



# Parentalités et handicaps

## 7 priorités pour une égalité réelle

Paris, le 15 mai 2026

### 1. Introduction

La vie familiale et la parentalité constituent des dimensions essentielles de la dignité humaine et du bien-être social. Pour les personnes en situation de handicap, ces droits, pourtant reconnus par les textes internationaux et nationaux, demeurent largement théoriques. L'accès effectif à la parentalité reste entravé par des représentations négatives, des discriminations systémiques et des carences structurelles dans les dispositifs d'accompagnement.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), ratifiée par la France, reconnaît expressément, à son article 23, le droit des personnes en situation de handicap de fonder une famille et d'exercer leurs responsabilités parentales, dans des conditions d'égalité avec les autres citoyens. Le Code civil et le Code de l'action sociale et des familles rappellent le respect de la vie privée, de la vie familiale et du libre exercice de la parentalité, y compris pour les personnes hébergées ou accompagnées par des services médico-sociaux.

Cependant, la traduction concrète de ces droits reste très inégale. Trop souvent, la parentalité des personnes handicapées est perçue à travers un prisme de doute ou de suspicion, alimenté par une méconnaissance des réalités de vie et une insuffisante formation des professionnels. Les dispositifs de soutien sont fragmentés, sous-financés, et peinent à s'articuler avec le droit commun.

La présente note vise à dresser les principaux constats observés dans le champ de la parentalité des personnes en situation de handicap, et à formuler des recommandations opérationnelles pour garantir l'effectivité de leurs droits, dans une logique d'égalité, d'autonomie et de responsabilité.

## 2. Constats

### 2.1 – Un cadre juridique reconnu mais inégalement appliqué

2.1.1. Le socle normatif existe : la CIDPH, la stratégie nationale de santé sexuelle, les circulaires relatives à la vie intime et affective, les 1000 premiers jours, ou encore la création de la PCH Parentalité ont posé des principes clairs. Pourtant, leur mise en œuvre effective repose encore trop souvent sur la bonne volonté des acteurs locaux.

2.1.2. Les politiques publiques ne disposent pas d'un cadre de gouvernance unifié sur la parentalité des personnes en situation de handicap. Les missions relèvent de multiples ministères (santé, solidarité, justice, enfance, éducation) et d'échelons territoriaux divers (commune, département, région...), sans articulation claire. Cette fragmentation empêche la cohérence des actions et produit des inégalités territoriales majeures.

2.1.3. Les circulaires et recommandations, notamment celle de juillet 2021 sur la vie intime et affective, n'ont pas de valeur contraignante. Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne sont pas légalement tenus de les appliquer, ce qui conduit à une mise en œuvre aléatoire selon les directions et les régions.

2.1.4. Enfin, les évaluations des établissements, y compris celles menées par la Haute Autorité de Santé (HAS), intègrent peu de critères relatifs à la vie familiale ou à la parentalité. Cette absence de référentiel opposable entretient une invisibilisation structurelle.

### 2.2 – Une approche institutionnelle encore marquée par la suspicion

2.2.1. Les représentations sociales du handicap continuent de peser lourdement sur l'exercice de la parentalité. De nombreux professionnels, qu'ils soient du médico-social, de la santé, de la justice ou de la protection de l'enfance, associent encore handicap et incapacité parentale. Cette perception erronée conduit à des pratiques discriminatoires.

2.2.2. Des décisions de placement d'enfants sont parfois prises sur la base d'une évaluation incomplète ou biaisée des capacités parentales. Les magistrats et les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) méconnaissent souvent les compensations et soutiens possibles, aboutissant à des mesures injustifiées.

2.2.3. Les parents concernés témoignent d'un climat de suspicion constante : visites intrusives, contrôle disproportionné, injonctions paradoxales entre autonomie et dépendance à l'aide humaine. Cette défiance institutionnelle produit un effet dissuasif et fragilise la confiance envers les institutions.

2.2.4. La parentalité est ainsi souvent tolérée plutôt que reconnue. L'idée d'un "risque pour l'enfant" domine sur celle d'une "liberté pour le parent". Ce déséquilibre structurel doit être corrigé par un changement profond de culture professionnelle.

## **2.3 – Des dispositifs de soutien fragmentés et sous-financés**

2.3.1. Plusieurs initiatives ont démontré leur pertinence, notamment les centres Intimagir, les Cap Parents ou encore Handigynéco. Ces dispositifs favorisent l'accès à l'information, à la prévention, et au soutien à la vie affective, sexuelle et parentale.

2.3.2. Toutefois, leur financement demeure inégal d'une région à l'autre, souvent instable et globalement insuffisant. Les montants alloués ne sont pas toujours cohérents avec la taille ou les besoins réels des territoires. La plupart de ces dispositifs reposent sur des crédits limités, sans garantie de pérennité ni capacité à assurer une couverture nationale. Il en résulte l'existence de véritables "zones blanches", où aucun dispositif n'est disponible.

2.3.3. L'articulation entre dispositifs spécialisés et services de droit commun est insuffisante. Les parents en situation de handicap se trouvent souvent ballottés entre plusieurs interlocuteurs sans coordination : MDPH, CAF, ASE, PMI, services sociaux, établissements de santé. L'absence d'un guichet unique complexifie les démarches et augmente la charge mentale, de plus nous notons que depuis la création des Cap 'parents et de la PCH parentalité, de nombreux services de droit commun se défont de façon illégitime sur les services de Droits spécifiques.

2.3.4. Enfin, la participation des personnes en situation de handicap (à travers la gouvernance, l'animation, la formation, le soutien par les pairs), pourtant reconnue comme levier d'empowerment et d'efficacité, n'est pas suffisamment structuré ni financé. Les initiatives existantes reposent sur l'engagement individuel et sont rarement reconnues par les autorités.

## **2.4 – Une inégalité d'accès aux soins, à la formation et aux ressources**

2.4.1. L'accès aux soins en santé sexuelle, reproductive et pédiatrique reste difficile. Les structures ordinaires (centres de planification, CeGIDD, maternités, crèches, hôpitaux) sont souvent inaccessibles, tant physiquement que dans leurs équipements et pratiques.

2.4.2. Les professionnels de santé, de la petite enfance et du médico-social manquent de formation sur le handicap et la parentalité. Beaucoup ignorent les ressources disponibles ou adoptent des postures paternalistes, parfois intrusives.

2.4.3. Les outils administratifs (formulaires, sites, procédures MDPH) ne sont pas toujours accessibles. Les délais de traitement des droits PCH, notamment lors d'une grossesse, peuvent priver les parents d'une aide au moment où elle est la plus nécessaire.

## **2.5 – Une gouvernance insuffisamment participative**

2.5.1. Les personnes concernées sont rarement associées aux décisions les concernant, qu'il s'agisse de leur accompagnement ou des politiques publiques. Leur expertise d'usage est encore trop peu valorisée.

2.5.2. Les comités de suivi, groupes de travail et formations sont majoritairement animés par des professionnels, sans co-construction avec les parents ou futurs parents en situation de handicap. Ils pâtissent de l'absence d'un statut clair

2.5.3. Les dispositifs de pair-accompagnement, de médiation et de représentation des usagers sont sous-dotés, bien qu'ils constituent des leviers puissants de transformation culturelle et de prévention des ruptures.

2.5.4. Cette absence de gouvernance partagée contribue à maintenir un rapport vertical entre institutions et personnes concernées, au détriment de la confiance, de la pertinence des dispositifs et de la qualité de l'accompagnement.

## 3. Recommandations

### 3.1 – Garantir l'effectivité du droit à la parentalité

3.1.1. Rendre juridiquement opposable la circulaire de juillet 2021 sur la vie intime, affective et sexuelle, et l'élargir aux dimensions familiales et parentales.

3.1.2. Créer, dans chaque établissement médico-social, une charte "Vie intime, affective et parentale", élaborée avec les personnes accompagnées, précisant les droits, les soutiens disponibles et les règles de respect de l'intimité.

3.1.3. Intégrer explicitement la notion de respect de la vie intime affective et sexuelle ainsi que de la vie familiale dans les critères d'évaluation des établissements (HAS) et conditionner les autorisations de fonctionnement à l'existence d'une politique interne sur la parentalité.

3.1.4. Faire appliquer le principe de non-discrimination parentale de la CIDPH dans les pratiques judiciaires et administratives : aucune mesure de placement ne doit être motivée par le seul fait du handicap d'un ou des parent(s).

### 3.2 – Sécuriser les parcours parentaux et prévenir les placements injustifiés

3.2.1. Former systématiquement les magistrats, juges des enfants, et personnels de l'ASE à la compréhension du handicap, aux dispositifs de soutien existants et à l'évaluation non-discriminante des capacités parentales.

3.2.2. Créer un référent "handicap et parentalité" dans chaque service de l'ASE, chargé d'accompagner les équipes dans la compréhension des situations et de garantir le respect des droits procéduraux.

3.2.3. Rendre obligatoire l'information accessible aux parents concernés (FALC, audio, LSF) et instaurer un droit à l'accompagnement renforcé lors des procédures de placement.

### **3.3 – Adapter et individualiser la PCH Parentalité**

3.3.1. Supprimer le caractère forfaitaire de la PCH Parentalité et individualiser son montant en fonction du nombre d'enfants et des besoins réels.

3.3.2. Étendre la durée de la PCH Parentalité au-delà des sept ans de l'enfant, pour tenir compte des besoins évolutifs liés à la scolarité et à la croissance.

3.3.3. Ouvrir le droit à la PCH Parentalité dès le septième mois de grossesse, à l'instar des aides de droit commun, avec une instruction accélérée des dossiers MDPH.

3.3.4. Prévoir des dispositifs spécifiques pour les foyers dans lesquels les deux parents sont en situation de handicap, afin de simplifier les démarches et mutualiser les adaptations nécessaires (logement, véhicule, matériel).

### **3.4 – Intégrer les parents en situation de handicap dans les dispositifs de droit commun**

3.4.1. Former les professionnels des crèches, PMI, CAF, hôpitaux, éducation nationale et services sociaux à l'accueil et à l'accompagnement des parents en situation de handicap. Ces formations doivent être coconstruites et coanimées par des personnes concernées.

3.4.2. Créer dans chaque territoire une coordination entre les dispositifs Cap Parents, Intimagir et les services de droit commun, afin d'assurer la continuité des accompagnements.

3.4.3. Garantir l'accueil des enfants lorsque les parents sont hospitalisés ou hébergés en établissement, en aménageant des espaces familiaux adaptés.

3.4.4. Mieux articuler les dispositifs de soutien (CAF, MDPH, ASE, Éducation nationale, REAAP) pour que les parents soient reconnus comme "premiers éducateurs" de leurs enfants, y compris lorsqu'ils nécessitent un accompagnement.

### **3.5 – Renforcer l'offre de soutien et d'accompagnement**

3.5.1. Garantir un financement pérenne, à hauteur des attentes et pluriannuel pour les structures Cap Parents, Intimagir, Handigynéco et dispositifs apparentés, afin d'assurer leur stabilité et leur montée en charge.

3.5.2. Étendre leur déploiement territorial pour supprimer les inégalités d'accès. Aucun département ne doit rester dépourvu de ressources dédiées à la parentalité et à la vie intime des personnes en situation de handicap.

3.5.3. Développer des dispositifs de soutien par les pairs, avec un cadre statutaire et des financements dédiés à la formation et à la reconnaissance de ces pairs accompagnants.

3.5.4. Favoriser la coopération interassociative et la mutualisation des compétences entre structures spécialisées, établissements médico-sociaux et services de droit commun.

### **3.6 – Assurer une gouvernance partagée et participative**

3.6.1. Garantir la participation effective des personnes concernées à toutes les instances de pilotage, de suivi et d'évaluation des politiques publiques liées à la parentalité et au handicap.

3.6.2. Valoriser les savoirs expérientiels dans la conception des guides méthodologiques, des formations professionnelles et des outils d'évaluation.

### **3.7 – Transformer les représentations et former tous les acteurs**

3.7.1 Intégrer un module obligatoire sur la vie intime, affective et parentale des personnes en situation de handicap dans les formations initiales et continues (médecins, travailleurs sociaux, magistrats, enseignants...).

3.7.2 Financer des campagnes nationales de sensibilisation pour déconstruire les stéréotypes.

3.7.3 Soutenir la recherche et la documentation sur les pratiques innovantes en ce domaine.

## **4. Conclusion**

Le droit à la parentalité des personnes en situation de handicap est un droit fondamental, inscrit dans la CIDPH, mais encore largement théorique dans son effectivité. L'analyse des dispositifs actuels montre que les freins ne relèvent pas d'un manque de volonté individuelle, mais d'une architecture institutionnelle inachevée et d'une culture professionnelle à transformer.

Les constats partagés ici montrent que la parentalité des personnes en situation de handicap ne saurait être réduite à une problématique médico-sociale. Elle relève d'un enjeu de société, d'égalité et de démocratie. L'accès à la parentalité, comme l'accès à l'emploi ou à l'éducation, doit être garanti par des politiques publiques lisibles, coordonnées et dotées de moyens.

La mise en œuvre des recommandations proposées suppose un pilotage interministériel fort, associant les ministères de la Santé, de la Solidarité, de la Justice, de l'Éducation nationale et des Collectivités territoriales, ainsi qu'une gouvernance partagée avec les associations et les personnes concernées.

La transformation culturelle à opérer est majeure : il s'agit de passer d'une logique de tolérance à une logique de droit effectif, de sortir du contrôle pour entrer dans la confiance, de substituer au doute la reconnaissance pleine et entière de la capacité des personnes à aimer, à éduquer et à transmettre.

Le temps est venu de reconnaître que les personnes en situation de handicap ne demandent pas des droits nouveaux, mais l'accès réel à ceux qui leur appartiennent déjà. Leur parentalité n'est pas une exception à accompagner, c'est une égalité à garantir.