

# Underwriting Focus



## Le diabète en 2006

### Sommaire

Le diabète en 2006	
Les grandes lignes du diabète	2
Les complications liées au diabète	4
Les implications au stade de la sélection des risques	6
Le diabète en pratique courante	7
Regard au-delà des frontières – la sélection des risques en Espagne et au Portugal	10
ICLAM 2007	12
Dates des séminaires	12
Mentions légales	12

Le diabète prend une place de plus en plus importante en médecine d'assurance – et pas seulement à cause du nombre croissant de malades.

Si les décisions d'assurance sont devenues plus transparentes et plus réfléchies, c'est grâce à la qualité des données épidémiologiques et pronostiques, qu'elles soient de sources universitaires ou gouvernementales. L'étroite corrélation avec d'autres facteurs de risque (obésité, hypertension artérielle, troubles métaboliques, infarctus du myocarde) oblige à ne plus prendre en compte isolément le diabète.

La prise en charge de la maladie permet à de nombreux diabétiques de mener une vie normale. Motivation et éducation des patients

sont des maîtres mots dans la nécessaire correction des facteurs de risque associés. En assurance, les exigences de la clientèle potentielle dépassent désormais les garanties décès à des tarifs proches de la normale pour s'étendre à d'autres gammes.

Les assureurs sont loin de pouvoir satisfaire toutes les attentes de ce groupe de population, mais il n'en demeure pas moins que seul un haut niveau dans la compréhension médicale et la connaissance des méthodes thérapeutiques donnera aux tarificateurs les compétences requises pour procéder à une bonne évaluation du risque.

Ce numéro de *Underwriting Focus* passe en revue les connaissances actuelles sur le diabète.

# Les grandes lignes du diabète



Dr. Robert Ostermann-Myrau  
Medical Director  
Gen Re LifeHealth,  
Cologne  
rosterm@genre.com

*Le diabète correspond à un état d'hyperglycémie permanente. Il est dû à un défaut de sécrétion de l'insuline par le pancréas ou à une insuffisance de son action, ou à une combinaison de ces deux anomalies. L'organisme du diabétique ne peut réagir efficacement à une charge de glucose (ainsi que le met en évidence l'épreuve d'hyperglycémie provoquée – HGPO) et présente un trouble du métabolisme glucidique.*

*On décrit un diabète de type 1 et un diabète de type 2, ainsi que des sous-types.*

## Diabète de type 1

Il se caractérise par une diminution progressive de la sécrétion d'insuline par les cellules bêta du pancréas (îlots de Langerhans). Dans le diabète de type 1a auto-immun, des anticorps attaquent les cellules des îlots (auto-anticorps anti-îlots – ICA) ou sont dirigés contre l'insuline elle-même (auto-anticorps anti-insuline – IAA). Des anticorps peuvent aussi détruire les composants des cellules bêta (GAD65A et IA-2A). L'insulinopénie médiée par ces processus auto-immuns aboutit à une carence insulinaire absolue. Il existe des facteurs génétiques prédisposants (comme pour les autres formes de diabète), qui peuvent interagir avec des facteurs environnementaux comme une infection par le virus coxsackie.

Le diabète de type 1b, à très forte composante génétique, est également responsable d'un état d'insulinopénie absolue, mais sans médiation par des anticorps. Il s'agit d'une forme rare de diabète, dont l'étiologie précise et le mécanisme de la perte de production d'insuline sont encore inexpliqués.

## Diabète de type 2

Il associe une insulino-résistance et une sécrétion insuffisante d'insuline. Le fait que la résistance à l'insuline soit favorisée par l'adiposité explique que l'obésité soit l'un des principaux facteurs déclenchants. Cette forme de diabète est génétiquement déterminée et le pancréas continue de sécréter de petites quantités d'insuline.

## Diabète gestationnel

Une insulino-résistance peut se développer au cours de la grossesse et conduire à un tableau semblable à un diabète de type 2. La résistance à l'insuline disparaît après l'accouchement et la glycémie se normalise. La probabilité de développer plus tard un diabète de type 2 est néanmoins beaucoup plus élevée par rapport aux femmes n'ayant pas eu de diabète gestationnel lorsqu'elles étaient enceintes.

## Diabète iatrogène

Certains médicaments (en particulier la cortisone) majorent considérablement les besoins en insuline et sont incriminés dans l'apparition d'un diabète (dit stéroïdien) ; la glycémie se normalise en principe à l'arrêt du médicament. Les variations de la glycémie sont un effet secondaire connu des antipsychotiques atypiques. Ces traitements étant en règle générale prescrits à vie, le suivi et l'éducation des patients prennent tout leur sens dans ce groupe de population toujours difficile à mobiliser lorsqu'il s'agit de mesures de promotion de la santé.

## Diabète secondaire

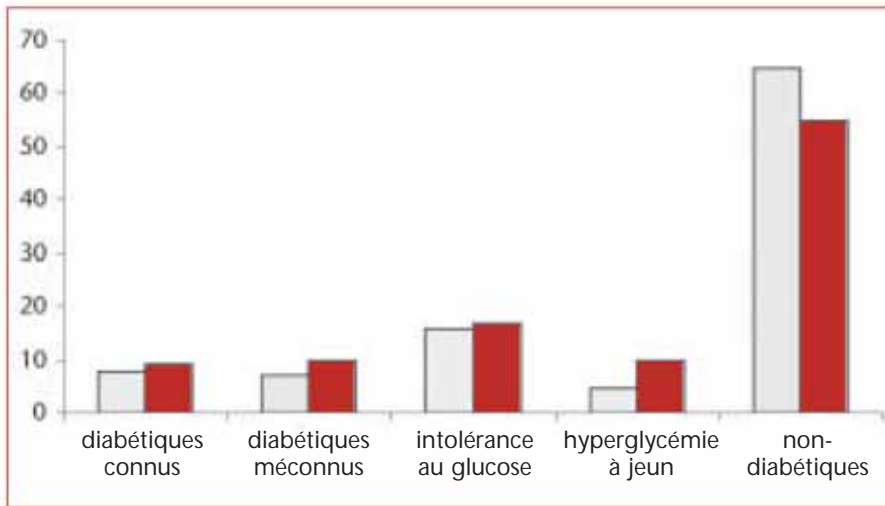
Tout dysfonctionnement pancréatique retentit sur la sécrétion d'insuline, et peut donc entraîner un diabète. Ces diabètes secondaires entrent dans la catégorie des "autres types" de diabète.

## Epidémiologie

Le diabète est extrêmement répandu dans les sociétés postindustrielles. On estime à six millions le nombre de diabétiques en Allemagne, dont 5-10 % de diabétiques de type 1 et 90 % de diabétiques de type 2.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge : la maladie est présente chez 4 à 10 % de la population âgée de 40 à 60 ans. Ce taux passe à 14-30 % chez les sexagénaires. Le diabète de type 1 est la forme prédominante avant 30 ans. Le diabète est plus fréquent dans les milieux socio-économiques les moins favorisés (la prévalence est plus faible de moitié dans les classes supérieures).

Si on englobe les anomalies de la tolérance au glucose dans les diabètes avérés, la prévalence des troubles du métabolisme glucidique parmi les personnes âgées de 50 ans et plus atteint 50 % (voir le graphique 1 qui reproduit les données de l'étude Cora). La fréquence du diabète augmente aussi chez les enfants. L'incidence du diabète de



Graphique 1 : L'incidence du diabète et de l'état prédiabétique \* chez l'homme (en gris) et chez la femme (en rouge) de plus de 50 ans. Données tirées de l'étude Cora (voir *Atherosclerosis* 2000 ; 151:243).

\* Un état prédiabétique précède presque toujours l'apparition d'un diabète de type 2 : il s'agit d'une glycémie supérieure à la normale mais ne répondant pas aux seuils diagnostiques du diabète.

type 1 chez les moins de 19 ans avoisine 12,7 pour 100.000 habitants, et le diabète de type 2 atteint 1,7 pour 100.000 habitants – un chiffre qui continue d'augmenter.

Le taux de diabètes non détectés reste estimé à 50 % en 2006. Autrement dit, on compterait un diabète méconnu pour chaque cas diagnostiqué. Cette constatation, bien documentée dans le groupe des 55-78 ans, est à prendre en compte de la manière suivante dans l'appréciation du risque. Les études cliniques comparent généralement un groupe de sujets ayant une anomalie connue du métabolisme, par rapport à un groupe de non-diabétiques confirmés. En médecine d'assurance, en revanche, tout groupe comprend à la fois des diabètes connus et des diabètes méconnus (à l'instant considéré). Le risque relatif est dans ce cas plus faible que dans les études cliniques, puisque le "groupe normal" compte aussi des sujets ayant un diabète non diagnostiqué. Le risque de développer un diabète au cours de la vie est de 35 %, autrement dit une personne sur trois environ deviendra diabétique.

L'obésité est le premier facteur de risque pour le développement du diabète de type 2 ; sa rapide expansion à travers le monde laisse

supposer que l'incidence du diabète augmentera : le taux devrait doubler d'ici 2020.

### Diagnostic

A la différence des anciennes classifications, le système introduit par l'*American Diabetes Association* en 1977 repose sur des critères étiologiques. Les termes de diabète insulino-dépendant (DID) et diabète non insulino-dépendant (DNID)

ont été supprimés. La subdivision en types 2A et 2B, ainsi que les termes "diabète juvénile" et "diabète de l'adulte", ont de même été abandonnés.

Le diabète de type 2 était jusqu'à récemment associé à un grand nombre de variations génétiques. Début 2006, des chercheurs en Islande ont identifié sur le chromosome 10 un variant impliqué dans 20 % des diabètes de type 2. Analysant les données génomiques de la population islandaise, Kari Stefansson a mis en évidence un variant dans le gène TCF7L2 situé sur le chromosome 10 chez un nombre disproportionné de diabétiques de type 2. Des études menées aux Etats-Unis et au Danemark ont ensuite confirmé que le variant du gène TCF7L2 était associé à un risque accru de diabète de type 2. Ces variations génétiques sont courantes. D'après les projections, 38 % de la population américaine sont des porteurs hétérozygotes et 8 % sont des porteurs homozygotes de l'allèle. L'interaction de divers facteurs environnementaux, tels que le mode de vie, augmente la probabilité de développer un diabète de type 2. Comparativement aux non-porteurs, le risque de développer un diabète de type 2 est majoré de 140 % chez les porteurs homozygotes et de 45 % chez les porteurs hétérozygotes.

Définition du diabète (au moins un des critères énoncés doit être rempli)	
American Diabetes Association (ADA)	Symptômes cliniques de diabète et glycémie > 200 mg/dl Glycémie plasmatique à jeun > 126 mg/dl
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Symptômes cliniques de diabète et glycémie > 200 mg/dl Glycémie plasmatique à jeun > 140 mg/dl

Type 1		Carence absolue en insuline par destruction des cellules bêta (anticorps)
Type 2		Association, à des degrés variables, d'une résistance à l'insuline et d'une carence relative en insuline
Diabète gestationnel	ADA	Glycémie à jeun > 105 mg/dl et glycémie à la 2 <sup>ème</sup> heure d'une HGPO avec 100 g de glucose > 165 mg/dl
	OMS	Glycémie à jeun > 126 mg/dl et glycémie à la 2 <sup>ème</sup> heure d'une HGPO avec 75 g de glucose > 155 mg/dl

## Traitement

L'objectif du traitement du diabète est de normaliser la glycémie et par conséquent de réduire le risque de complications graves. Seule la prise en charge de tous les facteurs de risque (tension artérielle, lipides et poids) permet de prévenir l'apparition des complications et de réduire la mortalité. L'éducation des patients est capitale : des programmes sont spécifiquement conçus pour aider les diabétiques à modifier leur mode de vie et à équilibrer leur métabolisme. Les traitements médicamenteux sont indiqués lorsque les règles d'hygiène de vie et la réduction pondérale ne permettent pas de restaurer une glycémie normale.

Les médicaments peuvent soit stimuler la sécrétion d'insuline par le pancréas (glibenclamide, glimépiride), soit renforcer l'action de l'insuline (metformine, glitazone) ; lorsqu'elle est nécessaire, l'insuline est administrée par injection ou, plus récemment, par spray nasal. La mise à l'insuline est plus fréquente avec l'âge. Environ un tiers des diabétiques (dont tous ceux de type 1) bénéficient actuellement d'une insulinothérapie.

Le traitement n'a en soi aucune incidence sur la mortalité ; ce qui importe, c'est l'équilibre de la glycémie et le contrôle des manifestations secondaires (surpoids, hypertension, hyperlipidémie, néphropathie). Le dosage de

l'hémoglobine glycosylée dans le sang (HbA1c) reflète la qualité du contrôle de la glycémie au cours des trois mois précédant l'examen.

En Allemagne, le taux moyen de HbA1c mesuré chez les diabétiques est de 7,5 % ; seuls 16 à 24 % des diabétiques obtiennent la valeur cible de 6,5 % définie par la *Deutsche Diabetes-Gesellschaft* (DDG) – un taux qui traduit un excellent contrôle et un risque relativement faible de complications.

# Les complications liées au diabète

*Le diabète est associé à d'importants facteurs de risque vasculaire. L'hypertension est fréquente : elle est observée chez 79 % des diabétiques, contre 44 % parmi la population générale. La moitié des diabétiques ont un trouble du métabolisme des lipides se traduisant par une hypertriglycéridémie ou un taux bas de lipoprotéines HDL. Les diabétiques ont en moyenne un poids plus élevé que la population générale.*

## Rétinopathie diabétique

L'hyperglycémie est le facteur essentiel dans la pathogenèse des lésions endothéliales des vaisseaux sanguins, particulièrement ceux de la rétine, qui sont très fins. Un mauvais contrôle glycémique ou une hypertension artérielle mal contrôlée peuvent entraîner une réduction importante de la vision, pouvant aboutir à la cécité. La survenue de ces modifications peut être très rapide : des anomalies légères sont déjà détectées chez 75 % des diabétiques de type 1 dans les cinq ans qui suivent le début de la maladie. Et 10 % des diabétiques de type 2 ont déjà une rétinopathie diabétique au moment du diagnostic. On dispose aujourd'hui d'éléments indiquant qu'un état prédiabétique (perturbation de la tolérance au glucose) peut être responsable de lésions des petits vaisseaux rétinien. En sus de la prise en charge du diabète, un traitement par laser peut être indiqué.

## Pied diabétique

L'association d'une neuropathie diabétique (lésion nerveuse péri-

phérique) – avec diminution de la sensibilité et pouvant s'accompagner de douleurs – et d'une artériopathie explique le nombre alarmant d'amputations encore pratiquées chez les diabétiques. Les lésions traumatiques minimales du pied ne sont pas perçues par le sujet et sont susceptibles de se compliquer faute de décharger les zones de compression ou d'immobiliser le pied. En présence d'une pathologie vasculaire, comme une artériopathie oblitérante, le traitement de la blessure peut s'avérer très long, et le risque d'amputation est majoré.

Le traitement du pied diabétique peut s'avérer complexe. Une prise en charge dans des centres spécialisés faisant intervenir une équipe pluridisciplinaire (diabétologues, chirurgiens orthopédistes et vasculaires) permettrait probablement d'éviter la moitié des amputations.

Après une amputation même mineure, la charge restant sur le pied est répartie de façon différente et il se forme des zones d'hyperpression, d'où un risque accru de nouvelles blessures.

## Néphropathie diabétique

La qualité du contrôle glycémique et tensionnel influe sur la constitution des lésions rénales de la "néphropathie diabétique". La fuite protéique progressive en est l'un des premiers signes : elle se traduit par une micro-albuminurie, détectable grâce au Micral-test – ce sont des bandelettes réactives très sensibles pour détecter les protéines urinaires, supérieures aux bandelettes classiques trop peu sensibles pour les lésions précoces et qui mettent uniquement en évidence les atteintes rénales sévères. La présence d'une néphropathie diabétique traduit un risque élevé de développer d'autres lésions rénales, pouvant aller jusqu'à l'insuffisance rénale nécessitant une dialyse ou une greffe. Le risque de mortalité associé au diagnostic de néphropathie diabétique est très augmenté (quasiment multiplié par 2 !) par rapport aux diabétiques indemnes de lésions rénales.

## Lésions cardiovasculaires

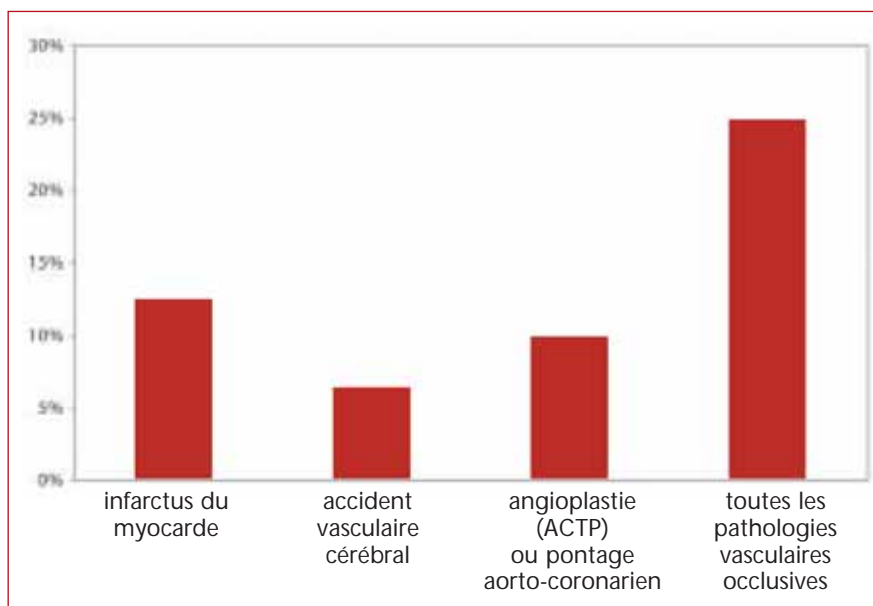
Plus de 75 % des décès liés au diabète sont d'origine cardiovasculaire, principalement par infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral. Le risque est particulièrement élevé chez les dialysés.

Les études de mortalité indiquent que le pronostic est étroitement corrélé au type de diabète, au sexe, aux affections secondaires ou aux complications, et à l'âge lors de l'apparition des premières manifestations : la mortalité est d'autant plus élevée que le début est précoce. La mortalité n'est pas augmentée de manière significative après 75 ans. Dans une même tranche d'âge, le taux de mortalité chez les femmes est sensiblement plus élevé que chez les hommes.

On ne dispose pas encore de données de mortalité valables chez les adolescents ayant un diabète de type 2, dans la mesure où l'incidence de cette forme de diabète n'a que récemment augmenté dans ce groupe d'âge. Dans le meilleur des cas, les études donnent des taux de mortalité ajustés sur l'âge à partir des plus de 30 ans. Le taux de mortalité parmi les diabétiques de type 1 est donc

probablement surestimé (dans la mesure où ces sujets sont beaucoup plus jeunes). Il existe des éléments indiquant que l'ancienneté du diabète, le contrôle des manifestations secondaires et l'équilibre glycémique priment le type de diabète.

Les études HPS (*Heart Protection Study*), *Monica et Cora* comportent des données utiles au stade de la sélection des risques. On peut retenir en résumé que le risque d'infarctus du myocarde est deux à quatre fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques, et qu'il est majoré en présence de complications. Le pronostic est de plus ajusté sur l'âge : il est d'autant moins favorable que les manifestations initiales sont précoces. Les divergences dans les évaluations des risques sont dues aux différences dans les groupes étudiés, notamment en ce qui concerne le poids, l'âge et les affections secondaires.



Graphique 2 : Données de l'étude Heart Protection Study chez des diabétiques âgés de 40 à 80 ans, sans maladie coronarienne connue ; période d'observation : 10 ans (voir Lancet 2002 Jul 6 ; 360[9326]:7-22).

# Les implications au stade de la sélection des risques

*Le diabète représente un risque élevé dans le cadre de la médecine d'assurance. En voici les implications au stade de la sélection des risques pour les assurances vie et santé individuelles :*

## Vie

Le diabète est un syndrome chronique qui peut toucher tous les groupes d'âge. Les options thérapeutiques sont variées : régime, exercice physique, médicaments (antidiabétiques oraux ou insuline), et associent souvent plusieurs mesures. Le diabète peut avoir des complications graves : rétinopathie, néphropathie, maladies cérébro- et cardiovasculaires. La tarification diffère selon l'âge du proposant et l'ancienneté du diagnostic. Le tarificateur doit rechercher les preuves d'un bon contrôle du diabète (glycémie ou HbA1c), ainsi que de la prise en charge des co-facteurs de risque (tabagisme, hypertension, hyperlipidémie, obésité), puis évaluer les complications éventuelles. Le diabète est une affection grave qui exige une approche prudente au stade de la sélection des risques.

## Maladies redoutées

L'appréciation du risque représenté par un proposant diabétique sera encore plus prudente en assurance maladies redoutées. On sait que le diabète est associé à un risque important de micro- et macro-angiopathies, qui entrent dans le cadre de certains événements garantis (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, etc.). Les complications potentielles justifient la rigueur de la tarification. La base d'évaluation est la même pour les types 1 et 2 du diabète (ainsi que pour l'intolérance au glucose) :

seuls les proposants pouvant faire la preuve d'un bon contrôle du diabète et d'un suivi médical adéquat peuvent se voir accorder une assurance. La garantie pourra être acceptée pour les proposants âgés de 30 ans ou plus qui n'ont aucun signe d'atteinte des organes cibles ou de complications vasculaires. Les proposants de moins de 40 ans doivent présenter un ECG de repos et un bilan lipidique normaux. Le temps écoulé depuis le diagnostic doit être compris entre un an et dix ans. En principe, l'âge au terme du contrat doit être inférieur à 60 ans.

## Perte de gain

Rappelons-le : un diabète bien contrôlé ne devrait pas entraîner de complications importantes. La qualité du contrôle renseigne sur l'attitude du diabétique par rapport à sa maladie. La plupart des complications entraînent une invalidité (rétinopathie et maladie vasculaire). Un diabète mal contrôlé accompagné d'épisodes de coma peut être une cause d'inaptitude à la conduite, susceptible d'affecter directement la capacité de travail. Les proposants souffrant déjà de complications se verront probablement refuser la garantie. Le cas échéant, il faut par ailleurs veiller à ne pas appliquer des périodes de franchise trop courtes.

## Dépendance

Le déficit en insuline est étroitement corrélé à l'âge. La tolérance au glucose s'altère chez le sujet âgé, jusqu'à créer parfois un état "diabétique". 60 % de tous les nouveaux cas de diabète ont plus de 60 ans. 10 % seulement des diabétiques âgés ont besoin d'insuline. Mais le diabète de type 2 (non insulino-dépendant) est retrouvé chez 90 % des diabétiques âgés. Il peut être contrôlé par des mesures diététiques (dans la moitié des cas) ou en associant régime et médicaments.

Le diabète de type 2, souvent de début insidieux, peut n'être détecté qu'à l'occasion d'un dépistage ou d'examens réalisés pour d'autres raisons. L'importance du diabète comme co-facteur de risque cardio- et cérébrovasculaire n'est plus à démontrer. Un bon contrôle glycémique réduit les complications, et la correction des autres facteurs de risque est impérative. C'est l'apparition des complications qui déclenche le besoin de soins. Les principales causes d'invalidité sont les suivantes : perte de la vue, angor, claudication intermittente, accident vasculaire cérébral, ulcères de la jambe. Le profil de risque est établi de la même manière que pour les autres garanties, le dossier devant toutefois être refusé au-delà d'une surmorbidity exprimée par une surprime de +100 %.

# Le diabète en pratique courante

Nous vous proposons quatre études de cas, qui vous donneront un aperçu des décisions à prendre dans l'évaluation des risques relatifs au diabète au cours de la pratique quotidienne. Le Docteur Robert Ostermann-Myrau, Medical Director, Gen Re LifeHealth, Cologne, dresse chaque fois un récapitulatif des données, suivi d'un commentaire sous l'angle de la médecine d'assurance.

Il s'agit de cas fictifs, uniquement proposés à titre d'exemple. Les contenus sont toutefois tirés de cas réels, à partir de l'ensemble de notre portefeuille. Les données présentées n'ont aucun lien avec quelque personne que ce soit, vivante ou décédée.

## Etude de cas numéro 1

### Détails de la proposition

Type d'assurance	Temporaire décès 35 ans
Montant demandé	100.000 €
Profession	Conseiller fiscal
Précédentes propositions	Néant
Activités de loisirs dangereuses	Néant
Date de la proposition	Avril 2006

### Antécédents personnels

	Homme, 39 ans			
Tabac	Non-fumeur			
Alcool	Néant			
Autres informations	Diabète de type 2 diagnostiqué il y a 12 mois			
Antécédents familiaux	Age	Age au décès	Cause du décès	Antécédents médicaux
Père		74	"Vieillesse"	-
Mère	68	-	-	En bonne santé

### Données médicales d'après le rapport du médecin traitant

Un diabète de type 2 a été diagnostiqué en janvier 2005. On ne note pas de complications pour l'instant et la mise en place d'un régime constitue le seul traitement. Taille et poids : 1m76, 95 kg. Tension artérielle récente : 156/86.

### Analyses de laboratoire

Créatinine et explorations fonctionnelles hépatiques : dans les limites de la normale. Glycémie à jeun : 156 mg/dl. Aucun renseignement disponible concernant l'HbA1c et les urines.

### Commentaire en médecine d'assurance

La date du diagnostic est connue mais le médecin ne donne pas de précisions sur l'hypertension, notamment sur un traitement éventuel. Faute de disposer d'un certain nombre d'éléments importants, en particulier sur le contrôle, nous ne sommes pas en mesure de procéder à une évaluation suffisamment détaillée. Aucune évaluation ne serait d'ailleurs possible sans ces indications sur nombre de marchés.

La surprime de base applicable au diabète est égale à +100 % et il ne serait pas justifié de la diminuer eu égard à la longue durée d'assurance et à la date du diagnostic relativement récente. La tarification à ajouter selon les tables d'hypertension et de taille/poids est de +50 %. Faute d'indications sur le contrôle, le tarificateur doit soit demander des preuves du contrôle, soit ajouter +50 %.

Tarification : +200 %

## Etude de cas numéro 2

### Détails de la proposition

Type d'assurance	Vie entière (échéance au moment du décès)
Montant demandé	500.000 €
Profession	–
Précédentes propositions	Néant
Activités de loisirs dangereuses	Néant
Date de la proposition	Mai 2006

### Antécédents personnels

	Femme, 60 ans
Tabac	Non-fumeur
Alcool	Néant
Autres informations	Diabète de type 2 depuis 10 ans, suivi régulier, aucun problème particulier

#### Commentaire en médecine d'assurance :

Le diabète ne majore pas le risque global de mortalité de façon significative avec l'âge. La surprime de base qui est ici applicable n'est que de +25 %. La tension artérielle est élevée, mais ne justifie pas d'autre surprime à cet âge. La rétinopathie est légère et peut être considérée comme "normale" chez une diabétique de cet âge, ne justifiant donc pas non plus de tarification supplémentaire.

Tarification : il s'agit d'un cas "limite", dans la mesure où le tarificateur pourrait renoncer à cette petite surprime de +25 %. Certains marchés prônant des politiques de souscription plus sévères maintiendront en revanche cette surprime.

## Etude de cas numéro 3

### Détails de la proposition

Type d'assurance	Décès et maladies redoutées, durée 40 ans
Montant demandé	250.000 €
Autres contrats	Perte de gain : franchise 13 semaines, jusqu'à 65 ans, 40.000 € par an
Profession	Comptable
Précédentes propositions	Néant
Activités de loisirs dangereuses	Néant
Date de la proposition	Mai 2006

### Antécédents personnels

	Homme, 24 ans			
Tabac	Non-fumeur			
Alcool	Néant			
Autres informations	Diabète de type 1 diagnostiqué à l'âge de 9 ans. Suivi régulier, aucun problème particulier.			

Antécédents familiaux	Age	Age au décès	Cause du décès	Antécédents médicaux
Père	60	–	–	En bonne santé
Mère	61	–	–	En bonne santé

### Données médicales d'après le rapport du médecin traitant

Un diabète de type 2 a été diagnostiqué en 1996. Il est traité par insuline et il n'y a pas de complications. Taille et poids : 1m62, 72 kg. Tension artérielle récente : 150/80. On note une rétinopathie bilatérale légère. Un ECG datant de moins de 5 ans est dans les limites de la normale.

### Analyses de laboratoire

HbA1c : 7,2 %. Tous les autres paramètres sont dans les limites de la normale.

### Données médicales d'après le rapport du médecin traitant

1m87, 75 kg.  
Sujet sportif, en bonne condition physique.

Diabète de type 1,  
tension artérielle : 135/75.

### Analyses de laboratoire

HbA1C : 9,2 %.  
Analyse d'urines : protéines 50 mg.  
Pas d'autre anomalie.

### Commentaire en médecine d'assurance :

Le taux de HbA1c est trop élevé, surtout à cet âge. Il serait possible d'accepter le proposant au vu de sa tension artérielle à condition qu'il n'y ait pas de néphropathie. Or, l'analyse d'urines suggère la présence d'une néphropathie ; l'idéal serait de demander au proposant de présenter deux résultats de contrôle négatifs. Le scénario de la pire hypothèse serait le suivant : en moyenne, une dialyse dans les dix ans et une durée de survie post-greffe de dix ans.

Tarifcation : le mauvais contrôle de la glycémie et l'atteinte rénale expliquent le risque élevé en assurance décès. Les garanties perte de gain et maladies redoutées doivent être refusées. La garantie décès peut être accordée avec une surprime de +275-350 %, sous réserve d'une durée d'assurance maximum de 20 ans.

### Etude de cas numéro 4

#### Détails de la proposition

Type d'assurance	Temporaire décès 21 ans
Montant demandé	15.000 €
Profession	Courtier d'assurance
Précédentes propositions	Néant
Activités de loisirs dangereuses	Néant
Date de la proposition	Mars 2006

#### Antécédents personnels

		Homme, 34 ans		
Tabac		Non-fumeur		
Alcool		Néant		
Autres informations		Diabète de type 2, sous Metformine 850 1-0-1 - Tension 130/80, 1m82, 80 kg		
Antécédents familiaux	Age	Age au décès	Cause du décès	Antécédents médicaux
Père	70	-	-	En bonne santé
Mère	63	-	-	Diabète de type 2

#### Données médicales d'après le rapport du médecin traitant

Diabète de type 2 depuis 2004. HbA1c au cours des dernières années : taux compris entre 5,8 % et 6,2 %.

Micral-test et examen ophtalmologique : rien à signaler.

Analyses de laboratoire : rien à signaler.

Epreuve d'effort sur tapis roulant 225 watts : rien à signaler.

### Commentaire en médecine d'assurance :

Les antécédents familiaux sont bons et le contrôle du diabète est excellent (suivi régulier et absence de complications). Il s'agit dans l'ensemble d'un profil de risque relativement favorable chez un diabétique.

Tarifcation : +75 %

# Regard au-delà des frontières – la sélection des risques en Espagne et au Portugal

Ce numéro de *Underwriting Focus* propose un double regard, puisque nous nous intéressons à la sélection des risques au quotidien en Espagne et au Portugal. Ana Paez, Medical Underwriter, Gen Re LifeHealth, Madrid, s'est entretenue avec Manuela Mesquitela, Life Underwriting Manager, SCH Seguros, Portugal, et Jaume Chacó, Life Underwriter, ASCAT VIDA, Espagne.



Ana Paez  
Medical Underwriter  
Gen Re LifeHealth,  
Madrid  
paez@genre.com

**Pouvez-vous nous décrire la journée type d'un tarificateur, les sources d'information dont il dispose et s'il existe une formation spécifique à la sélection des risques ?**

Manuela Mesquitela : nous examinons toutes les propositions d'assurance à leur arrivée et apportons des réponses aux questions soulevées par nos clients ou agents. Les manuels de tarification du réassureur constituent notre principale source d'informations. Nous sollicitons aussi les tarificateurs seniors, nos contacts chez les réassureurs et les médecins.

Jaume Chacó : nous commençons par trier les propositions d'assurance en fonction du montant assuré, du type de contrat, etc. Nous organisons ensuite les examens médicaux

qui sont indiqués dans chaque cas, ou bien nous demandons au proposant des informations complémentaires. Le véritable travail de sélection des risques débute lorsque nous disposons de toutes les informations nécessaires.

Nos sources d'information sont la proposition d'assurance, l'examen médical et bien entendu les principes directeurs de tarification de nos réassureurs. Nous consultons aussi différents sites web et publications médicales.

Il existe des cours de formation spécifiquement destinés aux tarificateurs, qui sont avant tout l'œuvre des réassureurs. Les évaluations médicales faites par nos médecins conseils sont aussi un moyen d'enseignement.

**Entretenez-vous des contacts avec des tarificateurs dans d'autres pays ?**

Manuela Mesquitela : nous sommes essentiellement en contact avec les tarificateurs des compagnies de réassurance.

Jaume Chacó : les occasions de contacts avec les tarificateurs opérant sur d'autres marchés sont relativement rares, hormis les échanges lors des cours de formation.

**Existe-t-il selon vous des différences en matière de pratiques de sélection des risques, entre l'Espagne ou le Portugal, d'une part, et les autres pays européens ?**

Manuela Mesquitela : il y a inévitablement des différences d'ordre culturel en termes de produits et de marchés, qui conduisent à des approches et des décisions contrastées en matière de sélection des risques. On peut penser de plus que les tarificateurs ont moins d'informations à leur disposition que dans d'autres pays.

Jaume Chacó : les tarificateurs travaillant dans les compagnies implantées en Espagne sont peut-être davantage centrés sur l'évaluation des risques au jour le jour.

**Avant de voir les différences plus en détail, nous pourrions faire ressortir les similitudes. Qu'en est-il des questions figurant sur la proposition d'assurance ?**

Manuela Mesquitela : les questions figurant sur la proposition d'assurance sont à peu près semblables à celles rencontrées ailleurs, bien que la diversité des questions posées puisse être plus grande sur certains marchés qu'au Portugal. On peut toutefois penser que les questions sur la tension artérielle, la taille et le poids, la consommation d'alcool et de tabac, etc. sont universelles.

Jaume Chacó : les questions sur la proposition d'assurance sont globalement les mêmes qu'ailleurs. Dans la bancassurance, cependant, les questions sont sans doute moins nombreuses, mais plus détaillées et plus spécifiques.

**Que se passe-t-il lorsqu'un client révèle sur la proposition une affection importante ? Le tarificateur peut-il réclamer un rapport au médecin traitant ? A-t-il besoin d'un consentement particulier du proposant ?**

Manuela Mesquitela : en signant la proposition d'assurance, le proposant autorise la compagnie à demander des renseignements aux médecins ou aux hôpitaux. Pour des raisons d'ordre culturel, nous établissons le contact de médecin à médecin. Nous demandons aussi le maximum d'informations au client directement pour réduire les coûts.

Jaume Chacó : la loi exige le consentement direct du client, ce qui correspond parfaitement à la position de la société espagnole par rapport à l'usage des informations confidentielles ou médicales.

**Le médecin donne-t-il des renseignements sur des affections pour lesquelles il a pu traiter son patient, même si celles-ci ne sont pas mentionnées sur la proposition et qu'elles ne sont donc pas connues du tarificateur ?**

Manuela Mesquitela : dans quelques cas nous pouvons effectivement obtenir davantage d'informations – bien que normalement les médecins ne répondent qu'aux questions qui leur sont posées.

Jaume Chacó : les médecins s'en tiennent normalement aux précisions demandées, mais il y a quelques exceptions.

**En Allemagne par exemple, lorsqu'une personne change de lieu de résidence, son dossier médical n'est pas automatiquement transmis au nouveau médecin traitant. Quelle est la situation dans vos pays respectifs ?**

Manuela Mesquitela : c'est la même chose au Portugal.

Jaume Chacó : en Espagne, il est possible, en respectant une certaine procédure, de faire suivre le dossier médical au nouveau médecin traitant.

**Des questionnaires spécifiques sont-ils utilisés pour obtenir des informations complémentaires (p.ex. sur le diabète) ?**

Manuela Mesquitela : oui, nous utilisons ce genre de questionnaire.

Jaume Chacó : dès que le contenu d'un dossier le justifie, nous adressons un questionnaire spécifique pour compléter les informations recueillies à partir de la proposition d'assurance, de l'examen médical, etc.

**Quel coût représente pour la compagnie l'établissement d'un rapport du médecin traitant ou la réalisation d'un examen médical ?**

Manuela Mesquitela : cela dépend. Au Portugal, les examens se répartissent en plusieurs catégories de prix : à partir de 30 € pour le groupe 1, et 245 € pour le groupe 3. Les prix varient aussi dans la pratique selon la localisation du centre auquel nous faisons appel.

Jaume Chacó : cela dépend du type d'examen médical ou d'analyse de laboratoire que nous demandons, mais on peut estimer le coût moyen à 120 €.

**Certains marchés ont la possibilité de faire réaliser à moindre coût des examens par des professions paramédicales comme les infirmières, généralement au domicile du proposant. Est-ce aussi le cas en Espagne et au Portugal ?**

Manuela Mesquitela : nous ne recourons pas à ce type d'examen dans notre pays.

Jaume Chacó : nous non plus. Nous sollicitons toujours l'avis professionnel de médecins spécialistes.

**Existe-t-il dans vos pays respectifs une organisation ou un système pour l'enregistrement et le partage des informations sur les risques aggravés ou refusés ?**

Manuela Mesquitela : il existe en effet au Portugal une association qui tient une base alimentée par les données de plusieurs compagnies sur les clients qui se sont vus refuser telle ou telle garantie. Mais les informations ne sont pas toujours transmises par les assureurs ou bien elles sont dépassées.

Jaume Chacó : ce type de système n'existe pas en Espagne. En fait, chaque compagnie tient son propre registre. Il y a quelques difficultés à ce propos entre l'UNESPA (l'association professionnelle du secteur de l'assurance) et les exigences de notre législation sur la protection des données.

**L'assurance "perte de gain" en cas d'incapacité de travail est l'une des principales garanties proposées notamment en Allemagne ou au Royaume-Uni. Il existe certainement des produits similaires en Espagne et au Portugal ?**

Manuela Mesquitela : nous avons envisagé il y a quelques années de développer ce type de produit mais y avons finalement renoncé.

Jaume Chacó : nous ne proposons pas ce type d'assurance séparé-

ment, car nous la considérons comme une garantie complémentaire non-vie.

**Vos marchés respectifs pratiquent-ils la sélection financière ? Quelles sont globalement les limites ?**

Manuela Mesquitela : nous travaillons pour notre part avec des réseaux bancaires qui effectuent déjà cette évaluation. La sélection financière opérée par les assureurs qui ne travaillent pas avec les banques dépend de leur politique de souscription et des accords de réassurance.

Jaume Chacó : en Espagne, nous faisons remplir un questionnaire financier, à la fois à l'agent et au proposant, lorsque la somme assurée dépasse 240.000 €. Nous complétons ainsi nos informations sur les besoins de couverture.

**Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez dans votre travail ?**

Manuela Mesquitela : le manque de formation spécifique, et la difficulté à recueillir des informations de bonne qualité.

Jaume Chacó : le marché espagnol de l'assurance vie n'est pas aussi développé que dans d'autres pays et, de ce fait, les proposant ne saisissent pas toute l'importance de la proposition d'assurance et l'intérêt des déclarations, ou en tout cas ils n'en ont pas encore pris l'habitude. Ils sont plus ou moins réticents à répondre de manière complète et détaillée à nos questions.

**Une dernière question : les réassureurs sont-ils pour vous une aide ou une "gêne" ?**

Manuela Mesquitela : quelle question ! Ils sont toujours une aide utile et efficace !

Jaume Chacó : la qualité de la relation entre l'assureur et le réassureur est primordiale si l'on veut apporter une réponse rapide et adéquate, surtout sur les dossiers les plus problématiques.

# ICLAM 2007

Le 22<sup>ème</sup> congrès international de médecine d'assurance de l'ICLAM se tiendra à Berlin du 6 au 9 mai 2007, au *Berliner Congress Center* (BCC) situé Alexanderplatz. Cet édifice récemment rénové, avec son espace de conférence en coupole, est salué comme un chef d'œuvre architectural.

Le comité d'organisation a composé un programme scientifique extrêmement intéressant, avec des orateurs de grande renommée. La session consacrée à la mortalité traitera, entre autres, des thèmes suivants : le pronostic après traitement chirurgical des valvulopathies, les avancées de la médecine de laboratoire, l'état actuel dans les examens prédictifs pour les maladies complexes. Sur le thème de l'invalidité, les points abordés porteront, entre autres, sur la quantification de la capacité fonctionnelle, les enjeux et les résultats de la réadaptation, les troubles psychosomatiques et l'invalidité.

Une session sera aussi consacrée aux défis posés au stade de la sélection des risques. Le congrès débutera par un cours d'introduction à la médecine d'assurance.

Un programme d'activités, avec visites organisées, sera également proposé aux participants.

Quel est le public visé ? Les médecins qui travaillent dans le domaine de la médecine d'assurance, de la médecine sociale, de la médecine légale ou de la médecine du travail, ainsi que les spécialistes chargés d'établir des expertises médicales pour les assureurs.

Tout médecin conseil se doit de suivre de près les développements qui touchent la médecine d'assurance à travers le monde. Le congrès de l'ICLAM occupe à cet égard une place de choix.

Sont également invités à participer les tarificateurs spécialisés dans la sélection médicale des risques et les spécialistes de la gestion des sinistres. Les présentations et les ateliers proposés se veulent une aide à la prise de décision au quotidien.

Pour les actuaires, le congrès sera l'occasion de prendre connaissance de nombreuses informations sur la mortalité et l'invalidité à long terme et d'approfondir directement certaines questions avec les spécialistes présents sur place.

Les membres du management seront plus particulièrement intéressés par les aspects qui, du point de vue de la médecine d'assurance,

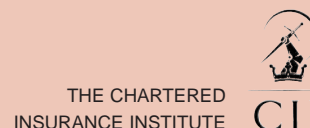


jouent un rôle majeur dans le contrôle de l'antisélection et l'équilibre dans la juste appréciation des risques médicaux de sorte à protéger les compagnies de pertes excessives.

Des informations détaillées sur le programme scientifique et les activités proposées, ainsi que sur les possibilités d'hébergement et les prix, sont disponibles sur le site : [www.iclam2007.de](http://www.iclam2007.de). Les inscriptions peuvent se faire en ligne à partir de l'été 2006.

## Dates des séminaires 2006/2007

### Programme de formation de Gen Re à l'évaluation des risques médicaux



#### Cours 2006/2007

Module 2 : 28 août - 1er septembre 2006

Module 3 : 8 - 12 janvier 2007

Module 4 : 11 - 15 juin 2007



Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG  
Theodor-Heuss-Ring 11  
50668 Cologne, Allemagne  
Téléphone +49 221 9738 0  
Fax +49 221 9738 494  
[www.genre.com](http://www.genre.com)

© Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG, 2006

#### Publié sous la direction de

Dr. Marianne Kutzner (Directrice de la rédaction)  
Simone Ledermann, Klaus-R. Pannenberg  
Téléphone +49 221 9738 678  
Fax +49 221 9738 824  
[www.genre.com/business-school](http://www.genre.com/business-school)

*Underwriting Focus en français est la traduction d'une publication de Gen Re Business School, Cologne.*

Les articles publiés sont protégés par un copyright. Ceux qui sont signés ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la direction de la publication ou de la rédaction. L'ensemble des informations présentées ont fait l'objet de recherches minutieuses et ont été rassemblées au mieux de nos connaissances en la matière. Nous déclinons toutefois toute responsabilité quant à leur exactitude, leur exhaustivité ou leur caractère d'actualité. En particulier, ces informations ne doivent pas être interprétées comme des conseils d'ordre juridique, auxquels elles ne peuvent en aucun cas se substituer.