

Pierre Brasseur (2021), Handicap, Dans Encyclopédie critique du genre, pp. 340 à 354

Le « handicap » est une question nouvelle pour les sciences sociales françaises qui s'intéressent au genre et à la sexualité. Elle n'est apparue que très récemment dans des ouvrages de synthèse, comme le *Dictionnaire des sexualités* [Mossuz-Lavau, 2014]. Il faut attendre *Introduction à la sociologie du handicap* [Ville, Ravaud et Fillion, 2014] pour qu'un ouvrage de synthèse français s'intéresse frontalement à la question de la « vie affective, sexuelle et familiale des personnes handicapées » [p. 175]. Le constat est différent pour les sciences sociales anglophones, qui ont largement documenté la question de la sexualité et du genre depuis les années 1990 et se sont donc penchées sur ses intersections avec le handicap. Ainsi, l'*Encyclopaedia of Disability* [Albrecht, 2006] consacre plusieurs entrées au sida, au féminisme, aux liens avec la théorie queer, au mariage ou encore à l'industrie du sexe et des *sex therapies*. La plupart des encyclopédies et dictionnaires anglophones sur le genre et la sexualité – par exemple *The Encyclopaedia of Sex and Gender* [Malti-Douglas, 2007], *Encyclopaedia of Gender and Society* [O'Brien, 2009] ou *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies* [Naples, 2015] – comportent des notices sur la *feminist disability theory*, la sexualité des personnes en situation de handicap ou encore la fétichisation du handicap [voir aussi McRuer et Mollow, 2012].

Pour cette contribution, nous privilégions une répartition thématique, en abordant dans un premier temps les intersections entre handicap et genre, puis celles entre handicap et sexualité, tout en s'intéressant à l'articulation de ces différents champs d'analyse. Ces travaux se situent, pour leur quasi-totalité, dans la perspective des *disability studies* (les études sur le handicap), à savoir un mouvement militant, politique et scientifique en faveur d'un passage du modèle médical du handicap (dominant dans le champ de la santé et du handicap dans les années 1970-1980) vers un modèle social du handicap.

Le genre du handicap

Les femmes déclarent plus souvent des déficiences que les hommes (42,2 % contre 38,3 %) [Ravaud et Ville, 2003]. Plus précisément, elles ont plus souvent des déficiences motrices et mentales, bien que le rapport s'inverse pour les déficiences sensorielles (comme les déficiences auditives). Au sein de chacune de ces grandes catégories, certaines déficiences ou pathologies sont davantage citées par les hommes ou les femmes. Par exemple, on constate dans l'enquête de l'Insee *Handicap, Incapacité, Dépendance* (HID) que les hommes déclarent

davantage de troubles du comportement ou de légers retards mentaux, et les femmes davantage de troubles dépressifs ou de désorientation spatiale. Jean-François Ravaud et Isabelle Ville [2003] expliquent ce constat par l'origine des déficiences : les hommes sont légèrement plus victimes d'accidents du travail et moins d'accidents domestiques. *A contrario*, les femmes sont surreprésentées dans les cas de déficiences liées à une maladie. Plusieurs raisons à cela : au-delà de la répartition genrée des tâches domestiques et professionnelles, la question du handicap se mêle ici à la question de la vieillesse. Les femmes meurent plus âgées et vivent plus longtemps avec une incapacité que les hommes (en France, les trois quarts des nonagénaires sont des femmes). D'autres effets du genre sont constatés sur les conditions de vie de la personne en situation de handicap : les garçons sont plus souvent scolarisés en établissements spécialisés que les filles ; les femmes en situation de handicap sont moins souvent en emploi que les femmes de la population générale et, *a fortiori*, que les hommes (handicapés ou non) ; en outre, elles sont davantage gênées dans leurs déplacements et ont moins de pratiques sportives.

Le genre du handicap est visible dans tous les aspects de la vie sociale. L'emploi par exemple. Selon plusieurs grandes institutions internationales ou nationales, comme l'Organisation mondiale de la santé [2006], les personnes handicapées ont une probabilité plus grande de ne pas travailler que les personnes valides, et sont en général moins bien rémunérées quand elles ont un emploi. Le taux d'emploi des hommes handicapés reste cependant supérieur à celui des femmes handicapées. En France, selon une enquête du Défenseur des droits [2016], le taux d'emploi des femmes est légèrement inférieur à celui des hommes (36 % contre 38 %). Autre exemple : la création d'activité est plus souvent le fait d'homme handicapé que de femme handicapée. La sociologue Anne Revillard note que cet écart peut tenir en partie au caractère genré des problèmes de santé associés au handicap : « Parmi les handicaps reconnus à l'âge adulte, ceux liés à une maladie, qui durent en moyenne quatorze ans, touchent à 62 % des femmes, alors que ceux consécutifs à un accident, qui durent trois ans en moyenne, concernent à 60 % des hommes. Or les handicaps dus à des maladies sont plus pénalisants sur l'emploi que ceux consécutifs à des accidents, notamment du fait de cet effet de durée » [2019, p. 87].

Autre exemple des effets du genre sur le handicap, la question des violences. La convention de l'ONU sur le droit des personnes handicapées reconnaît que « les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus

élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation » [Nations unies, 2006]. La sociologue Nicole Diederich relève que ces personnes sont plus vulnérables aux abus sexuels et aux rapports incestueux. Être en situation de handicap renforce donc le risque d'être victime de violences sexuelles ou de harcèlement, et plus particulièrement pour les filles ayant un polyhandicap. « Le sort d'une femme "handicapée mentale" n'est pas identique à celui d'un homme [...]. On constate les mêmes discriminations que pour la population générale mais considérablement exacerbées car une femme handicapée, surtout lorsque sa famille est inexistante ou défaillante, a très peu de valeur sociale » [Diederich, 2006, p. 89]. Les femmes en situation de handicap font aussi l'expérience des violences sexuelles et physiques sur des périodes plus longues que les femmes valides [Nosek *et al.*, 2001].

Féminisme et handicap

Cette configuration spécifique de l'expérience des personnes handicapées, notamment celle des femmes, a amené à s'interroger sur la façon dont les féminismes prenaient en charge la question du handicap. « Nous avons besoin d'une théorie féministe du handicap », affirmait Susan Wendell dès 1989 [notre traduction]. Dans un article qui mêle autobiographie et analyse théorique, elle observe que le handicap partage de nombreux points communs avec l'oppression des femmes, et notamment des injonctions corporelles très fortes.

Le constat est le même si l'on inverse la problématique : les questions féministes tendent à être passées sous silence au sein des mouvements sociaux du handicap. Comme le résume Margaret Lloyd, « les femmes handicapées ont été prises entre, d'un côté, une analyse et un mouvement dans lesquels elles étaient invisibilisées en tant que femmes, et d'un autre un mouvement dans lequel leur handicap a été ignoré ou subsumé » [Lloyd, 2001, p. 716, notre traduction]. Le lien entre féminisme et handicap a été peu discuté en France et dans la production scientifique francophone. Ainsi, Dominique Masson [2013] regrette le peu d'intérêt porté par les théoriciennes et chercheuses féministes au sujet des femmes en situation de handicap. Rosemarie Garland-Thomson [2006] déplore, elle, le manque de connaissance des théories féministes au sein des *disability studies*, mais aussi que les études féministes ne voient pas dans le handicap une identité mobilisable au même titre que l'âge, la race ou la classe. Elle appelle à l'intégration de l'« *ability/disability system* » dans les analyses féministes et la constitution de *feminist disability studies*. Les questionnements portant sur l'opposition entre sexe (biologique, « naturel ») et genre (social) pourraient ainsi croiser les

problématiques autour d'une déficience « naturelle » et d'un handicap social. Le handicap, « comme le genre, [...] est construit socialement à partir de la réalité biologique » [Wendell, 1989, p. 194, traduit par Masson, 2013, p. 113].

Cette prise en compte du handicap comme discrimination supplémentaire a été théorisée par Adrienne Asch et Michelle Fine [1985] : s'il est incontestable que les femmes et hommes handicapés ne partagent pas les mêmes opportunités de vie, on peut faire le même constat entre les femmes valides et celles en situation de handicap. Les femmes handicapées, à la différence des hommes handicapés et des femmes valides (et évidemment des hommes valides), expérimentent ce que Asch et Fine appellent l'expérience du « *rolelessness* », c'est-à-dire l'absence de rôles sociaux valorisés. Les femmes handicapées sont confrontées au sexisme, mais à la différence des femmes valides elles sont privées des potentialités de vie auxquelles ont accès ces dernières : « Il est très difficile de rejeter un rôle que vous n'avez jamais eu. Il y a une grande différence entre un mari handicapé et une conjointe handicapée. Un mari handicapé a besoin d'une femme pour s'occuper de lui, mais une femme handicapée n'est pas vue par la société comme pouvant s'occuper d'un mari qui n'est pas handicapé » [Hanna et Rogovsky, 1991, p. 56, notre traduction].

D'autres chercheuses montrent aussi que la volonté des féministes valides de se battre contre les rôles attribués traditionnellement aux femmes (mère ou femme au foyer, par exemple) amène certaines femmes en situation de handicap à se battre sur le marché de l'emploi contre les hommes, et contre les femmes valides. Pour Anita Ghai [2003], les féministes valides, en analysant l'oppression des femmes uniquement au travers du prisme de rôles genrés « traditionnels » (être femme, c'est être mère), ignorent l'oppression spécifique des femmes handicapées. Wendell [1996] montre dans un même mouvement que les approches féministes contemporaines sont traversées par le capacitisme ou le validisme – à savoir des pratiques et un environnement qui favorisent les modes de penser et de faire des valides. C'est ce que Margaret Lloyd [2011] appelle aussi la « *no win* » situation : un modèle alternatif est souhaitable, mais, s'il est créé par les valides, il y a alors un risque qu'il soit encore inaccessible aux femmes handicapées. Ce constat est encore d'actualité, comme le résume Noémie Aulombard [2019] dans une réflexion sur les mouvements militants féministes français. « Le regard, y compris des militant·es féministes, est structuré par un imaginaire validiste qui désexualise les corps handicapés » [p. 133] affirme-t-elle,

commentant les propos sur la sexualité et les violences sexuelles tenus par des féministes majoritaires.

Enfin, les *disability studies* ont contribué à un débat important dans les écrits féministes : le *care*. Des chercheurs et chercheuses travaillant sur le handicap reprochent ainsi à une partie des théoricien·ne·s du *care* (généralement non handicapé·e·s) de rendre invisibles les expériences des personnes en situation de handicap. Les théories du *care* ne prendraient pas assez en compte les situations de dépendance extrême, notamment des personnes qui ont peu d'autonomie. Certain·e·s auteurs et autrices [Finkelstein, 1998 ; Shakespeare, 2000] vont jusqu'à considérer le *care* comme une théorie de la domination des personnes en situation de handicap. Comme le résumant Myriam Winance, Aurélie Damamme et Emmanuelle Fillion dans l'introduction de deux numéros de la revue *Alter* autour de « Care et Handicap » [2015] : « Afin de mettre l'accent sur la volonté de contrôle et d'autonomie des personnes handicapées dans leur vie quotidienne, ces auteurs ont défendu la mise en œuvre d'une relation formalisée et fonctionnelle d'aide, de nature contractuelle, excluant toute dimension émotionnelle. À l'idée de *care*, ils ont opposé des termes tels que *help*, *support* ou *personal assistance*. » Jenny Moris, Tom Shakespeare et d'autres ont alors rejeté le concept de *care*, affirmant qu'il donne à voir les personnes en situation de handicap comme des êtres passifs et dépendants, matériellement et affectivement, ce qui ne favorise pas un possible *empowerment*. Aussi, ces auteurs et autrices insistent sur l'importance de laisser les personnes en situation de handicap décider ce qui est bon pour elles, ce que traduit le slogan « *Nothing about us without us* ». Ces positionnements, parfois très tranchés quant au concept de *care*, ont depuis été nuancés et discutés, notamment dans les écrits d'Eva Kittay [1999] où elle interroge la différence entre dépendance, asymétrie et domination [voir aussi Hughes *et al.*, 2005].

Une sexualité « handie » ?

Aujourd'hui, il n'y pas de mouvement d'opposition catégorique à l'exercice de la sexualité des personnes handicapées, même mentales. Nous ne sommes plus dans la situation du début du xx^e siècle où l'on prévenait l'accès à une sexualité dite normale (entendre « procréatrice ») aux « infirmes » ou aux « débiles », par peur de dégénérescence de la race [Carol, 1995]. On est peu à peu passé à un régime de tolérance, puis d'accompagnement de la sexualité des personnes en situation de handicap [Brasseur, 2016]. Ce mouvement de valorisation de l'accès à la sexualité pour les personnes handicapées ne veut pas pour autant dire que tous les obstacles ont été dépassés : la sexualité des personnes handicapées ainsi que ses

« conséquences » restent toujours extrêmement surveillées. De fait, les personnes handicapées ne sont pas des êtres asexués. Cependant, des représentations sociales négatives de leur sexualité perdurent. C'est ce qu'ont montré en 1983 Alain Giami, Chantal Humbert et Dominique Laval dans un ouvrage resté célèbre, *L'Ange et la Bête*. Dans cette étude, les représentations de la sexualité des personnes « handicapées mentales » oscillent entre deux figures extrêmes : l'ange asexué évoqué par les parents des enfants handicapés ou la bête qui ne peut contrôler sa sexualité dépeinte par les éducateurs spécialisés. Trente ans après, Lucie Nayak [2013] a mené de nouveau une enquête similaire : à partir d'entretiens avec des professionnel·le·s et des personnes en situation de handicap, la sociologue conclut que la figure de l'ange asexué disparaît au profit d'une autre représentation, celle de la personne handicapée en tant qu'individu doté de droits. En effet, la société insiste de plus en plus sur l'importance de la sexualité comme élément déterminant de la bonne santé, ce dont témoigne le développement d'une rhétorique valorisant la santé sexuelle. Cette notion est fortement mobilisée pour justifier l'activité des assistants sexuels dans de nombreux pays (voir par exemple Bahner [2016]). En France, elle est entrée en contradiction avec les idées défendues par les féministes majoritaires, en particulier dans le mouvement abolitionniste, associant la question de l'assistance sexuelle à la prostitution [Brasseur, 2017 ; voir également la notice « Prostitution »].

L'organisation institutionnelle de la sexualité des personnes en situation de handicap est une question sensible, dans un contexte français où le handicap est pris en charge par des institutions spécialisées – d'autres pays favorisent davantage la vie « en dehors ». Le cadre institutionnel rend ainsi difficile la possibilité d'avoir une vie sexuelle, même dans ses premiers moments de flirt : l'architecture, l'absence de lits médicalisés pour deux personnes en compliquent grandement l'accès. Une fois le couple constitué, il faut savoir négocier son intimité avec l'institution. Par exemple, dans les instituts accueillant des personnes handicapées, l'exercice de la sexualité doit s'adapter à l'organisation temporelle de l'institution (temps du soin et des visites des autres proches, intervention des professionnel·le·s), faisant de la chambre un espace possible d'intimité, mais seulement par intermittence [Berthou, 2012 ; Primerano, 2018]. Cette pression institutionnelle se révèle également dans la maternité. Comme l'a montré Christine Gruson [2012], les femmes étiquetées déficientes mentales sont constamment obligées de montrer aux travailleurs sociaux qu'elles sont de « bonnes mères ».

Les pratiques sexuelles des personnes en situation de handicap sont peu documentées. L'étude sur le *Comportement sexuel des Français* (CSF) ne permet pas d'identifier si l'enquêté·e est en situation de handicap. Dans un mouvement inverse, les enquêtes autour du handicap (l'HID, par exemple) ne comportent pas de questions portant directement sur la sexualité. Toutefois, certaines données (le fait d'avoir un enfant ou de se déclarer en couple) permettent de « deviner » l'activité sexuelle des enquêté·e·s. On apprend alors que vivre dans un établissement spécialisé exerce un effet négatif sur la possibilité d'avoir des relations. En France, moins de 25 % des personnes en situation de handicap vivant en institution ont une ou des relation(s), contre 90 % de la population générale [Colomby et Giami, 2008]. Cependant, il faut savoir distinguer le moment d'apparition du handicap [Banens *et al.*, 2007] : si la déficience apparaît après la mise en couple, il y a peu d'incidence sur une possible séparation, voire un effet protecteur pour les générations les plus anciennes (divorçant moins que les valides). Plus généralement, on notera que « le nombre de personnes qui n'ont jamais été en couple est plus important parmi les personnes à risque de handicap que dans la population générale, en particulier lorsqu'elles ont une reconnaissance administrative de leur handicap » [Espagnacq, 2015, p. 13].

Cette situation spécifique des personnes handicapées peut s'expliquer par le manque de modèles amoureux et/ou sexuels offerts par la société aux personnes en situation de handicap. Selon Margrit Shildrick [2007], les médias accordent peu de place à des représentations positives de la sexualité des personnes en situation de handicap. Paul Longmore [2003] constate que l'on a longtemps attribué aux personnes handicapées, dans le cinéma hollywoodien, des rôles de méchants, de monstres ou de suicidaires ; lorsque la sexualité des hommes handicapés est représentée, elle l'est le plus souvent sous l'angle d'une menace. D'autres films insistent sur l'incapacité des « infirmes » à avoir des relations sexuelles : leur instabilité émotionnelle les empêche d'aimer alors même que des valides ont envie de les fréquenter. « Encore une fois, les divertissements populaires inversent la réalité sociale et permettent aux téléspectateurs non handicapés d'ignorer leur anxiété et leurs préjugés à propos des personnes handicapées » [p. 142, notre traduction]. La notion d'accessibilité sexuelle [*sexual access*] est développée en réaction à ce constat par Russell Shuttleworth et Linda Mona [2002] : ils affirment la nécessité d'une expertise sur les supports psychologiques, sociaux et culturels qui informent, nourrissent et promeuvent la sexualité en général ou celles des personnes handicapées.

L'éducation à la sexualité des personnes en situation de handicap est une autre raison avancée pour expliquer cette spécificité « handie » en matière de sexualité. Comme a pu le montrer White [2003] à propos des malvoyants ou Löfgren-Martenson [2012] chez les jeunes déficients mentaux, leur éducation à la sexualité, quand elle existe, se fait la plupart du temps par le biais d'outils hétéronormatifs, invisibilisant les LGBT+ et leurs sexualités. Ces outils parlent peu de la sexualité comme relevant du plaisir, du désir ou de l'intimité, pour se focaliser sur ses risques (MST, grossesses non désirées, etc.). La question de la santé sexuelle dissimule les autres problématiques liées à la sexualité, mais reste centrale pour l'expérience des personnes handicapées. En effet, les centres de santé sexuelle ou gynécologique sont difficilement accessibles, la documentation est peu adaptée aux personnes à mobilité réduite ou avec des handicaps sensoriels. Aussi, les professionnel·le·s de santé peuvent-ils et elles refuser de soigner des personnes en situation de handicap et, parmi elles, cette discrimination se porte encore davantage sur les femmes. La *National Study of Women with Physical Disabilities* [Nosek et al., 2001], grande enquête menée par le Center for Research on Women with Disabilities entre 1992 et 1996, a confirmé les conclusions déjà établies par une importante littérature grise : « Les femmes avec une déficience physique, particulièrement celles avec des dysfonctions graves, ne reçoivent pas la même qualité de soin gynécologique que leurs comparses valides. [...] Elles sont aussi plus susceptibles d'être soumises à des ablations de l'utérus, pour des raisons non médicales » [p. 17, notre traduction].

Les personnes en situation de handicap, une « minorité sexuelle » ?

Historiquement, l'intérêt pour la sexualité des personnes handicapées est apparu sous un angle individuel et médical. À partir des années 1950, se développent les études américaines qui explorent la possible réhabilitation des fonctions sexuelles des hommes et femmes en situation de handicap [Serlin, 2012]. D'un point de vue politique, la sexualité a longtemps constitué un front secondaire par rapport à d'autres luttes comme l'accessibilité ou l'emploi. Mais l'émergence des *disability studies*, aux États-Unis et en Grande-Bretagne à partir des années 1990, a remis en cause le modèle médical du handicap et a promu un modèle social : si la personne est en situation de handicap, ce n'est pas au nom de caractéristiques individuelles et biologiques, mais parce que l'environnement n'est pas adapté. Il faut donc agir sur les structures sociales et politiques. C'est dans ce cadre que la sexualité des personnes en situation de handicap s'est politisée. À la fin des années 1980, les travaux se multiplient, notamment ceux d'Ann Finger [1992] ou de Barbara Waxman : elles y déplorent une

dépolitisation de la question sexuelle au profit d'une focalisation excessive sur l'individu, où la réadaptation fonctionnelle du corps prend le pas sur des actions structurelles. Or « nous sommes plus préoccupés par le fait d'être aimé et de trouver un partenaire sexuel que par le fait de pouvoir monter dans un bus » [Waxman, 1994, p. 83, notre traduction]. Mais l'un des actes les plus importants de cette politisation réside dans la publication du livre de Tom Shakespeare, Kath Gillespie-Sells et Dominic Davies [1996], qui propose une approche critique de cette articulation entre handicap et sexualité, en Grande-Bretagne. L'une des principales contestations des trois auteurs et autrices tourne autour des experts « handicap et sexualité », trop souvent incarnés par la figure du médecin valide. Ils et elle revendiquent alors une approche sociale de la sexualité et insistent sur l'importance d'écouter les personnes en situation de handicap parler de leur propre sexualité.

Queer et *crip* : approches critiques

La question de savoir si les « handis » sont une minorité sexuelle à part entière a été discutée, notamment par Tobin Siebers [2008]. Pour ce philosophe étatsunien, les « handis » sont des minorités sexuelles puisque l'étude de leur sexualité fait ressortir de nombreuses similarités avec l'étude de l'homosexualité et de la transexualité : naturalisation de la différence, médicalisation, pathologisation des individus, discriminations, etc. « Tous ces sous-groupes sont considérés comme existant en dehors du champ de la reproduction. Leur sexualité n'est pas seulement considérée comme sans but, mais dangereuse, immorale et perverse » [Waxman-Fiduccia, 1999, p. 280, notre traduction]. De même, Robert McRuer [2006], détournant le concept d'Adrienne Rich de « contrainte à l'hétérosexualité », évoque une « contrainte à la validité » [*able-bodiedness*]. Au même titre que nous vivons dans une société hétérosexiste, où tout le monde est présumé hétérosexuel jusqu'à preuve du contraire, les normes des valides sont aujourd'hui hégémoniques et naturalisées. Le corps valide est une obligation et l'ensemble des rapports sociaux contemporains est évalué selon les critères naturalisés du corps valide : autonomie, déplacement, rapport au corps, etc. Le corps valide, comme l'hétérosexualité, s'apparente à une « non-identité », un universel neutre.

Dans un premier temps, la théorie queer a peu abordé la question du handicap. Plusieurs auteurs et autrices regrettent l'absence de réflexion sur les gays [Butler, 1999] et les lesbiennes [O'Toole, 2000] dans le champ du handicap. C'est dans ce cadre que s'est développée la *crip theory*. Forcée par McRuer [2006], cette réflexion cherche à critiquer la normalisation du corps valide « afin de questionner l'ordre des choses, et voir et comprendre

comment et pourquoi cela a été construit et naturalisé ; comment cela a été intégré dans un ensemble de relations économiques, sociales et culturelles ; et comment cela peut changer » [McRuer, 2006, p. 2, notre traduction]. Les chercheurs s'appuient sur la tradition critique des études queer. Comme « queer », « *cripple* » est un terme ancien et péjoratif pour désigner les personnes ayant une incapacité d'un ou plusieurs membres. Si le terme a été de moins en moins utilisé en anglais au cours du xx^e siècle dans son sens premier, car jugé trop stigmatisant, il a été réapproprié par les activistes afin d'inverser le stigmate, pour mettre en avant une *crip culture* et organiser des *crip prides* [Puisseux, 2017].

Les études sur la masculinité ont aussi abordé la thématique du handicap. Les hommes handicapés ne peuvent *a priori* que difficilement se conformer aux normes de masculinités hégémoniques [Shuttleworth, Wedgwood et Wilson, 2012]. Le sociologue français Pierre Dufour [2013] note à partir d'entretiens menés auprès d'hommes avec des déficiences motrices que le fauteuil de l'homme handicapé fait douter de sa masculinité. Le handicap « doit se faire oublier » quand on est un homme en fauteuil. « Se faire oublier en doublant puis en disparaissant au loin sur le trottoir, mais également se faire oublier en érigeant la vitesse et le muscle comme normes » [p. 81]. D'autres auteurs et autrices insistent ainsi sur le potentiel subversif du handicap sur les normes de la sexualité et de genre. Les normes sexuelles contemporaines décrivent le rapport sexuel ordinaire comme effectué presque exclusivement dans une relation monogame entre adultes valides de sexes opposés qui pratiquent leur sexualité en privé, principalement de façon génitale et basée sur la reproduction. Or, comme l'a montré Shildrick [2007], si certaines minorités sont dans une opposition politique à ces normes, d'autres, et notamment des personnes en situation de handicap, ne peuvent pas se conformer à celles-ci, ne serait-ce que d'un point de vue pratique. Ainsi, avoir des expériences génitales, formuler verbalement des désirs ou arriver à se positionner correctement pour pénétrer ou être pénétré-e n'est pas à la portée de tous et de toutes. Cette position sur le côté, « liminale » diraient les théoriciens du handicap, c'est-à-dire ni vraiment en dehors ni vraiment dedans, permet de jouer avec la marge et, éventuellement, de se détacher plus facilement des stéréotypes de genre. « Dans leur façon d'agir, dans leur façon de faire l'amour, dans leur façon de s'habiller, [les personnes handicapées] se sentent libres de jouer avec les rôles, les images et les façons de vivre » [Shakespeare, Gillespie et Davies, 1996, p. 65, notre traduction].