

Colloque QUALI 2026 | Relier le communautaire aux politiques

Santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes en situation de handicap : une étude qualitative à Gulu en Ouganda.

Jacob Imani Burume

Candidat à la maîtrise en santé publique - recherche

Superviseure : Muriel Mac-Seing

Professeure adjointe

Contexte local – Projet Together 2.0 (Gulu, Ouganda)



Cible : Jeunes en situation de handicap (JSH)



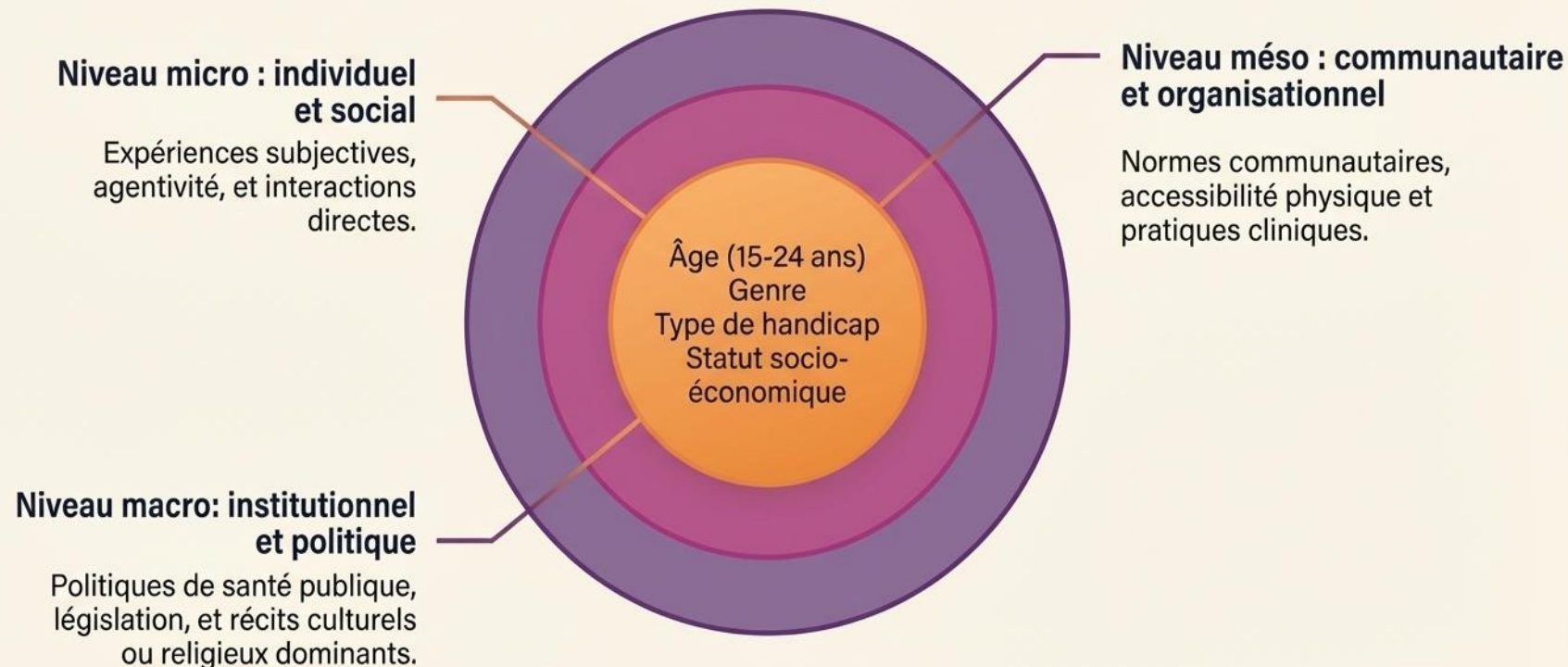
15-24 ans

1. Un risque d'exclusion systémique

2. Une éducation inadaptée

3. Des vulnérabilités intersectionnelles

Le cadre d'analyse intersectionnel



Objectifs spécifiques



1. Identifier

les défis spécifiques et les opportunités rencontrés par les JSH face aux services de SDR.



2. Documenter et analyser

le niveau de sensibilisation et d'éducation disponibles pour ces jeunes.

Méthodologie de recherche



Devis de recherche

Analyse phénoménologique interprétative. Focus sur l'amplification de la voix individuelle.



Échantillonnage et collecte

7 groupes de discussion (52 JSH).
5 entretiens semi-structurés avec le staff local.



Inclusion et collaboration

Intégration continue d'interprètes en langue des signes ougandaise et collaboration étroite avec le staff local.

Thème 1 — Stigmatisation et isolement social : sources d'un accès limité à l'information et à l'éducation à la SDSR.



Savoirs fragmentés pour une jeunesse sous-informée

« Je connais les tests de dépistage du VIH/SIDA, mais je n'ai jamais reçu de formation sur des sujets comme l'utilisation du préservatif, entre autres choses essentielles pour protéger ma santé sexuelle. »

(FGD_4_JSH)



Une agentivité réduite avec incertitude des connaissances

« J'ai entendu parler de la circoncision et j'avais envie d'y aller, mais mes amis sont revenus en me disant qu'il y avait une piqûre qui vous faisait courir partout. J'ai donc eu peur. »

(FGD_4_JSH,R2)



Un silence familial pour une éducation sexuelle négligée

« Le handicap et la sexualité restent des sujets tabous, et on suppose donc que les personnes handicapées ne ressentent pas ces émotions. Les parents préfèrent ignorer nos besoins plutôt que d'aborder des discussions. »

(Interview Individuel 2)

Thème 2 — Une marginalisation organisationnelle : des services de SDRR peu inclusifs et inégalement répartis.



2.1 Barrières communicationnelles des services non inclusifs

« Si je me souviens bien, il existe d'énormes difficultés de communication pour les personnes malentendantes. Quand on fait la queue, on n'est pas pris en charge à cause de ces barrières de communication. » (FGD_5_JSH)



2.2 Exclusion ciblée et manifeste aux programmes

« On m'a refusé la circoncision car on a dit que j'étais sourd et trop jeune pour ça. C'est une exclusion injuste basée sur mon handicap, ce qui m'a empêché de bénéficier de ce service. » (FGD_3_JSH)



2.3. Capacitisme clinique et sélective envers les JSH

« Certains personnels de santé vous demandent pourquoi vous auriez besoin d'une contraception, ce qui est vraiment hyper discriminant. Ils nient notre droit à une vie sexuelle normale à cause de notre condition physique. » (R, l'Interview Individuel 5)



2.4 Barrières physiques avec restriction complète d'accès aux services

« Nous vivons souvent loin des centres et les routes sont impraticables pour nos fauteuils roulants. Cette distance géographique, combinée à l'absence de rampes à l'arrivée, crée une restriction complète d'accès aux services de santé sexuelle. » (FGD_4_JSH)

Thème 3 : Influence des déterminants politiques et structuraux sur l'éducation à la SDSR

3.1 Écart entre les outils normatifs et leur application

« Même la Constitution ougandaise stipule que les personnes handicapées doivent être traitées de manière égale en matière d'accès aux services de santé, mais la réalité est que nous sommes souvent méprisés et déçus émotionnellement. »

(FGD_2_JSH)

3.2 Dictats culturels et religieux : des normes restrictives

« La religion déconseille fortement le recours à la planification familiale, ce qui nous empêche d'espacer les naissances comme souhaité. Nous sommes obligés de suivre ces préceptes même s'ils ne correspondent pas à nos besoins. »

(FGD_4_JSH)

3.3 Pouvoir économique influençant l'accès aux services de SDSR

« Les milieux ruraux sont moins dotés de ressources financières. Cette inégalité sociale renforce les barrières d'accès aux services qui s'accumulent autour du handicap. Les jeunes filles pauvres en situation de handicap sont les plus touchées. »

(Interview Individuel 3)

Thème 4 — Besoins d'adaptation et attentes des JSH : vers un accès des services de SDR adaptés, équitables et inclusifs.

4.1 Espaces sécurisés et outils éducatifs inclusifs

« L'utilisation de vidéos et de bandes dessinées pour transmettre l'information est essentielle car les gens assimilent mieux les messages visuels. Ces supports doivent cependant être conçus de manière inclusive pour inclure tous les types de handicap. »
(Interview Individuel 1)

4.2 Inclusion adaptée et communication non stigmatisante

« Les médecins devraient être formés spécifiquement pour que, face à une personne handicapée, ils sachent qu'elle a besoin d'aide adaptée. Une communication non stigmatisante est la clé pour que nous soyons confiants. »
(FGD_YAB)

4.3 Plaidoyer et égalité fondés sur les données probantes

« Des recherches régulières, impliquant activement les jeunes en situation de handicap, devraient être menées afin de mieux connaître et comprendre leurs besoins pour adapter efficacement les politiques nationales et les interventions de santé locale. » (Interview Individuel 4)

Synthèse : La matrice des barrières systémiques

Niveau MICRO (Social)	Barrières : Isolement, ignorance forcée, silence familial.	Impact : Agentivité entravée, vulnérabilité intersectionnelle.
Niveau MÉSO (Organisationnel)	Barrières : Capacitisme clinique, inaccessibilité physique, absence d'interprètes.	Impact : Exclusion directe des programmes et des soins vitaux.
Niveau MACRO (Structurel)	Barrières : Pauvreté, décalage politique, dogmes culturels/religieux.	Impact : Inégalités systémiques maintenues, absence de redevabilité.

Conclusion : Les barrières ne s'additionnent pas, elles s'entrecroisent. Une approche intersectionnelle est indispensable pour déverrouiller ce système d'exclusion.

Implications en santé publique : Un plan d'action systémique pour la SDR des JSH



Pratiques : Services inclusifs

Cocréation d'outils tactiles/visuels.
Mise aux normes physiques immédiates
et présence d'interprètes.

Politiques : Application réelle

Instauration d'audits d'inclusion
obligatoires dans les centres de santé.

Equité : Transformation sociale et culture

Sensibilisation ciblant les leardes religieux
et communautaires. Subventions d'accès
pour contrer les vulnrabilités rurales



Amplifier les voix des jeunes en situation de handicap : rôle transformateur de la recherche qualitative dans le plaidoyer au travers l'approche innovante de l'intersectionnalité

Merci de votre attention. Vos réflexions sur ces approches qualitatives sont les bienvenues.

Jacob Imani Burume

Candidat à la maîtrise en santé publique

Université de Montréal

Imani.burume@umontreal.ca

Références

1. Ahumuza, S. E., Matovu, J. K. B., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reproductive Health*, *11*, 59. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-59>
2. Germain, A., Sen, G., Garcia-Moreno, C., & Shankar, M. (2015). Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries : Implications for the post-2015 global development agenda. *Global Public Health*, *10*(2), 137-148. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986177>
3. Humanity & Inclusion. (2022). *Access to Sexual and Reproductive Health and Rights Information and Services: Perspectives of women and girls with disabilities in Uganda and Bangladesh*. Humanity & Inclusion. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2005). *Best practices for protecting privacy in health research*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29072.html>
4. WHO. (2024). *Health equity for persons with disabilities : Guide for action*. World Health Organization.
5. Mac-Seing, M., Zarowsky, C., Yuan, M., & Zinszer, K. (2022). Disability and sexual and reproductive health service utilisation in Uganda: An intersectional analysis of demographic and health surveys between 2006 and 2016. *BMC Public Health*, *22*(1), 438. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12708-w>
6. Mac-Seing, M., Zinszer, K., Eryong, B., Ajok, E., Ferlatte, O., & Zarowsky, C. (2020). The intersectional jeopardy of disability, gender, and sexual and reproductive health: Experiences and recommendations of women and men with disabilities in Northern Uganda. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *28*(2), e1772654. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1772654>
7. Ndekezi, D., Ssemata, A. S., Ganshanga, A., & Nalugya, R. (2025). Sexual and reproductive health challenges among adolescents and young people with spina bifida and hydrocephalus disability in Uganda : A qualitative study. *PLOS ONE*, *20*(5), e0308194. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308194>
8. Collins, P. H., Da Silva, E. C. G., Ergun, E., Furseth, I., Bond, K. D., & Martínez-Palacios, J. (2021). Intersectionality as critical social theory: Intersectionality as Critical Social Theory, Patricia Hill Collins, Duke University Press, 2019. *Contemporary Political Theory*, *20*(3), 690–725. <https://doi.org/10.1057/s41296-021-00490-0>
9. Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., Ferlatte, O., & Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*, *13*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>
10. Antoine, P., & Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, *62*(4), 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
11. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>