



CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION DE BLANC-MESNIL

GUIDE A.M.P



Hôpital Privé de la Seine Saint Denis
7, avenue Henri Barbusse - 93150 Le Blanc Mesnil.
Laboratoire AMP : 01 45 91 65 41
Laboratoire CLEMENT : 01 48 67 35 84
Secrétariat gynécologie : 01 45 91 55 93 - 01 45 91 55 40

INTRODUCTION

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques qui permettent la procréation en dehors du processus naturel. Ces pratiques ne peuvent être mises en place que pour des indications médicales. Des examens d'exploration sont donc nécessaires.

Ce guide a pour objectif de vous présenter le centre d'assistance médicale à la procréation ainsi que de vous exposer les différentes techniques médicales et les dispositifs législatifs relatifs à l'AMP.

Toute l'équipe du centre d'A.M.P du Blanc-Mesnil vous accompagnera tout au long du parcours pour la réussite de votre projet.

L'équipe médicale

PRESENTATION DU CENTRE D'A.M.P. DU BLANC MESNIL

Le centre d'Assistance Médicale à la Procréation du Blanc Mesnil se situe dans les locaux de l'Hôpital Privé de la Seine Saint Denis (clinique du Blanc Mesnil) :

Coordonnées : 7, avenue Henri Barbusse - 93 150 Le Blanc Mesnil

☎ Laboratoire AMP : 01 45 91 65 41

☎ Secrétariat gynécologie AMP : 01 45 91 55 93 - 01 45 91 55 40

☎ Secrétariat laboratoire CLEMENT : 01 48 67 35 84

Plusieurs praticiens et une psychologue exercent au centre d'AMP :

↳ Les gynécologues - obstétriciens :

- Docteur DUJARDIN
- Docteur LAFFY
- Docteur AISSAOUI
- Docteur BOUCAYA

↳ Les biologistes de la reproduction :

- Docteur CLEMENT
- Docteur HAMIDI
- Docteur FRANAIS

↳ La psychologue :

- Mme POUIT

ACTIVITÉS SOUMISES À CONSENTEMENTS ÉCRITS DES MEMBRES DU COUPLE.

En cas d'indication médicale et devant les résultats des explorations de l'infertilité du couple, un acte d'AMP peut vous être proposé par le clinicien et l'équipe pluri-disciplinaire. Dans ce cas, un temps de réflexion vous est laissé, et au cours d'une nouvelle consultation, votre clinicien vous demandera de prendre connaissance et de signer les consentements pour la réalisation de ces actes d'AMP, y compris les actes de congélation embryonnaire que vous pouvez refuser. Dans ce cas, un nombre limité d'ovocytes sera mis en fécondation. Nous vous informons également que des informations vous seront demandées suite aux tentatives (grossesse, naissance d'enfant) et que ces éléments seront envoyés à l'Agence de la Biomédecine (ABM). Ces données envoyées à l'ABM peuvent être anonymisées si vous le souhaitez (à préciser sur le consentement). En cas de modification de votre adresse, nous vous demandons de nous en informer.

LES PRINCIPALES TECHNIQUES D'AMP

L'insémination intra-utérine (IIU)

Son principe est l'injection à l'aide d'un cathéter (tuyau souple) des spermatozoïdes dans la cavité utérine de la conjointe donc au delà du col utérin.

Elle comporte :

- généralement une stimulation de l'ovulation. Il s'agit alors d'un suivi par des dosages hormonaux (oestradiol, LH, progestérone) et des échographies.
- l'insémination dans l'utérus du sperme du conjoint prélevé le jour même par masturbation et préparé au laboratoire. Cette insémination est réalisée 36 heures après que l'on détecte une ovulation spontanée ou déclenchée par une injection de gonadotrophines chorioniques.

L'insémination intra-utérine peut être aussi effectuée après préparation de paillettes de sperme de donneur.

L'insémination intra-utérine peut être proposée en cas d'insuffisance de la glaire, du sperme ou en cas de stérilité inexplicée. Les trompes doivent être perméables et l'appareil génital de la femme doit être normal pour obtenir un succès.

La Fécondation In Vitro (F.I.V.) classique

Son but est de permettre la fécondation (in vitro) des gamètes féminins (ovocytes) par les spermatozoïdes du conjoint.

La rencontre des cellules reproductrices mâles et femelles est réalisée au laboratoire d'AMP, dans un environnement approprié.

La micro injection intra cytoplasmique (I.C.S.I.)

Cette technique consiste à injecter un spermatozoïde directement dans le cytoplasme d'un ovocyte permettant ainsi une fécondation assistée.

L'ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection), variante de la fécondation in vitro est devenue, depuis sa description en 1992, la technique de choix dans le traitement des infertilités masculine sévères. Elle consiste à injecter un spermatozoïde dans chaque ovocyte à l'aide d'une micro-aiguille. Cette opération est réalisée au sein du laboratoire d'AMP. Après ces micro-injections, le déroulement de la culture, du suivi de la fécondation et du transfert des embryons sont les mêmes que pour la fécondation in vitro.



IMSI (Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm)

Cette technique consiste à injecter un spermatozoïde présélectionné à l'aide d'un microscope à fort grossissement, dans chaque ovule.

Dans la technique de l'I.C.S.I (Intra Cytoplasmic Sperm Injection), le choix du spermatozoïde à injecter se fait à un grossissement 400x ce qui permet d'éliminer uniquement les anomalies spermatiques grossières.

L'IMSI est une technique d'imagerie, couplant un système optique et un analyseur d'image en temps réel, qui permet une observation des spermatozoïdes à un grossissement 10.000x sans altérer leur vitalité. Des anomalies jusqu'alors inaccessibles à l'observation conventionnelle, peuvent ainsi être mises en évidence. Cette technique encore en évaluation est indiquée pour certains types d'anomalies spermatiques.

Les techniques ajoutées à la FIV ou à l'ICSI

La culture prolongée

Cette technique dite de " culture prolongée " consiste à faire se développer les embryons dans des milieux de cultures spécifiques, pendant 5 à 7 jours.

Ces cultures permettent le développement de certains de ces embryons jusqu'au stade morula-blastocyste (embryon au 5^{ème} ou 6^{ème} jour de développement).

L'application de cette technique présente les avantages suivants :

- elle permet de transférer dans l'utérus de la mère les embryons dont on peut penser qu'ils ont le meilleur potentiel évolutif.
- elle assure une meilleure synchronisation entre l'embryon et l'utérus
- dans le cas où les embryons ne sont pas transférés, il peut être également utile de les mettre en culture longue dans le but de ne congeler que ceux poursuivant leur évolution.

Par cette technique, il est possible qu'aucun embryon n'évolue jusqu'au stade de blastocyste.

Il est raisonnable de penser qu'il en aurait été de même dans l'utérus en cas de transfert des embryons à un stade précoce.

Cet arrêt d'évolution, s'il se produit, donne une indication diagnostic.

L'éclosion assistée (hatching)

La technique d'éclosion embryonnaire assistée (ou hatching) consiste à pratiquer une fragilisation au niveau de la coque entourant l'embryon (zone pellucide) de façon mécanique à l'aide d'une micropipette.

Cette technique peut être indiquée dans certains cas :

- zone pellucide épaisse,
- plusieurs échecs d'implantation

afin d'augmenter les chances d'implantation de l'embryon au niveau de l'endomètre.

LE DEROULEMENT D'UNE TENTATIVE D'AMP

S'il s'agit d'une insémination intra utérine, le déroulement est simplifié puisqu'il s'agit d'une stimulation ovarienne puis de l'injection des spermatozoïdes dans l'utérus.

Dans le cas d'une micro injection intra cytoplasmique (I.C.S.I), le déroulement est identique à celui de la fécondation in vitro, seule la procédure du laboratoire change.

1^{ère} étape : La stimulation de l'ovulation.

La stimulation de l'ovulation est assurée par des injections sous-cutanées et / ou intramusculaires d'hormones FSH réalisées par une infirmière (infirmière de ville à contacter avant la mise en route du traitement).

L'objectif est d'obtenir un plus grand nombre d'ovocytes mûrs et donc d'embryons.

La réponse ovarienne sera contrôlée par des dosages hormonaux dans un laboratoire et des échographies effectuées par un échographe désigné.

Lorsque la réponse ovarienne est satisfaisante, l'ovulation est déclenchée par une injection d'une ou deux ampoules de gonadotrophines 5000 UI. Cette injection sera réalisée à une heure précise indiquée à la patiente par le médecin contrôlant la réponse ovarienne (en pratique 36 heures avant l'acte d'AMP).

En cas de réponse ovarienne inadéquate, il sera préférable d'annuler le cycle de FIV pour reprendre une nouvelle stimulation.

2^{ème} étape : Le recueil des gamètes

➤ La ponction ovarienne

Elle aura lieu dans le Centre d'AMP du Blanc Mesnil 36 heures après l'injection de gonadotrophine. La patiente et son conjoint devront s'y rendre au moins deux heures avant l'heure fixée pour la ponction. Le couple devra au mieux réserver sa matinée.

La ponction est faite par voie vaginale soit sous anesthésie locale après prémédication effectuée lors de l'arrivée au Centre, soit sous anesthésie générale. Dans les deux cas, la patiente doit alors avoir préalablement rencontré l'anesthésiste en consultation.

Généralement le nombre d'ovocytes collectés est inférieur au nombre de follicules observés à l'échographie avant la ponction. Parfois il peut ne pas y avoir d'ovocytes lors de la ponction. Ce risque est surtout présent en cas de réponse ovarienne faible. Dans ce cas, le dossier est discuté de nouveau par l'équipe pluri disciplinaire et les conclusions sont présentées au couple au cours d'une consultation. Une nouvelle stimulation ou une autre solution thérapeutique peuvent être proposées.

➤ Le recueil du sperme

Le recueil du sperme a lieu le même jour que la ponction d'ovocytes.

Le recueil du sperme est fait au sein du **laboratoire d'AMP**, par masturbation après lavage des mains et du gland, après une durée d'abstinence de trois jours.

Il est préférable d'utiliser du sperme éjaculé, mais en cas de recueil connu comme étant difficile, il est possible d'effectuer un recueil en amont de la tentative et de congeler le sperme. Il en est de même en cas d'absence du conjoint le jour de la ponction ; cette absence devant être exceptionnelle pour une raison impérative et prévue à l'avance en accord avec les praticiens du centre.

Le couple est généralement libre en milieu d'après-midi.

La patiente doit revenir deux à trois jours (voir 5 à 6 jours en cas de culture prolongée) après la ponction d'ovocytes, à un horaire convenu avec l'équipe médicale, pour procéder au transfert d'embryon.

3^{ème} étape : Les étapes du laboratoire

➤ Le jour du recueil des gamètes

- **Les ovocytes** sont apportés au laboratoire et recherchés sous une loupe binoculaire. En cas de fécondation I.C.S.I, les ovocytes recueillis lors de la ponction sont dénudés. Il s'agit alors de retirer la couronne de cellules qui entourent les ovocytes et qui empêcheraient le bon déroulement de l'injection du spermatozoïde.

Les ovocytes sont ensuite transférés dans une boîte de culture clairement identifiées avec l'identité du couple et contenant un milieu nutritif. Ils sont placés dans un incubateur dans des conditions physico-chimiques optimales.

- **Le sperme** est traité afin d'éliminer le liquide séminal et de sélectionner les spermatozoïdes les plus mobiles.
- **La mise en contact des gamètes ou insémination** : chaque ovocyte est mis en présence d'un nombre suffisant de spermatozoïdes. L'ensemble est ensuite placé dans l'incubateur à +37°C. La fécondation qui débute par l'union d'un spermatozoïde avec un ovocyte s'achève en une journée par le mélange des chromosomes paternels et maternels. S'il s'agit d'une I.C.S.I (ou I.M.S.I), un spermatozoïde, de morphologie normale, est injecté dans chaque ovocyte par une micropipette.

➤ Le lendemain du recueil des gamètes (J+1)

Le lendemain du recueil des gamètes, les ovocytes sont contrôlés. Il est généralement possible, à ce stade, d'observer au microscope si la fécondation a eu lieu ou non (présence de zygotes).

Mais, c'est uniquement le deuxième jour (J+2) que l'on est certain de l'obtention ou non d'embryons.



➤ Le surlendemain du recueil des gamètes (J+2)

A ce moment deux éventualités se présentent :

- **Il n'y a pas eu de fécondation** : l'ensemble de l'équipe clinique et biologique analysera si la cause de l'échec peut être déterminée. Le dossier sera de nouveau examiné en réunion pluri disciplinaire de l'équipe et de nouvelles propositions sont faites au couple.
- **Un ou plusieurs embryons sont obtenus** : un transfert embryonnaire est alors possible. Les embryons sont observés au microscope. Ils peuvent être constitués de 2 à 4 cellules. Le stade à 4 cellules étant le plus fréquent.

La culture embryonnaire peut être prolongée jusqu'au 3^{ème} jour (J+3) de manière à observer le développement des embryons à un stade plus avancé (8 cellules) ou jusqu'à J+5 ou J+6 (stade blastocyste).

Vous serez personnellement informé du résultat obtenu au laboratoire

4eme étape : Le transfert embryonnaire

Le transfert embryonnaire est un acte simple et non douloureux.

Le transfert se fait dans le Centre d'AMP, sans anesthésie, à l'aide d'un cathéter souple. Les embryons sont déposés dans la cavité utérine après passage du col.

Les chances de succès augmentent avec le nombre d'embryons transférés mais le risque de grossesse multiple augmente simultanément. Le choix du nombre d'embryons transférés est discuté entre le biologiste, le clinicien et le couple. Dans la majorité des cas et pour éviter le risque de grossesses multiples, un maximum de 2 embryons est transféré. Dans certains cas et suivants certains critères un seul ou plus de 2 embryons peuvent être transférés.

La patiente doit rester au repos pendant environ quinze minutes à la clinique après le transfert. Elle pourra ensuite rentrer chez elle par ses propres moyens.

Une activité physique modérée est possible, mais le sport est contre-indiqué.

5eme étape : Les embryons surnuméraires

Les embryons non transférés, dits surnuméraires, pourront être congelés (si accord du couple dans le consentement) ou détruits selon leurs critères biologiques.



La congélation est réalisée soit par une technique de congélation lente, soit pas une technique de congélation ultra-rapide (vitrification). Le choix de la technique sera discuté avec le couple.

En cas de congélation embryonnaire, le couple sera interrogé chaque année par le centre afin de savoir si un projet parental est toujours en cours. Tous les embryons congelés devront être transférés avant une nouvelle tentative d'AMP. En cas de renoncement du projet parental, le couple pourra choisir entre l'arrêt de conservation des embryons, le don à la recherche ou l'accueil par un autre couple de ces embryons. En cas d'absence de réponse (deux courriers dont un en recommandé) et y compris en cas de changement d'adresse sans que le centre d'AMP ait été informé, le centre arrêtera la conservation au bout de 5 ans.

L'accord du couple doit être recueilli pour effectuer la décongélation et un transfert d'embryon. Les deux membres du couple doivent être présents le jour du transfert.

Lors de la décongélation, les embryons ne reprennent pas forcément leur morphologie et ils ne sont donc pas forcément transférés.

DIAGNOSTIC DE GROSSESSE

Deux dosages de bêta-HCG (hormone de grossesse) sont à faire, l'un treize jours après le transfert d'embryons et le second le quinzième jour.
Ces deux dosages sont impératifs.

Quel que soit le résultat des dosages, la patiente doit **obligatoirement** les communiquer à son médecin qui a pratiqué l'insémination ou le transfert, et au laboratoire d'AMP qui doit fournir les résultats de manière anonyme ou non (selon le choix du couple) à l'Agence de la Biomédecine (ABM).
Si ces éléments (grossesse, naissance, état de santé de l'enfant à la naissance) ne nous sont pas transmis, nous pouvons être amenés à vous contacter afin de les obtenir de manière à répondre à nos obligations vis à vis de l'ABM.

RESULTATS DE LA FIV. ET DE L'IIU

Par cycle de Fécondation In Vitro, un couple a en moyenne 23 % de chance de débiter une grossesse en FIV/ICSI (donnée nationale ABM) et 11% en IIU (Insémination Intra Utérine).

Les résultats de l'AMP en France peuvent être consultés sur le site de l'ABM :
www.agence-biomedecine.fr

L'âge de la patiente, la qualité de son utérus et la qualité de sa fonction ovarienne, les paramètres spermatiques sont des paramètres qui influencent énormément le taux de réussite.

Quelque soit la technique d'AMP, le succès n'est pas assuré et plusieurs tentatives pourront peut être s'avérer nécessaires.

LES RISQUES DE L'AMP

Risques liés au traitement de la femme

Dans la majorité des cas, les protocoles de stimulation sont bien tolérés par la patiente. Mais ils peuvent être parfois d'une particulière pénibilité.
Le risque principal est celui d'une hyperstimulation, le plus souvent bénigne mais pouvant entraîner des complications plus graves (pulmonaires, rénales).

Risques liés à la ponction ovocytaire

La ponction ovocytaire étant effectuée sous anesthésie générale, les risques de celle-ci sont précisés par l'anesthésiste au cours de sa consultation.
La ponction ovocytaire elle-même peut, dans de rares cas, entraîner des infections ou des hémorragies.

Risques pour l'enfant à naître

Le recul de l'assistance médicale à la procréation est d'une trentaine d'années pour la fécondation in vitro et l'IIU, et d'une quinzaine d'année pour la fécondation in vitro avec micro injection (ICSI).
Le suivi des enfants nés d'AMP sur de larges cohortes ne montre pas une augmentation des anomalies graves par rapport à une population témoin.
Certaines études montrent une légère augmentation des anomalies chromosomiques et de l'hypotrophie des enfants à la naissance (3,8% de malformations et/ou d'anomalies chromosomiques dans les grossesses spontanées versus 6,1% après FIV/ICSI).
Nous ne pouvons pas actuellement connaître les conséquences à plus long terme des protocoles de stimulation, et des conditions de culture in vitro sur l'état de santé des personnes nés d'assistance médicale à la procréation.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge par la Sécurité Sociale des actes d'Assistance Médicale à la Procréation est soumise à une entente préalable avec les caisses.

Cette entente préalable sera demandée par le médecin au cours d'une consultation.

La Sécurité Sociale prend en charge six tentatives d'insémination intra-utérine et quatre tentatives de FIV/ICSI par grossesse.

SUIVI DES PERSONNES AYANT RECOURS A L'AMP ET DES ENFANTS QUI EN SONT ISSUS

La Loi de Bioéthique du 6 août 2004 donne mission à l'Agence de la Biomédecine de réaliser un suivi et une évaluation des effets secondaires de l'assistance médicale à la procréation sur les personnes qui y ont recours et sur les enfants qui en sont issus.

A cette fin, et après accord de la CNIL (Commission Informatique et Liberté), l'Agence de la Biomédecine reçoit des centres d'AMP les fiches clinico-biologique de chaque tentative d'AMP.

Notre centre se soumet à cette obligation, et envoie pour chaque tentative d'AMP, la fiche clinico-biologique.

Nous vous demandons votre accord, dans la feuille de consentement que vous signez avant chaque tentative, pour que cette fiche soit envoyée de manière nominative. Vous êtes en droit de refuser l'envoi nominatif, auquel cas votre fiche tentative sera envoyée à l'Agence de la Biomédecine de manière anonyme.

Cf annexe 1 : « Registre national des FIV - Note d'information à l'attention des couples » émise par l'agence de Biomédecine.

QUELQUES MOTS SUR LES DISPOSITIONS POUR L'ADOPTION

Etant donné les effets secondaires des procédures d'assistance médicale à la procréation, l'adoption peut être une alternative permettant au couple d'avoir un enfant.

L'adoption se fait généralement en deux temps :

- obtention d'un agrément : la demande se fait au bureau de l'Aide Sociale à l'enfance. Les critères d'acceptation seront donnés par cet organisme. Si les postulants ont plus de trente ans, le mariage n'est pas indispensable. Une personne célibataire peut faire une demande d'adoption.

La procédure étant ainsi initialisée, la durée d'attente est généralement de neuf mois. Pour obtenir l'agrément, une enquête, comportant des entretiens avec une assistance sociale et un psychiatre, est effectuée.

- recherche d'un enfant adoptable : s'adresser à un organisme compétent. Différents organismes existent à Paris et en Province.

A titre indicatif, veuillez noter l'adresse de l'organisme suivant :

Enfance & Familles d'Adoption (EFA)
221, rue La Fayette 75010 Paris Tel : 01 40 05 57 70

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Un couple sur six éprouve des difficultés à concevoir un enfant. Conscients de l'épreuve que cela représente, une consultation psychologique est ouverte gratuitement aux couples suivis dans le cadre d'une Aide Médicale à la Procréation.

En effet, lors des premières consultations, votre gynécologue vous proposera systématiquement de rencontrer la psychologue de l'équipe :

Sylvie POUIT

L'entretien psychologique s'inscrit dans le parcours naturel de l'Aide Médicale à la Procréation. Le but de cet entretien est d'ouvrir un lieu d'écoute, de dialogue aux femmes, aux hommes qui le souhaitent afin de partager vos interrogations, de favoriser la mise en mot du vécu de chacun avec une équipe tout particulièrement formée à vous accueillir et à vous soutenir.

Ce moment de réflexion peut-être constructif pour le couple. Il peut vous permettre de prendre conscience de vos forces ainsi que d'éventuelles fragilités et de mobiliser les ressources afin d'avancer au mieux dans votre cheminement personnel.

Elle est présente tous les jours du lundi au vendredi.

Vous pouvez la joindre au : **01 45 91 65 32**

RAPPEL DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

La législation et de nombreuses informations sont disponibles en vous rendant sur le lien suivant :

www.agence-biomedecine.fr



REGISTRE NATIONAL DES FIV

Note d'information à l'attention des couples

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé de recourir à la technique de la fécondation in vitro (FIV) pour avoir un enfant.

En France, chaque année, environ 35 000 couples bénéficient de cette technique et 11 000 enfants voient ainsi le jour.

L'Agence de la biomédecine, établissement public national dépendant du ministère de la santé, a été chargée par la loi d'évaluer les conséquences des activités de l'assistance médicale à la procréation sur la santé des personnes qui y ont recours et sur celle des enfants qui en sont issus. Ainsi, pour mieux comprendre les facteurs de réussite ou d'échec des fécondations in vitro et pour identifier les conséquences éventuelles des pratiques actuelles sur la santé, des statistiques doivent être établies et des études spécifiques doivent être menées. Elles doivent permettre d'améliorer les résultats de l'activité de fécondation in vitro dans le futur.

Pour réaliser ces études et assurer ce suivi, l'Agence de la biomédecine, avec l'autorisation de la CNIL, a mis en place un **recensement national des tentatives de FIV**. Celui-ci a pour objet d'enregistrer toutes les tentatives de fécondation in vitro et comporte des données sur vos antécédents médicaux et chirurgicaux, le déroulement de la ou des tentatives de FIV, le déroulement et l'issue des grossesses et l'état de santé des enfants à la naissance. Ces informations sont celles qui sont habituellement recueillies pour votre dossier médical. **N'hésitez pas à en demander le détail à votre médecin.**

Pour retracer le parcours de soins suivi par une personne, d'un centre à un autre et éviter les doublons, il est nécessaire de recueillir des données nominatives :

- Vos nom patronymique, prénom et nom marital
- Vos date et lieu de naissance (pays, département, commune)
- Votre lieu de résidence (adresse complète)
- Les numéros de dossier médical et biologique dans les établissements clinique et biologique où est réalisée la FIV.

Dans la mesure où les données recueillies sont relatives à votre santé ou à celle des enfants naissant à la suite de votre recours à la FIV, votre nom ne peut figurer dans le registre national que si vous y consentez expressément. A défaut, les données recueillies seront totalement anonymisées.

En cas de recueil de données nominatives, conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition qui peut s'exercer à tout moment, notamment par l'intermédiaire du praticien qui vous suit dans le cadre de la tentative de fécondation in vitro.

L'Agence de la biomédecine a mis en œuvre toutes les mesures nécessaires à la protection des données et au respect de la confidentialité. En particulier, des mesures de sécurité informatique ont été prises et seules les quelques personnes **chargées de la gestion du fichier, du contrôle de qualité et de la sécurité des données**, dûment autorisées par le directeur général de l'Agence, pourront avoir accès aux informations nominatives, et uniquement lorsque cela s'avérera indispensable.

Il est possible que, dans l'avenir, vous soyez sollicités pour participer à des études spécifiques complémentaires. Il vous appartiendra alors, le cas échéant, d'indiquer si vous consentez à cette participation.

Nous vous remercions par avance de contribuer ainsi à ces travaux de recherche et d'évaluation des techniques médicales et à l'amélioration des pratiques et des résultats de cette activité.

Plan d'accès

Situé à cheval sur deux communes, l'adresse par laquelle on rentre dans l'hôpital et son adresse administrative diffère.

Adresse d'entrée de l'hôpital :
12 rue Roger Salomon
93600 Drancy

Adresse postale et administrative :
7 avenue Henri Barbusse
93150 Le Blanc Mesnil
Tel standard : 08 25 74 34 44

Moyens d'accès

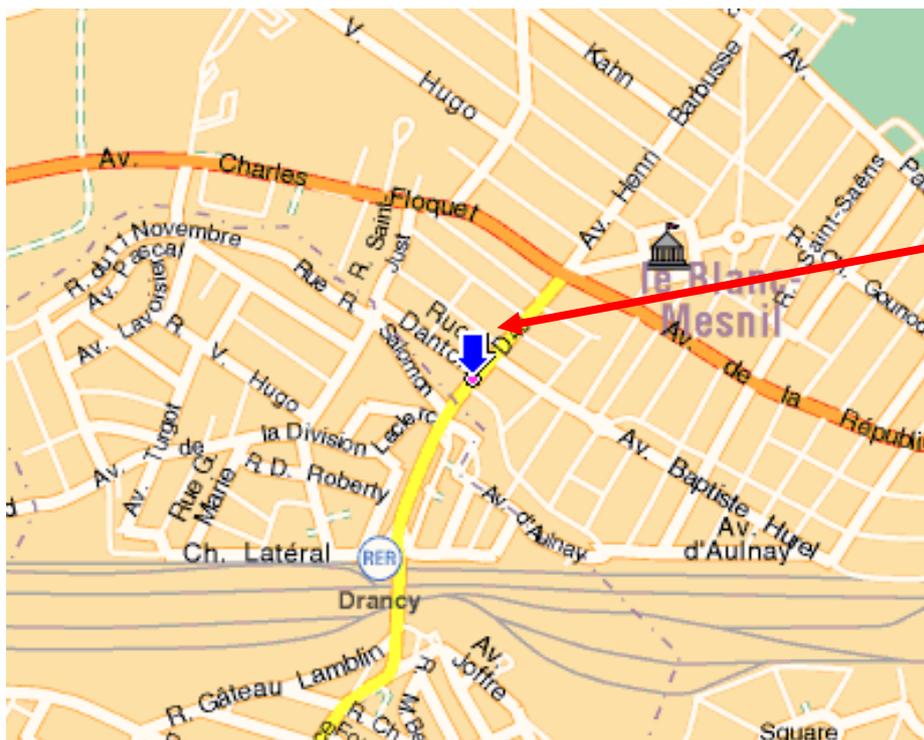
➤ **En voiture**

L'Hôpital est directement accessible par les autoroutes :

- A1 (sortie "Le Blanc-Mesnil"),
- A3 (sortie "Aulnay centre"),
- N2 (direction "Blanc-Mesnil").

➤ **En transports en commun**

- RER B (arrêt "Gare Drancy" à 5 min à pied de la clinique),
- Bus 148 et 346 (arrêt "Roger Salomon"),
- Bus 607 A/B (arrêt "Hôtel de Ville" du Blanc-Mesnil).



Entrée principale par la rue Roger Salomon