

## Les règles élémentaires de la documentation médicale des risques-vie

Marc P. Launay

Volume 38, Number 2, 1970

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1103686ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1103686ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Launay, M. (1970). Les règles élémentaires de la documentation médicale des risques-vie. *Assurances*, 38(2), 115–123. <https://doi.org/10.7202/1103686ar>

# Les règles élémentaires de la documentation médicale des risques-vie

par

MARC P. LAUNAY

M.D., M.Sc. (Inv. Med.), C.S.P.Q. (Méd. Int.)

Directeur médical, Mutuelle Générale Française Vie (Canada)

115

## ***1 — L'examen médical***

L'examen médical demeure la pierre angulaire de la sélection des risques en assurance sur la vie. Or, l'information qu'il fournit n'est utilisable que dans la mesure où son authenticité ne peut être mise en doute. Cela implique non seulement l'absence d'erreur dans les observations et de remaniement dans les déclarations, mais surtout une représentation globale et fidèle de la réalité. Ce qui revient à dire que la valeur de l'examen dépend de celle de l'examineur.

Sauf dans des cas exceptionnels, les médecins non agréés ne sont pas admis à faire des examens d'assurance. Avant d'accepter un praticien, le médecin-conseil se documente, de préférence de première main, sur ses titres. Les qualités exigées sont la probité, la compétence, la disponibilité et l'entregent; les deux premières sont indispensables. Lorsqu'on est en quête de nouveaux sujets, on peut s'adresser aux examineurs existants ou aux médecins conseils d'autres sociétés. Les examineurs « recommandés » par les agents ou les directeurs de succursale ne donnent pas toujours entière satisfaction. L'établissement et la révision périodique d'une liste de médecins agréés permettent au personnel de vente de savoir où diriger ses clients et évitent au service de sélection de recevoir des rapports d'inconnus.

Il y a trois catégories d'examens médicaux pour fins

d'assurance:

116 a) L'examen ordinaire, confié à un omnipraticien, qui se contente de compléter la partie II de la proposition d'assurance (recto et verso). Les jeunes omnipraticiens qui viennent d'ouvrir leur bureau sont en général les examinateurs les plus efficaces parce qu'ils ont encore les bonnes habitudes acquises au cours de l'internat, et qu'ils sont aisément disponibles. L'examen se déroule de préférence au bureau du médecin. Aucun examinateur, si compétent soit-il, ne peut bien faire son travail dans les conditions qui prévalent habituellement lors des examens exécutés hors de son bureau; il n'a pas les instruments et le mobilier voulus, le bruit gêne l'auscultation, la difficulté de s'isoler inhibe la candeur du sujet et ne favorise pas un examen vraiment complet.

b) L'examen spécial comprend une anamnèse détaillée et un examen physique complet; c'est en fait une consultation en médecine interne. L'examen spécial est confié à un interne. S'il n'y en a pas de disponible, on s'adresse à un cardiologue ou à un omnipraticien rompu à ce genre de travail. Parmi les différences entre l'examen ordinaire et l'examen spécial, une des plus importantes est l'étude des fonds d'œil, source irremplaçable de renseignements sur l'avenir des athéroscléreux, des hypertendus, et des diabétiques. L'examen spécial remplace l'examen ordinaire dans les cas où l'examen médical revêt une importance particulière, comme dans les cas d'antécédents personnels douteux ou franchement pathologiques, d'un capital assuré très important, d'un âge avancé, ou d'un risque aggravé connu. L'examen spécial se déroule obligatoirement au bureau de l'examineur. Le rapport est fait sur un formulaire spécial, ou, à défaut, sur du papier libre, comme dans le cas d'une consultation ordinaire en médecine interne. Lorsque la sélection exige deux examens médicaux, on a avantage à les remplacer par un seul examen spécial; un

examen complet minutieux vaut infiniment mieux que deux examens qui ne le sont pas. L'examen spécial et la préparation du rapport prennent au moins une heure; on doit donc prévoir les honoraires voulus.

c) On a recours à l'examen particulier lorsqu'on désire approfondir les données sur un organe ou sur une fonction, en raison des observations de l'examineur original ou des antécédents de l'assuré. À titre d'exemple, on peut citer l'auscultation du cœur par un interniste ou un cardiologue en présence d'un souffle cardiaque douteux, et l'examen du fond d'œil par un interniste ou un ophtalmologiste chez un diabétique. On a tout avantage à prévoir des formulaires spéciaux pour les plus courants des examens particuliers.

117

La nature des relations entre les examinateurs médicaux et le siège social exerce une influence certaine sur la qualité des documents médicaux. Tous les moyens utilisés pour promouvoir et entretenir la bonne volonté des examinateurs appréciés sont d'excellents placements. Parmi ces moyens figurent la visite périodique faite par un confrère du siège social, la communication de la décision à l'examineur d'un risque douteux ou aggravé, et la création par les techniques de relations publiques de liens personnels et professionnels. Il s'agit en somme de faire en sorte que l'examineur ne se sente pas la cinquième roue du carrosse; cette dévalorisation encore trop présente se fait toujours aux dépens de l'assureur. Enfin, il est souhaitable de réduire au strict minimum les contacts directs entre le personnel de vente et les médecins examinateurs, afin d'empêcher les premiers d'importuner ou d'exercer des pressions sur les seconds. Il faut à tout prix éviter que l'examineur ait l'impression que sa fonction dépend du bon vouloir des agents. Dans cette même veine, on fait en sorte que le rapport de l'examen soit envoyé directement au médecin conseil ou au chef de la sélection des Risques,

et non à la succursale de vente, pratique qui suscite la méfiance des examinateurs et ignore le caractère confidentiel du document.

**II — Les examens complémentaires**

**A — L'analyse d'urine**

118 La centralisation des analyses d'urine implique le transport des spécimens par le courrier et leur séjour dans des conditions adverses à leur conservation. Le préservatif ajouté aux spécimens urinaires en stabilise adéquatement la biochimie (sauf pour le pH), mais n'empêche pas la destruction rapide des éléments formés (cellules, cylindres, etc.). Or l'étude microscopique de ces éléments formés (examen du sédiment urinaire) constitue de loin la meilleure source de renseignements sur l'état du rein; elle permet de détecter presque à coup sûr les néphropathies les plus fréquentes, entre autres la pyélonéphrite chronique, la glomérulonéphrite chronique, la glomérulosclérose diabétique, les tumeurs, des mois ou même des années avant l'apparition de manifestations cliniques ou d'altération des épreuves fonctionnelles rénales ou des radiographies. Pour conserver sa pleine valeur, l'analyse d'urine doit être faite dans les trois heures qui suivent l'émission du spécimen. En n'analysant que des spécimens dénaturés, on renonce à l'essentiel du potentiel diagnostique de l'analyse d'urine. Dans tous les cas où celle-ci revêt une importance particulière (sujet âgé de plus de 50 ans, diabète, hypertension artérielle, antécédents d'infection urinaire, de protéinurie d'hématurie, de lithiase urinaire, etc.), on a donc tout avantage à faire exécuter l'analyse complète du spécimen frais dans un laboratoire situé à proximité.

**B — Les électrocardiogrammes**

On obtient un ECG au repos dans tous les cas où une cardiopathie est présente ou fortement soupçonnée, soit par la présence de symptomatologie cardiaque soit par celle d'une

pathologie systémique à retentissement cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle etc.) La surveillance de la qualité technique des tracés est profitable et évite les reprises coûteuses et incommodes. Il est recommandé de monter les tracés sur des cartons à glissière ou précollés spécialement destinés à cet effet; ceci en rend la lecture plus aisée, la photocopie moins coûteuse, et la conservation plus commode. L'interprétation des tracés électrocardiographiques est confiée à un cardiologue ou un interniste compétent dans cette discipline. Une forte proportion des épreuves d'effort exécutées en médecine d'assurance sont techniquement inadéquates. Le principe de l'épreuve d'effort est de faire travailler le muscle cardiaque à un niveau tel qu'apparaîtront, par des altérations électriques de type ischémique, les défauts de vascularisation indécélables au repos. L'emploi des tables de Master, qui standardisent l'exercice d'après le poids et l'âge du sujet, ne donne pas entière satisfaction, car ce n'est pas l'exercice fourni par le sujet qu'il faut standardiser, mais l'effort fourni par le cœur. Un sujet en bonne forme physique est capable d'accomplir l'exercice prescrit par la table sans subir d'accélération notable de la fréquence cardiaque, si bien que le tracé post-exercice demeure inaltéré même si la circulation coronarienne est hypothéquée. L'épreuve d'effort est alors faussement négative, et entraîne un sentiment de sécurité dangeureusement injustifié chez le médecin et le tarificateur. Toute épreuve d'effort où la fréquence cardiaque immédiatement après l'exercice n'est pas supérieure d'au moins 50% à la fréquence cardiaque au repos est sans utilité; si elle est négative, l'on n'en peut tirer aucune conclusion valable. En fait, en cardiologie clinique, on ne considère réellement significatives que les épreuves d'effort où la fréquence cardiaque post-exercice dépasse 120/min. L'épreuve d'effort complète, obligatoirement exécutée sous la supervision directe d'un médecin, comporte l'enregistrement des dérivations V6, V5, V4, D2, D3 et aVF, immédiatement,

puis 2, 5 et 8 minutes après la cessation de l'exercice. L'exercice le plus commode est la course sur place, que l'on interrompt dès que l'accélération cardiaque est suffisante.

**C — La radiographie pulmonaire**

120

Lors de la radiographie pulmonaire de routine, parfois dénommée cliché du thorax, il se produit une certaine déformation de la silhouette cardiaque. En médecine d'assurance, on préfère la téléradiographie du cœur prise en postéro-antérieur, la distance entre le sujet et la source de rayons étant de 6 pieds; au besoin, on ajoute un cliché en latéral. Il est préférable d'examiner chaque cliché même lorsqu'on est en possession du rapport d'interprétation.

**D — Les analyses sanguines**

Elles ne sont essentielles que lorsque le capital assuré est important ou le sujet est d'âge avancé. Parmi les analyses les plus courantes en médecine d'assurance, figurent

— *l'hémogramme* : hémoglobine (Hb), hématocrite (Ht), décompte des globules rouges, décompte total et différentiel des globules blancs.

— *la sédimentation* : vitesse de sédimentation des globules rouges, exprimée en mm/hre, corrigée d'après le niveau de l'hématocrite (sédimentation corrigée).

— *la glycémie à jeûn* : concentration du glucose dans le sérum après un jeûne de 12 heures. Le spectre des valeurs normales varie considérablement selon la méthode utilisée. La normale est de 60-95mg% par la méthode de la glucose-oxydase, du Technicon ou de l'Auto-Analyser, alors qu'elle est de 80-120mg% par les méthodes du type Folin-Wu qui mesurent l'ensemble des substances réductrices.

— *l'hyperglycémie provoquée orale* : glycémie avant puis 30, 60, 120 et 180 minutes après l'absorption orale de 100 g de glucose; elle permet la détection du diabète sucré, et le cas échéant, l'appréciation de son importance.

— *l'azotémie* : mesure de la concentration dans le sérum de l'urée ou de l'un de ses équivalents biochimiques — BUN (*Blood Urea Nitrogen*, azote uréique), NPN (*Non Protein Nitrogen*, azote non-protéinique).

— *la cholestérolémie* : concentration du cholestérol total dans le sérum sanguin; elle est parfois complétée d'un bilan lipidique qui comprend en outre la mesure de la concentration des lipides totaux, des triglycérides, des phospholipides et des bêta-lipoprotéines.

121

— *le BSP* : détermination de la concentration dans le sérum de la bromosulfone-phtaléine, 30 ou 45 minutes après son administration intraveineuse. Le BSP est élevé (plus de 5% après 45 minutes) lorsque la fonction excrétrice du foie est compromise.

### **III — Compte-rendu des médecins traitants et des hôpitaux**

Les formulaires compartimentés, couramment utilisés pour obtenir des renseignements des médecins traitants, ne constituent pas toujours le meilleur véhicule de ce genre d'information. La carence d'espace irrite souvent le médecin appelé à utiliser ce formulaire et ne l'encourage pas à transcrire la totalité des renseignements. On préfère donc une prise de contact directe, orale ou écrite, par le directeur médical ou le chef de la sélection, qui peuvent alors élaborer les sujets pertinents et poser des questions précises d'après les renseignements venus d'ailleurs. Les résumés des dossiers d'hôpitaux sont une source irremplaçable de données objectives. On les obtient dans tous les cas où une hospitalisation s'est produite dans les cinq années précédant la proposition d'assurance. En présence d'une tare, il est essentiel d'obtenir le résumé des dossiers de tous les établissements où cette tare a donné lieu à des examens ou traitements.

## A S S U R A N C E S

122

Âge (ans)	Capital (\$1.000)	Examens requis						
		ex. ordinaire	ex. spécial	anal. urines	ECC au repos	preuve d'effort é	radio. pulmon.	analyses sanguines
0-19	25-50	x		x				
	51-100	x		x				
	101 +		x	x			x	
20-29	15-50	x		x				
	51-100	x		x			x	
	101-200		x	x	x		x	
	201 +		x	x	x	x	x	hém <sup>*</sup> -séd.
30-39	10-50	x		x				
	51-100	x		x				
	101-150		x	x	x		x	
	151 +		x	x	x	x	x	hém <sup>*</sup> -séd
40-49	5-30	x		x				
	31-75	x		x	x		x	
	76-150		x	x	x	x	x	
	151 +		x	x	x	x	x	hém <sup>*</sup> -séd-chol
50-59	1-25	x		x				
	26-50		x	x	x			
	51-100		x	x	x	x	x	
	101 +		x	x	x	x	x	hém-séd- chol-az
60 +	1-15	x		x				
	16-25		x	x	x			
	26-50		x	x	x	x	x	hém <sup>*</sup> -séd
	51 +		x	x	x	x	x	hém <sup>*</sup> -séd-chol- az-hyp prov- BSP

\* az — azotémie  
 chol — cholestérolémie  
 hém<sup>\*</sup> — hémogramme  
 hyper prov — hyperglycémie provoquée  
 séd — sédimentation corrigée

## *Diabétiques*

- examen spécial obligatoire.
- glycémie à jeun obligatoire.
- hyperglycémie provoquée s'il existe des antécédents de diabète dans l'ascendance immédiate ou la fratrie.
- ECG obligatoire si diabète connu depuis plus de 10 ans ou si âge au-delà de 30 ans.

## *Cardiaques*

- examen spécial, ECG et R-X pulmonaire obligatoires dans tous les cas de cardiopathie fortement soupçonnée ou prouvée.
- ECG obligatoire en présence de douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée importante, syncope au cours des deux années précédentes.
- cholestérolémie obligatoire s'il existe des antécédents significatifs de maladie coronarienne dans l'ascendance immédiate ou la fratrie.

123

## *Éthyliques*

- examen spécial et CSP obligatoires.

## **IV — La documentation des risques**

Le tableau ci-contre présente la liste des différents documents médicaux essentiels à l'appréciation des risques présumés normaux. Ce tableau n'est qu'un guide qui doit être amendé, soit par la restriction des examens requis soit par l'approfondissement de l'investigation, selon les besoins particuliers. Ce tableau est composé de telle façon qu'il constitue un tamis susceptible de mettre en évidence les tares les plus significatives. Par son emploi systématique, on réduit considérablement les chances qu'un risque aggravé puisse passer inaperçu et l'on facilite l'établissement d'une tarification précise et juste.