



LYCÉENS 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 : Lundi 4 mai 2026, de 14h00 à 15h30

Lieu : Salle de classe au Lycée les Arcades de Dijon

Type de public : Elèves de terminale « sciences et technologies de la santé et du social » (ST2S) et enseignantes

- Genre : 7 hommes et 18 femmes
- Tranche d'âge : 17-18 ans et enseignantes entre 40 et 50 ans.

Experts :

- 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
- Aurélie Geng, coordinatrice de l'EREBFC

Nombre de participants : 25

MÉTHODE

Sélection des participants

Les participants 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 élèves 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 effectuéé 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 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, 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.
- 5- Enfin, les élèves ont été invités 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

Il est à noter que les animateurs ont dû fortement relancer les échanges et proposer différents arguments afin de susciter les réactions des lycéens, plusieurs participants exprimant se sentir encore éloignés de ces questions de parentalité et de procréation. Ce débat s'inscrit donc principalement dans une dynamique de sensibilisation et de réflexion éthique auprès d'un public jeune.

Éléments échangés durant le débat

◆ Le recours au DPI-A face à l'infertilité liée à l'âge maternel avancé

Les échanges se sont ouverts sur la question de l'opportunité du recours au Diagnostic Préimplantatoire des Aneuploïdies (DPI-A) dans le cadre d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) chez des femmes d'âge maternel avancé. Le cas d'une patiente d'environ 40 ans ayant réalisé de nombreux transferts embryonnaires sans succès a structuré cette première discussion. Face à l'échec répété, une partie des participants a exprimé une forme de résignation, estimant qu'une réorientation du projet parental — vers l'adoption notamment — pouvait constituer une alternative légitime après plusieurs tentatives infructueuses sur de nombreuses années. Une position illustrée par ce verbatim : *« Moi personnellement, si au bout de deux tentatives comme ça, je sais que ça ne marche toujours pas et que ça fait déjà dix ans que j'essaye, j'abandonne ou j'adopte quelque part. »*

D'autres ont néanmoins plaidé pour la poursuite des efforts thérapeutiques, défendant le principe d'aller « au bout de ce qui est possible », en particulier lorsque le profil médical de la patiente s'y prête — bonne réserve ovarienne, nombre élevé d'embryons disponibles pour le test. Ces éléments ont été identifiés comme des facteurs déterminants dans l'évaluation du bénéfice attendu du DPI-A. Certains soulignaient également l'importance de limiter les épreuves psychologiques liées aux fausses couches répétées ou aux échecs de FIV.

Le débat a donc opposé la persévérance médicale et l'acceptation des limites naturelles.

◆ Un intérêt perçu du DPIA dans certaines situations médicales

Lors de la deuxième vignette clinique, l'indication du DPI-A chez des couples fertiles mais confrontés à des fausses couches à répétition inexplicables a été abordée à travers la situation d'un couple jeune ayant subi plusieurs fausses couches successives survenues entre 6 et 9 semaines d'aménorrhée, sans cause organique identifiée. Les participants ont majoritairement reconnu la légitimité d'explorer cette option dans un tel contexte, sensibles à la détresse psychologique que représente la répétition des échecs. La question du seuil à partir duquel le DPI-A devient justifié — après une, deux ou plusieurs fausses couches — a fait l'objet

d'échanges nuancés. Il a été souligné que l'évaluation psychologique du couple devrait être intégrée à la décision médicale.

Les participants ont exprimé un intérêt pour le DPI-A en tant qu'outil permettant d'identifier les embryons chromosomiquement normaux — dits euploïdes — avant leur transfert, dans l'objectif de réduire le nombre de fausses couches et d'améliorer les chances de grossesse. L'un d'eux s'est dit favorable à son utilisation dans des situations spécifiques, notamment lorsque le nombre d'embryons disponibles est suffisamment important : *« Je pense que c'est favorable, je pense qu'on devrait essayer. Dans ce cas par exemple, je pense que ça peut être bénéfique. »*

Les échanges ont alors mis en évidence une adhésion majoritaire à un encadrement strict du dispositif. Plusieurs élèves estimaient que le DPI-A ne devrait pas être accessible « à tout le monde » ni « dès qu'il y a une difficulté », mais réservé à des situations précises, notamment après plusieurs fausses couches ; à partir d'un certain âge maternel ; après échec d'autres prises en charge. Certains élèves ont estimé que l'accès au DPI-A devrait être conditionné à des situations médicalement justifiées, après réalisation d'un bilan préalable complet, et non à une demande immédiate dès les premiers échecs : *« Il y en a qui disent ouais, je n'y arrive pas, je fais ça tout de suite. Bah non, ce n'est pas possible. »* Ce positionnement traduit une volonté de gradation dans les recours médicaux, fondée sur le principe de proportionnalité et de subsidiarité des actes.

Une participante estimait par exemple que le recours au DPI-A pourrait être pertinent « à partir de 38 ans », en considérant qu'avant cet âge « ça a des effets négatifs » et représenterait *« une dépense pour rien »*.

Le médecin intervenant a rappelé à plusieurs reprises que le DPI-A ne constituait pas une garantie de naissance vivante et qu'il ne supprimait pas totalement le risque de fausse couche, même lorsqu'un embryon apparaît « euploïde ». Les animateurs ont insisté sur la nécessité d'une information claire des couples afin d'éviter des attentes irréalistes autour de cette technique.

♦ La dimension financière et les enjeux d'équité d'accès

La dimension économique du DPI-A a été abordée de manière transversale lors de ce débat. Les animateurs ont évoqué le coût élevé de la procédure — pouvant représenter environ 3 000 € en France en cas d'autorisation, ou jusqu'à 15 000 € pour les couples se rendant à l'étranger dans les pays où la technique est déjà autorisée, en incluant les frais de transport et d'hébergement. La possibilité que des cycles entiers de Fécondation In Vitro (FIV) avec DPI-A n'aboutissent à aucun transfert a également été soulignée, représentant une dépense significative pour la collectivité ou pour les couples concernés. Ces échanges ont fait émerger un enjeu de justice sociale, opposant le principe de solidarité (garantir un accès équitable à une technique médicale pour tous les couples concernés) et la soutenabilité économique (éviter un coût excessif pour la collectivité ou un détournement des ressources publiques). Les animateurs ont alors interrogé la prise en charge du DPI-A : devait-il relever de la solidarité nationale ou être financé par les couples eux-mêmes ?

Plusieurs élèves ont souligné que l'absence de remboursement risquerait de créer des inégalités importantes entre les couples disposant de ressources financières suffisantes et les autres. Une participante relevait que si la technique restait entièrement à la charge des familles, cela pourrait décourager certains projets parentaux dans un contexte économique déjà difficile. Un participant a formulé cette préoccupation en ces termes : *« Si le DPI-A devient légal mais pas du tout pris en charge, les gens ne vont peut-être pas considérer le DPI-A comme légal s'ils ne peuvent pas se le permettre financièrement. »*

D'autres participants évoquaient au contraire le coût potentiel pour la collectivité. Certains estimaient qu'un financement illimité ne serait pas soutenable si les tentatives se multipliaient sans succès.

Certains participants ont proposé des modèles intermédiaires de financement, combinant solidarité nationale et participation des couples. L'idée d'une limitation du nombre de tentatives prises en charge a été évoquée, avec un remboursement initial de deux tentatives de FIV, puis une prise en charge ultérieure à la charge du couple. Cette logique visait à concilier équité d'accès et soutenabilité financière du dispositif : « *on rembourse sur deux tentatives de FIV, et puis si avec ça on n'a toujours pas eu d'embryon [...] après c'est à votre charge* ».

♦ Les risques de dérives eugénistes, sélection des embryons et place du handicap

Les animateurs ont également abordé les risques de dérives liés à la sélection embryonnaire, notamment la possibilité d'élargir progressivement les analyses génétiques au-delà des seules aneuploïdies : sélection du sexe, recherche de caractéristiques génétiques ou tri d'embryons sur d'autres critères.

Ces enjeux ont principalement été introduits par les animateurs et le médecin intervenant afin d'alimenter la réflexion éthique. Les lycéens ont globalement reconnu que de telles dérives pouvaient exister, mais, pour la majorité, sans en faire une préoccupation centrale du débat.

Plusieurs participants considéraient qu'un encadrement juridique strict pourrait limiter ces risques. Certains évoquaient néanmoins la possibilité qu'« avec le temps » les usages puissent évoluer vers davantage de sélection génétique ou vers une forme de « choix » de l'enfant.

Par ailleurs, la question de la perception sociale du handicap et de ses interactions avec le DPI-A a été abordée. Les animateurs ont relevé que le développement du Diagnostic Préimplantatoire (DPI) pourrait avoir un impact psychologique sur les personnes nées avec des conditions chromosomiques, comme la trisomie 21, en renforçant un sentiment de stigmatisation ou en alimentant l'idée qu'il aurait été possible d'« éviter » leur naissance. Une élève a néanmoins rappelé que des naissances d'enfants porteurs d'anomalies chromosomiques continueraient d'exister ainsi que les personnes handicapées suite à un accident, indépendamment du recours ou non à ces techniques : « *Il y en aura toujours. Qu'on change ou pas, il y en aura toujours.* »

Les échanges ont ainsi montré que la plupart des élèves semblaient davantage préoccupés par les questions d'efficacité, de coût, d'accès aux soins et de charge psychologique pour les couples que par les risques de dérives eugénistes.

♦ Une réflexion autour de la place de la médecine et du rapport à la nature

Quelques élèves ont exprimé une position plus défavorable au DPI-A, s'appuyant sur une réflexion autour de la place de la médecine dans la procréation, en opposant une logique d'intervention technique à une logique consistant à « *laisser faire la nature* ». Cette argumentation apparaît comme un registre relativement spécifique à ce groupe, moins fréquemment mobilisé dans les autres débats menés dans le cadre des États généraux de la bioéthique.

Plusieurs participants ont ainsi exprimé une réticence à la sélection embryonnaire, estimant préférable de « *laisser la nature faire les choses* » plutôt que d'intervenir dans le tri des embryons. L'un d'eux évoquait par exemple que l'absence de grossesse après plusieurs tentatives pouvait être interprétée comme un « signe », conduisant à envisager d'autres options comme l'adoption ou l'absence d'enfant : « *Je pense que si, par exemple, comme la dame, au bout de cinq fausses couches, je n'ai pas d'enfant, c'est parce que c'est un signe, je ne dois pas avoir d'enfant.* » Cette position a ouvert une réflexion plus large sur les notions de destin, de parentalité et

d'alternatives au projet parental biologique, traduisant une réserve face à une intervention jugée trop importante dans le processus de reproduction humaine.

Position des participants (sondage)

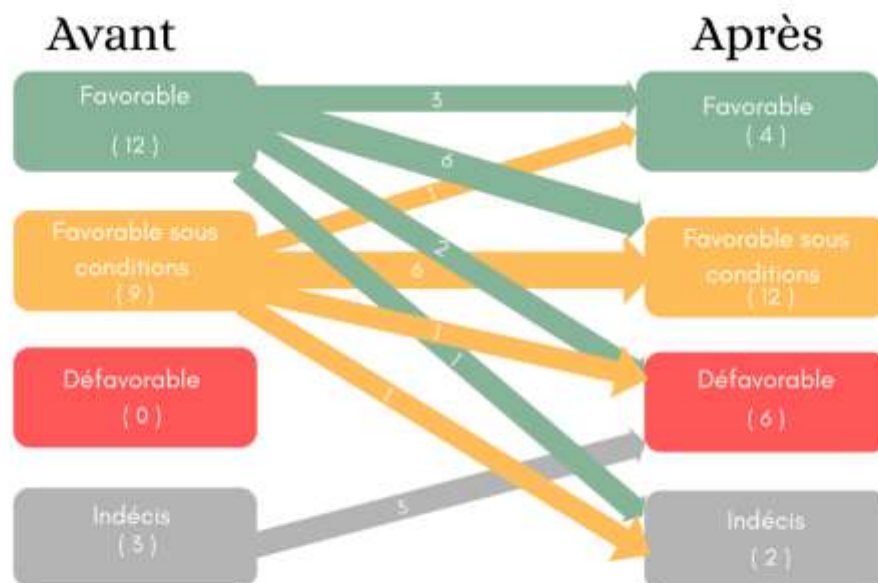
Avant et après le débat, les participants ont complété un questionnaire visant à évaluer leur positionnement concernant la légalisation du DPI-A.

Au total, 24 questionnaires ont été recueillis. Le public était très majoritairement composé de lycéens (23/24) et 1 participante était une enseignante au lycée. La majorité des participants (17/24) avait des connaissances générales concernant le DPI-A, acquises grâce aux livrets d'information envoyés en amont du débat.

♦ Positionnement avant débat :

Avant le débat, la moitié des participants ayant répondu au sondage (12 sur 24) se déclarait favorables sans réserve à la légalisation du DPI-A, 9 personnes étaient favorables sous certaines conditions et trois personnes étaient indécises. Avant le débat, le soutien au DPI-A était donc largement majoritaire.

Positionnement des participants par rapport au débat



♦ Evolution après le débat :

Le débat semble avoir produit un effet de complexification des positions. Le nombre de participants favorables sans réserve a fortement diminué, passant de 12 à 4. À l'inverse, la position « favorable sous certaines

conditions » est devenue dominante après le débat, avec 12 participants contre 9 initialement. Par ailleurs, 6 participants ont adopté une position défavorable, une catégorie absente avant le débat. Enfin, les 3 participants initialement indécis ont tous basculé vers une position défavorable, suggérant que l'exposition aux arguments de prudence, tels que les risques de dérives eugénistes ou les inégalités d'accès, a conduit à une adoption du principe de précaution.

Le débat semble donc avoir déplacé les représentations d'un soutien « spontané » à un soutien plus encadré et nuancé faisant de la catégorie « favorable sous certaines conditions » la position dominante après le débat. Ces résultats suggèrent que le débat a permis aux participants de passer d'une vision simplifiée à une approche plus nuancée, en intégrant les dimensions éthiques, économiques et sociales du DPI-A.

♦ Arguments retenus en faveur et en défaveur du DPIA

Les arguments contre la légalisation du DPI-A se structurent principalement autour de trois préoccupations. Les six participants défavorables au DPI-A redoutent qu'il devienne une norme implicite, exerçant une pression sociale sur les couples pour qu'ils sélectionnent leurs embryons. Ils soulignent également le risque d'une médecine reproductive à deux vitesses, où seuls les couples aisés pourraient y accéder. Enfin, pour eux, le « risque de glissement » vers une sélection embryonnaire non médicale, comme le choix du sexe ou la sélection de traits génétiques, a été évoqué comme une pente glissante à éviter.

A l'inverse, les arguments en faveur du DPI-A sont principalement centrés sur la réduction de la souffrance psychologique liée aux difficultés d'avoir un enfant. Les participants perçoivent cette technique comme un moyen de limiter les échecs répétés et les parcours médicaux lourds, notamment en réduisant les fausses couches ou pertes de grossesse, argument le plus cité. Ils y voient aussi une optimisation des parcours d'AMP, avec une amélioration des chances de grossesse et une réduction des souffrances psychiques pour les couples. Les références à la souffrance montrent que les participants mobilisent une approche empathique centrée sur l'expérience vécue des couples. Cependant, malgré ces arguments, les participants ne souhaitent pas un accès généralisé au DPI-A. Ils privilégient plutôt une indication médicale ciblée, notamment en cas d'échecs répétés, de fausses couches multiples ou d'âge maternel avancé. Cela reflète une volonté de proportionnalité (ne pas médicaliser à outrance) et de justice distributive (réserver aux cas les plus graves).

♦ Position concernant le financement

Les réponses montrent une forte prudence concernant la prise en charge collective. La modalité la plus fréquente est un financement public mais sous conditions (9 sur 24), ce qui semble traduire une volonté de maintenir l'équité d'accès tout en évitant une banalisation du recours au DPI-A. Six participants défendent un reste à charge partiel, ce qui peut refléter une volonté de responsabilisation dans l'idée que le DPI-A ne doit pas devenir une pratique de routine. Ce positionnement semble à nouveau illustrer la tension entre solidarité et soutenabilité économique.

Conclusion

Une caractéristique importante du débat réside dans la difficulté, largement exprimée par les lycéens eux-mêmes, à se sentir directement concernés par ces enjeux. Plusieurs participants ont indiqué que ces questions leur semblaient encore « loin » ou « abstraites », en raison de leur âge et de l'éloignement de leurs propres

projets parentaux. Les animateurs ont ainsi régulièrement rappelé que l'objectif du débat n'était pas d'obtenir des réponses « justes » ou « expertes », mais de recueillir le ressenti citoyen des participants face à une possible évolution de la loi.

Malgré cette distance initiale, les échanges ont progressivement fait émerger des positions nuancées. La majorité des élèves s'est montrée plutôt favorable à une légalisation du DPI-A lorsqu'il s'inscrit dans des situations médicales jugées particulièrement éprouvantes, notamment après plusieurs fausses couches ou chez des femmes plus âgées, tout en soulignant la nécessité d'un encadrement strict. Les discussions ont principalement porté sur les conditions d'accès au dispositif, son financement, les inégalités sociales qu'il pourrait engendrer, ainsi que les conséquences psychologiques pour les couples concernés. Les risques de dérives génétiques ont été reconnus, sans toutefois apparaître comme la préoccupation centrale des participants.

Enfin, certains élèves se sont montrés plus réservés vis-à-vis du DPI-A, en défendant davantage l'idée de « laisser faire la nature » et en exprimant des interrogations sur la place croissante de la médecine dans la procréation.