السنة: السادسة المجلد: 06 العدد: 02 ص ص: 573- 589
ISSN 2543-375X EISSN 2676-1645

الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي

Disability in Algeria: the challenges of moving from the medical model to the social model.

مجدولين حصرومي*، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، جامعة باتنة1
www.madjdoudemo@yahoo.com
حفاظ الطاهر، جامعة باتنة1
haffad2002@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2021/01/10 تاريخ القبول: 2021/04/23

ملخص:

يهدف هذا المقال إلى معرفة مختلف التحديات التي يترتب عنها الانتقال من تبني المشرّع الجزائري للنموذج الطبي للإعاقة إلى النموذج الاجتماعي وما يصاحبها من ضرورة إعادة برمجة سياسات التكفل بالإعاقة في جميع المجالات، وكذا تحديد الجهات التي يقع على عاتقها مسؤولية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، كما تتضمن الدراسة توزيع معدلات الإعاقة في الجزائر حسب مجموعة من الخصائص من خلال الاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني $Mics_4$.

الكلمات المفتاحية: الإعاقة – النموذج الطبي – النموذج الاجتماعي – التكفل بالإعاقة – الجزائر

Abstract:

This article aims to identify the various challenges involved in moving from the Algerian legislator's adoption of the disability's medical model to the social model, and the need to reprogram disability-care policies in all areas, as well as to pick out who is responsible for taking care of persons with

*المؤلف المراسل.

disabilities. The study provides for the breakdown of disability rates in Algeria by a range of characteristics based on the data base of the National Investigation Mics4

Keywords: Disability, Medical Model, Social Model, Disability Care, Algeria.

مقدمة:

اقتصرت قضية الإعاقة برمتها عبر وصفها بالحالة الإنسانية طيلة عدة عقود من الزمن والتي تقتضي إحساس أفراد المجتمع بالشفقة والتعاطف تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والذين تجاوز عددهم مليار شخص حسب تقديرات التقرير العالمي حول الإعاقة، غير أنها تجاوزت ذلك لتصبح مُخَالَفَةً بشرية يدفع ثمنها يوميا كل شخص يمتلك قدرات وخصائص جسدية، ذهنية أو نفسية مغايرة عما هو مألوف ومتعارف عليه.

واقع الإعاقة والعجز اصطدم بظروف الإهمال واللامبالاة لينتج عنه سيناريو دراماتيكي بكل ما تحمله الكلمة من معنى يصادف الأشخاص ذوي الإعاقة في أغلب مجالات حياتهم إن لم نقل كلها.

لقد كان المجتمع منذ عقود من الزمن يحس بالتزام أخلاقي تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال محاولة معالجتهم واستبدال أعضائهم المفقودة والمتضررة حتى يتسنى لهم الاندماج من جديد في محيطهم، اعتقد المجتمع آنذاك أن تشخيص العجز واقتراح الحلول الطبية لعلاجه هو أنسب طريقة للتعامل مع الإعاقة، وعلى مر السنين أظهرت الأبحاث فشل المجتمعات في تحديد مربط الفرس، بعد أنه بات الشخص ذوي الإعاقة يفتقر لمكان يحتضنه داخل المجتمع قبل افتقاره لعضو أو تكوين تأهيلي، وصارت الأولوية تقتضي محاولة خلق ظروف بيئية أكثر ملاءمة حتى يجد الشخص ذوي الإعاقة لنفسه مكانا مناسبا يتيح له فرصة للاندماج داخل المجتمع.

تغيُر اتجاه إدارة المجتمع لقضية الإعاقة من النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي صاحبه تغيير عميق وجذري لجميع البرامج والسياسات المتعلقة بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، بحيث لم تعد مقتصرة على إيجاد الحلول الطبية من أجل تخفيف الألم والضرر، بل أصبحت قضية رأي عام تستلزم

تظافر جميع الجهود وتنسيقها، وكذا تقسيم الأولويات كل حسب مجال تخصصه من أجل خلق بيئة مشجعة وداعمة لمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، وكذا مكافحة جميع حالات الاستبعاد والتمييز التي تفرضها البيئة من خلال القيود والعراقيل التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البيئة المادية المحيطة من صحة، تعليم، عمل، مشاركة اجتماعية، نقل، معلومات واتصال... خاصة في بلدان العالم الثالث التي يعيش فيها حوالي 80% من الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تقديرات التقرير العالمي للإعاقة والتي لاتزال تعاني من بنية تحتية هشة، أين يعانون من الفقر، مشاكل في التعليم، العمل والخدمات الصحية...

الجزائر بدورها ليست بمعزل عن هذه الأحداث حيث تعتبر هي الأخرى أن قضية الإعاقة تستوجب تكاثف المساعي بداية من صياغة التشريعات التي تمثل أرضية الحماية الاجتماعية، إلى تتبع تنفيذها وتقييم مدى نجاعة التدابير والاستراتيجيات المتخذة في خلق بيئة تمكينية للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المجالات، بناء على ما سبق سيتم معالجة إشكالية الدراسة بداية بإلقاء نظرة حول مصطلح الإعاقة Handicap ثم التعريف بالنموذجين الطبي والاجتماعي للإعاقة، يليه عرض معدل انتشار الإعاقة في الجزائر حسب مجموعة من الخصائص الديموغرافية والصحية وفقا لنتائج التحقيق الوطني $Mics_4$، وفي الاخير يتم التعرض للنموذج المعتمد لتعريف الإعاقة في الجزائر وتحديات تبني النموذج الاجتماعي.

المنهجية المتبعة ومصدر جمع المعطيات.

البحث عبارة عن دراسة نظرية، تحليلية ونقدية للوثائق والأدبيات المتعلقة بالإعاقة، أما عن مصدر المعطيات المتعلقة بمعدل انتشار الإعاقة في الجزائر فقد تم الرجوع إلى قاعدة معطيات التحقيق الوطني متعدد المؤشرات $Mics_4$، وهو تحقيق عنقودي (MSPRH-UNICEF et UNFPA 2013, p. 29) تم إجراؤه في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2012 -2013 من قبل وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات بدعم مالي وتقني من قبل منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF ومساهمة مالية من طرف صندوق الأمم المتحدة للسكان

UNFPA ، التي تعتبر مبادرة طموحة تهدف إلى مساعدة البلدان النامية على سد الثغرات وتخطي العراقيل المتمثلة أساسا في الافتقار إلى توفر المعطيات والإحصائيات.

بلغ إجمالي عدد الأفراد الذين شملهم التحقيق بعد القيام بعملية ترجيح العينة "Pondération" 147471 شخصا من بينهم 2100 شخصا ذوي إعاقة (أنظر الجدول رقم 01). معالجة المعطيات تم بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للدراسات الاجتماعية $SPSS_{22}$.

1ـ نظرة فلسفية لمصطلح الإعاقة Handicap.

إن تسمية Handicap هي الأكثر شيوعا وتداولا عالميا من بين المصطلحات الأخرى على غرار: العجز، عدم القدرة، النقص...وغيرها من الألفاظ التي تدل على الضعف والوهن (Ravaud 2009, p. 2)، إلا أن أصل استخدامها لم يكن له أي ارتباط بتلك المعاني كما هو متعارف حاليا، فهي من بين المصطلحات الدخيلة على اللغة العالمية حتى وإن كانت تحمل عدة دلالات ومعان في القاموس اللغوي، تلك الدلالات التي تطورت على نحو مثير للحيرة والغرابة. إن البحث في أصل التسمية كشف عن اختلاف الآراء التي تشير إلى بداية ظهوره، بيد أن ما اتُفق عليه هو أن أصل كلمة handicap هي Hand in the cap وهي عبارة عن جملة باللغة الإنجليزية (Lelong 2013, p. 23) تعني "اليد داخل القبعة"، تطلق على لعبة تنطوي على عنصر الصدفة ألا وهي لعبة المقايضة، تتم بين ثلاثة أطراف: شخصين متقايضين وشخص ثالث هو الحكم، وقد أُطلق عليه اسم Handy caper أو Hand-caper (Rossignole 2010, p. 3) الذي يضمن تطبيق وتحقيق مبدإ اللعبة المتمثل في الشفافية ويرسخ تنفيذ العدالة، النزاهة والإنصاف في أثناء الرهان.

إن مصطلح إعاقة لم يظهر في المجال الاجتماعي الطبي والتعليمي إلا منذ عقود قليلة والباحث في الأدبيات العالمية لا يجد تأريخا دقيقا لظهوره في الجانب الإنساني، حسب بعض الأبحاث استُخدم المصطلح في تقرير إسباني أين تم الإشارة إليه من خلال لفظ «Incapacidad» (Hamonet 1992, p. 8)، استخدمت الكلمة أيضا في بريطانيا العظمى من خلال عمل عُني بالأشخاص

الصم سنة 1938، حيث ورد ذكر المصطلح في أطروحة في المجال الطبي للباحث R.Le Sage (Hamonet 1992, p. 8)، وفي عمل آخر للباحث Paris Pierre Oleron حول الصم البكم نشر سنة 1950 غير أن معنى مصطلح الإعاقة الذي استخدمه يختلف عن معنى العجز والضعف.

كان لابد من الانتظار حتى النصف الثاني من القرن 20 (Degros 2014, p. 22)وبالضبط بداية الستينات أين ظهر المصطلح في الأبحاث الخاصة، بالتحديد من خلال العمل الذي قام به Goffman Erwing المعروف ب «Stigmates»سنة 1963 في الولايات المتحدة الأميركية، ومرة أخرى من خلال عمل عُرف ب «nos handicap sexuels» للباحث Paul Chauchard، وأيضا «comment aider un enfant hadicape» لكل من الباحثين: E.L.French و C. Scott (Hamonet 1992, p. 8) سنة 1969.

هكذا تلاشى المعنى الأصلي للفظ Handicap المرتبط بفكرة تكافؤ الفرص شيئا فشيئا ليتيح المجال أمام ميلاد مفهوم آخر مناقض تماما يعبر عن الوصم، الدونية، العار، العيب...، الذي تم تداوله لأول مرة في اللغة الفرنسية حسب القانون الفرنسي 23 نوفمبر1957 لإعادة تصنيف العمال ذوي الإعاقة (Mbele 2008, p. 54)، ثم انتشر بعدها على نطاق واسع جدا ليعبر عن الإعاقات الجسدية، الحسية والعقلية حسب التصنيف الطبي، ووصل مجال تداوله حتى شمل وسائل الإعلام، بين السياسيين، الباحثين والمنظمات الدولية وفي جميع المجالات: الطبية، الإقتصادية، الإجتماعية .

في النص الخطابي لمجتمعاتنا المعاصرة، يُنظر إلى الإعاقة على أنها عدم مساواة طبيعية تؤثر على فرص نجاح الأشخاص ذوي الإعاقة في حياتهم الاجتماعية، التي تُصوّر على أنها منافسة رياضية تتكون من فريقين فريق الأسوياء ذوي القدرات العادية في مقابل فريق آخر يمتلك إمكانيات وقدرات أقل، وبما أنه قد تم ترحيل مصطلح الإعاقة فلابد إذن من تحقيق مبدئه الجوهري ألا وهو تكافؤ الفرص للجميع، وهذا لن يتحقق إلا بفرض قيود على فئة الأفراد الطبيعيين حتى تتناسب مع إمكانيات وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة، أو عبر رفع قدرات وإمكانيات الفريق الضعيف حتى تُجابه إمكانيات

خصمه، وهنا تتساوى فرص المشاركة في الحياة الاجتماعية للجميع "التي تُجسد المنافسة" بحيث تكون لكل فريق نفس حظوظ الفوز.

2. نماذج الإعاقة.

تهدف نماذج الإعاقة إلى وضع تصور عام لتعريف الإعاقة وتقدير طرق معالجتها أو كيفية الوقاية منها إن أمكن وأيضا تحديد على أي مستوى يقع عاتق ومسؤولية التكفل بالإعاقة.

2.1 النموذج الطبي للإعاقة.

سمي أيضا بالنموذج الفردي، وهو نموذج يمتد تاريخيا للطب والرعاية الصحية التي سادت في مجال الإعاقة خلال الفترة الممتدة من 1960 -1970 (Delecy 2002, p. 7) وهو يمثل المنطلق الذي انبثق منه التصنيف العالمي للإعاقة CIH، يأخذ النموذج الطبي الحيوي بعين الإعتبار المحددات الطبية الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة (الأمراض، الضعف، العجز، الإصابات) (Janssens et autres 2005, p. 128).

يعتمد النموذج الفردي على منطق السبب والنتيجة (Rochat 2008, p. 3) لتفسير وشرح الإعاقة، حسب هذا المنطق فإن: المرض أو الصدمة تؤدي إلى نقص عضوي أو وظيفي والذي يؤدي بدوره إلى عجز تتم ترجمته من خلال عيب وعائق يميز آداء الشخص المعني لنشاطاته الإجتماعية. يحلل النموذج الفردي الإعاقة على أساس أنها شذوذ وانحراف عن المستوى الطبيعي، كما يعتبر ذات النموذج أن الإعاقة هي مشكلة فردية بحتة (Delecy 2002, p. 6) «Cest lui qui est handicapé».

يضم النموذج الفردي مقاربتين للتكفل بالإعاقة تتمثل الأولى في: المقاربة البيوطبية التي تعتبر أن التدخلات المقترحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة هي علاجية تهدف بالدرجة الأولى إلى علاج وشفاء الشخص المعني، كما يمكن حسب ذات المقاربة القيام بتدخل مبكر على المستوى الحيوي أو الجيني خاصة أثناء فترة الحمل كإجراء إحترازي للوقاية من الإعاقة، بالتالي تكمن المسؤولية الاجتماعية فقط في تخفيض الإعاقة (من خلال الوقاية) أو علاجها إن أمكن.

المقاربة الثانية للنموذج الفردي للإعاقة هي المقاربة الوظيفية: وتسمى أيضا مقاربة إعادة التكييف، تسعى إلى محاولة إيجاد الحلول المناسبة التي تكفل وتضمن إعادة تكييف الشخص ذوي الإعاقة داخل المجتمع الذي يعيش فيه، التدخلات المقترحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة تتمثل في إنشاء مراكز لإعادة التكييف الوظيفية، أما عن كيفية الوقاية حسب هذه المقاربة فتتمثل في التشخيص المبكر أو تناول العقاقير الطبية (دواء)، تكمن المسؤولية الاجتماعية في توفير وتحسين شروط الراحة للأشخاص المعنيين، أما على المستوى السياسي والتشريعي فتكون الحلول المقترحة موجهة على شكل خدمات تعويضية، على سبيل المثال: التأمين ضد العجز.

عموما يُنظر إلى الإعاقة حسب النموذج الطبي الحيوي بمقاربتيه كمشكلة صحية نتيجة لعجز وإعاقة الشخص المعني، وهي تُعد أنماطا غير كافية للإعاقة، حيث لا تسلط الضوء على الدور الذي تلعبه البيئة التي تتحمل بدورها المسؤولية الكاملة في كيفية إدارتها للإعاقة.

2.2 النموذج الاجتماعي للإعاقة.

ظهر هذا النموذج في نهاية ستينات القرن الماضي بفضل التقرير الذي نشره Bloch Laine François سنة 1967 بطلب من George Pompidou والذي نادى بضرورة تبني مقاربة مجتمعية مبنية حول فكرة "البيئة غير المكيفة" (Tisserant 2012, p. 25)، يعتبر النموذج الاجتماعي أن الإعاقة هي نتاجا اجتماعيا لعدم كفاية المجتمع لخصائص أعضائه، كما أنه يرى أن الإعاقة هي ذات منشأ خارجي أيضا ولا تتعلق فقط بالخصائص الفردية للشخص (Darras et Valente 2013, p. 13)، وهو بذلك يعارض بوضوح النموذج البيوطبي الذي يعتبر أنها مشكلة فردية.

حسب النموذج الاجتماعي تُمثل الإعاقة تنوعا لا شذوذا وانحرافا عن الطبيعي، ينادي ذات النموذج بإزالة كافة الحواجز النفسية والاجتماعية، كما يشدد على ضرورة تكييف البيئة بمختلف مؤسساتها بما يتناسب ويتوافق مع إحتياجات الأشخاص المعنيين، وجعلها متاحة وسهلة الاستخدام مهما كانت نوعية الإعاقة التي يعاني منها الشخص، كمثال على ذلك يمكن إعتبار أن

سبب عدم إمكانية تنقل الشخص ذوي الإعاقة الحركية بصفة عادية لا يرجع إلى إعاقته فحسب بل يعود ذلك إلى عدم تهيئة وسائل النقل بالقدر الكافي لتسهيل تنقله، تتوقف الإعاقة حسب النموذج الاجتماعي على الدور الذي تلعبه البيئة (De Riedmatten 2012, p. 14) بمؤسساتها السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، التعليمية، الصحية...إما عبر إدارة أمثل للإعاقة من خلال تصميم البنية التحتية للهياكل والخدمات، حتى تحوي ضمنيا وشكليا تسهيلات تمكن الأشخاص المعنيين من ممارسة حقهم الكامل في المشاركة الاجتماعية والمساهمة في عملية التنمية بما يتناسب وإمكانياتهم، أو من خلال تكريس إقصائهم وتهميشهم بسبب عدم إزالة العراقيل والحواجز التي تحول دون ممارستهم لحق المواطنة الكاملة. يتكون النموذج الاجتماعي بدوره من مقاربتين، المقاربة البيئية: تهدف هذه المقاربة إلى تعزيز تنمية القدرات المتبقية للشخص من أجل جعله مستقلا في حياته اليومية من خلال الاعتماد على منطق التمكين (Rochat 2008, p. 4) "logique d'autonomisation" بدلا من العمل العلاجي الذي يسعى إلى تطبيع الفرد.

يرتكز مبدأ المقاربة البيئية على مفهوم إمكانية الوصول الذي يدعم فكرة محاربة الإعاقة بالتركيز على إزالة الحواجز والعقبات المادية (المعمارية) والثقافية (المواقف والتمثيلات الاجتماعية...) أو الاقتصادية (الموارد والاستفادة من الرعاية...)، تسعى هذه المقاربة للولوج الشامل، على اعتبارها تندرج ضمن النموذج الاجتماعي حيث أن الحلول والممارسات الموصى بها في هذا النموذج هي أقل استهدافا للفرد، كما تنادي بأن تعمل البيئة كجسد واحد للتكيف مع تنوع الأفراد (Delecy 2002, p. 8)، التدخلات المقترحة في المقاربة البيئية تتمثل في تعديل البيئة الخارجية سواء كانت منزل، مدرسة، عمل، مراكز صحية، مراكز ترفيه... لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى جميع الخدمات، تكييف وتأقلم الأشخاص المعنيين في المجتمع وزيادة سيطرتهم واستفادتهم من مختلف مراكز الدعم. تتمثل طرق الوقاية المقترحة في الحد من العراقيل الجسدية، الإجتماعية، الإقتصادية...

المقاربة الأخرى في النموذج الاجتماعي هي مقاربة حقوق الإنسان: هو اتجاه آخر للنموذج الاجتماعي بحيث يتم دفع مفاهيم التمييز، المساواة وتكافؤ الفرص إلى ذروتها. بدأت نشاطات رواد هذا الاتجاه منذ سبعينات القرن الماضي من خلال الدعوات التي نادت بها كل من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، الأمم المتحدة والبنك الدولي (Chiriacescu et autres 2002, p. 5) التي بينت أن السياسات العامة التي ترتكز على النموذج الفردي للإعاقة (التشخيص الطبي) تقود نحو التوجه إلى مجتمع متخصص يكرس التمييز في الحصول على التعليم، التوظيف، الصحة...، وهو ما يؤدي إلى استبعاد أكثر للأشخاص ذوي الإعاقة، يرى رواد هذه المقاربة أن القواعد الاجتماعية المحددة للإعاقة (القوانين واللوائح) لا تشمل المجتمع بكافة مكوناته، وهي غير مناسبة لجميع الأشخاص الذين تختلف وضعية تواجدهم وبالتالي يكون المبدأ السائد في المجتمع مرتكزا على عدم تكافؤ الفرص.

3ـ معدل انتشار الإعاقة في الجزائر.

يوضح الجدول أدناه معدل انتشار الإعاقة في الجزائر سنة 2012 - 2013 حسب بعض الخصائص الديموغرافية والصحية.

الجدول رقم1: معدل انتشار الإعاقة حسب بعض الخصائص الديموغرافية والصحية

	مع إعاقة		بدون إعاقة	
	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
إجمالي أفراد العينة=147471				
	2134	1,4	145337	98,6
السن				
0-14 سنة.	360	0,24	40705	27,60
15-59 سنة.	1303	0,88	93058	63,10
60 سنة+.	472	0,32	11563	7,84
القيم المفقودة.	/	/	11	0,00
الجنس				
ذكور.	1263	0,8	73450	49,8
إناث.	871	0,6	71887	48,7
محل الإقامة				
ريف.	807	0,54	52968	35,91
حضر.	1327	0,8	92369	62,63
الحالة العائلية				

عازب.	921	0,86	43740	41,10
متزوج.	639	0,6	54941	51,63
مطلق.	40	0,03	1467	0,73
منفصل.	04	0,003	245	0,23
أرمل.	171	0,16	4160	3,90
القيم المفقودة	/	/	80	0,07
المستوى التعليمي				
غير متمدرس.	1013	0,8	22256	17
تحضيري.	10	0,00	1475	1,12
إبتدائي.	498	0,40	30269	23,12
متوسط.	306	0,23	39393	30,08
ثانوي.	121	0,09	22837	17,44
عالي.	59	0,04	12193	9,31
لا أعرف	/		323	0,24
القيم المفقودة	/		165	0,02
المناطق المبرمجة إقليميا				
شمال-وسط.	703	0,47	49155	33,33
شمال-شرق.	296	0,20	20629	13,98
شمال-غرب.	329	0,22	22200	15,05
هضاب عليا-وسط.	166	0,11	10061	6,82
هضاب عليا-شرق.	226	0,15	20565	13,89
هضاب عليا-غرب.	106	0,07	8262	5,6
جنوب.	308	0,20	14464	9,80

نوع الإعاقة		
	العدد	النسبة %
بصرية	231	10,8
سمعية	124	5,8
ذهنية	596	27,9
حركية	677	31,7
أكثر من نوع	507	23,7
شدة الإعاقة		
متوسطة	1200	56,2
شديدة	934	43,8
سبب الإعاقة		
خلقية/وراثية	843	39,5
إصابة أثناء الولادة	62	2,9
مرض معدي أو فيروسي	285	13,3
أذى نفسي أو جسدي	85	4
حادث/إصابة	385	18
الشيخوخة	171	8
لا أعرف	89	4,2
أخرى	214	10

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات قاعدة معطيات التحقيق الوطني $Mics_4$.

بلغ معدل انتشار الإعاقة في الجزائر وفقا لنتائج التحقيق الوطني Mics4 14‰ من بينهم 8‰ ذكور و6 ‰ إناث، يعيش 8‰ منهم في الوسط الحضري بينما يقطن أزيد من 5‰ من الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط الريفي، كما أظهرت النتائج أنه في كل 1000 نسمة يتواجد 8 أشخاص ذوي إعاقة تتراوح أعمارهم بين 15 -59 سنة، ووفقا للمصدر ذاته فإن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة غير متزوجين وغير متمدرسين، أما فيما يتعلق بنوع الإعاقة فتمثل الإعاقة الحركية الحصة الأسد من بين الأنواع الأخرى، حيث أن أزيد من ثلث الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من إعاقة حركية.

4- النموذج المعتمد لتفسير الإعاقة في الجزائر.

أدرجت الجزائر فعيا ضمن اهتماماتها فئة الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال مصادقتها على القانون رقم 02 -09 المؤرخ في 2002/05/05 والذي يمكن وصفه بالمنطلق الذي انبثقت منه جميع القوانين التشريعية المتعلقة بحماية وترقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

يهدف القانون 02 -09 إلى تعريف الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم، وفقا للمادة رقم 02 من القانون ذاته تم تعريف الإعاقة على أنها تحدث نتيجة إصابة الشخص بغض النظر عن عمره وجنسه بنوع واحد أو أكثر من أنواع الإعاقة وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاطاته في حياته اليومية، الشخصية والاجتماعية، وذلك بسبب إصابة وظائفه الذهنية، و/أو الحركية، و/أو العضوية -الحسية (Journal official 2002, p. 5).

يبدو جليا أن تعريف الإعاقة الذي تبنته الجزائر واعتمدته في التشريع الرسمي يرتكز على نموذج طبي بحت يصنف الأشخاص ذوي الإعاقة وفقا لنوع وسبب العجز الذي يعانون منه، هذا النموذج الذي ساد في دول العالم خلال ستينات القرن الماضي، وهو ذاته النموذج الذي تبناه البروفيسور المختص في أمراض المفاصل وعالم الأوبئة الإنجليزي Philip Wood سنة 1975 (Fougeyrollas 2002, p. 3) خلال تصنيفه المعروف ب CIH، أين طرح دليلا عالميا لوصف مختلف مكونات الإعاقة، المشاكل الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، نتائج

العجز، أعراض ما بعد الصدمة، الشيخوخة، التشوهات، العيوب الخلقية..وغيرها من القضايا، والذي نشر فعليا من قبل منظمة الصحة العالمية OMS سنة 1980 (Ravaud 2009, p. 4)، يتضمن التصنيف العالمي للإعاقة CIH تصورا لتداعيات المشكلة الصحية (الإعاقة) حسب ثلاث مستويات: (Déficience) مستوى الجسم (إنخفاض القوى بعد الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتيزمي)، (Incapacitie) مستوى وظيفي (تراجع المهارات اليدوية)، (Désavantage) المستوى الاجتماعي (الحرمان الاجتماعي) عدم القدرة على المشاركة في آداء النشاطات اليومية، المهنية والترفيهي (Janssens et autres 2005, p. 130)، على الرغم من أن CIH أشارت في طرحها إلى الحرمان الإجتماعي (الإعاقة) كنتيجة لإصابة الشخص بالمرض والذي يختلف حسب عدة متغيرات غلى غرار الجنس، العمر، العوامل السوسيو ثقافية للفرد.. إلا أن التصنيف لا يتضمن في الحقيقة أي بُعد وصفي للمجتمع ذاته أو البيئة التي يعيش فيها الشخص ذوي الإعاقة، ولا يشير إلى قيام المجتمع من خلال مؤسساته بوضع قيود وعراقيل تصعب وتحول دون تحقيق الأشخاص ذوي الإعاقة لمختلف أدوارهم الاجتماعية وممارستهم الكاملة لحق المواطنة بما تقتضيه من حقوق وما تترتب عليه من واجبات.

بعد صدور CIH اتسعت دائرة الجدال وكثرت الانتقادات التي أثيرت حوله، واستجابة للطلبات المتكررة لضرورة تنقيحه تم القيام بعملية مراجعة واسعة جدا سنة 1993 من طرف منظمة الصحة العالمية وتحت إشراف الدكتور Bedirham Ustum أين تم فتح ورشة عمل ضخمة (Mbele 2008, p. 68) اطُلع خلالها على عدة مقترحات ومراجعات دقيقة وشاملة للمعلومات الصحية والإعاقة (Piazza 2012, p. 21)، انطلاقا منها تشكلت الصيغة النهائية ل CIH2 والتي اتمدت خلال الدورة 45 للجمعية العامة للصحة العالمية في ماي 2001 وبعد أخذ ورد إستقر الجميع عند تسمية التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF وقد صدر سنة 2002، يتبنى التصنيف الأخير النموذج الاجتماعي حيث يسعى إلى تصحيح التجاوزات التي حدثت في التصنيف العالمي حول الإعاقة CIH من خلال التزاوج بين النموذج البيوطبي والنموذج

الاجتماعي للإعاقة، يتم تحديد الإعاقة من خلال العلاقة المعقدة بين الحالة الصحية للشخص والعوامل الشخصية والخارجية. لهذا يمكن أن تكون البيئة المحيطة بالشخص ذوي الإعاقة مليئة بالعقبات وخالية من التسهيلات وبالتالي من شأنها تقيد آداء الأشخاص المعنيين.

وبالرجوع إلى النموذج المعتمد من قبل الجزائر لتفسير الإعاقة يمكن القول أنه بعد مصادقتها على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH سنة 2002 التي تبنت بدورها النموذج الاجتماعي خلال تعريفها للإعاقة حيث تحدث الإعاقة حسبها نتيجة للتفاعل بين الأشخاص ذوي الإعاقة والحواجز السلوكية والبيئية التي تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين (ONU 2014, p. 1) بالتالي كان لزاما عليها اعادة النظر في مختلف سياساتها ومبادئها المتعلقة بالإعاقة ، والالتزام بتعهداتها وفقا للمادة 04 من إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (ONU 2014, p. 5)، غير أن الجزائر إعتمدت مرة أخرى على مقاربة طبية لتعريف الإعاقة الذي تبنته من خلال تحقيقها الوطني متعدد المؤشرات MICS4 سنة 2012 -2013، أين تضمن التقرير الرسمي الذي نشرته محور الإعاقة، وخلال التحقيق يُسأل المستجوب وغالبا ما يكون رب الأسرة عما إذا كان هناك فرد واحد على الأقل من أفراد أسرته والذين تواجدوا في المنزل أثناء إجراء التحقيق لديه "حالة جسدية أو عقلية استمرت 6 أشهر فما فوق تمنع أو تحول دون مشاركته في أداء الأنشطة العادية مقارنة بالأشخاص في مثل سنه" (MSPRH-UNICEF et UNFPA 2013, p. 238).

في 2014/07/15 تم التوقيع على المرسوم التنفيذي الحامل للرقم 14 -204 بعد إجراء تعديل على القانون رقم 02 -09، ورد فيه تعريف الإعاقة على أنها "كل محدودية في ممارسة أنشطة أولية في الحياة اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة الوظائف الذهنية، و/أو الحركية، و/أو العضوية -الحسية، تعرض لها كل شخص في محيطه مهما كان سنه أو جنسه، تنجم الإعاقة عن إصابة ذات أصل وراثي خلقي أو مكتسب (Journal officiel 2014, p. 4).

تقرير آخر أرسلته الجزائر لمنظمة الأمم المتحدة ONU تستعرض فيه الإنجازات التي حققتها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، تضمن تعريفا للإعاقة يستند إلى النموذج الطبي (CRPD-ONU 2015, p. 11)، وهو الأمر الذي عرض الجزائر للمساءلة (CRPD-ONU 2015, p. 1) كونها لم تنسق جهودها لا على المستوى التشريعي ولا على المستوى التنظيمي لتغيير الاتجاه التقليدي لتعريف الإعاقة.

مؤخرا يجري الحديث عن إعادة النظر لتفعيل القانون رقم 02 -09 بداية من تعريف الإعاقة من خلال تقنين مشروع صياغة ما يسمى بسلم تنقيط الإعاقة (Hattou Hanafi 2019) عبر تثمين ما جاء به الجانب الطبي وتوأمته بالجانب الاجتماعي حتى يتسنى للشخص ذوي الإعاقة الاستفادة من مختلف الخدمات التي توفرها الدولة، وبغية تكييف الإعاقة انطلاقا من وضعية الشخص المعني من أجل تذليل العقبات التي تواجهه في المجتمع.

قد يتبادر إلى ذهن القارئ أنه لا جدوى من النقاش في موضوع التسميات والتعريفات على حد رأي الشخص من ذوي الإعاقة في الجزائر "سميني كيما تحب المهم أعطيني حقي"، غير أن قلة فقط من المفكرين يدركون مدى أهمية تعريف الإعاقة في تحديد الأولويات وعلى عاتق أي جهة تسند المسؤوليات كما تم الإشارة إليه سابقا، وهو الأمر الذي أدركه المشرع الجزائري جيدا ما جعله يبقى متمسكا بالنموذج الطبي لتفسير الإعاقة، ليس جهلا بالأبحاث والمستجدات التي تطرأ دوريا في موضوع الإعاقة بقدر ما هو تهرب من الإقرار بالنموذج الاجتماعي في أثناء تعريف الإعاقة، وذلك بسبب الشلل الذي تعاني منه جميع القطاعات تقريبا فيما يتعلق بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في ظل عدم وجود قانون إطاري يحدد التوجهات الرئيسية لسياسة إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وإمكانية الوصول والولوج إلى البيئة (FAPH 2018, p. 3) فهو يعيي جيدا حجم التقصير والإهمال الذي يعاني منه ذوي الإعاقة الجزائري بالإضافة إلى إعاقته.

إن تبني المشرع الجزائري للنموذج الاجتماعي لتفسير الإعاقة يعتبر اعترافا والتزاما ضمنيا وصريحا ليس فقط بمعايير وكيفية تحديد الشخص

ذوي الإعاقة، معالجة الإعاقة أو الوقاية منها إن أمكن، بل الأهم من ذلك وهو تجسيد وبلورة إدارة أمثل للإعاقة من خلال تحديد على أي مستوى يقع عاتق ومسؤولية تكييف البيئة بمختلف مؤسساتها بما يتوافق مع احتياجات الأشخاص المعنيين، وإزالة كافة الحواجز والعراقيل حتى تكون مهيأة لتسهيل ممارسة حقهم الكامل في المشاركة الاجتماعية والمساهمة في عملية التنمية وفقا لقدراتهم.

خاتمة:

يمكن القول إن الجزائر لازالت في طور دراسة رؤية واضحة لمفهوم الإعاقة -رغم تماطلها كغيرها من البلدان - تستند على نظرة اجتماعية تنادي بإزالة كافة الحواجز والعراقيل التي تحول دون مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في العملية التنموية، وهو سبيل لا مناص منه لتفسير وفهم أمثل للإعاقة، بحيث لا بديل عن تطوير وتصميم نموذج شامل ومتكامل يجمع بين النموذجين البيوطبي والاجتماعي دون المخاطرة بتجزئة أي من هذين الاتجاهين واعتمادهما بشكل منفصل لتحليل الإعاقة. إن تبني الجزائر لوجهة نظر متكاملة تمكِّن من الحصول على نموذج متفاعل يراعي التعقيد اللانهائي لظاهرة الإعاقة ليتم اعتماده من أجل بناء استراتيجيات التكفل اللائق بالأشخاص ذوي الإعاقة.

□

قائمة المراجع:

- Chiriacescu Diana et autres. (2015). analyser les procedures et les modalités d'evaluation du handicap à la lumière de la convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes handicapées: proposition de guide méthodologique, *alter*, volume 9, Issue 1.

- CRPD-ONU. (2015). *Rapports initiaux des états parties attendus en 2012: Algérie comité des droits des personnes handicapées*. Algérie.

- CRPD-ONU. (2018). *Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie: Comité sur les droits des personnes handicapées, version initiale non éditée*. ONU.

- Darras Bernard et Valente Dannyelle. (2013). *Handicap et communication*. France: Harmattan.

- Degros Eric B. (2014). *Le droit du handicap et la gestion du patrimoine culturel: vers un modèle Européen?*. France: Harmattan.

- Delcey Michel. (2002). *Notion de situation de handicap moteur: les classifications internationales du handicap*. consulté le 15-04-2020, Disponible à l'adresse https://bit.ly/3p1KpkD

- De Riedmatten Raphael et autres. (2012). comprendre le handicap: du regard a l'action. *Interactif*, Tome 1, n°10.

- FAPH. (2018). *Rapport alternatif: Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12 mai 2009 par Décret présidentiel n°09-188*. Algérie.

- Fougeyrollas Patrick. (2002). l'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politique et contrebutions Québécoises. *Piste 4-2*, Réadaptation et réinsertion des travailleurs.

- Journal officiel de la République Algérienne. (2002). n°34.

- Journal officiel de la république Algérienne. (2014). n°45.

- Hamonet Claude. (1992). *Handicapologie et anthropologie*. Thèse de Doctorat, Université René Descartes Paris v France.

- Hattou Hanafi. (2019). *Un guide barème unique de détermination du handicap*. consulté le 11-04-2020, Disponible à l'adresse https://bit.ly/3wzCnlC.

- Janssens Xavier et autres. (2005). *Pleins feux sur les rhumatis*. Belgique: Edition Lannoo.

- Lelong Stéphane. (2013). *Période d'adolescence: Figure de souffrance*. France: Harmattan, tome 2.

- Mbele Jean Didier. (2008). *La représentation des situations de handicaps au Congo-Brazzaville: une approche psychologique et socioculturelle*. Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon-2, institut de psychologie, France.

- MSPRH, UNICEF, UNFPA. (2013). *Enquête par Grapes à indicateurs multiples (MICS)*, Algérie.

- ONU. (2014). *convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif*. United nation audiovisuel of international law.

- Piazza Senge Dalla. (2012). *Un enfant handicapé: égaliser des chances, aide et intervention précoces*. France: Harmattan.

- Ravaud Jean-François. (2009). Définition, classification et épidémiologie du handicap. *La Revue du Praticien*, 59(8).

- Rochat Lysiane. (2008). *les conceptions et modèles principaux concernant le handicap, Berne*, Bureau Fédéral pour l'égalité du handicap, BFEH. Consulté le 15-04-2020, Disponible à l'adresse: https://bit.ly/3yGwt3P.

- Rossignole Christian. (2010). La Notion de Handicap: Métaphore politique et point de ralliement des corporatismes. *revue Interactions*, vol ume 2.

- Tisserant Guy. (2012). *Le handicap en entreprise: contrainte ou opportunité?*. France: Pearson.