour prévenir les hausses de douleur en réadaptation ou pour diminuer une douleur moins prévisible.
- Faire un suivi rapproché et réévaluer le traitement en fonction du rapport bénéfices/risques attendus, préalablement discuté avec la personne.
- L'enseignement à la personne est important :
  - Insister sur l'importance du respect de sa prescription et de son adhérence au traitement;
  - S'assurer de sa compréhension des effets indésirables des opioïdes, des risques de dépendance, d'accoutumance et de surdose;
  - Expliquer à la personne que le traitement d'opioïdes devrait être limité dans le temps et qu'il sera suivi d'une déprescription (diminution progressive de la dose à court terme) selon l'évolution clinique, voire d'un arrêt du traitement afin d'évaluer si ce traitement est toujours justifié ou si une dose inférieure serait suffisante.

[Retour vers Tableau des médicaments](#)

[Fermer](#)

### 2.2.3.5 Usage des cannabinoïdes

#### Cannabinoïdes



- Bien que les données probantes sur l'utilisation thérapeutique du cannabis demeurent limitées, les cannabinoïdes médicaux peuvent être envisagés comme un traitement de dernier recours, lorsque les autres options sont inefficaces ou ne sont pas tolérées, selon le rapport bénéfices/risques et après discussion avec la personne.
  - L'usage des cannabinoïdes demande un suivi rapproché.
- L'utilisation du cannabis – produit thérapeutique non approuvé par Santé Canada – ne peut être le premier choix dans le traitement et, avant de l'envisager, la réponse aux traitements basés sur d'autres formes de cannabinoïdes (p. ex., le nabilone) – dont la prescription est autorisée par Santé Canada – doit s'être révélée non concluante.
- Avec la légalisation du cannabis récréatif, de plus en plus de personnes tentent une prise de cannabis en « automédication » pour soulager leur douleur; il est important d'en tenir compte et de demeurer à l'affût des interactions et des effets indésirables possibles.

[Retour vers Tableau des médicaments](#)

[Fermer](#)

### 2.2.3.6 Orientation en milieu de soins spécialisés

#### Orientation en milieu de soins spécialisés



L'orientation vers une prise en charge en milieu de soins spécialisés dans les 3 à 6 mois suivant le début des symptômes devrait être effectuée quand l'évolution stagne ou est défavorable, malgré les approches non pharmacologiques (physiques et psychosociales) et pharmacologiques. Le professionnel traitant peut faire une demande de consultation auprès d'une clinique de gestion de la douleur ou d'un centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ou une demande de services au guichet d'accès (DI-TSA-DP) du CISSS ou du CIUSSS pour les services en déficience physique, si l'une de ces ressources est disponible dans sa région.




(Soutien aux professionnels / demande de consultation)

[Fermer](#)

## 2.2.4 Boîtes à outils cliniques

### 2.2.4.1 Évaluation des critères diagnostiques

**Boîte à outils cliniques : évaluation des critères diagnostiques**


NOTE : Les critères pour diagnostiquer le SDRC sont basés sur l'observation clinique, plutôt que sur des tests diagnostiques particuliers.

Critères diagnostiques du SDRC (les critères A, B, C et D doivent s'appliquer)			
A. Douleur continue (spontanée et/ou provoquée), disproportionnée en durée et/ou en intensité par rapport à l'évolution habituelle de l'événement déclencheur, et régionale (non limitée à un territoire nerveux spécifique ou à un dermatome, qui s'étend au-delà du site de la blessure initiale) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>			
Commentaire :			
B. Des symptômes sont rapportés dans au moins trois des quatre catégories mentionnées ci-dessous <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>			
C. Des signes cliniques sont observés dans au moins deux des quatre catégories mentionnées ci-dessous <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>			
Catégorie	Description	Symptômes <i>Rapportés par la personne évaluée à l'anamnèse</i>	Signes <i>Objectivables lors de l'examen physique</i>
Troubles sensoriels	Allodynie (au toucher léger et/ou température et/ou pression somatique profonde et/ou mouvement articulaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyperalgésie (à la piqûre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Troubles sudomoteurs	Œdème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement ou asymétrie de transpiration/sécheresse de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Troubles vasomoteurs	Asymétrie de température (>1°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement ou asymétrie de couleur de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Troubles moteurs/trophiques	Diminution de la mobilité, limitation de l'amplitude de mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changements trophiques (pilosité/ongles/peau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
D. Aucun autre diagnostic n'explique la symptomatologie <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>			
Commentaire :			

(Sources : Harden *et al.*, 2022; Goebel *et al.*, 2021; SFETD, 2019)

[Retour vers Anamnèse](#)
[Fermer](#)

## 2.2.4.2 Suspicion d'une douleur prédominante et/ou d'une sensibilisation centrale

### Boîte à outils cliniques



⚠ Avertissement : Sont présentés quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Si suspicion d'une douleur nociceptive :

- Questionnaire pour identifier les douleurs nociceptives et neuropathiques, et estimer leur intensité : PainDetect Questionnaire  
Source : Freynhagen *et al.*, 2006  
Disponible en [français](#) (traduction libre non validée).

Si suspicion d'une douleur neuropathique :

- Questionnaire pour identifier les douleurs neuropathiques dans une variété de conditions telles que les radiculalgies : [Douleur neuropathique 4](#) (DN4)

Si suspicion de la présence d'une douleur nociplastique :

- Revue narrative : [Different Types of Pain in Complex Regional Pain Syndrome Require a Personalized Treatment Strategy](#)  
Source : Magnus *et al.*, 2023

Si suspicion de la présence d'une sensibilisation centrale :

- Questionnaire pour détecter une sensibilisation d'origine centrale : Central sensitization inventory (CSI)  
Source : Mayer *et al.*, 2012  
Une version française validée de ce questionnaire a été publiée par [Pitance \*et al.\*, 2016](#) (mais le document n'est pas libre d'accès).  
La version PDF du questionnaire est disponible [ici](#).

[Retour vers Douleur prédominante / sensibilisation centrale](#)

[Fermer](#)

### 2.2.4.3 Évaluation des facteurs biopsychosociaux

#### Boîte à outils cliniques



ⓘ Avertissement : Sont présentés quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

#### Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux :

- Niveau fonctionnel
  - Questionnaire concis de la douleur : [Brief Pain Inventory](#) (BPI)
- État psychologique
  - Questionnaire sur la santé du patient : [Patient Health Questionnaire](#) (PHQ9) – mesure la gravité de la dépression
    - [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
  - Dépistage des troubles anxieux et/ou de dépression :
    - [Generalized Anxiety Disorder 7-item](#) (GAD-7); [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
    - [Hospital Anxiety and Depression scale](#) (HAD\*)
    - [Inventaire de dépression de Beck](#) (IDB)
  - Échelle de dramatisation face à la douleur : Pain Catastrophizing Scale (PCS)  
Source : Sullivan *et al.*, 1995  
Une version française validée de ce questionnaire a été publiée par [French et al., 2005](#) (mais le document n'est pas libre d'accès).
  - Échelle de kinésiophobie de Tampa : [Tampa Scale of Kinesiophobia](#) (TSK)

\* L'échelle HAD peut être utilisée dans divers contextes, y compris en soins de première ligne.

[Fermer](#)

## 2.2.4.4 Évaluation des altérations de la perception du corps

### Boîte à outils cliniques



Avertissement : Sont présentés quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

#### Évaluation des altérations de la perception du corps :

Les outils suivants permettent de documenter la présence et l'ampleur des altérations de la perception du corps :

- **Dessin du corps** : L'évaluateur demande à la personne de décrire le membre atteint de SDRC de même que le membre sain en précisant les différences. Cette personne ou l'évaluateur réalise un dessin reflétant la description faite par la personne.
- **Échelle des altérations de la perception du corps de Bath** (Bath Body Perception Disturbance Scale). Cet outil comprend également la réalisation d'un dessin du corps.  
Source : Lewis et McCabe, 2010  
Disponible en [français](#) (Acapo *et al.*, 2025 – matériel complémentaire).

Exemples de questions qui peuvent être posées à la personne atteinte d'un SDRC :

- a) Comment percevez-vous votre membre par rapport à l'autre?
- b) Sans le regarder, quelle forme a-t-il?
- c) Pouvez-vous me décrire physiquement votre membre? Par rapport au membre sain, sont-ils identiques? Si non, quelles sont les différences?
- d) Avez-vous tendance à vous accrocher dans les cadres de porte?

NOTE : Le clinicien peut aider la personne en utilisant des exemples de situation, comme celui du dentiste où, alors qu'encore sous anesthésie, le visage demeure inchangé devant un miroir, bien que la joue anesthésiée soit perçue comme plus grosse.

[Fermer](#)

## 2.2.4.5 Évaluation du niveau fonctionnel, de l'état psychologique ainsi que des altérations de la perception du corps

### Boîte à outils cliniques



ⓘ Avertissement : Sont présentés quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

### Facteurs d'aggravation de la condition

#### Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux :

- Niveau fonctionnel
  - Questionnaire concis de la douleur : [Brief Pain Inventory](#) (BPI)
- État psychologique
  - Questionnaire sur la santé du patient : [Patient Health Questionnaire](#) (PHQ9) – appréciation des symptômes dépressifs et du niveau de détresse émotionnelle
    - [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
  - Dépistage des troubles anxieux et/ou de dépression :
    - [Generalized Anxiety Disorder 7-item](#) (GAD-7); [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
    - [Hospital Anxiety and Depression scale](#) (HAD\*)
    - [Inventaire de dépression de Beck](#) (IDB)
  - Échelle de dramatisation face à la douleur : Pain Catastrophizing Scale (PCS)  
Source : Sullivan *et al.*, 1995  
Une version française validée de ce questionnaire a été publiée par [French et al., 2005](#) (mais le document n'est pas libre d'accès).
  - Échelle de kinésiophobie de Tampa : [Tampa Scale of Kinesiophobia](#) (TSK)

\* L'échelle HAD peut être utilisée dans divers contextes, y compris en soins de première ligne.

#### Évaluation des altérations de la perception du corps :

Les outils suivants permettent de documenter la présence et l'ampleur des altérations de la perception du corps :

- **Dessin du corps** : L'évaluateur demande à la personne de décrire le membre atteint de SDRC de même que le membre sain en précisant les différences. Cette personne ou l'évaluateur réalise un dessin reflétant la description faite par la personne.
- **Échelle des altérations de la perception du corps de Bath** (Bath Body Perception Disturbance Scale). Cet outil comprend également la réalisation d'un dessin du corps.  
Source : Lewis et McCabe, 2010  
Disponible en [français](#) (Acapo *et al.*, 2025 – matériel complémentaire).

Exemples de questions qui peuvent être posées à la personne atteinte d'un SDRC :

- a) Comment percevez-vous votre membre par rapport à l'autre?
- b) Sans le regarder, quelle forme a-t-il?
- c) Pouvez-vous me décrire physiquement votre membre? Par rapport au membre sain, sont-ils identiques? Si non, quelles sont les différences?
- d) Avez-vous tendance à vous accrocher dans les cadres de porte?

NOTE : Le clinicien peut aider la personne en utilisant des exemples de situation, comme celui du dentiste où, alors qu'encre sous anesthésie, le visage demeure inchangé devant un miroir, bien que la joue anesthésiée soit perçue comme plus grosse.

[Retour vers Facteurs d'aggravation de la condition](#)

[Retour vers Collaboration interprofessionnelle](#)

[Fermer](#)

## 2.2.4.6 Soutien aux professionnels et demande de consultation

### Boîte à outils cliniques



Soutien aux professionnels de la santé :

- Programme : [ECHO® CHUM Douleur chronique](#)
- Avis d'expert : [Service d'avis d'expert](#)
- Plateforme de soins virtuels : [Soins et services virtuels en douleur chronique](#)
- Plateforme SAFIR : [Conseil numérique](#)

Demande de consultation :

- Plateforme Web pour la transmission des demandes en consultations spécialisées : MSSS – [L'accès priorisé aux services spécialisés](#)
- Formulaire pour une demande de consultation – Gestion de la douleur chronique, disponible sur le site des [Formulaires normalisés du réseau](#)

[Retour](#) vers Collaboration interprofessionnelle

[Retour](#) vers Orientation en milieu de soins spécialisés

[Fermer](#)

## 2.2.4.7 Autogestion, soutien et ressources aux personnes atteintes de douleur

### Boîte à outils cliniques



⚠ Avertissement : Sont présentés quelques exemples de ressources disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces ressources et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

#### Autogestion

- Programme d'autogestion de la douleur chronique : [Agir pour moi](#)
- [Portail Surmonter sa douleur](#)

#### Groupe/ligne d'entraide

- Association québécoise de la douleur chronique ([AQDC](#)) / ligne d'écoute et d'entraide 1-855 DOULEUR

#### Ressources complémentaires :

- Ressources éducatives pour les patients, proches aidants et professionnels de la santé : [Gérer ma douleur](#)
- Applications : [Petit Bambou](#), cohérence cardiaque (p. ex., RespiRelax+)
- Programmes et services sociaux de proximité – [Le 211](#)
- [Ordre des psychologues](#) pour des ressources spécialisées en gestion de la douleur (en sélectionnant la catégorie *Santé physique* et en précisant *Douleur chronique / Fibromyalgie*)

#### Quelques autres références disponibles (non évaluées par l'INESSS) :

- Déjouer la douleur chronique, Alan Gordon, Alon Ziv (2023), Les Éditions de l'Homme
- Libérez-vous de la douleur : par la méditation et l'ACT, Frédérick Dionne (2017), Éditions Payot & Rivages
- Le meilleur anti-douleur c'est votre cerveau, John E. Sarno (2016), Thierry Souccar Éditions

[Retour vers Enseignement personnalisé](#)

[Fermer](#)

## 2.2.4.8 Évaluation/dépistage du mésusage des opioïdes et ressources

### Boîte à outils cliniques



ⓘ Avertissement : Sont présentés quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

#### Opiïdes

- Outils de dépistage pour une douleur chronique
  - Pour évaluer le risque de mésusage avant la prescription d'opioïdes : [Score Opioid Risk Tool](#) (ORT)
  - Pour dépister le mésusage d'opioïdes prescrits : [Score Prescription Opioid Misuse Index](#) (POMI)
- Ressources pour les professionnels
  - CMFC – [Gestion de la douleur chronique non cancéreuse et les opioïdes](#)
  - OPQ-CMQ-OIIQ – [Prescription d'opioïdes : un rappel des bonnes pratiques](#)
  - McMaster University – [Lignes directrices canadiennes de 2024 visant l'ordonnance des opioïdes](#) (pour les patients souffrant de douleur chronique)
  - ISMP Canada – [Opioïdes pour gérer la douleur de courte durée](#)
  - OCC-FC – [Liste de vérification de l'observance du traitement opioïde](#) (Tableau 2, colonne OCC-FC)
  - CDP Toronto – [Naviguer dans l'univers des opioïdes](#)
  - INESSS – Guide d'usage optimal : Traitement par agonistes opioïdes : [Trouble lié à l'usage d'opioïdes](#) (TUO)
- Ressource pour les patients
  - Gouvernement du Canada – [Outils de sensibilisation pour les opioïdes](#)
- Ressources pour les professionnels et les patients
  - Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription : [Pour un usage sûr et approprié des médicaments](#)
  - AFMC – [Trousse d'outils du partenariat médecin-patient](#)
  - [Gérer ma douleur](#)

[Retour vers Tableau des médicaments](#)

[Fermer](#)

## 2.2.4.9 Usage des cannabinoïdes et ressources

### Boîte à outils cliniques



⚠ Avertissement : Sont présentés quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

#### Cannabinoïdes

- Outil clinique
  - Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) – [Utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques](#)
- Ressources pour les professionnels
  - CMQ – [Ordonnance de cannabis à des fins médicales](#)
  - Gouvernement du Canada – Renseignements destinés aux professionnels de la santé – [Le cannabis \(marihuana, marijuana\) et les cannabinoïdes](#)
- Ressources pour les professionnels et les patients
  - Université Laval – [Cannabis médical contre la douleur chronique](#)
- Ressources pour les patients :
  - [Gérer ma douleur](#)
  - Gouvernement du Canada – Renseignements pour le consommateur – [Cannabis \(marihuana, marijuana\)](#)
  - Santé Canada – [Accéder à du cannabis à des fins médicales](#)

[Retour vers Tableau des médicaments](#)

[Fermer](#)

## 2.3 Recommandations pour la pratique clinique (niveau 2)

Les recommandations qui appuient l'élaboration de l'algorithme de pratique clinique proposé au niveau 1 sont présentées dans les sections suivantes selon les trois principales étapes de la trajectoire de soins : l'évaluation diagnostique, la prise en charge collaborative et le suivi.

Il est important de noter que l'information complète relative aux sources scientifiques et aux arguments en soutien aux recommandations retenues sera détaillée dans l'algorithme dynamique (niveau 3, non présenté ici, mais disponible dans l'outil Web).

### 2.3.1 Évaluation diagnostique

- Le diagnostic du SDRC est essentiellement clinique. Les personnes chez qui un SDRC est suspecté devraient faire l'objet d'une évaluation complète comprenant :
  - l'anamnèse et l'examen physique;
  - l'observation des signes et des symptômes;
  - la recherche de diagnostics différentiels;
  - l'évaluation des facteurs d'aggravation de la condition.
- Il est recommandé d'utiliser les **nouveaux critères de l'IASP**, également appelés critères de Budapest, pour le diagnostic du SDRC dans la pratique clinique, soit :
  - douleur continue (spontanée et/ou provoquée), disproportionnée en durée et/ou en intensité par rapport à l'évolution habituelle de l'événement déclencheur, et régionale (non limitée à un territoire nerveux spécifique ou à un dermatome, qui s'étend au-delà du site de la blessure initiale);
  - présence d'au moins un signe ou un symptôme dans au moins trois des quatre catégories suivantes :
    - troubles sensoriels : allodynie, hyperalgésie;
    - troubles sudomoteurs : œdème, changement ou asymétrie de transpiration;
    - troubles vasomoteurs : asymétrie de température, changement ou asymétrie de la coloration cutanée;
    - troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité, limitation de l'amplitude de mouvement, dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) / modification de la pilosité, des ongles, de la peau.
  - présence à l'examen clinique d'au moins un signe ou un symptôme dans deux ou plus des catégories susmentionnées;
  - aucun autre diagnostic n'explique la symptomatologie.

- L'**anamnèse** devrait permettre de :
  - recueillir l'information sur les antécédents médicaux et les traitements actuels, les facteurs précipitants (p. ex., fracture<sup>6</sup>, intervention chirurgicale, accident à haute vitesse), les facteurs prédisposants (p. ex., SDRC de type II – plus grand risque de chronicisation, diagnostic tardif, antécédents de SDRC, autre douleur chronique) ainsi que l'histoire de la douleur pour laquelle la personne consulte et la caractérisation de cette douleur (p. ex., localisation, intensité, facteurs d'aggravation et d'atténuation, durée, etc.);
  - rechercher les diagnostics différentiels afin d'éliminer les caractéristiques pouvant être confondues avec les critères diagnostiques d'un SDRC sur le plan clinique (p. ex., douleur neuropathique, érythromélgie, maladie de Raynaud, thrombophlébite profonde, cellulite infectieuse, syndrome du défilé thoraco-brachial).
- Les symptômes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre et dans le temps, rendant difficile l'utilisation de tests standardisés pour un diagnostic précis. L'**examen physique** devrait objectiver les symptômes et signes cliniques selon les critères diagnostiques.
- Il n'existe aucun test pour diagnostiquer le SDRC – le diagnostic repose principalement sur l'examen clinique et l'historique médical de la personne. L'utilisation de **tests complémentaires** (p. ex., radiographies, tomodensitométries, IRM, scintigraphies, etc.) n'est donc pas recommandée pour confirmer ou infirmer la présence de ce syndrome ni pour documenter l'évolution de la condition.
- L'évaluation des **facteurs d'aggravation** de la condition (facteurs biopsychosociaux et altérations de la perception du corps) devrait être faite systématiquement afin de déterminer la sévérité des symptômes ainsi que le risque de persistance de la douleur (chronicisation) et d'assurer une prise en charge adaptée.
  - Les facteurs biopsychosociaux à considérer sont les suivants :
    - biologiques : comorbidité, surcharge pondérale, intensité élevée de la douleur, atteinte douloureuse de plusieurs membres;
    - psychologiques : kinésiophobie, catastrophisation, croyances, stress / stress post-traumatique, anxiété / trouble de l'anxiété généralisée, dépression, attentes négatives, capacité d'adaptation;

---

<sup>6</sup> Une supplémentation en vitamine C (500 à 1 000 mg pour 50 à 60 jours) pourrait réduire le risque de développer un SDRC ou le risque de récurrence d'un SDRC à la suite d'une fracture distale d'un membre (après blessure et/ou intervention chirurgicale). Bien que certaines études le suggèrent, les preuves disponibles demeurent limitées. Il est toutefois de l'opinion des membres du comité consultatif que la supplémentation en vitamine C est une option préventive qui peut être envisagée à la suite d'une discussion éclairée avec la personne et selon ses préférences, étant donné que la vitamine est peu coûteuse, bien tolérée et facilement accessible.

- sociaux : environnement de travail – notamment sur le plan de l’organisation comme le soutien, les accommodements, les relations, les horaires, les exigences des tâches –, environnement social, culturel et familial, contexte socioéconomique, éducation.
- Les symptômes liés aux altérations de la perception du corps et qui sont à considérer peuvent se manifester de diverses manières, notamment par :
  - un sentiment d’étrangeté, de désappartenance, de déshabitation ou de négligence du membre atteint;
  - une perception altérée des caractéristiques du membre (p. ex., la dimension, le poids, l’aspect physique, l’amputation ou l’inexistence d’une partie du membre);
  - une difficulté à situer le membre atteint dans l’espace (p. ex., sa position par rapport au reste du corps);
  - un fort sentiment de dégoût ou d’aversion par rapport au membre;
  - une anomalie de perception du membre ou de l’espace péripersonnel du côté atteint;
  - l’identification du site anatomique exact d’une amputation potentielle.
- L’utilisation d’outils cliniques validés devrait être envisagée pour évaluer les divers facteurs biopsychosociaux et les altérations de la perception du corps.
- Pour une prise en charge efficiente, outre l’appréciation des facteurs d’aggravation de la condition, l’évaluation diagnostique devrait permettre d’établir le phénotype de la douleur qui prédomine (nociceptive, neuropathique, nociplastique) ainsi que la possibilité d’une sensibilisation centrale.

### Information complémentaire

#### Critères de Budapest

- Il existe un consensus pour utiliser les critères de Budapest, validés par l’IASP, pour le diagnostic de SDRC.
- Les critères de Budapest doivent être utilisés pour diagnostiquer un SDRC. Ceux-ci améliorent la précision du diagnostic pour éviter les erreurs (dans la mesure du possible) ou les surdiagnostics liés à des critères trop vagues ou non validés.
- Ils présentent une très bonne sensibilité (0,99) et une bonne spécificité (0,68) [Harden *et al.*, 2010].

#### Tests diagnostiques

- Le principal intérêt des tests complémentaires (p. ex., radiographies, tomodensitométries, IRM, scintigraphies, etc.) est d’éliminer d’autres diagnostics possibles.

- L'utilisation de la scintigraphie osseuse en triple phase n'est pas nécessaire au diagnostic du SDRC, et le délai pour y avoir accès peut même retarder la prise en charge de la personne.
- Bien qu'un test positif puisse renforcer ou confirmer un diagnostic de SDRC, un test négatif n'en exclut pas le diagnostic.
- Les autres éléments à considérer dans la réduction des tests complémentaires pour poser un diagnostic de SDRC sont, notamment :
  - une amélioration de la qualité des soins en évitant les examens inutiles, les faux positifs et les cascades d'investigations;
  - une réduction de l'empreinte environnementale du système de santé (p. ex., en diminuant la consommation d'énergie, l'utilisation de produits chimiques, les déchets biomédicaux et électroniques, etc.);
  - une optimisation des ressources en réduisant les coûts associés aux tests non nécessaires.

### Troubles de la représentation et de la perception du corps

- Il s'agit d'altérations de la représentation du membre atteint sur les plans sensorimoteur (forme, taille), proprioceptif (mouvements dans l'espace) et de la perception consciente du membre, et des sentiments qui en découlent (émotions négatives, aversion de l'apparence ou sensation de non-appartenance) [Acapo *et al.*, 2024].

### Douleur prédominante

- La douleur présente dans le SDRC peut être conçue comme un continuum qui débute typiquement par une **douleur nociceptive** (liée à des lésions tissulaires périphériques et à une inflammation persistante post-trauma). Le traumatisme peut aussi causer directement une lésion nerveuse ou, encore, il peut entraîner une inflammation produisant une neuropathie des petites fibres et une inflammation neurogénique (**douleur neuropathique**). Par ailleurs, la sensibilisation périphérique et la neuroinflammation peuvent provoquer une **sensibilisation centrale**. En l'absence d'évidence d'une lésion nerveuse ou tissulaire causant l'activation des nocicepteurs, la douleur peut être la résultante d'un dysfonctionnement du système de la douleur (**douleur nociplastique**) [Mangnus *et al.*, 2023].
- Même si généralement plus d'un mécanisme sous-tend la douleur (dite mixte), un phénotype de douleur peut être plus inconfortable que les autres et se modifier dans le temps; identifier le phénotype de douleur qui prédomine permet de mieux cibler la prise en charge.

### Sensibilisation centrale

- Il s'agit d'une forme de neuroplasticité du système somato-sensoriel qui, en réponse à une activité périphérique soutenue et répétée, a pour conséquence l'amplification et la modification du message nociceptif touchant le système nerveux central. La persistance de cette hypersensibilité avec le temps est notamment attribuable à des traces (ou empreintes) laissées par les différentes expériences de douleur vécues.

## 2.3.2 Prise en charge collaborative

- Pour un meilleur pronostic, une approche multimodale rapide et proactive devrait être envisagée.
- La prise en charge devrait être le fruit d'une collaboration entre le clinicien traitant et les différents professionnels de la santé concernés (lorsque requis), dans l'optique, notamment, de prévenir la chronicisation de la douleur ou d'en réduire l'impact, dans la mesure du possible.
- La prise en charge devrait être faite conjointement avec la personne selon les principes de la prise de décision partagée.

### 2.3.2.1 Approches non pharmacologiques

- La mobilisation du membre atteint est la pierre angulaire du traitement du SDRC. Les approches non pharmacologiques<sup>7</sup> (physiques et psychosociales) devraient être priorisées et adaptées à la condition de la personne et viser l'utilisation fonctionnelle du membre atteint.
- De l'enseignement personnalisé devrait être proposé pour :
  - expliquer la condition, notamment les signes et les symptômes, la nature fluctuante de la douleur;
  - rassurer la personne, à la lumière de l'information qu'elle transmet (p. ex., préoccupations, impact de la douleur sur la vie quotidienne, etc.) et notamment sur :
    - la « normalité » de ses signes et symptômes dans le contexte d'un SDRC, c'est-à-dire que l'altération est normale, et non dangereuse;
    - sa peur de bouger le membre atteint, engendrant des comportements d'évitement (kinésiophobie), qu'il faut déconstruire rapidement.

---

<sup>7</sup> Dans ce document, le terme « non pharmacologique » est employé sans la spécification entre parenthèses pour alléger le texte.

- favoriser une mobilisation active précoce :
  - expliquer à la personne l'importance de regarder, de toucher et d'entraîner le mouvement du membre atteint;
  - encourager la personne à demeurer active, à reprendre ou à poursuivre ses activités.
- promouvoir des stratégies de gestion de la douleur (p. ex., encourager l'autogestion, informer sur les programmes et outils de soutien, etc.).
- Selon les résultats de l'évaluation des facteurs d'aggravation de la condition, la collaboration avec d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeute, psychologue, ergothérapeute, kinésiologue, médecins spécialistes) peut être requise afin d'optimiser la prise en charge de la personne.
  - Approches physiques :
    - elles devraient être adaptées en fonction de l'absence ou de la présence documentée d'altérations du schéma corporel;
    - la progression graduelle des exercices vise à préserver ou à optimiser la fonction du membre atteint et à favoriser le maintien ou la reprise des activités (travail, activités quotidiennes, loisirs).
  - Approches psychosociales :
    - une prise en charge psychosociale individuelle est recommandée dans les cas, notamment, d'anxiété excessive, de détresse importante liée à la douleur et/ou aux incapacités, d'un trouble de l'humeur, d'un état de stress post-traumatique ou d'un retentissement majeur sur la qualité de vie;
    - de l'information adaptée à la condition de la personne et selon les facteurs biopsychosociaux identifiés (contribuant à la douleur), peut être transmise.

### 2.3.2.2 Approches pharmacologiques

- Les approches pharmacologiques devraient être employées en concomitance avec les approches non pharmacologiques pour soulager la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle.
- Le choix du traitement devrait tenir compte, notamment :
  - du type de douleur qui prédomine au moment de l'évaluation;
  - des antécédents médicaux, des expériences antérieures de prise d'antalgiques, des préférences de la personne et du risque de mésusage.

- De façon générale, les médicaments à envisager sont :
  - pour une douleur nociceptive : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (systémiques ou topiques), seuls ou combinés à l'acétaminophène, ou acétaminophène seul si les AINS sont contre-indiqués ou mal tolérés;
  - pour une douleur neuropathique : antidépresseurs – inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ou antidépresseurs tricycliques (ATC) –, seuls ou combinés aux antiépileptiques (gabapentinoïdes);
  - pour une douleur nociplastique : antidépresseurs – IRSN ou ATC – ou antiépileptiques (gabapentinoïdes), selon les comorbidités de la personne (p. ex., insomnie, anxiété, trouble de stress post-traumatique, dépression, etc.).
- En phase aiguë, les médicaments suivants peuvent être envisagés :
  - Les corticostéroïdes :
    - en présence de symptômes inflammatoires prédominants ou d'une douleur très importante avec ou sans œdème : un cycle de corticostéroïdes à doses décroissantes sur une courte période (p. ex., sur 10 à 14 jours; ne pas faire de cycle à répétition).
  - Les opioïdes :
    - dans le cas d'une douleur sévère ou incapacitante à prédominance nociceptive ou neuropathique, peuvent être envisagés pour un contrôle rapide de la douleur pour maintenir ou restaurer la capacité fonctionnelle;
    - devraient être diminués dès que possible, c'est-à-dire dès qu'il y a une amélioration significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle.
- Il est primordial de réévaluer rapidement la personne dans un délai de deux à trois semaines après le début du traitement pour suivre l'évolution de la condition. Selon l'évaluation, si les médicaments prescrits en première intention ne soulagent pas de façon adéquate, avant d'ajouter un nouveau médicament, il convient de :
  - s'assurer de l'atteinte de la dose efficace du médicament préalablement prescrit et d'optimiser la dose prescrite s'il y a lieu;
  - réévaluer les facteurs biopsychosociaux et les altérations de la perception du corps ainsi que les approches non pharmacologiques;
  - déprescrire les médicaments qui n'ont pas permis une amélioration significative de la douleur ni d'améliorer la capacité fonctionnelle.

- Des analgésiques topiques (préparation magistrale) pourraient parfois être envisagés en complémentarité avec le traitement, selon le type de douleur et en absence de contre-indication.
- L'usage des bisphosphonates peut être envisagé pour soulager une douleur aiguë ou une douleur chronique de moins d'un an – quand les autres moyens ne suffisent pas. Même si les bisphosphonates ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de SDRC, ils sont couramment prescrits à cette fin en milieu de soins spécialisés et, selon l'expertise des cliniciens consultés (et les lignes directrices retenues), ils constituent une option de traitement valable.
- Une ordonnance de cannabinoïdes pourrait être envisagée pour soulager la douleur si toutes les autres options médicamenteuses sont inefficaces ou ne sont pas tolérées et selon le rapport bénéfices/risques discuté préalablement avec la personne; leur usage nécessite un suivi rapproché.
- Pour une douleur sévère et persistante, d'autres traitements peuvent être envisagés en milieu de soins spécialisés (p. ex., perfusion de kétamine, blocs neurologiques, neurostimulation).
- Il est recommandé de rappeler à la personne le bon usage des médicaments, leur utilité à visée symptomatique et non curative, et de s'assurer de sa compréhension, notamment en ce qui concerne les effets indésirables ainsi que l'importance du respect de son ordonnance et de son adhésion au traitement.

### **Information complémentaire**

#### **La prescription d'opioïdes devrait :**

- viser une dose minimale efficace pour quelques jours seulement, en association avec des antalgiques non opioïdes pour obtenir une antalgie satisfaisante;
- favoriser les molécules de faible puissance, lorsque possible, ou autres agonistes des récepteurs opioïdes mu;
- viser une formulation de longue action pour une douleur constante, pour réduire l'intensité de la douleur, et une formulation de courte action, pour prévenir les hausses de douleur en réadaptation ou pour diminuer une douleur moins prévisible;
- être accompagnée d'un suivi serré et d'une réévaluation en fonction du rapport bénéfices/risques attendu, préalablement discuté avec la personne.

### 2.3.3 Suivi

- Selon l'état de santé de la personne et de ses besoins :
  - un suivi précoce et fréquent pourrait s'avérer approprié (une visite toutes les deux ou trois semaines);
  - la prise en charge devrait être modifiée en présence d'une évolution des facteurs biopsychosociaux;
  - le traitement (non pharmacologique et/ou pharmacologique) devrait être réévalué en fonction de l'amélioration de la douleur et de la capacité fonctionnelle de la douleur.
- Favoriser la rapidité et la proactivité de la démarche clinique :
  - si haute suspicion de SDRC – revoir rapidement la personne dont les critères diagnostiques sont partiellement respectés;
  - si les symptômes sont persistants et compatibles avec un SDRC, malgré les examens et tests appropriés pour éliminer les diagnostics différentiels;
  - si diagnostic de SDRC – s'assurer du suivi de la personne jusqu'à sa prise en charge en milieu de soins spécialisés, s'il y a lieu, pour éviter des délais indus.
- En présence de douleur persistante, d'une condition qui n'évolue pas favorablement ou d'une évolution quasi absente, malgré des traitements conventionnels, une orientation en milieu de soins spécialisés devrait être envisagée dans les trois à six mois suivant le début des symptômes.

# CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Cet algorithme est un outil d'aide à la prise en charge du SDRC, qui regroupe l'ensemble des recommandations proposées par l'INESSS – de l'évaluation initiale de la personne à son suivi – à la lumière des données issues de la littérature et des consultations des parties prenantes. Présenté sous une forme Web dynamique, l'outil s'adresse aux professionnels de la santé qui exercent en contexte de première ligne. Sans se substituer au jugement clinique, il est conçu pour favoriser une prise en charge plus rapide des personnes adultes chez qui un SDRC est suspecté et pour limiter les orientations non pertinentes vers les deuxième et troisième lignes.

À terme, les retombées potentielles et attendues de ces travaux dans la pratique clinique seront :

- une meilleure reconnaissance, par les intervenants de la première ligne, des personnes qui présentent un SDRC, permettant ainsi d'améliorer le pronostic et d'optimiser les résultats cliniques;
- une communication et un partage d'information plus complets et efficaces avec les personnes atteintes, favorisant la décision partagée, l'implication et l'adhésion au traitement;
- un traitement plus précoce, facilitant le pont avec la prise en charge en deuxième ligne et limitant ainsi le risque de chronicisation.

## Des enjeux liés à la prise en charge du SDRC au Québec

Les enjeux suivants ont été soulevés au cours de ces travaux :

- une méconnaissance de la trajectoire de soins et de services à suivre pour les personnes atteintes d'un SDRC;
- une difficulté d'accès en temps opportun à une équipe interprofessionnelle spécialisée (deuxième et troisième lignes) offrant des services de réadaptation physique ou des interventions psychosociales, rendant la trajectoire de soins moins optimale.

## Des éléments à considérer pour la mise en œuvre

Avec la disponibilité d'outils de référence adaptés, dont le présent algorithme, il sera possible de soutenir une offre de soins et de services intégrée et efficace, avec la contribution de l'ensemble des parties prenantes concernées (p. ex., ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, établissements, cliniques publiques et privées, usagers). La diffusion et la promotion des algorithmes au sein du réseau ainsi que l'adhésion et l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés sont essentielles pour favoriser l'optimisation et l'harmonisation des pratiques cliniques au sein du réseau québécois de la santé.

À cette fin, il est suggéré, notamment, que :

- les établissements de santé et autres milieux cliniques ajoutent dans leurs protocoles et outils de référence un hyperlien vers l'algorithme de prise en charge du SDRC, ou du moins qu'ils s'assurent d'en promouvoir l'utilisation;
- les établissements d'enseignement procèdent à la mise à jour de la formation de base offerte aux futurs cliniciens en fonction de l'algorithme proposé pour la prise en charge du SDRC;
- les instances concernées par la formation continue (ordres professionnels, associations professionnelles, réseaux de douleur, etc.) conçoivent et offrent des formations pour favoriser l'actualisation des connaissances sur la prise en charge du SDRC;
- le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec :
  - examinent les stratégies qui permettraient de soutenir la première ligne en favorisant l'accès, lorsque requis, à des soins spécialisés pour les personnes atteintes de SDRC au sein des établissements partout au Québec;
  - considèrent l'intégration des critères de Budapest, utilisés pour diagnostiquer un SDRC, au formulaire normalisé (AH-741) de demande d'orientation en milieu de soins spécialisés (clinique de la douleur, centre de réadaptation).

### **Des indicateurs de suivis à considérer**

Le succès de l'implantation des recommandations formulées (et, par conséquent, de l'algorithme) pourrait se mesurer dans le temps par :

- la réduction du nombre de tests complémentaires (comme les radiographies, les tomodensitométries, les IRM et les scintigraphies) pour poser un diagnostic de SDRC;
- le délai d'attente en milieu de soins spécialisés pour un SDRC;
- le nombre mensuel de visites de l'algorithme Web dynamique.

## **MISE À JOUR**

La mise à jour de l'algorithme sera faite en continu, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné les travaux ainsi que d'autres utilisateurs du réseau pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent pertinent d'effectuer une mise à jour des documents et de l'outil clinique.

## RÉFÉRENCES

- Acapo S, Dupeyron A, Nizard J. Les troubles de la représentation et de la perception du corps dans le syndrome douloureux régional complexe. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement* 2024;25(2):60-6.
- Acapo S, Nizard J, Rulleau T, Kacki N, Laurent-Chabalier S, Mura T, Dupeyron A. Transcultural adaptation of the bath CRPS body perception disturbance scale into French. *Ann Phys Rehabil Med* 2025;68(5):101979.<sup>8</sup>
- de Mos M, de Bruijn AG, Huygen FJ, Dieleman JP, Stricker BH, Sturkenboom MC. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* 2007;129(1-2):12-20.
- Elsharydah A, Loo NH, Minhajuddin A, Kandil ES. Complex regional pain syndrome type 1 predictors - Epidemiological perspective from a national database analysis. *J Clin Anesth* 2017;39:34-7.
- Ferraro MC, O'Connell NE, Sommer C, Goebel A, Bultitude JH, Cashin AG, et al. Complex regional pain syndrome: advances in epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Lancet Neurol* 2024;23(5):522-33.
- French DJ, Noël M, Vigneau F, French JA, Cyr CP, Evans RT. L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». *Can J Behav Sci* 2005;37(3):181.<sup>8</sup>
- Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22(10):1911-20.<sup>8</sup>
- Goebel A, Barker C, Birklein F, Brunner F, Casale R, Eccleston C, 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;23(4):641-51.
- Goebel A, Birklein F, Brunner F, Clark JD, Gierthmuhlen J, Harden N, et al. The Valencia consensus-based adaptation of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria. *Pain* 2021;162(9):2346-8.
- Goebel A et Turner-Stokes LF. Complex regional pain syndrome in adults: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. London : RCP; 2018.
- Harden NR, Bruehl S, Perez R, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain* 2010;150(2):268-74.

---

<sup>8</sup> Autres références citées dans la sous-section 2.2.

- Harden RN, McCabe CS, Goebel A, Massey M, Suvar T, Grieve S, Bruehl S. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition. Pain Med 2022;23(Suppl 1):S1-S53.
- International Association on the Study (IASP). IASP Terminology, Pain terms and definitions [site Web]. Washington, DC : IASP; 2021. Disponible à : <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (consulté le 23 septembre 2025).<sup>8</sup>
- Lewis J et McCabe CS. Body perception disturbance (BPD) in CRPS: current and emerging therapeutic approaches including desensitization techniques and mirror visual feedback, together with the introduction of a new clinical tool for the early identification of BPD. Pract Pain Manag 2010;10(3):60.<sup>8</sup>
- Lloyd ECO, Dempsey B, Romero L. Complex Regional Pain Syndrome. Am Fam Physician 2021;104(1):49-55.<sup>8</sup>
- Mangnus TJP, Dirckx M, Huygen F. Different Types of Pain in Complex Regional Pain Syndrome Require a Personalized Treatment Strategy. J Pain Res 2023;16:4379-91.
- Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract 2012;12(4):276-85.<sup>8</sup>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026. Québec, Qc : MSSS; 2021. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf> (consulté le 28 août 2025).
- Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RA. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. Man Ther 2010;15(2):135-41.<sup>8</sup>
- Pitance L, Piraux E, Lannoy B, Meeus M, Berquin A, Eeckhout C, et al. Cross cultural adaptation, reliability and validity of the French version of the central sensitization inventory. Manual therapy 2016;25:e83-e4.<sup>8</sup>
- Santé Canada. La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action/rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur. Ottawa, ON : Santé Canada; 2019. Disponible à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2019/sc-hc/H134-5-2019-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H134-5-2019-fra.pdf) (consulté le 28 août 2025).
- Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada. Ottawa, ON : Santé Canada; 2021. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf> (consulté le 28 août 2025).

- Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes: les recommandations de Lille. *Douleur analg* 2019;32:155-64.
- Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment* 1995;7(4):524-32.<sup>8</sup>
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

