

## Formalités médicales

Capital à assurer	<= 50 ans	>50 ans et <= 60 ans	> 60 ans
<= 10k€	Pas de sélection	QS et si une réponse à Oui : QMD	QMD
> 10k€ et <= 200k€	QS et si une réponse à Oui : QMD		
> 200k€ et <= 350k€	QS et si une réponse à Oui : QMD	QS et si une réponse à Oui : QMD	QMD + PS avec PSA pour les hommes + ECV
> 350k€ et <= 450k€	QMD + PS + ECV	QMD + PS avec PSA pour les hommes + ECV	QMD + PS avec PSA pour les hommes + ECV
> 450k€ et <= 1 M€	QMD + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque
> 1 M€ et <= 1,5 M€	QMD + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Engagements Financiers	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Engagements Financiers	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Engagements Financiers
> 1,5 M€ et <= 2 M€	QMD + RM + PS + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Financiers et Annexes	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Financiers et Annexes	QMD + RM + PS avec PSA pour les hommes + ECV + Echographie cardiaque + Questionnaire Financiers et Annexes

QS : Questionnaire simplifié (Oui / Non)

QMD : Questionnaire médical détaillé (Oui/ Non + informations médicales)

RM : Rapport Médical, qui inclut l'analyse d'urine

PS : Profil sanguin

- ✍ **La numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation**
- ✍ **Le taux de glycémie**
- ✍ **Le taux de créatinine**
- ✍ **Le taux d'uricémie**
- ✍ **Le taux de cholestérol total + HDL**
- ✍ **Le taux de triglycérides**
- ✍ **Les transaminases SGOT/SGPT**
- ✍ **Le taux de gamma GT**
- ✍ **Les anticorps anti VIH 1 et 2**
- ✍ **La sérologie hépatite B (antigène HBs – anticorps HBS – anticorps HBC)**
- ✍ **La sérologie hépatite C (anticorps anti VHC)**

PSA : Prostatic Specific Antigen (pour les hommes de plus de 50 ans)

ECV : Examen cardio-vasculaire, le compte rendu ainsi que le tracé d'un ECG.

Echographie cardiaque

Document d'information sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance  
en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant  
dans le cadre de la Convention AERAS

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un « droit à l'oubli » devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en oeuvre un tel « droit à l'oubli » et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en oeuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

## 1. Critères relatifs à votre projet :

### **Pour que vous puissiez bénéficier des dispositions mentionnés au 2.) il est nécessaire que :**

- votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- votre demande d'assurance porte sur :
  - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
  - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71<sup>ème</sup> anniversaire.

## 2. **Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :**

### 2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions.

Si votre projet réunit les critères définis au 1.), vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos **18 ans\*** :
- si la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de **5 ans\*** au jour de votre demande d'assurance;
  - et s'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie.

**Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé ;**

Ou bien

- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos **18 ans\*** :
- si la *date de fin du protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de **10 ans\*** au jour de votre demande d'assurance ;
  - et s'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie,

## **Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.**

\* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du « droit à l'oubli » le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.

**Si votre projet réunit les critères mentionnés au 1) et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées aux 2.1), vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent.** En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées aux 2.1) dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

### **2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence.**

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au 1.), que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au 2.1) et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

**Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée** si la date de fin du protocole thérapeutique<sup>1</sup> remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

### **3. Evolution du contenu de la grille de référence**

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de « droit à l'oubli » inférieurs à ceux mentionnés au 2.1 a) et au 2.1 b).

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique « Droit à l'oubli » sur le site officiel de la Convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

## **LEXIQUE**

<sup>1</sup> **Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique »** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

<sup>2</sup> **Ce que l'on entend par « rechute »** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

---

## QUESTIONNAIRE MEDICAL SIMPLIFIE STANDARD

### A renseigner par le postulant à l'assurance

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NE(E) LE : \_\_\_\_\_

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre **seul**, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. **Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein des locaux de votre conseiller en assurance. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile.** Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller en assurance pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre avec votre demande d'admission sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au Service Gestion « MULTI-IMPACT – A l'attention du Médecin conseil du Service Gestion Premium Emprunteur II – 41-43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX ». **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires.

**Vos déclarations sont valables 6 mois.**

**Rappel : Le principe de droit à l'oubli et la grille de référence prévus dans le cadre de la convention AERAS sont entrés en vigueur. Pour connaître les conditions d'éligibilité, modalités d'application et les pathologies concernées, reportez-vous à la note de marché explicative annexée à ce questionnaire.**  
**Pour plus d'information, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).**

	OUI	NON
1- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? Notamment : – un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ? – un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ? – un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? – un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? – d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Avez-vous subi au cours des 10 dernières années une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois de l'ablation de l'appendice, des amygdales et/ou des végétations, de la vésicule biliaire, d'une maternité, d'une césarienne, d'une hernie inguinale ou ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale) et/ou devez-vous en subir dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu « OUI » à au moins une des questions du questionnaire simplifié ci-dessus, vous devez obligatoirement compléter le QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE</b>		

Merci de lire attentivement la synthèse de votre déclaration médicale et de confirmer les déclarations ci-dessous avant de procéder à la signature de la synthèse :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont obligatoires pour qu'une proposition d'assurance puisse m'être faite.

Je reconnais également que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec la Mutuelle identifiée dans la proposition d'assurance qui sera soumise à mon acceptation ou dans le Certificat d'assurance qui me sera adressée.

Je reconnais avoir été averti(e) que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Je soussigné \_\_\_\_\_ reconnais avoir pris connaissance et compris la fiche d'information relative au droit à l'oubli, dite fiche de place.



**CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL**

Fait à : ..... Le : .....  
Signature du Candidat à l'assurance, précédée de la mention  
« lu et approuvé » :

## QUESTIONNAIRE MEDICAL DETAILLE

### A renseigner par le postulant à l'assurance

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NE(E) LE : \_\_\_\_\_

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'admission à l'assurance. Comme le prévoit la convention AERAS, nous vous conseillons de prendre **seul**, le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. **Vous avez le droit de ne pas répondre à ce questionnaire au sein des locaux de votre conseiller en assurance. Vous pouvez y répondre soit sur place, soit à votre domicile.** Il vous est possible de demander l'assistance de votre conseiller en assurance pour compléter ce questionnaire. Il pourra le transmettre à l'assureur dans le respect des règles de secret professionnel ou, quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez le transmettre avec votre demande d'admission sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au Service Gestion « MULTI-IMPACT – A l'attention du Médecin conseil du Service Gestion Premium Emprunteur II – 41-43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX ». **Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, etc.).** Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires.

**Vos déclarations sont valables 6 mois.**

**Rappel : Le principe de droit à l'oubli et la grille de référence prévus dans le cadre de la convention AERAS sont entrés en vigueur. Pour connaître les conditions d'éligibilité, modalités d'application et les pathologies concernées, reportez-vous à la note de marché explicative annexée à ce questionnaire.**

**Pour plus d'information, vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).**

Taille : \_\_\_\_\_ cm      Poids : \_\_\_\_\_ kg  
 Différence : Taille – Poids :

	OUI	NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées
1- Cette <u>différence</u> est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
3- Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Noms et doses des médicaments :  Depuis quelle(s) date(s) ?
4- Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
5- Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité supérieure à 15 % ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Le ou les taux ? <i>(joindre copie de la notification de rente)</i>
6- Etes-vous pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ou un régime assimilé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
7- Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? A quelle date ? Durée ?
8- Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière bénigne) de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? Noms et doses des médicaments :  A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
– un traitement pour maladie rhumatismale, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– un traitement pour troubles nerveux, affection neuropsychique, dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? Noms et doses des médicaments :  A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?
– un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? Noms et doses des médicaments :  A quelle(s) date(s) ? Durée(s) ?



## II – Les réseaux prestataires

Lorsque le postulant se soumet aux formalités médicales demandées par l'assureur, il a le choix de les effectuer dans nos centres prestataires ou bien auprès d'un praticien de son choix.

Le réseau des centres permet le regroupement des formalités médicales sans avance de fonds pour le postulant.

Les centres à contacter sont :

- **CIVEM** (Centre International de Visites et Expertises Médicales) : est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous et en un seul lieu, dans ses centres sur Paris Ile de France et en Région – **08 10 12 12 12** – <http://www.civem.fr/>
- **ARM (Analyse Risque Médical)** : est présent pour réaliser les bilans médicaux dans 185 villes dont 14 adresses à Paris et 19 en Région parisienne – **08 10 72 50 00** – <http://www.armfrance.com/>
- **Montaigne Santé** est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous, dans son centre de Paris – **01 42 25 60 31** – <http://www.montaigne-sante.fr/>

Dans le cas, où le postulant effectuerait les formalités médicales auprès d'un praticien (médecin, laboratoire,...) de son choix, il lui appartiendra de **procéder lui-même au règlement** des frais engagés.

Sur présentation de l'original de la (des) facture(s) acquittée(s), nous prendrons alors en charge les honoraires correspondants, dans les limites du tarif de Responsabilité Convention de la sécurité sociale pour le profil sanguin, l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque, et dans la limite de 2C (soit 46 € au 28/03/06) pour le rapport médical.



## AXA PREMIUM EMPRUNTEUR II : LES FORMALITES MEDICALES

Les formalités médicales sont à transmettre sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de MULTI-IMPACT à l'adresse suivante : MULTI-IMPACT – A l'attention du médecin conseil – Service médical Premium Emprunteur II – 1 Rue René Francart – BP 283 – 51687 REIMS Cedex 2.

**Lorsque le postulant se soumet aux formalités médicales demandées par l'assureur, il a le choix de les effectuer dans nos centres prestataires ou bien auprès d'un praticien de son choix.**

Le réseau des centres permet le regroupement des formalités médicales sans avance de fonds pour le postulant.

Les centres à contacter sont :

**ABCOS SANTE / CIVEM** (Centre International de Visites et Expertises Médicales) : est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous et en un seul lieu, dans ses centres sur Paris Ile de France et en région – **08 10 10 80 00** – <http://www.civem.fr/>

**ARM (Analyse Risque Médical)** : est présent pour réaliser les bilans médicaux dans 185 villes dont 14 adresses à Paris et 19 en Région parisienne – **08 10 72 50 00** – <http://www.armfrance.com/>

**Montaigne Santé** est présent pour réaliser les bilans médicaux, en un seul rendez-vous, dans son centre de Paris – **01 42 25 60 31** – <http://www.montaigne-sante.fr/>

**Dans le cas, où le postulant effectuerait les formalités médicales auprès d'un praticien (médecin, laboratoire,...) de son choix, il lui appartiendra de procéder lui-même au règlement des frais engagés.**

Sur présentation de l'original de la (des) facture(s) acquittée(s), nous prendrons alors en charge les honoraires correspondants, dans les limites du tarif de Responsabilité Convention de la sécurité sociale pour le profil sanguin, l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque, et dans la limite de 2C (soit 46 € au 28/03/06) pour le rapport médical.

Si la compagnie d'assurance demande des formalités médicales payantes (visite, analyses ...), elle ne vous remboursera ces dépenses qu'en cas de souscription du contrat.

Si pour des raisons médicales, à l'issue de l'étude du dossier, il vous était proposé un nouveau tarif, vous auriez le droit de refuser.

Dans ce cas, la compagnie d'assurance prendra tout de même en charge les frais engagés pour ces formalités médicales dans les limites des tarifs de convention des organismes sociaux français.

Vous pouvez joindre tout document (compte rendu, certificat ...) que vous jugez utile et qui peut faciliter la prise de décision par le Médecin de la compagnie. Envoyez le tout sous pli confidentiel avec votre demande d'adhésion.