

Notions générales d'assurabilité

E.-P. Benoit

Volume 5, Number 4, 1938

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1102881ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1102881ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Benoit, E.-P. (1938). Notions générales d'assurabilité. *Assurances*, 5(4), 229–240.
<https://doi.org/10.7202/1102881ar>

Notions générales d'assurabilité

par le

Dr E.-P. BENOIT

Directeur médical de La Sauvegarde

C. LA PRÉDISPOSITION AU CANCER ET A LA FOLIE ¹

2° La prédisposition à la folie

Dans la folie, l'hérédité est un facteur important de prédisposition, reconnu par les médecins et les légistes et démontré par les statistiques d'assurance. L'existence de plusieurs cas de folie dans une famille, surtout si la folie existe des deux côtés (paternel et maternel) comporte une fréquence d'au moins 54% chez les descendants. Les femmes, à cause des accidents de la vie sexuelle, y sont plus exposées que les hommes.

La pratique, en assurance, est d'exiger une dotation ou un lien quand la famille montre deux cas ou plus de folie au-dessous de 60 ans, ou deux cas ou plus de suicide au-dessous de 70 ans, le suicide étant le résultat fréquent de la folie. Mais il ne faut pas oublier que la folie peut apparaître chez les sujets jeunes, à l'occasion de crises physiologiques (puberté), quand le terrain est prédisposé ou nerveux.

Après 70 ans, c'est-à-dire quand la vieillesse commence, la débilité seule suffit quelquefois à provoquer la folie sans qu'il y ait prédisposition et les descendants ne doivent pas supporter le poids de ces accidents organiques.

(1) Troisième partie d'une étude dont nous avons commencé la publication, avec la permission de La Sauvegarde, dans nos numéros de juillet et d'octobre 1937. A.

VII — L'histoire personnelle du candidat

Il y a des candidats qui n'ont jamais été malades; c'est un bon point en leur faveur. Mais un bon nombre ont souffert de maladies ou d'accidents, et ont subi des traitements ou des opérations. C'est de ceux-ci que nous allons nous occuper.

230 Pour faire cette étude, il faut considérer l'un après l'autre les différents groupes de maladies et s'attacher aux maladies principales dans chaque groupe, car nous ne pouvons prétendre à énumérer toutes les maladies possibles.

Nous allons donc analyser la longue liste des empêchements causés par les maladies du poumon, du coeur, des reins, du foie, de l'estomac, de l'intestin, des glandes endocrines, du cerveau et de la moelle.

Nous suivrons, pour apprécier l'assurabilité de ces groupes, la même méthode que précédemment, laissant de côté les théories exclusivement médicales pour ne nous occuper que de l'expérience acquise dans tous ces groupes par les hôpitaux, les sanatoriums et surtout les compagnies d'assurance elles-mêmes.

La question en assurabilité n'est pas de savoir ce que pensent, par exemple, du calcul du foie tel grand savant ou telle école de médecine, mais de connaître les suites d'un calcul du foie, jusqu'à quel point il menace la vie d'une personne, quelles sont les complications possibles, les rechutes probables et la durée de survie après les opérations. Ce sont les praticiens et les compagnies d'assurance elles-mêmes qui peuvent le mieux répondre à ces questions.

Deux grandes associations en Amérique du Nord ont fait l'étude complète de l'assurabilité des candidats ayant eu l'une ou l'autre des maladies comprises dans les groupes que nous avons nommés: c'est l'association de actuaires d'Amérique et l'Association de directeurs médicaux des compagnies d'assurance. L'étude faite par ces deux associations a duré des années; elle est basée sur l'expérience de 43 compagnies d'assurance, les plus grandes du Canada et des Etats-Unis; elle a exigé la compilation de millions de dossiers couvrant une période de 50 ans; les résultats de l'enquête sont consignés dans deux ouvrages des plus importants, les « Impairments Studies » et les « Impairments Ratings », titres que nous traduisons par « l'Etude des empêchements » et la « Quotation des empêchements ».

Car, empêchement ne veut pas toujours dire refus, en assurance. Il y a des empêchements qui font refuser, évidemment; mais il en existe un bon nombre qui permettent l'assurance conditionnelle avec lien, vieillissement ou surprime, à cause des circonstances favorables qui atténuent ces empêchements (âge, poids, temps écoulé, etc. . . .)

Au bureau-chef, c'est la fonction du comité de révision d'établir le degré d'assurabilité des cas douteux d'après les autorités reconnues (Etudes et Quotations). Ce comité agit toujours avec la plus grande impartialité possible et ne mérite pas les reproches dont on l'accable.

Nous espérons que la publication de nos notions générales d'assurabilité fera tomber les préjugés que les agents pourraient entretenir à l'égard du comité de révision qui est responsable vis à vis des administrateurs.

231

1. — La tuberculose pulmonaire

Un proposant qui souffre actuellement de tuberculose pulmonaire, on le comprend facilement, n'est pas assurable. Mais il arrive qu'un proposant ait souffert de tuberculose, qu'il ait subi une cure à la campagne ou dans un sanatorium, qu'il se soit guéri et demande alors à s'assurer. Il n'y a pas eu de cas de tuberculose dans la famille. Peut-on assurer le candidat, et à quelles conditions?

Les compagnies d'assurance sont extrêmement réservées dans les cas de ce genre. La raison: c'est que la tuberculose pulmonaire, l'expérience le prouve, est une maladie à rechutes. Et l'expérience est le grand juge de ces questions.

La plupart des sanatoria, — et ce sont les endroits où la tuberculose est le mieux traitée, — lorsqu'ils publient des statistiques, se contentent de mentionner que, sur le nombre de malades traités, 1ère ou 3ème périodes, tant pour cent sont partis guéris ou grandement améliorés, ce qui veut dire que la lésion était arrêtée dans son évolution ou cicatrisée. Le rôle du sanatorium, à ce moment, est terminé, évidemment. Mais le guéri, lui, comment se comporte-t-il ensuite? C'est la question qui intéresse au premier chef les compagnies d'assurance.

L'américain Wiesner a suivi la vie ultérieure des tuberculeux congédiés guéris de treize sanatoria des Etats-Unis et constate qu'un sur deux est mort de tuberculose après cinq ans, un sur quatre après dix ans et un sur sept après quinze ans. Une étude analogue faite en Nouvelle-Ecosse, montre que le pourcentage des rechutes dans cette province est de 33%.

Cette étude n'a pas été faite dans la province de Québec. L'association des actuares et celle des directeurs médicaux s'accordent à dire que la mortalité est élevée quand l'attaque date de 3 à 5 ans seulement, moins forte quand le cas est plus ancien, mais qu'il est difficile de considérer une cure comme définitive avant qu'une vingtaine d'années se soient écoulées.

232

Quelle est donc la meilleure conduite à tenir dans les cas où l'histoire personnelle révèle une cure suivie pour tuberculose pulmonaire? L'assurabilité est nulle pour deux ou trois ans. Elle est ensuite partielle pour une période de quinze à vingt ans. Il faut imposer un fort lien, diminuant de deux ans en deux ans pendant toute cette période, surtout si le sujet est jeune et le poids inférieur à la normale. Plus la cure est ancienne, plus le poids, l'âge et la taille ainsi que le milieu sont favorables, plus le lien diminue ou s'efface. C'est au comité de revision à étudier chaque cas avec soin.

C'est le temps, l'âge, le poids et le milieu qui comptent. L'argument que les bacilles n'existent plus ou que les rayons X sont négatifs est un argument spécieux sur lequel l'assurabilité ne saurait s'appuyer.

L'absence actuelle de tout signe physique n'assure pas l'avenir du tuberculeux guéri. Trop de facteurs restent en jeu pour faire écarter la prudence, et les faits sont là pour nous mettre en garde. C'est un fait prouvé qu'un tuberculeux guéri peut avoir une rechute. La durée de la cure, d'une part, la durée du maintien de la guérison, d'autre part, et secondairement l'âge, le poids, la taille et le milieu favorable, tels sont les meilleurs éléments d'appréciation de l'assurabilité.

2. — La pleurésie primitive.

La pleurésie est l'inflammation de l'enveloppe du poumon. Elle est primitive ou secondaire. Le résultat d'une pleurésie secondaire est lié intimement à la cause qui le détermine et, par conséquent, doit être considéré avec sa cause; nous n'avons pas à nous en occuper dans cet article.

La pleurésie primitive guérit habituellement. Après un temps plus ou moins long, les symptômes disparaissent, le malade reprend son activité antérieure. Mais, et ce *mais* est gros de conséquences pour les compagnies d'assurance sur la vie, quelques années plus tard (cinq ans environ), la tuberculose pulmonaire apparaît. Emerson dit dans 30% des cas. Et.

si vous consultez les dossiers des tuberculeux entrés dans nos hôpitaux spéciaux, vous verrez qu'en effet 30% de ces malades ont dans leur histoire antérieure une attaque de pleurésie. C. F. Martin, de McGill, a trouvé, chez 300 malades tuberculeux, une attaque antérieure de pleurésie remontant à 5 ans et plus, dans 34% des cas.

L'expérience de 43 compagnies d'assurance a permis à l'association conjointe des directeurs médicaux et des actuaires de constater que la mortalité par tuberculose, chez les anciens pleurétiques séro-fibrineux, est de 6 fois plus élevée que la normale, et que la mortalité est d'autant plus élevée que le sujet était plus jeune au moment de sa pleurésie. Il faut tenir compte, lorsqu'on apprécie ces cas, des facteurs d'appréciation suivant: 1° l'âge du candidat; 2° sa stature (poids et taille); 3° le temps écoulé depuis la guérison de sa pleurésie. Une guérison ancienne maintenue sans défaillance, sans rechute, chez un candidat adulte de stature normale affecte peu ou pas l'assurabilité, mais il n'en est pas de même si l'attaque est récente, chez un sujet jeune dont la stature est inférieure à la normale.

233

Il faut tenir compte également de la forme clinique de la pleurésie primitive: a) sèche; b) avec épanchement simple; c) avec épanchement purulent.

Forme clinique

Résumé assurabilité

- | | | |
|---|---|--|
| 1° Pleurésie primitive
avec épanchement
simple. | { | Il faut être sévère.
L'assurabilité est la même que pour ceux qui ont eu une attaque de tuberculose pulmonaire. |
| 2° Pleurésie sèche
(primitive) | { | Non assurable dans l'année.
Considérer après la première année écoulée les facteurs d'appréciation (âge et stature) ainsi que la durée de l'attaque de pleurésie et fixer le lien en conséquence. Lien de 5 ou 10 ans. |
| 3° Pleurésie purulente
(primitive) | { | Non assurable avant un an.
Ensuite établir un lien de 2 ou 3 ans d'après les facteurs d'appréciation (fort s'ils sont mauvais, plus faible s'ils sont bons). Dans les derniers, lien s'éteignant rapidement après la quatrième année. |

3. — Hémorragie pulmonaire et bronchite chronique.

L'hémorragie pulmonaire ou crachement de sang signale très fréquemment le début d'une tuberculose pulmonaire et survient aussi durant l'évolution de cette maladie.

Le sang qui sort du poumon est clair et spumeux, c'est-à-dire aéré. Il est habituellement rejeté pendant ou après un accès de toux, mais pas toujours. Le sang qui vient de l'estomac peut être clair, mais il est presque toujours noir et jamais spumeux. Il accompagne le vomissement et non pas la toux.

234

D'après l'expérience des compagnies d'assurance, les personnes ayant craché du sang, meurent plus tard de tuberculose $2\frac{1}{2}$ fois plus souvent que les autres. Il ne faut donc pas négliger ce symptôme.

Pour apprécier sa signification, il faut, comme lorsqu'il s'agit de toute manifestation tuberculeuse ou pré-tuberculeuse, tenir compte de la taille et du poids, de l'âge, de la fréquence et du temps écoulé, ainsi que de l'histoire de la famille. Une ou plusieurs hémorragies chez un sujet jeune, de grande taille et de poids léger, ayant des cas directs de tuberculose dans sa famille, sont beaucoup plus suspectes que chez un adulte gros, fort et sans histoire de famille spéciale. De même, une seule hémorragie pulmonaire datant de plusieurs années, chez un sujet ayant un bon examen médical et une bonne histoire de famille, perd beaucoup de sa signification.

Les personnes âgées souffrant du coeur, des reins ou des artères, offrant surtout de l'hypertension artérielle, peuvent cracher du sang (hémoptysie). Il ne s'agit pas de tuberculose. L'appréciation de l'assurabilité relève uniquement de la maladie causale.

Les crachements de sang ou hémoptysies de nature tuberculeuse exigent un examen médical et ne peuvent être considérés que si les circonstances secondaires sont favorables (âge, poids, ancienneté, etc.)

La bronchite chronique ou les bronchites à répétition sont toutes deux sujettes à caution. Il ne s'agit pas toujours d'une infection tuberculeuse; l'infection peut être d'une autre nature. Mais dans ces derniers cas, on doit craindre des complications au coeur, et dans les infections, les extensions au poumon (broncho-pneumonies) sont fréquentes. Dans les cas de bronchite chronique, on peut escompter une mortalité augmentée de $2\frac{1}{2}$ par la pneumonie et de $1\frac{3}{4}$ par la tuberculose. L'assurabilité de ces cas est donc réduite et la sélection doit être faite avec soin.

L'association de la bronchite chronique et des hémorragies pulmonaires est d'un très mauvais pronostic.

4. — L'asthme et la fièvre des foins.

Ce sont des maladies que l'on rencontre chez des personnes nerveuses, douées d'une sensibilité spéciale. Elle sont caractérisées par des contractions spasmodiques des bronches (asthme) ou des voies respiratoires supérieures (fièvre ou rhume de foins).

La fièvre des foins ne fait jamais mourir. L'asthme essentiel, quand il est sévère, peut amener des complications mortelles. Le pronostic de l'asthme secondaire ou symptomatique relève de la maladie causale (cardiaques, rénaux).

Il faut tenir compte de l'âge, du poids, de la fréquence et de la sévérité des attaques, ainsi que de la date de la dernière attaque.

L'assurabilité est meilleure: 1° quand le proposant est âgé de moins de 40 ans; 2° quand son poids est léger ou moyen; 3° quand les attaques ont été légères et peu fréquentes.

L'enquête menée en 1912 et 1914 par les médecins a établi une mortalité dans l'asthme de 140% pour une attaque il y a plus de 5 ans, et de 175% lorsqu'il y a plusieurs attaques dont la dernière remonte à moins de 5 ans.

La mortalité est plus grande chez les personnes dont le poids est lourd et qui dépassent 40 ans.

La fièvre des foins, règle générale, n'affecte pas l'assurabilité. Il est bon cependant de se rappeler que les clients, lorsqu'ils sollicitent de l'assurance, déguisent souvent l'asthme sous le nom de rhume des foins. Par contre, lorsqu'ils réclament de l'invalidité, ils déclarent asthme se qui n'est souvent que rhume des foins.

La première chose à faire, c'est de réclamer la plus grande précision. S'agit-il d'asthme essentiel ou de rhume des foins? La fièvre des foins est assurable. L'asthme secondaire aux maladies du cœur ou des reins ne l'est pas.

L'asthme essentiel comporte toujours des restrictions, plus ou moins grandes suivant les circonstances.

Voici la table de mortalité rédigée par Dingman :

Age	Intensité des attaques	Poids léger %	Poids lourd %
— 40	Légères	110	120
	Modérées	120	130
	Sévères fréquentes	130*	150*
+ 40	Légères	120	130
	Modérées	130	150
	Sévères fréquentes	150*	200*

236

5. — Les souffles au coeur.

Le coeur, ce grand moteur organique, fonctionne chez les humains même avant leur naissance. Dans les derniers mois de la grossesse, le médecin entend, à travers la paroi du ventre maternel, battre le coeur de l'enfant.

Ces pulsations, commencées si tôt, ne cessent qu'avec la vie. Le coeur humain est un moteur dont le travail est constant. Tout dommage causé à ce moteur est un péril de mort. C'est dire toute l'importance que revêtent les maladies du coeur dans l'assurabilité.

Le coeur peut être atteint dans son épaisseur (myocardite) ou dans ses enveloppes externe (péricardite) ou interne (endocardite). La myocardite altère le rythme du coeur et l'épuise à la longue. La péricardite peut fixer le coeur à la paroi du thorax, ce qui gêne ses mouvements. L'endocardite déforme les valves, les rétrécit ou les rend insuffisantes, ce qui trouble à la fois le coeur ou la circulation.

Un coeur atteint de lésion valvulaire augmente de volume. On a longtemps pensé que l'hypertrophie du coeur était une protection. L'expérience des assurances a montré qu'un cardiaque hypertrophié vit moins longtemps qu'un cardiaque simple.

L'âge, en augmentant, augmente aussi le danger des lésions cardiaques.

Enfin, la cause de la maladie du coeur n'est pas indifférente. Les lésions causées par le rhumatisme inflammatoire, par l'artério-sclérose, par la syphilis sont plus graves que celles causées par les autres infections ou intoxications, parce qu'elles sont plus dommageables et plus profondes.

Les lésions valvulaires se traduisent à l'auscultation par des souffles situés à différents foyers suivant la valve atteinte. Le souffle existe dès que la lésion est constituée et alors que le coeur, encore suffisant, ne faiblit pas. Il peut être absolument ignoré du candidat à l'assurance. Mais il offre à l'examen une grande signification pour le médecin, qui peut savoir par lui quelle valve est atteinte et quelle déformation existe.

Enfin le médecin peut dire également si le souffle entendu est organique ou non. Car si toute lésion valvulaire produit un souffle, on rencontre aussi dans la région du coeur des souffles cardiaques inorganiques, dûs à des altérations du sang, des dilatations passagères ou simplement même des états nerveux. Dans cet article, nous ne parlons que des souffles organiques ou valvulaires, et non inorganiques, fonctionnels ou réflexes.

237

Je n'entrerai pas dans les détails des diverses lésions valvulaires du coeur. Je me contenterai de dire que l'expérience des compagnies, cataloguée par les actuaires et les directeurs médicaux, a montré que la mortalité moyenne, dans les souffles constants et non transmis, est de 141%, et dans les souffles constants et transmis de 250%.

On peut résumer toute la question en disant que chez les cardiaques de toutes catégories, la mortalité est 8 fois plus grande que chez les sujets sains, et que la cause rhumatismale, l'âge avancé et l'hypertrophie du coeur sont des éléments d'aggravation du pronostic.

Les compagnies qui font de l'assurance *sub-standard* acceptent les sujets jeunes dont la lésion cardiaque est encore en état de compensation; mais les compagnies qui ne font pas du *sub-standard*, et la Sauvegarde est de celles-là, refusent tous les porteurs de souffles valvulaires organiques.

On ne doit pas assurer sans examen un candidat qui a souffert dans le passé de rhumatisme aigu, quel que soit son état au moment de la proposition, car le rhumatisme infectieux est la cause la plus fréquente des lésions cardiaques.

Toute histoire de trouble cardiaque antérieur exige un examen.

6. — Les pouls anormaux.

Lorsque l'on comprime une artère sur un plan résistant, on sent sous le doigt qui comprime, à chaque contraction du coeur, une pulsation produite par le soulèvement de la paroi de l'artère comprimée. C'est ce phénomène que l'on appelle le pouls.

Le pouls a, chez l'adulte, une vitesse, un volume, une résistance et un rythme particuliers. Il arrive cependant que l'on rencontre des pouls anormaux; ces pouls sont vites, lents, intermittents ou irréguliers. Les porteurs de ces pouls ne souffrent pas toujours du coeur; ils n'ont pas toujours des lésions valvulaire; ils se croient souvent en parfaite santé. L'anormalité du pouls se révèle lorsque l'on examine le sujet.

238

L'appréciation de ces pouls peut être délicate. L'émotion, la nervosité, la fatigue suffisent parfois à modifier temporairement le pouls. D'autres fois, l'anormalité du pouls traduit une altération du muscle cardiaque et prend une signification grave.

Que faut-il faire en assurance?

Il faut d'abord s'assurer que le trouble est permanent. Pour cela, on revoit le proposant à différentes reprises (au moins deux) et l'on prend chaque fois le pouls. L'anormalité ne revêt sa pleine signification que si elle est permanente.

Ensuite, au moment de l'examen, on fait faire des exercices au proposant: marcher, sauter, se courber, et l'on note le caractère du pouls avant et après cette épreuve.

Enfin, on recherche les causes possibles du pouls anormal que l'on constate.

D'une façon générale, voici les notions générales qu'il faut retenir:

1° Pouls rapide permanent (*tachycardie*).

Un pouls dont la rapidité dépasse 100 n'est pas assurable, même si l'on ne découvre pas de maladie causale (fièvre, goître, etc.)

Un pouls qui reste constamment entre 90 et 100 indique une faiblesse cardiaque congénitale ou non. La mortalité de ces cas est de 145%.

Un pouls battant entre 60 et 80 est normal (moyenne 70).

Entre 80 et 90, le pouls est presque normal, et on peut l'accepter, si tout ailleurs est parfait.

2° Pouls lent persistant (*bradycardie*).

Des études récentes conjointes des actuaires et des directeurs médicaux, basées sur les dossiers des polices et non sur des théories, démontrent que le pouls lent n'est pas à craindre comme le pouls rapide, lorsqu'il ne

descend pas plus bas que 55. La mortalité de ces cas est de 105% seulement.

Si le pouls se maintient plus bas que 55, la quotation s'élève à 135%. Il faut alors craindre la myocardite, la dégénérescence graisseuse du coeur ou le blocage du coeur (cyndrome de Stokes-Adams), maladie dont le pronostic est très grave.

3° Pouls intermittent ou irrégulier (arythmie).

Lorsque les troubles sont permanents, le pronostic est mauvais dans un grand nombre de cas. Il est bien vrai que certains cas, les extra-systoles, par exemple, peuvent être bénins, mais c'est le plus petit nombre.

On comptera le nombre des intermittences ou des irrégularités par minute, et la quotation de mortalité sera de 135%, 160% ou 185% suivant que la fréquence des arythmies est, par minute, de moins de cinq, de cinq à dix ou de plus de dix. Si l'arythmie est augmentée par l'exercice, le cas est encore plus mauvais. L'électro-cardiogramme nous éclaire beaucoup sur la gravité de ces cas, dont l'assurabilité est souvent nulle.

239

7. — La pression artérielle.

La pression du sang dans les artères, que l'on peut mesurer à l'aide d'instruments spéciaux qu'on appelle sphygmomanomètres, nous donne d'une façon précise deux renseignements exacts: 1° la pression constante dans les vaisseaux (Mn, pression minima); 2° la force que doit employer le coeur pour pousser le sang dans les artères (Mx, pression maxima ou intermittente) à chaque contraction.

La pression minima (Mn) représente donc la pression constante à laquelle les artères sont soumises, la pression que supporte constamment le vaisseau de sortie du coeur (aorte et valves aortiques), la résistance constante que le coeur doit vaincre à chaque contraction pour chasser le sang dans les vaisseaux.

La pression maxima (Mx) dépend de deux facteurs: la force de propulsion du coeur, la résistance des vaisseaux.

Ces deux pressions maxima et minima ont chacune leur signification propre mais qui se complète l'une et l'autre. Seuls, le médecin examinateur et la commission médicale peuvent les interpréter. Mais il est important que la pression artérielle soit inscrite au dossier, car elle fournit des renseignements précieux sur l'une des fonctions les plus

importantes de la vie, la circulation, car elle reflète, si l'on peut dire, la tension de la vie moderne.

La prise de la pression artérielle en assurance, est obligatoire à partir de 45 ans, car c'est à partir de cet âge que se montrent les causes les plus fréquentes de l'hypertension, le mal de Bright et l'artério-sclérose, et tout le monde sait que c'est par l'hypertension que se produisent les hémorragies cérébrales ou les crises d'angine de poitrine.

240

La vie moderne hypertendue a fait passer au premier rang des causes de décès les troubles cardio-circulatoires, et c'est aussi à cause d'elle que les morts subites à cinquante ans deviennent si fréquentes.

Il faut aussi tenir grand compte de la pression basse, l'hypotension, dans l'assurance. L'hypotension ne peut pas être influencée par les émotions ou la nervosité comme l'hypertension. Elle indique toujours que la circulation et le cœur sont faibles, ce qui diminue énormément l'assurabilité. Souvent l'écart considérable entre les deux pressions révèle d'une façon typique l'insuffisance des valves aortiques. Enfin, quand la pression constante est haute et suit la maxima dans son élévation, le danger devient extrême. Une pression minima de 100 exclut l'assurabilité, et la moyenne normale chez l'adulte est aux environs de 80. Quant à la pression intermittente ou maxima, elle doit varier en moyenne chez l'adulte et suivant l'âge entre 120 et 135. Au-dessus de ces chiffres (et suivant l'âge toujours), il y a hypertension, laquelle peut être moyenne, élevée ou très élevée. Toute hypertension comporte une mortalité accrue: moyenne, 105%; élevée, 130%; très élevée 165%.

Voici un tableau utile à consulter, parce qu'il est suivi par un grand nombre de compagnie d'assurance:

Ages	Pression Mx normale	Hypertension (a) moyenne	Hypertension (b) élevée	Hypertension (c) très élevée
15-29	120	125-135	136-144	145 ou plus
30-44	125	130-140	141-149	150 ou plus
54-70	135	140-150	151-159	160 ou plus
45-53	130	135-145	146-154	155 ou plus

(A suivre)