



ETUDIANTS SAGES-FEMMES 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 fait l'objet d'une synthèse transmise à la Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (CNERER), chargée de la relayer au Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE).

DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

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

Date : Mardi 3 mars 2026 de 16h30 à 17h30

Lieu : Université de Franche-Comté- UFR Sciences de la santé

Type de public : Professionnels de santé (étudiant)

- **Genre :** 21 femmes
- **Professions :** étudiantes sage-femmes

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 étudiantes sage-femme à l'Université de Besançon. Ce débat a eu lieu lors d'un cours donné par le Dr Blagosklonov en accord avec la directrice de l'école de sage-femme.

En amont du débat

Un livret d'information sur le sujet a été transmis aux participantes 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 participantes. Celui-ci rappelait les éléments essentiels relatifs aux enjeux du Diagnostic Pré-Implantatoire des Aneuploïdies (DPI-A).
- 3- Il a ensuite été demandé aux participantes 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 une situation concrète (couple de plus de 40 ans suivi dans le service d'AMP, présentant plusieurs échecs d'implantation embryonnaire sans obtention de grossesse) et de permettre l'exploration d'arguments complémentaires.
- 6- Enfin, les participantes ont été invitées 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

♦ Intérêt perçu et attentes vis-à-vis du DPI-A en AMP

Les échanges mettent en évidence que le diagnostic pré-implantatoire des aneuploïdies (DPI-A) est perçu comme un outil susceptible de réduire le nombre de transferts embryonnaires infructueux ainsi que la charge psychologique associée aux échecs répétés de fécondation in vitro. L'intérêt est particulièrement évoqué pour les femmes âgées de plus de 38 ans et pour celles ayant connu plusieurs tentatives sans succès, dans une logique de gestion du temps biologique et de la charge émotionnelle, davantage que dans la perspective d'une amélioration intrinsèque de la probabilité d'implantation liée aux anomalies chromosomiques. Comme l'exprime l'une des participantes : « *Même si on ne peut pas corriger le défaut, ça permettrait d'épargner à la patiente une douloureuse expérience de nombreux transferts sans réussite et peut-être d'aller plus rapidement vers une autre solution* ».

♦ Indications ciblées et critères d'éligibilité

Plusieurs interventions convergent vers l'idée d'un recours encadré et ciblé plutôt que d'une généralisation du DPI-A. Différents critères sont évoqués, notamment un âge maternel supérieur ou égal à 38 ans, l'existence d'au moins deux échecs de transfert embryonnaire et certaines situations d'infertilité inexplicée associées à une probabilité élevée d'aneuploïdies. L'idée d'un recours gradué est privilégiée afin d'éviter une utilisation systématique chez des patientes jeunes ou ne présentant pas d'indication médicale forte. L'une des participantes indique ainsi : « *Ça pourrait être intéressant de l'autoriser... à des patientes de plus de 38 ans et qui ont eu deux échecs de transfert par exemple* ».

♦ Risques de dérives et “escalier” technologique

Un point de vigilance important concerne le risque d’extension progressive des indications une fois la technique autorisée. Les échanges évoquent la possibilité d’un élargissement des analyses, d’abord limité aux aneuploïdies puis susceptible de concerner des gènes de prédisposition ou d’autres caractéristiques, ce qui pourrait conduire à une sélection embryonnaire de plus en plus large. Cette évolution est décrite comme une possible « pente glissante », l’une des participantes résumant cette inquiétude en ces termes : « *Une fois que la technique est mise en place et autorisée, ça peut être un escalier.* »

♦ Non-discrimination, stigmates et société

Au-delà des aspects techniques, la discussion fait apparaître des préoccupations relatives aux conséquences sociales d’une sélection accrue des embryons. Il est notamment souligné le risque de stigmatisation des personnes vivant avec une anomalie génétique ou un handicap si la société organise en amont une sélection plus systématique. L’extension des possibilités de dépistage pourrait en effet modifier le regard collectif porté sur ces situations et fragiliser la place des personnes concernées. L’une des participantes exprime cette préoccupation en indiquant : « *Ça va faire que les personnes qui sont nées avec cette pathologie... vont se sentir stigmatisées... si les embryons à naître ont pas été écartés en raison de cette pathologie sélectionnés pour ça.* »

♦ Consentement, choix résiduel et accompagnement

La question du consentement et de la latitude laissée aux patientes après la réalisation d’un DPI-A est également abordée. Les échanges portent notamment sur la possibilité, dans certaines situations, de discuter le transfert d’un embryon classé aneuploïde ou mosaïque après une information complète et un avis spécialisé, en tenant compte du type d’anomalie et du contexte clinique. Cette réflexion souligne la nécessité d’un accompagnement médical et éthique renforcé afin de garantir une décision éclairée. L’une des participantes formule cette interrogation de la manière suivante : « *Est-ce que la patiente peut quand même décider de prendre le risque... en se disant, il y a une probabilité que finalement l’embryon soit viable ?* »

♦ Inégalités et financement

La question du coût du DPI-A et de ses modalités de financement font l’objet de plusieurs interventions. Le prix élevé de cette technique, pouvant atteindre plusieurs milliers d’euros, fait craindre une augmentation des inégalités d’accès si le recours repose sur un financement individuel. La prise en charge par la solidarité nationale est évoquée au regard du principe d’équité dans l’accès aux techniques d’assistance médicale à la procréation.

♦ Enjeux sociétaux : âge, information et politiques publiques

Les échanges replacent la demande de DPI-A dans un contexte sociétal marqué par le recul de l’âge de la maternité, lié notamment à la durée des études, aux contraintes professionnelles et à des trajectoires de vie plus tardives. Il est jugé nécessaire de renforcer l’information sur la fertilité et sur l’évolution des capacités reproductives avec l’âge, tout en évitant une approche culpabilisante centrée sur la seule responsabilité des femmes. La discussion interroge l’équilibre entre le développement de nouvelles techniques d’assistance médicale à la procréation et les politiques de prévention et d’information. Cette préoccupation est exprimée ainsi : « *Les gens sont au courant que ça diminue, peut-être pas à quel point ça diminue et à quel point ça peut devenir compliqué [d’avoir un enfant].* »

Position des participantes (sondage)

Avant et après le débat, les participantes ont complété un questionnaire visant à évaluer leur positionnement concernant la légalisation du DPI-A.

Au total 21 questionnaires ont été recueillis. Le public, composé exclusivement d'étudiantes sage-femmes de quatrième année, présentait initialement une connaissance plutôt limitée du sujet. Le débat a donc également eu pour objectif d'apporter des éléments d'information afin d'éclairer leur réflexion.

♦ Positionnement avant débat :

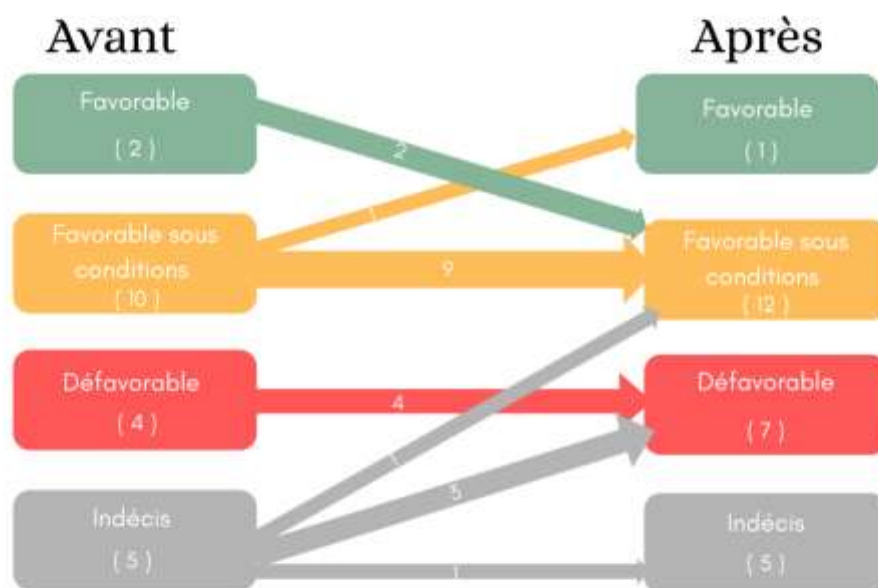
Avant le débat, la majorité des participantes (10 sur 21) se déclaraient **favorables à la légalisation du DPI-A, mais sous certaines conditions**. Les critères le plus souvent évoqués concernaient l'âge maternel supérieur à 38 ans, les antécédents de fausses couches répétées et les échecs d'implantation.

Cinq étudiantes se déclaraient indécises, quatre étaient défavorables, et deux se positionnaient favorables sans condition particulière.

♦ Evolution après le débat :

À l'issue du débat, on observe une diminution nette du nombre d'indécises, au profit de positions plus tranchées. Sur les 21 répondantes, 14 ont conservé leur position initiale tandis que 7 ont modifié leur avis. Cette évolution suggère que le débat a permis de réduire l'incertitude et de faire émerger des arguments qui n'avaient pas été envisagés auparavant. Le débat semble avoir influencé les participants vers une opinion plus défavorable, tout en réduisant considérablement le nombre d'indécis.

Positionnement des participants par rapport au débat



La majorité des participantes se positionne donc en faveur du DPI-A sous réserve d'un encadrement strict, traduisant une acceptation prudente de la technique. Les étudiantes défavorables expriment principalement des inquiétudes concernant le risque de dérives, la crainte d'une pression sociale en faveur de la naissance d'un enfant considéré comme « normal », le risque d'inégalités d'accès, ainsi que les limites scientifiques actuelles de la technique.

Conditions d'acceptabilité évoquées

Selon les réponses recueillies, la légalisation du DPI-A devrait s'accompagner d'un cadre réglementaire strict. Les conditions d'utilisation mentionnées concernent principalement la présence d'une indication médicale claire, notamment dans les situations à risque élevé d'aneuploïdie, telles que l'âge maternel avancé, les échecs répétés de fécondation in vitro ou les fausses couches à répétition.

Les arguments en faveur du DPI-A reposent essentiellement sur l'amélioration potentielle de l'efficacité du parcours d'assistance médicale à la procréation, avec une diminution du nombre de tentatives nécessaires et une réduction des coûts globaux pour le système de santé. Les participantes évoquent également une possible augmentation des chances de réussite de l'AMP, une diminution du risque de fausse couche, ainsi qu'une réduction de la souffrance psychologique des couples confrontés à des parcours longs et éprouvants.

◆ Position concernant le financement

Concernant les modalités de financement, la majorité des répondantes se prononce en faveur d'une prise en charge publique, sous réserve d'indications médicales précises et d'un encadrement strict. Trois participantes se déclarent favorables à un financement privé, tandis que cinq envisagent un reste à charge partiel.

Conclusions

Ce débat autour du diagnostic pré-implantatoire des aneuploïdies (DPI-A) a mis en évidence l'intérêt de cette technique dans certaines situations d'assistance médicale à la procréation, notamment pour limiter les échecs répétés de transfert embryonnaire et la charge psychologique associée. Les participantes se sont majoritairement prononcées en faveur d'un recours possible mais strictement encadré, reposant sur des indications médicales ciblées plutôt que sur une utilisation systématique.

Les échanges ont toutefois souligné la nécessité de rester vigilants face aux risques de dérives liés à l'extension progressive de la sélection embryonnaire, ainsi qu'aux conséquences sociales possibles, notamment en termes de stigmatisation, d'inégalités d'accès et de pression sur les choix reproductifs. L'importance d'une information claire, d'un consentement éclairé et d'un accompagnement médical et éthique renforcé a été largement mise en avant.

Enfin, la discussion a replacé ces questions dans un contexte sociétal plus large, marqué par le recul de l'âge de la maternité et par l'évolution des parcours de vie, rappelant l'importance de conjuguer progrès technique, réflexion éthique et politiques de prévention de la fertilité.