

# **REDIGER UN COURRIER EN PSYCHIATRIE**

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

Le courrier médical est un outil fondamental pour optimiser la prise en charge d'un patient et la rédaction d'un bon courrier est loin d'être un exercice aisé. Pourtant, les règles de bonne pratique dans ce domaine restent très peu enseignées. Nous proposons dans ce document, une "check-list" des éléments devant figurer dans un courrier médical, ainsi qu'un modèle de compte rendu d'hospitalisation (CRH). Ce modèle constitue une trame générale et doit, bien entendu, être adapté selon les situations.

## **État des lieux du courrier en médecine**

La communication entre les médecins prenant en charge un même patient est souvent, malgré son importance, loin d'être optimale. Une revue de 73 études s'intéressant à la qualité des CRH a ainsi montré que : 65 % des CRH ne mentionnaient pas les résultats des examens complémentaires réalisés durant l'hospitalisation, 2 à 40 % n'informaient pas sur les traitements à poursuivre à la sortie, 20 % n'évoquaient pas le diagnostic principal du patient et 90 % ne rapportaient pas si une information sur sa maladie avait été donnée au patient et à sa famille. En ce qui concerne les délais, les CRH n'étaient pas disponibles à la première consultation suivant la sortie dans 10 à 30 % des situations (Kripalani et al. 2007). Ces données suggèrent donc une très grande marge d'amélioration quant à la qualité des courriers en médecine.

# REDIGER UN COURRIER EN PSYCHIATRIE

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

## Recommandations actuelles en psychiatrie

En psychiatrie, des initiatives ont été menées afin d'améliorer la qualité des courriers. Ces travaux concernent tout particulièrement les échanges des psychiatres avec les médecins généralistes étant donnée la place centrale que ces derniers occupent dans la prise en charge des patients. Ainsi, des recommandations ont récemment été publiées par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie : "Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique" (« RECOMMANDATIONS - CNQSP » 2015). Ces recommandations sont résumées dans le **Tableau 1**.

- 
- Avis diagnostique
  - Risques évolutifs immédiats
  - Facteurs environnementaux (ex: éléments justifiant un arrêt de travail, sa durée, etc.)
  - Projet de soins et son organisation intégrant la place et le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge, explication des recours en cas de difficultés
  - Prescription médicamenteuse argumentée
  - Éléments de surveillance
- 

**Tableau 1** : Synthèse des éléments devant apparaître dans un courrier du psychiatre au médecin généraliste (adapté de (« RECOMMANDATIONS - CNQSP » 2015)).

# REDIGER UN COURRIER EN PSYCHIATRIE

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

Toutefois, il est important de garder à l'esprit que les psychiatres peuvent être amenés, au cours de leur exercice à correspondre avec tous les spécialistes : médecins généralistes, mais aussi endocrinologues, neurologues, gastro-entérologues, urgentistes, réanimateurs... et surtout les autres psychiatres. Différents psychiatres peuvent en effet être amenés à interagir dans la prise en charge d'un même patient. Cette situation est de plus en plus fréquente, compte tenu de l'évolution des soins psychiatriques en France. Ainsi, la prise en charge d'un patient peut comporter : des consultations de suivi "classique", des consultations spécialisées (ex: consultations pour les patients ayant vécu un traumatisme), des hospitalisations programmées ou non, des consultations en centre de recours régional ou en centre experts, etc.

Dans ce contexte, la qualité des courriers s'avère primordiale pour la bonne transmission des informations médicales. Le courrier devra contenir à la fois les informations utiles aux médecins non-psychiatres (ex : quels examens ont été réalisés durant une hospitalisation pour éviter leur répétition, quel changement thérapeutique est préconisé, de quelles informations le patient dispose t-il concernant sa maladie, etc) mais également les renseignements indispensables pour les psychiatres qui seront éventuellement amenés à suivre le patient (ex : histoire précise de la maladie, influence des facteurs environnementaux, échec de certains psychotropes, effets paradoxaux, sémiologie, etc.). De façon générale, un courrier doit comprendre un certain nombre d'éléments indispensables résumés dans le

**Tableau 2.**

# REDIGER UN COURRIER EN PSYCHIATRIE

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

- 
- Les noms de l'expéditeur et du destinataire
  - La date de consultation ou d'hospitalisation
  - Le motif de consultation ou d'hospitalisation
  - Les antécédents psychiatriques et non-psychiatriques
  - La biographie du patient
  - L'histoire de la maladie générale et actuelle
  - L'examen psychiatrique détaillé
  - Les examens para-cliniques réalisés et leurs résultats
  - Le suivi prévu et le projet de soins (préciser si des rendez-vous sont à prendre et avec qui, si des examens sont à prévoir)
  - Le traitement préconisé et détaillé (posologie, galénique, durée de traitement). Expliquer pourquoi il y a changement ou non de traitement
  - Préciser si des éléments de surveillance particuliers existent
  - Préciser si des informations et explications ont été données au patient +/- sa famille

**Tableau 2** : check-list des éléments devant apparaître dans tout courrier médical (adapté de (Kripalani et al. 2007))

Un autre point important est celui du délai entre la consultation (ou la sortie d'hospitalisation) et la rédaction du courrier. Celui-ci doit impérativement parvenir dans les plus brefs délais aux différents correspondants médicaux. Dans l'idéal, pour qu'il garde toute sa pertinence et son utilité, il devrait être envoyé un à deux jours après une consultation et une semaine à 10 jours après une sortie d'hospitalisation. Si le CRH n'est pas terminé à la sortie du patient, un courrier minimum "rapide" doit être rédigé avec les informations suivantes : coordonnées du médecin qui a pris en charge le patient, motif d'hospitalisation, état clinique du patient à la sortie, traitement de sortie et toute information essentielle dans des situations particulières (dans ce genre de situation, un appel téléphonique complémentaire est d'ailleurs indispensable). Ce courrier doit préciser qu'un compte rendu plus complet sera adressé ultérieurement. Pour cette question des délais de rédaction, l'objectif est que le praticien destinataire dispose des informations médicales qui lui sont nécessaires au cours de la consultation suivant la sortie d'hospitalisation ou l'avis spécialisé.

# MODÈLE DE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

**Le(s) destinataire(s) (nom, adresse) ainsi que l'auteur du courrier doivent apparaître clairement.**

Mme ou M. XXXX a été hospitalisé(e) à (lieu et unité d'hospitalisation) de XXX à XXX pour prise en charge de XXXX (préciser le contexte d'admission (ex: après avoir été adressé par son médecin traitant, après passage en réanimation, après consultation spontanée aux urgences, etc.) ainsi que le mode d'hospitalisation (HL? SDT? SDRE?).

## Antécédents

Les antécédents de ce patient sont XXXXX (préciser si besoin la spécialité concernée : antécédents neurologiques, endocrinologiques, cardiologiques, etc.).

Sur le plan psychiatriques on retrouve XXXXX (préciser si un diagnostic a été posé (et non étiqueté !), le nom du psychiatre traitant, le type de suivi, la structure éventuellement impliquée dans les soins, les différentes hospitalisations, les tentatives de suicide, le nombre d'épisodes, etc.).

Sur le plan addictologique on note XXXXX (ces antécédents doivent être rapportés de façon précise, en langage médical et éviter les approximations du type "il a un problème avec l'alcool").

Au niveau familial, on retrouve XXXXX (ces informations sont très importantes, par exemple une mort par suicide dans la famille est un facteur de risque de passage à l'acte auto-agressif chez le patient, un antécédent de trouble bipolaire traité et stabilisé par lithium donne également un indice sur la chance de répondre à un traitement par lithium du patient, etc). Il faut ici faire attention à ne jamais mentionner aucun détail concernant d'autres personnes que le patient. Les formules suivantes doivent être favorisées : antécédent de suicide chez un apparenté au premier degré, antécédent d'épisode

# **MODÈLE DE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

dépressif majeur chez un apparenté au deuxième degré, etc. Rappelons également que "contexte familial difficile" n'est pas un antécédent psychiatrique !

La distinction entre antécédents médicaux vs antécédents psychiatriques est à proscrire puisque les antécédents psychiatriques sont des antécédents médicaux !! En utilisant cette distinction, les psychiatres entretiennent la croyance selon laquelle les pathologies psychiatriques ne sont pas de « vraies » maladies, disqualifiant la spécialité et stigmatisant les patients.

La formule trop souvent utilisée "je ne rappelle pas les antécédents de ce patient que vous connaissez bien" est à proscrire. En effet, le plus souvent, au final, personne ne connaît plus les antécédents du patient dont il est question !

## **Traitements à l'entrée**

Détailler tous les traitements psychiatriques et non psychiatriques avec les heures de prise et les posologies.

## **Biographie**

Où le patient réside-t-il ? Avec qui ? Quelles sont ses ressources ? Perçoit-il l'AAH ? Est-il en situation de précarité ? Bénéficie-t-il d'un bon étayage familial ?

## **Histoire de la maladie**

Il s'agit ici de reprendre l'histoire de la maladie dans son ensemble jusqu'à l'épisode actuel.

# **MODÈLE DE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

## **Examen psychiatrique et déroulement de l'hospitalisation**

Cette partie doit détailler l'examen psychiatrique du patient à son entrée et doit décrire le déroulement de l'hospitalisation, l'évolution clinique et la réponse aux moyens thérapeutiques mis en œuvre.

L'examen psychiatrique est essentiellement clinique. L'analyse sémiologique en psychiatrique consiste à explorer 7 domaines de l'expérience vécue et des conduites du patient (AESP/CNUP 2014) : 1/ la présentation (apparence, mimique, activités psychomotrices), 2/ le discours et la pensée (rythme, forme, contenu), 3/ les perceptions (illusions, hallucinations), 4/ l'affectivité (comprenant les émotions et l'humeur), 5/ les fonctions instinctuelles (sommeil, alimentation, sexualité, signes neurovégétatifs), 6/ le comportement (impulsions, compulsions), 7/ le jugement et l'insight. Cette analyse sémiologique peut éventuellement être complétée par des échelles cliniques (hétéro- ou auto- questionnaires) dont les résultats devront être indiqués dans le courrier.

Enfin, dans cette partie doivent aussi figurer les examens complémentaires qui ont été réalisés durant l'hospitalisation.

# **MODÈLE DE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

## **Diagnostic et pronostic**

Diagnostic retenu à l'issue de l'hospitalisation, évolution à prévoir. De plus, chaque diagnostic de trouble mental doit conduire comme dans toute discipline médicale à évaluer sa gravité et sa sévérité (pour plus de détails cf (Micoulaud-Franchi et Quilès 2014)).

La gravité d'une maladie est reliée au risque vital à court terme et au degré d'urgence de la situation. En psychiatrie la question médicale est la suivante : le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour les autres ? Il s'agit d'évaluer le risque suicidaire et la capacité à consentir aux soins malgré le trouble mental.

La sévérité d'une maladie est quant à elle reliée au pronostic, en terme de mortalité (rapidité d'évolution, risque de rechute et/ou de récurrence grave) et de morbidité (retentissement fonctionnel de la maladie). Le degré de sévérité d'une maladie est un argument pour évaluer le rapport bénéfice risque et justifier le choix de thérapeutiques au long cours des maladies chroniques (par exemple les corticoïdes inhalés dans l'asthme sévère). La sévérité en psychiatrie s'évalue par : le degré d'intensité des symptômes et signes cliniques psychiatriques, et le degré de répercussion fonctionnelle des symptômes et signes cliniques psychiatriques. Un trouble peut être léger, modéré, sévère. Le trouble peut être en rémission complète ou partielle. En cas de rémission complète de plusieurs mois, on parle de rétablissement. On parle de rechute en cas de recrudescence de symptômes et de signes avant le rétablissement et de récurrence en cas de recrudescence de symptômes et signes après le rétablissement.

# **MODÈLE DE COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

Le degré d'intensité des symptômes et signes cliniques psychiatriques peut s'évaluer par des outils validés présentant la même fiabilité et pertinence que bon nombre d'outils d'évaluation utilisés en médecine. Ces outils sont : des auto-questionnaires et des hétéro-questionnaires. L'utilisation de ces outils est recommandée par l'HAS (Haute Autorité en Santé). Par exemple, l'outil générique qui évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient est l'échelle globale de fonctionnement EGF coté de 0% à 100%.

## **Projet thérapeutique ou organisation du suivi**

Qui va assurer le suivi du patient ? Des RDV sont-ils à prévoir ?

Une phrase doit mentionner si les différents éléments ont été expliqués au patient et à sa famille

## **Traitement à la sortie**

La galénique, la posologie, les horaires de prises et la durée du traitement doivent être précisés.

## **Éléments particuliers de surveillance (psychiatriques et non-psychiatriques)**

Si une surveillance particulière est nécessaire sur le plan clinique ou paraclinique, elle doit être explicitée.

## **Conclusion**

Cette partie de quelques lignes doit pouvoir être lue et comprise indépendamment du reste du courrier. Les informations essentielles quant à l'hospitalisation doivent pouvoir être retrouvées ici.



# COURRIER MINIMUM "RAPIDE"

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

## Préciser le destinataire

Chère consœur,

Mme ou M. XXXX a été hospitalisé(e) à (lieu et unité d'hospitalisation) de XXX à XXX pour prise en charge de XXXX (préciser le contexte d'admission (ex: adressé par son médecin traitant, après passage en réanimation, après consultation spontanée aux urgences, etc.)) ainsi que le mode d'hospitalisation (HL? SDT? SDRE?). Préciser le contexte de sortie si nécessaire.

Donner toute information essentielle s'il s'agit d'une situation particulière et importante (dans ce genre de situation, un appel téléphonique complémentaire (par exemple au médecin traitant) est indispensable).

Nous vous suggérons la prise en charge suivante : .....  
.....  
.....

Nous vous suggérons la surveillance suivante : .....  
.....  
.....

Son traitement à la sortie comporte :

- 
- 
-



## COURRIER MINIMUM "RAPIDE"

Auteur: Ali Amad

Relecteurs: Thomas Fovet, Clélia Quiles, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Pierre Alexis Geoffroy

Un courrier plus détaillé vous parviendra ultérieurement.

Nous restons à votre disposition pour toute demande de renseignements complémentaires.

Je vous prie de croire, cher confrère, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Coordonnées du médecin qui a vu le patient

## Références :

AESP/CNUP. 2014. *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Édition : 1re édition. Tours: Université François Rabelais.

Kripalani, Sunil, Frank LeFevre, Christopher O. Phillips, Mark V. Williams, Preetha Basaviah, et David W. Baker. 2007. « Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care ». *JAMA* 297 (8): 831- 41. doi:10.1001/jama.297.8.831.

Micoulaud-Franchi, Jean-Arthur, et Clélia Quilès. 2014. « En terre étrangère. Proposition d'une cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172 (8): 681- 92. doi:10.1016/j.amp.2014.08.005.

« RECOMMANDATIONS - CNQSP ». 2015. <https://sites.google.com/site/cnqsp/the-team>.