

# Les troubles mentaux dans le contexte de l'Assurance de Personne

SCOR *inFORM* - Septembre 2012

**Auteur**

**Dr Lannes**

Médecin-Conseil  
SCOR Global Life

**Responsable de Rédaction**

**Bérandère Mainguy**

Tél. : +33 (0)1 58 44 70 00

Fax : +33 (0)1 58 44 85 17

life@scor.com

**Éditeur**

**Gilles Meyer**

## Les troubles mentaux dans le contexte de l'Assurance de Personne



La santé mentale est un état de bien-être permettant à chacun de se réaliser pleinement, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

En 2020, les troubles mentaux talonneront ou dépasseront probablement en fréquence les maladies cardiovasculaires et les cancers.

« ...difficultés de la vie... travailler... productivité » à partir de cette présentation générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous pressentons que les troubles mentaux doivent d'ores et déjà avoir un impact non négligeable sur le risque en Assurance de Personne et d'autre part que la « vague psychiatrique mondiale » grossit et aura très certainement un retentissement toujours plus important sur notre activité d'assureur. Donnons déjà une information de premier plan dans ce domaine : les troubles mentaux constituent la première cause de décès par suicide et la troisième cause d'arrêt de travail et d'invalidité après les fractures et les douleurs dorso-lombaires.

Nous vous proposons ici un panorama des principaux troubles mentaux impactant le risque en Assurance de Personne. Nous examinerons l'anxiété, les dépressions, la maladie bipolaire et la schizophrénie. La consommation excessive d'alcool et les toxicomanies, causes ou conséquences d'un trouble mental, trouveront également leur place dans chacun de ces chapitres.

## Les principales pathologies

### L'anxiété

Nous savons tous ce qu'est l'anxiété et nous l'avons tous éprouvée, dans certaines circonstances ou même spontanément. Il s'agit de cet état de « tension interne », marqué par une amplification péjorative des stimuli de l'environnement et une sensation de catastrophe ou de « tuile » imminente. Elle fait partie de l'expérience humaine et se révèle souvent positive : elle nous permet de rassembler toutes nos capacités intellectuelles voire motrices, s'il s'agit de « prendre les jambes à son cou » et de faire face à une situation inhabituelle ou dangereuse.

Dans certains cas, cette anxiété peut être ressentie péniblement et devenir, au contraire, une entrave, un poids. Il y a alors une impossibilité à se concentrer, à fuir ou à agir. De positive et utile l'anxiété peut devenir paralysante et désorganisée : c'est l'anxiété pathologique.

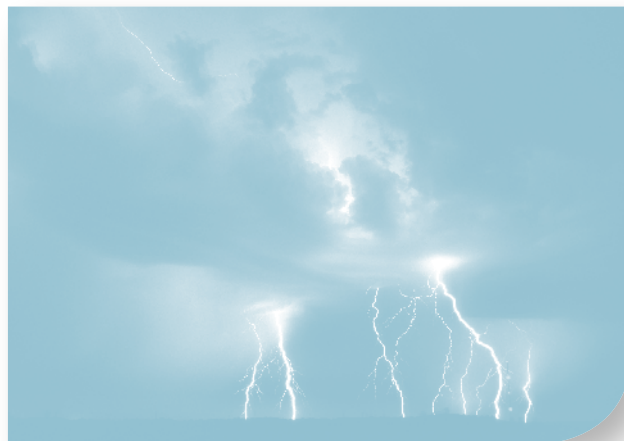
L'anxiété peut devenir chronique et généralisée. Elle va entraîner un trouble de l'adaptation : le sujet se croit être dans l'impossibilité de faire face aux situations courantes de la vie. Ce type de manifestation survient face à une situation donnée mais on peut passer au trouble anxieux, qui évolue pour son propre compte, sans facteur déclenchant.

L'anxiété ou plus généralement les troubles névrotiques ont d'autres modes d'expression, et peuvent se manifester par exemple :

- par des **troubles phobiques**, c'est-à-dire une peur intense et angoissante lorsque le sujet est en présence d'une situation bien précise : la présence de chiens, de serpents, se trouver dans un espace fermé, dans un ascenseur (claustrophobie), avec des personnes inconnues (phobie sociale), etc...
- des **troubles obsessionnels compulsifs (TOC)** : il s'agit de troubles anxieux caractérisés par l'apparition récurrente de pensées obsédantes qui entraînent des séries de gestes reconnus comme irrationnels par le sujet mais qui sont néanmoins répétés de façon ritualisée et envahissante. Les symptômes peuvent s'exprimer de façon très variable d'un patient à l'autre. La plupart des personnes sont sujettes de temps en temps à ce genre de symptômes mais on parle de TOC lorsque les troubles occupent au moins une heure par jour de la vie d'un sujet et retentissent négativement sur ses activités.

Toucher certains objets un nombre de fois pair ou impair, déplacer et replacer des objets, éviter de marcher sur des lignes au sol, compter tout et n'importe quoi... la diversité dans ce domaine est très grande !

- des **attaques de panique**, c'est le cas d'une personne éprouvant, plusieurs fois par mois, des crises paroxystiques d'angoisse qui durent quelques minutes ou quelques heures. Les crises surviennent de manière spontanée ou sont provoquées par une émotion ou un effort physique. Cet état débute vers trente ans. Soudainement, le sujet ressent une sensation de tension avec l'ensemble des symptômes d'anxiété : symptômes neurovégétatifs (sueur, tachycardie), moteurs (agitation, paralysie ou inhibition) et intellectuels (amplification péjorative des événements).



- enfin, l'état de **stress post-traumatique** qui se définit comme un état anxieux survenu au décours d'un événement exceptionnellement violent, par exemple, être menacé pour sa vie ou pour celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe. L'événement est constamment revécu. Le jour, le patient a des flash-back ou encore n'arrive pas à parler d'autre chose. La nuit, il revit les scènes traumatiques à travers des cauchemars. Le sujet fait des efforts importants pour éviter toute pensée, conversation ou situation en rapport avec le traumatisme. A ce stade, s'associent des troubles de la concentration et du sommeil, une fatigue, une réduction nette des intérêts pour les activités habituelles, un repli sur soi, et au final, des altérations du fonctionnement socio-professionnel ou familial. Il peut constituer un véritable casse-tête pour les compagnies d'Assurance dans les situations donnant lieu à décision et réparation.

Tous les troubles anxieux peuvent conduire ceux qui en sont atteints à fuir leur état par la consommation de substances anesthésiantes, désinhibantes, euphorisantes, enivrantes... bref : anxiolytiques, à courte échéance, l'alcool et / ou les drogues.

Les troubles anxieux se traitent avec des anxiolytiques, le chef de file étant représenté par les benzodiazépines, auquel s'ajoutent dans certains cas des antidépresseurs. La psychothérapie, la relaxation, l'apprentissage du contrôle de soi, les médecines alternatives sont autant de techniques et traitements pouvant permettre aux patients d'atténuer l'anxiété persistante, et de se confronter plus sereinement aux situations redoutées.

Pour compliquer les choses, il n'est pas de pathologie anxieuse sans éléments dépressifs, c'est-à-dire sans dimension de tristesse, de découragement ou de fatigue. Inversement, il n'est pas de pathologie dépressive sans symptomatologie anxieuse. Ceci explique le terme « anxio-dépressif » souvent retrouvé dans nos questionnaires médicaux d'assurance.

## Les dépressions

Il convient de ne pas confondre la dépression avec les « états d'âme ordinaires » ou les « coups » que la vie peut imposer. Nous parlons ici des maladies dépressives qui vont constituer une rupture dans la trajectoire du sujet. Il y a un avant et un après. Le dépressif n'est plus le même, Il souffre de tristesse, d'idées noires parfois suicidaires, de troubles du sommeil, d'un ralentissement intellectuel et moteur avec une sensation de fatigue.

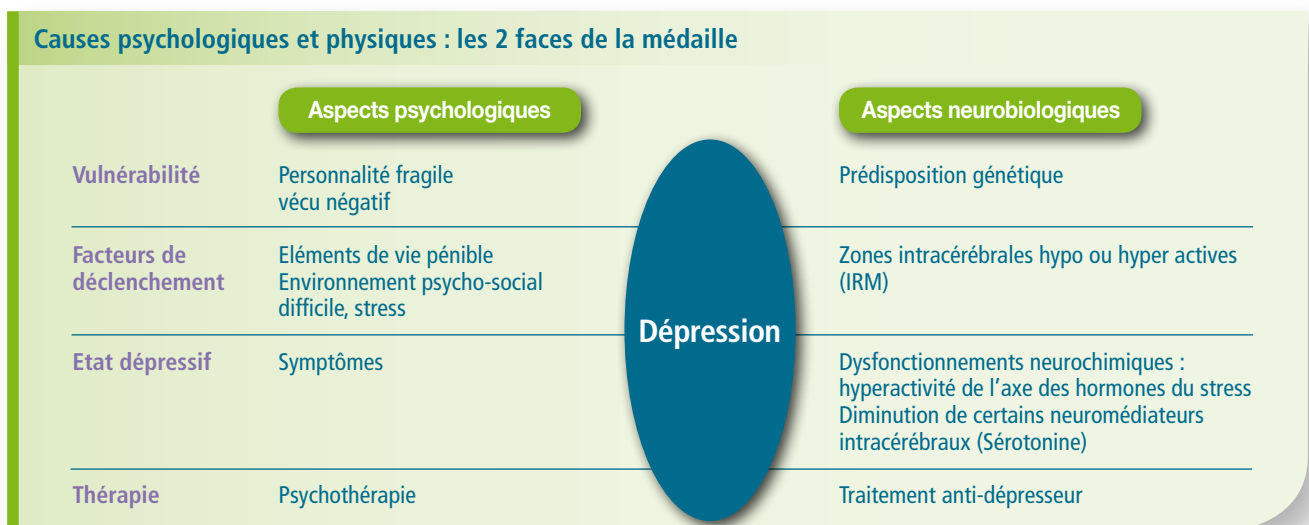
Les femmes ont deux fois plus de risque de souffrir de dépression que les hommes. Un épisode dépressif peut survenir à tout âge de la vie : chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte comme le sujet âgé. Cependant, ces épisodes se produisent typiquement entre 25 et 45 ans, en particulier pour le premier. Peut-être est-ce la période la plus difficile de la vie ? C'est surtout la période où surviennent les événements de vie, les responsabilités... Le risque de récurrence est de 50 % après un épisode dépressif et de 70 à 80 % après deux épisodes.

L'épisode dépressif peut survenir spontanément, sans facteur déclenchant net, il est alors appelé « **dépression endogène** ». Il peut également survenir à la suite d'un événement de vie particulièrement pénible, par exemple un deuil, un divorce, mais aussi après une maladie grave (cardiaque, cancéreuse, etc...). C'est la **dépression réactionnelle**.

Au Canada 30 à 50 % des patients atteints de troubles cardiaques et 25 % des patients atteints d'une pathologie cancéreuse ont souffert par la suite d'une dépression majeure. Par ailleurs, on estime que plus de 10 % de la population souffre de dépression majeure.

Un point remarquable pour un assureur qui s'intéresse à l'Assurance Dépendance et donc par voie de conséquence aux démences : lorsque survient un premier épisode de dépression après l'âge de 50 ans, on parle alors de « **dépression à début tardif** », c'est très souvent le signe précurseur d'une maladie d'Alzheimer... qui sera diagnostiquée quelques années plus tard.

### Causes psychologiques et physiques : les 2 faces de la médaille



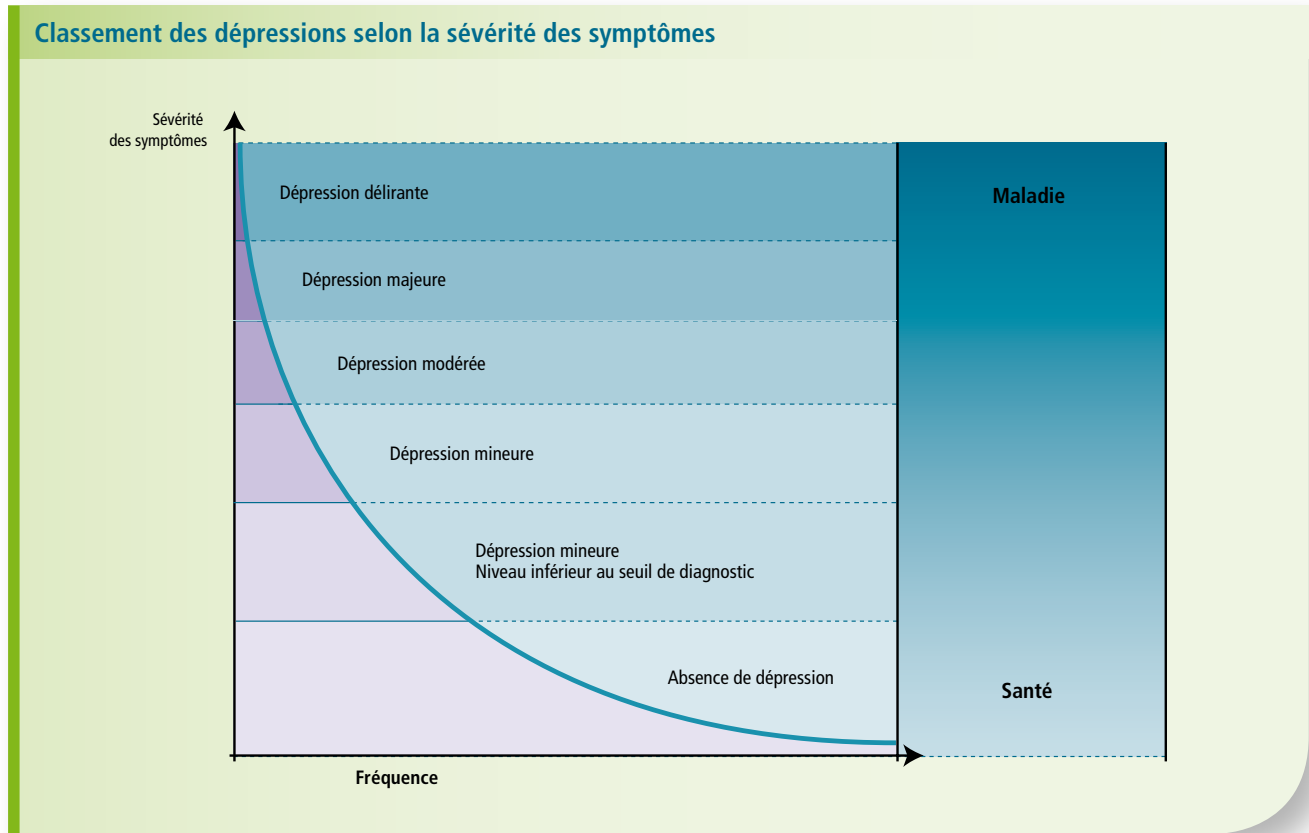
Aujourd'hui, le diagnostic de dépression est avant tout clinique et nous ne disposons d'aucun examen para-clinique (biologique, imagerie, etc.) permettant de faire le diagnostic ou d'évaluer avec précision le pronostic d'un état dépressif. On entrevoit des progrès dans ce domaine notamment par l'étude approfondie du sommeil et de ses perturbations chez le sujet dépressif ou encore par la visualisation en IRM de zones hypo ou hyperactives dans le cerveau des dépressifs.

Dans le monde, 400 millions de personnes sont aujourd'hui atteintes de troubles mentaux ou neurologiques ou souffrent de problèmes psychosociaux, associés notamment à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. La dépression est actuellement la cinquième cause de mortalité et de handicap dans le monde (OMS).

Le mécanisme de la dépression n'est pas connu avec précision et consiste très probablement en une perturbation de nature

chimique au niveau du cerveau, qui entraîne un dérèglement biologique de l'humeur et des fonctions intellectuelles ou physiques. La diminution du taux intracérébral de certains neuromédiateurs chimiques, par exemple la sérotonine, pourrait jouer un rôle important. On retrouve des antécédents familiaux de pathologie psychiatrique, et en particulier de maladie dépressive, dans plus d'un cas sur deux. Pour un individu donné, la génétique joue bien sûr un rôle prédisposant... dans un environnement fait d'événements de vie négatifs qui vont déclencher ou entretenir l'épisode dépressif...

Les médicaments antidépresseurs sont évidemment indiqués dans le traitement des maladies dépressives. Dans ce cas, la règle est de juger de l'efficacité du traitement après six à huit semaines, l'objectif étant d'améliorer voire faire disparaître les symptômes et de prévenir le risque suicidaire. La psychothérapie a également montré une efficacité dans ce domaine. Il est même démontré que la meilleure solution consiste en l'association de ces deux traitements, qui sont parfaitement complémentaires.



L'hospitalisation en psychiatrie est recommandée lorsque le risque suicidaire est élevé, en cas de retentissement somatique marqué (anorexie notamment), ou lorsque l'entourage familial ou social du patient est insuffisant.

Lorsque la dépression est majeure et résistante aux différents traitements, l'électro-convulsivothérapie, plus connue sous son nom d'électrochoc, peut être pratiquée. Il s'agit d'une technique de stimulation électrique durant une fraction de seconde, par voie trans-crânienne. Elle peut avoir des résultats spectaculaires sur des sujets dépressifs sévères et revient au goût du jour dans certains services de psychiatrie.

## La maladie bipolaire

Appelée autrefois psychose maniaco-dépressive, elle se caractérise par des alternances de phases dépressives, souvent très intenses, des intervalles de vie normale et des phases d'excitation, dites phases maniaques. Elle touche hommes et femmes à égalité et aucun milieu socioprofessionnel ou ethnique n'est épargné. Entre 20 à 30 ans, le sujet traverse un épisode, par exemple, d'excitation euphorique : il est infatigable, ne dort plus, va faire des dépenses inconsidérées, fait preuve d'un appétit sexuel inhabituel, parle beaucoup, etc.

Aux Etats-Unis les troubles bipolaires atteignent plus de deux millions d'américains adultes.

Un épisode dure spontanément de quatre à six mois. L'épisode dépressif est le « négatif » de l'épisode maniaque et n'a pas de particularité : il est fait de tristesse, fatigue, ralentissement, idées suicidaires, etc. Le rythme des épisodes va de 1 à 2 par an, parfois beaucoup plus, par exemple plus de 4 épisodes dans l'année lorsque la maladie est à cycle rapide.

Non traités, les malades présentent un risque suicidaire élevé et des distorsions majeures dans les relations avec l'environnement affectif, familial et professionnel. Une fois traités et équilibrés de nombreux patients parviennent à avoir, en dehors des crises, une vie normale.

Il y a une prédisposition familiale et donc probablement génétique très marquée : on retrouve dans les deux tiers des cas d'antécédents familiaux de maladies bipolaires identifiées, de suicides ou de traitements par thymorégulateurs.

Parmi les techniques thérapeutiques figurent donc les médicaments thymorégulateurs, qui sont capables de prévenir l'apparition des récurrences dépressives et/ou maniaques. Ils ne constituent donc pas un traitement de la dépression ni de l'accès maniaque, mais un traitement au long cours grâce auquel les épisodes deviennent moins fréquents ou moins longs ou moins sévères. Ces médicaments permettent une amélioration considérable car cette maladie non traitée, les épisodes naturels deviennent de plus en plus longs, fréquents et sévères. Il s'agit essentiellement des sels de lithium ou d'autres thymorégulateurs : des traitements antiépileptiques ou certains neuroleptiques qui se sont avérés également efficaces dans le traitement de la maladie bipolaire et sont apparus plus récemment.

L'hygiène de vie est au moins aussi importante que les médicaments. Les malades doivent par exemple veiller à préserver la qualité de leur sommeil, se protéger du jet-lag, de la consommation excessive d'alcool. Ils ne peuvent pas travailler en équipes postées.



## La schizophrénie

La schizophrénie est une psychose qui affecte 1 % de la population. Elle débute entre 15 et 35 ans et concerne à égalité les deux sexes. La maladie est particulièrement redoutée par les familles et par les sujets.

L'entrée dans la schizophrénie peut se faire de différentes façons d'une personne à l'autre. Souvent, le début est progressif et le sujet mène une vie à peu près normale jusqu'à ce que survienne une crise de délire, d'hallucination, d'agitation, un décrochage scolaire, une tentative de suicide ou tout autre symptôme de la lignée psychotique. Parmi les facteurs déclenchants figure le cannabis qui est inducteur ou révélateur de vulnérabilités schizophréniques.



Une fois ce processus lancé, il n'est plus possible de l'arrêter et la schizophrénie évolue alors sur un mode chronique, avec des phases de crises et des phases d'apaisement de la maladie. Ce qui caractérise la schizophrénie, c'est la « bizarrerie » du comportement. Le sujet ne peut s'adapter à la réalité, non seulement à cause des délires mais aussi en raison d'un trouble plus global de l'organisation psychique dans le domaine de la pensée, de l'affectivité ou du comportement. Tout ceci aboutit à une dissociation mentale (attitudes, propos incohérents, absurdes), à un bouleversement de la personnalité, à une perte d'intérêt du monde environnant et à des réactions totalement inappropriées dans la vie courante avec un repli sur soi.

Le devenir après cinq ans d'évolution de la maladie est très indicateur du devenir à vingt ans. Si la personne continue à avoir des hallucinations ou à être délirante et si elle a perdu son autonomie, il en sera de même à vingt ans. Si elle est stabilisée et a pu retrouver un certain niveau d'autonomie, ce sera également le cas vingt ans plus tard. Tout se joue les cinq premières années de la maladie. Moins d'un tiers des sujets atteints de schizophrénie acquiert une autonomie permettant de travailler en milieu protégé, de vivre de manière indépendante, seul ou en couple. Le pronostic est donc plus que réservé. De plus, pour un tiers des sujets, l'évolution est si sévère qu'il

est justifié que l'on ait autrefois qualifié cette maladie de « démence précoce ». Le sujet perd précocement ses capacités affectives, émotionnelles, intellectuelles et sociales. Le suicide est la première cause de mortalité chez les schizophrènes. La mortalité est également impactée par une mauvaise hygiène de vie très souvent associée à la maladie (tabagisme, consommation excessive d'alcool, sédentarité, obésité, etc.). Il est souvent nécessaire d'hospitaliser les sujets schizophrènes, parfois en urgence, en particulier au début de la maladie.

Les médicaments neuroleptiques peuvent atténuer les symptômes. Dans ce domaine, un progrès significatif a été accompli ces 15 dernières années avec l'arrivée des neuroleptiques atypiques dits « atypiques », les chefs de file étant l'Olanzapine et la Risperidone. Malheureusement, un certain nombre de malades atteints de schizophrénie gardent comme ultime symptomatologie l'incapacité à prendre leur traitement. Le trouble du jugement ne leur permet pas de tirer les conséquences d'un constat : « quand j'arrête mon traitement, je suis hospitalisé de nouveau six semaines plus tard ». Les psychiatres disposent désormais d'antipsychotiques atypiques retardés : une ou deux injections mensuelles produisent le même effet que la prise d'un ou deux comprimés par jour, c'est un progrès remarquable pour ces malades désorganisés ou susceptibles d'arrêter leur traitement. Parallèlement aux médicaments, une psychothérapie alliée à un suivi dans une structure de soins adaptée sont les meilleures solutions de prise en charge des patients schizophrènes.

## Troubles mentaux, crise économique et conditions de travail

En France une étude réalisée par la Caisse de Retraite des Médecins Français (CARMF) montre que plus de 40 % des invalidités de ses affiliés est accordée pour trouble psychiatrique alors qu'il n'y a que 10 % des invalidités pour affection cancéreuse ou cardiovasculaire.

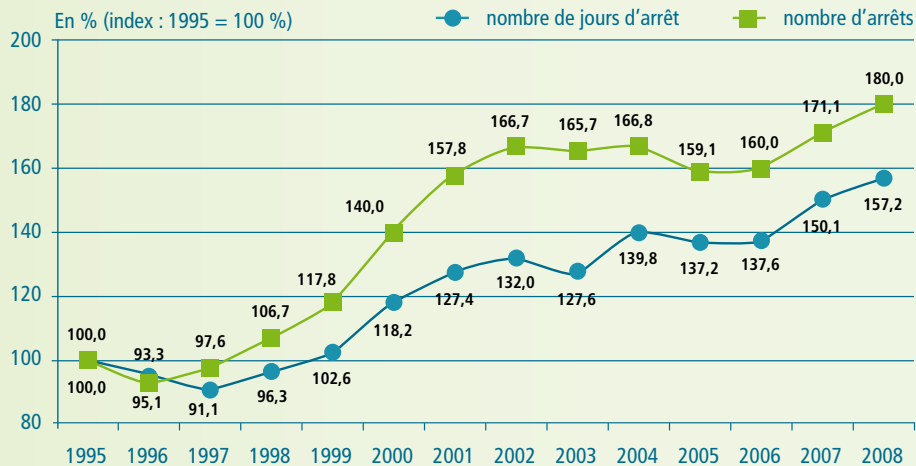
Un rapport récent de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indique que la précarisation croissante des emplois et l'augmentation des pressions au travail pourraient entraîner une aggravation des problèmes de santé mentale dans les années à venir. Il y aurait augmentation des dépressions, des maladies bipolaires et des toxicomanies (alcool, drogues). La plupart des personnes souffrant de troubles mentaux a un emploi mais est plus souvent en arrêt de travail et pour des durées plus longues.



## Incapacité de travail due à une affection psychique

Le nombre de jours d'arrêt de travail dû à une affection psychique a augmenté de 80 % depuis 1995

Evolution de l'incapacité de travail dû à une affections psychiques entre 1995 et 2008 chez les personnes affiliées à la caisse de sécurité sociale allemande (AOK)



Les demandes de pensions d'invalidité, autrefois liées aux accidents dans l'industrie, sont de plus en plus dues aux maladies mentales. L'OCDE estime qu'une demande de pension d'invalidité sur trois, et dans certains pays une sur deux, est motivée par des problèmes mentaux, un chiffre en augmentation depuis le milieu des années 1990.

## Evaluation du risque

En Assurance, l'évaluation du risque neuropsychiatrique est difficile tant à la souscription que lors de la gestion d'un sinistre. La raison principale est que la plupart des troubles mentaux appartiennent à la famille des « Maladies Non Objectivables (MNO) » c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'examen clinique ou para-clinique (biologie, imagerie) permettant de poser le diagnostic avec certitude ou d'apprécier la gravité réelle du trouble mental... Le pronostic est difficile à évaluer. Il est donc dans certains cas possible, à l'entrée en Assurance, de minimiser son trouble mental en utilisant par exemple des termes banals et plutôt rassurants comme fatigue, insomnie, stress à la place du terme dépression ou même schizophrénie. Il est également possible de majorer et d'amplifier les symptômes lorsqu'il s'agit d'obtenir le règlement d'un sinistre pour dépression qui sera toujours sévère, majeure, intense, invalidante, etc.

Par ailleurs, l'évolution d'un trouble mental dépend souvent en partie d'éléments extérieurs de la vie, qu'ils soient positifs ou négatifs, qui vont influencer la guérison ou la pérennisation de la dépression ou de l'anxiété du proposant. Tout ceci est difficile à appréhender pour l'Assureur.

Dans ce contexte, l'Assureur doit s'efforcer de rassembler le maximum d'éléments objectifs sur l'histoire du trouble mental du proposant. En complément des certificats médicaux, il est particulièrement utile de recueillir des informations concernant les traitements psychotropes suivis (simple anxiolytique, anti-dépresseur, traitement de la maladie bipolaire ou neuroleptiques antipsychotique) ou encore les hospitalisations en milieu spécialisé, les arrêts de travail et les invalidités pour trouble psychiatrique. Par exemple, une ou plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique de plus de 3 semaines, associées à une notion de traitement lourd par neuroleptique de la famille des antipsychotique, seront autant d'éléments « d'alerte » d'une pathologie psychotique même si le questionnaire médical paraît par ailleurs assez banal. Concernant les suicides, 1<sup>ère</sup> cause de sinistre décès des troubles nerveux, l'Assureur manque de données statistiques précises à ce sujet. Beaucoup de suicides sont cachés par l'entourage pour différentes raisons culturelles, religieuses, etc. De nombreux suicides sont méconnus et attribués à un accident (voiture, noyade, chute, etc.). La confidentialité médicale

peut également voiler la cause réelle d'un décès : combien de suicides se cachent derrière un certificat médical « décès par polytraumatisme consécutif à une chute » ? Bref, connaître avec précision le nombre de suicides dans un portefeuille sinistre décès d'un assureur est une gageure car bien souvent, c'est une tentative de suicide que nous avons à analyser. La tentative de suicide est un facteur aggravant du trouble mental, peut être le point de départ d'une dépression majeure ou d'une schizophrénie.



Il faut cependant relativiser : chez les jeunes, en particulier les jeunes femmes, on observe beaucoup de tentatives qui sont en fait un « appel au secours » lancé à leurs proches sans réelle pathologie psychiatrique sous-jacente. Ces tentatives, souvent par absorption de médicaments et d'alcool suivie d'une courte hospitalisation, permettent pour une grande majorité une réconciliation, une remise en question, etc. Dans ces cas l'assureur devra savoir effacer le passé après plusieurs années de vie « normale ».

En pratique lorsqu'un dossier d'assurance est étudié sous l'angle des troubles psychiques, le tarificateur doit s'efforcer de :

- Écarter les psychoses graves, comportements psychotiques, schizophrénies non stabilisées... pour lesquels il n'est pas possible d'accorder une couverture pour les garanties Décès, Incapacité et Invalidité.
- Tenir compte, s'il en a connaissance, des antécédents familiaux psychiatriques.
- Tenir compte des antécédents personnels de trouble mental en ayant bien à l'esprit que l'on se trouve dans le monde « non objectivable ». En effet tout et son contraire peuvent être écrits dans un questionnaire médical à ce sujet.
- S'appuyer sur le maximum d'éléments objectifs qui ne peuvent pas être ignorés du proposant, afin de forger son opinion et juger de la gravité du trouble mental : hospitalisations de plus de 3 semaines, traitements anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique, électrochoc, psychothérapie, arrêts de travail et invalidité pour motif psychiatrique.

- Bien analyser les antécédents personnels et l'hygiène de vie du proposant, en particulier la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue.

A partir de ces informations il sera possible de statuer et de proposer une tarification qui tiendra compte essentiellement du risque de suicide en décès et du retentissement que peut avoir le trouble mental sur l'activité professionnelle en appréciant le plus objectivement possible le risque d'arrêt de travail ou d'invalidité. Par exemple :

- Le proposant ayant un trouble anxieux traité par anxiolytique et/ou psychothérapie sans aucune tentative de suicide, ni hospitalisation en service spécialisé, ni arrêt de travail ou invalidité aura une tarification se rapprochant du risque standard.
- L'épisode dépressif déclaré pourra être, après analyse du dossier, classé en dépression mineure, modérée ou majeure. La tarification sera adaptée en conséquence à chacun de ces cas.
- Le proposant ayant un trouble d'allure psychotique, par exemple schizophrénique, hospitalisé plusieurs fois en service spécialisé, traité par neuroleptique et en invalidité sera certainement à refuser en assurance vie.

Entre ces cas types il existe tout un continuum dans la tarification, la prudence étant la règle pour les garanties Incapacité ou Invalidité. Dans ce domaine, il est possible soit de tarifier, soit de proposer une exclusion « trouble neuro-psychiatrique ». Il est souvent utile de privilégier les franchises longues et de prévoir des durées d'indemnités limitées ou des plafonds. Un grand nombre d'invalidités pour raisons psychiatriques démarrent avant 40 ans...

Quant à la consommation excessive d'alcool et/ou la toxicomanie éventuellement associées à un trouble mental du proposant, ce sont toujours des facteurs aggravants importants qui très souvent, entraînent un refus d'assurance.

Pour les proposant ayant commis une tentative de suicide, deux solutions s'offrent au tarificateur :

- Intégrer l'événement dans le trouble mental sous-jacent et en faire un facteur aggravant.
- Tarifier séparément la tentative de suicide et le trouble mental sous-jacent. C'est le moyen le plus simple, le plus maniable et probablement le plus sûr qui est préconisé par SCOR Global Life. Dans ce cas, il est tenu compte du délai entre la tentative et la souscription ainsi que du nombre de tentative de suicide. Nous préconisons un ajournement pour toute tentative survenue moins d'un an avant la souscription et un refus s'il y a eu plus de trois tentatives.

Les dépressions majeures, les psychoses, en particulier les schizophrénies exigent une analyse attentive du dossier et une grande prudence pour le tarificateur. N'oublions pas qu'il s'agit d'affections sévères s'inscrivant dans le monde parfois non objectivable de la psychiatrie. Un proposant

stabilisé par le traitement depuis plusieurs années, avec une insertion socio-professionnelle correcte, sans tentative de suicide ni hospitalisation récente ni consommation d'alcool ou de drogue pourra être tarifé en assurance décès uniquement.

## Conclusion

Les troubles mentaux vont peser de plus en plus lourd dans la balance des Assureurs, le domaine est vaste, difficile à standardiser et il ne s'agit dans cette publication que d'un aperçu. Mais bien que la psychiatrie s'adapte mal aux contraintes de la tarification, SCOR Global Life considère qu'il est important d'approfondir le sujet, de bien le connaître pour évaluer le risque le plus objectivement possible au même titre que pour les maladies physiques.

Nous espérons que ce panorama aura aiguisé votre curiosité, à titre personnel ou professionnel pour poursuivre l'exploration... Gardons à l'esprit qu'il s'agit en effet d'un risque souvent non objectivable mais en pleine expansion mondiale.



SCOR Global Life  
5 avenue Kléber  
75795 Paris Cedex 16  
France  
[www.scor.com](http://www.scor.com)

**SCOR**  
Global Life