



SYNTHÈSE EGB

DÉBAT DPI-A

PROFESSIONNELS DE SANTÉ CENTRE HOSPITALIER DE DIJON

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 31 mars 2026, de 12h30 à 14h00

Lieu : Salle de réunion, Institut de la fertilité, Chu de Dijon

Type de public : Professionnels de santé

- Genre : Féminin exclusivement
- Professions : 10 Gynécologues-obstétriciens, 2 Internes en gynécologie, 2 psychologues, 1 conseillère en génétique, 1 biologiste médicale, 2 techniciennes de laboratoire, 1 ingénieur en embryologie, 1 sage-femme coordinatrice.
- Service : CECOS, Institut de la fertilité, Maternité, Génétique, biologie de la reproduction
- Tranche d'âge : 3 participantes de moins de 30 ans, 12 participantes entre 31 et 40 ans, 2 participantes entre 41 et 50 ans, 2 participantes entre 51 et 60 ans.

Experts :

- Dr Cavalieri Mathilde, Chef de service AMP clinique, coordinatrice du centre d'AMP, CHU de Dijon
- Dr Ginod Perrine, Praticien hospitalier, Médecine et Biologie de la Reproduction, CHU Dijon

Membres de l'EREBFC :

- Cécile Cornet, chargée de mission EREBFC et référente de la thématique
- Anaïs Sampers, chargée de mission EREBFC
- Dr Isabelle Martin, Médecin, présidente du Conseil d'Orientation de l'EREBFC

Nombre de participants : 20

MÉTHODE

Sélection des participants

Les participantes au débat sont des professionnels de santé du CHU de Dijon travaillant au sein de l'institut de la fertilité.

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 effectués 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 biologie de la reproduction du CHU de Dijon, 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 et un tour de table a été effectué.
- 5- Au cours du débat, deux cas cliniques ont été présentés afin d'aborder des situations concrètes et de permettre l'exploration d'arguments complémentaires :
 - Couple de plus de 40 ans suivi dans le service d'AMP, présentant plusieurs échecs d'implantation embryonnaire sans obtention de grossesse.
 - Couple de trente ans avec fausses couches à répétition et bilan d'infertilité négatif.
- 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

◆ Temporalité des parcours d'AMP, âge et effet des délais sur les chances de succès

Les participantes soulignent de manière récurrente la contrainte temporelle intrinsèque aux parcours d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), en particulier en Fécondation In Vitro (FIV). Les délais entre la première consultation, la constitution des embryons et leur utilisation sont perçus comme structurellement et psychologiquement longs et difficilement compressibles dans le cadre actuel du système de soins. Cette temporalité institutionnelle entre en tension avec la temporalité biologique, marquée par la diminution progressive de la qualité ovocytaire et l'augmentation des anomalies chromosomiques embryonnaires avec l'âge.

Dans ce contexte, plusieurs participantes considèrent que le DPI-A apparaît comme une technique susceptible d'optimiser le parcours en évitant certains transferts d'embryons non viables et en réduisant potentiellement le temps nécessaire avant l'obtention d'une grossesse évolutive. Certaines participantes ont ainsi souligné que les délais pouvaient entraîner une perte de chances significative, notamment pour les femmes proches des limites d'âge légales : « les délais dépassent 18 mois entre la première consultation et l'utilisation de tous les embryons congelés, et pendant ce temps l'âge avance ».

Cependant, d'autres rappellent que le DPI-A ne compense pas les effets du vieillissement ovarien et qu'il ne permet ni d'augmenter le nombre d'embryons disponibles ni de garantir une grossesse. Le recours à cette technique est donc envisagé moins comme une solution au vieillissement reproductif que comme une possible stratégie d'optimisation dans un contexte de temps contraint.

◆ Limites et efficacité du DPI-A dans les parcours de FIV

Le Diagnostic Pré-implantatoire des Aneuploïdies (DPI-A) est discuté comme une technique de tri embryonnaire visant à identifier des anomalies chromosomiques avant transfert. Les participantes

reconnaissent son intérêt potentiel dans certaines situations (âge avancé, échecs répétés), mais soulignent fortement ses limites.

Si la technique permet d'identifier certaines anomalies chromosomiques et d'éviter des transferts voués à l'échec, elle n'augmente pas le nombre d'embryons disponibles et ne garantit pas la survenue d'une grossesse. Un intervenant résume cette position : « *le DPI-A n'augmente pas le nombre d'embryons, il n'en fait pas apparaître* ».

Les participantes ont exprimé des préoccupations concernant les risques liés aux manipulations embryonnaires nécessaires au DPI-A. La biopsie embryonnaire, la congélation/décongélation et la culture prolongée jusqu'au stade blastocyste (J5-J6 selon la classification de Gardner) peuvent entraîner une perte embryonnaire : « *Il faut pousser jusqu'à J5 [...] ça fait une technique en plus et une perte de chance.* »

Ces risques sont particulièrement problématiques pour les femmes ayant une faible réserve ovarienne ou un nombre limité d'embryons.

Par ailleurs, le DPI-A peut également conduire à l'élimination d'embryons mosaïques susceptibles d'aboutir à des naissances viables, ce qui interroge la pertinence de la sélection systématique. Plusieurs participantes ont évoqué un bénéfice clinique incertain, notamment au regard des données internationales. L'expérience américaine a été citée comme exemple d'une utilisation ancienne sans amélioration significative des taux de naissance vivante.

Enfin, les limites diagnostiques du DPI-A sont rappelées : il se limite aux anomalies chromosomiques et ne permet pas de détecter l'ensemble des anomalies génétiques, distinction souvent mal comprise par les patients.

♦ Indications du DPI-A : volonté d'optimisation des parcours d'AMP

La question des indications du Diagnostic Pré-implantatoire des Aneuploïdies (DPI-A) a constitué un point central du débat. Les participantes expriment des positions contrastées sur la pertinence de définir des critères d'accès selon l'âge maternel, les échecs d'implantation ou les fausses couches répétées.

Certains plaident pour une utilisation plus précoce afin d'optimiser les chances avant la dégradation de la qualité embryonnaire : « *autant faire le check-up avant que la qualité diminue plutôt que d'attendre* ». À l'inverse, d'autres mettent en garde contre une utilisation trop large, notamment chez les femmes jeunes, pouvant conduire à des interventions inutiles ou à une perte de chances. Une participante souligne l'intérêt de privilégier, dans un premier temps, le développement du DPI-A dans le cadre de protocoles de recherche encadrés, afin de disposer de données plus robustes concernant son efficacité et sa pertinence clinique.

♦ Encadrement des indications et enjeux d'équité d'accès

Les participantes soulignent la nécessité d'un cadre national clair définissant les conditions d'accès au DPI-A (âge, nombre d'échecs d'implantation, fausses couches répétées, réserve ovarienne), afin d'éviter une trop grande variabilité des pratiques entre centres et praticiens. En l'absence de critères harmonisés, les décisions risqueraient d'être fortement dépendantes des politiques locales et des appréciations individuelles des équipes médicales : « *le risque des bornes, c'est que ce soit centre dépendant et praticien dépendant* ». Cependant, la difficulté à définir des seuils consensuels est soulignée, les données scientifiques étant hétérogènes et les situations cliniques très variables : « *la question des bornes, elle va être très compliquée [...] on ne sera jamais tous d'accord* ».

Ce risque d'hétérogénéité des pratiques entre centres et praticiens interroge directement l'équité d'accès aux soins. Plusieurs participantes craignent que certaines patientes puissent accéder au DPI-A selon leur lieu de prise en charge ou les pratiques du centre, générant des inégalités territoriales.

À cela s'ajoute la question du financement de la technique. Certains considèrent qu'une absence de remboursement public créerait une médecine à deux vitesses : « ce n'est pas juste si seuls ceux qui ont les moyens peuvent y accéder ». D'autres interrogent la légitimité d'un financement collectif au regard d'un bénéfice clinique jugé encore limité ou incertain : « *mettre énormément de moyens pour une plus-value probablement faible* ». D'autres participantes soulignent également qu'un financement public pourrait favoriser des demandes jugées peu justifiées médicalement, en raison d'un effet d'appel ou d'un recours élargi à la technique, soulevant ainsi la question du bon usage des ressources collectives.

Ces échanges s'inscrivent dans une réflexion plus large sur la priorisation des ressources en santé et la soutenabilité financière du système.

◆ Organisation et capacité du système de santé

En poursuivant cette réflexion, les échanges mettent également en évidence les tensions organisationnelles qu'impliquerait l'introduction du DPI-A dans un système déjà fortement sollicité. Les participantes expriment des doutes sur la capacité des centres à absorber une nouvelle activité dans un contexte marqué par l'augmentation des demandes en AMP et des ressources humaines limitées : « les centres ne sont pas en mesure d'absorber ça actuellement ».

Les besoins en biologistes, généticiens, techniciens spécialisés et cliniciens sont identifiés comme des freins majeurs à une éventuelle généralisation de la technique. Plusieurs participantes craignent qu'une ouverture du DPI-A ne conduise à un allongement des délais de prise en charge ou à une mise en tension supplémentaire des structures existantes, notamment au détriment d'autres activités comme le DPI monogénique.

Enfin, la centralisation des analyses génétiques est évoquée comme une piste organisationnelle possible, mais dont la mise en œuvre supposerait des investissements humains, techniques et financiers importants.

◆ Représentations du DPI-A, attentes des patients et enjeux d'information

Un consensus fort émerge sur la nécessité d'une information claire, loyale et compréhensible concernant les capacités réelles de la technique.

Plusieurs participantes soulignent une méconnaissance fréquente du fonctionnement de la fertilité et des limites des techniques d'AMP : « *les gens connaissent très mal leur corps [...] et tout ce qui tourne autour de la fertilité* ».

Dans ce contexte, le DPI-A peut être perçu à tort comme une technique garantissant le succès. Le risque d'une représentation erronée du DPI-A comme outil de réussite assurée est particulièrement souligné : « *si on leur dit qu'on va trier les embryons, ils vont penser que ça va forcément marcher* ».

La montée des demandes, notamment via les réseaux sociaux, est perçue comme un facteur d'amplification des attentes et de pression sur les équipes, avec un risque de décalage entre attentes et réalités biologiques. Une participante met en garde : « *il va falloir faire très attention à l'illusion de la grossesse garantie* ».

◆ Risque d'extension progressive des indications

Les participantes expriment des inquiétudes fortes concernant les risques de dérive progressive du DPI-A vers des usages de plus en plus larges. Le débat met en évidence une crainte de glissement d'une indication médicale vers une logique de sélection accrue des embryons.

Cette dynamique est qualifiée de "pente glissante" par plusieurs intervenants, évoquant l'extension possible vers des critères non médicaux ou polygéniques. Une participante résume cette inquiétude : « *à partir du moment où on commence à le faire pour des anomalies chromosomiques, il y aura forcément un jour la question des anomalies géniques* ».

Les échanges soulèvent également des interrogations concernant le rapport à la normalité et à la diversité des naissances. À propos de la trisomie 21, plusieurs participantes rappellent que : « certaines *familles choisissent de poursuivre ces grossesses et accueillent ces enfants* », ce qui interroge les représentations sociales du handicap ainsi que les effets symboliques d'une sélection embryonnaire de plus en plus étendue. Ces éléments traduisent une interrogation plus globale sur les finalités de la médecine reproductive.

♦ Articulation entre DPI-A et diagnostic prénatal (DPN)

Les échanges mettent en évidence la complémentarité entre le DPI-A et le Diagnostic Prénatal (DPN). Même après une sélection embryonnaire, le suivi de grossesse reste indispensable et peut conduire à la découverte d'anomalies non détectées en amont.

Cette articulation interroge également la place exacte du DPI-A dans le parcours reproductif : s'il peut permettre de réduire certains transferts d'embryons aneuploïdes, il ne dispense pas du recours au DPN et ne supprime pas l'incertitude inhérente à la grossesse. Les participantes soulignent ainsi le risque d'un décalage entre les attentes suscitées par la technique et les limites réelles de sa portée clinique.

♦ Prévention, information sur la fertilité et alternatives thérapeutiques

Au-delà des débats relatifs aux indications et aux performances du DPI-A, plusieurs participantes soulignent la nécessité d'interroger plus largement les réponses apportées aux difficultés reproductives. Les participantes soulignent que les réflexions autour du DPI-A ne peuvent être dissociées d'une réflexion plus large sur la prévention et l'information en matière de fertilité. Plusieurs participantes rappellent que le recours croissant aux techniques d'AMP, et potentiellement au DPI-A, s'inscrit dans un contexte de report de l'âge du projet parental, alors même que l'impact de l'âge sur la qualité ovocytaire et le risque d'aneuploïdies embryonnaires reste souvent mal connu du grand public : « *ce serait bien de faire plus de prévention sur l'effet de l'âge* ».

Dans cette perspective, certaines considèrent que le développement du DPI-A ne devrait pas conduire à renforcer l'idée que les techniques médicales permettent de compenser sans limite les effets du vieillissement reproductif. Le renforcement d'une véritable éducation à la fertilité apparaît dès lors comme un enjeu important afin de limiter les décalages entre attentes et réalités biologiques.

La vitrification ovocytaire est évoquée comme une stratégie préventive possible, bien que ses limites en termes de taux de naissance vivante soient rappelées : « *à 35 ans, si vous avez 11 ovocytes congelés, vous avez 30 % de chances d'avoir une naissance* ». Enfin, les alternatives telles que le don de gamètes ou l'accueil d'embryons sont discutées comme des options pouvant, dans certaines situations, constituer des alternatives au recours répété à des techniques d'optimisation embryonnaire.

Position des participantes (sondage)

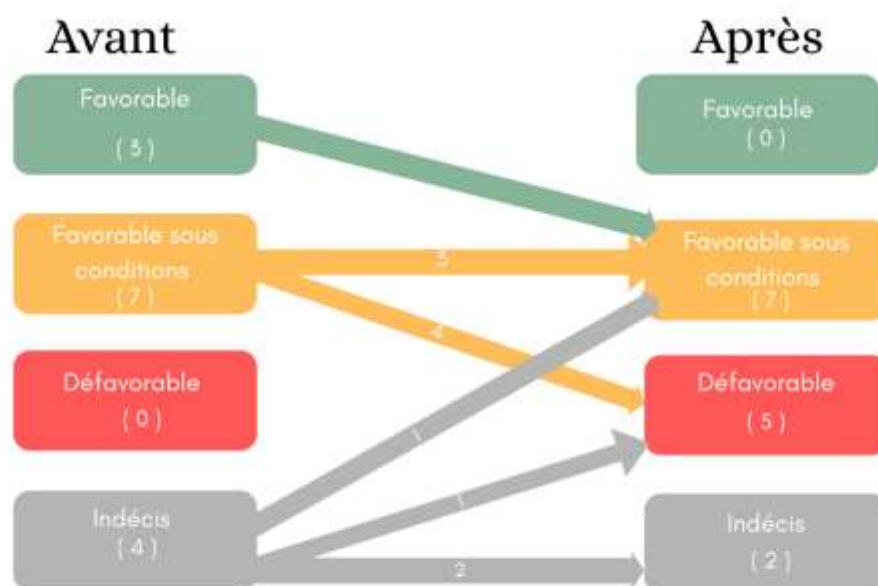
Avant et après le débat, les participantes ont complété un questionnaire visant à évaluer leur positionnement concernant la légalisation du DPI-A.

Au total, 14 questionnaires ont été recueillis. La majorité des participantes avait des connaissances générales par rapport au DPI-A. Le débat s'est adressé à un public concerné mais pas expert du DPI-A

♦ Positionnement avant débat :

Avant le débat, la moitié des participantes ayant répondu au sondage (7 sur 14) se déclarait favorables à la légalisation du DPI-A, mais sous certaines conditions, notamment l'âge et les antécédents de fausses couches. Quatre personnes étaient indécises et trois personnes se déclaraient favorables sans condition particulière.

Positionnement des participants par rapport au débat



♦ Evolution après le débat :

À l'issue du débat, on observe une disparition complète des personnes favorables au profit du groupe favorables sous conditions qui reste le groupe majoritaire. Les personnes initialement favorables sous conditions sont devenues pour plus de la moitié défavorable et les autres ont conservé leur position initiale. Enfin, deux personnes initialement indécises sont restées indécises tandis qu'une est devenue défavorable et l'autre favorable sous conditions. Ainsi, les échanges ont conduit à un repositionnement plus prudent des participantes à l'égard du DPI-A, avec l'émergence d'un groupe exprimant des réserves marquées, voire une opposition à sa légalisation.

La majorité des participantes se positionne donc en faveur du DPI-A, à condition que son recours repose sur des indications médicales clairement définies et appliquées de manière homogène. Les arguments en faveur du DPI-A reposent essentiellement sur l'augmentation des chances de grossesse suggérant que le DPI-A serait un outil d'optimisation médicale. Aussi, la réduction des fausses couches et la réduction des souffrances psychologiques sont souvent mentionnées, le DPI-A améliorerait la qualité du parcours de d'AMP avec une optimisation du parcours d'AMP. Les conditions les plus citées reposent principalement sur un encadrement strict, un usage exclusivement médical et un accès équitable. Elles traduisent une volonté d'accepter le DPI-A, tout en évitant le glissement vers une logique de sélection accrue et les inégalités sociales. Les conditions retenues à cette légalisation sont l'âge maternel, les échecs de FIV, les fausses couches répétées et la validation par un comité médical. Le DPI-A apparaît ainsi, pour une majorité de participantes, comme une technique pouvant relever d'indications ciblées plutôt que d'un recours généralisé.

Les personnes devenues défavorables à la légalisation du DPI-A expriment principalement des inquiétudes liées au risque d'extension progressive de la sélection embryonnaire vers des critères dépassant le strict cadre médical. Elles expriment également le risque d'erreur diagnostique et le coût pour la société.

Enfin, les personnes indécises expriment une difficulté à se positionner compte tenu de la complexité du sujet.

♦ Position concernant le financement

Majoritairement, les participantes préconisent un financement public sous conditions d'une indication médicale claire et d'un cadre strict et les autres un financement privé.

Suite à ce sondage, il semble que les professionnels de santé expriment une acceptabilité conditionnelle du DPI-A, fondée sur ses bénéfices cliniques mais fortement limitée par la crainte de dérives eugéniques. Le débat renforce davantage la vigilance que l'adhésion.

Conclusion

Le débat a mis en évidence la complexité éthique, médicale et sociale entourant l'éventuelle autorisation du DPI-A en France. Si un intérêt médical potentiel est reconnu pour des indications strictement définies — notamment chez les femmes en âge avancé présentant un taux élevé d'aneuploïdies embryonnaires ou ayant subi de multiples échecs en AMP —, des réserves importantes demeurent quant à la définition de ces indications, aux risques de dérive vers un dépistage génétique élargi et aux inégalités d'accès que son introduction pourrait générer ou révéler.

Dans cette perspective, le DPI-A pourrait être envisagé dans un cadre strictement encadré, fondé sur des critères médicaux précis, appliqués de manière homogène sur l'ensemble du territoire et assortis d'un dispositif rigoureux de suivi et d'évaluation. Dans un contexte où les preuves de bénéfice clinique demeurent encore discutées pour une partie des indications envisagées, la question de son financement par la solidarité nationale reste débattue.

Parallèlement, le renforcement de l'information et de la prévention apparaît comme une priorité de santé publique. Le développement d'une véritable éducation à la fertilité en amont permettrait de limiter les recours tardifs à l'AMP, d'en atténuer les désillusions et de réduire la pression en faveur de techniques toujours plus complexes.

Enfin, une vigilance constante demeure indispensable. La question du DPI-A ne peut être dissociée d'une réflexion plus globale sur les orientations de la médecine reproductive, l'allocation des ressources et les valeurs que la société entend promouvoir. La prise en compte de la souffrance des personnes engagées dans des parcours d'AMP prolongés apparaît comme un impératif, tout comme la réflexion sur les représentations sociales du handicap et de la diversité des trajectoires de vie.