



SYNTHÈSE EGB

DÉBAT DPI-A

PROFESSIONNELS DE SANTÉ CENTRE HOSPITALIER DE BESANÇON

RÉDACTION : Cécile CORNET, chargée de mission à l'Espace de Réflexion Éthique Bourgogne – Franche-Comté (EREBFC) et référente de la thématique AMP et DPIA.

RELECTURE : Aurélie GENG, Référente générale des EGB en BFC, coordinatrice de l'EREBFC ; Sandra FRACHE, Pédiatre responsable de l'équipe ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques de Franche-Comté, CHU Besançon – Franche-Comté, co-directrice de l'EREBFC.

CONTEXTE

En application de la loi de bioéthique de 2021, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) organise en 2026 des États Généraux de la Bioéthique (EGB). Ils ont pour objectif d'associer l'ensemble de la société aux réflexions dans le domaine de la bioéthique, dont l'impact touche des domaines aussi variés que la santé, la recherche scientifique, les technologies médicales ou encore les valeurs sociétales. Le rôle de ces États Généraux est double : Identifier les questions éthiques émergentes liées aux avancées scientifiques et sociétales, mais également éclairer le législateur, en amont de la révision des lois de bioéthique lorsqu'elle aura lieu, grâce à une analyse argumentée et à une vision pluraliste des enjeux.

Les espaces de réflexion éthique régionaux ont été missionnés pour contribuer à cette réflexion nationale.

En Bourgogne – Franche-Comté, trois thématiques sont explorées : deux à propos des enjeux éthiques liés à l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) en lien avec le Diagnostic Préimplantatoire des Aneuploïdies (DPI-A) et l'accès à l'AMP pour les personnes transgenres ; la dernière concerne les enjeux éthiques liés aux données secondaires en génétique. Chaque consultation citoyenne organisée fait l'objet d'une synthèse qui sera remise à la Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (CNERER) pour une transmission au CCNE.

DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

Type d'événement : Débat « Choisir l'embryon : les enjeux du diagnostic pré-implantatoire des aneuploïdies »

Date : Vendredi 27 février 2026 de 14h30 à 16h00

Lieu : Centre Hospitalier Universitaire de Besançon

Type de public : Professionnels de santé

- **Genre :** 17 femmes – 4 hommes
- **Professions :** 5 techniciens de laboratoire ; 5 internes ; 4 gynécologues- obstétriciens ; 2 biologistes AMP ; 2 psychologues ; 1 sage-femme coordinatrice ; 1 cadre de santé ; 1 ingénieur hospitalier ;
- **Services :** Gynécologie – Obstétrique ; Biologie de la reproduction

Experts :

- Dr Florence Scheffler, praticien hospitalier, gynécologie médicale et médecine de la reproduction, CHU de Besançon
- Dr Oxanna Blagosklonov, MCU-PH Cheffe de service de biologie de la reproduction, cryobiologie, responsable du centre d'AMP et CECOS, CHU de Besançon
- Pr Kuentz Paul, PU-PH, Cytogénétique et génétique moléculaire, CHU de Besançon

Membres de l'EREBFC :

- Cécile Cornet, chargée de mission EREBFC et référente de la thématique
- Sandra Frache, Co-directrice de l'EREBFC

Nombre de participants : 21

MÉTHODE

Sélection des participants

Les participants au débat sont des professionnels du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon (CHUB). Ils ont été sollicités sur la base du *volontariat* via une invitation relayée en interne à l'ensemble des services concernés par la thématique.

En amont du débat

Un livret d'information sur le sujet a été transmis aux participants afin qu'ils disposent des éléments de connaissance nécessaires.

Méthodologie de débat

- 1- Une introduction et un rappel du cadre d'organisation du débat ont d'abord été effectué par la chargée de mission de l'EREBFC.

- 2- Un diaporama, réalisé par la chargée de mission en collaboration avec les équipes médicales du service de génétique et de biologie de la reproduction du CHU de Besançon, a été présenté aux participants. Celui-ci rappelait les éléments essentiels relatifs aux enjeux du Diagnostic Pré-Implantatoire des Aneuploïdies (DPI-A).
- 3- Il a ensuite été demandé aux participants de remplir un sondage préalable au débat afin de connaître leur position en l'état initial de leur réflexion.
- 4- Puis, le débat a été ouvert en proposant ces questions :
Jusqu'où aller dans la sélection des embryons, et où placer la frontière entre prévention médicale et choix de société ? Faut-il encadrer, ouvrir partiellement ou interdire le DPI-A ?
Quels sont les principes à considérer ?
Équité, prévention, liberté reproductive, protection des personnes handicapées... ?
- 5- Au cours du débat, un cas clinique a été présenté afin d'aborder d'autres situations (couple jeune présentant des fausses couches à répétition) et de permettre l'exploration d'arguments complémentaires
- 6- Enfin, les participants ont été invité à compléter un second sondage afin de connaître, à l'issue des échanges, leur position sur le sujet.

Outil spécifique

Le débat a été enregistré puis intégralement retranscrit à l'aide de l'outil *Plaud*, fondé sur l'intelligence artificielle. La synthèse a ensuite été élaborée à partir de ces retranscriptions.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Éléments échangés durant le débat

♦ Le DPI-A : un outil d'optimisation pour des populations ciblées ?

Plusieurs intervenants ont souligné que le DPI-A pourrait être un outil pour améliorer les chances de succès en AMP, notamment pour des populations spécifiques. Il a été avancé que pour les femmes de plus de 38 ans, cette technique permettrait d'identifier les embryons euploïdes à transférer en priorité, augmentant l'efficacité par tentative et réduisant le délai pour obtenir une grossesse. Un participant a chiffré ce besoin : pour une femme de plus de 38 ans, « il y en a 7 sur 10 [embryons] qui vont être aneuploïdes. Donc en fait, c'est intéressant de savoir quels sont les trois embryons à transférer ».

Une autre indication majeure concernerait les patientes confrontées à des fausses couches à répétition ou des échecs d'implantation multiples, pour lesquelles il n'existe souvent aucune solution thérapeutique. Le DPI-A pourrait ici éviter des transferts futiles et le traumatisme associé, tout en permettant une réorientation plus rapide vers d'autres stratégies comme le don d'ovocytes.

Enfin, une population semble faire consensus pour bénéficier du DPI-A : les couples ayant déjà une indication de DPI pour une maladie monogénique, qui se tournent actuellement vers l'étranger pour

coupler le test avec une recherche d'aneuploïdie. « Ce couple a décidé de partir en Espagne et pas de faire son DPI en France. Ce n'est pas normal. »

♦ **Le risque de "pente glissante" technologique et l'évolution des pratiques**

Une première intervention a qualifié le dépistage des aneuploïdies chromosomiques de "préhistoire" de la génétique sur le plan technique, à l'heure où les analyses du génome entier sont techniquement accessibles. Cette intervention a permis de souligner que ce n'est pas le test en lui-même qui relève de la préhistoire mais la méthode utilisée, reposant historiquement sur un diagnostic visuel au microscope, alors que les approches actuelles reposent sur des analyses informatisées du génome.. La crainte a été exprimée que l'autorisation du DPI-A chromosomique ouvre rapidement la porte à une demande d'analyse génique complète. « Aujourd'hui, on a des techniques de génome, on fait du génome [...] Donc si on commence à regarder les chromosomes, est-ce que les gens [ne vont] pas avoir envie d'aller regarder les gènes et plus facilement ? »

Ce parallèle a été fait avec l'évolution d'autres techniques en médecine de la reproduction, suggérant un "glissement" où une technologie initialement controversée finit par s'intégrer dans les pratiques courantes. L'anticipation est que, malgré les réticences, le DPI-A sera probablement accepté, d'abord pour des indications restreintes, puis plus largement.

♦ **Fiabilité technique, embryons mosaïques et dilemmes diagnostiques**

La fiabilité du DPI-A a été remise en question. Le geste de biopsie est invasif et le diagnostic n'est pas fiable à 100 %, notamment en raison des mosaïcismes embryonnaires (mélange de cellules normales et anormales). Il a été rappelé l'existence d'un phénomène d'autocorrection embryonnaire : « parmi les embryons qui sont censés être éliminés, il y a quand même un certain pourcentage d'embryons qui donnent des grossesses normales ». Ce risque de faux positifs pourrait conduire à écarter des embryons viables, ce qui serait particulièrement préjudiciable pour des patientes à faible réserve ovarienne, les "condamnant" potentiellement à ne jamais avoir d'embryon transférable. Ainsi, les participants restent sur ce questionnement : faut-il systématiquement les écarter, au risque de priver un couple de sa seule chance, ou envisager leur transfert en se basant sur les connaissances encore incomplètes sur l'autocorrection ?

Un autre dilemme a été soulevé concernant les aneuploïdies des chromosomes sexuels (ex: Turner, Klinefelter). Ces anomalies ne conduisent généralement pas à des interruptions médicales de grossesse, et la question de savoir si ces embryons devraient être écartés reste complexe (au regard de la discrimination induite par cette sélection) et sans consensus.

♦ L'enjeu crucial de l'information et de l'accompagnement des patients

Un point central de la discussion a été la difficulté d'assurer une information complète, équilibrée et compréhensible aux patients, face à la complexité de la génétique. Le risque est de présenter le DPI-A comme une garantie de succès, générant un espoir qui pourrait se transformer en "crash" psychologique. La crainte a été exprimée qu'en l'absence d'un discours pondéré, les patients « vont à tout ce qui peut faire que ça va fonctionner ».

Cette asymétrie d'information pourrait conduire à un retour au "paternalisme médical". Il a été noté une confusion chez les patientes, dont la demande est souvent motivée par l'épuisement moral des échecs répétés, entre "être enceinte le plus rapidement possible, et avoir un enfant", sans toujours percevoir que le DPI-A peut aboutir à l'absence totale d'embryon à transférer.

Enfin, il a été évoqué la nécessité de respecter l'autonomie du couple dans leur décision.

♦ Les implications sociétales

Une préoccupation majeure a été soulevée quant au message sociétal qu'enverrait une sécurisation de la FIV après 38 ans. Le DPI-A pourrait être perçu comme une technologie rendant la grossesse tardive plus sûre, encourageant ce phénomène alors même que les professionnels constatent une augmentation des complications obstétricales liées à l'âge. « On a l'impression que ce n'est pas un bon message qu'on arrive à faire passer parce qu'on voit de plus en plus de patientes qui arrivent à 40 ans enceintes et pour lesquelles oui les complications existent vraiment. »

Par ailleurs, le DPI-A permettrait d'éviter des diagnostics tardifs et les décisions difficiles pouvant survenir en cours de grossesse, comme dans le cas de la trisomie 21. Selon un participant, cette perspective se heurte toutefois à la crainte de priver certains couples de la "chance " de mener un projet parental avec un enfant différent, en les incitant à envisager une interruption avant même le début de la grossesse. Elle soulève ainsi la question de la place laissée aux projets de vie intégrant le handicap.

Enfin, l'enjeu de l'équité a également été souligné, avec un risque de rupture d'égalité entre les couples en parcours PMA bénéficiant du DPI-A et ceux concevant spontanément, qui pourraient à leur tour demander un accès à un diagnostic similaire.

◆ Les défis organisationnels, financiers et le risque de privatisation

La généralisation du DPI-A se heurterait à d'importants obstacles logistiques. Seuls cinq centres en France sont actuellement autorisés, et les délais d'accès dépassent déjà un an. Une généralisation imposerait des investissements massifs et une réorganisation structurelle.

La question du modèle économique a été au cœur des débats. Le coût d'un DPI-A, estimé à 3 000 euros par cycle, et le précédent du DPNI, largement géré par le secteur privé « Aujourd'hui, le DPNI, c'est dans le secteur privé. En France, c'est le privé qui gère en fait ça ». Les participants ont exprimé leur inquiétude que cette nouvelle demande soit captée par le privé, dans un système de santé public manquant déjà de biologistes et de ressources. Les participants souhaiteraient que le DPI-A reste maîtrisé et financé par le secteur public pour garantir l'équité d'accès.

Éléments de consensus

1. **Le DPI-A ne doit pas être généralisé** mais ciblé sur des indications médicales précises, notamment les femmes de plus de 38 ans, les couples avec des fausses couches à répétition ou échecs d'implantation, et les couples déjà en parcours de DPI pour une autre maladie.
2. **L'information aux patientes est un enjeu fondamental.** Elle doit être complète, neutre, compréhensible et délivrée dans un cadre spécialisé pour garantir un consentement véritablement éclairé face à la complexité technique et aux implications psychologiques.
3. **La souffrance psychologique liée aux échecs répétés en AMP est majeure.** Le DPI-A est perçu par ses partisans comme un moyen de réduire ce fardeau, mais il comporte aussi le risque de "condamner" des couples à l'absence d'embryon transférable.
4. **La mise en œuvre du DPI-A nécessite des ressources considérables.** Le système de santé public actuel n'est pas structuré (capacités des centres, personnel qualifié, financement) pour absorber une telle demande sans une planification et des investissements majeurs.

Éléments de dissensus

1. **La finalité et l'utilité clinique du DPI-A.** Le débat oppose ceux qui y voient un gain de temps et d'efficacité pour les patientes à ceux qui craignent une dérive eugénique et questionnent son bénéfice réel sur le taux de naissances vivantes, en raison du risque d'écarter des embryons viables (mosaïques).
2. **Le risque de dérive eugénique vs. l'encadrement légal :** L'autorisation du DPI-A est une "porte ouverte" à d'autres formes de sélection. Une partie des intervenants craint une dérive vers des critères non médicaux (choix du sexe, etc.), citant l'exemple des États-Unis. D'autres estiment que le contexte français et un encadrement législatif strict peuvent prévenir cette dérive, l'objectif restant médical.

CONCLUSION

La discussion a mis en évidence une tension fondamentale entre le désir légitime de réduire la souffrance des couples en AMP et les craintes éthiques profondes liées à la sélection embryonnaire, le tout dans un contexte de contraintes systémiques importantes.

Le DPI-A n'est pas une solution miracle. Ses limites techniques (fiabilité, mosaïcisme, caractère invasif) et ses implications psychologiques (risque d'absence d'embryon transférable) doivent être clairement exposées. Autoriser le DPI-A, même de manière encadrée, ouvrirait inévitablement un débat sociétal plus large sur les frontières de la sélection génétique, que la société doit être prête à affronter.

La demande des patientes est principalement axée sur la réduction du délai et du fardeau des échecs, ce qui révèle une attente forte pour un meilleur accompagnement global en AMP, au-delà de la seule dimension technique.

RECOMMANDATIONS :

1. **Définir des indications médicales strictes et priorisées.** Il est recommandé d'orienter une éventuelle autorisation en premier lieu vers les populations pour qui le bénéfice est le plus probable (ex: couples déjà en parcours de DPI, âge maternel avancé, fausses couches à répétition), après une évaluation rigoureuse.
2. **Mettre en place un dispositif d'information et de conseil génétique obligatoire.** Avant tout engagement dans un parcours de DPI-A, un accompagnement par des équipes pluridisciplinaires est crucial pour garantir un consentement éclairé sur les bénéfices, les limites, et les alternatives.
3. **Anticiper le modèle organisationnel et financier.** Engager une réflexion nationale pour favoriser un développement au sein du secteur public afin de garantir un accès équitable, une maîtrise des coûts et une indépendance vis-à-vis des logiques de marché.
4. **Promouvoir la recherche** pour mieux comprendre la dynamique du développement embryonnaire précoce et affiner les critères de sélection, afin de limiter le risque d'écarter des embryons viables.

POSITION DES PARTICIPANTS SUR LE SUJET

Avant débat et après le débat les participants ont dû remplir un sondage afin de connaître leur positionnement.

Au total 20 sondages ont été remplis. L'échantillon est majoritairement composé de professionnels directement impliqués dans l'AMP et le diagnostic biologique : Gynécologues, biologistes / techniciens et internes. Le public possède une connaissance plutôt superficielle du sujet ainsi, le débat a également permis de délivrer de l'information sur ce sujet.

Positionnement avant débat :

La majorité (11) est favorable mais prudente, ils souhaitent légaliser le DPI-A sous certaines conditions, notamment l'âge (> 38 ans), les fausses couches répétées et les échecs d'implantation. 4 professionnels n'ont pas d'avis, 3 sont défavorables et 2 professionnels sont favorables.

Après débat, la position « indécis » diminue au profit, notamment, de la position « favorable sous conditions ». Sur 20 répondants, 14 restent stables dans leur positionnement et 6 ont changé d'avis. Le débat semble avoir permis une réduction de l'incertitude et un déplacement vers la prudence régulée à la légalisation du DPI-A.

Position	Nombre
Favorable sous conditions	15
Défavorable	3
Favorable	1
Indécis	1

Ainsi, la majorité des participants se positionne en faveur du DPI-A sous certaines conditions, ce qui traduit une acceptation prudente de la technique. Une minorité reste défavorable, principalement en raison d'inquiétudes liées aux risques de dérive ou aux limites scientifiques.

Selon ce sondage, la légalisation du DPI-A devrait être conditionnée par un encadrement strict de son utilisation. Les conditions évoquées concernent surtout une indication médicale claire, notamment dans les situations à risque élevé d'aneuploïdie (âge maternel avancé), d'échecs répétés de FIV ou de fausses couches répétées.

Les arguments avancés en faveur du DPI-A reposent principalement sur l'amélioration potentielle des chances de réussite de l'AMP, la réduction des fausses couches, des échecs répétés et la possibilité de limiter la souffrance psychologique des couples confrontés à des parcours d'AMP longs.

Concernant le financement du DPI-A, une majorité nette des répondants se prononce pour un financement public encadré par des indications précises