

CENTRE PIERRE CHEREST

l'Assistance Médicale à la Procréation



DOSSIER GUIDE



Centre Médico Chirurgical
Pierre Charest

Accueil : 0826 200 300



Eylau - Unilabs

Secrétariat FIV : 01 46 41 86 76

Présentation de l'équipe clinique

L'équipe paramédicale, composée d'infirmier (ère)s, d'aides opératoires, d'aides-soignant(e)s et de brancardiers est présente tout au long de votre séjour.

Les infirmier(ère)s assurent la surveillance des soins relevant d'une prescription médicale et leur rôle de soignant. Ils/Elles sont présent(e)s en salle d'intervention, en salle de réveil et dans les services d'hospitalisation.

Les aides-soignant(e)s assurent, en collaboration avec les infirmier(ère)s, les soins d'hygiène et de confort et vous aide dans les actes de la vie quotidienne.

Les aides opératoires assistent le chirurgien lors de votre prise en charge au bloc opératoire.

Les brancardiers assurent vos déplacements dans l'établissement.

L'équipe hôtelière, composée d'une gouvernant(e) et d'agents de service hôtelier se charge de votre confort au sein de notre établissement en veillant notamment au respect de l'hygiène et de vos demandes en terme de restauration.

Les agents de service hôtelier assurent le bon nettoyage des chambres et des services.

Une qualifiée dédiée à la PMA est à votre disposition au 01 46 41 49 38.



GYNÉCOLOGUES

Coordinateur clinique

Dr François-Xavier AUBRIOT : 01 45 51 38 99

Dr Amélie GLISSANT : 01 42 84 04 54

Dr Catherine NATHAN : 01 45 72 18 88

Dr Alexandre STANOVICI : 01 43 80 96 64

Dr Stéphane DOUARD : 01 45 72 18 88

Dr Florence HERVE : 01 46 22 24 95

Dr Jean-Paul ALLART : 01 43 59 97 97

Dr Pierre ZITOUN : 01 48 78 15 15

Dr Estelle FEYEREISEN : 01 48 78 15 15

Dr Frédéric LAMAZOU : 01 46 24 36 02

UROLOGUES

Dr Stéphane ADJIMAN : 01 47 54 05 50

Dr Vincent IZARD : 01 45 00 43 10

Dr Raphaël SELLAM : 01 43 42 01 82

Les téléphones ci-dessus sont les numéros de secrétariat du cabinet de chaque praticien. Les consultations se dérouleront dans le cabinet externe du praticien et **l'ensemble des actes liés à l'AMP (ponctions et transferts) se feront à la clinique Pierre Cherst.**



Présentation de l'équipe biologique

BIOLOGISTES

Coordinatrice biologique

Dr Lucie DELAROCHE

Dr Charlotte DUPONT

Dr Frida ENTEZAMI

M^{me} Anne-Marie JUNCA

GÉNÉTICIEN

Dr Marc NOUCHY

SECRETARIAT

Tel : 01 46 41 86 76

Fax : 01 46 43 01 63

M^{me} Delphine BOCHET

M^{me} Marie DOUILLARD

M^{me} Nadine VASSEUR

ÉQUIPE TECHNIQUE

M^{me} Sandrine BOUDET

M^{me} Françoise COUVRET

M^{me} Stéphanie LECLERC

M^{me} Marie-Noëlle MOISAN

M^{me} Delphine MATTEUCCI

M^{me} Mathilde SIMONPIETRI

M^{me} Laurie VICTOR

Laboratoire de biologie polyvalente

(pour les prises de sang de suivi de stimulations)

EYLAU - Neuilly-sur-Seine

34, avenue du Roule

92200 Neuilly-sur-Seine

Tél : 01 41 43 96 00

Fax : 01 41 43 95 95

EYLAU - Saint-Didier

55, rue Saint-Didier

75116 Paris

Tél : 01 53 70 64 80

Fax : 01 53 70 64 94

Dr Stéphanie BELLOC

Dr Martine COHEN-BACRIE



Si vous le souhaitez, vous pouvez rencontrer un biologiste à tout moment de votre parcours. Pour cela, il suffit de prendre rendez-vous auprès du secrétariat du laboratoire au 01 46 41 86 76.

Vous pouvez bénéficier d'un accompagnement psychologique spécialisé à votre charge en contactant M^{me} Béatrice KOEPEL au 01 42 77 66 26

Votre consultation d'anesthésie obligatoire, quelque soit la méthode utilisée, **aura lieu à la clinique Hartmann**, 26 boulevard Victor Hugo à Neuilly-sur-Seine. Pour prendre rendez-vous, veuillez appeler le 01 46 41 89 69

Rappel des dispositions législatives

Liste des textes et arrêtés officiels :

- Arrêté du 3 août 2010 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques.
- Loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Un dossier guide doit être remis à chaque couple avant toute AMP. Dans ce dossier guide, doit être donnée une information claire, précise et adaptée sur la cause de l'infertilité ainsi que sur le choix des techniques envisagées. Chaque technique doit être présentée avec ses chances de succès, sa pénibilité ainsi que ses contraintes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique qu'elle peut entraîner. Doivent être exposés les risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical, aux techniques biologiques utilisées ainsi que le risque de grossesses multiples.

Le suivi des tentatives d'assistance médicale à la procréation, de leur résultats et de la santé des enfants qui en sont issus est une obligation réglementaire.

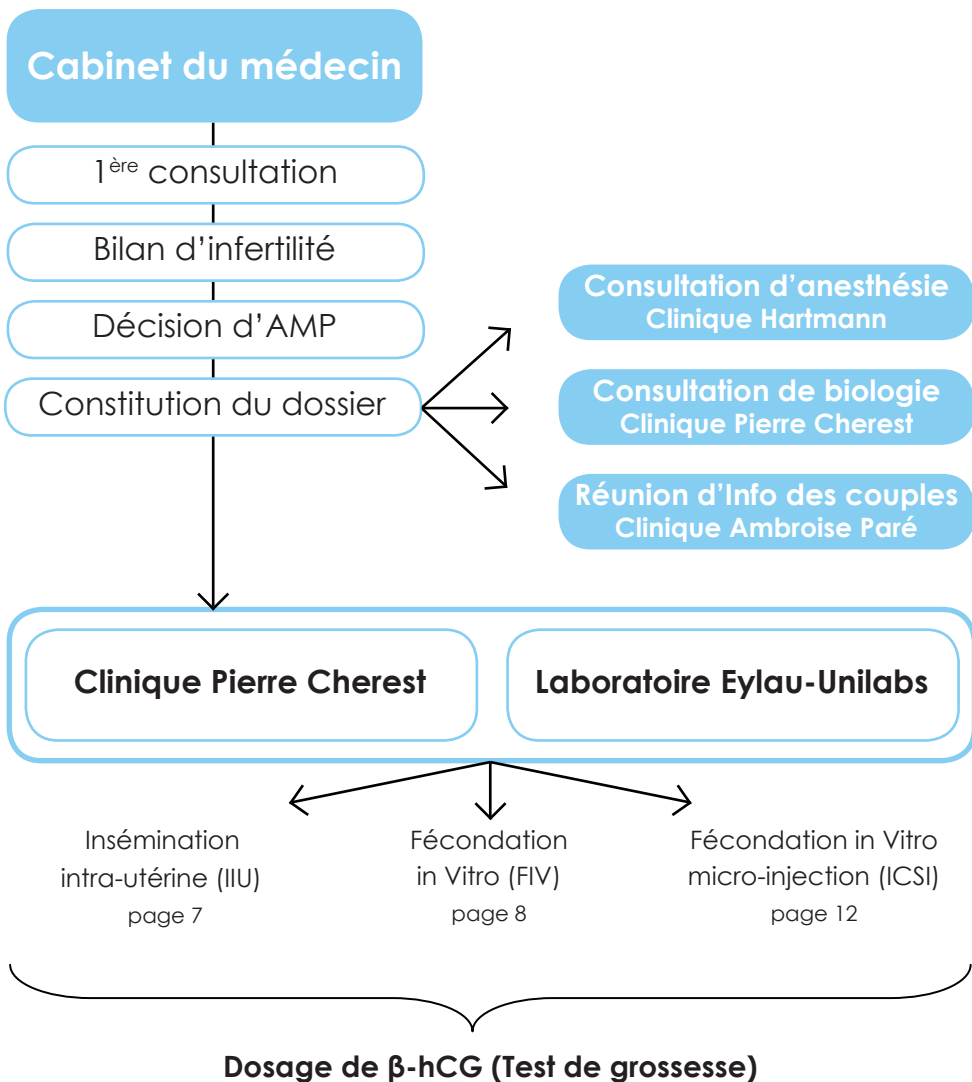
Concernant la santé des enfants issus d'AMP, les données actuelles ne font pas apparaître de risques de malformations liés aux techniques utilisées. Le praticien doit encourager le couple à participer aux études épidémiologiques qui pourront lui être proposées afin d'assurer le suivi des tentatives d'AMP.

L'Agence de la Biomédecine met à disposition des couples un site internet pour les accompagner dans leur démarche d'AMP :

www.procreationmedicale.fr

À la suite de l'intervention, vous devez obligatoirement être accompagnée pour votre retour à domicile et vous ne devez pas rester seule jusqu'au lendemain. Il vous est interdit de conduire et de monter à l'arrière d'un 2 roues.

Votre parcours au Centre d'AMP Pierre Cherest



Documents obligatoires

Les documents suivants sont indispensables et vous seront réclamés lors de chaque acte d'AMP :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Papier d'identité avec photo (votre carte nationale d'identité ou votre passeport)
- Livret de famille ou certificat de vie commune
- Carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- **Attestation de prise en charge à 100%**
- **Photocopie de l'entente préalable pour la tentative en cours**
- Ordonnance de prescription pour la technique d'AMP et son rang
- La fiche de renseignement administrative complétée et signée
- Les consentements signés

DOCUMENTS MÉDICAUX :

- Résultats des sérologies syphilis, HIV et hépatites B et C de Monsieur et de Madame, datant de **moins de 6 mois pour la première prise en charge** en AMP

Puis

- Résultats des sérologies syphilis, HIV et hépatites B et C de Monsieur et de Madame, datant de **moins de 1 an pour les prises en charge suivantes**
- Résultats du spermogramme, TMS (test de migration survie), spermoculture (moins de 6 mois pour les IUI).
- Carte de groupe sanguin avec deux déterminations et bilan pré-opératoire

Attention :

**Au cours des principales étapes de l'AMP,
des consentements seront à signer.
La présence du conjoint est donc obligatoire
à chaque étape (transferts compris).**

Descriptif des techniques

I. L'Insémination Intra-Utérine (IIU)

Dans certains cas d'infertilité, l'insémination avec sperme de conjoint (ou de donneur) est choisie de façon à faciliter la rencontre in vivo entre l'ovocyte et le spermatozoïde.

Il peut s'agir :

- d'une anomalie de la qualité du sperme ou de certains problèmes d'éjaculation.
- d'une anomalie du col de l'utérus ou de la glaire, sécrétée par celui-ci, pouvant faire obstacle au passage des spermatozoïdes du vagin vers l'utérus.
- d'une stérilité inexplicée,
- ou d'échecs répétés de stimulation simple de l'ovulation.

Elle comporte généralement une stimulation assurée par la prise de comprimés et/ou d'injections sous-cutanées. Les médicaments prescrits doivent être achetés à l'avance en pharmacie. Les injections sont faites par la patiente ou par éventuellement une infirmière avec respect des doses et horaires. Le suivi du traitement (monitorage) est assuré par des dosages hormonaux et des échographies.

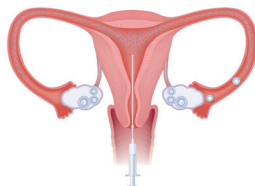
L'insémination se déroule de la façon suivante :

- préparation au laboratoire du sperme du conjoint, prélevé le jour même par masturbation (**abstinence de 2 à 5 jours**). La préparation du sperme demande 1 à 2 heures.
- insémination de la préparation de sperme dans la cavité utérine. Elle se fait le jour de l'ovulation qu'il s'agisse d'une ovulation spontanée ou qu'elle ait été provoquée par une injection déclenchante.

Elle est réalisée au moyen d'un cathéter souple, très fin et à usage unique, relié à la seringue contenant la préparation.

Ce cathéter est introduit dans la cavité utérine, la patiente étant allongée en position gynécologique.

L'IUI est indolore. Vous pouvez ensuite reprendre immédiatement une activité normale.



II. La Fécondation in vitro (FIV)

La fécondation in vitro a pour but d'assurer la rencontre entre l'ovocyte et les spermatozoïdes en dehors de l'organisme (in vitro).

La FIV peut vous être proposée dans les cas suivants :

- trompes altérées, imperméables ou absentes
- sperme de qualité insuffisante
- infertilité persistante malgré différents traitements antérieurs
- autres cas spécifiques

La stimulation

Une stimulation de l'ovulation est nécessaire afin d'obtenir plusieurs ovocytes. Les injections sont faites par la patiente ou éventuellement par une infirmière avec respect des doses et horaires.

Cette stimulation est surveillée par des dosages hormonaux et des échographies, c'est le monitoring. En cas de réponse ovarienne inadéquate, il sera préférable d'annuler le cycle de FIV pour reprendre une nouvelle stimulation quelque temps après.

À l'issue de la stimulation, un déclenchement de l'ovulation est réalisé. Il est important de respecter l'horaire de ce déclenchement car il détermine l'heure de ponction des follicules.

Les étapes de la FIV

Les étapes biologiques de la FIV se déroulent de la façon suivante :

J0 : Le premier jour de la tentative est appelé J0. Il correspond au jour de la ponction folliculaire et de la préparation de sperme.

Les ovocytes et les spermatozoïdes recueillis sont mis en contact.

J1 : Les ovocytes sont examinés pour savoir s'ils sont fécondés.

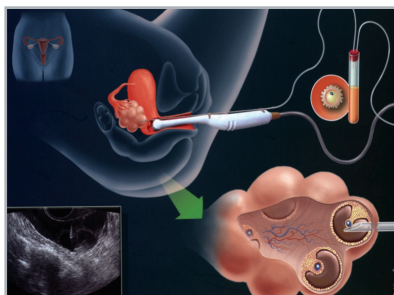
J2 à J6 : Les embryons peuvent être maintenus en culture in vitro en vue d'un transfert et/ou d'une congélation.

Le recueil de sperme (J0)

Le recueil du sperme s'effectue au laboratoire par masturbation, une abstinence de 2 à 5 jours est nécessaire. Il est nécessaire de rester disponible pour un éventuel 2ème recueil, le jour même. Il est important d'informer votre médecin en cas de difficulté de recueil afin de prévoir une congélation de sperme en amont.

Le recueil des ovocytes ou ponction ovocytaire (J0)

Le recueil des ovocytes s'effectue par voie endo-vaginale ; il consiste en une ponction aspiration des follicules sous contrôle échographique au bloc opératoire (la prise d'aspirine est contre-indiquée avant la ponction).



Que la ponction soit réalisée sous anesthésie générale ou locale, la patiente devra **être à jeun le matin** de la ponction (dernier repas avant minuit la veille au soir, pas de boisson, pas d'aliment, pas de tabac à partir de minuit).

Dans tous les cas, **une consultation préalable avec l'anesthésiste est obligatoire**. Elle est valable six mois.

Le nombre d'ovocytes collectés peut être 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 (ponction blanche). Ce risque est surtout présent en cas de réponse ovarienne faible.

La patiente est généralement libre en début d'après-midi, le conjoint en fin de matinée.

Observation des fécondations (J1)

Le lendemain de la ponction les ovocytes sont observés pour voir s'il y a eu une fécondation.

Le laboratoire vous contacte par téléphone pour vous informer du bon déroulement de votre FIV et vous confirmer le jour et l'horaire du transfert.

Tous les ovocytes n'étant pas généralement fécondés, le nombre d'embryons est le plus souvent inférieur au nombre d'ovocytes total.

Le couple doit être averti qu'il peut y avoir une absence de fécondation et donc de transfert embryonnaire, la cause de cette **absence de fécondation n'étant pas toujours clairement identifiable.**

La culture embryonnaire (de J2 à J6)

Les embryons sont ensuite placés en culture en vue du transfert. La culture peut durer jusqu'à 6 jours.



Embryon à 4 cellules

Embryon à 8 cellules

Morula

Blastocyste

Si le couple a donné son accord pour la congélation d'embryons, **les embryons surnuméraires de bonne qualité pourront être congelés grâce à une technique de vitrification.** Si le couple ne souhaite pas de congélation embryonnaire, un maximum de 3 ovocytes sera mis en fécondation, minimisant les chances de grossesse.

Le transfert embryonnaire

Les embryons peuvent être transférés in utero à différents stades (de J1 à J6). Cependant le transfert a le plus souvent lieu à J2 ou J3. Le nombre d'embryons à transférer est décidé après discussion entre l'équipe biomédicale et le couple. Il est le plus souvent de 1 ou 2, de manière à éviter les grossesses multiples.

Le transfert embryonnaire est réalisé au moyen d'un cathéter souple et très fin contenant le ou les embryons, parfois sous échographie.

Ce geste est indolore et ne nécessite généralement ni anesthésie, ni hospitalisation. Il est souhaitable d'avoir une vessie un peu remplie. Pour cela, prévoir de boire un grand verre d'eau 30 minutes avant le transfert. Après le transfert, vous pourrez reprendre une vie normale sans effort trop violent. Un arrêt de travail de quelques jours est parfois nécessaire.

Deux dosages hormonaux de β -hCG (hormone de grossesse) sont à faire, le 1er 11 à 13 jours après le transfert d'embryons (dans le cas d'un transfert d'embryon à J2 ou J3), puis le second 48h plus tard.

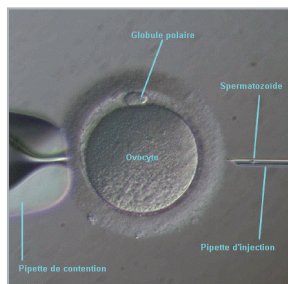
Ces dosages sont impératifs et doivent être transmis directement au laboratoire, la patiente devra dans tous les cas en communiquer les résultats à son médecin.

En cas de grossesse, une échographie doit impérativement être faite un mois après le transfert des embryons afin de vérifier que la grossesse évolue bien. Le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est d'environ 3%. Une GEU peut parfois être associée à une grossesse intra-utérine.

III. La Micro-injection (ICSI)

L'ICSI peut vous être proposée en cas :

- d'infertilité masculine lorsque le nombre et/ou la qualité des spermatozoïdes est insuffisant pour envisager une FIV classique.
- d'azoospermie (absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat). Dans ce cas, les spermatozoïdes peuvent être recueillis dans le canal déférent, l'épididyme ou le testicule lors d'une intervention chirurgicale. Les spermatozoïdes surnuméraires non utilisés pourront être congelés, si la quantité le permet, en vue de tentatives ultérieures. Néanmoins, la congélation ne garantit pas de conserver la capacité fécondante des spermatozoïdes. Le prélèvement chez l'homme peut être effectué par l'urologue le jour même de la ponction de sa conjointe ou en asynchrone.
- d'échec de FIV classique



Technique de micro-injection ou ICSI

Le déroulement d'une ICSI est le même que celui d'une FIV, seule la mise en fécondation à J0 diffère.

En effet, le spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte.

Techniques particulières

Des techniques particulières peuvent être proposées dans certaines circonstances, comme en cas d'échecs répétés d'implantation (transfert de plusieurs embryons sans grossesse).

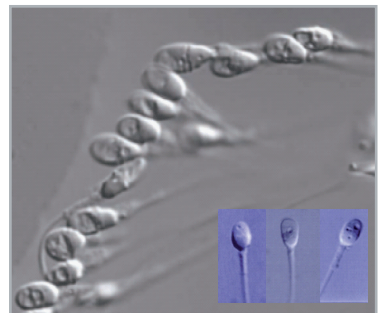
La culture prolongée ou culture longue

Dans le but d'améliorer le taux d'implantation, il est envisageable de prolonger la culture in vitro des embryons jusqu'au stade de blastocyste (J5 ou J6). La culture prolongée permet une meilleure sélection des embryons en excluant ceux dont la segmentation s'arrête après quelques divisions. Elle permet également de mieux synchroniser le stade embryonnaire avec la fenêtre implantatoire. Toutefois, cette technique présente le risque d'annulation du transfert si aucun embryon n'a atteint le stade de blastocyste.

L'IMSI (Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes morphologiquement sélectionnés)

L'IMSI est une technique qui permet de sélectionner le spermatozoïde sur son aspect morphologique à un fort grossissement avant de l'injecter dans l'ovocyte.

L'IMSI n'est pas réalisée de façon systématique mais peut être proposée en cas d'échecs répétés de fécondation in vitro ou lorsque certains paramètres spermatiques sont perturbés (fragmentation de l'ADN et/ou décondensation de la chromatine élevées).



Spermatozoïdes

L'éclosion assistée ou « assisted hatching »

L'éclosion assistée consiste à créer artificiellement un trou dans l'enveloppe de l'embryon précoce pour faciliter son éclosion ultérieure.

Congélation embryonnaire

Devenir des embryons congelés

Lors de votre tentative de FIV, les médecins de l'équipe vous ont informé de la possibilité de congeler les embryons surnuméraires et vous avez à cet effet signé une autorisation de congélation. Cependant, tous les embryons surnuméraires ne seront pas congelés. Les embryons présentant un développement trop lent ou une morphologie inadéquate sont écartés de la congélation. Une attestation de congélation avec le nombre d'embryons congelés vous sera envoyée.

Les embryons surnuméraires sont conservés par une technique de vitrification. Cette technique de congélation a permis d'améliorer de manière significative les taux de grossesse après transfert d'embryons congelés (TEC). Elle consiste en congélation rapide, par mise en contact direct des embryons avec l'azote liquide.

Le transfert d'embryons congelés (TEC)



Si votre tentative avec transfert d'embryons frais a échoué, et si des embryons ont été congelés, il faudra, **avant toute nouvelle ponction**, transférer les embryons congelés. Ceci sera décidé avec votre médecin et la conduite à tenir vous sera expliquée (dosages hormonaux et échographie avant transfert).



L'accord **du couple** doit être recueilli par écrit avant toute une décongélation. **Le conjoint doit donc être obligatoirement présent le jour du transfert des embryons congelés pour signer le consentement.**

Tous les embryons ne supportent pas le cycle congélation/décongélation. Il arrive qu'il n'y aie pas d'embryons décongelés à transférer.

Le protocole de Transfert des Embryons Congelés (TEC) est beaucoup plus simple que celui de la FIV, puisqu'il n'y a pas de ponction. La date et l'heure du transfert vous seront fixées au cours du monitoring.

Devenir des embryons congelés

Chaque année, un courrier de la part du laboratoire vous sera adressé pour connaître votre choix concernant le devenir de vos embryons congelés.

Vous pourrez alors choisir de :

- Conserver vos embryons, pour une année supplémentaire, dans le cadre de votre projet parental en vue d'un futur transfert d'embryons congelés. Vous devrez alors vous acquitter des frais de conservation.
- Mettre fin à la conservation des embryons car vous n'avez plus de projet d'enfant. Dans ce cas, vous avez la possibilité de permettre à un autre couple de réaliser son projet d'enfant en donnant vos embryons dans le cadre de « l'accueil d'embryons », ou de faire don de vos embryons pour faire avancer la recherche scientifique et médicale ou alors de consentir à leur destruction. Chacune de ces décisions est à confirmer dans les 3 mois après l'envoi du 1^{er} courrier.

Si vous ne répondez pas aux relances annuelles ou que vous êtes en désaccord sur le devenir de vos embryons, la conservation ne peut être prolongée. Après 5 ans de congélation, les embryons seront alors détruits.

Quelques Chiffres

Résumé de l'activité et des résultats d'AMP intraconjugale en France en 2011

	Tentatives	Grossesses échographique	Accouchements	Enfants nés vivants
Insémination intra-utérine	54 789	6 418 soit 11,7 % après tentative	5 230 soit 9,5 % après tentative	5 709
FIV hors ICSI	21 339	4 877 soit 22,9 % après tentative	3 959 soit 18,6 % après tentative	4 541
ICSI	38 358	9 352 soit 24,4 % après tentative	7 725 soit 20,1 % après tentative	8 698
TEC	19 832	3 471 soit 17,5 % après tentative	2 666 soit 13,4 % après tentative	2 849

Les différences observées sur les taux de grossesse en fonction du type d'AMP sont en fait d'avantage liées aux indications spécifiques de ces différentes AMP (pathologies associées, causes de l'infertilité, etc.) qu'aux procédés eux-mêmes.

Les meilleurs taux de grossesse sont obtenus en 2011 après une FIV ou une ICSI. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'âge moyen moins élevé des femmes dans ce contexte.

Après transfert d'embryons congelés, les taux de grossesses échographiques se situent entre 18% et 30% par transfert. Des chances de succès supplémentaires sont ainsi offertes aux couples pour qui il a été possible de congeler des embryons après la fécondation in vitro et qui pourront bénéficier de un ou plusieurs transferts embryonnaires ultérieurs.

Les taux de naissance par tentative sont **en moyenne de 10%** (après insémination intra conjugale) **à 25%** (après TEC dans le cadre de l'accueil d'embryons).

Les risques et complications des traitements de l'infertilité

L'hyperstimulation ovarienne

C'est une complication habituellement légère et spontanément régressive due à une réponse excessive à la stimulation ovarienne. Elle correspond à une augmentation modérée et douloureuse du volume ovarien, et éventuellement à la présence de liquide dans l'abdomen (ascite) ou d'un hydrothorax. On observe un ballonnement abdominal qui peut être associé à des nausées, des vomissements et une prise de poids.

Plus rarement, elle présente une forme plus grave avec des épanchements liquidiens importants, des phlébites et d'autres complications.

La formation de kystes ovariens est assez fréquente et leur disparition est spontanée lors des cycles suivants. Une hyperstimulation peut rendre souhaitable la congélation de tous les embryons. Le transfert embryonnaire sera réalisé ultérieurement.

Les complications de la ponction

En cas d'anesthésie générale, une consultation préalable avec l'anesthésiste a pour but de prévenir les risques propres à l'anesthésie. Un bilan infectieux des deux partenaires est systématique. Des précautions strictes d'asepsie sont prises au cours des prélèvements (recueil du sperme, ponction d'ovocytes) et durant toute la culture au laboratoire. Ces mesures ont pour but d'éviter une éventuelle infection de l'ovaire, du milieu de culture in vitro qui risque de rendre impossible le transfert des embryons ou de réduire leurs chances d'implantation. Mais une infection est néanmoins toujours possible. Un syndrome infectieux associant douleurs abdominales et fièvre doit amener la patiente à contacter son médecin traitant ou le centre médico-chirurgical Ambroise Paré sans tarder.

Les précautions actuelles rendent exceptionnelles les complications hémorragiques de la ponction ainsi que les complications digestives.

Une douleur brutale du bas ventre peut annoncer une torsion fortuite de l'ovaire qui peut nécessiter une coelioscopie ou exceptionnellement une laparotomie.

En revanche, quelques douleurs abdominales sont fréquentes dans les 2 à 3 jours suivants. Elles sont habituellement modérées et régressent soit spontanément, soit sous antalgiques courants. Il est exceptionnel qu'une complication abdominale rende nécessaire une intervention par coelioscopie ou par laparotomie (ouverture du ventre).

Les grossesses multiples

Le risque de grossesse multiple, **en IUI**, est fonction du **nombre de follicules** obtenus lors de la stimulation. Si ce risque reste faible avec un seul follicule mature, il augmente fortement s'il existe plus de trois follicules en cours de maturation dans les ovaires. Cela peut conduire à une interruption de la stimulation et à éviter les rapports sexuels non protégés. Le risque de grossesse multiple, **en FIV ou ICSI, est fonction du nombre d'embryons transférés.**

Les grossesses multiples ne sont pas souhaitables en raison des complications maternelles possibles, du risque de prématurité et des conséquences sociales, psychologiques et économiques ultérieures pour la famille.

Les grossesses extra-utérines (2,4% des grossesses)

Lorsqu'une grossesse se développe, l'absence de sac embryonnaire dans l'utérus un mois après la ponction conduit à une surveillance échographique et parfois à une coelioscopie.

Le risque thrombo-embolique

Il existe chez certaines patientes un risque de phlébite ou de thrombose artérielle qui est souvent imprévisible en l'absence d'antécédent familial ou personnel. Toute douleur rougeur sur un trajet veineux doit vous conduire à consulter votre médecin ou un service d'urgence.

En cas d'apparition de signes importants et inquiétants (malaise, douleurs, fièvre, vomissements) vous devez, sans hésiter, informer votre médecin ou téléphoner à la surveillante de garde des cliniques Pierre Cherest et Ambroise Paré au 01 46 41 46 93.

Dispositions pour une adoption

L'adoption peut constituer une alternative à l'AMP. Elle se fait généralement en deux temps.

Le premier est celui de l'obtention d'un agrément. La demande doit se faire 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 assistante sociale et un psychiatre est effectuée. Une fois l'agrément obtenu, vous pouvez vous adresser à un organisme compétent en vue d'une adoption.

À titre indicatif, vous trouverez ci-dessus des adresses pour vous aider dans vos démarches :

Enfance et Familles d'Adoption (EFA) :

221, rue La Fayette
75010 PARIS
Tél. 01 40 05 57 70
<http://adoptionefa.org>

Ministère des affaires étrangères / Mission de l'adoption internationale :

27, rue de la convention
75732 PARIS Cedex 15
Tél. 01 43 17 53 53

Agence Française de l'Adoption :

19, bd Henri IV
75014 PARIS
Tél. 01 44 78 61 40
<http://www.agence-adoption.fr>
<http://www.diplomatie.gouv.fr>

Service d'aide sociale à l'enfance du département :

Direction des interventions sanitaires et sociales
Pour obtenir les coordonnées du service d'aide de votre département, adressez-vous au Conseil Général de votre département.

Conclusion

Quelle que soit la technique d'assistance médicale à la procréation, le succès n'est pas assuré et plusieurs tentatives pourraient s'avérer nécessaires. L'âge de la patiente, la qualité de son utérus et la qualité de sa fonction ovarienne sont des paramètres qui influencent énormément le taux de réussite.

La Sécurité sociale rembourse actuellement quatre tentatives de FIV avec transferts embryonnaires chez les patientes âgées de moins de 43 ans. Le remboursement est soumis à entente préalable. Des honoraires supplémentaires peuvent rester à votre charge. Un devis vous sera remis.

Vous trouverez des renseignements complémentaires sur votre prise en charge dans le passeport ambulatoire qui vous sera remis lors de votre consultation anesthésie.

Nous vous rappelons que pour des raisons de sécurité, l'accès à l'établissement aux mineurs de moins de 15 ans est strictement interdit.

Les équipes du Centre d'Assistance Médicale à la Procréation de la clinique PIERRE CHEREST vous souhaitent bonne chance et restent à votre disposition pour toute information complémentaire et s'engagent à mettre tout en oeuvre pour assurer votre confort, votre sécurité et le succès de votre démarche.



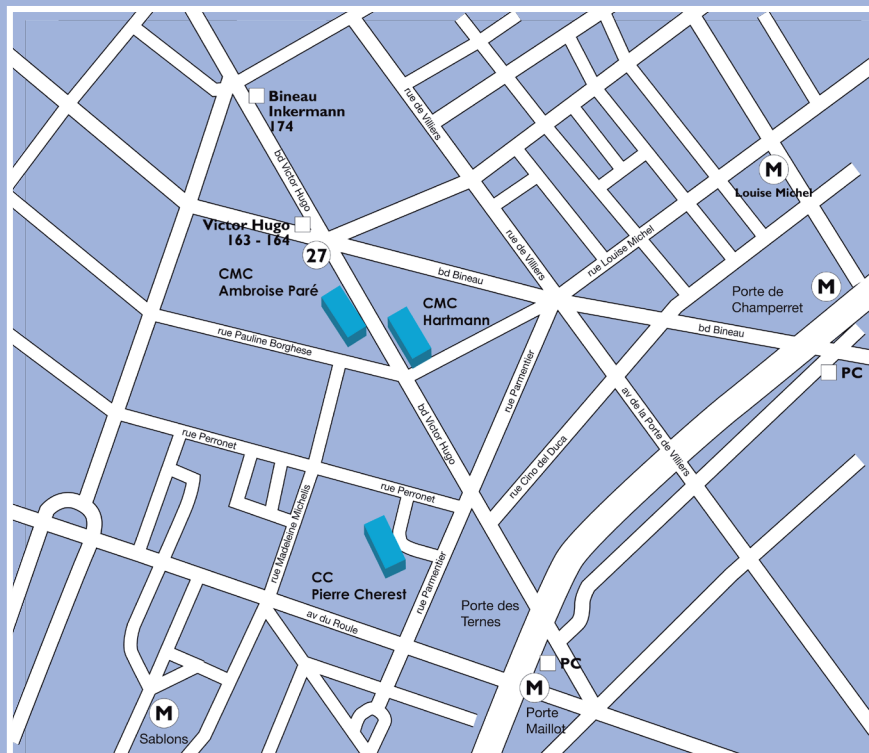
Pour plus d'informations, vous pouvez consulter nos sites Internet :

www.clinique-a-pare.fr
www.laboratoire-eylau.fr

ou le site de l'agence de la biomédecine :

www.agence-biomedecine.fr

Moyen d'accès



Méto

ligne 1 : Sablons - Porte Maillot

ligne 3 : Porte de Champerret - Louise Michel

Bus

depuis la Porte de Champerret : 163 à 164 arrêt Victor Hugo

depuis le centre de Paris : 82 ou 43 arrêt Chartres

depuis la Défense : 174 arrêt Bineau/Inkermann

CMC Ambroise Paré

27, boulevard Victor Hugo
92523 Neuilly-sur-Seine cedex

Tél : 0826 200 300
Fax : 01 46 41 89 80

CC Pierre Cherest

5, rue Pierre Cherest
92000 Neuilly-sur-Seine cedex

Tél : 0826 200 300
Fax : 01 47 38 61 28

CMC Hartmann

26, boulevard Victor Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine

Tél : 01 46 39 89 89
Fax : 01 47 57 33 10