

Underwriting Focus

Le système gastro-intestinal – Troubles intestinaux

Sommaire

La maladie inflammatoire de l'intestin (MII)	2
Le syndrome de l'intestin irritable (SII)	4
Le concept de la chirurgie abdominale "sans cicatrice"	6
Regard au-delà des frontières – La sélection des risques au Mexique	8
Un sport exceptionnel qui fait appel aux muscles et à la tête : le chessboxing	10
Un profil professionnel exceptionnel : parfumeur, dans la frénésie des sens	11
Spécialiste certifié en évaluation des risques médicaux (CII)	12
Troubles intestinaux – Études de cas	13
Dates des séminaires 2008/2009	16



© iStockphoto.com/Eraxion

Les aliments sont le carburant de notre corps et nous fournissent les substances et l'énergie nécessaires à notre fonctionnement. Lors du processus d'absorption, les nutriments contenus dans les aliments comme les glucides, les protéines, les graisses et les minéraux, traversent la paroi intestinale pour arriver dans le sang. Aucun système n'a autant de répercussions sur notre sensation générale de bien-être et de santé que le système gastro-intestinal.

Il a été démontré que les troubles intestinaux affectaient plus de 25 % de la population dont la majorité ne cherchera jamais conseil auprès d'un médecin. Certaines maladies, comme l'indigestion ou la diarrhée bénigne, sont fréquentes, causent

une légère gêne et peuvent être facilement traitées.

D'autres, comme la maladie inflammatoire de l'intestin, peuvent durer plus longtemps et être plus problématiques.

Ce numéro de Underwriting Focus contient des articles et des études de cas sur le syndrome de l'intestin irritable (SII) et la maladie inflammatoire de l'intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn). Il présente, par ailleurs, les pratiques de sélection au Mexique et comprend deux articles sous une nouvelle rubrique intitulée "sports et métiers exceptionnels". Le prochain numéro de Underwriting Focus, qui viendra compléter le thème des maladies gastro-intestinales, portera sur les troubles gastriques.

Newsletter de la
Gen Re Business School

La maladie inflammatoire de l'intestin (MII)



Dr. Christoph Pohl,
gastro-entérologue,
hémato-oncologue,
médecin en chef,
Hôpital St. Elisabeth,
Cologne, Allemagne

Le terme *maladie inflammatoire de l'intestin (MII)* est un terme commun utilisé pour désigner deux affections différentes avec des caractéristiques similaires mais distinctives : la colite ulcéreuse (CU) et la maladie de Crohn (MC). La colite ulcéreuse est caractérisée par des épisodes inflammatoires chroniques et récurrents se limitant à la muqueuse du côlon. Elle affecte presque toujours le rectum et peut s'étendre de manière continue aux parties proximales du côlon.

La maladie de Crohn, quant à elle, touche de façon typique l'iléon et est caractérisée par une inflammation transmurale et discontinue appelée "lésions skip". La nature inflammatoire transmurale de la MC entraîne souvent des cicatrices fibreuses, une occlusion et une pénétration de la séreuse à l'origine de micro-perforations et de fistules. La MC peut concerner l'ensemble du tractus gastro-intestinal de la bouche à la région périanale alors que la CU n'affecte que le côlon.

Épidémiologie de la MII

Les taux d'incidence varient entre 2,2 et 14,3 cas par 100 000 personnes-année pour la colite ulcéreuse et entre 3,1 et 14,6 cas par 100 000 personnes-année pour la maladie de Crohn. Les taux de prévalence sont compris entre 37 et 246 par 100 000 personnes pour la CU et entre 26 et 199 cas par 100 000 personnes pour la MC. Le pic d'incidence de la MII se situe chez des patients âgés de 15 à 25 ans. Près de 25 % à 30 % des patients atteints de la MC et 20 % des patients souffrant de CU présentent ces troubles avant l'âge de 20 ans et sont susceptibles de développer des complications uniques y compris des problèmes de croissance et un retard de puberté. Ces dernières décennies, l'incidence de la MC chez les enfants semble augmenter. On constate un second pic d'incidence de la MC entre 50 et 80 ans. Il semble qu'il existe un gradient nord-sud avec des taux d'incidence plus élevés pour la MC et la CU dans les régions du Nord et ce, même dans différents pays. Il n'existe aucune spécificité selon le sexe et l'incidence est similaire pour différents groupes ethniques.

Quelle est la cause de la MII ?

On ne connaît pas la cause de la MII même si de nombreuses études évoquent des facteurs génétiques et environnementaux. La MII semble se transmettre selon un mode de héréditaire non mendélien avec une incidence accrue au sein de familles réceptives et notamment chez les jumeaux. Certains évoquent l'existence d'un phénomène dit "d'anticipation génétique", qui pose l'hypothèse du développement des premiers signes d'une maladie et de son aggravation d'une génération à la suivante. Des rapports récents ont permis d'identifier des mutations du gène NOD2 (également appelé CARD15), situé sur le chromosome 16. Ce gène semble rendre les habitants des pays occidentaux plus sensibles à la MC iléale ou avec sténose fibreuse. Il existe dans les macrophages humains, des gènes mutants NOD2 responsables d'une altération de la réponse aux lipopolysaccharides bactériens, ce qui confirme la théorie d'un manque héréditaire de défensines intestinales contre des pathogènes luminaux comme cause de la MII. En outre, des études soutiennent l'hypothèse selon laquelle une exposition à des pathogènes infectieux au cours des premières années de la vie confèrent une résistance à certaines maladies à médiation immunitaire ("l'hy-

pothèse d'hygiène"). À l'inverse, certains facteurs environnementaux peuvent même avoir des vertus protectrices contre le développement de la MII ; par exemple, le fait de vivre au contact d'animaux d'élevage au cours des premières années de la vie permettrait de réduire le risque de développer une MII.

Par ailleurs, lorsque l'on considère une exposition intestinale permanente à de multiples antigènes alimentaires luminaux, on peut raisonnablement penser qu'il existe un lien entre le régime alimentaire et la MII. Une augmentation de la consommation de sucre raffiné a été à plusieurs reprises associée à la MC mais pas à la CU ; le tabagisme constitue un risque deux fois plus élevé de développer la MC, tandis que la consommation de nicotine semble avoir des vertus protectrices contre la CU.

Quant doit-on suspecter la MII ?

La MII doit être suspectée en cas de diarrhée, de douleur abdominale et de perte de poids qui s'accompagnent notamment de pertes sanguines, d'arthrite, de symptômes cutanés et d'un retard de la croissance chez les adolescents. La CU se présente généralement sous la forme d'une maladie subaiguë à évolution progressive, caractérisée par une diarrhée sanguinolente, une douleur abdominale, une anémie, une sensation de fatigue et parfois une perte de poids. L'activité de la maladie est souvent liée à son extension avec des formes légères touchant uniquement le côlon distal. Les symptômes qui s'apparentent davantage à la MC sont la perte de poids et la douleur abdominale, surtout s'ils sont accompagnés de fistules périanales, d'abcès ou d'une affection extra-intestinale touchant les articulations, la peau et/ou les yeux.

Comment la MII est-elle diagnostiquée ?

Une fois la colite ulcéreuse ou la maladie de Crohn suspectée, le diagnostic est plutôt simple à confirmer par coloscopie avec examen de l'iléon. Une biopsie est obligatoire, l'histopathologie peut participer à l'établissement du diagnostic. L'entérocytose par IRM ou radiographie permet de détecter une maladie intestinale mineure non accessible par endoscopie. Des tests réalisés en laboratoires peuvent contribuer à déceler des signes d'anémie et d'infection. Des tests spécifiques portant sur les anticorps peuvent également

participer à l'établissement du diagnostic. Les anticorps anti-saccharomyces cerevisiae (ASCA) suggèrent le diagnostic de la MC. Les anticorps antineutrophiles cytoplasmiques périmucléaires atypiques (ou P-ANCA atypiques) suggèrent une CU, même s'il existe un chevauchement ("overlap") notable. L'ensemble des résultats cliniques, endoscopiques, pathologiques et de laboratoire devrait permettre de classer la maladie comme étant une MC ou une CU. Seulement environ 10 % des cas soulèvent encore des doutes après une évaluation complète, notamment au cours des premiers stades de la maladie. On parle alors de colite "indéterminée"; ces doutes disparaissent généralement avec l'évolution de la maladie. Le tableau 1 regroupe les résultats types respectivement obtenus dans le cas d'une CU et d'une MC.

Manifestations extra-intestinales

La MC est une maladie systémique pouvant affecter de nombreux organes. Une arthrite asymétrique et non érosive touche généralement les grosses articulations y compris les hanches, les genoux et les poignets et se développe parallèlement à l'activité de l'atteinte intestinale. Toutefois, l'atteinte du squelette axial sous la forme d'une spondylarthrite ankylosante et d'une arthrite des articulations sacro-iliaques est susceptible d'évoluer indépendamment. L'affection peut ensuite s'accompagner de manifestations cutanées et oculaires avec une fréquence accrue de calculs rénaux et de la vésicule biliaire. La maladie hépatique la plus grave associée à la MII est la cholangite sclérosante primitive (CSP), une pathologie provoquant une inflammation et une cicatrisation des voies biliaires parfois à l'origine d'une cirrhose hépatique. La CSP survient chez 2 % à 4 % des patients souffrant d'une CU et apparaît dans des proportions moindres chez les patients atteints de la MC. La CSP est considérée comme un état pré-cancéreux du carcinome cholangiocellulaire.

La CU peut être associée à un certain nombre de complications extra-intestinales similaires à celles observées pour la MC. En outre, il existe diverses complications locales majeures de la CU comme notamment l'hémorragie massive, la colite grave, la perforation intestinale ou encore la sténose. En général, les personnes souffrant de CU présentent un risque accru de développer un cancer colorectal. Ce risque est encore plus élevé chez les personnes souffrant d'une pancolite c'est-à-dire lorsque l'inflammation touche le côlon sur toute sa longueur. Le risque

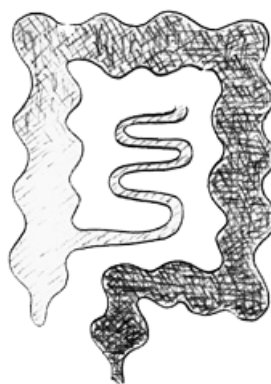

	CU	MC
répartition	continue 	irrégulière 
Saignements	80 %	22 %
Diarrhée	90 %	73 %
Douleurs abdominales	47 %	77 %
Fistules	0 %	16 %
Perte de poids	5 %	54 %
Fièvre	1 %	35 %
Anémie	40 %	27 %
Arthralgie	38 %	29 %
Symptômes oculaires	11 %	10 %

Tableau 1 : Caractéristiques de la MII et fréquence des symptômes

commence à augmenter environ 8 à 10 ans après les premiers signes de la maladie avec 5 % à 10 % de risque de développer un cancer 20 ans après l'apparition de ces premiers signes. Chez les personnes atteintes d'une colite limitée à la moitié gauche du côlon, le risque de cancer colorectal commence à augmenter environ 15 à 20 ans après les premiers signes de la maladie. Une surveillance coloscopique est recommandée dans les 8 à 10 ans suivant l'apparition de la maladie chez les personnes avec des pancolites et après 15 ans chez les personnes atteintes de colites sur la moitié gauche du côlon.

Quel est le traitement de la MII ?

Le traitement de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse vise à restreindre l'activité de la maladie et à éviter les rechutes. La maladie active est traitée à l'aide d'un régime alimentaire ou d'une alimentation parentérale transitoire et d'antibiotiques. Les corticostéroïdes oraux, parentéraux ou topiques sont efficaces dans le cas d'une maladie active aussi bien chez les patients atteints de la MC que ceux atteints d'une CU.

Lorsqu'il s'avère impossible de réduire progressivement une médication à base de corticostéroïdes, on considère qu'un traitement par anticorps anti-TNF alpha et/ou anti-métabolites est indiqué. Ces traitements débouchent généralement sur une amélioration de l'état de santé après trois à quatre semaines, suivie d'une rémission dans 90 % des cas et d'une rémission prolongée chez 70 % des patients.

Les médicaments standards utilisés pour prévenir les rechutes des affections légères à modérées sont la Sulfasalazine et les 5-aminosalicylates. Même si la Sulfasalazine est l'un des plus anciens médicaments dans le traitement de la MII, les 5-aminosalicylates sont généralement mieux tolérés par les patients et de plus fortes doses, souvent plus efficaces, peuvent être prescrites. Un traitement continu à l'aide d'un médicament à base de 5-ASA est habituellement recommandé pour maintenir une rémission chez des patients présentant des MC et des CU légères à modérées. Les anti-métabolites (Azathioprine et 6-mercaptopurine) sont des immunomodulateurs chimiquement liés. Les premiers effets de l'activité de ces médicaments n'arrivent que tardivement ; cela peut

prendre entre trois à six mois. Un traitement à long terme avec des corticostéroïdes est néfaste. On prescrit généralement de la 6-MP et de l'AZA aux patients atteints de la MC et de la CU avec une maladie active chronique afin d'essayer d'éliminer les corticostéroïdes du traitement et de maintenir les patients en rémission sans corticostéroïde. Le Méthotrexate peut être utile dans le traitement des patients souffrant de la MC qui ne tolèrent pas ou ne répondent pas à l'AZA ou à la 6-MP. Des anticorps dirigés contre les récepteurs TNF-alpha comme l'Infliximab, l'Adalimumab ou le Certolizumab sont un autre moyen thérapeutique dans cette situation et sont plus utiles pour la MC fistulisante.

Histoire naturelle et pronostic

L'évolution de la MII consiste généralement en une alternance entre des exacerbations intermittentes et des périodes de rémissions symptomatiques complètes. Toutefois, un faible pourcentage de patients présente

des symptômes permanents et sont incapables de parvenir à une rémission. Pour la maladie de Crohn, seulement environ 10 % à 20 % des patients entrent dans une phase de rémission prolongée après leur première poussée de maladie. Le modèle, assez variable en fonction des patients, peut comprendre aussi bien des périodes récurrentes (sur des semaines et parfois des mois) de symptômes comme la diarrhée bénigne et les crampes, que des symptômes graves et handicapants, plus rares (forte douleur abdominale et occlusion intestinale). Un traitement peut participer à faire évoluer une maladie active vers une rémission et ensuite prolonger cette phase de rémission. Chez des patients atteints de la MC, une intervention chirurgicale est souvent requise pour la forme fistulisante de la maladie, la formation d'abcès, l'opération de sténoses et d'occlusion. Au final, 80 % des patients atteints de la MC subiront une opération pour l'une de

ces causes. Entre 50 % et 70 % des patients concernés par la MC développent une malnutrition ou un déficit pondéral. Pour la colite ulcéreuse, une progression proximale de la maladie a été décrite chez pas moins de 15 % des patients sur cinq ans. Pour la CU, une intervention chirurgicale avec une colectomie curative est recommandée pour les maladies actives chroniques réfractaires au traitement médicamenteux et pour les maladies s'accompagnant d'une hémorragie massive, d'une perforation du côlon, d'un mégacôlon toxique persistant et d'une dysplasie ou d'un carcinome. Près de 30 % des patients subissent une colectomie curative dans les 15 à 25 ans de la maladie. Les capacités de travail en sont fréquemment affectées, l'espérance de vie dépend de l'évolution de la maladie et de l'activité inflammatoire.

Le syndrome de l'intestin irritable (SII)



Dr. Christoph Pohl,
gastro-entérologue,
hémato-oncologue,
médecin en chef,
Hôpital St. Elisabeth,
Cologne, Allemagne

Le terme syndrome de l'intestin irritable (SII) est utilisé pour désigner un syndrome gastro-intestinal caractérisé par une douleur abdominale chronique et une modification des habitudes de défécation. L'absence de cause organique doit être établie avant le diagnostic. Le SII est la maladie gastro-intestinale la plus fréquemment diagnostiquée seule et représente près de 25 % à 50 % des patients examinés par un gastro-entérologue en Europe occidentale.

Épidémiologie du SII

On estime que la prévalence s'échelonne entre 10 % et 15 % en Amérique du Nord et en Europe occidentale. Avec un rapport femmes / hommes d'environ 2:1, les jeunes femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes et les personnes âgées. Bien que le nombre de patients semble être très conséquent, seulement environ 10 % à 15 % des personnes affectées consulteront éventuellement leur médecin. Néanmoins, le SII représente un nombre significatif de consultations de généralistes et constitue la seconde cause d'absentéisme au travail après le rhume. En tant que tel, le SII est associé à une augmentation des frais de santé, avec des frais annuels directs et indirects allant jusqu'à 30 milliards de \$. Toutefois, sur la plupart des marchés, une incapacité à travailler de longue durée est rare et l'espérance de vie n'est aucunement affectée par la maladie.

Quelle est la cause du SII ?

La physiopathologie du SII reste controversée. Malgré le dysfonctionnement psychologique et le stress émotionnel fréquemment constatés chez les patients atteints du SII, les symptômes de cette maladie ont une origine physiologique. Ainsi, des facteurs héréditaires et environnementaux (sensibilité aux aliments et nutri-

ments) sont également susceptibles de jouer un rôle. On retrouve notamment une motilité gastro-intestinale anormale (causant une augmentation ou une réduction des défécations), une hypersensibilité viscérale souvent constatée (sensation de douleur plus aiguë que chez un individu en bonne santé, en réaction à un stimulus standardisé) et/ou une perturbation de l'axe "intestin-cerveau" (ou "brain gut axis"). Jusqu'ici, les données disponibles s'opposent et aucune anomalie physiologique ou psychologique n'a été identifiée comme caractéristique de ce trouble. Une sous-catégorie définie de patients se plaint de symptômes similaires après une gastro-entérite bactérienne ou virale aiguë. Le terme "troubles intestinaux post-dysentériques" a été inventé pour différencier ce groupe de patients souffrant de diarrhées prédominantes typiques.

Quels sont les signes cliniques du SII ?

Le syndrome de l'intestin irritable est caractérisé par une douleur abdominale chronique accompagnée d'une modification des habitudes de défécation. D'autres symptômes intestinaux et extra-intestinaux variés peuvent également survenir.

La douleur abdominale décrite pour le SII se traduit généralement par des crampes, d'intensité variable avec

des exacerbations périodiques. Même si la douleur est le plus souvent localisée dans la partie inférieure gauche de l'abdomen, son emplacement et sa nature peuvent varier considérablement. Le stress émotionnel et l'alimentation intensifient cette sensation de douleur qui sera généralement soulagée par la défécation. Par définition, des antécédents de modifications des habitudes de défécation ajoutés à une douleur abdominale permettent de poser le diagnostic. Les patients souffrant du SII font état d'une augmentation ou d'une réduction de la fréquence des selles ou d'une alternance entre diarrhée et constipation. Dans le cas de la diarrhée, définie par des selles liquides plus de trois fois par jour, les patients se plaignent de selles molles ou pâteuses en petites quantités, souvent accompagnées de ballonnements et d'une sensation d'évacuation incomplète des selles. Les défécations ont généralement lieu au réveil et sont précédées d'une extrême urgence. Les patients témoignent souvent de présence de mucus dans les selles. Pour la constipation, définie par moins de trois défécations par semaine, les selles sont dures et en forme de billes. Dans ce cas aussi, les patients ressentent parfois une sensation d'évacuation incomplète des selles. Les divers symptômes peuvent être classés selon quatre sous-catégories de SII :

- SII à constipation prédominante
- SII à diarrhée prédominante
- SII à alternance diarrhée / constipation
- Sous-catégorie indéterminée

Autres symptômes

Une large variété de symptômes gastro-intestinaux supplémentaires (éructation, reflux gastro-œsophagien, dysphagie, dyspepsie, saignements et flatulences, nausées et douleur thoracique non-cardiaque) est couramment observée chez des patients atteints du SII. Des symptômes extra-intestinaux peuvent également survenir ; troubles de la sexualité, dysménorrhée, dyspareunie, fréquence urinaire accrue et besoin urgent s'accompagnant même parfois d'hypertension, d'une affection respiratoire réactionnelle et de syndromes rhumatologiques comme la fibromyalgie, etc. Ces symptômes ne participent pas à l'établissement du diagnostic du SII. En outre, des symptômes tels que des diarrhées importantes, des selles sanguinolentes, des diarrhées nocturnes, des selles pâteuses, une perte de poids, l'anorexie, la malnutrition, des douleurs nocturnes entraînant le réveil ou des

douleurs progressives ne sont pas caractéristiques du SII. Ils peuvent même exclure le diagnostic du SII et suggérer une maladie organique.

Comment le SII est-il diagnostiqué ?

Il n'existe aucun marqueur type pour le SII et plusieurs troubles intestinaux ont des symptômes similaires au SII comme par exemple la maladie inflammatoire de l'intestin, la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn. Le diagnostic du SII doit donc reposer sur l'identification de symptômes positifs cohérents avec l'affection (comme ceux mentionnés dans les critères de Rome figurant ci-dessous) et doit exclure d'autres causes organiques avec des symptômes similaires. Du fait de l'absence de marqueurs biologiquement définis, le diagnostic du SII implique nécessairement que la maladie soit définie à l'aide de critères basés sur des symptômes. Malgré les études critiques sur la méthode, on considère aujourd'hui que les critères dits de Rome III de 2005 représentent la définition consensuelle la plus couramment utilisée. Selon ces critères, le SII est défini comme "un groupe fonctionnel de gênes ou de troubles intestinaux dans lequel les douleurs abdominales sont associées à une défécation ou à une modification de la fréquence des selles avec des caractéristiques de défécation altérée "(tableau 1, page suivante). D'autres symptômes ne

faisant pas partie des critères de Rome III y compris la fréquence et la constitution anormales des selles (dures/compactes ou molles/liquides), des efforts de défécation, des besoins urgents, un sentiment d'évacuation incomplète des selles, la présence de mucus dans les selles et des ballonnements sont des marqueurs utiles et évocateurs d'un SII. Après identification des symptômes évocateurs du SII, des antécédents médicaux normaux et après un examen clinique comprenant également des études de routine limitées, on peut poser le diagnostic d'un SII. Pour ce faire, il est recommandé de réaliser un test Haemoccult des selles, une formule numération sanguine, un examen de la vitesse de sédimentation, une analyse de l'albumine et de la chimie sériques, un examen parasitologique des selles et une coloscopie pour les patients de plus de 50 ans. Ces procédures doivent normalement suffire à exclure la présence de "signaux alarmants "(fièvre, perte de poids, sang dans les selles, anémie, analyses de sang ou résultats cliniques anormaux, antécédents de SII ou de cancer dans la famille) qui peuvent nécessiter une évaluation plus approfondie.

Comment peut-on soigner le SII ?

Le SII doit être considéré comme une maladie chronique sans traitement connu. Le traitement aura donc pour



objectif de soulager les symptômes et de gérer les problèmes des patients. Habituellement, les patients avec des symptômes légers ou peu fréquents ne souffrent que d'une perturbation psychologique ou d'un handicap léger ou non fonctionnel. Ainsi, le traitement consistera à informer et rassurer les patients ainsi qu'à modifier les habitudes alimentaires symptomatiques et à prescrire une supplémentation en fibres. Une modification du régime alimentaire, un changement de comportement et une psychothérapie peuvent être bénéfiques aux patients présentant des symptômes légers du SII, des signes de troubles psychologiques et dont les activités quotidiennes sont perturbées. Un groupe plus restreint de patients avec des symptômes aggravés peut se plaindre d'un handicap important et nécessiter une aide psychologique ou un traitement pharmacologique contre des modifications de la physiologie intestinale. Seul un petit sous-ensemble de patients atteints du SII peut se présenter avec des douleurs très intenses et tenaces éventuellement associées à un trouble psychiatrique manifeste. Ces patients aux symptômes graves et réfractaires peuvent bénéficier d'un traitement médicamenteux (antidépresseurs) et psychiatrique.

Critères diagnostiques de Rome III* pour le syndrome de l'intestin irritable

Douleurs ou gêne abdominales récurrentes**

présentes au moins 3 jours par mois
au cours des 3 derniers mois

et associées à au moins 2 des signes suivants :

- 1) Amélioration après la défécation
- 2) Premiers signes avec une modification de la fréquence des selles
- 3) Premiers signes avec une modification de la forme (aspect) des selles

* Critères remplis pour les 3 derniers mois avec l'apparition des premiers symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic.

** Gêne désigne une sensation d'inconfort qui ne peut être décrite comme une douleur.

Dans le cadre de la recherche physiopathologique et des essais cliniques, la fréquence de la douleur / gêne est d'au moins 2 jours par semaine lorsque l'on réalise un dépistage pour évaluer l'éligibilité des sujets.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de Rome III pour le SII (Longstreth, G.F., et al., *Gastroenterology*, 2006; 130:1480)

Quel est le pronostic d'un SII ?

Même si le SII peut causer des douleurs et un stress notables, la majorité des patients est capable de contrôler ses symptômes et de vivre une vie

normale. La plupart des personnes ayant un SII ne développent pas de maladies graves à long terme et le SII ne réduit pas l'espérance de vie.

Le concept de la chirurgie abdominale "sans cicatrice"



Dr. Christoph Pohl,
gastro-entérologue,
hémato-oncologue,
médecin en chef,
Hôpital St. Elisabeth,
Cologne, Allemagne

Malgré le développement de procédures mini-invasives, chacune des interventions chirurgicales de l'abdomen nécessite encore un passage par la peau et la paroi abdominale. Les cicatrices larges et parfois disgracieuses associées à la chirurgie traditionnelle laissent place à de petites cicatrices souvent quasi-invisibles suite à une ponction chirurgicale de la paroi abdominale réalisée à l'aide de trois à cinq trocarts laparoscopiques permettant l'introduction d'instruments et de caméras dans l'abdomen.

Procédures endoscopiques

La chirurgie endoscopique mini-invasive, aujourd'hui envisageable pour la plupart des procédures abdominales standards, a révolutionné la chirurgie viscérale (ablation de l'appendice ou d'un rein, intervention chirurgicale mineure du côlon, réfection chirurgicale d'une hernie, etc.).

Parmi les progrès réalisés parallèlement ces 50 dernières années, le développement de l'endoscopie gastro-intestinale a rendu possible l'examen de l'ensemble de l'intestin à l'aide d'endoscopes souples introduits par la bouche ou l'anus. Une endoscopie du tractus gastro-intestinal supérieur permet d'examiner la lumière de l'œsophage, l'estomac et les parties proximales de l'intestin ainsi que les voies biliaires et pancréatiques. Grâce à l'endoscopie du tractus gastro-intestinal inférieur ou la coloscopie, il est possible d'atteindre l'intégralité du côlon et de s'introduire en profondeur dans l'iléum. Avant, de grosses parties de

l'intestin grêle n'étaient pas accessibles par endoscopie traditionnelle. Le développement récent de l'endoscopie par capsule et de l'endoscopie de l'intestin par ballon simple ou double a permis de combler ce vide. Les procédures diagnostiques ont encore été améliorées par l'ajout d'une technique d'échoendoscopie.

De nombreuses procédures thérapeutiques réalisées à l'aide d'endoscopes ont également été optimisées. Aujourd'hui, on arrête facilement des saignements d'ulcères et des veines varices par endoscopie à l'aide d'agrafes, d'un traitement par injection ou d'une ligature. Des sténoses occlusives peuvent habituellement être dilatées ou pontées par des dispositifs d'implantation d'endoprothèse vasculaire. L'ablation de tumeurs bénignes et malignes par polypectomie à l'aide d'anses et la mucosectomie des tumeurs couvrant de larges régions de l'intestin sont maintenant considérées comme des procédures courantes en gastro-enté-

rologie. Même les sténoses, les calculs et les tumeurs situés dans les voies biliaires ou pancréatiques sont généralement accessibles par traitement endoscopique.

Une nouvelle méthode : la chirurgie endoscopique transluminale par les orifices naturels (ou Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery — NOTES™)

Un article sur la péritonéoscopie transgastrique publié en 2004 (Kalloo et al.), envisageant la perspective d'une chirurgie abdominale sans incision, a éveillé l'intérêt du public. Le concept de la chirurgie endoscopique transluminale par les orifices naturels (NOTES™) comme moyen hybride d'accès à l'abdomen via les orifices naturels (par voie transluminale) et à l'aide de techniques laparoscopiques intra-abdominales standards, intrigue aussi bien les gastro-entérologues que les chirurgiens. Dans ce contexte, "trans" signifie au travers et "luminal" renvoie à l'espace d'un organe.

La méthode NOTES™ désigne actuellement un mélange expérimental de techniques endoscopiques et chirurgicales permettant la réalisation d'opérations abdominales sans cicatrices. Un endoscope spécifique est introduit par un orifice naturel du corps comme la bouche, l'anus, le vagin ou l'urètre et après une incision interne, passe dans l'estomac, le côlon, le vagin ou la vessie pour atteindre l'endroit concerné par l'opération chirurgicale. En raison de l'absence de nerfs dans les organes internes, le rétablissement est théoriquement indolore, mais il est parfois difficile d'obtenir une fermeture parfaite des incisions dans l'estomac et des "fuites" peuvent causer de graves complications.

La méthode NOTES™, initialement décrite sur des animaux par des chercheurs de l'Université de Johns Hopkins, a récemment été utilisée sur des humains en Inde, pour l'ablation d'un appendice par la paroi gastrique. En 2007, Swanstrom et ses collègues ont fait rapport de la première cholécystectomie transgastrique réalisée sur un homme ; le Brésil et la France ont communiqué les premières séries de cholécystectomies transvaginales.

Plus récemment, certains chercheurs ont avancé que des approches transcoliques, transvésicales et transvaginales étaient plus adaptées à un accès aux structures abdominales supérieures, souvent difficiles à traiter avec une approche transgastrique (Swanstrom et al., 2005). Plus récemment, un groupe de chercheurs por-

tugais a utilisé une approche à la fois transgastrique et transvésicale pour augmenter la faisabilité de procédures moyennement complexes comme la cholécystectomie.

L'accès transvaginal relatif à la méthode NOTES™ semble être le plus sûr et réalisable pour une application clinique car, contrairement à la lumière intestinale, cette région est considérée comme stérile, moins vulnérable et moins sujette à une fuite des fluides sécrétés (comme l'acide gastrique). Plusieurs gynécologues procèdent déjà à l'hystérectomie et à la ligature des trompes par voie transvaginale. Lors de ces opérations, on fait une minuscule incision au niveau de la partie supérieure de la paroi vaginale pour insérer des instruments endoscopiques souples et enlever facilement la vésicule biliaire ou l'appendice. Cette procédure qui présente un risque de complications moindre, a l'inconvénient de n'être réalisable que chez les femmes.

NOTES™ – Un changement de paradigme ?

Les intéressés et les chercheurs dans ce domaine reconnaissent le potentiel révolutionnaire de cette technique pour le secteur de la chirurgie mini-invasive grâce à l'élimination des incisions abdominales. La méthode NOTES™ pourrait être le prochain grand changement de paradigme en chirurgie, tout comme le furent l'endoscopie en 1960 et 1970 et la laparoscopie en 1980 et 1990. Cette procédure aurait notamment pour avantage potentiel de réduire les exigences en matière d'anesthésie. Un rétablissement plus rapide et des séjours écourtés à l'hôpital peuvent rendre cette procédure accommodante pour des patients gravement malades qui ne sont pas en état de subir d'intervention chirurgicale traditionnelle ou laparoscopique. La méthode NOTES™ peut éliminer les complications potentielles liées à des blessures transabdominales comme des hernies ou des infections. Elle peut participer à réduire l'immunodépression périopératoire et à améliorer le fonctionnement des poumons et du diaphragme après l'opération. La perspective et le potentiel d'une chirurgie abdominale "sans cicatrice" susciteront l'intérêt du public avant tout pour ses avantages esthétiques évidents.

Malgré toute cette euphorie, de nombreux problèmes encore non résolus doivent être traités. À l'heure actuelle, des critiques remettent à juste titre en question la sécurité et les avantages de cette technique par rapport à des alternatives chirurgicales mini-invasives efficaces comme

la chirurgie laparoscopique déjà largement répandue. De plus, la nécessité d'une meilleure instrumentation constitue l'un des obstacles à la méthode NOTES™. Il faut avant tout développer un dispositif sécurisé pour la fermeture des incisions pratiquées au niveau de la paroi intestinale (viscérotomie). Il est également nécessaire de créer une plate-forme de travail stable, d'améliorer les techniques d'optique et de développer un nouvel endoscope permettant une triangulation des instruments et une rétraction possible du tissu.

Des applications possibles de ces développements ne se limitent pas à la chirurgie par les orifices naturels.

Par exemple, les gastro-entérologues recherchent ardemment un outil fiable pour des sutures de pleine épaisseur : ce moyen pourrait être utilisé pour fermer une perforation accidentelle du côlon ou de l'œsophage, rendant ainsi les procédures endoscopiques plus sûres. De manière similaire, des endoscopes nouvellement développés spécifiques ou non à la chirurgie transgastrique peuvent servir dans des applications plus larges dans le cadre de procédures endoluminales ou d'une endoscopie gastro-intestinale traditionnelle. Une rétraction et une triangulation permettraient une manipulation précise du tissu, simplifiant ainsi les résections endoscopiques. Une plate-forme de travail stable et un outil de suture souple ouvriraient la voie à une nouvelle perspective en endoscopie pour des résections endoscopiques de pleine épaisseur. Les carcinomes in-situ et les polypes coliques ne pouvant bénéficier d'une résection par d'autres moyens pourraient être traités par résection endoluminale et fermeture séreuse contre séreuse de la colostomie. Ceci peut également s'appliquer à des cancers de l'estomac et de l'œsophage à des stades précoces.

La méthode NOTES™ influera inexorablement sur le domaine de la gastro-entérologie puisqu'elle permet de développer le champ d'application des endoscopes souples au-delà des confins de la lumière gastro-intestinale. On espère que cette méthode aura des avantages "en aval" pour les gastro-entérologues puisqu'elle débouchera sur des techniques de suture pour la gestion des perforations ou des fistules ; des instruments plus performants pourront optimiser les possibilités en matière de polypectomie et même permettre des résections de pleine épaisseur.

Les références sont disponibles auprès de l'auteur.

Regard au-delà des frontières – La sélection des risques au Mexique



Dr. Rosa Keiko Imuro Yasuda, Spécialiste en évaluation des risques médicaux, Gen Re LifeHealth, Mexique

Pouvez-vous nous décrire en quelques mots la journée type d'un tarificateur dans votre pays ? De quelles sources d'information dispose le tarificateur ?

Nous recevons des dossiers pour évaluation, provenant de plusieurs compagnies d'assurance d'Amérique latine et des Caraïbes. La documentation nous est envoyée principalement par e-mail et parfois par fax ou courrier. Les compagnies d'assurance envoient ces cas pour une réassurance facultative individuelle car ils ne sont pas couverts par leur traité ou présentent des facteurs de risque supplémentaires liés à des maladies, des risques professionnels ou à la pratique de sports dangereux. Les informations que nous recevons reflètent habituellement les critères de suscription dont nous disposons et qui ont été établis par chaque compagnie d'assurance, selon l'âge et le montant assuré. Nous vérifions l'exhaustivité des informations fournies et essayons de parvenir à une décision de tarification dans les 24 heures. Si le risque encouru dépasse notre autorité locale, nous transférons le dossier à nos collègues du International Underwriting Department (Service international de tarification), à Cologne. Dans ce cas, le délai de réponse peut être plus long (48 à 72 heures).

Existe-il une formation spécifique à la sélection des risques ?

La National Life Underwriters' Association (Association nationale des tarificateurs en assurance vie) au Mexique organise des réunions périodiques portant sur divers sujets d'intérêt pour les tarificateurs. Le secteur de l'assurance tire aussi avantage des cours de formation proposés dans le commerce. Ces cours sont de plus en plus souvent dispensés en espagnol. Gen Re offre une formation à nos cédantes parmi les services locaux proposés. Un cours sur l'assurance vie et santé, programmé annuellement par l'équipe locale de Gen Re, aborde plusieurs sujets, y compris la tarification.

Quelles sont, pour vous, les principales différences entre la sélection des risques dans votre pays et celle en Allemagne ?

J'ai eu la chance de participer à la formation COMET de Gen Re sur l'évaluation des risques, organisée à Cologne. Les informations fournies sont de très grande qualité. Les personnes participant au cours venaient de différents marchés, principalement européens et tout semblait avoir été parfaitement préparé. J'ai l'impression que le niveau de sélection des risques en Europe est d'excellente qualité. En Amérique latine, les tarificateurs répondent aux niveaux nécessaires. Le défi est d'éviter que les tarificateurs n'agissent de façon mécanique, demandent des informations et utilisent des tableaux sans penser aux spécificités d'un cas. Lorsqu'un résultat anormal isolé est pris en compte cela ne voudra pas obligatoirement entraîner une surprime. Avant de prendre une décision, il convient de considérer l'ensemble des informations comme faisant partie d'un tout. Le grand public ne connaît que peu de choses sur ce qui se cache réellement derrière une police d'assurance vie, les raisons pour lesquelles des surpimes sont appliquées, etc. Cette méconnaissance complique parfois notre métier.

Que se passe-t-il lorsqu'un demandeur révèle une anomalie médicale dans son formulaire de demande ? Le tarificateur peut-il réclamer un rapport directement au médecin traitant ? A-t-il besoin d'un consentement particulier du demandeur ?

La procédure habituelle prévoit un type de consentement permettant au tarificateur de demander des informations supplémentaires, si nécessaire. Le problème se pose, surtout au Mexique, pour les personnes prises en charge par des systèmes de sécurité sociale dans lesquels les médecins traitant refusent habituellement d'écrire un rapport ou de remplir un document spécifique. De plus, la plupart des gens ne connaissent que peu de choses sur le processus de leur maladie, de ce fait, les informa-

tions dont nous disposons sont très limitées. Les personnes suivies par un médecin privé sont généralement en mesure de fournir une déclaration du médecin traitant.

Le médecin donne-t-il des renseignements sur toute autre affection pour laquelle il a pu traiter son patient, même si celle-ci n'est pas mentionnée sur le formulaire de demande ?

Non. Malheureusement, nous n'avons presque jamais libre accès aux dossiers médicaux d'une personne. En général, le médecin écrit le diagnostic et indique les médicaments prescrits ; il nous faut donc spécifier les informations dont nous avons besoin. Nous demandons des détails comme le diagnostic complet et, en cas de cancer, un rapport anatomopathologique et les complications. Nous demandons des renseignements sur le traitement, les séquelles et les résultats des examens de laboratoire ou les résultats d'un ECG, par exemple.

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

Malheureusement, la situation y est très similaire. Il sera presque impossible pour une personne d'obtenir un récapitulatif et il sera encore plus difficile d'obtenir une copie du dossier médical complet. C'est aussi le cas lorsqu'une personne reste dans la même ville, qu'elle est prise en charge par le système de sécurité social et qu'elle souhaite consulter un médecin privé. Si elle est suivie par un médecin privé, elle peut en général obtenir une copie ou un récapitulatif de la part du médecin traitant mais seulement sur demande expresse. Ces documents ne seront jamais transmis automatiquement.

D'autres questionnaires sont-ils utilisés pour obtenir des informations complémentaires sur des troubles médicaux spécifiques (par ex. sur le diabète) ?

Oui, les plus courants sont les questionnaires sur le diabète et l'hypertension. Pour ce qui est de l'évaluation des risques non-médicaux, nous avons recours à des questionnaires

portant sur les métiers à risque, les sports, l'aviation et les risques financiers.

Quel coût représente pour la compagnie l'établissement d'un rapport du médecin traitant, la réalisation d'un examen médical, etc. ?

Les examens médicaux, électrocardiogrammes et essais de laboratoire visant à satisfaire aux exigences requises pour l'obtention d'une police d'assurance sont réalisés par le service médical de chaque compagnie d'assurance. Si un rapport du médecin traitant est requis, le demandeur se charge généralement de contacter son médecin. Habituellement, les médecins ne facturent pas ce rapport à leur patient.

Sur le marché allemand, il n'existe pas d'examens paramédicaux réalisés par des infirmiers. Existe-t-il des intervenants paramédicaux dans votre pays ?

Il existe bien des professions paramédicales mais habituellement ces intervenants réalisent leurs activités dans des services d'urgence, font partie d'une équipe d'ambulanciers ou sont rattachés à certains établissements comme dans des écoles. Toutefois, sur le marché de l'assurance portoricain, nous avons constaté que certains examens étaient effectués par des intervenants paramédicaux.

En Allemagne, il existe une organisation qui regroupe toutes les informations fournies par ses compagnies membres sur les risques qui ne sont pas acceptés au tarif standard. Existe-t-il quelque chose de similaire dans votre pays ?

Au Mexique, l'Oficina de Intercambio de Información, AC (Bureau d'échange d'informations) fonctionne de manière similaire. Toutes les compagnies membres alimentent cette base de données et peuvent chercher des dossiers qui ne sont pas acceptés au tarif standard en raison d'une maladie ou d'autres conditions comme des risques professionnels.

L'un des principaux types de prestations d'invalidité en Allemagne est la protection des revenus. Existe-t-il des produits similaires dans votre pays ?

D'après ce que j'ai pu comprendre de ce concept, il s'agit d'une couverture du risque de chômage. Ce principe existe sur le marché de l'assurance mexicain mais il n'a pas vraiment connu un grand succès dans le passé. De nos jours, ce type de couverture est uniquement vendu sous la forme d'un produit venant se greffer à des polices d'assurance solde restant dû.

Votre marché pratique-t-il la sélection financière ? Si oui, pouvez-vous nous en dire un peu plus ? Quelles sont globalement les limites ?

Oui, on procède à une sélection financière aux fins des assurances de personnes et d'entreprises. Nous recevons des demandes pour des protections de personnes ou de la famille et une couverture de crédit, pour une couverture homme clé, un crédit commercial ou une protection des investissements ainsi qu'une assurance d'association commerciale. Pour une couverture individuelle, nous tenons compte de l'âge et du revenu annuel. Pour la sélection financière, nous avons habituellement accès aux déclarations fiscales, à des enquêtes privées sur le risque à assurer lorsque le montant de la demande s'élève à environ 500 000 USD et aux questionnaires financiers. Dans le cas d'une assurance professionnelle, nous nous basons sur des questionnaires financiers, des rapports d'enquêtes privées, des bilans, des copies de contrats de crédit et d'autres documents pertinents. Notre limite de sélection pour des cas standards s'élève à 3 000 000 USD.

Un sport exceptionnel qui fait appel aux muscles et à la tête : le chessboxing



Claudia Berhorst,
Underwriting
International, Services
clients, Gen Re
LifeHealth, Cologne

Au premier abord, le mélange entre ces deux sports familiers semble très atypique. Peu de personnes peuvent s'imaginer à quoi cela ressemble. La notion d'un mélange entre une discipline assez introvertie et intellectuelle et des séries de directs du droit enchaîné avec des directs de gauche court paraît de très mauvais goût. En fait, ce mariage éveille un intérêt grandissant.



© Alexandra Jung

Procédure

Le combat débute avec une partie d'échecs de quatre minutes, l'échiquier étant placé au centre du ring. La vitesse joue ici un rôle essentiel en raison du temps limité. Pour éviter d'être distraits par les spectateurs, les participants portent un casque pendant les parties d'échecs. Tout le monde peut donc suivre ce qui se passe et les experts aux échecs commentent chaque action. Les participants boxent ensuite pendant deux minutes et se reposent pendant une minute. Le combat dure au total douze rounds maximum ; six parties d'échecs de quatre minutes et cinq rounds de boxe de deux minutes. Le match se termine prématurément si le temps accordé est dépassé lors d'un jeu d'échecs, si l'un des participants fait échec et mat, en cas de K.O. ou si l'arbitre décide d'arrêter le match de boxe. En cas d'ex-aequo aux échecs, les points accordés pendant le match de boxe sont décisifs.

Les premiers championnats régionaux se sont récemment déroulés à Cologne (Allemagne), la ville a désormais son premier champion de chessboxing. Notons que le gagnant a remporté la victoire aux échecs et non sur le tapis – le chessboxing contredit donc l'idée préconçue que les boxeurs musclés n'ont pas besoin de réfléchir.

Tarification

Bien évidemment, les dangers de la boxe pour la santé (risques de blessure à la tête et aux articulations) méritent une attention particulière. Si ce sport est pratiqué à temps complet ou à mi-temps à un niveau professionnel, un examen financier sera également réalisé. Il est recommandé de tenir compte de l'ensemble des paramètres lors de l'évaluation globale des risques.

Un profil professionnel exceptionnel : parfumeur, dans la frénésie des sens



Silke Naumann,
Underwriting
International, Services
clients, Gen Re
LifeHealth, Cologne

À première vue (ou plutôt à première senteur), parfumeur est sûrement l'une des professions les plus sensuelles de toutes. Ce travail consiste à créer des fragrances qui stimulent les sens, donnent libre court à l'imagination ou éveillent tout simplement d'agréables pensées. Il fabrique des senteurs pour toute chose requérant une odeur, y compris notamment les parfums traditionnels – ou parfumerie fine – mais aussi des objets du quotidien comme des produits cosmétiques, des lotions pour le corps ou les cheveux ainsi que des produits de nettoyage ménager. Élaborer un "produit de nettoyage pour le sol à l'odeur agréable" à partir d'un "agent de nettoyage âcre" est un réel défi.

Le parfumeur combine plusieurs professions ; il/elle est à la fois artiste, architecte et artisan. Avant toute chose, il va lui falloir trouver des idées, qui seront aussi importantes que l'imagination et la créativité pour la concrétisation de ces idées. Le parfumeur travaille habituellement pour une société commissionnée par un client potentiel avec des exigences précises. Toutefois, tous les clients ne savent pas exactement ce qu'ils veulent. Il arrive parfois que le parfumeur reçoive uniquement une description générale de la senteur souhaitée du type "j'aimerais quelque chose qui sente...".

Une fois la création vendue, le nom de la personne ayant élaboré le parfum n'est plus associé au produit. Le parfumeur doit donc s'en tenir au rôle de "nègre".

L'outil principal d'un parfumeur est sans conteste son nez. Qui pense que le sens de l'odorat est proportionnel à la grosseur du nez fait fausse route. L'odeur se développe lors de son passage par la muqueuse, les cellules olfactives et le cerveau – en d'autres termes, l'odeur n'est pas visible. Plus de 1 000 gènes purement responsables de l'odeur ont été découverts chez l'homme. Chacun de ces gènes représente un ensemble de consignes assemblées destiné à un récepteur d'odeur spécifique qui reçoit un stimulus.

Les senteurs régissent la vie entière d'un parfumeur. Les parfumeurs sentent des choses en tout lieu et à chaque instant. Ils ne peuvent pas "éteindre" leur sens de l'odorat une fois la journée de travail terminée. Des odeurs assez différentes telle que l'arôme d'un repas délicieux, les accompagnent toute la soirée. Il en va de même pour les odeurs les plus atroces.

Formation

Une certaine patience et un entraînement difficile sont requis pour l'apprentissage de ce commerce aromatique. La rareté des centres d'apprentissage constitue le premier obstacle. Pour utiliser à bon escient les périodes d'attente éventuelles, il peut être intéressant de suivre une formation en tant que pharmacien ou assistant dans un laboratoire. Ceux qui parviennent à intégrer l'un des rares centres d'apprentissage peuvent s'attendre à cinq ans de formation. Leur première mission sera de se familiariser avec les matières premières utilisées. La palette de base comporte près de 200 substances naturelles et 2 000 substances synthétiques. Elles sont l'équivalent des essences naturelles à tous points de vue et sont devenues indispensables pour des raisons de coûts. La deuxième année de formation porte avant tout sur le classement des principales senteurs connues. Le but est de développer sa



“mémoire olfactive”, c’est comme apprendre du vocabulaire en langue étrangère.

Mais la connaissance de chacune des matières premières n’est pas le seul critère important. Des aspects techniques comme le délai de péremption, la volatilité et la tolérance cutanée de ces substances sont également importants. Ceux qui parviennent avec succès à la fin de cet apprentissage ont de fortes chances de se retrouver à l’étranger à un moment donné, les sociétés actives dans ce secteur œuvrent généralement au niveau international. Les “métropoles du parfum” bien connues sont Paris, New-York, Singapour, Buenos Aires et Sao Paulo.

Ceux qui ont vu le film “Le parfum” doivent s’écarter un peu de l’idée que les préparations mystérieuses sont encore mélangées à la main à la manière de Monsieur Baldini. Le Baldini d’aujourd’hui travaille dans un environnement beaucoup plus sobre. Bien que le parfumeur œuvre tou-

jours dans un laboratoire avec des balances et une pipette, le plus gros du travail se fait dans un bureau. Les ordinateurs sont utilisés pour contrôler, entre autres, des unités de mélange électroniques régulant le taux approximatif des ingrédients – un peu à l’image d’un appareil permettant de mélanger les teintes de peinture dans un magasin en libre service. Cependant, la tâche principale – à savoir la démonstration de ce qu’on appelle réellement “un bon nez” dans le métier – ne peut pas être effectuée par une machine. Ici rien ne peut remplacer le nez de l’homme.

Tarification

Pour l’évaluation des risques – principalement dans le secteur de l’assurance invalidité – les considérations médicales jouant un rôle absolument essentiel dans ce profil professionnel, ne seront que secondaires dans d’autres métiers. La sinusite, par exemple, peut s’avérer rapidement handicapante en raison du sens aigu de l’odorat exigé. En l’absence d’in-

formations de fond complémentaires, l’évaluation des risques sera réalisée en se basant sur une catégorie de postes présentant des conditions défavorables. Toutefois, des détails supplémentaires sont normalement fournis, comme la carrière professionnelle du demandeur ou d’autres renseignements de ce type, en conséquence de quoi, chaque cas examiné pourra déboucher sur une affectation dans des groupes de métiers plus favorables. En outre, les séjours professionnels passés à l’étranger peuvent habituellement ne pas être pris en compte du fait que des voyages à destination des villes ou des pays précédemment mentionnés, par exemple, ne présentent pas de danger spécifique. D’un point de vue financier, les règles normales régissant la documentation requise doivent être observées puisque l’évaluation financière du risque peut être réajustée en fonction de la formation de base de chaque personne (par exemple, un diplôme de chimiste ou une qualification en tant qu’assistant dans un laboratoire de chimie).

Spécialiste certifié en évaluation des risques médicaux (CII)

Depuis plus de dix ans, la Business School de Gen Re propose une formation internationale à l’évaluation des risques médicaux. Le concept de cette formation exhaustive repose sur quatre modules comprenant la vie, les maladies redoutées et la tarification relative à l’invalidité. Les risques médicaux et non médicaux significatifs pour les tarificateurs sont traités lors de conférences et sont appliqués dans des études de cas. Ce mélange entre connaissances spécialisées et orientation pratique a toujours été valorisé par les participants également favorables à l’échange des expériences de tarification entre les différents pays.

Toujours dans cette idée d’améliorer nos séminaires et notre service, nous avons introduit cette année le concept d’un apprentissage en ligne dans nos nouveaux cours.

Le Programme de formation de Gen Re à l’évaluation des risques médicaux a été accrédité par le Chartered Insurance Institute (CII) dans le cadre de son programme d’accréditation pour le développement professionnel continu (Continuous Professional Development Accreditation Programme). Les participants ayant passé les quatre modules du programme avec succès reçoivent le titre de « spécialiste certifié en évaluation des risques médicaux (CII) ».

En 2007, 20 participants venus de 13 pays ont participé avec succès au programme de formation à l’évaluation des risques médicaux. Retrouvez les nouveaux cours qui débiteront en mai 2009 en page 16 de ce numéro de Underwriting Focus. Le nombre de participants étant limité, ne tardez pas à vous inscrire.

Les participants venus des pays suivants ont participé au programme de formation 2007 de Gen Re à l’évaluation des risques médicaux :

- Bulgarie
- Croatie
- Chypre
- Dubaï
- Angleterre
- Grèce
- Irlande
- Jordanie
- Roumanie
- Russie
- Écosse
- République slovaque
- Ukraine

Troubles intestinaux – Études de cas

Etude de cas numéro 1



Dr Ian Cox, Consulting
Medical Officer, Gen Re
LifeHealth, Londres,
Royaum-Uni

Détails de la demande

Secrétaire âgée de 42 ans, demande une assurance vie avec couverture maladies redoutées jusqu'à 65 ans. Somme assurée : 200 000 euros. Avec couverture protection des revenus, délai de carence de 13 semaines, 1 000 euros/m jusqu'à 60 ans.

Antécédents médicaux personnels

La cliente ne fume pas, a un indice de masse corporelle de 22 et est en bon état de santé. Elle déclare qu'un syndrome de l'intestin irritable a été diagnostiqué à l'âge de 36 ans. Elle n'a pas mentionné d'autres maladies ni d'antécédents familiaux de maladie cardiaque ou de cancer.

Questionnaire (client)

Le questionnaire révèle qu'un syndrome de l'intestin irritable a été diagnostiqué il y a 6 ans (patiente âgée de 36 ans). La cliente souffre depuis plusieurs années de douleurs abdominales et de ballonnements. La coloscopie réalisée sur cette cliente n'a rien révélé d'anormal.

Questionnaire (médecin)

En 2002, cette patiente a consulté pour des douleurs abdominales dues à des coliques qui la faisaient souffrir depuis plusieurs années. Elle a également parlé de ballonnements et de modification des habitudes de défécation. Aucune perte de poids ni de saignements au niveau du rectum. Aucune anomalie suite aux analyses de sang (y compris la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, protéine C réactive, anticorps anti-endomysium et anti-gliadine). Une coloscopie a été réalisée en 2003 et n'a révélé aucun signe anormal avec de bonnes vues du cæcum.

Elle a été soignée grâce à un régime alimentaire riche en fibres et des médicaments antispasmodiques pour les douleurs intermittentes. La maladie de Crohn est très peu probable. Elle souffre encore de symptômes par intermittence mais a largement été rassurée par les résultats normaux de la coloscopie. Elle ne souffre pas d'autres pathologies importantes outre des symptômes de légère dépression en 2006 qui ont été soignés en l'espace de 9 mois à l'aide d'anti-dépresseurs. Ce problème n'a pas nécessité d'arrêt maladie.

Pronostic

L'enquête approfondie, les résultats normaux des analyses de sang et de la coloscopie laissent à penser que le diagnostic établi du syndrome de l'intestin irritable est raisonnable. Aucun signe n'indique qu'il s'agit d'une maladie inflammatoire de l'intestin et la durée de ce problème sans complication est également rassurante. Elle n'a pas eu de « signes alarmants » comme une perte de poids, des saignements. Pas d'antécédents de cancer de l'intestin dans la famille.

Facteurs négatifs : symptôme de dépression – implication majeure pour la couverture protection des revenus. Facteurs positifs : réalisation d'une enquête approfondie, les maladies organiques ont été écartées.

Évaluation

Vie : standard

Maladies redoutées : standard

Protection des revenus : Le SII peut être associé à plusieurs symptômes psychologiques indéterminés susceptibles d'accroître le risque de maladie à long terme. Dans le cas présent, les symptômes de dépression survenus en 2006 devraient faire l'objet d'une évaluation minutieuse.

Etude de cas numéro 2

Détails de la demande

Femme âgée de 32 ans, travaille dans une agence de voyage, demande une assurance vie avec couverture maladies redoutées jusqu'à 65 ans. Somme assurée : 300 000 euros. Avec couverture protection des revenus, délai de carence de 26 semaines, 1 200 euros/m jusqu'à 60 ans.

Antécédents médicaux personnels

La cliente fume, a un indice de masse corporelle de 18 et est en bon état de santé. Elle déclare que la maladie de Crohn a été diagnostiquée à l'âge de 25 ans. Elle n'a pas mentionné d'autres maladies ni d'antécédents familiaux de maladie cardiaque ou de cancer.

Questionnaire (client)

Le questionnaire révèle que la maladie de Crohn a été diagnostiquée il y a 7 ans (patiente âgée de 25 ans). Elle a souffert de diarrhées pendant 3 mois, avec douleurs abdominales et ballonnements pendant 2 ans. Elle a subi une coloscopie qui n'a donné aucun résultat anormal mais un repas baryté a permis de révéler la maladie de Crohn. Elle souffre d'un épisode de douleurs abdominales tous les ans ou tous les deux ans.

Questionnaire (médecin)

En 2000, elle s'est présentée parce qu'elle se sentait fatiguée, souffrait depuis 3 mois de diarrhées importantes et avait constaté une perte de poids (6 kg) l'année précédente. Lors de la consultation, elle a également évoqué des douleurs abdominales dues à des coliques, accompagnées de ballonnements. Des analyses de sang ont été réalisées (y compris la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, protéine C réactive, anticorps anti-endomysium et anti-gliadine) et ont révélé une anémie légère avec macrocytose ainsi qu'une petite augmentation du nombre de globules blancs. Les niveaux de vitamines B12 étaient bas. La vitesse de sédimentation et la protéine C réactive étaient toutes deux élevées. Une coloscopie a été réalisée en 2003 et n'a révélé aucun signe anormal avec de bonnes vues du cæcum. Un repas baryté et un transit ont révélé des « lésions skip » caractéristiques de la maladie de Crohn avec formation de sténose mais pas de fistule. L'iléon était affecté.

Elle a été traitée avec des médicaments anti-inflammatoires (Mesalazine) ainsi que par injections de vitamine B12. Des stéroïdes ont été prescrits pour les périodes de douleurs abdominales intenses et de distension. Depuis 2007, elle prend de l'Azathiaprine avec contrôle régulier de sa formule sanguine. Elle ne présente aucun signe de formation de fistule. Elle a été hospitalisée une fois en 2004 pour une grave crise survenue lors d'une occlusion intestinale. On lui a donné des stéroïdes par intraveineuse et ses symptômes se sont résorbés sans intervention chirurgicale. Son poids est stable avec un indice de masse corporelle de 18. Les analyses de sang réalisées au cours des 5 dernières années sont normales.

Pronostic

Il est extrêmement difficile de prévoir l'évolution de la maladie de Crohn.

Facteurs négatifs : sa masse pondérale est encore relativement faible, elle a été hospitalisée pour une occlusion intestinale, elle fume et suit un traitement à base d'immunodépresseurs.

Facteurs positifs : aucune crise grave ni hospitalisation récente, formule sanguine normale, pas de formation de fistule. Pas d'arrêt maladie depuis son hospitalisation il y a 4 ans.

Évaluation

Vie : Sûrement une surtaxe légère de la prime

Maladies redoutées : Sûrement une surtaxe légère de la prime

Protection des revenus : Possible en fonction des conditions des délais de carence.

Toutes les tarifications devraient être envisagées à compter de la dernière crise. Les conditions liées à la protection des revenus ne peuvent être proposées que si aucun symptôme n'est survenu depuis 5 ans – par la suite, frais de gestion élevé ou clause d'exclusion.

Etude de cas numéro 3

Détails de la demande

Dentiste âgé de 54 ans, demande une assurance vie avec couverture maladies redoutées jusqu'à 65 ans. Somme assurée : 150 000 euros chacune. Avec couverture protection des revenus jusqu'à 65 ans, 4 000 euros/m, délai de carence de 13 semaines.

Antécédents médicaux personnels

Le client fume, a un indice de masse corporelle de 28 et est en bon état de santé. Il déclare que des polypes intestinaux ont été diagnostiqués à l'âge de 50 ans. N'a pas mentionné d'autres maladies ni d'antécédents familiaux de maladie cardiaque, mais son père a eu un cancer de l'intestin.

Questionnaire (client)

Le questionnaire révèle que des polypes ont été diagnostiqués il y a 4 ans (patient âgé de 50 ans). Le patient avait constaté la présence de sang et de mucus dans ses selles par intermittence pendant 3 semaines. Il a subi une sigmoïdoscopie et une coloscopie qui ont révélé des polypes intestinaux. Le dernier examen date de 2007.

Questionnaire (médecin)

Il a consulté en 2004 pour la présence de sang et de mucus dans ses selles depuis 3 semaines. Il n'avait pas perdu de poids. Son père a eu un cancer de l'intestin à 70 ans. Les analyses de sang (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive) n'ont rien révélé d'anormal. Une sigmoïdoscopie a été réalisée et a permis de détecter un polype au niveau de la jonction rectosigmoïdienne. Le polype de 1 cm a été enlevé à l'anse. L'histologie a démontré un adénome villositaire sans dysplasie.

Une coloscopie a été réalisée pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'autre polype dans le côlon proximal. Cet examen a permis de détecter un petit polype de 4 mm dans le côlon transverse enlevé à l'anse. L'histologie a démontré un adénome villositaire sans dysplasie.

Une autre coloscopie a été réalisée en 2007. On a obtenu des bonnes vues du cæcum mais aucun polype. Pas de signe de maladie inflammatoire de l'intestin. Une autre coloscopie est prévue pour 2010.

Pronostic

Le risque d'apparition de polypes augmente avec l'âge.

Facteurs négatifs : antécédents familiaux de cancer de l'intestin (qui commence habituellement avec l'apparition d'un polype), a eu 2 polypes et fume.

Facteurs positifs : bon suivi médical avec coloscopie conformément aux directives habituelles de gastro-entérologie au niveau local, pas de dysplasie dans les polypes, pas de colite.

Évaluation

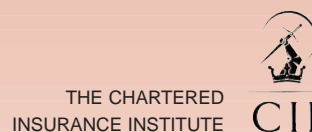
Vie : Taux standards

Maladies redoutées : Frais de gestion léger en raison des antécédents familiaux ou éventuellement clause d'exclusion

Protection des revenus : Taux standards ou clause d'exclusion

Dates des séminaires 2008/2009

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



Cours 2008/2009

Module 2 : 15 - 19 septembre 2008

Module 3 : 9 - 13 février 2009

Module 4 : 22 - 26 juin 2009

Cours 2009/2010

Module 1 : 3 - 8 mai 2009

Module 2 : 21 - 25 septembre 2009

Pour le module 1 du programme de formation 2009/2010 de Gen Re à l'évaluation des risques médicaux, prière de s'inscrire au plus tard le 30 mars 2009.

Pour demander un formulaire d'inscription ou de plus amples informations, contacter Markus Burbach (+49 221 9738 796, Markus.Burbach@genre.com) ou Anke Siebers (+49 221 9738 736, Anke.Siebers@genre.com).



Éditeur

Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Cologne, Allemagne
Boite postale 10 22 44
50462 Cologne, Allemagne

Publié par

Dr. Marianne Kutzner (Directrice de la rédaction),
Jutta Eich, Anke Siebers
Téléphone +49 221 9738 678
Fax +49 221 9738 824
Marianne.Kutzner@genre.com
www.genre.com/business-school

Cette newsletter est une publication semestrielle de Gen Re Business School (Département de la Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG).

Production : gläser projekte GmbH, Cologne

© Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG 2008
ISSN 1865-9934

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.