

Fiche n°1

LE CARRE DE WHITE

Il s'agit d'une figure issue de travaux réalisés par White, Williams et Greenberg (figure n°1) et publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical care ». Le carré de White illustre la réalité suivante : aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, au cours d'un mois, sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin, et une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire. Dans cet article, White interroge donc à la fois les travaux de recherche, mais aussi la formation médicale des étudiants en médecine générale, réalisée au sein d'un centre universitaire [29, 30].

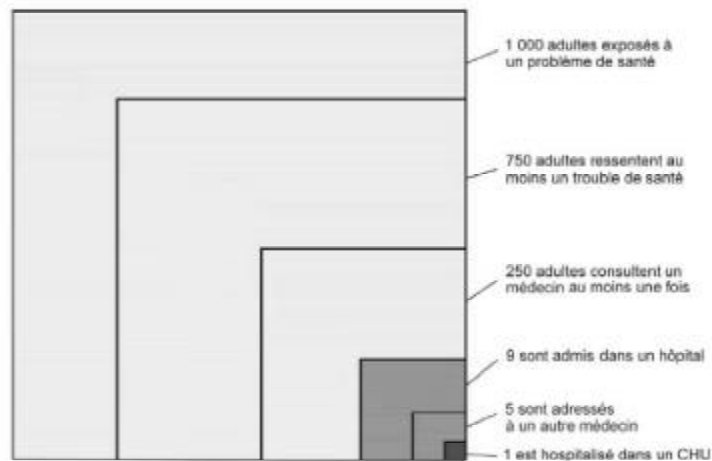


Figure n°1 : Illustration du carré de White [31]

Quarante ans après, ces travaux ont été repris et affinés en 2001 par Green (figure n°2), qui met en évidence quelques variations par rapport aux données de White, sans pour autant contredire l'idée première du carré de White [32].

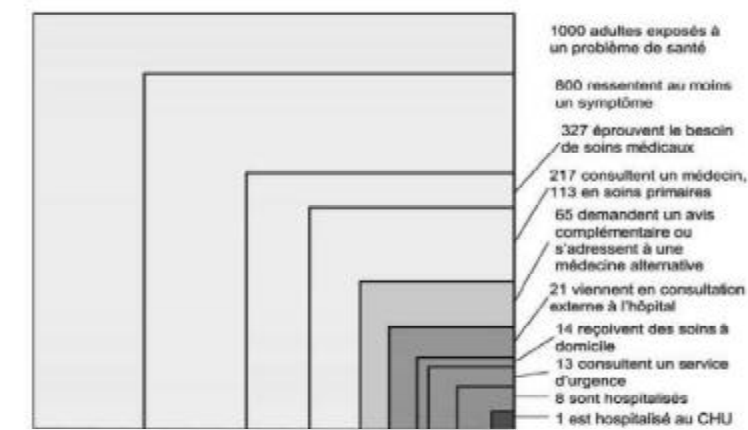


Figure n°2 : Le carré de White revu par Green [Erreur ! Signet non défini.]

Ces 500 personnes (750 ressentant un trouble de santé moins 250 consultant un médecin) (figure n°1) déclarant une maladie et ne consultant pas de médecin correspondent à ce que Braun appelle le concept de maladies sans médecin. Il considérait à partir des travaux de Horder [33] que les médecins ne voient qu'un quart de l'ensemble des maladies et donc que tous les troubles de santé ne leur parviennent pas. Ainsi, le médecin doit pratiquer une sélection rigoureuse de problèmes de consultation car "chaque patient présente, pour peu que nous nous en occupions, des troubles et des signes de maladies variés en dehors du motif de consultation." [22]

Discussion

Le carré de White donne à comprendre une réalité bien utile en médecine générale. La prise en charge en contexte de soins primaires sera nécessairement différente de celle réalisée dans un centre hospitalier universitaire car les patients ne sont pas les mêmes. Ainsi, la probabilité en soins primaires d'un risque de complication grave est en général faible, mais non nulle. Cette probabilité est bien supérieure lorsque le patient est hospitalisé. Ce modèle "d'écologie des soins de santé" révélé par White aide à prendre conscience que les démarches médicales du généraliste et de l'hospitalier sont différentes et inversées. La démarche diagnostique de l'hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du généraliste, qui est en amont, dans le Carré de White, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Ainsi l'hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche du "mouton à 5 pattes", quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste.

Nous avons aussi fait le choix d'inclure dans cette fiche un concept qui est éclairé par les travaux de White, celui de "de maladies sans médecin". Il peut être en effet utile au praticien

de savoir qu'un certain nombre de personnes ressentent des troubles de santé sans nécessairement faire appel au médecin. En interrogeant de façon appliquée un patient lors d'une consultation il peut donc apparaître des plaintes et symptômes en sus, qu'il faudra éventuellement surveiller sans obligatoirement les médicaliser.

Illustration clinique

Madame B âgée de 37 ans vient en consultation vers 18 heures en sortant du travail. Elle a téléphoné la veille. Elle a mal à l'estomac dit-elle depuis quelques jours. Elle est inquiète. Cette patiente est connue du cabinet, mais c'est surtout pour ses deux enfants qu'elle consulte habituellement. Sans entrer dans les détails de la démarche, on perçoit que le généraliste devra évoquer les causes possibles de cette épigastralgie. S'agit-il d'un ulcère, d'un infarctus du myocarde... ou d'angoisse ? Il devra naturellement penser aux risques immédiats les plus graves. Mais afin d'éviter des errements dommageables, il devra tout autant évoquer les causes les plus fréquentes, ici l'angoisse liée à des difficultés professionnelles. On comprend aisément que si les troubles perdurent, nos confrères hospitaliers, afin d'éviter eux aussi des errements dommageables, seront amenés à privilégier un ulcère, une coronaropathie ou une pancréatite...

Un article paru dans la presse médicale (sans comité de lecture) il y a quelques années soulignait la fréquence du "pied du diabétique" qui était estimée à plus de 10% des malades, avec un fort taux d'amputation, alors que l'analyse de données épidémiologiques en médecine générale en retrouvait moins de 1%. Pour comprendre cette différence d'appréciation, il suffit de se référer au Carré de White. Ainsi le tableau clinique, l'évolution et les complications d'une pathologie diffèrent légèrement en fonction de la population de malades étudiée.

Pour aller plus loin

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961 ; 265 : 885-92.

Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liege 2006 ; 61 : 5-6 : 277-284.