

# Comité d’Ethique des Genêts d’Or

## Avis N°19

**Avis rendu le 21 03 2026 :**

**Présentation du problème éthique soumis pour avis au Comité d’Ethique**

**Objet de l’exposé de situation :**

- L’accompagnement d’un projet de parentalité chez une personne présentant un trouble du développement intellectuelle (TDI) vivant en foyer de vie, en conciliant le respect de ses droits (vie affective et sexuelle, autodétermination) avec le devoir de protection des professionnels et l’intérêt de l’enfant à naître.
- La conciliation entre droit à la parentalité des personnes en situation de handicap et devoir de protection des professionnels en institution médico-sociale.

**Dilemme éthique présent dans la situation :**

***Entre contraintes institutionnelles, protection des enfants et droit individuel des personnes accompagnées comment les professionnels d’un foyer de vie peuvent accompagner des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d’un projet de parentalité ?***

**Ci-dessous l’exposé de situation :**

Mme A, la vingtaine, sous tutelle associative, vivant en foyer de vie (FDV). Mme A désire avoir un enfant.

La tutelle estime que la personne accompagnée a le consentement éclairé. Cette personne présente un TDI associé à une carence affective. Elle a un âge adaptatif moyen de 5 ans (un âge maximum de 14,9 ans en autonomie domestique et âge le plus bas de 3,9 ans en socialisation dans les relations interpersonnelles). Au foyer, elle peut se montrer très dépendante de l’encadrant. Pour les comportements tournés vers l’extérieur, elle peut avoir des conduites inappropriées et des comportements répétitifs gênants.

Mme A exprime un désir d’avoir un enfant. Elle se présente depuis quelques mois, comme engagée dans une relation affective avec un jeune homme du foyer. Depuis tous les deux expriment le projet d’avoir un bébé, une maison, un travail. En parallèle, la personne accompagnée entretient d’autres relations avec d’autres jeunes hommes du foyer. Toutefois, cette même personne a aussi confié à plusieurs membres de l’équipe « ne pas savoir dire non ». Cette ambivalence suscite chez les professionnels une inquiétude quant à sa capacité réelle à consentir librement de manière éclairée et à comprendre l’entière engagement de ce projet.

La personne accompagnée a une contraception orale en place mais qu'elle peut refuser de prendre, puis finit par accepter mais qu'elle souhaite arrêter pour avoir un enfant.

Ce projet interroge l'équipe pluridisciplinaire :

- Les capacités cognitives de la personne accompagnée permettent-elles un consentement éclairé ?
- Comment accompagnons-nous la personne pour qu'elle soit éclairée dans sa décision et pour qu'elle prenne conscience qu'elle n'a pas les capacités requises pour s'occuper d'un enfant ?
- Où s'arrêtent les droits individuels de la personne dans la mesure où elle est accompagnée dans un milieu protégé ?
- La personne étant accompagnée dans un cadre de vie protégée, jusqu'où notre responsabilité est-elle engagée dans la situation d'un enfant à naître ?
- Quelles attitudes éducatives adopter face à la contraception ?

Face à cette situation, l'équipe pluridisciplinaire se trouve dans une position complexe. Elle souhaite garantir les droits fondamentaux des personnes accompagnées, notamment en matière de vie affective et sexuelle, tout en assurant un accompagnement éthique (respect du droit des personnes et de l'enfant), respectueux, et protecteur (devoir de protection). L'équipe se questionne sur les limites de l'accompagnement institutionnel dans un projet de parentalité ainsi que sur la notion de consentement éclairé dans ce contexte de vulnérabilité.

Une prise de contact a été lancée avec une spécialiste de la vie intime et sexuelle. Un rdv avec une sage-femme Handigynéco a été programmé.

- Depuis le début de l'accompagnement du couple par la spécialiste, le projet de parentalité a été suspendu momentanément.
  - Madame a rencontré la sage-femme et bénéficie d'un implant contraceptif.
  - Madame est toujours dans l'idée d'avoir un mari, une maison etc... Projet de vie très défini pour elle.
  - La tutelle pense que Madame est en capacité de comprendre et d'éventuellement avoir un enfant.
  - Le travail sur la parentalité et les responsabilités ont été expliqués à Madame et Monsieur. Monsieur est plus conscient de l'engagement de la parentalité et des responsabilités qui en découlent. Une prise de conscience majeure de Monsieur a permis de mettre en suspens pour le moment son envie d'enfant.
- Sa mère est tutrice et a été associée aux réflexions.

### Complément juridique apporté par Mme Lainé, juriste et formatrice à l'ITES

#### **Dilemme éthique au regard du droit : Droits fondamentaux VS Réalité**

- Droits fondamentaux : absence de levier, le désir de la jeune femme est un droit fondamental

- ▶ La tutelle n'empêche pas d'exercer l'autorité parentale, elle n'a pas de regard sur ce qui est du droit personnel, droit de la famille.

Ici l'obligation serait de faire un signalement de situation préoccupante pour l'enfant à naître, afin qu'une évaluation soit faite le moment venu. Probablement, l'enfant serait retiré à la naissance. Pas de possibilité d'accueillir un enfant en FDV et pas de possibilité pour Mme de vivre en autonomie.

- ▶ Protection de l'enfance :

Assure stabilité et sécurité pour l'enfant à venir en recherchant un aménagement de l'autorité parentale avec placement en accueil familial et droit de visite.

Ici l'accompagnement éducatif reste le premier levier, expliquer les conséquences, notamment qu'il y a très peu de chance qu'elle puisse sortir de la maternité avec son nourrisson. Une mise en situation est insuffisante, elle pourrait nourrir le principe de réalité (faire croire que la parentalité est possible) car le droit s'impose.

- ▶ La responsabilité de l'équipe se situerait plus au niveau de la communication avec la famille ?

Le risque pour l'équipe serait de ne pas respecter les droits fondamentaux et l'obligation de sécurité pour la jeune femme (une grossesse n'est pas considérée comme une mise en danger)

- ▶ Faire le signalement de la naissance à venir
- ▶ Avant : droits de madame prime
- ▶ Après : droits de l'enfant

Article 458 du Code civil - Version en vigueur depuis le 01 janvier 2009

Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 7 () JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1er janvier 2009

- ▶ Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée.
- ▶ Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

En s'éloignant un peu de cette situation, une précision s'impose, un tuteur pourrait consentir à la prescription d'un contraceptif si la décision du juge des tutelles concerne les décisions

patrimoniales et les décisions personnelles (art. 459 du code civil) et en prenant en compte l'avis exprimé par la personne sous tutelle (Art. L1111-4 du code de la santé publique). Cela suppose d'avoir connaissance du jugement.

Par ailleurs dans les cas de tutelle, lorsque « l'altération des facultés mentales constitue un handicap » et qu'il « existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement », une stérilisation à visée contraceptive peut être pratiquée après autorisation du juge des tutelles et « après avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées » (Article L2123-2 du code de la santé publique).

### **Retour d'expérience apporté par Mme V., éducatrice spécialisée invitée**

Mme V. a accompagné plusieurs couples dans des désirs de parentalités, notamment un couple qui avait déjà des enfants placés (d'une autre union) et qui avait le souhait d'un enfant. La dame a mené sa grossesse à son terme. L'enfant lui a été retiré à la maternité.

Ce qui a été mis en place : un référent par personne, des entretiens individuels et de couple. L'homme avait déjà eu un enfant placé, cela avait été très traumatisant. La femme ne voulait pas aborder le sujet, elle a rompu le lien avec le service. Lui a fini par la quitter car l'idée de revivre une naissance et un placement était insupportable.

Mme V. nous relate également la situation d'une dame, qui a caché sa grossesse jusqu'au huitième mois, par crainte des réactions. Elle n'a donc eu aucun suivi de grossesse. Suite à l'accouchement, elle s'est installée en centre mère-enfant. Le père a choisi de partir très rapidement car la situation l'angoissait trop. Le bébé a rapidement été placé. Depuis, Mme vit une parentalité investie et apaisée avec son fils et la famille d'accueil. Le père renoue depuis peu avec son fils.

Enfin, Mme V. a accompagné, une situation où la femme a pu garder son enfant. L'équipe a beaucoup soutenu et rechercher des solutions d'étayage, notamment dans le champ associatif. C'est très difficile de trouver ces partenaires et tous les départements ne sont pas dotés des mêmes services. Dans cette situation, il fallait toujours étayer davantage. Finalement l'enfant a été placé, cela a été très douloureux, vécu comme une trahison par le couple.

Ces situations sont différentes de celle pour laquelle le comité d'éthique est réuni dans le sens où les personnes vivaient en logement autonome. La question de l'hébergement ne venait pas s'ajouter à celle de la capacité à élever un enfant. De plus leurs déficiences intellectuelles étaient légères.

**Voici les différents axes de notre réflexion**

**La parole des personnes accompagnées**

Les personnes de la PPA mettent en évidence une conscience des réalités et des contraintes liées à la parentalité :

- Impossibilité à vivre en FDV avec un enfant en raison du règlement et de la cohabitation.
- Le travail (argent) et le logement autonome sont nécessaires.
- Gérer et assumer les soins, les crises peuvent être difficiles. Des situations horribles sont relatées dans les journaux suite à des difficultés à assumer sa fatigue et sa nervosité.

La question de la capabilité est centrale, ainsi que l’aval du professionnel éducatif, perçu comme sachant.

Mais un sentiment d’injustice face à certaines décisions est pointé :

- Des enfants sont retirés à leurs parents suite à des dénonciations alors que les parents les aiment et s’en occupent.
- L’enfant à naître a une existence, qui devrait être reconnue.

Des propositions pour répondre au désir de parentalité ou de famille sont proposées par la PPA:

- S’occuper de ses neveux et de vivre avec sa copine permettrait peut-être d’avoir les bons côtés sans les contraintes. Sans vivre les séparations ni risquer la sécurité de l’enfant.
- Le placement en accueil familial avec des visites régulières.

**La stérilisation versus éducation à la vie intime et affective**

La stérilisation des femmes atteintes de TDI a longtemps été pratiquée sans consentement, et parfois même à l’insu des personnes concernées. À cette époque, la logique de protection primait largement sur le respect de l’autonomie individuelle. Dans ce contexte, les questions liées à la maternité, à la paternité ou encore au désir d’enfant n’étaient ni abordées ni même envisagées au sein des structures d’accompagnement.

Aujourd’hui encore, on constate chez ces adultes un manque d’éducation à la vie intime, affective et sexuelle. Une évolution semble toutefois s’amorcer pour les générations plus

jeunes, davantage sensibilisées à ces enjeux. Néanmoins, la question du désir d'enfant et de l'accès à la parentalité demeure complexe et insuffisamment accompagnée.

Par ailleurs, la stérilisation fait désormais l'objet d'un encadrement juridique strict, rendant impossible les pratiques d'autrefois.

## Le désir d'enfant

Le désir d'enfant et le désir de parentalité doivent être distingués. En effet, les structures d'accueil sont principalement conçues pour accompagner l'exercice de la parentalité. Pourtant, les dispositifs mère-enfant restent encore peu familiarisés avec les situations de handicap. Dès lors, une question demeure : au sein des institutions, qui accompagne réellement le désir d'enfant ?

Cette absence de prise en compte peut conduire à des formes de discrimination, en considérant la personne en situation de handicap comme incapable d'élever et de protéger un enfant, au motif de sa propre vulnérabilité. Si l'évaluation des capacités réelles est nécessaire, elle n'en reste pas moins complexe. Être parent ne se réduit ni à l'amour porté à l'enfant, ni aux gestes de soins du quotidien. La parentalité s'apprend dans la relation avec l'enfant, au fil du temps, et s'inscrit dans un processus de maturation.

Ainsi, le désir d'enfant peut être envisagé comme un moteur essentiel de cette maturation parentale.

## Les places de chacun dans l'accompagnement du désir d'enfant à la parentalité

La question de la place en foyer de vie est centrale, car l'arrivée d'un enfant impliquerait nécessairement un changement de lieu de vie. En effet, un foyer de vie ne dispose pas d'agrément pour accueillir un enfant. Si cette réalité peut être expliquée, elle ne répond pas pour autant à la question du désir de maternité. Un tel projet pourrait alors s'inscrire dans un projet individualisé d'accompagnement, avec différentes étapes, dont celle de quitter le foyer de vie.

La place du père soulève également des difficultés, notamment lorsqu'on sait qu'il n'a généralement pas sa place au sein des structures mère-enfant. Ainsi, pour un couple souhaitant vivre ensemble avec leur enfant dans un environnement soutenant, les possibilités apparaissent aujourd'hui très limitées.

Si la vie peut être complexe pour chacun, elle l'est souvent davantage encore en situation de handicap. Trop souvent, les peurs sont anticipées, et une forme d'incapacité est attribuée avant même d'avoir évalué, soutenu et accompagné. Or, la société a pour

responsabilité de compenser le handicap : c'est un droit. Pourtant, dans ces situations, certains biais persistent et empêchent les futurs parents de se révéler, tout comme ils limitent les perspectives d'avenir pour l'enfant. Il en résulte parfois des parcours institutionnels marqués par une incapacité présumée, ces croyances limitantes peuvent s'apparenter à une forme d'eugénisme inconscient.

Reste alors la place essentielle des familles, et notamment des grands-parents, souvent soutien indéfectible. Là où les professionnels se succèdent, les familles demeurent. Dans ces situations, les grands-parents constituent un repère affectif stable et peuvent, dans certains cas, devenir accueillants familiaux de l'enfant, participant ainsi concrètement à son éducation. Cette organisation doit être encadrée juridiquement afin que chacun trouve sa juste place. Elle permettrait aux parents de maintenir un lien étroit avec leur enfant, tout en garantissant un cadre sécurisant, respectueux de leur culture familiale et favorable au développement de l'enfant. D'autres choix peuvent exister, mais ce soutien familial reste central et appelle une véritable co-construction des accompagnements.

## 2 postures : à travers du prisme de l'enfant à naître ou celui de la personne accompagnée

La vulnérabilité de chacun est ici au premier plan : celle des futurs parents, comme celle de l'enfant à venir. Mais cette vulnérabilité ne renvoie-t-elle pas aussi à notre propre difficulté à accueillir ce désir d'enfant et à l'accompagner ? Une forme de vulnérabilité collective, en quelque sorte.

Il n'existe pas de réponse toute faite : tout repose sur la construction d'une relation de confiance. Or, au moment de l'annonce d'une grossesse, une parole maladroite peut fragiliser, voire rompre ce lien. Le risque est alors majeur : celui de laisser ces vulnérabilités sans accompagnement — qu'il s'agisse de l'homme, de la femme en situation de TDI, du père, de la mère, de l'enfant à naître ou du bébé. Chacun a besoin d'un soutien spécifique, ajusté à sa situation.

Face à cette complexité, la tentation peut être d'éclipser la joie de la grossesse. Au lieu de reconnaître et de valoriser cet événement, les difficultés à venir sont parfois mises en avant d'emblée, allant jusqu'à évoquer une interruption de grossesse sans prendre le temps de considérer la singularité de chaque situation. Pourtant, les futurs parents disposent aussi de compétences et de ressources qu'il convient de reconnaître et de soutenir.

De la même manière, retirer un enfant à la naissance constitue une expérience d'une grande violence, d'autant plus lorsque cet enfant est désiré et déjà investi affectivement. Le lien qui se construit pourrait être une ressource précieuse. Il appartient donc aux services de réfléchir aux aménagements possibles, aux soutiens à mettre en place, et de se donner le temps d'observer et d'évaluer. Si un placement s'avère nécessaire, il doit alors s'inscrire dans une démarche profondément bienveillante, respectueuse des personnes et de leurs liens.

## Point de vue de la philosophe

Face à la singularité de cette situation, il nous paraît d'abord essentiel de délimiter la question éthique :

- Est-ce la question du désir d'enfant et de son expression qui est en jeu ? Cette question nous confronte nécessairement à une manière d'accompagner la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap mais aussi ce qui peut advenir autour d'un projet de parentalité
- Est-ce la question relative à une manière jugée comme la plus opportune possible pour accompagner une personne ou un couple dans son désir d'enfant ?\_ Cette question renvoie à une forme de défi éthique posé à la société
- Est-ce une question sociétale ? Cette question renvoie au lien avec une démocratisation de la contraception et donc l'avènement du droit effectif à une vie affective et sexuelle, la sexualité et la procréation étant désormais séparés
- Est-ce une question existentielle ? Cette question renvoie à la récurrence d'une société de l'individu autonome qui s'épanouit dans son existence à travers les projets qu'il a la volonté de mettre en œuvre

En écho à ces questionnements, il s'agit de s'emparer d'une situation toujours singulière dans laquelle les professionnels ne maîtrisent pas toujours les aléas du désir de la personne alors dans une situation inédite de devoir soumettre à un tiers son désir d'enfant pour pouvoir être aidée à transformer son désir en réalité. Demande de permission, d'aide et de légitimité mais surtout expression d'un manque vécu comme une souffrance, lesquelles pourraient être des perspectives de réflexion.

Afin d'interroger l'ensemble des valeurs auxquelles nous renvoient cette saisine, il nous paraît essentiel de valoriser notre démarche autour d'une éthique appliquée laquelle nous invite à reconsidérer l'ensemble des politiques sociales à l'égard des personnes en situation de handicap, à nous confronter aux dérives possibles d'une forme d'eugénisme et à la tentation de prendre comme support de pensée uniquement la part d'incapacité de la personne qui viendrait alors légitimer une limite voire une interdiction alors que le désir de parentalité renvoie aussi au fait de se sentir digne de transmettre la vie.

Pour les professionnels qui incarnent une démarche de réflexion éthique, c'est donc, de manière essentielle, accepter de s'interroger sur la notion de capabilité (largement déployée par Paul RICOEUR) qui apparaît comme un horizon nécessaire là où l'incapacité de la personne en situation de handicap sous-tend le risque de fermer à tout débat possible.

Il apparaît aussi essentiel de s'interroger ensemble sur la question non pas seulement du désir d'enfant mais aussi du désir, au sens existentiel. Si le désir d'une personne en situation de handicap est encore une notion peu traitée aujourd'hui, elle a pourtant toute sa légitimité dans la mesure où elle s'inscrit à la fois de l'intimité de la personne mais aussi dans la manière de faire de la réflexion éthique le gage d'une liberté individuelle, engageant les professionnels à garantir le respect des principes de vie privée, de dignité et d'intimité.

Aux vues de l'impact idéologique des conceptions du handicap dans l'histoire de l'humanité et de la manière dont le handicap est encore perçu aujourd'hui, l'expression d'un désir d'enfant renvoie toujours les professionnels à des craintes qui s'expriment en particulier sur

la transmission du handicap, le pronostic ou la difformité. Dans un contexte encore marqué par le bio-pouvoir (dont parle très largement Michel FOUCAULT) qui renvoie à une forme de contrôle sur les corps toujours opérant aujourd'hui, la frontière entre éthique et morale est parfois poreuse. Là où un fantasme de sécurité absolue pourrait apparaître comme un point de convergence entre les professionnels, il apparaît essentiel de réfléchir au risque réellement encouru par la personne en situation de handicap afin de ne pas instrumentaliser l'expression de son désir et en faire l'objet d'un dialogue, en écho à une éthique relationnelle marquée par la capacité de toutes les personnes accueillies à se raconter.

C'est donc privilégier une approche contextualisée plutôt qu'universalisée en passant en revue les notions les plus souvent utilisées dans le questionnement éthique et les confronter à une réalité toujours singulière.

Ainsi, autour de l'égalité : cette notion, souvent érigée en but, garant du bien recherché, invite plutôt les professionnels à la nécessité d'ériger des zones de liberté par rapport à ce principe. Cela ouvre à un dialogue entre l'expérience du handicap de la personne et la figure de normalité que représente le professionnel. C'est donc entamer un dialogue autour des capacités et incapacités à pouvoir imaginer les implications concrètes de l'accueil d'un enfant, en dehors d'une réponse type ou de critères de validation de la part du professionnel. C'est considérer que la personne nous questionne et nous répond depuis le lieu intime de son identité, en écho à l'intime du professionnel.

Autour du consentement : cette notion a une valeur sémantique claire tout en bénéficiant d'une reconnaissance juridique bien établie. Pour autant, dans un contexte où l'expression peut être entravée, les professionnels auront à s'interroger sur la singularité de la personne avant même le manque auquel renvoie son handicap.

Autour de la dignité : cette notion revêt un aspect particulier dans le champ du handicap alors qu'elle est de nature ontologique et renvoie avant tout à la condition humaine. Ainsi, les professionnels auront à dépasser le fait que la dignité d'une personne n'est pas seulement un attribut mais bien un statut existentiel qui les engage au quotidien vis-à-vis des personnes accompagnées. Dans ce sens, l'accompagnement à l'expression d'un désir d'enfant peut donc être considéré comme un moyen et la personne comme une fin.

Autour de l'autonomie : cette notion renvoie à l'intérêt d'accompagnement un être en vue de lui permettre d'accéder à son propre désir, c'est-à-dire entretenir un rapport authentique avec lui-même en l'aidant à construire ses propres représentations et attentes sur cette question du désir d'enfant tout en l'informant du cadre institutionnel dans lequel il pourrait se déployer.

Pour conclure, il s'agit de se dire que la posture éthique ne peut être que celle d'une recherche d'accompagnement ajusté, travaillant la nuance et le respect de la personne. Entre idéalisation niant le handicap et terreur sécuritaire niant la personne, une certaine nuance éthique peut nous aider à trouver une posture de compromis. Cette dernière peut avoir comme objectif de garantir le vivre-bien sans mettre en péril le vivre-ensemble (Lucas BEMBEN et Laetitia KAISSER).

## Avis du Comité d'éthique

L'éducation à la vie affective, intime et sexuelle (VAIS) apparaît comme un véritable tournant dans l'accompagnement de ces situations, y compris dans ce type de projet de vie. Accorder du temps à la personne pour réfléchir et mûrir son projet de parentalité semble essentiel. Il est parfois nécessaire de faire confiance, malgré les incertitudes.

Vivre avec un handicap peut être difficile, tout comme peuvent l'être les expériences de retrait d'enfant ou les troubles du quotidien liés à la parentalité, comme les réveils nocturnes. Dans ce contexte, la famille au sens large prend toute son importance et peut constituer un appui fondamental.

Par ailleurs, le fait de ne plus recourir à la stérilisation ouvre un droit à la procréation, qui ne doit pas devenir un leurre, ni être remplacé par des dispositifs implicites ou par une culture de l'« incapacité à être parent ».

L'accompagnement d'un projet de parentalité chez des personnes en situation de déficience intellectuelle soulève ainsi une question éthique profondément complexe, à la croisée de dimensions individuelles, professionnelles, sociétales et existentielles. Il ne s'agit pas seulement de répondre à un désir d'enfant, mais de reconnaître une personne dans sa capacité à se projeter, à exister et à construire du sens à sa vie.

Si l'histoire a longtemps été marquée par des pratiques de contrôle et de privation de liberté, l'évolution des cadres législatifs et des réflexions éthiques invite aujourd'hui à reconnaître pleinement la dignité et la capacité de désir des personnes accompagnées. Toutefois, la vulnérabilité des futurs parents et celle de l'enfant à naître imposent de dépasser une opposition binaire entre autoriser et interdire.

Comme le suggèrent différentes approches philosophiques — de l'autonomie chez Kant, à la notion de « vie bonne » chez Aristote, jusqu'à la responsabilité envers autrui chez Lévinas — il s'agit plutôt de construire une éthique de la relation, fondée sur l'écoute, la reconnaissance et la responsabilité partagée.

Ainsi, le rôle des professionnels ne consiste ni à décider à la place de la personne, ni à s'en désengager, mais à accompagner avec justesse, en soutenant les capacités, en évaluant les besoins et en sécurisant les parcours. Cette posture suppose d'accepter l'incertitude, d'interroger ses propres représentations et de s'inscrire dans une dynamique de co-responsabilité.

En définitive, l'enjeu éthique ne réside pas dans un choix tranché entre liberté et protection, mais dans la recherche d'un équilibre vivant entre les deux, au service d'un accompagnement respectueux de la personne et de sa famille, protecteur pour l'enfant et porteur de sens pour les professionnels.

**Nous remercions Vincent BRAULT, documentaliste, pour ses recherches documentaires.**

### **Bibliographie**

1. Recommander les bonnes pratiques, fiche : Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte en situation de handicap, Haute Autorité de santé, Validée par le Collège le 11 janvier 2024.
2. Sabine CHATROUSSAT, « *Comprendre la parentalité des personnes déficientes intellectuelles pour mieux l'accompagner* », Les cahiers de l'actif n°464/467, pp.219-231.
3. Patrick HAMILLE, « *Médiation et reconsidération de l'altérité ; entre être et permettre – parent avec une déficience intellectuelle* », Les cahiers de l'actif n°294/295, pp. 183-200.
4. Fabien SOYEZ, *Parents à part entière, au-delà des préjugés*, TSA n°52, mai 2014, pp. 24-26.

### **Dates des séances de travail**

- Avec le comité restreint : 15/04/2026 et 20/05/2026
- En séance plénière : 25/06/2026 (Guipavas)