

Le médecin de famille et le patient suicidaire The family physician and the suicidal patient

Benkt Abom

Volume 19, numéro 2, automne 1994

Le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032319ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032319ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Abom, B. (1994). Le médecin de famille et le patient suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 163–174. <https://doi.org/10.7202/032319ar>

Résumé de l'article

Comme base de discussion, nous survolons rapidement les études portant sur les possibilités d'intervention et de prévention du suicide et des tentatives de suicide dans un contexte de pratique générale. L'objectif principal du présent article est de discuter des différentes façons d'améliorer la capacité des médecins de famille à reconnaître et à intervenir face à des signes suicidaires chez le patient. Un résumé des articles importants déjà publiés en Suède par Rutz et son équipe démontre clairement l'importance de la formation sur les désordres dépressifs et sur les problèmes connexes. L'importance des habiletés communicationnelles du médecin dans cette situation clinique ne fait aucun doute mais cet aspect n'a jamais fait l'objet d'études approfondies et nous en touchons brièvement.



Le médecin de famille et le patient suicidaire

Benkt Abom*

Comme base de discussion, nous survolons rapidement les études portant sur les possibilités d'intervention et de prévention du suicide et des tentatives de suicide dans un contexte de pratique générale. L'objectif principal du présent article est de discuter des différentes façons d'améliorer la capacité des médecins de famille à reconnaître et à intervenir face à des signes suicidaires chez le patient. Un résumé des articles importants déjà publiés en Suède par Rutz et son équipe démontre clairement l'importance de la formation sur les désordres dépressifs et sur les problèmes connexes. L'importance des habiletés communicationnelles du médecin dans cette situation clinique ne fait aucun doute mais cet aspect n'a jamais fait l'objet d'études approfondies et nous en touchons brièvement.

Le problème du suicide et de la prévention du suicide a longtemps été considéré comme relevant exclusivement du champ psychiatrique. Au cours des dix dernières années toutefois, un certain nombre d'études ont démontré que plusieurs personnes qui ont tenté de se suicider ou qui ont effectivement mis fin à leurs jours avaient consulté leur médecin de famille peu de temps avant l'acte suicidaire.

Entre 20 et 40 % des personnes qui ont tenté de se suicider avaient consulté un médecin généraliste (MG) dans la semaine précédant le parasuicide. Le nombre de patients qui ont consulté leur médecin de famille dans le mois précédant est encore plus grand: entre 43 et 70 %!

Les statistiques des suicides accomplis sont à peu près du même ordre: entre 22 et 27 % des suicidés ont consulté au cours de la dernière semaine et de 44 à 65 %, au cours du mois précédant leur mort (Diekstra et Egmond, 1989; Petrie, 1989; Damsbo et Friborg, 1989; Turner, 1982).

* L'auteur est médecin généraliste et collabore aux travaux du Centre d'étude et de prévention du suicide de Stockholm, en Suède.

Conséquemment, le patient suicidaire représente aussi une urgence pour le médecin prodiguant des soins généraux. Encore plus troublant est le fait que, souvent, l'état dépressif et les tendances suicidaires des patients échappent au médecin généraliste au cours de la consultation.

Le non-diagnostic de la dépression dans la pratique générale

Dans les pays industriels de l'Occident, le taux de dépressions qui requièrent un traitement médical va de 3 à 5 % (Sartorius, 1974). Ainsi, le risque de souffrir de désordres affectifs, au cours d'une vie, est estimé à 25 % pour les hommes et à 50 %, le double, pour les femmes (Hagnell et al., 1982). Il est probable que plus de la moitié de ces personnes ne cherchent pas d'aide et on en compte trop, parmi celles qui consultent, dont l'état dépressif échappe au diagnostic ou qui reçoivent le mauvais traitement. En Angleterre, Freeling et ses collaborateurs ont démontré que l'état de la moitié des dépressifs graves avait échappé aux médecins. Ces patients sont un peu différents de ceux pour qui le diagnostic était juste en ce qu'ils montraient moins de signes de dépression mais ils en souffraient depuis plus longtemps. Ils étaient touchés plus souvent (30 %) par des maladies physiques, auxquelles l'état dépressif semblait relié (Freeling et al., 1985). L'incapacité de diagnostiquer la dépression semble être due à la méconnaissance des généralistes des signes de dépression, aux carences de leurs techniques d'entrevues et à leur attitude générale face aux problèmes émotifs de leurs patients.

Les résultats des études de Prestidge et Lake, en Californie et au Maryland, sont venus appuyer ceux de Freeling concernant le taux de patients souffrant de désordres affectifs qui ne sont ni diagnostiqués ni traités par les généralistes. Presque la moitié! Ces chercheurs avancent aussi que plus la personne est dépressive, plus elle a tendance à consulter un non-psychiatre. Ils suggèrent l'utilisation d'échelles pour évaluer la dépression mais insistent aussi sur l'importance, pour le médecin, de rester vigilant face aux signes de dépression (Prestidge et Lake, 1987).

Le patient suicidaire dans un contexte de pratique générale

Quelques chercheurs se sont penchés sur la relation entre le patient suicidaire et le médecin généraliste. À Seattle, Lin et ses collaborateurs ont conclu que l'information contenue dans les dossiers médicaux ne différenciait pas, de façon fiable, les patients suicidaires de ceux du groupe de contrôle, quant aux signes de risque accru de suicide. Cela, en fait, n'a rien de surprenant (Lin et al., 1989). Il se peut fort bien que le médecin ne consigne pas dans le

dossier médical cette vague impression d'avoir en face de lui un suicidaire potentiel.

Il faut tenir compte de cette tendance quand on demande aux médecins, dans un questionnaire, s'ils avaient reconnu le risque de suicide chez les patients qu'ils ont vus avant que ceux-ci ne se suicident ou ne tentent de se suicider. Les Danois Damsbo et Friborg ont utilisé cette approche et ils ont découvert, entre autres, que les généralistes disaient avoir identifié le risque de suicide plus fréquemment chez les patients qui devaient tenter de se suicider que chez ceux qui s'étaient effectivement enlevé la vie (Damsbo et Friborg, 1989).

Crockett (1987) a aussi publié une étude intéressante sur les patients suicidaires qui consultent les médecins généralistes. En comparant la fréquence de consultation et le nombre annuel de prescriptions pour les personnes ayant survécu à une tentative de suicide avec les données de groupes de contrôle de même âge et de même sexe, Crockett a trouvé que les patients qui avaient tenté de se suicider avaient consulté beaucoup plus fréquemment; la fréquence de consultation augmentait jusqu'au moment de la tentative puis diminuait, une variation que l'on ne retrouvait pas dans le groupe de contrôle. Le nombre de prescriptions par visite était à peu près le même dans les deux groupes et restait stable dans le temps.

En conclusion, il apparaît que les gens qui consultent fréquemment leur médecin présentent un plus grand risque de suicide, risque qui s'accroît encore avec la fréquence des consultations.

Le médecin de famille peut-il prévenir le suicide?

En se basant sur les résultats des études disponibles, autant les chercheurs que de prestigieuses organisations internationales — comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) — ont conclu que les médecins généralistes pouvaient jouer un rôle important dans la lutte contre le suicide (OMS, 1985). D'autres chercheurs mettent en doute cette affirmation, avançant que le nombre de patients suicidaires qui consultent leur médecin de famille est trop petit pour que ce dernier puisse intervenir (Diekstra et Egmond, 1989; Lin et al., 1989). Nonobstant leurs réserves, ces chercheurs sont d'avis que les médecins généralistes pourraient profiter de programmes de formation portant sur l'épidémiologie, les facteurs de risque, les techniques de diagnostic de la dépression et du comportement suicidaire, les techniques d'entrevue, la procédure de référence et la collabora-

tion post-intervention avec les autres professionnels de la santé mentale (Diekstra et Egmond, 1989).

Le programme de formation sur les désordres dépressifs à l'intention des médecins généralistes de Gotland (Suède)

Le Comité international pour la Prévention et le Traitement de la Dépression (le Comité PTD) a été mis sur pied en 1975 et la section suédoise, en 1977. Le Comité a pour objectif d'élargir les connaissances de généralistes en matière d'étiologie, de pathogénie et de traitement des désordres dépressifs. En 1983 et 1984, le Comité a mis sur pied et administré un programme de formation pour tous les médecins généralistes de l'île suédoise de Gotland. Avec ses 56 000 habitants, cette île de la Baltique représente un bassin expérimental naturel et, par conséquent, se prête bien à des études épidémiologiques.

Le programme d'éducation a été évalué et ses multiples résultats, à court et à long terme, ont été consignés et comparés, dans quelques cas, avec les réalités correspondantes en Suède continentale. Nous présentons ici un résumé des études publiées par Rutz et son équipe, en incluant les éléments de base de son argumentation. Nous discuterons des conclusions les plus importantes de cette intéressante étude car quelques-unes fournissent des réponses aux questions soulevées plus haut sur la capacité du médecin de famille de prévenir le suicide.

Le programme de formation

La formation était divisée en deux parties et chaque partie a été donnée deux fois pour s'assurer que tous les médecins généralistes de Gotland auraient l'occasion d'y participer. Le programme était offert conjointement par le Comité PTD suédois, le département local de psychiatrie et par le Secrétaire à l'éducation du Conseil de comté; cette structure permettait à tous les généralistes de suivre la formation sans encourir de pertes de revenus.

La première partie était constituée d'un cours de deux jours portant sur la classification, l'épidémiologie, et la pathogénie des désordres dépressifs, le traitement à court et à long terme, la dépression chez les personnes âgées, la prophylaxie et la politique locale de traitement, à Gotland.

Dans la deuxième partie, un cours d'une journée touchait les désordres dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, la suicidologie, la psychothérapie des désordres dépressifs, une conceptualisation du

patient dépressif et de sa famille et des études de cas présentés sur vidéo-cassettes (Eberhard et al., 1986; Rutz et al., 1989a).

Le projet d'évaluation

Certains ont déjà mis en doute la valeur des programmes de formation professionnelle à l'intention des médecins généralistes. On a donc pris grand soin d'élaborer la procédure de façon à ce que le programme soit évalué autant du point de vue de la procédure que des résultats.

Des questionnaires ont été envoyés à tous les généralistes avant, pendant et après les sessions de formation. Ils touchaient leurs expériences et leurs procédures quotidiennes avec les patients dépressifs; un estimé du nombre de dépressifs reçus en consultation; les problèmes de diagnostic; l'évaluation du risque de suicide; les considérations thérapeutiques; et les diagnostics sur lesquels ils se basaient pour accorder des congés de maladie. On a aussi demandé aux participants d'évaluer globalement les différentes parties du programme et de suggérer des améliorations.

Afin d'évaluer les effets à court et à long terme de la consommation de soins internes (par les patients dépressifs), la fréquence des congés de maladie et des suicides et la prescription de drogues psychopharmacologiques, les réponses (aux questionnaires) ont été consignées au cours de la période initiale en 1982, puis au cours de périodes de contrôle suivant chaque session, 18 mois après la fin du programme et, finalement trois ans plus tard, en 1988, comme suivi à long terme. En tout, on comptait cinq périodes de contrôle et trois enquêtes, réparties sur plus de six années.

Environ 90 % des médecins généralistes de Gotland ont suivi au moins une des deux parties de la formation et 60 % ont suivi les deux. Toutefois, seulement neuf des 18 MG (50 %) travaillant à Gotland en 1982 y étaient encore à la fin de l'étude en 1988.

Les résultats finaux montraient clairement que, comparé à 1982, les MG avaient une connaissance plus vaste et arrivaient à des diagnostics plus précis des désordres dépressifs. Leur réaction au programme aussi s'est avérée très positive; presque tous les MG ont trouvé le niveau du programme adéquat et les connaissances acquises utiles dans leur pratique quotidienne (Eberhard et al., 1986; Rutz et al., 1989a).

Référence, fréquence des congés de maladie et soins internes

En tout et pour tout, le nombre de patients référés au département local de psychiatrie a diminué de moitié au cours de la période d'évaluation. Durant cette même période, le pourcentage de troubles dépressifs majeurs, chez les patients référés, est passé de 25 à cinq pour cent. Ces résultats peuvent augmenter l'intérêt du monde médical pour les troubles de la dépression et améliorer la capacité des généralistes à les soigner, quelle qu'en soit leur gravité.

La fréquence des congés de maladie dus à la dépression a aussi diminué de 50 % mais leur durée a augmenté de quatre à cinq semaines. On peut attribuer ces changements à une plus grande rigueur des MG de Gotland dans le diagnostic et le traitement des désordres dépressifs.

Dans la période de suivi, le recours aux soins psychiatriques internes a diminué à environ un tiers de ce qu'il était au cours de la période initiale. Pour le calculer, on a utilisé le nombre de jours passés à l'hôpital durant les trois derniers mois de chaque année; d'environ 1200 jours en 1982, le nombre a diminué de 200-300 par année pour se situer, en 1985, juste au-dessous de 400. Au cours des trois années suivantes, le nombre de jours d'hospitalisation a augmenté jusqu'à un niveau stable, juste au-dessous de celui de 1982. Au cours de cette période, la séjour moyen à l'hôpital dû à des troubles dépressifs a diminué de quelque 50 %. On peut expliquer ce fait par la tendance des MG à traiter les dépressions graves dans le cadre de leur pratique générale (Rutz et al., 1989a).

Les suicides

La fréquence des suicides à Gotland, durant la période étudiée, correspond aux fluctuations du nombre de jours d'hospitalisation due à la dépression. En 1985, un an après la fin du programme, le taux de suicide n'avait jamais été si bas et, statistiquement, était significativement en-dessous du taux de la période de contrôle (les quatre années précédentes) et de la tendance générale en Suède. De 1982 à 1985, on a compté annuellement à Gotland 11, 14, 8 et 4 suicides, ce qui correspond à un taux de suicide annuel (pour 100 000 habitants) de 19,7; 25,0; 14,3; et 7,1. Au cours de 1984 et 1985, aucun patient ne s'est suicidé après avoir consulté un médecin généraliste; tous les patients suicidaires qui ont consulté un MG au cours de cette période ont été correctement diagnostiqués et référés au département de psychiatrie.

Il est d'intérêt de s'arrêter à l'une des hypothèses de base de cette étude qui voulait qu'il y ait un risque à donner plus de responsabilités aux MG (plutôt qu'aux psychiatres) dans le traitement de la dépression, particulièrement en ce qui touche le risque de suicide. Au vu des résultats, on peut toutefois avancer qu'il est moins risqué d'infirmer cette hypothèse que de la confirmer. L'objectif premier de l'étude était de s'assurer que cette nouvelle stratégie de donner aux MG plus de responsabilités ne causerait pas de dommages. À cet égard, l'objectif a été pleinement atteint.

À long terme, toutefois, le nombre de suicides a recommencé à augmenter et, en 1988, il était revenu au niveau de la période initiale de l'étude (1982). De façon plausible, on peut expliquer partiellement ce fait par la rotation des médecins, à Gotland, durant la période de suivi (Rutz et al., 1989b; 1992a).

La prescription de psychotropes

Les données sur la vente de psychotropes ont été obtenues du registre central des médicaments de Suède; les chiffres de ventes sont en «defined daily doses» (DDD) par 1000 habitants par jour. Entre 1982 et 1985, les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté de quelque 52 % à Gotland, ce qui ne correspondait encore, proportionnellement, qu'à 77 % des ventes de ces médicaments dans toute la Suède. Le nombre de prescriptions de sels de lithium est resté stable durant la période de contrôle, de 1982 à 1985; après 1985, l'usage du lithium a augmenté, passant d'un niveau de 120 % des prescriptions suédoises à presque 160 %.

Déjà en 1982, une petite proportion de patients de Gotland prenaient des sédatifs de type benzodiazépine; leur usage a encore diminué durant la période de contrôle. D'un autre côté, on a noté une grande fréquence dans les prescriptions d'hypnotiques, comparativement à la Suède; durant la période de suivi, aucun changement significatif n'est survenu à Gotland tandis que l'usage d'hypnotiques augmentait de 15 % dans le reste du pays. Par ailleurs, la prescription de tranquillisants a diminué beaucoup plus que celle des sédatifs et des hypnotiques, par rapport à la tendance générale en Suède (Rutz et al., 1992a, 1990).

Analyse des coûts et bénéfices

Pour vérifier si les coûts du programme étaient compensés par des économies et des bénéfices profitant au système de santé, les changements attribués au programme ont été analysés en termes monétaires.

Les coûts directs incluait les dépenses de formation, le coût des médicaments et de l'hospitalisation des patients. De façon indirecte, il y a avait des coûts dérivés des congés de maladie, qui ont diminué. Les coûts inhérents à la mortalité ont aussi diminué: comme on avait prévu 39 suicides durant la période d'évaluation et que 20 ont été enregistrés, 19 vies ont été sauvées.

Le calcul des économies totales pour la communauté a été soumis à une analyse de sensibilité. Cette analyse a montré que le programme de formation sur les désordres dépressifs à l'intention des médecins généralistes de Gotland a permis à la société suédoise de faire des économies de l'ordre de 155 millions de couronnes ou 26 millions US \$ (calculés en valeurs de 1988). On en conclut que les programmes de ce type devraient être offerts tous les deux ou trois ans (Rutz et al., 1992b).

Discussion et conclusion

Le médecin de famille peut-il prévenir le suicide? Nous avons soulevé la question et l'étude présentée dans cet article sur le programme de Gotland est l'une des rares, sinon la seule, à offrir un début de réponse positive.

Qu'en est-il de la validité de l'étude? En analysant les effets de la formation, une des grandes difficultés est de savoir si les programmes, en plus de porter de l'information théorique importante, influent sur la pratique quotidienne des participants. Deux éléments semblent appuyer cette dernière possibilité: il apparaît clairement que le nombre de patients dépressifs traités par le département local de psychiatrie a diminué après le programme, tout comme le nombre de personnes souffrant de désordres dépressifs référées à des psychiatres. On peut donc avancer que les médecins généralistes ont tenté de mettre à profit leurs nouvelles connaissances en soignant un plus grand nombre de patients dépressifs. Par ailleurs, les changements dans la prescriptions des médicaments allaient dans la bonne direction. L'usage accru des sels de lithium pourrait être dû à une plus grande ouverture face à la prophylaxie. Les changements dans la prescription des anti-dépresseurs peuvent s'expliquer, quant à eux, soit par le plus grand nombre de patients traités avec ces médicaments, soit par l'augmentation des doses prescrites, ou les deux.

Le petit nombre de suicides, par ailleurs, rend l'interprétation difficile. Toutefois, la relation dans le temps entre l'administration du programme et la diminution du nombre de suicides apparaît de façon

évidente, en plus du fait qu'aucun patient ne s'est suicidé en 1984 et 1985 après avoir consulté un MG. Ces résultats marquent un lien de cause à effet et confèrent à l'étude un degré de validité raisonnable.

Connaissance ou communication — ou les deux ?

Une meilleure connaissance de la dépression représente-t-elle l'élément principal de « l'étude de Gotland » ou d'autres mécanismes ont-ils joué ? Jusqu'à quel point l'information théorique est-elle utile quand, dans l'intimité de son cabinet, le médecin n'ose pas demander à son patient s'il est sur le point de mettre fin à ses jours ?

Ces questions illustrent les deux aspects principaux, et d'égale importance, du processus d'identification des signes du suicide : la connaissance et la communication. On ne peut voir clairement comment le programme offert aux généralistes de Gotland leur a permis, indirectement, d'améliorer leurs habiletés communicationnelles (Rutz, 1993).

L'aspect communicationnel de la consultation et de la rencontre entre le MG et le patient suicidaire a fait l'objet de très peu d'études, comme c'est le cas de bien d'autres interventions médicales spécifiques où la capacité de communiquer est d'une importance capitale, autant pour le clinicien que pour le patient (Inui et Carter, 1985).

Quelques questions se posent : la rencontre du généraliste et du patient suicidaire implique-t-elle des éléments spécifiques de communication et, le cas échéant, est-il possible de les identifier et d'en évaluer l'importance ? Quels obstacles et quels choix se posent dans la reconnaissance des signes suicidaires et dans l'interprétation des informations émanant du patient ? Et comment le médecin se comporte-t-il face à ses propres réactions devant le suicide possible de son patient ?

Étudier la rencontre du médecin généraliste et du patient suicidaire

Pour répondre à ces questions, on pourrait interviewer des généralistes qui ont vu des patients peu avant leur tentative de suicide, en orientant les entrevues sur l'expérience et les émotions vécues par les médecins au cours de ces consultations. On pourrait aussi interviewer les patients pour tenter de dégager les raisons de leur visite chez le médecin et, éventuellement, de leur démarche vers le suicide.

Une étude-pilote touchant ces questions est déjà en marche et prévoit, dans un premier temps, des entrevues avec cinq médecins et

cinq patients. Dans les faits, c'est dans le cadre d'une autre étude scientifique (Etude européenne multicentre sur le parasuicide, de l'OMS), que l'on identifie les patients qui ont visité la salle d'urgence d'un hôpital après une tentative de suicide (parasuicide). Parmi ces patients, on demande la participation de ceux qui ont consulté leur médecin de famille au cours des deux semaines précédant leur tentative de suicide. S'ils acceptent, les patients et leur médecin passent une entrevue partiellement structurée, portant sur la consultation en question; l'entrevue est enregistrée sur cassette audio. Dans cette étude, le rôle du généraliste se résume à son rôle de médecin et de participant à la relation patient-médecin.

Le contenu des entrevues sera analysé, d'une part avec des méthodes herméneutiques et psychodynamiques, d'autre part, avec des méthodes issues de la théorie de recherche de la pratique générale — la reconstitution de la consultation, par exemple — et applicables à cette situation clinique spécifique. Outre l'analyse de l'entrevue et des questions qui la composent, cette étude-pilote touche aussi l'échantillonnage et les méthodes analytiques.

RÉFÉRENCES

- CROCKETT, A. W. B., 1987, Patterns of consultation and parasuicide, *British Medical Journal*, 295, 6596, 476-478.
- DAMSBO, N., FRIBORG, S., 1989, Den suicidal patient, *Ugeskr Laeger*, 151, 13, 826-832 (en Danois, avec un résumé en anglais).
- DIEKSTRA, R. F. W., EGMOND, M., 1989, Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986, *Acta Psychiatr Scand*, 79, 268-275.
- EBERHARD, G., HOLMBERG, G., KNORRING, A. L., KNORRING, L., RUTZ, W., WISTEDT, B., WALINDER, J., ABERG-WISTEDT, A., 1986, Evaluation of postgraduate medical education given by the Swedish PTD-Committee, *Nord. Psykiatr Tidsskr*, 40, 185-192.
- FREELING, P., RAO, B. M., PAYKEL, E.S., 1985, Unrecognized depression in general practice, *British Medical Journal*, 290, 1880-1883.
- HAGNELL, O., LANKE, J., RORSMAN, B., ÖJESJÖ, L., 1982, Are we entering an age of melancholy?, *Psychological Medicine*, 12, 279-289.
- INUI, T., CARTER, W., 1985, Problems and prospects for health services research on provider-patient communication, *Medical Care*, 5, 521-538.
- LIN, E., KORFF, M., WAGNER, E., 1989, Identifying suicide potential in primary care, *Journal of General Intern Medecine*, 4, 1-6.
- PETRIE, K., 1989, Recent general practice contacts of hospitalized suicide attempters, *New Zeland Medical Journal*, 102, 130-131.

- PRESTIDGE, B. R., LAKE, C. R., 1987, Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients, *Journal of Family Practice*, 25, 67-72.
- RUTZ, W., WALINDER, J., EBERHARD, G., HOLMBERG, G., KNORRING, A. L., KNORRING, L., WISTEDT, B., ABERG-WISTEDT, A., 1989, An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland, Background and evaluation, *Acta Psychiatr Scand*, 79, 19-26.
- RUTZ, W., KNORRING, L., WALINDER, J., 1989, Frequency of suicide on Gotland after systemic postgraduate education of general practitioners, *Acta Psychiatr Scand*, 80, 151-154.
- RUTZ, W., KNORRING, L., WALINDER, J., 1992, Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, *Acta Psychiatr Scand*, 85, 83-88.
- RUTZ, W., KNORRING, L., WALINDER, J., WISTEDT, B., 1990, Effects of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs, *Acta Psychiatr Scand*, 82, 399-403.
- RUTZ, W., CARLSSON, P., KNORRING, L., WALINDER, J., 1992, Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, *Acta Psychiatr Scand*, 85, 457-464.
- RUTZ, W., message personnel.
- SARTORIUS, N., 1974, Depressive illness as a worldwide problem in Kielholz, P. éd., *Depression in Everyday Practice*, Hans Huber Publ., Berne, Stuttgart et Vienne, 18-24.
- TURNER, R. M., 1982, *Parasuicide in an Urban General Practice 1970-1979*, *J R Coll Gen Pract*, 32, 273-281.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION — ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1985, *Targets for Health for All*, Bureau régional de l'OMS à Copenhague.

ABSTRACT

The family physician and the suicidal patient

As a background for the discussion, a minor literary survey points out the potentiality for intervention and prevention of suicide and suicide attempts in the primary care setting. The main purpose of this paper is to discuss what options this implicates when it comes to improve the family physicians' ability to recognize and to handle suicidal signals from the patient. A summary of the important papers already published by Rutz and his group in Sweden clearly demons-

trates the importance of education concerning depressive disorders and other immediate matters. The significance of communicative skills of the doctor in this clinical situation is undoubted but still mostly unexplored and finally this is shortly discussed.

Mosaïques

