

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع والديموغرافيا



تحليل ديموغرافي لواقع المعاقين في الجزائر
دراسة مقارنة بين التحقيين Mics3 و Mics4

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د في الديموغرافيا
تخصص: السكان والتنمية

إشراف الأستاذ
أ.د. حفاظ الطاهر

إعداد
حصرومي مجدولين

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
بعيط فاتح	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	رئيسا
حفاظ الطاهر	أستاذة التعليم العالي	جامعة باتنة 1	مقررا
مطاطحة عز الدين	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	عضوا
دلاندة عيسى	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا
الوادي الطيب	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا

السنة الجامعية: 2020-2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع والديموغرافيا



تحليل ديموغرافي لواقع المعاقين في الجزائر
دراسة مقارنة بين التحقيين Mics3 و Mics4

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د في الديموغرافيا
تخصص: السكان والتنمية

إشراف الأستاذ
أ.د. حفاظ الطاهر

إعداد
حصرومي مجدولين

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
بعيط فاتح	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	رئيسا
حفاظ الطاهر	أستاذة التعليم العالي	جامعة باتنة 1	مقررا
مطاطحة عز الدين	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	عضوا
دلاندة عيسى	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا
الوادي الطيب	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا

السنة الجامعية: 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ
تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ

صدق الله العظيم

إهداء

*إلى روح لن يكررها الزمن أبدي: اللهم اجعل أبي يستوطن جنتك كما استوطن أعماق
الفؤاد، اللهم نور مرقده وطر مشهده وطيب مضجعه وزده إحسانا فوق إحسانه.
*إلى أمي التي لا تقدر بثمن: اللهم أطل عمرها واسعد قلبها وفرج عنها كل هم
ويسر لها كل أمر، رب إنني أحبها حبا لا يعلمه سواك.
*إلى زوجي وأبنائي: "اللهم صب لنا من أزواجنا وذرياتنا قرة أعين واجعلنا
للمتقين إماما".

*إلى روح خادرت دون استئذان أخي إسلام: اللهم أنر قبره ووسع
مدخله وأنس وحشته.
*إلى جميع العائلة.

*إلى كل من استطاع أن يجعل من الإعاقة تميزا أخص
بالذكر جهاد، إلى كل قلب مقيد ينتظر من
يكشف عنه حتى يخرج إلى عالم النور.
"الأشخاص ذوي الإعاقة".

شكر وعرفان

«رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ

فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ». سورة النمل الآية 19

أحمد الله عز وجل الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة.

أتقدم بالشكر الجزيل، الامتتان والتقدير البالغين لأستاذي الفاضل البروفيسور حفاظ الطاهر المشرف على

هذا العمل، الذي لم يبخل علي بتوجيهاته ونصائحه القيمة التي كانت عوناً في إتمام هذا العمل،

بالإضافة إلى تعامله الصبور والرشيد، فجزاه الله خير جزاء.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من: المدير العام لمديرية حماية وترقية الأشخاص المعاقين السيد لبصاري محمد الأمين، مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين السيد بلعاليا كمال، مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة السيد بنمزال مراد، وإلى جميع الموظفين العاملين في مجال الإعاقة بوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة، السيدة المعمري عتيقة رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة، السيد عباس أرزقي إطار بمؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري Etusa، بالإضافة إلى السيد جلول العربي رئيس الجمعية الولائية تواصل لأطفال التوحد بولاية باتنة على تعاونهم ومساعدتهم لإتمام الدراسة الميدانية، وعلى كافة الوثائق التي تم تقديمها لذات الصدد.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل للأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم قراءة وتقييم هذا البحث.

أتوجه أيضاً بكافة معاني التقدير والعرفان إلى كل من الدكتورة دواس نادية التي لم تبخل بإرشاداتها وتجاربها التي ساعدت على إتمام هذا العمل، بالإضافة إلى حصرومي فتحي الذي كان له فضل في إتمام الجانب التطبيقي للدراسة.

كما أتقدم بعميق الشكر إلى جميع من ساعدني من قريب أو بعيد في سبيل إنجاز هذا العمل المتواضع، وأخص الأساتذة المحكمين للاستبيان.

إلى كل من علمي حرفاً فصرت له عبداً.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
	الإهداء.
	شكر و عرفان.
I	فهرس المحتويات.
XIII	فهرس الجداول.
XXI	فهرس الأشكال.
XXVII	فهرس الصور.
ب	مقدمة عامة.
الفصل الاول: الدراسات السابقة وتحديد الإشكالية.	
8	تمهيد
9	1-1 الدراسات السابقة.
28	2-1 تحديد الإشكالية، تساؤلات وفرضيات الدراسة.
33	3-1 أسباب اختيار الموضوع.
33	4-1 أهداف الدراسة.
34	5-1 أهمية الدراسة.
35	6-1 منهج الدراسة.
36	7-1 تحديد المفاهيم الرئيسية.
41	8-1 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.
43	خلاصة.
الفصل الثاني: الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة في الرأي العام العالمي.	
45	تمهيد
46	1-2 الإعاقة (HANDICAP) أصل التسمية.
50	2-2 نماذج الإعاقة.
50	1-2-2 النموذج الطبي للإعاقة.
52	2-2-2 النموذج الإجتماعي للإعاقة.
55	3-2 تصنيفات منظمات الصحة العالمية للإعاقة.

56	Classification Internationale du Handicap 1-3-2
63	2-3-2 التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF.
69	4-2 مكونات وعناصر الإعاقة حسب أبرز الباحثين.
69	1-4-2 الإعاقة حسب Saad Nagi سنة 1965.
72	2-4-2 الإعاقة حسب Mervyn Susser سنة 1973.
72	3-4-2 الإعاقة حسب Pierre Minaire
73	4-4-2 نظام تحديد هوية الإعاقة وقياسها SIMH.
75	5-4-2 أعمال Grimley Evans حول الإعاقة.
76	6-4-2 مفهوم الإعاقة حسب الكيبكيين. Les Quebequois.
79	7-4-2 الإعاقة حسب القانون الفرنسي سنة 2005.
80	5-2 الإتفاقيات والمعاهدات العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.
81	1-5-2 المحافل العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة قبل 1975.
81	2-5-2 إعلان منظمة الأمم المتحدة سنة 1975.
83	3-5-2 مخطط العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة 1982.
86	4-5-2 المعاهدة العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2006.
93	6-2 الإعاقة و التنمية.
94	1-6-2 الحق في التنمية.
94	2-6-2 التنمية في ظل المعاهدة العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
96	3-6-2 الأهداف الإنمائية للألفية وقضية الإعاقة.
97	4-6-2 التقرير العالمي حول الإعاقة
99	7-2 أنواع الإعاقة.
99	1-7-2 الإعاقة البصرية.
105	2-7-2 الإعاقة السمعية.
113	3-7-2 الإعاقة الحركية.
116	4-7-2 الإعاقة الذهنية.
122	5-7-2 الإعاقة النفسية.
127	8-2 أمل الحياة بدون إعاقة Espérance de vie sans incapacité.

128	1-8-2 مؤشر أمل الحياة بدون إعاقة.
132	2-8-2 الشيخوخة والإعاقة.
138	خلاصة.
الفصل الثالث: مصادر جمع المعطيات وطرق تحليل البيانات.	
140	تمهيد
141	1-3 دراسة مقارنة بين نتائج التحقيين الوطنيين Mics ₃ و Mics ₄ .
142	1-1-3 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS ₃ .
142	1-1-3-أ وصف الإطار العام للتحقيق الوطني MICS ₃ .
143	1-1-3-ب أهداف التحقيق الوطني MICS ₃ .
143	1-1-3-ت طريقة سحب العينة المناسبة لإجراء التحقيق الوطني Mics ₃ .
145	1-1-3-ث تحديد حجم عينة التحقيق الوطني Mics ₃ .
146	1-1-3-ج تصميم إستمارات التحقيق الوطني Mics ₃ .
147	1-1-3-ح الاختبار الأولي للتحقيق MICS ₃ .
147	1-1-3-خ النتائج المتحصل عليها من خلال تحقيق MICS ₃ .
149	1-1-3-د التعديلات التي تم إجراؤها قبل الدراسة.
151	2-1-3 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS ₄
152	2-1-3 أ وصف الإطار العام للتحقيق الوطني MICS ₄
152	2-1-3-ب أهداف التحقيق الوطني MICS ₄
153	2-1-3-ت الإطار المنهجي المتبع في تحقيق MICS ₄ .
154	2-1-3-ث طريقة سحب العينة الخاصة بالتحقيق.
156	2-1-3-ج حساب حجم العينة.
158	2-1-3-ح تصميم الإستمارات.
159	2-1-3-خ الإختبار الأولي ومعالجة البيانات.
160	2-1-3-د المقاربة المنهجية للإعاقة في تحقيق MICS ₄ .
160	2-1-3-ذ النتائج المتحصل عليها حسب التحقيق Mics ₄ .
172	2-1-3-ر التعديلات التي تم إجراؤها قبل الدراسة.
174	2-3 دراسة تطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.
174	1-2-3 حصر مجتمع الدراسة وتحديد حجم العينة.

176	2-2-3 طريقة جمع البيانات.
176	3-2-3 أدوات الدراسة وأسلوب جمع البيانات.
177	4-2-3 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.
177	5-2-3 إجراء الإختبار الأولي وضبط أسئلة الإستمارة.
178	6-2-3 تصميم الإستمارة.
178	7-2-3 ثبات الإستمارة.
179	8-2-3 تحليل النتائج.
180	3-3 دراسة ميدانية حول استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.
180	1-3-3 أسلوب جمع البيانات وأدوات الدراسة.
182	2-3-3 الحدود الزمانية والمكانية.
184	3-3-3 الأسئلة التي شملتها الدراسة الميدانية.
186	خلاصة
الفصل الرابع: دراسة مقارنة بين التحقيين الوطنيين Mics₃ وMics₄.	
188	تمهيد.
189	1-4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.
189	1-1-4 المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية
189	1-1-4-أ توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب السن.
191	1-1-4-ب توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجنس.
194	1-1-4-ت توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المناطق المبرمجة إقليميا.
196	1-1-4-ث توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب محل الإقامة.
199	1-1-4-ج توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب العائلية.
203	1-1-4-ح توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المستوى التعليمي.
207	2-1-4 المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المرتبطة بالوضع الصحية.
207	2-1-4-أ توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقاتهم.
214	2-1-4-ب توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب شدة إعاقاتهم.
219	2-1-4-ت توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سبب إعاقاتهم.
223	2-1-4-ث توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرض مزمن.

227	3-1-4 المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المرتبطة بالوضع الاقتصادية.
227	3-1-4-أ الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة.
232	3-1-4-ب الوضع المهنية للأشخاص ذوي الإعاقة.
235	3-1-4-ت توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مؤشر الغنى.
237	- مؤشرات قياس الثروة الحديثة.
244	- مؤشر الغنى.
247	4-1-4 معدل إنتشار الإعاقة في الجزائر.
248	4-1-4-أ معدل انتشار الإعاقة حسب السن.
249	4-1-4-ب معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس.
250	4-1-4-ت معدل إنتشار انتشار الإعاقة حسب محل الإقامة.
251	4-1-4-ث معدل انتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي.
252	4-1-4-ج معدل انتشار الإعاقة حسب الحالة الفردية.
253	4-1-4-ح معدل انتشار الإعاقة حسب مؤشر الغنى.
254	2-4 إختبار الفرضيات.
254	1-2-4 إختبار الفرضية الرئيسية الأولى.
255	1-2-4-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الأولى).
256	1-2-4-ب إختبار صحة الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الأولى).
257	2-2-4 إختبار الفرضية الرئيسية الثانية.
257	2-2-4-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الثانية)
259	2-2-4-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الثانية).
260	2-2-4-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الثانية).
262	2-2-4-ث إختبار الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الرئيسية الثانية).
264	3-2-4 إختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.
265	3-2-4-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الثالثة)
266	3-2-4-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الثالثة).
267	3-2-4-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الثالثة).
270	خلاصة.

الفصل الخامس: دراسة تطبيقية حول واقع المعاقين في الجزائر.

272	تمهيد.
273	1-5 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.
273	1-1-5 المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية
273	1-1-5-أ توزيع أفراد العينة حسب السن.
274	1-1-5-ب توزيع أفراد العينة حسب الجنس.
275	1-1-5-ت توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة.
276	1-1-5-ث توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.
276	1-1-5-ج توزيع أفراد العينة حسب عدد أبنائهم.
277	1-1-5-ح توزيع أفراد العينة حسب العمر الذي أصيبوا فيه بالإعاقة.
278	1-1-5-خ توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بالنسبة لرب الأسرة.
278	1-1-5-د توزيع أفراد العينة حسب مع من يعيشون.
279	1-1-5-ذ توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهم لبطاقة معاق.
281	1-1-5-ر توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهم لبطاقة الشفاء.
281	1-1-5-ز توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بين والديهم.
282	1-1-5-س توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة.
283	2-1-5 المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي.
283	2-1-5-أ توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي.
284	2-1-5-ب توزيع أفراد العينة حسب القسم الذي يتابعون فيه دراستهم.
285	2-1-5-ت توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.
286	2-1-5-ث توزيع أفراد العينة حسب مصدر الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.
287	2-1-5-ج توزيع أفراد العينة حسب التكوين في مركز لتأهيل المعاقين.
288	2-1-5-ح توزيع أفراد العينة حسب تكييف المؤسسة التعليمية وفقا لإحتياجاتهم.

289	5-1-2-خ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي.
290	5-1-3 المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الصحية.
291	5-1-3-أ توزيع أفراد العينة حسب نوع إعاقتهم.
293	5-1-3-ب توزيع أفراد العينة حسب درجة إعاقتهم.
293	5-1-3-ت توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم.
295	5-1-3-ث توزيع أفراد العينة حسب إستهلاكهم لنوع معين من الأدوية التي تخص إعاقتهم.
295	5-1-3-ج نوع الصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة لشراء الأدوية.
296	5-1-3-ح توزيع أفراد العينة حسب نوع الصعوبات التي تواجههم لشراء الأدوية.
297	5-1-3-خ توزيع أفراد العينة حسب إجراءاتهم للفحوصات والتحليل.
298	5-1-3-د توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي تواجههم لإجراء الفحوصات والتحليل.
298	5-1-3-ذ نوع الصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة لإجراء الفحوصات والتحليل.
299	5-1-3-ر توزيع أفراد العينة حسب القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المرتبطة بالإعاقة.
300	5-1-3-ز توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.
301	5-1-3-س الأسباب الكامنة وراء عدم رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.
302	5-1-3-ش توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.
303	5-1-3-ص توزيع أفراد العينة حسب الجهة المسؤولة عن التقصير في كيفية تقديم الخدمات الصحية لهم.

304	5-1-3-ض توزيع أفراد العينة حسب معاناتهم من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة.
305	5-1-3-ط توزيع أفراد العينة حسب متابعتهم الطبية لمرضهم المزمن.
306	5-1-3-ظ توزيع أفراد العينة حسب حاجتهم لوسيلة من الوسائل التعويضية.
307	5-1-3-ع توزيع أفراد العينة حسب نوع الوسيلة التعويضية التي يحتاجون إليها.
308	5-1-3-غ توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لوسيلة (وسائل) تعويضية التي يحتاجونها.
309	5-1-3-ف توزيع أفراد العينة حسب مصدر حصولهم على الوسيلة التعويضية.
310	5-1-3-ق الإحتياجاتهم الصحية غير الملباة للأشخاص ذوي الإعاقة.
311	5-1-4 المحور الرابع: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية.
312	5-1-4-أ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.
312	5-1-4-ب توزيع أفراد العينة الذين هم في سن العمل وعاطلين حسب قبولهم عرض العمل.
313	5-1-4-ت توزيع أفراد العينة حسب وضعيتهم المهنية.
314	5-1-4-ث توزيع أفراد العينة حسب تجهيز مكان عملهم بما يتوافق ونوع إعاقتهم.
315	5-1-4-ج نوع التجهيزات الواجب توفرها في مكان عمل الأشخاص ذوي الإعاقة.
316	5-1-4-ح توزيع أفراد العينة حسب علمهم بحقهم في الحصول على 3% من إجمالي المناصب في المؤسسات العمومية أو الخاصة.
317	5-1-4-خ توزيع أفراد العينة حسب علمهم بما يسمى مؤسسات العمل المحمي.
318	5-1-4-د توزيع أفراد العينة حسب علمهم بالمزارع البيداغوجية.
319	5-1-4-ذ توزيع أفراد العينة حسب علمهم بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة.
320	5-1-4-ر توزيع أفراد العينة حسب استفادتهم من إعانة مالية من طرف الدولة.
321	5-1-4-ز توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعانة التي يستفيدون منها.

322	5-1-4-س توزيع أفراد العينة حسب كفاية منحة إعاقة التي تقدمها الدولة في سد إحتياجاتهم.
323	5-1-4-ش قيمة المنحة المالية التي يعتقد الأشخاص ذوي الإعاقة أنها كافية لسد إحتياجاتهم.
323	5-1-4-ص توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه.
324	5-1-4-ض توزيع أفراد العينة حسب تجهيز المسكن الذي يعيشون فيه بما يتوافق ونوع إعاقتهم.
325	5-1-4-ط توزيع أفراد العينة حسب مستواهم المادي.
326	5-1-4-ظ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على المستواهم الإقتصادي.
327	5-1-4-ع الخدمات الواجب على الدولة توفيرها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.
329	5-1-5 المحور الخامس: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية، الإجتماعية.
329	5-1-5-أ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية.
330	5-1-5-ب توزيع أفراد العينة حسب شعورهم بالتوتر بشكل دائم.
331	5-1-5-ت توزيع أفراد العينة حسب مصدر التوتر الدائم الذي يشعرون به.
332	5-1-5-ث توزيع أفراد العينة حسب قدرتهم على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها.
333	5-1-5-ج توزيع أفراد العينة حسب سبب عدم قدرتهم على تكوين علاقات إجتماعية والمحافظة عليها.
334	5-1-5-ح توزيع أفراد العينة حسب حاجتهم إلى المساعدة لأداء النشاطات اليومية.
335	5-1-5-خ توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاطات التي يحتاجون فيها إلى مساعدة.
335	5-1-5-د توزيع أفراد العينة حسب الشخص الذي يلجئون إليه لطلب المساعدة من أجل ممارسة نشاطاتهم اليومية.

336	5-1-5-ذ توزيع أفراد العينة حسب تلقىهم للمقاومة في الإعراف بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد...
336	5-1-5-ر مصدر المقاومة التي يتلقاها الأشخاص ذوي الإعاقة.
337	5-1-5-ز توزيع أفراد العينة حسب تقييم نظرة المجتمع لإعاقته.
338	5-1-5-س توزيع أفراد العينة حسب الطريقة الأنسب لتعامل أفراد المجتمع مع إعاقته.
338	5-1-5-ش توزيع أفراد العينة حسب مواجهتهم لصعوبات أثناءهم استخدامهم لوسائل النقل العمومي.
339	5-1-5-ص توزيع أفراد العينة حسب إنتمائهم إلى جمعية.
340	5-1-5-ض توزيع أفراد العينة حسب مشاركتهم في نشاطات الجمعية.
341	5-1-5-ط توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن نشاطات الجمعية.
342	5-1-5-ظ سبب عدم رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن الخدمات التي توفرها الجمعية.
342	5-1-5-ع توزيع أفراد العينة حسب آرائهم حول تمتعهم بالحماية الكافية من الناحية القانونية.
343	5-1-5-غ توزيع أفراد العينة حسب الجهة أو الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة.
344	5-2-إختبار الفرضيات.
345	5-2-1-إختبار الفرضية الرئيسية الرابعة.
345	5-2-1-أ-إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الرابعة).
346	5-2-1-ب-إختبار صحة الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الرابعة).
347	5-2-1-ت-إختبار صحة الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الرابعة).
348	5-2-2-إختبار الفرضية الرئيسية الخامسة.
348	5-2-2-أ-إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الخامسة)
349	5-2-2-ب-إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الخامسة).
350	5-2-2-ت-إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الخامسة).
351	5-2-2-ث-إختبار الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الرئيسية الخامسة).
354	خلاصة.

الفصل السادس: إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

356	تمهيد.
357	1-6 الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة التي شملتها الدراسة الميدانية.
357	1-1-6 المديرية العامة لحماية وترقية المعاقين بوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.
365	2-1-6 الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.
366	3-1-6 مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري لمدينة الجزائر العاصمة ETUSA.
368	4-1-6 جمعية تواصل لأطفال التوحد لولاية باتنة.
369	2-6 إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.
369	1-2-6 إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.
369	2-1-2-6 أ مضمون إستراتيجية بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.
381	2-1-2-6 ب العراقل التي تصاحب تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.
383	2-1-2-6 ت المشاريع المستقبلية التي تسعى مديرية التربية والتعليم المتخصصين إلى تنفيذها.
384	2-2-6 إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني.
385	2-2-6 أ فحوى إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني.
397	2-2-6 ب المشاريع المستقبلية التي تسعى مديرية الوقاية والإدماج المهني للمعاقين إلى تنفيذها
399	3-2-6 إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في المجال الإجتماعي.
399	3-2-6 أ المنحة المالية والتغطية الإجتماعية.
401	3-2-6 ب تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي.
405	3-2-6 ت تسهيل الوصول إلى وسائل الإتصال والإعلام.
405	3-2-6 ث الإعفاء من الرسوم والضرائب.
406	3-2-6 ج مجانية النقل والتخفيض في تسعيراته لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة.

409	3-6 إشكالية تبني الجزائر للنموذج الطبي خلال تعريفها للإعاقة.
413	4-6 تقييم مدى نجاح الجزائر في تطبيق إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة على ضوء أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.
416	1-4-6 في المجال التشريعي.
417	2-4-6 في مجال الإحصاءات وجمع البيانات.
418	3-4-6 في مجال التعليم.
420	4-4-6 في مجال الصحة.
421	5-4-6 في مجال الإدماج المهني والوظيفي.
422	6-4-6 في مجال تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي.
423	7-4-6 في مجال الإعلام.
424	خلاصة.
426	خاتمة عامة
443	المراجع.
454	الملاحق.

فهرس الجداول.

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
54	نماذج تفسير الإعاقة.	1-2
55	الفرق بين النموذجين الفردي والإجتماعي للإعاقة.	2-2
69	أوجه الاختلاف بين التصنيفين CIH و CIF.	3-2
75	أبعاد SIMH على مستوى الإعاقة والشخص.	4-2
101	أنواع الإعاقة البصرية حسب CIH.	5-2
108	تصنيف الإعاقة السمعية حسب BIAP.	6-2
124	أنواع الإضطرابات النفسية حسب الجمعية الأمريكية APA.	7-2
130	كيفية حساب EVSI للأشخاص الأكبر من 65 سنة في منطقة Haute-Normandie 1979.	8-2
132	السنوات المفقودة في حالة إعاقة وأمل الحياة بدون إعاقة للأشخاص فوق 65 سنة لدى سكان Haute-Normandie حسب الجنس 1979.	9-2
146	الإستثمارات التي شملها التحقيق MICS ₃ .	1-3
147	إنتشار معدلات الإعاقة حسب كل من الجنس والسن (تحقيق MICS ₃).	2-3
148	توزيع معدل الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة حسب نوع الإعاقة ومحل الإقامة (تحقيق MICS ₃).	3-3
148	توزيع معدلات الأشخاص الذين يعانون من إعاقة حسب شدة الإعاقة ومحل الإقامة (تحقيق MICS ₃).	4-3
159	الإستثمارات التي شملها تحقيق MICS ₄ .	5-3
161	توزيع الأسر التي يوجد بها أشخاص ذوي إعاقة حسب بعض الخصائص (تحقيق Mics ₄ (%)).	6-3
162	نسبة أفراد الأسر الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية (تحقيق Mics ₄ (%)).	7-3
165	نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع الضعف (تحقيق Mics ₄ (%)).	8-3

168	نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع العجز (تحقيق Mics ₄ (%)).	9-3
171	نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب كل من نوع الضعف ودرجته (تحقيق Mics ₄ (%)).	10-3
172	نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب كل من نوع العجز ودرجته (تحقيق Mics ₄ (%)).	11-3
178	محاور الإستمارة الإلكترونية حول واقع المعاقين في الجزائر.	12-3
179	نتائج ثبات الإستمارة أداة القياس.	13-3
184	الأسئلة التي تضمنتها المقابلات التي تم إجراؤها مع المخبرين الرئيسيين Les personnes clés.	14-3
189	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب السن.	1-4
190	توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأطفال الأقل من 15 سنة.	2-4
191	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجنس.	3-4
192	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب كل من الجنس والسن.	4-4
193	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب كل من الجنس والسن.	5-4
195	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المناطق المبرمجة إقليميا والسن.	6-4
196	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المناطق المبرمجة إقليميا والجنس.	7-4
197	توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب محل الإقامة.	8-4
198	توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب محل الإقامة.	9-4
198	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب محل الإقامة.	10-4
199	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب محل الإقامة.	11-4

201	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب الحالة العائلية والسن.	12-4
201	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب الحالة العائلية والسن.	13-4
204	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب كل من المستوى التعليمي والسن.	14-4
204	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب كل من المستوى التعليمي والسن.	15-4
209	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب أنواع العجز الأخرى.	16-4
211	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب نوع إعاقتهم.	17-4
212	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب نوع إعاقتهم.	18-4
215	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب شدة إعاقتهم.	19-4
216	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب شدة إعاقتهم.	20-4
216	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب شدة إعاقتهم.	21-4
217	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب شدة إعاقتهم.	22-4
218	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب كل من شدة ونوع إعاقتهم.	23-4
218	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب كل من شدة ونوع إعاقتهم.	24-4
220	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب سبب إعاقتهم.	25-4

221	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب سبب إعاقتهم.	26-4
222	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من سبب الإعاقة والجنس.	27-4
223	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من سبب الإعاقة ومحل الإقامة.	28-4
224	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع المرض المزمن الذي يعانون منه.	29-4
225	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرض مزمن والمتابعة الطبية.	30-4
226	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرضين مزمنين والمتابعة الطبية.	31-4
227	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية.	32-4
228	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب الحالة الفردية والسن.	33-4
229	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب الحالة الفردية والسن.	34-4
230	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية والجنس.	35-4
231	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية ومحل الإقامة.	36-4
232	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية والمستوى التعليمي.	37-4
233	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب نوع المهنة والسن.	38-4
234	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₄ حسب نوع المهنة والسن.	39-4
235	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المهنة وشدة الإعاقة.	40-4
238	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه.	41-4
239	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب خصائص المسكن الذي يعيشون فيه.	42-4
240	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب توفر المرحاض.	43-4

241	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب التجهيزات العامة المتعلقة بالماء والكهرباء.	44-4
242	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب امتلاكهم للأجهزة الكهرومنزلية.	45-4
243	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب امتلاكهم للأجهزة السمعية البصرية ووسائل الإتصال.	46-4
243	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics ₃ حسب امتلاكهم لوسائل النقل.	47-4
245	توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة حسب مؤشر الغنى.	48-4
245	توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة حسب مؤشر الغنى.	49-4
255	تحليل نتائج إختبار Test T للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الأولى).	50-4
256	تحليل نتائج إختبار Test T للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الأولى).	51-4
257	نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الأولى.	52-4
258	تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية).	53-4
260	تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثانية).	54-4
261	تحليل نتائج khi-deux للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثانية).	55-4
262	تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثانية).	56-4
264	نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الثانية.	57-4
265	تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثالثة).	58-4
267	تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثالثة).	59-4
268	تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثالثة).	60-4
269	نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.	61-4
275	توزيع أفراد العينة حسب كل من السن والجنس.	1-5
277	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب عدد الاطفال.	2-5

277	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سن الإصابة بالإعاقة.	3-5
278	توزيع أفراد العينة حسب صلة قرابتهم بالنسبة لرب الأسرة.	4-5
283	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة.	5-5
287	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.	6-5
291	توزيع أفراد العينة حسب نوع إعاقتهم (مع إحتساب التكرارات).	7-5
292	توزيع افراد العينة حسب نوع إعاقتهم (بدون تكرار).	8-5
294	توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم.	9-5
296	توزيع الأشخاص الذين يستهلكون أدوية تتعلق بالإعاقة حسب الصعوبات التي تواجههم لشراءها (النسبة %).	10-5
298	توزيع الأشخاص الذين يجرون فحوصات وتحاليل تتعلق بالإعاقة حسب الصعوبات التي تواجههم لإجرائها (النسبة %).	11-5
301	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة (النسبة %).	12-5
304	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجهة المسؤولة عن التقصير في كيفية تقديم الخدمات الصحية لهم (النسبة %).	13-5
308	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع الوسيلة التعويضية التي يحتاجون إليها (النسبة %).	14-5
313	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة العاطلين عن العمل حسب قبولهم عرض العمل.	15-5
322	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع الإعانة المالية التي يستفيدون منها من طرف الدولة.	16-5
324	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه (النسبة %).	17-5
332	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر التوتر الذي يشعرون به (النسبة %).	18-5
335	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع النشاطات التي يحتاجون فيها إلى مساعدة (النسبة %).	19-5

338	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تقييمهم لنظرة أفراد المجتمع تجاه إعاقتهم (النسبة %).	20-5
341	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في نشاطات الجمعية (النسبة %).	21-5
341	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن الخدمات التي تقدمها الجمعيات التي ينتمون إليها (النسبة %).	22-5
343	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول ما إذا كانوا يتمتعون بحماية قانونية كافية (النسبة %).	23-5
344	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة (النسبة %).	24-5
345	تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرابعة).	25-5
346	تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرابعة).	26-5
347	تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرابعة).	27-5
348	نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الرابعة.	28-5
349	تحليل نتائج إختبار على coefficient de contingence للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الخامسة).	29-5
350	تحليل نتائج إختبار على coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الخامسة).	30-5
351	تحليل نتائج coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرابعة).	31-5
352	تحليل نتائج coefficient de contingence للفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الخامسة).	32-5
353	نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الخامسة.	33-5
378	عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة خلال السنة الدراسية 2017-2018.	1-6

379	عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة خلال السنة الدراسية 2018-2019.	2-6
380	عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم في مرحلة مبكرة حسب طبيعة إعاقتهم خلال الموسمين الدراسيين 2017-2018 و 2018-2019.	3-6
394	مؤسسات المساعدة عن طريق العمل واختصاصها الإقليمي.	4-6
396	قائمة الورشات المحمية.	5-6
397	قائمة مراكز توزيع العمل في المنزل.	6-6

فهرس الأشكال.

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1-2	تطور إستعمال مصطلح إعاقة Handicap.	48
2-2	مكونات الإعاقة حسب التصنيف العالمي للإعاقة CIH.	58
3-2	شرح أبعاد الإعاقة حسب التصنيف العالمي للإعاقة.	60
4-2	مكونات الإعاقة حسب CIF.	65
5-2	تطور التصنيفات العالمية للأمراض.	68
6-2	النموذج المفاهيمي للإعاقة حسب Saad Nagi.	71
7-2	نموذج الإعاقة حسب Pierre Minaire.	73
8-2	شرح نظام تحديد هوية الإعاقة وقياسها SIMH.	74
9-2	شرح لمكونات عملية إنتاج الإعاقة حسب Fougeyrollas وآخرين.	77
10-2	مكونات الإعاقة حسب قانون تكافؤ الفرص	80
11-2	حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حسب إعلان منظمة الأمم المتحدة سنة 1975.	82
12-2	التدابير الواجب إتخاذها على المستوى الوطني المقترحة حسب برنامج العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة 1982.	85
13-2	المبادئ العامة لإتفاقية CIDPH.	90
14-2	أهم المحافل العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.	93
15-2	مختلف مكونات الإعاقة الذهنية حسب التصنيف العالمي CIF.	118
16-2	حساب مؤشر أمل الحياة بين عمريين.	129
17-2	تراجع القدرات الوظيفية مع التقدم في العمر.	133
18-2	تأثير الأمراض المؤقتة والمزمنة على القدرات الوظيفية للشخص المسن.	136
1-3	هيكل الدراسة التطبيقية.	141
2-3	المعادلة المعتمد عليها لحساب عينة التحقيق الوطني Mics ₃ .	145
3-3	المعادلة المعتمد عليها لحساب حجم عينة التحقيق الوطني Mics ₄ .	157
4-3	توزيع الأشخاص الذين لديهم عجز حسب كل من نوع الضعف والجنس (تحقيق Mics ₄ (%)).	164
5-3	نسبة الأشخاص الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع العجز والجنس (تحقيق Mics ₄ (%)).	167

170	نسبة الأشخاص الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب سبب الضعف (تحقيق MICS ₄ (%))	6-3
175	معادلة ريتشارد جيبر لتحديد حجم عينة الدراسة حجم عينة الدراسة الميدانية حول واقع المعاقين في الجزائر.	7-3
190	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة.	1-4
192	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من الجنس والسن.	2-4
193	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة حسب كل من الجنس والسن.	3-4
194	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المناطق المبرمجة إقليمياً.	4-4
197	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب محل الإقامة.	5-4
200	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة العائلية.	6-4
202	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة العائلية والجنس.	7-4
203	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المستوى التعليمي.	8-4
205	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المستوى التعليمي والجنس.	9-4
206	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المستوى التعليمي ومحل الإقامة.	10-4
208	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقاتهم.	11-4
210	توزيع الأطفال الأقل من 15 سنة حسب نوع إعاقاتهم.	12-4
213	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل نوع الإعاقة والجنس.	13-4
214	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل نوع الإعاقة ومحل الإقامة.	14-4
215	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب شدة الإعاقة.	15-4
217	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من شدة الإعاقة ومحل الإقامة.	16-4
219	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سبب إعاقاتهم.	17-4
224	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يُعانون من مرض مزمن.	18-4
226	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرضين مزمنين.	19-4
233	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين حسب نوع المهنة.	20-4
244	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مؤشر الغنى.	21-4
246	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من مؤشر الغنى والجنس.	22-4
247	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من مؤشر الغنى ومحل الإقامة.	23-4
248	معدل انتشار الإعاقة.	24-4

249	معدل إنتشار الإعاقة حسب السن.	25-4
249	معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس.	26-4
250	معدل انتشار الإعاقة حسب محل الإقامة.	27-4
251	معدل إنتشار الإعاقة حسب الحالة العائلية.	28-4
252	معدل إنتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي.	29-4
253	معدل إنتشار الإعاقة حسب الحالة الفردية.	30-4
254	معدل إنتشار الإعاقة حسب مؤشر الغنى.	31-4
273	توزيع أفراد العينة حسب السن (النسبة %).	1-5
274	توزيع أفراد العينة حسب الجنس (النسبة %).	2-5
275	توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة (النسبة %).	3-5
276	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية (النسبة %).	4-5
279	توزيع أفراد العينة حسب مع من يعيشون؟ (النسبة %).	5-5
280	توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لبطاقة معاق (النسبة %).	6-5
281	توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لبطاقة الشفاء (النسبة %).	7-5
282	توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بين والديهم (النسبة %).	8-5
284	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي (النسبة %).	9-5
285	توزيع أفراد العينة حسب قسم الدراسة (النسبة %).	10-5
286	توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي (النسبة %).	11-5
288	توزيع أفراد العينة حسب التكوين في مركز لتأهيل المعاقين (النسبة %).	12-5
289	توزيع أفراد العينة حسب تكييف المؤسسة التعليمية التي درسوا فيها وفقا لإحتياجاتهم (النسبة %).	13-5
290	توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي (النسبة %).	14-5
293	توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي (النسبة %).	15-5
294	توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم (النسبة %).	16-5
295	توزيع أفراد العينة حسب إستهلاكهم لنوع معين من الأدوية التي تخص إعاقتهم. (النسبة %).	17-5

297	توزيع أفراد العينة حسب إجراءاتهم للتحليل والفحوصات التي تتعلق بإعاقتهم. (النسبة %).	18-5
300	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب القطاع الذي يتابعون فيه حالتهم الصحية المرتبطة بالإعاقة (النسبة %).	19-5
303	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة (النسبة %).	20-5
305	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة (النسبة %).	21-5
306	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب متابعتهم الطبية لمرضهم المزمن (النسبة %).	22-5
307	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حاجتهم لوسيلة من الوسائل التعويضية (النسبة %).	23-5
309	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب امتلاكهم لوسيلة من الوسائل التعويضية (النسبة %).	24-5
310	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر حصولهم على الوسائل التعويضية (النسبة %).	25-5
312	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية (النسبة %).	26-5
314	توزيع أفراد العينة حسب وضعيتهم المهنية (النسبة %).	27-5
315	توزيع أفراد العينة حسب تجهيز مكان عملهم بما يتوافق ونوع إعاقاتهم (النسبة %).	28-5
317	توزيع أفراد العينة حسب علمهم بحقوقهم في الحصول على 3% من إجمالي المناصب في المؤسسات العمومية أو الخاصة (النسبة %).	29-5
318	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بمؤسسات العمل المحمي (النسبة %).	30-5
319	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بالمزارع البيداغوجية (النسبة %).	31-5
320	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة (النسبة %).	32-5

321	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب استفادتهم من إعانة مالية من طرف الدولة (النسبة %).	33-5
323	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول كفاية منحة إعاقة التي تقدمها الدولة في سد إحتياجاتهم (النسبة %).	34-5
325	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تجهيز المسكن الذي يعيشون فيه بما يتوافق ونوع إعاقتهم. (النسبة %).	35-5
326	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مستواهم المادي. (النسبة %).	36-5
327	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تأثير الإعاقة على مستواهم الإقتصادي. (النسبة %).	37-5
330	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مدى تأثير الإعاقة على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية (النسبة %).	38-5
331	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مدى شعورهم بالتوتر بشكل دائم (النسبة %).	39-5
333	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب قدرتهم على بناء علاقات اجتماعية والمحافظة عليها (النسبة %).	40-5
334	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حاجتهم للمساعدة أثناء أدائهم لنشاطاتهم اليومية (النسبة %).	41-5
336	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تلقيهم للمقاومة التي تحول دون الإعتراف بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد... (النسبة %).	42-5
339	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مواجهتهم لصعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي (النسبة %).	43-5
340	توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مواجهتهم لصعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي (النسبة %).	44-5
360	المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة.	1-6
366	الجهات الرسمية ذات الشراكة مع الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.	2-6
368	الخدمات المقدمة من طرف مؤسسة ETUSA.	3-6
371	آلية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.	4-6

376	تطور عدد الأقسام الخاصة المفتوحة في الوسط المدرسي العادي خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى 2016.	5-6
377	تطور عدد الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين عبر كافة التراب الوطني خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى 2016.	6-6
386	الإستراتيجية المتبعة للوقاية من الإعاقة.	7-6
388	إستراتيجية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة.	8-6
389	كيفية حساب الإشتراك المالي السنوي في حالة امتناع المستخدم عن الإمتثال إلى إلزامية توظيف المعاقين.	9-6
391	كيفية تجهيز وتهيئة منصب العمل لفائدة العمال ذوي الإعاقة.	10-6

فهرس الصور.

الصفحة	عنوان الصورة.	رقم الصورة.
104	Télégrandisseur	1-2
104	Plage braille	2-2
104	Blac-notes braille	3-2
105	Machine à lire	4-2
110	Amplificateur	5-2
110	Contours d'oreilles	6-2
111	Mallette	7-2
113	Alphabet dactylologique	8-2
357	مقر وزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة.	1-6
367	الشعار الخاص بمؤسسة ETUSA.	2-6

مقدمة عامة.

أشار التقرير الدولي حول الإعاقة لسنة 2011 إلى وجود أكثر من مليار شخص يعاني من الإعاقة عبر العالم أي ما يمثل 15% من إجمالي السكان (شخص واحد في مقابل 7 أشخاص)، إرتفاع الأرقام أثار مخاوف الرأي العام العالمي واستدعى استعجالية قصوى لفهم الأجزاء المكونة لمعادلة الإعاقة.

أثبتت الدراسات أن ارتفاع عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم كان بالتزامن مع الزيادة المذهلة التي شهدتها النمو الديموغرافي عبر أرجاء المعمورة، وما ترتب عليه الانتقال من النظام الديموغرافي القديم إلى آخر حديث، والذي من أبرز معالمه تحولات ضربت عمق التركيبة السكانية فأحدثت تغيرات جذرية بدت جليا من خلال تغير شكل الهرم السكاني، الذي صار يتسم بقاعدة ضيقة تعكس إنخفاض معدلات الولادات في مقابل توسع قمة الهرم نتيجة لزيادة عدد الأشخاص المسنين.

اتجاه العالم نحو الشيخ جاء نتيجة إرتفاع أمل حياة عند الولادة الذي يعتبر مكسبا منقطع النظير يضاف إلى قائمة المكاسب التي حققتها البشرية على مر التاريخ، تحقق بفضل نتائج الثورة الصناعية سواء في الجانب الطبي (التحكم في الوفيات من خلال القضاء على الأمراض المعدية، تطور وسائل منع الحمل..) وكذا خروج المرأة للعمل وهو ما اقتضى تخفيضها لعدد الولادات بالإضافة إلى عوامل أخرى.

ارتفاع أمل الحياة عند الولادة صعب معه تحديات جديدة لا تزال آثارها باقية في الأفق، من بينها ارتفاع الأمراض المزمنة، أي أن السنوات المكتسبة الذي أُضيفت إلى رصيد حياة الشخص لن يتمتع بها وهو بكامل لياقته البدنية، فخطر الإصابة بالأمراض المزمنة بات يهدد صحة كل شخص تجاوز الستين من عمره إن لم نقل قبلها، ناهيك عن تراجع القدرات البصرية، السمعية، الحركية وحتى الذهنية التي لا مناص منها مع التقدم بالعمر، كل هذه النقاط ساهمت في الزيادة الرهيبة التي شهدتها معدلات الإعاقة في العشرينات الأخيرة، ليس هذا وحسب حيث تشير الدراسات إلى أن حوادث المرور، الحروب، الكوارث الطبيعية، تحول النظام الغذائي وتعاطي المخدرات، ساهمت في سياق معين بزيادة عدد الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن الإصابة بالإعاقة تترتب عليها انعكاسات متفاوتة على الفئات الأكثر عرضة للخطر، أين يواجه الأطفال، النساء، كبار السن وحتى الفقراء مصيرا دراماتيكيا، خاصة في بلدان العالم الثالث التي تحوي حوالي 80% من إجمالي حالات الإعاقة عبر العالم، والتي تعاني أصلا من بنية تحتية هشة على جميع

المستويات والأصعدة، أين لا يتم الحديث في هذه البلدان عن إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة، في ظل المعاناة الشديدة والحرمان الذي يواجهونه في سبيل الحصول على أدنى مستويات التعليم، الرعاية الصحية، الخدمات الاجتماعية، وهي مشكلة عويصة تواجه تلك البلدان للتصدي للعواقب الوخيمة للإعاقة خاصة في ظل نقص التثقيف والتوعية بكيفية التقليل من عبء الإعاقة.

الجزائر ليست بمعزل عن هذه الأحداث، حيث تعاني بدورها من بنية تحتية هشّة ما انفكت تعمل على ترميمها منذ الإستقلال، وهو ما يجعلها أمام حتمية معالجة القضايا ذات الأولوية على غرار التعليم، الصحة، الشغل، السكن وغيرها من القضايا، فيما اعتبرت الإعاقة تحدّ أقل أولوية على الساحة الوطنية، مما عرضها لانتقادات صارمة من قبل منظمة الأمم المتحدة بشأن الواقع الذي يعيشه الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، بدءاً من انعدام قاعدة معطيات تُعنى بهذه الفئة، حيث للأسف لا يزال العدد الفعلي للأشخاص ذوي الإعاقة مجهولاً لعدة أسباب من بينها عدم سعي السلطات الرسمية لعدّهم، بالإضافة إلى تكتم بعض الأولياء عن وجود شخص ذوي الإعاقة في أسرهم بسبب الخجل أو الوصم الذي يطالهم جراء ذلك، أو بسبب تواجدهم في ما يسمى "مناطق الظل" في الجزائر العميقة التي تبين مؤخراً أنها تحوي داخل أسرها عدة أفراد يعانون من الإعاقة ناهيك عن الفقر المدقع، بحيث لا تكاد تجد لهاته الفئة محلاً من الإعراب.

عدم اتخاذ الجزائر قضية الإعاقة أولوية قصوى، لا يعني أنها لم تتخذ أي إجراءات في سبيل إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع، حيث أنها تسعى جاهدة لتوفير بيئة داعمة ومشجعة للأشخاص المعنيين، خاصة بعد مصادقتها على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH، أين تعالت الأصوات المنادية بضرورة تغييرها لسياساتها الرامية للتكفل بهذه الفئة وفقاً لالتزاماتها كما تنص عليه المادة رقم 04 من الاتفاقية.

حقيقة أن الجزائر ستواجه مرحلة مفصلية على مدى 10 سنوات قادمة أين ستعيش لأول مرة في تاريخها مرحلة شيخوخة ديموغرافية، بحيث تداعيات ارتفاع الخصوبة خلال سنوات السبعينات ستقرّر نسبة مرتفعة من المسنين خلال الفترة الممتدة من 2030-2040، تضاف إلى قائمة الأشخاص ذوي الإعاقة، هو أمر يستدعي تكاثف الجهود الرسمية وغير الرسمية لضمان التكفل الأمثل بالأشخاص ذوي الإعاقة، وهو ما يبرر ضرورة التطرق الجدي لقضية الإعاقة.

بناء على ما سبق تتطرق الدراسة التالية لواقع المعاقين في الجزائر: دراسة مقارنة بين التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، والتي تم تقسيمها إلى شقين، موزعين عبر 6 فصول:

الشق النظري للدراسة: يشمل كل من: الفصل الأول، الثاني والثالث.

- تضمن الفصل الأول: الدراسات السابقة، تحديد إشكالية الدراسة، التساؤلات، فرضيات الدراسة، أسباب إختيار الموضوع، أهمية وأهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة، بالإضافة إلى المنهجية العامة للدراسة.
- الفصل الثاني: قضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة في الرأي العام العالمي، تطرقت إلى عدة عناصر ثرية تتسم بالحدثة، بدءاً بأصل التسمية، نماذج الإعاقة، التصنيفات العالمية للإعاقة، مكونات وعناصر الإعاقة حسب أبرز الباحثين، الإتفاقيات والمعاهدات العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة، الإعاقة والتنمية، أنواع الإعاقة، أمل الحياة بدون إعاقة.
- الفصل الثالث: مصادر جمع المعطيات وطرق تحليل البيانات، أين تضمن الفصل مختلف مصادر المعطيات التي تم الإعتماد عليها للدراسة، بداية بالتحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، دراسة تطبيقية لواقع المعاقين في الجزائر وكذا الدراسة الميدانية لمعرفة الإستراتيجية التي سطرها الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى طريقة تحليل تلك البيانات.

الشق التطبيقي للدراسة: يشمل كل من الفصل الرابع، الخامس والسادس.

- الفصل الرابع: دراسة مقارنة بين نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، أين تم تقسيم الفصل إلى جزئين، تم التطرق في الجزء الأول إلى واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مختلف الخصائص: الخصائص الديموغرافية، المتعلقة بالمستوى التعليمي، الجانب الصحي، الوضعية الإقتصادية، أما الجزء الثاني شمل الإجابة على مختلف التساؤلات في هذا الصدد.
- الفصل الخامس: دراسة تطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، جاء هذا الفصل لإكمال النقاط التي لم يتم التطرق إليها خلال كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، تم التعرض خلالها إلى واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مختلف الخصائص تماشياً مع الفصل السابق: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية، التعليمية، الصحية، الإقتصادية وكذا واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مختلف الخصائص المتعلقة بالجانب الإجتماعي-النفسي، أما الشق الثاني فقد تضمن الإجابة على التساؤلات التي تم طرحها.

- الفصل السادس: دراسة ميدانية حول إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، على اعتبار أن واقع الأشخاص ذوي الإعاقة لا يشمل فقط الوضعية المعيشية لهذه الفئة وخصائصها، بل يتعدى ذلك ليشمل كافة الهياكل التعليمية، الصحية، الاقتصادية والاجتماعية، الترفيهية، جاء هذا الفصل ليعرض مختلف السياسات والتدابير التي اعتمدها الجزائر والتي تمس عدة مجالات لتحسين واقع هذه الفئة، بناء عليه تضمن الفصل: الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة التي شملتها الدراسة الميدانية، إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في مختلف الجوانب.

صعوبات الدراسة.

لا يخلو أي بحث علمي من المشاكل والصعوبات، تمثلت صعوبات إتمام هذه الدراسة في النقاط الآتي ذكرها:

- الإعتقاد على المراجع الأجنبية لإنجاز الإطار النظري للدراسة كونها المصدر الوحيد المرجعي لقضية الإعاقة، حيث أن المراجع العربية تدرس غالبا قضية الإعاقة من المنظور الاجتماعي فقط، وهو ما تطلب الكثير من الصبر، الجهد والوقت لفهم قضية الإعاقة بسبب الجدل المفاهيمي القائم إلى حد الساعة بين مختلف الباحثين حول الإعاقة، بالإضافة إلى صعوبة ترجمة بعض المصطلحات من اللغة الأم إلى اللغة العربية.
- صعوبة التعامل مع قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ بسبب قلة الخبرة في التعامل مع هكذا معطيات، كما أن المعطيات الواردة في كلا التحقيين لا تكفي لمعرفة الواقع الحقيقي الذي تعيشه فئة الأشخاص ذوي الإعاقة، لذلك تم توسيع الدراسة وتعميق الدراسة من أجل الإلمام بمختلف جوانب قضية الإعاقة.
- إجراء الزيارة الميدانية لمقابلة ممثلي السلطات العامة الحكومية تم في ظروف صعبة للغاية، لسببين الأول تمثل في التنقل إلى العاصمة، والثاني هو أن فترة الزيارة الميدانية تزامنت مع اجتماعات حكومية تتعلق بالدخول الاجتماعي 2019-2020، بالإضافة إلى ضغوطات ما يسمى "الحراك الاجتماعي"، أين كلف إجراء مقابلات مع المسؤولين بتسطير الإستراتيجية المتعلقة بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة الإنتظار في وزارة التضامن الاجتماعي، الأسرة وقضايا المرأة لعدة ساعات طويلة فترة الدراسة حتى إنهاء الاجتماعات، كما أن تلك الظروف أثرت على نوعية

المعطيات المقدمة لخدمة الدراسة كون أولئك المسؤولين كانوا مطالبين بالتحضير لتلك الاجتماعات الحكومية.

الفصل الأول:

الدراسات السابقة

وتحديد الإشكالية.

تمهيد.

يتضمن الفصل الأول العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة مع تبيان ما يميز هذه الدراسة عن نظيراتها، كما تم التطرق في هذا الفصل إلى الإشكالية التي مثلت نقطة إنطلاق الدراسة ومختلف التساؤلات الجزئية التي تُعين على الإجابة عليها، كما شملت الفرضيات التي تم بناؤها مبدئياً للإجابة على مختلف التساؤلات، أسباب إختيار الموضوع، أهمية وأهداف الدراسة، منهج الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة، في النهاية تضمن الفصل الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.

1-1 الدراسات السابقة.

قبل الوصول إلى تحديد دقيق للإشكالية التي تتناسب وموضوع الدراسة، تم الإطلاع على الأبحاث التي تطرقت لموضوع الإعاقة والمعاقين سواء على المستوى المحلي أو العالمي، فيما يلي سيتم الوقوف على أهم الدراسات النظرية والتطبيقية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، والتعرف على أهم النتائج والتوصيات التي قدمتها، التي يمكن الاستفادة منها لمعالجة موضوع الدراسة من جوانبه المختلفة، مع تبيان أوجه الاختلاف لهذه الدراسة مقارنة بغيرها من الدراسات.

1- محمد أمين بلعرج، "حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل بين النصوص القانونية والتدابير الإيجابية"، مجلة قانون العمل والتشغيل، المجلد 04، العدد 01، 06-2019.

تهدف هذه الدراسة النظرية إلى التعرف على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل وفقا للمعاهدات والاتفاقيات الدولية والتشريعات الوطنية، وكذا التسلط الضوء على واقع تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر من خلال تناول أهم التدابير التشريعية المستخدمة في تعزيز فرص إدماج هذه الفئة في الوسط الإجتماعي.

أ- إشكالية الدراسة.

تمثلت إشكالية الدراسة في التساؤل التالي: كيف عالجت التشريعات الدولية والوطنية حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل؟ وما هي أهم التدابير الإيجابية المتعلقة بتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة؟

ب- المنهجية المتبعة.

للإحاطة الجيدة بهذا الموضوع تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج التحليلي للنصوص القانونية والأنظمة المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة على ضوء التشريعات الدولية والوطنية، ثم إثراء هذه الدراسة بمنهج المقارنة للتوصل إلى أفضل النماذج التشريعية التي كفلت حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل، بناءا عليه تم تقييم الدراسة إلى مبحثين على الشكل الآتي: حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل وفقا للمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية أما المبحث الثاني فيتضمن التدابير الإيجابية لتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة.

ت- النتائج المتوصل إليها.

بالرغم من كل الضمانات التشريعية التي أقرها المشرع الجزائري فيما يخص عمل وعاملة الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تهدف إلى الإدماج والإندماج الإجتماعي بإعتبارها إلتزاما دوليا، إلا أنها في حقيقة

الأمر غير مطبقة على أرض الواقع سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص، بحيث أصبحت اليوم فئة ذوي الإعاقة تطالب بأبسط حقوقها الدستورية وهو الحق في العمل كغيرهم من المواطنين، ناهيك عن البيئة التمييزية والمجحفة وعدم التنافسية التي يشهدها سوق العمل في الجزائر تجاه هذه الفئة المهمشة.

2- مليكة ماقري، "واقع فئة ذوي الإحتياجات الخاصة"، دراسات في علم الأرتوفونيا وعلم النفس

العصبي، المجلد 03، العدد 01، 03-2018.

تسعى الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع فئة ذوي الإحتياجات الخاصة في الجزائر بناء على بعض النصوص التشريعية التي أقرها المشرع الجزائري، بالإضافة إلى الواقع المعيشي لهاته الفئة على الخصوص في مجال التربية الخاصة، التأهيل المهني، وتعديل الظروف البيئية لتسهيل تنقل المعوقين.

أ- تساؤلات الدراسة.

تهدف الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلين التاليين:

- ما واقع رعاية المعوقين في التشريع الجزائري في المجالات الإجتماعية، الصحية والنفسية؟

- ماهي الآفاق المستقبلية لرعايتهم؟

ب- التوصيات المقترحة.

- اعتماد المعاق على نفسه ودمجه في المجتمع.

- تعزيز دور الأسرة والمجتمع واعتماد مشاريع، التأهيل المرتكز على الأسرة والمجتمع لتحقيق خدمات أكثر انتشارا وأقل تكلفة.

- توفير وتكامل الخدمات التعليمية والتربوية، التأهيلية، الصحية، ورعاية ذوي الإحتياجات الخاصة والعناية بهم.

- مراعاة فرص العمل الفعلية في البيئة والإلمام بفرص العمل المتاحة في البيئة المحلية في عملية الأهيل المهني.

- توظيف الإمكانيات والموارد المحلية لصالح المعاقين.

3- مسعودة معنصر، "رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة"، دراسات في علم الأرتوفونيا وعلم النفس

العصبي، المجلد 03، العدد 01، 03-2018.

يهدف هذا البحث إلى إدماج ذوي الإحتياجات الخاصة داخل المجتمع وتغيير الثقافة السائدة عن الإعاقة، من خلال تحديد الأدوار التي يمكن أن يساهم بها أفراد المجتمع ومؤسساته لتحقيق التطبيق

الإجتماعي مع هذه الفئة وقبولهم، وذلك بغرض الوصول إلى وضع سياسات وآليات تعمل على إدماجهم في كافة قضايا التنمية.

أهم التوصيات المقترحة.

- الإعاقة قضية اجتماعية في المقام الأول تتخلق في ظل ظروف اجتماعية معينة تحد من تفعيل ما يمكن تسميته بفائض الطاقة لدي ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي فإن استغلال فائض الطاقة هذا متوقف على وعي وإدراك المجتمع بمختلف نظمه ذات العلاقة بالتفاعل الاجتماعي والخصائص النفسية والسلوكية للمعاقين، ومن هنا تأتي وجاهة المناداة بإنشاء مراكز علمية متخصصة لدراسة كافة الموضوعات المرتبطة بالإعاقة والمعوقين.
- دعم أنشطة وبرامج الجمعيات الأهلية العاملة في مجال رعاية وتربية ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف أشكال الدعم المالي والفني.
- إنشاء نوادي اجتماعية ورياضية متخصصة توفر سياقاً لممارسة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره كافة الأنشطة الرياضية والترفيهية.
- إنشاء مراكز التدريب والتأهل المهني لإكساب ذوي الاحتياجات الخاصة المهارات التي تمكنهم من العمل المهني بمختلف صيغه لمساعدتهم علي الحياة المستقلة.

4- سيف الدين جديدي، زليخة جديدي، "تصورات الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة (إعاقة سمعية، إعاقة بصرية) لمعايير الجودة الشاملة في الجامعة الجزائرية: دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة (2)، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 06، العدد 02، 06-2018.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تصورات الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة ذوي الإعاقة السمعية وذوي الإعاقة البصرية"، لمدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة بجامعة قسنطينة 2 عبد الحميد مهري.

أ- إشكالية الدراسة.

تمثل التساؤل الرئيسي للدراسة في: ماهي تصورات الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" لمستوى تطبيق معايير إدارة الجودة في جامعة عبد الحميد مهري بقسنطينة 2؟. وقد انبثق عن التساؤل الرئيسي عدة تساؤلات فرعية موضحة كالآتي:

- ماهي وجهة نظر الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" لمستوى تطبيق معيار الهيكلية اللازمة في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2؟.

- ماهي وجهة نظر الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" لمستوى تطبيق معيار تطور طرائق التدريس في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2؟.

- ماهي وجهة نظر الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" لمستوى تطبيق معيار المشاركة في التظاهرات العلمية في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2؟.

- ماهي وجهة نظر الطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" لمستوى تطبيق معيار التدريس بالوسائل البيداغوجية الحديثة في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2؟.

ب- فرضيات الدراسة.

تمثلت الفرضية الرئيسية للدراسة في أن الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" يرون أن تطبيق معايير إدارة الجودة بالمؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 هو أقل من 50%.

الفرضيات الجزئية للدراسة هي:

- يُطبق معيار تهيئة الهيكلية الأزمة "الموصيلية" حسب تصورات الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 بنسبة أقل من 50%.

- يُطبق تطوير طرائق التدريس حسب تصورات الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 بنسبة أقل من المتوسط 50%.

- يُطبق معيار المشاركة في التظاهرات العلمية حسب تصورات الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 بنسبة أقل من 50%.

- يُطبق معيار التدريس بالوسائل البيداغوجية الحديثة حسب تصورات الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" في المؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 بنسبة أقل من 50%.

ت - منهجية الدراسة.

تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الإستكشافي باعتباره المنهج المناسب والأفضل لهذه الدراسة، أما أدوات الدراسة فقد تمثلت في المقابلة نصف موجهة والإستبيان، كانت عينة الدراسة مكونة من 10 طلبة من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية.

ث - نتائج الدراسة.

يمكن القول أن الفرضية العامة التي مفادها أن الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة "من ذوي الإعاقة السمعية والبصرية" يرون أن تطبيق معايير إدارة الجودة بالمؤسسة الجامعية عبد الحميد مهري بقسنطينة 2 هو أقل من 50%، تم تحققها بشكل جزئي، حيث تحققت كل من الفرضيات الجزئية 1، 3 و 4 فيما لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية، وهذا يدل على نقص الجهود المبذولة لصالح تعليم ودمج هذه الشريحة لما لها من خصوصية في التعامل والإهتمام والرعاية.

5- فاطمة مساني، بختة بن فرج الله، "دور الأسرة في رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة: دراسة ميدانية على عينة من الأسر ذوي الأطفال المتخلفين ذهنيا بالبويرة" مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية-جامعة الشهيد حمة لخضر-الوادي، العدد 26، 06-2018.

ترتكز هذه الدراسة أساسا على إبراز الدور الفعال الذي تلعبه مؤسسات التنشئة الإجتماعية ومنها الأسرة في تأهيل ورعاية أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة منهم المتخلفون ذهنيا، بالإضافة إلى إبراز الأسباب المؤدية إلى إهمال وتهميش الطفل المتخلف ذهنيا وعدم تقبله في أسرته، كما تسعى هذه الدراسة إلى تحديد نوعية العلاقات الإجتماعية في الأسرة الجزائرية بين الطفل المتخلف ذهنيا وأفراد أسرته.

أ - إشكالية الدراسة.

تسعى الباحثين من خلال هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤل التالي:

- ماهو الدور الذي تلعبه الأسرة في تعليم أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة منهم المتخلفون ذهنيا، رعايتهم، مساعدتهم على الإندماج والتكيف في المجتمع؟

ب - فرضية الدراسة.

تمثلت فرضية الدراسة في:

- تلعب الأسرة دورا فعال في رعاية وتأهيل الطفل المتخلف ذهنيا.

ت - الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

تطلب انجاز هذا العمل استخدام المنهج الكيفي بوسائله المختلفة منها المقابلة وتحليلها، كما تم الإعتماد على المنهج الكمي من خلال استخدام الأساليب الإحصائية، تمثل المجال البشري لهذه الدراسة في أولياء الأطفال المتخلفين ذهنيا الذين بلغ عددهم 20 حالة لأطفال يزاولون دراستهم في المركز البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا بالبويرة.

ث - النتائج المتوصل إليها.

يمكن القول بناء على النتائج التي تم التوصل إليها أن الأسر في الجزائر لا تتقبل إعاقة طفلها في بداية الأمر، لكن مع مرور الوقت تتقبله وهو الأمر الذي يساعدها على رعايته ومساعدته على الاندماج في المجتمع رغم المعوقات والحواجز منها ما هو متعلق بالظروف المعيشية للأسر، ومنها ما هو متعلق بغياب الوعي بكيفية التعامل مع الإعاقة الذهنية لطفلها.

6- أحمد بن عيسى، "الحماية الدستورية للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة"، مجلة القانون والعلوم السياسية، المجلد 04، العدد 02، 06-2018.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الحقوق الدستورية لهذه الفئة، وتحديد المفاهيم المرتبطة بها والأسس التي يتم إقرار الحقوق على أساسها، مع إبراز هذه الحقوق الدستورية و تحليل مضامين المواد التي جاءت بها، خاصة وأن أهمية الموضوع واضحة بإعتبار أن التسليط القانوني على هذه الفئة يكاد يكون معدوما باعتبار أن الإهتمام بها غالبا ما ينصب على المجالين الطبي والإجتماعي.

أ - منهج الدراسة.

تم الإستعانة بالمنهج الوصفي بشكل واسع في انجاز هذه الدراسة نظرا لطبيعة البحث، كونه يسلط الضوء على الإطار الوصفي للحقوق وكذا المفاهيم المرتبط بها ومضامينها وأليات الرقابة عليها، مع تحديد الحدود في تناول الحماية الدستورية للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة ووسائلها، دون سواه من التطرق لعناصر خارج إطار الموضوع.

ب - النتائج المتوصل إليها.

إن إقرار الحقوق الدستورية لهاته الفئة يعتبر لبنة أساسية في تطوير أدوات ضمان ممارستها فالمادة 72 وإن تضمنت ما يمكن أن تقوم به الدولة لهاته الفئة من تسهيلات، إلا أنها لم تعط إلتزاما واضحا من طرف الدولة إتجاه هذه الأخيرة بما يجعل إقرار الحقوق الدستورية في إطاره العام لم يخرج عن المؤلف وما كان من إقرار لا يعد سوى تعبيراً عن إرادة مستقبلية في وضع ضمانات أساسية وأكثر إلتزاما من مؤسسات

الدولة في إقرارها وتطبيقها، فالحقوق الدستورية لهاته الفئة لا تخرج في ممارستها عن الحقوق الأساسية للأفراد تماثيا مع مبدأ المساواة وعدم التمييز.

7- عبد القادر بن عبد الله، محمد جبارة، حكيم شريط، تأثير بعض الأنشطة الرياضية على تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى المعاقين حركيا "فئة الأطراف السفلى": دراسة ميدانية لنادي المعاقين بولاية المسيلة"، مجلة المنظومة الرياضية، المجلد 05، العدد 14، 09-2018.

يسعى الباحثون من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير بعض الأنشطة الرياضية على تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى المعاقين حركيا "فئة الأطراف السفلى" دراسة ميدانية لنادي المعاقين بولاية المسيلة، والتعرف على أهم المهارات الإجتماعية وأكثرها استعمالا لدى المعاقين حركيا، كما يأمل الباحثون من خلال هذه الدراسة إلى التخطيط لاقتراح برامج لمختلف الأنشطة الحركية التي تحسن المهارات الإجتماعية لدى المعاقين حركيا.

أ - تساؤلات الدراسة.

- هل للأنشطة الرياضية دور إيجابي في تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى المعاقين حركيا؟.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المهارات الإجتماعية تُعزى لمتغير نوع النشاط الرياضي الممارس (كرة السلة-ألعاب القوى)؟.

ب- فرضيات الدراسة.

- للأنشطة الرياضية دور إيجابي في تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى المعاقين حركيا.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المهارات الإجتماعية تُعزى لمتغير نوع النشاط الرياضي الممارس (كرة السلة-ألعاب القوى).

ت- منهجية الدراسة.

بعد التأكد من تمتع أداة القياس التي استخدمت لقياس المهارات الإجتماعية للمعاقين حركيا بالخصائص السيكومترية اللازمة تم تطبيقها على عينة مكونة من 36 شخص معاق حركيا "فئة الأطراف السفلى" من خلال الإعتماد على المنهج الوصفي.

ث- نتائج الدراسة.

أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المهارات الإجتماعية على الدرجة الكلية لمقياس المهارات الإجتماعية للمعاقين حركيا تُعزى لمتغير نوع النشاط الرياضي الممارس (كرة السلة-العاب القوى).

8- Achachra Asma, Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie: validation d'un instrument, thèse de doctorat, Département de psychologie, Université Paul Valéry-Montpellier, 2014-2015.

تهدف الباحثة إلى ترجمة استمارة التقييم الذاتي لنوعية حياة الوالدين المتعلقة باضطرابات الطفل إلى اللغة العربية من أجل الاستفادة من أداة قياس عالمية تتكيف مع خصائص البيئة الجزائرية وهو ما يساهم في تبادل المعرفة المشتركة والتمكين من تطوير الدراسات والمقارنة الدولية، كما يسعى هذا البحث أيضاً إلى تقييم نتائج اضطرابات الطفولة على حياة الآباء الجزائريين الذين لديهم أطفال يعانون من الإعاقة، والتحقق مما إذا كانت تداعياتها مطابقة لنظيرتها في فرنسا.

أ - السكان المستهدفين في الدراسة.

السكان الذين شملتهم الدراسة هم آباء الأطفال ذوي الإعاقة والذين بلغ عددهم 867 ولي ل 587 طفل في ذوي إعاقة قبلوا الإجابة على إستمارة PAR-QOL، من بينهم 12 ولي تم إقصاؤهم من الدراسة لأنهم أجابو معا على أسئلة الإستمارة، وبذلك أصبح العدد النهائي للآباء المشاركين في هذه الدراسة هو 855 ولي ل 575 طفل ذوي إعاقة.

إعتمدت الباحثة خلال تحليلها للنتائج على إجابات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة باعتبارهن الأقرب من أطفالهن و الأدرى بوضعياتهم وإحتياجاتهم.

ب - الإستمارة أداة القياس.

تعتبر إستمارة البحث التي إعتمدت عليها الباحثة لإجراء هذه الدراسة النسخة المعربة للإستمارة الأصلية PAR-QOL، وهي إستمارة توضيحية تسعى إلى تقييم سيكوميترى (قياس تقييم ذاتي) لنوعية حياة آباء الأطفال ذوي الإعاقة.

تم إجراء الدراسة في مراكز عديدة لتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة على غرار:

-مركز التكفل بالأطفال ذوي إعاقة ذهنية، صم، مكفوفين، مصابي التوحد والربو بتلمسان.

-المدرسة الابتدائية التي تدمج الأطفال المصابين بالتوحد بولاية وهران.

- مركز جراحة وطب الأطفال ل CHU بتلمسان.

أجاب الأولياء على النسخة العربية لإستمارة PAR-QOL والتي تضم 17 سؤال لتأكيد أو نفي التوقعات التي بنتها الباحثة بالإضافة إلى تحقيق أهداف الدراسة، ومن لتحليل المعطيات الكلينيكية والسوسيوديموغرافية للأطفال وأبائهم تم الرجوع إلى الملف الطبي والنفسي للأطفال ذوي الإعاقة.

ت- النتائج المتوصل إليها.

خلصت المقابلات التي أجرتها الباحثة مع أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة إلى استنتاج مفاده أن هؤلاء الآباء لديهم عواقب على نوعية حياتهم، لكنهم لم يستطيعوا تقدير درجة هذا التأثير، حيث أظهرت النتائج التي توصلت إليها أن الآباء الجزائريين الذين لديهم طفل ذوي إعاقة خاصة أولئك الذين يعيشون في تلمسان وهران لديهم انعكاسات متوسطة على جودة حياتهم الإجمالية ورفاههم العاطفي ومواجهة حياتهم اليومية، كما أن الأمهات بما أنهن أكثر قربا من أطفالهن، فإنهن أكثر تأثرا مقارنة بالآباء.

في الواقع سمحت هذه الدراسة بالوصول إلى الأهداف الرئيسية وهي ترجمة إستمارة إلى اللغة العربية، والتحقق من صحة استبيان PAR-QOL مع البيئة الجزائرية، أظهرت دراسة أن PAR-AR-QOL يلبي المعايير المنهجية المتعلقة بجودة الحياة من خلال نسخته القصيرة والبسيطة.

9- Diana Chiriacescu et autres, “Analyser les procédures et les modalités d'évaluation du handicap à la lumière de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées: proposition de guide méthodologique”, Alter, vol 09, Issue 01, 2015.

تم إعداد البحث من قبل فريق مؤلف من 6 مهنيين، خبراء إستشاريين وذوي مهارات عالية، جميعهم قطعوا أشواط طويلة في مجال الإعاقة ما أكسبهم خبرة دولية في مجال قيادة برامج تطبيق أهداف الإتفاقية العالمية حول حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة في الدول السائرة في طريق النمو.

يعرض هذا العمل نتائج البحث التطبيقي الذي أجري بين 2011 و2012 بناء على مواد و بنود الإتفاقية العالمية حول الأشخاص في وضعية إعاقة 2006 من جهة، من جهة أخرى المشاورات المستمرة مع الأشخاص في وضعية إعاقة في 9 بلدان منها 7 بين منخفضة ومتوسطة الدخل وهي: الهند، النيبال،

أوغندا، الفلبين، رومانيا، رواندا وتونس، ودولتان من منظمة التعاون الإقتصادي والتنمية الأوروبي: فرنسا وبلجيكا.

تسعى مجموعة البحث إلى تقديم نظرة عامة حول القضايا الرئيسية المتعلقة بآليات تقييم الإعاقة، بالإضافة إلى وضع دليل منهجي لصناع القرار لوصف وتحليل نظم تقييم الإعاقة، وكذلك معرفة إيجابيات وسلبيات الخدمات المقدمة للأشخاص المعنيين في بلدان الدراسة من أجل إقتراح مؤشرات لإصلاح النظام المعمول به، بالإضافة إلى مساعدة الجهات الفاعلة في مجال الإعاقة على مستوى الدول السابق ذكرها في المشاركة في إصلاح أو تطوير السياسات العامة المتعلقة بالإعاقة.

أ- المنهجية المتبعة.

يحتوي الدليل المنهجي على 4 بوابات من الأسئلة (شبكات) من أجل جمع المعلومات وتحليل إجراءات التقييم بالإضافة إلى تعليمات لتسهيل إستخدام الدليل، تم تصميم هذه الشبكات من منطلق الاستخدام التدريجي الذي ينص على:

- إنشاء مجموعة وصفية من المعلومات المتعلقة بإجراءات تقييم الإعاقة في نظام معين.
- تحليل هذه الإجراءات في إطار إتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.
- اختبار البوابة ومشاركة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة تماشياً مع الفقرة 3 من المادة 4 من الاتفاقية.

تمت استشارة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة في سبعة بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (الهند ، نيبال ، أوغندا ، الفلبين، رومانيا، رواندا وتونس)، تم تنظيم مناقشة المسودات خلال ورشات تدريبية كجزء من برنامج للتدريب على رصد أمثل لتنفيذ الإتفاقية، كما تم فحصها في كل من بلجيكا وفرنسا.

ب- النتائج المتوصل إليها.

كشفت نتائج الدراسة على جانب سلبي يخص وضعية الأشخاص في وضعية إعاقة، حيث أبدت منظمات حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة عدم ثقتها في صناع القرار، كان هناك حديث عن الإحتيال في منح بطاقات المعاقين، شهادات طبية مزورة للحصول على بطاقة معاق، التشكيك في الأهليات

والإستحقاقات وعدم مراعاة العقبات التي تحول دون مشاركة الأشخاص المعنيين في الحياة الإجتماعية، بالإضافة إلى عدم وجود نظم معلومات وعدم كفاية إستخدام المعلومات التي تم جمعها.

10- Paula Campos Pinto et autres, L'inclusion sociale des personnes en situation de handicap dans la wilaya d'Alger, Handicap international- Programme Magreb/Fédération Algerienne des personnes handicapées, 2014.

يتضمن هذا التقرير عرض لنتائج البحث الذي أجري حول الإدماج الإجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة في الجزائر من قبل فريق متخصص من الباحثين في مجال الإعاقة من جامعة Lisbonne وآخرين من جامعة TORONTO York من أجل دراسة الظروف المعيشية التي يحظى بها الأشخاص في وضعية إعاقة، الذين تتراوح أعمارهم بين 15-45 سنة في الجزائر العاصمة، من خلال تسليط الضوء على التسهيلات التي تقدم لأولئك الأشخاص، بالإضافة إلى تحديد العراقيل التي تحول دون إدماجهم في المجتمع، وذلك في مختلف المجالات على غرار الصحة، التعليم والشغل..

تسعي هذه الدراسة إلى تمكين صناع القرار من تنفيذ برامج ومشاريع الدعم المناسبة والمتناسقة مع المطالب المنادية بالإدماج الإجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة.

أ- إشكالية الدراسة.

لقد أصبحت مسألة الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة ذات إستعجاله قصوى، خاصة بعد اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2006 لاتفاقية الدولية المتعلقة بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة CRDPH، التي تسعى إلى توسيع دائرة القضايا المتعلقة بحقوق الإنسان بغية إدماج الخبرات لصالح الأشخاص في وضعية إعاقة، وهو ماتجلى فعلا من خلال عدة بنود ومواد تدرج ضمن الاتفاقية، تعتبر الجزائر من بين الدول الموقعة على بنود تلك الاتفاقية الأمر الذي يستوجب إلزامها الكامل بتنفيذ ومراقبة آلية تحقيق مبادئ معاهدة CRDPH.

تحليل هذه العملية والوصول إلى التعريف بالعقبات التي تعرقل الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة في المجالات المختلفة من حياتهم هو أولوية هذا البحث، ما سيسمح بإعادة توجيه السياسات و تنفيذ البرامج الجديدة الأكثر ملائمة وتماشيا مع أحكام الاتفاقية.

ب- المقاربة المنهجية المتبعة.

هذه الدراسة تركز على مقارنة سوسولوجية تستند على آراء الأشخاص في وضعية إعاقة أنفسهم حول مواضيع البحث، هذه الإنطلاقة تعتمد على المنهج العلمي للنظرية النقدية وتتبع أيضا مقارنة تجريبية وعدة طرق أخرى.

ت- الإستمارات.

تم الحصول على المعطيات الكمية من خلال استخدام استمارة تهدف إلى الحصول على تمثيل دقيق ومفصل للظروف المعيشية للسكان في وضعية إعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 45 عامًا في ولاية الجزائر، مكنت تلك الاستمارات من الحصول على كم مناسب من المعلومات في المناطق المراد تقييم الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة فيها في الجزائر العاصمة، بما في ذلك الوصول إلى الخدمات الصحية، التعليم، العمل، الخدمات الاجتماعية والإدارية وخدمات النقل، فضلاً عن العادات والأنشطة الثقافية، الرياضية والترفيهية، يحتوي الاستبيان أيضًا على أسئلة تتعلق بتمثيل الذات والتصور الاجتماعي للإعاقة.

تم تبسيط الاستبيان وجعله أكثر سهولة بهدف تسهيل الإجابة عليه مباشرة من قبل الأشخاص في وضعية إعاقة أنفسهم، تحليل البيانات التي تم جمعها تم بمساعدة برنامج التحليل الإحصائي IBM-SPSS الذي استند أساسًا على الإجراءات الإحصائية الوصفية (على سبيل المثال تحليل التردد والتوزيع، بالإضافة إلى الإحصاءات الاستنتاجية).

ث- طريقة سحب العينات.

تم سحب العينة عن طريق اتباع خطوتين:

الخطوة الأولى: وذلك من خلال مسح الأسر المعيشية باستخدام طريقة المسار، والمعروفة أيضًا باسم Methode de Politz، تستخدم أساسًا أثناء إجراء تحقيق/أسرة، وفقا لهذه الطريقة يتم اختيار العينة بالكامل من الميدان بالتالي ليست هناك حاجة لبيانات مشفرة عن الوحدات الإحصائية لسحب العينات، في مقابل ذلك يتم إعطاء قواعد صارمة للمحقق بشأن المسار الواجب إتباعه، من نقطة الإنطلاق المختارة عشوائيا من الخريطة، وهكذا يتم الوصول للمساكن التي ستتم زيارتها ويحدد الأشخاص الذين ستتم مقابلتهم. المرحلة الأولى تم خلالها تطبيق الإستمارة بفضل إتباع مراحل الطريقة السابقة. كان الهدف إجراء مقابلة مع 1000 أسرة من أجل معرفة عدد الأشخاص في وضعية إعاقة الذين يعيشون فيها لتقدير معدل انتشار الإعاقة في ولاية الجزائر العاصمة تقريبًا، استند اختيار البلديات التي أُجري فيها الاستبيان إلى أخذ عينات طبقية وعشوائية، مع مراعاة معايير المستوى الاجتماعي الاقتصادي والكثافة السكانية والتنظيم الجغرافي،

تم تقسيم البلديات 57 لولاية الجزائر العاصمة حسب مستواها الاجتماعي والاقتصادي إلى ثلاث فئات: تضم المجموعة الأولى البلديات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط، المجموعة الثانية: تتسم بمستوى اجتماعي واقتصادي متوسط-منخفض و المجموعة الثالثة: ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، يتم إجراء مقابلة عشوائية، مع احترام معايير التناسب (عدد الأسر حسب الفئة الاجتماعية والاقتصادية وحيث يكون عدد من تمت مقابلتهم يتناسب أيضا مع الكثافة السكانية لكل بلدية مختارة).

الخطوة الثانية: تم إتباع طريقة الحصص، أين حاول الباحثون بناء عينة تتكون من السكان الأولياء حتى يتسنى جمع أكبر عدد ممكن من المعطيات الكيفية حول خصائص السكان المستهدفين (الأشخاص في وضعية إعاقة. استند أخذ العينات حسب نوع الإعاقة إلى الإحصاءات الرسمية من المعهد الوطني للإحصاء (ONS) بشأن السكان ذوي الإعاقة، المدرجة في التعداد العام للسكان والمساكن لعام 1998، تم تعيين الأشخاص الذين أجريت معهم المقابلات باستخدام هذه الطريقة من خلال منظمات وخدمات دعم الإعاقة، من أجل استكمال 300 استبيان في كلا الجزأين الكمييين من المسح.

ج- النتائج المتوصل إليها.

تم التوصل إلى نتائج إيجابية وأخرى سلبية:

- تزايد الاعتراف بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة على المستوى السياسي، وهو ما يظهر في القانون 02-09 وفي النصوص القانونية المنبثقة عنه، في إنشاء المديرية العامة للأشخاص في وضعية إعاقة لتنسيق سياسات الدعم الموجه لفائدة هاته الفئة، وكذلك الجهود الأخيرة لضمان التنفيذ الفعال لآليات الحوار بشأن الإعاقة على مستوى الحكومة وبالتنسيق مع المجتمع المدني.

- كشف تحليل النتائج أيضًا عن عوائق لا يمكن التغافل عنها تحول دون الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة وفي جميع مجالات حياتهم.

-تم الإبلاغ عن أن هذه الفئة معرضة للخطر بشكل خاص من حيث الأمن الاقتصادي، مع وجود صعوبات في الاندماج في سوق العمل، ويعززها انخفاض مستويات التعليم والتدريب، مما يزيد من هذا الضعف الاقتصادي فهي تمثل حلقة مفرغة من الاستبعاد، كما وقد حددت نفس الاستبيانات العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات، لا سيما الحصول على الخدمات الصحية، الخدمات الاجتماعية والخدمات العامة، بما في ذلك عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات المادية والمعلومات، فضلا عن سوء الاستقبال من قبل بعض المهنيين.

11- Emilie Barraud, Promotion des droits des personnes en situation de handicap: Échanges de pratiques entre l'Algérie, le Liban, la Tunisie et la France, Accatone Editions, Marseille, 2012.

هذا العمل هو نتيجة التعاون الجماعي بين المهنيين المتخصصين في مجال رعاية الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية في أربعة من بلدان البحر المتوسط وهي: الجزائر، لبنان، تونس، وفرنسا، حول التجارب التي يمكن أن تعزز حقوق جميع الناس على أفضل وجه، يركز هذا العمل على الفحص، التشخيص، التوجيه، الاندماج الاجتماعي والاقتصادي ورعاية الأشخاص في وضعية إعاقات ذهنية.

أ- الإطار العام للدراسة.

يهدف هذا العمل إلى تعزيز حقوق الإنسان في مجال الإعاقة وإلى الترويج للبرامج الاجتماعية المناسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، تتمثل أهمية هذه الدراسة في معالجة جميع الجوانب المتعلقة بالإعاقة الذهنية في ضوء التجارب التي اعتمدها مختلف البلدان محل الدراسة، من الوقاية إلى الوصول بالطفل في وضعية إعاقة لمستوى تعليمي مناسب و حتى دمج اجتماعيا من خلال إتباع نموذج مثالي وإحترافي من الرعاية.

ب- النتائج المتوصل إليها.

من بين النتائج التي وصلت إليها الدراسة أن تبادل الخبرات بين مختلف بلدان محيط البحر المتوسط ساهم في إثراء البحث المتعلق بقضايا الإعاقة العقلية، حيث يعد تبادل الخبرات المختلفة ومشاركتها طريقة عملية أخرى تساهم في إضفاء تجربة معرفية غنية.

أتاح هذا البحث الفرصة للاعتراف بكفاءة المشاركين في رعاية ودعم الأطفال والكبار في وضعية إعاقة، وتعزيز مهاراتهم ومبادراتهم، والأهم من ذلك أن هذه الدراسة أتاحت الفرصة لعرض صورة متجددة للأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي ويعانون من إعاقة حيث أصبحوا يدركون قدراتهم وقيمتهم نتيجة للإسهام الفعال الذي تبذله الجهات الفاعلة في تغييرهم وتنوير مشروع حياتهم.

12- Guessaibia Nadia, Etude génétique du retard mental familial non spécifique, thèse de doctorat, Faculté des science Biologiques et science agronomique, Tizi Ouzou, 2012.

تسعى الباحثة من خلال هذا البحث إلى الكشف عن الإرتباط والعلاقة بين الوراثة و التخلف العقلي غير المحدد والمنتقل ذو الخاصية الوراثية المتتحية للأسر الجزائرية التي يعاني عدد من أفرادها من هذا المرض. تشمل هذه الدراسة 34 شخص مصابون ب 15 مرض مختلف ل 6 عائلات جزائرية، المرضى يعانون من الإصابة بتخلف عقلي غير محدد.

أ- استراتيجية البحث.

تدور استراتيجية البحث حول استنساخ الحمض النووي وإخضاعه لعدة فحوصات واختبارات لتحديد العلاقة بين التخلف العقلي للمرضى والعامل الوراثي.

ب- النتائج المتوصل إليها.

تم من خلال هذه الدراسة التأكيد و لأول مرة استبعاد العلاقة بين العامل الوراثي و خطر إنجاب طفل مصاب بالتخلف العقلي، ويبقى تحديد الجينات الجديدة للتخلف العقلي هو الهدف الأساسي للتشخيص. من أجل معرفة المزيد حول المرضى وعائلاتهم.

13- Gerard Bouvier, l'Enquête Handicap-Santé présentation générale, INSEE, 2011.

يعتبر هذا التحقيق إمتداد لعدة تحقيقات HID (Handicap, Incapacité, Dépendance) أجريت في فرنسا منذ سنة 1998 حتى سنة 2003، بدأ هذا التحقيق سنة 2005 ونشر سنة 2011.

تم تصميم المشروع من قبل مجموعة من الإحصائيين، الباحثين، الأطباء المتخصصين في علم الأوبئة وكذلك الأطباء النفسيين، هؤلاء الباحثين يعملون في منظمات متعددة تعنى بالأشخاص في وضعية إعاقة، بالإضافة إلى مساهمات من ممثلي جمعيات الأشخاص في وضعية إعاقة وأعضاء من الجهات الممولة للمسح.

يعتبر هذا العمل المصدر الوحيد المتوفر في العقد الممتد من 2000-2010 الذي يجعل من الممكن تقييم عدد الأشخاص في إعاقة أو الأشخاص المعالين وفقاً لمعايير متعددة، وبالتالي تقييم عدد الأشخاص الذين يحتمل أن توجه السياسات العامة صوبهم، ما يتيح إمكانية تقييم طبيعة ومدى الصعوبات التي يواجهونها في الحياة اليومية، من أجل تكييف السياسات العامة لتلبية هذه الاحتياجات، كما

يوفر معلومات لحساب متوسط العمر المتوقع دون تبعية، وهو أمر مهم لتوقع النتائج الاقتصادية والاجتماعية لشيخوخة السكان وزيادة متوسط العمر المتوقع.

14- Institut de la statistique du Québec, Vivre avec une incapacité au Québec: Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006, Gouvernement du Québec, Canada, 2010.

توثق هذه الدراسة التغيرات التي طرأت على واقع الأشخاص في وضعية إعاقة بين سنتي 2001 و2006 في كيبك، من خلال نتائج التحقيق الذي أجري حول المشاركة والنشاطات المحدودة لتلك الشريحة وذلك سنة 2006، هذا العمل هو ثمرة تعاون طويل وتبادل للخبرات بين المعهد الإحصائي الكندي، مكتب الأشخاص في وضعية إعاقة ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية.

يقدم هذا التقرير معلومات مفصلة تسمح بمعرفة جيدة للحالة الصحية التي يتمتع بها الأشخاص في وضعية إعاقة في كيبك، لا سيما فيما يتعلق بتقييم نشاطات المؤسسة الوطنية للصحة العامة التي هدفها الأول هو الوقاية من المشاكل المتعلقة بالتنمية، التكيف والاندماج الاجتماعي بين الأطفال والشباب وكبار السن، بالإضافة إلى أن هذا التقرير سيكون مفيداً لمختلف المنظمات المعنية بالحفاظ على استقلالية كبار السن خاصة، وكذلك لمختلف المنظمات أو الجمعيات التي تمثل الأشخاص في وضعية إعاقة في كيبك.

أ- طريقة سحب العينات.

تم سحب عينة تحقيق 2006 عن طريق إتباع خطة سحب طبقي نفذ عبر مرحلتين:

- المرحلة الأولى: تمثلت في الإعتماد على التعداد العام للسكان والسكن الذي أجري سنة 2006، حيث وزع خلالها إستمارات تضم عدد كبير من الأسئلة على أسرة واحدة من بين خمس أسر.
- المرحلة الثانية: الأشخاص الذين قدموا ردودا إيجابية فيما يخص الأسئلة المتعلقة بالإعاقة خلال المرحلة الأولى (التعداد العام للسكان والسكن) تم التركيز عليهم في المرحلة الثانية.

تم تحديد الطبقات بطريقة تسمح بتشكيل عدد كاف من العينات المهمة التي تسمح بتمثيل جيد للسكان وتتيح توزيع أفضل لوحدات العينة، إستجابة لأحد أهداف التحقيق والمتمثلة في إنتاج ملف إحصائي للأشخاص في وضعية إعاقة حسب المقاطعة ومختلف الفئات العمرية.

بلغ إجمالي حجم عينة التحقيق المجرى سنة 2006: 47793 شخص في وضعية إعاقة منهم 8994 طفل دون 14 سنة، مقارنة بالتحقيق الذي سبقه أين بلغ حجم عينة تحقيق 2001: 43276 شخص.

ب- النتائج المتوصل إليها:

النتائج التي عرضها التقرير تشمل: مختلف خصائص الإعاقة (مثل نوع وشدة الإعاقة)، الخصائص الديموغرافية، الإقتصادية والإجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة (مثل المستوى التعليمي، الدخل..)، الخصائص التي تؤثر على صحتهم (مثل الحالة العامة للمؤسسات الصحية، تعاطي الأدوية، التشاور مع المهنيين والاحتياجات غير الملباة، الخصائص النفسية، مدى إحتياج واستخدام المساعدات الفنية، وصف لنوع السكن الذي يعيش فيه الشخص المعني، استخدام وصعوبات استخدام وسائل النقل، النتائج المترتبة من الإصابة بالإعاقة على التعليم، مشاركة الأشخاص في وضعية إعاقة على سوق العمل، مشاركة الأشخاص في وضعية إعاقة في النشاطات الترفيهية، استخدامهم للإنترنت ومشاركتهم في الأنشطة التطوعية، التعامل مع الأطفال في وضعية إعاقة، إحتياجاتهم، علاقاتهم، الصعوبات التي تواجههم وأولياتهم).

15- Mahfoud Bouchloukh, Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs: cas des hémiplésiques et infirmes moteurs cérébraux a Constantine, thèse de doctorat, Département de psychologie sciences de l'éducation et orthophonie, Université Mentouri, Constantine, 2009.

تُعنى هذه الدراسة ب: التأهيل الوظيفي والتأثير النفسي لدى الأطفال في وضعية إعاقة، يسعى الباحث من خلال هذه الدراسة لتطبيق أدوات لتقييم المواقف الشخصية التي يعاني منها الشباب ذوي الإعاقات الحركية (الشلل النصفي والشلل الدماغية)، من خلال إعادة إنتاج محتواها حتى يكون تحت

تصرف القارئ هذه الأدوات، إنطلاقاً من المعلومات التي تم جمعها يتم تقديم مقترحات ملموسة بشأن تحسين أساليب رعاية الشباب ذوي الإعاقة، كما يهدف الباحث إلى جلب الشاب ذوي إعاقة ودمجه في الحياة الاجتماعية مع المحافظة على إمكانياته أو تحسينها".

أ- الإشكالية.

تتمحور الإشكالية التي يركز عليها البحث حول مستوى التسيير التقني والبشري لمسألة إعادة تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة (إعاقة حركية)، هل يتم التحكم جيداً في إعادة تأهيل هاته الفئة؟ وماهي الوسائل التي يتم من خلالها هذا؟ هل الأجهزة الخاصة بالتكفل مكيفة ومقبولة؟ هل يوجد عنصر دخيل "مرسول وظيفي" يتدخل في العلاقة بين المعالج والإعاقة؟، كانت هذه الأسئلة الرئيسية التي إنطلق منها الباحث وقد بنى عليها تساؤلات فرعية وهي:

- كيف يتقبل الطفل إعاقته؟ وكيف يتكيف علم النفس مع هذا الموقف؟.
- ماذا تقدم المساعدة النفسية كوسيلة لرعاية الطفل في وضعية إعاقة؟.
- ماهو الإطار الذي من خلاله يمكننا تقييم العمل النفسي؟
- هل هناك أساليب مجربة في رعاية الشباب ذوي الإعاقة الحركية تتكيف مع نوع الإعاقة؟.

ب- فرضيات الدراسة.

- من أجل الإجابة المبدئية على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات التالية:
- يمكن أن تكون إدارة الشلل الدماغي فعالة فقط إذا حدد عالم النفس أهدافاً وفقاً لمستويات التدخل الإجرائي.
 - يرتبط دور الطبيب النفسي في إدارة الإعاقة (الأطفال المصابين بالشلل الدماغي) بتنظيم عملهم النفسي وفقاً لمستويات التدخل الملموسة:

* المستوى الحسي الحركي.

* دراسة الأنا

* تقييم الذكاء.

- للتحقق من إجراءات إعادة التأهيل وضعت الفرضية التالية: يعتمد المستقبل الوظيفي للشلل النصفي على القضاء على الاضطرابات الحسية على مستوى ثابت مثل اللمس باليد.

ت- الدراسة الميدانية.

قام الباحث باستغلال عينة تتعلق بـ3 أطفال بنتان من قسنطينة وواحد من شلغوم العيد، تبلغ أعمارهم 9، 10 و12 سنة على التوالي مصابين بالشلل النصفي يتلقون علاجهم على مستوى المستشفى الجامعي لقسنطينة CHU مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي، والذين يخضعون لإعادة التأهيل الوظيفي حسب مستوى الإصابة العصبية (شلل نصفي) في مركز الدقسي 2 في قسنطينة، كان الهدف هو فهم الحقائق الميدانية وتحليلها بهدف الحصول على إجابات إنطلاقاً من استخدام أدوات التقييم والتمارين التي تسمح قراءتها وفقاً لفرضيات الدراسة والمستويات الإجرائية.

ث- النتائج المتوصل إليها.

ساهمت هذه الدراسة في إمطة اللثام عن العديد من القضايا المتعلقة بإعادة تأهيل الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية، تم توضيح بعضها، ولكن لا يزال هناك العديد من الأسئلة التي تستحق المزيد من أدوات التركيز والتقييم لفهمها.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة.

تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في عدة نقاط:

- تم طرح قضية الإعاقة من منظور مختلف، أين تم التطرق لقضية الإعاقة وإعطائها بعداً ديموغرافياً، وهذا ما لم يتم دراسته سابقاً.
- شمل الجانب النظري للدراسة أهم المستجدات والقضايا المتعلقة بالإعاقة بالإعتماد على أهم الأبحاث المطروحة والتي يتم مناقشتها على المستوى العالمي.
- تختلف أيضاً هذه الدراسة عما سبقها من حيث بيئة ومجتمع التطبيق بحيث تطرقت لواقع فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، بغض النظر عن نوع إعاقتهم بالإضافة إلى أن الحدود المكانية للدراسة لم تقتصر على منطقة أو ولاية معينة بل شملت الأشخاص ذوي الإعاقة المتواجدين عبر مختلف ربوع الوطن.
- تتميز هذه الدراسة عن سابقتها من حيث منهجية البحث، أين لم يتم الإقتصار على طريقة منهجية أو وسيلة وحيدة لجمع المعطيات، لقد زوجت هذه الدراسة بين عدة مصادر لجمع المعطيات:

- المعطيات الكمية: حيث تم الإعتماد على مصدر رسمي موثوق -للتعرف على معدلات إنتشار الإعاقة في الجزائر تبعا لعدة خصائص-، المتمثل في التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، تم إرفاقها بدراسة تطبيقية شملت 395 شخص ذوي إعاقة وزعت عليهم استمارات إلكترونية لمعرفة مختلف العقبات التي تواجههم، احتياجاتهم وكذا إقتراحاتهم من أجل تحسين نوعية حياتهم.
- المعطيات الكيفية أو النوعية للدراسة: قد تم الحصول عليها من خلال إجراء مقابلات مع ممثلي السلطات الرسمية بفضل زيارات ميدانية شملت كل من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة، مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري ETUSA، الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة وجمعية تواصل لأطفال التوحد بولاية باتنة، وهو ما يعطي للدراسة مصداقية حقيقية يُمكن الإعتماد عليها أولا للتعرف على الواقع المعيشي لهاته الفئة ثم لبناء وتسطير سياسات لتحسين وضعية الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

2-1 تحديد الإشكالية.

يشهد العالم مع بداية الألفية الثالثة اهتماما متزايدا ببعض القضايا الإنسانية على غرار قضية الإعاقة، التي فرضت نفسها على طاولة النقاشات الدولية الكبرى، لمواجهة التحديات التي أفرزتها العولمة وما صاحبها من أحداث متسارعة عقب التطور التكنولوجي الذي شمل جميع الميادين. انتشار العولمة زاد من وطأة الفجوة التي تفصل بين العالمين المتقدم والسائر في طريق النمو، وهو ما أسقط هذا الأخير في دائرة مغلقة يتطلب الخروج منها استعجالية الإلتحاق بقطار التنمية من أجل مواكبة أحداث العولمة، غير أن ذلك يبقى مرهونا بمدى نجاح الدول السائرة في طريق النمو في تسطير استراتيجية تنموية شاملة مبنية على رهان الإستثمار في قدراتها البشرية، من خلال إشراك جميع أفراد المجتمع مهما كانت اختلافاتهم دون أدنى تمييز أو إقصاء لأي فئة كانت على أساس التمايز والتنوع.

تُعتبر قضية الإعاقة من أكثر القضايا ذات الأولوية في برامج تنمية الموارد البشرية، تلك الموارد التي تُعتبر إحدى الدعائم الأساسية لنجاح الخطط الإنمائية، الإجتماعية، الإقتصادية، الثقافية..، أين بات التقدم الحضاري لأي مجتمع يقاس بمدى نجاحه في إشراك جميع أفراد، بل

أضحى نجاح الدول في إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وإشراكهم في المنظومة التنموية كجزء لا يتجزأ من المجتمع معياراً يعكس مدى توفيقها في تبني مفهوم التنمية البشرية ببعده الاجتماعي وليس فقط من خلال الإهتمام بالنمو الاقتصادي، خاصة بعد إلتزام بلدان العالم لتوقيع الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2006.

الجزائر كغيرها من البلدان السائرة في طريق النمو التي تبنت مفهوم التنمية البشرية، أخذت على عاتقها مسؤولية التكفل برعاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المجالات والميادين، غير أن واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر يشوبه الكثير من الغموض، بسبب قلة الأبحاث الرسمية الرامية لمعرفة وضعية الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

في ظل هذه الظروف اقتضت قضية الإعاقة في الجزائر من خلال وصفها بالحالة الإنسانية التي تقتضي إحساس أفراد المجتمع بالشفقة والتعاطف تجاه الشخص ذوي الإعاقة، بل أضحت مُخَالَفَةً بشرية يدفع ثمنها يوماً كل شخص يمتلك قدرات وخصائص جسدية، ذهنية أو نفسية مغايرة عن ما هو مألوف ومتعارف عليه.

الإصابة بالإعاقة أصطدم بظروف متداخلة من الإهمال، اللامبالاة والتسيب، لينتج عنه سيناريو دراماتيكي بكل ما تحمله الكلمة من معنى يصادف الشخص ذوي الإعاقة في أغلب مجالات حياته إن لم نقل كلها.

تأتي هذه الدراسة لإمطة اللثام عن الواقع الذي تعيشه فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في جميع المجالات، خاصة في ظل انعدام وجود نظام معلوماتي إحصائي (تحقيق وطني شامل) يستند إلى آراء الأشخاص ذوي الإعاقة.

بناء على ما سبق تتمحور إشكالية الدراسة في الإجابة على التساؤل التالي:

- ما هو الواقع الذي تعيشه فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر؟

هذا التساؤل لن يتم إمطة اللثام عليه إلا من خلال الإجابة على عدة تساؤلات سيتم التطرق إليها فيما يأتي.

1-2-أ تساؤلات الدراسة.

للوصول إلى الخبايا المتعلقة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، ومن أجل الإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة، تم طرح عدة أسئلة فرعية تسعى الدراسة إلى الإجابة عليها:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي تعزى إلى الخصائص العامة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄؟.
- 2- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة بالنسبة لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄؟.
- 3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية والخصائص العامة بالنسبة لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄؟.
- 4- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة حسب نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر؟.
- 5- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية-الإجتماعية وللخصائص العامة حسب نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر؟.
- 6- هل توجد توجهات إيجابية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر؟.

1-2-ب فرضيات الدراسة.

من أجل معالجة إشكالية الدراسة وللإجابة على مختلف التساؤلات التي تضمنتها الدراسة، تم بناء الفرضيات الآتي ذكرها فيما يلي:

الفرضية الرئيسية الأولى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي تعزى إلى الخصائص العامة بالنسبة لنتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للشخص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير درجة الإعاقة.

الفرضية الرئيسية الثانية.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة بالنسبة لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

الفرضية الرئيسية الثالثة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية والخصائص العامة بالنسبة للتحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
 - توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

الفرضية الرئيسية الرابعة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع المعاقين في الجزائر، والتي تتفرع منها عدة فرضيات جزئية كما يلي:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الإعاقة الخلقية وصلة القرابة.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

الفرضية الرئيسية الخامسة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية-الإجتماعية والخصائص العامة، وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع المعاقين في الجزائر، تليها الفرضيات الجزئية التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين قدرة الشخص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الاستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد...ومتغير الجنس.

الفرضية الرئيسية السادسة.

توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، والتي تتفرع منها الفرضيات الجزئية التالية:

- توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأطفال في مجال التعليم.
- توجد رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الإدماج المهني.
- توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الإدماج الإجتماعي.

3-1 أسباب اختيار الموضوع.

مما لا شك فيه أن أي بحث علمي إنما ينطلق من أسباب ويسعى للوصول إلى نتائج من أجل فهم الظاهرة محل الدراسة، بغية التحكم في العوامل المؤثرة فيها، من هذا المنطلق يمكن القول أنه تم اختيار هذا الموضوع للأسباب التالية:

- الميول إلى المواضيع الإنسانية وفقا لما يتماشى مع تخصص الدراسة خدمة للعلم والإنسان.
- حداثة وجدة موضوع الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة على الصعيد الوطني، بالإضافة إلى شح الأبحاث التي تطرقت إليه خاصة من الجانب الديموغرافي.
- الوعي بأن فئة الأشخاص ذوي الإعاقة بحاجة لدراسة حقيقية وجادة لإيصال صوتها إلى الجهات الرسمية من أجل إتخاذ التدابير المناسبة لأجلها.

4-1 أهداف الدراسة.

يسعى هذا العمل إلى تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.
- إبراز الخصائص المختلفة للأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في جميع المجالات.
- تحديد الخصائص التي لها علاقة ذات دلالة إحصائية بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة في المجال التعليمي، الصحي، الإقتصادي والإجتماعي.
- معرفة الإستراتيجية الفعلية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، ومدى تطبيقها فعليا على أرض الواقع.
- معرفة مدى تجاوب الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة مع أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

1-5 أهمية الدراسة.

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة في البحوث الديموغرافية، بحيث تم تسليط الضوء على موضوع مستجد ألا وهو الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال إعطائه بعدا ديموغرافيا، بغية الخروج من الدائرة الضيقة التي تم حصر مجال الدراسات الديموغرافية فيها بسبب اتجاه وميول الديموغرافيين غالبا نحو تسليط الضوء على القضايا النمطية مثل: الولادات، الوفيات، الهجرة، الزواج...، إذ أن الديموغرافيا علم يهتم بوصف ودراسة جميع الظواهر السكانية بدون إستثناء، وهو ما يفتح للباحثين آفاق جديدة للدراسة ويلفت انتباههم صوب دراسات تتسم بالحدثة.
- تم التطرق في هذه الدراسة لموضوع الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة بصفة شاملة، أين لم يتم تضيق مجال الدراسة ليشمل فئة معينة دون الأخرى أو نوع إعاقة دون الأخر.
- تم الإعتماد في الشق النظري للدراسة على أهم المستجدات العالمية التي تُعنى بقضية الإعاقة، وبذلك يحتوي هذا البحث على زخم معلوماتي ثري، شامل، مستجد ومتنوع، وهو ما يقدم إثراء فعلي للمكتبة والأبحاث العلمية.

- تم الإعتماد في هذا البحث على تنوع المصادر، على عكس الدراسات الأخرى التي تعتمد على دراسة ميدانية واحدة فقط، تركز هذه الدراسة على أكثر من مصدر واحد، بحيث تُشكل قاعدتا معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ المصدر الوحيد الموثوق فيه لمعرفة خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة الديموغرافية منها خاصة، كما تم إرفاقها بدراسة تطبيقية لواقع المعاقين في الجزائر من أجل معرفة المشاكل التي تواجه هذه الفئة واحتياجاتها، بالإضافة إلى الإقتراحات التي تقدمها في سبيل التكفل الجيد بها، عبر تصميم إستمارة إلكترونية شملت 395 شخص، كما تم إجراء زيارة ميدانية للمؤسسات المعنية بشكل مباشر بقضية الإعاقة وتسطير استراتيجية التكفل بهذه الفئة، بالتالي يمكن الإعتماد على هذه الدراسة لتقييم السياسات المتبعة وتعديلها.

6-1 منهج الدراسة.

يقصد بمنهج الدراسة الطريقة التفكيرية التي يعتمدها الباحث في ترتيب أفكاره، تحليلها وعرضها بهدف الوصول إلى المعلومات والنتائج، من خلال إتباع عدة مراحل تسلسلية ومتراصة.

الجانب الكمي للدراسة:

تم الإستعانة في هذه الدراسة بالمنهج التحليلي والمقارن من خلال مقارنة واختبار المحددات التي تؤثر في ظاهرة الإعاقة في الجزائر بين التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، كما تم الإعتماد في الجانب الكمي أيضا على المنهج الوصفي من خلال وصف المتغيرات والمحددات التي تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، التي تم الحصول عليها من خلال إستعمال أداة الإستمارة الإلكترونية (أين تم التعبير على البيانات بشكل كمي).

الجانب الكيفي للدراسة:

يتألف الجانب النوعي لهذه الدراسة من المعطيات والمعلومات التي تم الحصول عليها من خلال إجراء مقابلات مع ممثلي السلطات العامة الحكومية وغير الحكومية بعد إتباع Méthode de personnes clés، أين تم الإعتماد على المنهج العلمي النقدي، الذي يركز على وجود علاقة حوارية جدلية بين الباحث وموضوعه من أجل الكشف عن مختلف المعارف حول إستراتيجية التكفل بالأشخاص

ذوي الإعاقة في الجزائر، ونقدها بناء على مدى تنفيذها على أرض الواقع، وكذا توافقها مع أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.

1-7 تحديد المفاهيم الرئيسية للدراسة.

يشكل تحديد المفاهيم خطوة رئيسية ومفصلية في خطوات البحث العلمي، لما لها من أهمية كبرى ومفصلية في الربط بين الإطار النظري والميداني في البحث الإجتماعي¹، إذ لا ينبغي تجاوز خطوة تحديدها في أي بحث أو دراسة، بناء على ذلك تم تحديد المفاهيم الرئيسية للدراسة كالاتي:

التحليل الديموغرافي.

يُقصد بالتحليل عملية تجزئة الكل إلى عدة أجزاء، حيث أن الملاحظة تسمح لنا بالحصول على معطيات وبيانات على حالها الخام، أي على شكل عدد مطلق من الأشخاص أو الأحداث الموزعة وفقا لفئات، هذه المعطيات الخام التي تبدو بسيطة هي في الواقع نتاج لتداخل عدة عوامل معقدة، حيث تتضمن عدة عناصر وعوامل كمية، وهنا يبرز دور التحليل من خلال تجزئة وفك تلك الظواهر الديموغرافية المعقدة وعزل العوامل المتحكممة فيها²، أي أنه بدون عملية التحليل الديموغرافي لا يمكننا فهم تلك الظواهر الديموغرافية وتحليل تلك العوامل المتداخلة المسببة لها.

أما إجرائيا فتمثل التحليل الديموغرافي للدراسة في تجزئة المعطيات الكمية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة إلى عدة محاور، تضمن كل محور مجموعة من المتغيرات والخصائص المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة (الخصائص الديموغرافية، الخصائص المتعلقة بالمستوى التعليمي، الخصائص المتعلقة بالوضعية الصحية...)، من أجل معرفة العوامل أو المتغيرات المحيطة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار الإجابة على تساؤلات الدراسة.

الواقع.

¹ علي غربي، "أهمية المفاهيم في البحث الإجتماعي بين الأطر النظرية والمحددات الواقعية"، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 11، قسنطينة، 1999، ص. 100.

² Louis Henry, *Démographie: Analyse et modèles*, Edition de l'Institut National d'Etude Démographiques, France, 1984, p. 19.

ترتكز هذه الدراسة على معرفة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، بالتالي سيتم تحديد مصطلح الواقع من منظوره الاجتماعي وليس من منظوره الفيزيائي، على اعتبار أن الدراسة تهدف لمعرفة الواقع المعيشي للفئة المعنية.

يقصد بالواقع من منظوره الاجتماعي الواقع المعاش الذي يتشكل من أصغر الخلايا الاجتماعية إلى أكبرها، والتوصل لمعرفة لا يتم إلا بدراسة مختلف الظواهر الاجتماعية والوقائع التي يمكن معاينتها من خلال الملاحظة، الإختبار والإحصاء، يتضمن الواقع موضوعات مادية متنوعة لها صفات معينة، حركات وقوانين، كما يشمل ظواهر إجتماعية مختلفة مثل علاقات الإنتاج، الدولة، الفن...¹.

أما المفهوم الإجرائي للواقع الذي تم تحديده في هذه الدراسة فيتمثل في الظروف التي يعيشها الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، حيث يسعى هذا العمل لمعرفة وتحديد مختلف العقبات والعراقيل التي تصادف الأشخاص ذوي الإعاقة في حياتهم اليومية في مختلف المجالات من أجل تذليلها، بالإضافة إلى تامين التسهيلات التي تمنح لهم وتساعدهم على احتواء إعاقتهم، وهذا بالإعتماد على مصادر معطيات موثوقة ومبنية على آراء الفئة محل الدراسة.

المعاقين .

حسب التحقيق الوطني MICS₄ 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 إستمرت 6 أشهر فما فوق تمنع أو تحول دون مشاركته في أداء الأنشطة العادية مقارنة بالأشخاص في مثل سنه"².

عرفت منظمة الأمم المتحدة ONU الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم أشخاص لديهم إعاقات جسدية أو فكرية أو حسية طويلة المدى قد تعيق تفاعلهم ومشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين³.

¹ نبيل حميدشت، الواقع الاجتماعي للمعلم ومكانته الاجتماعية، أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة منتوري قسنطينة، 2002، ص. 17.

² MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grapes à indicateurs multiples (MICS), MSPRH, Algérie, 2013, p. 238.

³ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations Unies, 2006., p. 4

إجرائيا تم تعريف المعاقين في هذه الدراسة على أنهم: الأشخاص ذوي الإعاقة سواء كانت إعاقتهم جسدية أو ذهنية أو حسية طويلة المدى، الذين يُعانون من عراقيل تؤثر على مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين.

إذن تعددت الصفات والمسمى واحد: ذوي الإحتياجات الخاصة، المعوقين، ذوي الإمكانيات الخاصة، ذوي القدرات المحدودة، الأشخاص في وضعية إعاقة... وغيرها من التسميات التي تطلق على هذه الفئة، في هذه الدراسة سيتم الإشارة لهاته الفئة بتسمية الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي التسمية التي تبنتها منظمة الأمم المتحدة وفقا لما ورد ضمن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH، تجدر الإشارة أنه تم الإحتفاظ بالمصطلحات التي تعنى بهاته الفئة كما وردت حسب كل من النصوص التشريعية وكذا حسب الوثائق التي تم الحصول عليها في إطار الزيارة الميدانية لوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة (المعوق، ذوي الإحتياجات الخاصة....) دون تغييرها.

- تم توحيد المصطلحات المتعلقة ب: الضعف البصري، نقص الرؤية، ضعف الرؤية وغيرها تحت مصطلح الإعاقة البصرية.
- تم توحيد المصطلحات المتعلقة ب: ضعف السمع، نقص السمع الصمم وغيرها تحت مصطلح الإعاقة السمعية.
- تم توحيد المصطلحات المتعلقة ب: الإعاقة العقلية، التخلف الذهني، التخلف العقلي وغيرها تحت مصطلح: الإعاقة الذهنية.
- شملت الدراسة الميدانية الإعاقة النفسية كنوع مستقل من أنواع الإعاقة أين تم فصلها عن الإعاقة الذهنية استجابة لأهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تم توحيد المصطلحات المتعلقة ب: العجز الحركي، اضطرابات الحركة والتنقل وغيرها تحت مصطلح الإعاقة الحركية.
- كما تضمنت الدراسة الميدانية أنواعا أخرى من الإعاقة خلافا للأنواع السابق ذكرها (على سبيل المثال التشوه...).

التحقيق الوطني Mics₃:

يعتبر التحقيق الوطني MICS₃ إمتدادا للتحقيقين الوطنيين MICS₁ و MICS₂ الذين أجريا سنتي 1995 و 2000 على التوالي، تم إجراؤه سنة 2006 بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان وإصلاح

المستشفيات، فهو يمثل ثمرة الجهود المشتركة بين الحكومة الجزائرية بتنسيق ودعم كل من: منظمة الأمم المتحدة للسكان UNFPA، منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بنقص المناعة البشرية/ الإيدز ONUSIDA، من أجل رصد وتتبع تحقيق الأهداف المحددة في كل من إعلان الأهداف التنموية للألفية OMD، الذي إعتدته الأمم المتحدة في سبتمبر سنة 2000 وإجماع من 191 دولة موقعة، وكذا خطة العمل العالمية تحت شعار "عالم محترم ولائق للأطفال" التي إعتُمدت خلال الدورة الإستثنائية حول حقوق الطفل التي عقدتها الأمم المتحدة في ماي 2002 وبتوقيع من 189 دولة ومن بينها الجزائر.

استخدم خلال التحقيق الوطني Mics₃ 3 أنواع من الإستمارات، يندرج محور الإعاقة ضمن الإستمارة الموجهة للأسرة بهدف جمع معطيات عن ظروف الإسكان والمعيشة، الخصائص الديموغرافية و الإجتماعية لجميع أفراد الأسرة.

التحقيق الوطني Mics₄.

يُعد MICS₄ التحقيق العالمي الرابع من نوعه في الجزائر وهو إمتداد ل: MICS₁، MICS₂ و MICS₃، يقدم تحقيق MICS₄ معلومات حديثة عن وضعية الأطفال والنساء في الجزائر من خلال مجموعة من المؤشرات الرئيسية التي تعكس صورة واضحة عن فشل أو نجاح السياسة التي إعتدتها الجزائر للتكفل بهم، بالإضافة إلى أنها تُمكن من تقييم النقص في التنمية البشرية والإجتماعية وتُرَوِّد برامج التنمية الوطنية والقطاعية بإحصائيات موثوقة عن وضعية الأطفال، النساء والأسر، كما تمكن البلدان من تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الإلتزامات العالمية المنفق عليها دوليا. تضمن التحقيق الوطني Mics₄ بدوره 3 إستمارات من بينها استمارة موجهة للأسرة، أُدرج ضمنها محور الإعاقة بغرض رصد مختلف الخصائص المتعلقة بهذه الفئة.

تم الإعتماد على التحقيقين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ من أجل إجراء مقارنة وصفية بالإعتماد على المتغيرات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة التي وردت ضمن قاعدة معطيات التحقيقين، بالإضافة إلى مقارنة النتائج المتعلقة باختبار فرضيات الدراسة بالإعتماد على نتائج التحقيقين الوطنيين.

الإعاقة.

قدمت منظمة الأمم المتحدة تعريفا للإعاقة ورد ضمن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH، حيث تحدث الإعاقة حسبها نتيجة للتفاعل بين الأشخاص ذوي الإعاقة والحواز السلوكية والبيئية التي تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين¹.

إجرائيا يمكن تعريف الإعاقة على أنها عملية معقدة تحدث نتيجة تداخل مجموعة من العوامل، حيث تحدث بسبب وجود مشاكل صحية تقابلها ميدانيا عدة عراقيل وحواز ينشأها المجتمع بمختلف مؤسساته، تحول دون إمكانية إدماج الشخص ذوي الإعاقة داخل المجتمع بشكل سلس على قدم المساواة مع الآخرين.

الإستراتيجية.

يقصد بالإستراتيجية الأساليب والوسائل والأنشطة، التي تساعد على تحقيق الأهداف²، كما تعرف بأنها عملية أو منهجية متقدمة في التفكير أو التخطيط، وبعبارة أدق هي حلقة منهجية متقدمة يتم بمقتضاها طرح البدائل أو خطوط السير التي توصل إلى غاية أو هدف من الأهداف والإختيار الأفضل لأحد هذه البدائل³.

تعرف أيضا على أنها عملية تحديد المنظمة لأهدافها وغاياتها على المدى البعيد وتخصيص الموارد اللازمة لتحقيق تلك الأهداف والغايات⁴، كما يعرفها البعض على أنها وسيلة تساعد المؤسسة في تخصيص الموارد للإستفادة من القوى ومعالجة الضعف، استغلال الفرص ومواجهة التحديات المحتملة في البيئة المحيطة، بينما يرى البعض الآخر بأن الإستراتيجية هي محاولات لإنجاز فائدة طويلة المدى في كل جوانب المؤسسة بالاستجابة بشكل ملائم للفرص والتحديات في بيئة المؤسسة، تعتبر أيضا سلسلة من القرارات والتصرفات الموجهة بالأهداف⁵.

إجرائيا الإستراتيجية هي عبارة عن التدابير والسياسات التي سطرتها الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة (في الجانب التشريعي، التعليمي، المهني، الصحة، تسهيل الوصول إلى الخدمات، النقل..)، من أجل ضمان إدماجهم الكلي في جميع المجالات كجزء لا يتجزأ من المجتمع⁵.

¹ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, United nation audiovisuel of international law, 2014, p. 1.

² بتول مصلح غانم، "واقع الخدمات التربوية المقدمة للطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة جنين من وجهة نظر العاملين"، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، المجلد 19، العدد 01، فلسطين، 2015، ص. 275.

³ نبيل سعد خليل، مداخلة حديثة في إدارة المؤسسات التعليمية، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2015، ص. 24.

⁴ ديفيد هاريسون، الإدارة الإستراتيجية والتخطيط الإستراتيجي، ترجمة: علاء الدين ناظورية، دائرة المكتبة الوطنية، الأردن، 2009، ص. 144.

⁵ نبيل سعد خليل، مرجع سابق، ص. 24..

الإدماج الإجتماعي.

الإدماج الاجتماعي هو مفهوم حديث نسبياً يعتبر بشكل متزايد عاملاً أساسياً لتحقيق أهداف خطة التنمية على المستويات الدولي والوطني ودون الوطني، تعترف البلدان المتقدمة والنامية أن التنمية البشرية الحقيقية لا يمكن تحقيقها عند استبعاد الأقليات والفئات الضعيفة منهجياً عن النظام الاجتماعي¹.

يعتبر الإدماج الاجتماعي عملية مشاركة ديناميكية في المجتمع تسمح بإدماج الجميع اجتماعياً مع الحفاظ على التنوع والفردية، بعبارات أخرى إنها محاولة لإنشاء "مجتمع للجميع" مع احترام الاختلافات، وقد يشمل ذلك مبادرات حكومية، سياسات وبناء قدرات، وأيضاً النفاذ إلى البنية التحتية التي تسمح بالحوار والتبادل. يتوافق مع الإدماج والتكامل الاجتماعيين التماسك الاجتماعي الذي يعطي لأي فرد من أفراد المجتمع حساً بالانتماء، التقدير، والشرعية ليس نتيجة التجانس الديموغرافي بل احتراماً للتنوع.

إجرائياً: يتمثل الإدماج الاجتماعي في السياسات والتدابير المتخذة لمحاولة إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء لا يتجزأ من المجتمع، بداية عبر تزويدهم بتكوين جيد في مجال التعليم وبناء قدراتهم وتطويرها، ثم تسهيل آليات إدماجهم في المجال المهني، وهو ما يتيح لهم فرصة المشاركة في العملية الإنتاجية والتنمية، بالإضافة إلى تسهيل وصولهم إلى الخدمات الاجتماعية (السكن، النقل، الصحة...) وإزالة كافة العرّاقيل والعقبات التي تحول دون ذلك.

1-8 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.

في الحقيقة استغرق إكمال الجزء النظري للدراسة فترة طويلة استغرقت حوالي سنتين (2017- إلى غاية بداية سنة 2019)، أما عن الجزء التطبيقي للدراسة: فقد استغرق إجراء المقارنة بين التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ طيلة سنة 2019.

فيما يتعلق بالإطار الزمني للدراسة المتعلقة بواقع المعاقين في الجزائر فقد تم نشر الإستمارة الإلكترونية ابتداء من تاريخ 07-01-2020 إلى غاية 07-05-2020، شملت 395 شخص ذوي إعاقة

¹ سيدريك شقير، الإدماج الاجتماعي والديموقراطية والشباب في العالم العربي، اليونيسكو، مكتب بيروت، لبنان، 2013، ص. 08.

موزعين غير كافة ربوع الوطن، بالنسبة لعملية تحليل البيانات فقد استغرقت فترة امتدت من تاريخ 07-2020 إلى غاية 05-07-2020.

أما الزيارة الميدانية للهيئات التي تُعنى بشكل مباشر بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة بالجزائر العاصمة، والتي تكللت بإجراء مقابلات مسجلة مع إطارات سامية بوزارة التضامن، الوطني الأسرة وقضايا المرأة، مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري ETUSA، الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة لمعرفة الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، استمرت 4 أيام (16-19 سبتمبر 2019)، كما امتدت فترة الزيارات المتكررة للجمعية الولائية لأطفال التوحد بولاية باتنة طيلة أسبوعين (انطلاقا من 01 إلى غاية 11-03-2020).

خلاصة

بعد التعرض للدراسات السابقة التي تطرقت إلى موضوع الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، وتحديد الإشكالية ومختلف التساؤلات التي يسعى هذا البحث إلى الإجابة عليها وفرضيات الدراسة بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الأساسية أين تم توضيح كيفية التطرق إليها خلال هذه الدراسة، سيتم التطرق لقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الاعتماد على أحدث المستجدات العالمية للقضية.

الفصل الثاني:

قضية الإعاقة والأشخاص

ذوي الإعاقة في الرأي

العام العالمي.

تمهيد:

موضوع الإعاقة هو من المواضيع المستجدة على الساحة العالمية التي شغلت الرأي العام على المستويين الخارجي والداخلي على حد سواء، ومن أجل الإحاطة الجيدة بقضية الإعاقة والمعاقين كان لابد من معرفة أهم القضايا المتعلقة بموضوع الإعاقة من خلال تقصي الأدبيات والوثائق التي تطرقت للموضوع.

بناءً عليه سيتم التعرف خلال هذا الفصل على الجوانب الأساسية المتعلقة بالإعاقة بدءاً بأصل تسمية مصطلح الإعاقة Handicap، نماذج الإعاقة، تصنيفات منظمة الصحة العالمية للإعاقة، عناصر ومكونات الإعاقة بالنسبة لأبرز الباحثين، الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2006، قضية الإعاقة والتنمية، أنواع الإعاقة وأمل الحياة والإعاقة.

1-2 الإعاقة (HANDICAP) أصل التسمية.

قبل التطرق إلى المفهوم الإصطلاحي لكلمة إعاقة Handicap كان لابد من الوقوف أولاً للحديث عن التطور التاريخي لتداول المصطلح، الذي شهد انزلاقاً كبيراً يستوجب تأملاً دقيقاً من أجل فهم وتحليل مختلف مكونات الإعاقة.

إن تسمية Handicap هي التسمية الأكثر تداولاً عالمياً من بين المصطلحات الأخرى على غرار: عدم القدرة، العجز.... وغيرها من الألفاظ التي تدل على الضعف والوهن¹، غير أن المتتبع والمحصص في الأدبيات العالمية يلاحظ أن أصل استخدام التسمية لم يكن له أي صلة بتلك المعاني والصفات التي يتم تداولها في عصرنا الراهن، فهو يعتبر مصطلحاً دخيلاً بكل ماتحمله الكلمة من معنى على المعجم اللغوي، على الرغم من أنه يحمل دلالات ومعان في القاموس اللغوي، إذ أن المصطلح ولد، عاش وترعرع في بيئة تختلف تماماً عن البيئة التي ذاع صيته فيها.

التدقيق في أصل تسمية Handicap كشف عن إختلاف آراء الباحثين والتي تصل أحياناً إلى حد التناقض حول بداية ظهوره، غير أن الجميع أكد أن أصل كلمة handicap هو Hand in the cap² وهي جملة إنجليزية ذات أصل إيرلاندي³ تعني اليد داخل القبعة، تطلق على لعبة مقايضة تتم بين ثلاثة أطراف: شخصين متقايضين وشخص ثالث هو الحكم، أُطلق عليه إسم Handy caper أو Hand-caper⁴ وهو الذي يضمن تطبيق وتحقيق مبدأ اللعبة المتمثل في الشفافية ويرسخ تنفيذ العدالة، النزاهة والإنصاف أثناء الرهان.

ينص قانون لعبة المقايضة على تبادل أشياء شخصية ذات قيمة غير متساوية، فيقترح الحكم على كل من الشخصين المتقايضين تحديد مبلغ معين من شأنه إحداث توازن في قيمة الأشياء المتبادلة بحيث يوضع المبلغ تحت القبعة، وبعد إعلان الحكم عن القيمة التي حددها يعبر كل من المتقايضين إما بقبول المقايضة بإخراج يده مملوءة من تحت القبعة أو بالرفض عن طريق إخراج يده فارغة⁵.

¹ Jean-François Ravaut, "Définition, classification et épidémiologie du handicap", *La Revue du Praticien*, vol 59, n°8, 2009, p. 2.

² Asma Achachra, "*Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie*", Thèse de Doctorat, Université Paul Valéry-Montpellier, département de psychologie, France, 2014-2015, p. 3.

³ Stéphane Lelong, *Période d'adolescence: Figure de souffrance*, tome 2, Harmattan, France, 2013, p. 23.

⁴ Christian Rossignole, "La Notion de Handicap: Métaphore politique et point de ralliement des corporatismes", *Revue Interactions*, vol 2, 2010, p. 3.

⁵ Christian Rossignole, op.cit, p. 3.

انتشرت هذه اللعبة إلى غاية القرن 18م، حيث إنتقل مجال إستعمال المصطلح هذه المرة إلى الميدان الرياضي وبالضبط رياضة الفروسية، مع المحافظة على مبدأ اللعبة أي تساو الفرص بين جميع الخيول المتنافسة، وهذا إما من خلال إضافة وزن زائد على الحصان الأقوى¹ أو عبر إجباره على الجري مسافة أكبر من باقي الخيول حتي تكون لجميع الأحصنة نفس حظوظ الفوز بالسباق و تكون نتائج السباق غير متوقعة، بعدها يتم وضع أسماء جميع الخيول المشاركة في السباق أو الفرسان تحت قبعات بشكل عشوائي لتوقع إسم الفائز.

إتسع نطاق إستعمال العبارة أكثر ودائما مع المجال الرياضي لتشمل سباق الدراجات، حيث كان يتم فرض عراقيل على المتسابق الأقوى، استمر الحال كذلك حتى بدايات القرن 19م أين بقي استعمال المصطلح يُداول في الوسط الرياضي معبرا عن التقييد، التثقل وأحيانا أخرى معاقبة المنافس الأقوى من أجل تخفيض فرصه في الفوز حتى تكون مساوية لباقي المنافسين.

حسب القاموس الإنجليزي Oxford فإن لعبة Handy-cap ظهرت سنة 1754² خلال السباق الذي كان يتم بين حصانين، والذي ارتكز على المقايضة بوجود الحكم، هذا الأخير الذي تمثل دوره في فرض وزن زائد على الحصان الأقوى.

عموما عرف مصطلح Handicap تطورا في دلالاته المعنوية³ عبر 3 مراحل، قبل إنتقاله إلى المجال الإجتماعي (بالتركيز على ذات المبدأ: تكافؤ الفرص بين المتنافسين)، كما هو موضح حسب الشكل أدناه.

¹ Senge Dalla Piazza, *Un enfant handicapé: égaliser des chances, aide et intervention précoces*, Harmattan, France, 2012, p. 15.

² François Chapireau et autres, *Handicap mental chez l'enfant: une synthèse neuve pour comprendre, agir, décider*, ESF Editeur, France, 1997, p. 51.

³ Stéphane Lelong, op.cit, p.23.

الشكل رقم 02-01 تطور إستعمال مصطلح إعاقة Handicap.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

في لحظة تاريخية ما حدث شرح وانقطاع في التسلسل الزمني لانتقال اللفظ من الميدان الرياضي إلى الميدان الإنساني، بحيث لا أحد يعرف كيف ومتى بالضبط انتقل هذا المصطلح من حدود الملاعب الرياضية حتى أصبح صفة تُطلق لوسم قدرات بشرية مخالفة للمألوف.

إنّ انتقال تداول مصطلح Handicap في المجال الإنساني (المجال الإجتماعي، الطبي، التعليمي، الإقتصادي...) لم يظهر إلا منذ عقود قليلة، والباحث في الأدبيات العالمية لا يجد تاريخاً دقيقاً لبداية ظهوره. حسب بعض الأبحاث يُستخدم المصطلح في تقرير إسباني أين تم الإشارة إليه من خلال لفظ¹ «Incapacidad» وليس إعاقة، إستخدمت الكلمة أيضاً في بريطانيا العظمى من خلال عمل عُني بالأشخاص الصم سنة 1938، حيث ورد ذكر المصطلح في أطروحة في المجال الطبي ل الباحث R.Le Sage²، 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.

ومع بداية ستينات النصف الثاني من القرن³ 20 بات أولى بوادرات استخدامات المصطلح في الأبحاث الخاصة، بالضبط من خلال العمل الذي قام به Goffman Erwing المعروف ب «Stigmates» سنة 1963 في الولايات المتحدة الأميركية، ثم من خلال عمل عُرف ب «nos»

¹ Claude Hamonet, "Handicapologie et anthropologie", Thèse de doctorat, Université René Descartes, Paris v France, 1992, p. 8.

²ibid., p.9.

³ Eric B Degros, *Le droit du handicap et la gestion du patrimoine culturel: vers un model Européen?*, Harmattan, France, 2014, p. 22.

«comment aider un enfant handicap sexuels» للباحث Paul Chauchard، وأيضاً «comment aider un enfant handicapé» لكل من الباحثين: E.L.French و C. Scott¹. سنة 1969.

هكذا تلاشى المعنى الأصلي للفظ Handicap المرتبط بفكرة تكافؤ الفرص شيئاً فشيئاً ليتيح المجال أمام ميلاد مفهوم آخر يعبر عن الوصم، الدونية، العار، العيب...، الذي تم تداوله لأول مرة في اللغة الفرنسية حسب القانون الفرنسي 23 نوفمبر 1957 لإعادة تصنيف العمال ذوي الإعاقة²، ثم إنتشر بعدها على نطاق واسع جداً ليعبر عن الإعاقات الجسدية، الحسية والعقلية حسب التصنيف الطبي، ووصل نطاق تداوله حتى عبر وسائل الإعلام، بين السياسيين، الباحثين والمنظمات الدولية وفي جميع المجالات: الطبية، الإقتصادية، الإجتماعية...

في محتوى النص الخطابي للمجتمعات المعاصرة، يتم تقييم الإعاقة على أساس أنها عدم مساواة ذات منشأ طبيعي تؤثر سلباً على إمكانية نجاح الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مجالات، التي يمكن تُصوّرها واعتبارها تلك المنافسة الرياضية التي تتكون من فريقين الأول يمثل فريق الأسوياء ذوي القدرات العادية، أما الآخر فهو يتعلق بأشخاص ذوي إمكانيات وقدرات أقل نسبياً إن لم نقل كلياً، وبما أنه قد تم ترحيل مصطلح الإعاقة من ميدانه الرياضي إلى الميدان الإجتماعي فلا بد إذن من إرفاقه بمبدئه الجوهري ألا وهو تكافؤ الفرص للجميع³، وهذا لن يتحقق إلا بفرض قيود على فئة الأفراد الطبيعيين حتى تتناسب مع إمكانيات وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة، أو برفع قدرات وإمكانيات الفريق الضعيف حتى تُجابه إمكانيات خصمه، وهنا تتساوى فرص المشاركة في الحياة الإجتماعية للجميع "التي تُجسد المنافسة" وتكون لكل فريق نفس حظوظ الفوز.

إن أصل تسمية الإعاقة هي العنصر المفتاح في الحلقة المفقودة لفهم القضية حيث أن الإعاقة ليست مجرد كلمة باللغة العربية أو الأجنبية بل هي أبعد من ذلك بكثير، هي قصة تسمية تم التركيز عليها في هذا العنصر قصداً لإظهار المفارقة العجيبة والإنزلاق الذي صاحب انتقال اللفظ من الميدان الرياضي إلى الميدان الإجتماعي، والمراد بها محاولة خلق شروط لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص في الحياة الإجتماعية كما كان معمول به في ميدان السباق.

¹ Claude Hamonet, op.cit, p. 8.

² Jean Didier Mbele, "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, 2008, p. 54.

³ مجدولين حصرومي، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الإجتماعي"، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 06، العدد 02، جويلية 2021، ص. 577.

2-2 نماذج الإعاقة.

من أجل الفهم الجيد لمختلف مكونات الإعاقة، كان لابد من معرفة أهم النماذج والاتجاهات الكبرى التي على أساسها تم إرساء القاعدة الأولية المكونة للإطار المفاهيمي الذي عرّف ظاهرة الإعاقة، ان المتتبع للدراسات الأدبية التي تُعنى بموضوع الإعاقة يُميز نوعين مختلفين من النماذج التي من خلالها قام الباحثون بتصوير تعريف للإعاقة كل حسب المدرسة الذي تشرب منها وهو ما سيتم تناوله لاحقاً.

تهدف نماذج الإعاقة إلى وضع تصور عام لتعريف الإعاقة وتقدير طرق وكيفية معالجتها أو كيفية الوقاية منها إن أمكن وأيضاً تحديد على أي مستوى يقع عائق ومسؤولية التكفل بالإعاقة¹.

2-2-1 النموذج الطبي للإعاقة.

سمي أيضاً بالنموذج الطبي الحيوي، وهو نموذج يمتد تاريخياً للطب والرعاية الصحية التي سادت في مجال الإعاقة خلال الفترة الممتدة من 1960-1970²، يأخذ النموذج الحيوي بعين الاعتبار المحددات الطبية الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة (الأمراض، الضعف، العجز، الإصابات)³.

يعتمد النموذج الفردي على منطق السبب والنتيجة⁴ 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 أداء الشخص المعني لنشاطاته الإجتماعية⁵. يحلل النموذج الفردي الإعاقة على أساس أنها شذوذ وانحراف عن المستوى الطبيعي، كما يعتبر ذات النموذج أن الإعاقة هي مشكلة فردية بحثة⁶ «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

¹ المرجع السابق، ص. 578.

² Michel Delcey, Notion de situation de handicap (moteur): les classifications internationales du handicap, 2013, p. 7. Disponible à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/>, consulté le 15-04-2020.

³ Xavier Janssens et autres, *Pleins feux sur les rhumatis*, Edition Lannoo, Belgique, 2005, p. 128.

⁴ Lysiane Rochat, les conceptions et modeles principaux concernant le handicap, Bureau Fédéral pour l'égalité du handicap, BFEH, Berne, 2008, p. 3. Disponible à l'adresse: http://edudoc.ch/record/112695/files/Rapport_mod%C3%A8les_handicap.pdf, . Consulté le 15-04-2020.

⁵ مجدولين حصرومي، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الإجتماعي"، مرجع سابق، ص. 578.

⁶ Michel Delcey, op.cit, p. 6.

خاصة أثناء فترة الحمل كإجراء احترازي للوقاية من الإعاقة، بالتالي تكمن المسؤولية الاجتماعية فقط في تخفيض (من خلال الوقاية) أو علاج الإعاقة إن أمكن¹.

يتضمن لنموذج الفردي للإعاقة مقارنة أخرى هي المقاربة الوظيفية: يطلق عليها أيضا مقارنة إعادة التكيف، تسعى إلى محاولة إيجاد الحلول المناسبة التي تكفل وتضمن إعادة تكيف الشخص ذوي الإعاقة داخل المجتمع الذي يعيش فيه، يقترح دعاة تبني هذه المقاربة عدة تدخلات لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة من بينها إنشاء مراكز لإعادة التكيف 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 العجز².

عموما يُنظر إلى الإعاقة حسب النموذج الطبي الحيوي بمقارنته كمشكلة صحية أساسية³ تحدث 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 للتعامل مع الإعاقة.

حسب Henri-Jacques Stiker فإن السياق الذي تم في أعقابه تطوير مقاربة إعادة تكيف الأشخاص ذوي الإعاقة كان إبان الحرب العالمية الأولى⁴، أين كان للمجتمع إلزام أخلاقي تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة نتيجة الحرب، من خلال معالجة وعلاج الجروح، إستبدال الأعضاء والأطراف المفقودة لإعادة دمج الأشخاص المتضررين.

نوه أيضا Sticker إلى فشل المجتمعات السابقة في تحديد موضع الشلل أو العجز أين بات الشخص يفتقر إلى مكان بالدرجة الأولى ولا يحتاج إلى عضو أو تكوين تأهيلي فقط، والأولوية تقتضي أن نجد له مكانا في المجتمع أولا وقبل كل شيء، كما أشار إلى أن المصطلحات التالية: إعادة التأقلم، إعادة التكيف، إعادة الإدماج... هي مصطلحات جديدة تعبر عن تغيير عميق في إدارة المجتمع للإختلاف و التنوع "الإعاقة"⁵.

¹ مجدولين حصرومي، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي"، مرجع سابق، ص. 578.

² نفس المرجع، ص. 579.

³ Bernard Darras, Dannyelle Valente, *Handicap et communication*, Harmattan, France, 2013, p. 13.

⁴ Lysiane Rochat, op.cit, p p. 3-4.

⁵ Ibid.

إعتبر Sticker أن التكيف هو ظهور ثقافة تحاول إكمال لفئة الهوية التي تؤدي إلى إخفاء الإعاقة وجميع العيوب التي تذوب في الجامع الاجتماعي¹، رغم ذلك يبقى المجتمع حسبه ليس قائما على إرساء أسس المساواة بل قائما على الهوية (يقصد بها أن يكون هو الشخص نفسه) ، ونكون بذلك نبني مجتمعا يسعى إلى تحقيق تباين في عدم المساواة، وبينما يؤكد الآخرون الفارق في عدم المساواة يأمل الباحث في المساواة في الفارق.

2-2-2 النموذج الاجتماعي للإعاقة.

ظهر هذا النموذج خلال ستينات القرن الماضي بفضل التقرير الذي نشره François Bloch Laine سنة 1967 بطلب من Georges Pompidou والذي نادى بضرورة تبني مقاربة مجتمعية مبنية حول فكرة "البيئة غير المكيفة"². يعتبر النموذج الاجتماعي أن الإعاقة منتجا اجتماعيا لعدم كفاية المجتمع لخصائص أعضائه، كما أنه يرى أن الإعاقة هي ذات أصل خارجي ولا تتعلق فقط بالخصائص الفردية للشخص³، وهو بذلك يعارض بوضوح النموذج البيوطبي الذي يعتبر أنها مشكلة فردية⁴.

تعتبر الإعاقة حسب النموذج الاجتماعي تنوعا اجتماعيا ولا تعتبر شذوذا وانحرافا عن كل ما هو طبيعي ومألوف، يحث النموذج الاجتماعي على إزالة كافة الحواجز النفسية والاجتماعية ويشدد على ضرورة تكيف البيئة بمختلف مؤسساتها بما يتناسب ويتوافق مع إحتياجات الأشخاص المعنيين، وجعلها متاحة وسهلة الإستخدام مهما كانت نوعية الإعاقة التي يعاني منها الشخص⁵، كمثل على ذلك يمكن إعتبار أن سبب عدم إمكانية تنقل الشخص ذوي الإعاقة الحركية بصفة عادية لا يرجع إلى إعاقته فحسب بل لكون وسائل النقل غير مهيئة لتسهيل تنقله⁶.

تتوقف الإعاقة في هذا النموذج على الدور الذي تلعبه البيئة⁷ بمؤسساتها السياسية، الاجتماعية، الإقتصادية، التعليمية، الصحية...إما عبر إدارة أمثل للإعاقة من خلال تصميم البنية التحتية للهياكل والخدمات، حتى تحوي ضمنا وشكليا تسهيلات تمكن الأشخاص المعنيين من ممارسة حقهم الكامل في

¹ Ibid.

² Guy Tisserant, *Le handicap en entreprise: contrainte ou opportunité?*, Pearson, France, 2012, p. 25.

³ Bernard Darras, Dannyelle Valente, op.cit, p. 13.

⁴ مجدولين حصرومي، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي"، مرجع سابق، ص. 579.

⁵ المرجع السابق.

⁶ Guy Tisserant, op.cit, p. 25.

⁷ Raphael De Reidmatten et autres, "comprendre le handicap: du regard a l'action", *Interactif*, n°10, 2012, p. 14.

المشاركة الإجتماعية والمساهمة في عملية التنمية بما يتناسب وإمكانياتهم، أو من خلال تكريس إقصائهم وتهميشهم بسبب عدم إزالة العراقل والحواجز التي تحول دون ممارستهم لحق المواطنة الكاملة.

يتكون النموذج الإجتماعي بدوره من مقاربتين، المقاربة البيئية: تهدف هذه المقاربة إلى تعزيز تنمية القدرات المتبقية للشخص من أجل جعله مستقلا في حياته اليومية من خلال الإعتماد على منطق التمكين¹ "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 الإجتماعية...) أو الإقتصادية (الموارد والإستفادة من الرعاية...)،² تسعى هذه المقاربة للولوج الشامل على إعتبارها تدرج ضمن النموذج الإجتماعي حيث أن الحلول والممارسات الموصى بها في هذا النموذج هي أقل إستهدافا للفرد، كما تنادي بأن تعمل البيئة كجسد واحد للتكيف مع تنوع الأفراد³، 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، تكيف وتأقلم الأشخاص المعنيين في المجتمع وزيادة سيطرتهم واستفادتهم من مختلف مراكز الدعم، تتمثل طرق الوقاية المقترحة في الحد من العراقل الجسدية، الإجتماعية، الإقتصادية...

المقاربة الأخرى في النموذج الإجتماعي هي مقاربة حقوق الإنسان: هو إتجاه متطرف للنموذج الإجتماعي بحيث يتم دفع مفاهيم التمييز، المساواة وتكافؤ الفرص إلى ذروتها، بدأت نشاطات رواد هذا الإتجاه منذ سبعينات القرن الماضي من خلال الدعوات التي نادت بها كل من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، الأمم المتحدة والبنك الدولي⁴، والتي 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 الإجتماعية المحددة للإعاقة (القوانين واللوائح) لا تشمل المجتمع بكافة مكوناته، وهي

¹ Lysiane Rochat, op.cit, p. 4.

² مجدولين حصرومي، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الإنتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الإجتماعي"، مرجع سابق، ص. 580.

³ Michel Delcey, "Notion de situation de handicap (moteur): les classifications internationales du handicap", op.cit, p. 8.

⁴ Diana Chiriacescu et autres, "analyser les procedures et les modalités d'évaluation du handicap a la lumiere de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées: proposition de guide méthodologique", *alter*, European journal of disability_research 9, 2015, p. 39.

غير مناسبة لجميع الأشخاص الذين تختلف وضعيتهم وتواجههم، وبالتالي يكون المبدأ السائد في المجتمع مرتكزا على عدم تكافؤ الفرص.

الإجراءات التعديلية الموصى بها تتمثل في التركيز على مستوى حقوق الإنسان دون غيره، من خلال تشكيل إطار قانوني عالمي لإزالة كافة أشكال التمييز والمساواة في المعاملة، الأمر الذي يُثبت أن المجتمع بجميع مؤسساته نجح في بناء صرح يعيش فيه الجميع في إطار مشترك.

الجدول رقم 02-01 نماذج تفسير الإعاقة.

العلاج	الوقاية.	المسؤولية الاجتماعية.	
-العلاج بالوسائل الطبية. -التقنية.	-التدخل البيولوجي أو الجيني. -الفحص قبل الولادة.	-القضاء على الإعاقة أو علاجها.	النموذج الفردي.
-إعادة التكييف. -إعادة التأهيل. -المراكز المتخصصة.	-خدمات إعادة التأهيل الوظيفي -التشخيص المبكر والعلاج.	-توفير وتحسين شروط الراحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة في كافة الميادين والمجالات.	
-زيادة إمكانية الوصول. -ضمان إعادة التكييف. -دعم القضاء على الحواجز الاجتماعية، الثقافية وإزالة العقبات الاقتصادية.	-تسهيل إمكانية وصول وتكيف الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المؤسسات والهيكل. -زيادة التحكم الفردي في الخدمات ووسائل الدعم.	-القضاء على الحواجز والعراقيل الاجتماعية والبيئية والصحية. لتسهيل إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.	النموذج الاجتماعي
-إعادة صياغة القواعد السياسية، الاقتصادية والاجتماعية.	-الاعتراف بحالة الإعاقة باعتبارها تنوع في المجتمع. بالمواطنة الكاملة.	-الحد من عدم المساواة في الحقوق ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالمواطنة الكاملة.	

Source: Raphael De Riedmatten et autres, "Comprendre le handicap: du regard à l'action", *l'Interactif*, n° 10, 2002, p. 14.

يمثل الجدول أعلاه ملخصاً يتضمن المقاربات الأربع للإعاقة سواء من حيث العلاج، الوقاية والمسؤولية الاجتماعية.

الجدول رقم 02-02 الفرق بين النموذجين الفردي والإجتماعي للإعاقة.

الإعاقة حسب النموذج الفردي.	الإعاقة حسب النموذج الإجتماعي.
نظرية المأساة الشخصية.	نظرية l'oppression sociale
مشكل شخصي.	مشكل إجتماعي.
علاج فردي.	فعل إجتماعي.
Medicalisation.	Auto-assistance
Prédominance professionnelle	مسؤولية فردية وجماعية.
Expertice	خبرة (تجربة).
التكيف	Affirmation
هوية فردية	هوية جماعية.
Prejudice	Discrimination
Attitude	سلوك.
رعاية.	حقوق.
مراقبة.	خيارات.
action	سياسة
تكيف فردي	تغيير إجتماعي.

Source: Eric Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, Deboeck Supérieur, France, 2016, p. 157.

يمكن القول أنه من أجل تفسير وفهم أمثل للإعاقة يجب تطوير وتصميم نموذج شامل ومتكامل يجمع بين النموذجين البيوطبي والإجتماعي دون المخاطرة بتجزأة أي من هذه الإتجاهات وإعتمادها بشكل منفصل لتحليل الإعاقة. إن تبني وجهة نظر موحدة تمكّن من الحصول على نموذج متفاعل يراعي التعقيد اللانهائي لظاهرة الإعاقة ليتم إعتماده من أجل بناء إستراتيجيات التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة.

3-2 تصنيفات منظمة الصحة العالمية للإعاقة.

شهد القرن العشرين ثورة أبحاث مهمة في مجال الصحة، الأمراض ونتائجها، ولد من رحمها تصنيفات مفاهيمية متعددة تشترك في التركيز على القضية ذاتها ألا وهي الإعاقة، سيتم التركيز على تصنيفان بارزان هما: التصنيف العالمي للإعاقة CIH وآخر التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF وهما ليسا سوى جزء واحد مفصل مفاهيميا غير أنه معتمد رسميا من طرف منظمة الصحة العالمية، سيتم التطرق في هذا العنصر على أهم النقاط التي تضمناهما.

2-3-1 التصنيف العالمي للإعاقة Classification Internationale du Handicap

شكلت الثورة الصناعية نقطة تحول في تاريخ البشرية برمتها، فقد صحبت معها تغيرات شملت جميع الميادين والمجالات، حيث كانت المحرك السحري الذي غير مسار الأحداث في مجال الصحة الإنسانية، أين تم إدخال إكتشافات أحدثت نقلة نوعية في المجال الطبي على غرار: المضادات الحيوية اللقاحات، التطعيمات، وسائل منع الحمل والأجهزة الطبية، بالإضافة إلى إدخال إمدادات وتحسينات فيما يخص النظافة والمياه الشروب...ولعل أبرز نتائج للثورة الصناعية في هذا السياق هو مايمكن تسميته بالتوأم اللصيق: الإنتقالين الوبائي والديموغرافي أين إنخفضت معدلات الوفيات عالميا بعد أن كانت مرتفعة طيلة عدة قرون كنتيجة حتمية للتداخل بين علم الأمراض¹، الأمر الذي إنعكس إيجابا على أمل الحياة عند الولادة، هذا الأخير لم يتجاوز 25-30 سنة عند الرجال طيلة آلاف السنين إلى غاية النصف الثاني من القرن الثامن عشر² وهو ما أحدث تغيير تدرجي على مستوى التركيبة السكانية، من القاعدة العريضة المترجمة لمعدلات المواليد المرتفعة والقمة المسننة المعبرة أيضا على معدلات وفيات عالية (هرم سكاني فتي)، نحو قاعدة اقل إتساعا في مقابل إمتلاء قمة الهرم السكاني نتيجة إرتفاع متوسط عدد السنوات المعاشة (هرم سكاني ناضج)، كانت تلك خطوات لبداية الإنتقال من النظام الديموغرافي القديم الذي إتسم بمعدلات ولادات عالية جدا لمحاولة استدراك وتعويض الوفيات من جهة (خاصة وفيات الأطفال الرضع)، ومن جهة أخرى النظام القبلي السائد آنذاك الذي يعتمد على نمط إنتاج زراعي رعوي يحتاج يد عاملة إلى نظام ديموغرافي حديث أبرز معالمه: إنخفاض معدلات المواليد (حيث أن إنجاب 2.1 طفل للأسرة الواحدة كفيل بضمان تجديد الأجيال) وارتفاع العمر المتوقع عند الولادة، وهو مايفسر إتجاه العالم نحو شيخوخة سكانية بكل ما تترتب عليه من متغيرات وما تقتضيه من متطلبات، فانتقال العالم نحو شيخوخة سكانية أدى إلى تغير تام في جدول الأمراض من أمراض وبائية فتاكة إلى أمراض مزمنة سميت بأمراض العصر.

اتجاه العالم نحو الشيخوخة رافقه إحتدام الصراعات العسكرية وهو مازاد الطين بلة، فقد شهد العالم خلال القرن العشرين سلسلة من الحروب خلفت وراءها بالإضافة إلى ملايين القتلى آلاف الجرحى ومعطوبي الحرب (الحرب العالمية الاولى والثانية) خاصة في الدول الصناعية التي كانت أراضيها مسرحا

¹ France Meslé, Jacques Vallin, *Effet de l'adoption de la CIM-10 sur la continuité statistique des décès par causes: le cas de la France*, INED, France, 2010, p. 533.

² Jacques Vallin, France Meslé, *De la transition épidémiologique à la transition sanitaire: l'improbable convergence générale*, UCL Presses Universitaire de Louvain, France, 2010, p. 257.

لنتلك الأحداث الدامية، كانت تلك الملامح الأولية التي عادت الطريق نحو الحاجة إلى صياغة سياسات صحية ذات طابع تعويضي¹ للتكفل بمختلف الفئات المتضررة والإجابة على مختلف مشاكل الأشخاص ذوي الإعاقة، وقد كان الأطباء هم السفراء لهاته المهمة.

عين الأطباء إذن كهزمة وصل باعتبارهم الأدرى والأكثر إلماما باحتياجات ومتطلبات معطوبي ومتضرري الحرب، وأسند إليهم مهمة جمع مختلف المعطيات الصحية وكذا قياس مدى إنتشار الإعاقة والأمراض المزمنة من أجل تقييم الحالة الصحية للسكان، وقد حاول الأطباء على مدار عدة سنوات تشكيل إطار مرجعي ولغة موحدة متفق ومتعارف عليها بين المختصين عبر جميع دول العالم، وهو ما تجسد فعلا بفضل الدور الذي أسندته منظمة الصحة العالمية لمستشارها الخارجي البروفيسور الإنجليزي المختص في أمراض المفاصل وعالم الأوبئة Philip Wood سنة 1975² أين طرح فيه دليلا عالميا لوصف مختلف مكونات الإعاقة، المشاكل الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، نتائج العجز، أعراض ما بعد الصدمة، الشيوخوخة، التشوهات، العيوب الخلقية... وغيرها من القضايا، والذي نشر فعليا من قبل منظمة الصحة العالمية OMS³ سنة 1980 سمي أولا التصنيف الدولي للفشل، العجز والإعاقة CIDIH ثم استقر تحت إسم التصنيف العالمي للإعاقة CIH والذي يخضع للمراجعة كل 10 سنوات.

تم إعداد التصنيف العالمي للإعاقة CIH إنطلاقا من التصنيف العالمي للأمراض⁴ CIM الذي نشر سنة 1893 بفضل Britillon وهو الوحيد الذي يتناول أسباب ومسببات المرض ويصنفها كسلسلة من العناوين المنظمة وفق معايير محددة بطريقة تتوافق مع أهداف علم الأوبئة وكذا تصميم الرعاية الصحية، ولأن وزن الأمراض المعدية إنخفض بسبب إرتفاع أمل الحياة في مقابل إرتفاع الأمراض المزمنة، أظهر هذا التصنيف البيو طبي أنه غير كاف لوحده بما أنه يفتقر لما وراء التشخيص فقد بقي هذا النموذج ناقصا، بالتالي بعد عمل دؤوب ومضني استغرق عشرات السنين تم تطوير التصنيف العالمي للأمراض وانبتق عنه ميلاد التصنيف العالمي للإعاقة.

¹ Frank Jamet, "De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)", *La nouvelle revue de l'AIS*, n °22, 2^{eme} trimestre, 2003, p. 164.

² Patrick Fougeyrollas, "l'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politique et contreibungen Québécoises", *Pistes Perspectives interdisciplinaire Sur le Travail et la Santé*, vol 4, n°2, p. 3.

³ Jean François Ravaud, op.cit, p. 4.

⁴ Senge Dalla Piazza, op.cit, p. 20.

لقد أفاد CIH الديموغرافيين بشكل كبير حيث أن فكرة ومفهوم العمر المتوقع للحياة دون وجود إعاقة أدى إلى ميلاد سلسلة من الأبحاث والدراسات التي تبحث على سبيل المثال في إرتفاع أمل الحياة عند الولادة في البلدان المتقدمة الذي يصاحبه زيادة متوسط العمر المتوقع دون إعاقة¹ (أنظر 02-08 أمل الحياة والإعاقة).

3-2-1-أ مضمون التصنيف العالمي للإعاقة.

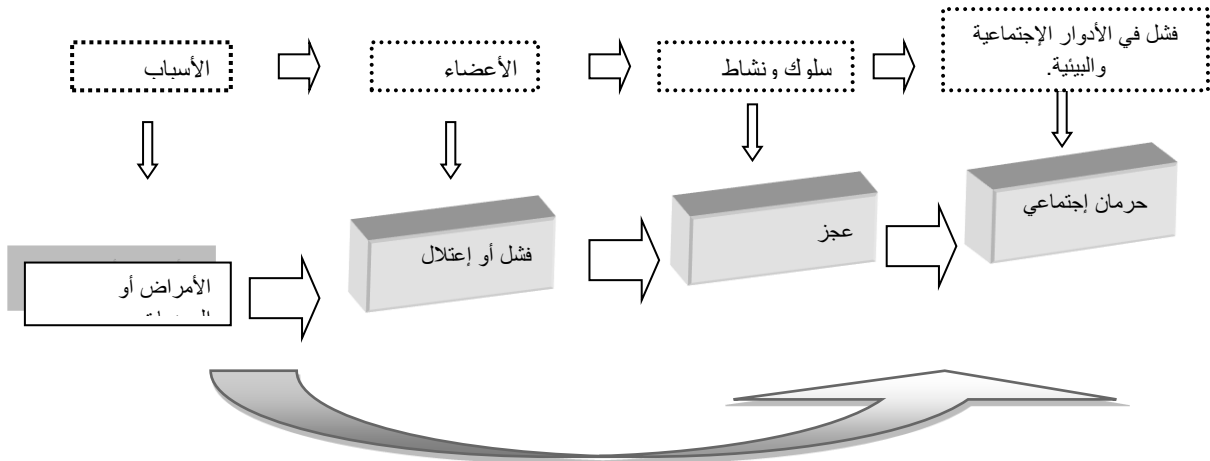
إقترح Philip Wood ثلاث مفاهيم مفتاحية لوصف الإعاقة وهي:

الفشل Déficience: تشير إلى تراجع القدرات العضوية أو الوظيفية التي تحدث على مستوى الجسم نتيجة وجود خلل عضوي أو تشوه.

العجز Incapacité: تعني إنخفاض في قدرات الشخص التي تسمح له بالقيام بنشاط معين (عجز على المستوى الوظيفي)

الحرمان Desavantage: وهي الظروف التي تواجه الشخص في مجتمعه وفقا لمعايير وخصائص المجتمع ذاته، يشير الحرمان إلى الإعاقة.

الشكل رقم 02-02 مكونات الإعاقة حسب التصنيف العالمي للإعاقة CIH.



Source: OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages, OMS, 1980, p. 26.

¹ François Chapiro, "la classification internationale du fonctionnement, handicap et de la santé", *revue Gériologie et société*, vol 4, n° 99, France, 2001, p. 40.

يتضمن التصنيف العالمي للإعاقة تصورا لتداعيات المشكلة الصحية حسب ثلاث مستويات: مستوى الجسم (إنخفاض القوى بعد الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتيزمي)، مستوى وظيفي (تراجع المهارات اليدوية)، المستوى الإجتماعي عدم القدرة على المشاركة في أداء النشاطات اليومية، المهنية والترفيهية¹.

إعترف Wood بوجود ظاهرتان تعقدان العلاقة الخطية المجسدة في المخطط أعلاه (الشكل رقم 02-02)، أولهما أن العجز قد يؤخر أو يُخفي تطور بعض القدرات التي يمتلكها الفرد مثلا: صعوبة النطق قد تُعيق إكتشاف الذكاء لدى الطفل²، كما أقر Wood أنه يمكن ملاحظة عدة تأثيرات على طول التسلسل الخطي وبدرجات متفاوتة قد تؤدي إلى تغيير تام على مستوى السلسلة³، حيث مجرد وجود متغير دخيل قد يحدث تغير على طول المعادلة الخطية.

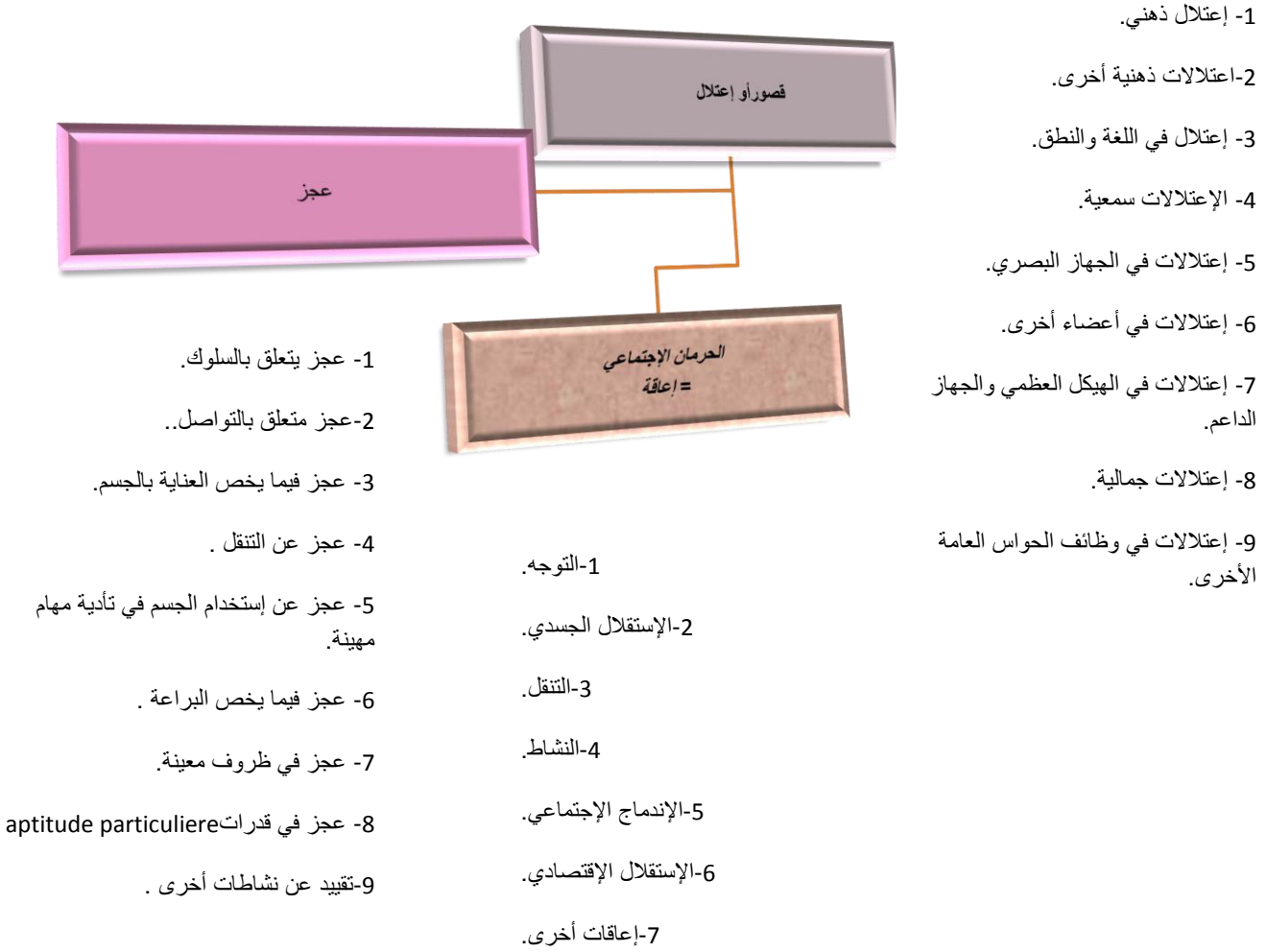
ولتوضيح جيد للأبعاد الثلاثة للإعاقة إقترح التصنيف العالمي CIH عدة فئات تتدرج ضمن كل بعد للإعاقة كما هو موضح في الشكل أدناه:

¹ Xavier Janssens et autres, op.cit, p. 130.

² OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages, OMS, 1980, p. 27.

³ Ibid.

الشكل رقم 02-03: شرح أبعاد الإعاقة حسب التصنيف العالمي للإعاقة.



Source: Préparé par le chercheur en dependre sur la Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages, Organisation Mondiale de la Santé, 1980, p. 41

تضمن التصنيف العالمي للإعاقة أيضا عدة نقاط تشمل مختلف المفاهيم التي تترجم كمحددات لمفهوم الإعاقة بل تجاوز التصنيف الإطار المفاهيمي العام وشكل مرجعا لصياغة السياسات الصحية.

إعتبر المراقبون أن تمديد مفهوم الحرمان الإجتماعي و تحليل الأدوار الإجتماعية التي أشار إليها التصنيف سمح بنقطة هي الأولى من نوعها في مجال الإعاقة، سرعت بأخذ الإعاقة من المجال الطبي الذي لطالما انحصرت فيه (سواء التصنيف العالمي لأسباب الوفيات CCD سنة 1893 أو حتى التصنيف العالمي للأمراض CIH) إلى مجال أكثر انفتاحا وذلك لأسباب داخلية وأخرى خارجية.

الأسباب الداخلية:

تغير جدول الأمراض والانتشار الواسع للأمراض المزمنة سلط الضوء على ضعف النموذج البيو طبي كما تم الإشارة إليه سابقاً، إتساع وانتشار الطب التأهيلي ساهم فهم أكثر للإعاقة¹ ووسع دائرة الأصوات المنادية بضرورة الانتقال من مجرد العلاج إلى إعادة التأهيل من أجل الإستفادة واستغلال طاقات وإمكانيات الأشخاص ذوي الإعاقة.

الأسباب الخارجية:

خلال العشرية الممتدة من 1960 إلى 1970 تم تأسيس عدة منظمات تعنى بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة²، ما نفكت تعمل جاهدة لضمان تمتعهم بكامل حقوقهم حقوقهم، كما كانت تراقب نوعية وجودة الخدمات الموجهة إليهم، مع مرور الوقت تداعى صيت تلك الجمعيات وأمست تشكل ضغطاً لويبا حتى يحظى الأشخاص ذوي الإعاقة بمكانتهم، كما حرضت على توسيع مجال التصنيف العالمي للإعاقة حتى يشمل الجوانب الإجتماعية للأشخاص المعنيين ومنها على سبيل الذكر لا الحصر الجمعية العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة المسماة (DPI) Disabled Peoples international .

نموذج Wood كانت له تداعيات كبيرة على اعتبار أن مضمون CIH ابتعد عن الأعمال التي قام بها السوسيوولوجي الأميركي Saad Nagi سنة 1965 (أنظر 02-04 مكونات وعناصر الإعاقة حسب أبرز الباحثين) التي كانت في سياق نظريات مجال التأهيل المهني وضحايا حوادث العمل، ميز الإطار المفاهيمي لـ Nagi بين علم الأمراض من جهة والقيود الوظيفية التي تترتب عن الإعاقة من جهة أخرى، إن إبتعاد Wood عن نموذج السوسيوولوجي Nagi جعل الولايات المتحدة الأمريكية تتأخر قليلا في إعترافها بنموذج Wood إلى غاية منتصف التسعينات³.

¹ Franck Jamet, op.cit, p. 165.

² Ornella Plos, "Innover pour et par le handicap: Méthodologie de conception de produits adaptée aux marché de niche: application au marché du handicap moteur", Thèse de Doctorat, Art et Métiers Paris Tech, Génie Industrielle, France, 2001, p. 65.

³ Patrick fougeyrollas, "L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politique et contreibungen Québécoises", op.cit, p. 4.

إعتراف Wood بعواقب الحرمان الاجتماعي للأشخاص بسبب وجود الإعاقة كان إمتدادا لأعمال Goffman سنة 1976 حول الإنحراف والتهميش¹ تلك الأبحاث أدت إلى تغذية التفكير وساعدت على تسليط الضوء على الجانب الاجتماعي الذي ظل مقصيا طيلة عقود من الزمن.

هكذا إذن فسر التصنيف العالمي CIH الإعاقة إنطلاقا من مجموعة من العراقيل التي تحول دون مشاركة الأشخاص في ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية وممارستهم حقهم الكامل في المواطنة.

3-2-1-ب النقد الموجه للتصنيف العالمي للإعاقة CIH.

يمكن القول أن النقد الأول الموجه لهذا التصنيف بدأ بشكله الخارجي، فعلى الرغم من أن CIH هو ابن ووليد منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة للصحة وكذا مختلف المراكز المتعاونة التي أساسا تقع كلها في الدول الغربية المتقدمة (فرنسا، كندا، هولندا، السويد...)،² الأمر الذي يؤكد أن المعايير المعتمد عليها في صياغة وكتابة التصنيف تشمل وتطبق على المجتمع الغربي فقط مما يجعل صفة العالمية لاثليق بالتصنيف CIH.

وحتى الإنتقادات اللاذعة الموجهة لمحتوى التصنيف CIH فهي من رحم الدول الغربية، فقد أشار الخبراء أن التعاريف المقترحة في التصنيف غير مشفرة ومرمزة بطريقة محددة وهي غير دقيقة ومضبوطة بالإضافة إلى أنها ليست كافية، بل يحوي التصنيف في طياته على تناقضات ضمنية فهناك عدة عناصر متداخلة.

إعتبر أن المرض وحده هو المسؤول عن الإعاقة من خلال علاقة خطية وسببية بين المتغيرين هو غير حتمي بالضرورة³، حيث قد نجد أشخاص رغم أنهم لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة إلا أن مشاركتهم في عملية التنمية منعدمة تماما والعكس يبقى صحيحا ومثال على ذلك: تدرج الأمم المتحدة مرض الجذام ضمن دائرة الإعاقة في حين يتمتع صاحبه بلياقة بدنية عالية وإمكانيات كاملة تؤهله لممارسة كافة نشاطاته وأدواره بصفة جد عادية.

¹ Franck Jamet, op.cit, p. 165.

² Jean Didier Mbele, op.cit, p. 67.

³ Jean François Ravaud, op.cit, p. 5.

على الرغم من أن CIH تبنت نموذجاً إجتماعياً في طرحها حيث أشارت إلى الحرمان الإجتماعي (الإعاقة) كنتيجة لإصابة الشخص بالمرض والذي يختلف حسب عدة متغيرات على غرار الجنس، العمر، العوامل السوسيوثقافية للفرد... إلخ. لأنه في حقيقة الأمر يقوم المجتمع من خلال عدة مؤسساته بوضع قيود وعراقيل تصعب وتحول دون تحقيق الأشخاص ذوي الإعاقة لمختلف أدوارهم الإجتماعية وممارستهم الكاملة لحق المواطنة بما تقتضيه من حقوق وما تترتب عليه من واجبات.

ركزت CIH على ثلاثة أبعاد¹ تتعلق بالشخص ذوي الإعاقة (الفشل، العجز، الحرمان الإجتماعي 'الإعاقة') على مستوى عقله، جسمه وحالته الإجتماعية، في حين لا يتضمن التصنيف أي بعد وصفي للمجتمع ذاته أو البيئة التي يعيش فيها الشخص ذوي الإعاقة.

بالغ التصنيف CIH في استخدام صفات وسمات إقصائية من خلال إعتماده على مصطلحات سلبية: عجز، عيوب، إعاقة...، بدلا من المصطلحات التي تعبر على الإيجابية وهو طرح صادم من وجهة نظر عالم يتطلع لتمتع الجميع بكافة حقوقهم، ويتغنى بنشيد التنمية المبنية على المشاركة.

2-3-2 التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF.

إتسعت دائرة الجدل بعد صدور التصنيف CIH وكثرت الإنتقادات التي أثرت حوله، واستجابة للطلبات المتكررة لضرورة تنقيحه تم القيام بعملية مراجعة واسعة جدا سنة 1993 من طرف OMS وتحت إشراف الدكتور² Bedirham Ustum تم فتح ورشة عمل ضخمة إطلع خلالها على عدة مقترحات ومراجعات دقيقة وشاملة للمعلومات الصحية والإعاقة³، انطلقا منها تشكلت الصيغة النهائية ل CIH₂ والتي اتمدت خلال الدورة 45 للجمعية العامة للصحة العالمية في ماي 2001 وبعد أخذ ورد إستقر الجميع على تسمية التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF، يخضع CIF كغيره من الأدوات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية OMS لمراجعة دورية واختبارات متكررة.

2-3-2-أ مضمون التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF.

التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة هو تصنيف متعدد القيم متكافئ ومصمم ليخدم مختلف الأنظمة والقطاعات وهو يعنى بجميع أوجه وجوانب الصحة البشرية ولا يشمل فقط الأشخاص

¹ Jean Didier Mbele, op.cit, p. 68.

² Ibid., p. 70.

³ Senge Dalla Piazza, op.cit, p. 21.

ذوي الإعاقة. يشكل CIF أداة علمية و أساسا مفاهيميا لتعريف، توحيد البيانات وكذا قياس وتطوير السياسات الصحية والإعاقة، كما يمثل لغة عالمية مفهومة جيدا وقابلة للتطبيق على نطاق جد واسع¹.

يسعى CIF إلى تصحيح التجاوزات التي حدثت في التصنيف العالمي حول الإعاقة CIH من خلال التزاوج بين النموذجين البيوطبي و الإجتماعي للإعاقة.

تم تحضير CIF بمشاركة ومساهمة الأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما أفضى إلى إحداث تغييرات جوهرية ورمزية في محتوى وهيكل التصنيف.

قامت OMS من خلال النموذج الجديد بتحليل الإعاقة إنطلاقا من 4 مكونات:

1. وظائف عضوية: الوظائف العضوية تشير إلى الوظائف الفسيولوجية للتركيبية العضوية (بما في ذلك الوظائف النفسية) والهياكل التشريحية التي تحدد أجزاء الجسم البشري مثل الأعضاء والأطراف ومكوناتها.

2. المشاركة: تعني أن يكون الشخص ذوي الإعاقة طرفا مساهما في الحياة الواقعية من خلال النشاطات والمهام المختلفة التي بإمكانه القيام بها.

3. العوامل المحيطة: تختلف حسب الإمكانيات الاقتصادية والإجتماعية² لكل دولة وهي لا تتعلق بالشخص في حد ذاته فقط بل تشمل مستويين آخرين هما :

❖ البيئة الشخصية للشخص ذوي الإعاقة تشمل الأسرة، بيئة العمل والمدرسة، وهي تتضمن أيضا الخصائص الفيزيائية والمادية للبيئة التي يتواجد فيها الشخص بشكل مباشر، كذلك الاتصالات المباشرة مع الآخرين سواء أفراد الأسرة، المعارف، الأقران أو الغرباء.

❖ الخدمات والأنظمة -الهياكل الاجتماعية، قواعد السلوك أو الأنظمة الرسمية إلى غير الرسمية، وهي تشمل أيضا مختلف الخدمات المتعلقة بالإطار والأنشطة المجتمعية، المنظمات الحكومية،

¹ Xavier Janssens et autres, op.cit, p. 132.

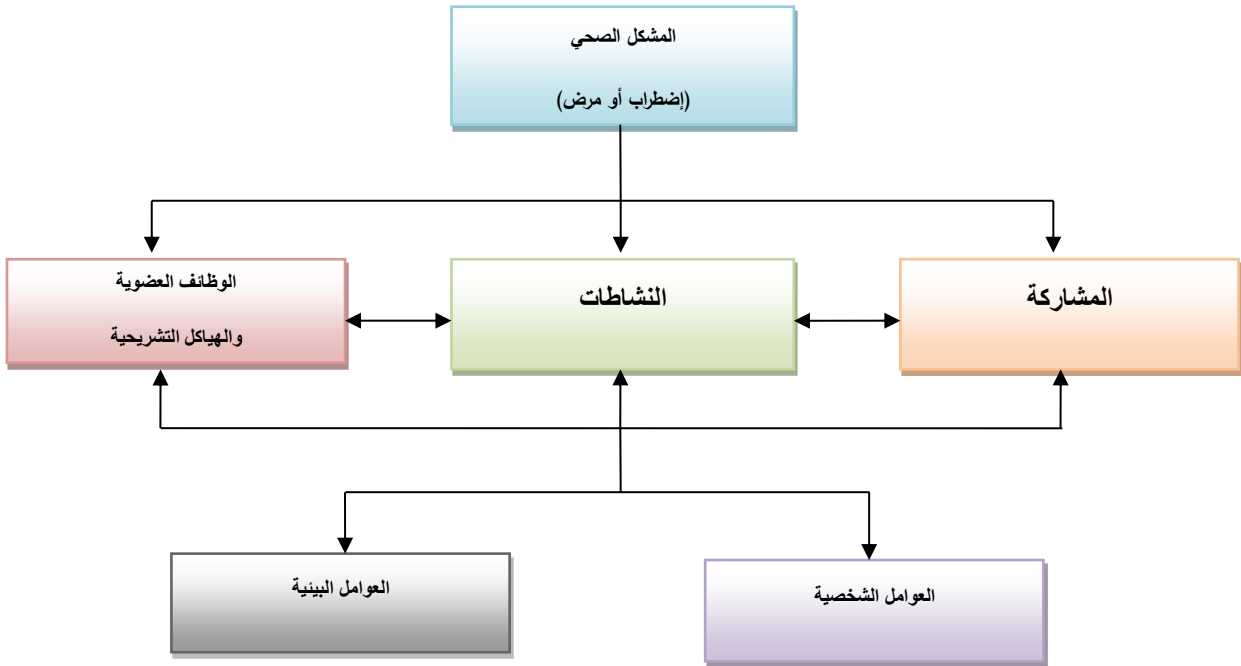
² Marc Jamoull, *Introduction à la CIF Introduction critique à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, UCL, Bruxelles, 2000, p. 5.

الاتصالات، خدمات النقل، الشبكات الاجتماعية، القوانين واللوائح سواء كانت رسمية أم لا بالإضافة إلى المواقف والأيدولوجيات¹.

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 بالتالي من شأنها تقييد الأداء الأشخاص.

4 العوامل الفردية: تتألف من خصائص الشخص تشمل الجنس، العرق، العمر، الشخصية، القدرات، نمط الحياة، العادات، المستوى التعليمي، الخبرة السابقة، الأنماط السلوكية، الصفات النفسية و غيرها من الخصائص الفردية التي يمكن أن تؤثر على الإعاقة.

الشكل رقم 02-04 مكونات الإعاقة حسب CIF.



Source: OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Suisse, 2000, p 16.

¹ OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Suisse, 2000, p. 14.

يتضح من خلال الشكل السابق أن وظائف الشخص في أي مجال تتحدد نتيجة تداخل وتفاعل معقد بين المشاكل الصحية التي يعاني منها الشخص ذوي الإعاقة -سواء كانت بسبب اضطراب أو مرض- وبين عوامل سميت في تصنيف CIF بالعوامل السياقية والتي تم إدراجها لأول مرة بيئية كانت أو شخصية، بمعنى آخر يوحد تفاعل ديناميكي يعمل في كلا الإتجاهين بين تلك الكيانات والمكونات¹، هذا التداخل بين مختلف العوامل يسمح لنا بتغيير نظرتنا للصحة واعتبارها ظاهرة ديناميكية تحدث نتيجة تأثير عدة مكونات.

تعريف ومفاهيم أخرى تشمل مكونات الإعاقة حسب التصنيف CIF:

- الوظائف العضوية: تشمل الوظائف الفسيولوجية وحتى النفسية للتركيبية العضوية.
- هياكل تشريحية: تعنى التركيبية التشريحية للجسم ومختلف مكوناته.
- العجز: يقصد به مختلف المشاكل التي تصيب التركيبية العضوية والنظام التشريحي للشخص.
- النشاط: يتمثل في تنفيذ الشخص ذوي الإعاقة لمهمة معينة.
- المشاركة: هي مساهمة واشتراك الشخص ذوي الإعاقة في الحياة الواقعية.
- قيود النشاط: يقصد بها الصعوبات التي يواجهها الشخص أثناء تنفيذه لنشاطاته.
- قيود المشاركة: يعنى بها المشاكل التي تصادف الشخص خلال مساهمته ومشاركته في الحياة الواقعية
- العوامل البيئية: سواء كانت مادية أو إجتماعية.

حسب CIF لا يجب التركيز على معرفة أسباب الإعاقة وحسب، بل لا بد من معرفة مختلف الصعوبات الناجمة والمترتبة عنها، وكذا تتبع نتائج تأثيرها على المجتمع بل حتى الدور الذي يتوجب أن تؤديه البيئة إزاء هاته الإعاقة.

إن الانتقال من مفهوم الأمراض إلى مفهوم الصحة إنعكس إيجابا على نوعية المصطلحات المستخدمة في التصنيف، فعلى عكس السلبية التي إتسم بها طرح التصنيف العالمي للإعاقة CIH تميز تصنيف الوظائف، الإعاقة والصحة باستخدامه لمصطلحات إيجابية تماما هذا ما يمثل نقلة نوعية حقيقية من علم الأمراض إلى الرفاهية، حيث أدرجت في التصنيف مفاهيم تركز على إمكانيات ومؤهلات

¹ OMS, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, op.cit, p. 16.

الأشخاص ذوي الإعاقة لا على الخصائص السلبية التي تؤدي إلى وصم الأشخاص أنفسهم، فمن عجز، نقص، تقييد...، إلى مشاركة، نشاط، بيئة داعمة¹...

لم يعتمد التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة على الأشخاص ذوي الإعاقة كوحدة مستقلة بل قام بتصنيف وضعية كل شخص في سلسلة كاملة بالرجوع للعوامل البيئية والشخصية التي تحدد الصحة بشكل عام.

إقتراح التصنيف CIF مستويين للتدخل لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة:

- التدخل الأول يتم على مستوى الجسد يتمثل في في التدخل الطبي العلاجي للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة سواء كان سريريا أو عن بعد.
- التدخل الثاني لتطوير قدرات وإمكانيات الأشخاص ذوي الإعاقة بل حتى البحث عن المتغيرات البيئية التي تعرقل مشاركتهم ومحاولة حصرها، تشجيع الجهود الرامية لتسهيل إدماج الأشخاص ورفع نشاطاتهم².

2-3-2-ب النقد الموجه للتصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة:

مما لا شك فيه أن الحقيقة البشرية ظاهرة معقدة للغاية والنماذج التي تحاول فهمها لا بد أن تكون شاملة وتستوفي جميع العناصر، من هذا المنطلق يمكن القول أن التصنيف CIF كان له نصيب هو الآخر من عدة إنتقادات، فقد تعرض لنقد صارم من طرف أخصائي التصنيف الفرنسي Christian Rossignole بالنيابة عن المركز الفرنسي المتعاون مع منظمة الصحة العالمية، حسب رأي هذا الأخير فإن CIF لا يستحق تسمية التصنيف فهي لا تنطبق عليه بل الأجدر والأولى تسميته ب معجم المفردات والتي هي بالأساس ذات طابع سياسي أكثر منه علمي، فهو يفتقر لتعاريف واضحة وشاملة، بالتالي فهو لا يزال ناقصا.

أشارت C.Barral وهي عضو المركز الفرنسي المتعاون مع OMS في مقال لها نشر سنة 2002 إلى تأثير القرارات الإجتماعية الإقتصادية والسياسية المفروضة من قبل OMS على مجموعة من

¹ Jean Didier Mbele, op.cit, p. 73.

² Franck Jamet, op.cit, p. 168.

العلماء¹ وذلك لكسب مواقفهم بما يتناسب ومصالحها وهو ما أدى إلى إنحرف التصنيف عن مساره الأصلي وبات يخدم أهداف ومصالح أخرى.

التعاريف الرئيسية التي تضمنها التصنيف إبتعدت كثيرا عن الحيادية كونها كانت إيجابية جدا لدرجة أنها فقدت الموضوعية، على غرار التصنيف العالمي للإعاقة بقي التصنيف CIH يعنى فقط بالدول الغربية، فهو أبعد مايكون من أن يشمل البلدان السائرة في طريق النمو ناهيك عن بلدان العالم الثالث.

الشكل رقم 02-05 تطور التصنيفات العالمية.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

الجدول أدناه يشرح بإيجاز أهم نقاط الاختلاف بين التصنيف العالمي للإعاقة والتصنيف العالمي للوظائف الإعاقة والصحة.

¹ Marc Jamoull, op.cit, p.19.

الجدول رقم 02-03 أوجه الاختلاف بين التصنيفين CIH و CIF.

CIF	CIH
- اتسم في طرحه بالإيجابية.	- إعتد في محتواه على مصطلحات سلبية.
- ادرج قائمة عوامل محيطية متكاملة.	- تطرق للعوامل الإجتماعية بشكل سطحي.
- علاقة ديناميكية تفاعلية في كلا الإتجاهات تربط بين مختلف مكونات الإعاقة.	- علاقة خطية تربط بين مختلف مكونات الإعاقة.
- حرمان على مستوى التركيبة وآخر على مستوى الوظائف	- صنف فئة واحدة من للحرمان

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

رغم الإنتقادات التي طالت التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة واعتبار أن مستوى تطوره لم يكن أكثر أصالة ووضوح إلا أنه يبقى التصنيف المعترف والمعمول به دوليا (191 دولة موقعة عليه) كونه يتمتع برؤية أوسع وأشمل من النماذج المفاهيمية الأخرى.

2-4 مكونات وعناصر الإعاقة حسب أبرز الباحثين.

حضي موضوع تحديد الإطار المفاهيمي للإعاقة باهتمام كبير من طرف العديد من الباحثين، وعلى الرغم من كونه مصطلحا حديث النشأة إلا أنه أثار جدالا كبيرا بين مختلف الباحثين، بل كان ولا يزال يسيل حبر صناع القرار.

2-4-1 الإعاقة حسب Saad Nagi سنة 1965.

تعتبر أبحاث Saad Nagi أول أعمال إستكشافية حول الإعاقة، تتضمن توضيحات مفاهيمية للمصطلحات المتعلقة بعواقب المرض والعجز (الإعاقة)، لاحظ Nagi من خلال مراجعته للأدبيات وجود عدة تناقضات في إستخدام المصطلحات على غرار "إعتلال الصحة، الأمراض، العجز، النقص، والإعاقة".

إقترح Nagi في أبحاثه التمييز بوضوح بين 5 ظواهر تؤدي للإعاقة وهي:

- علم الأمراض النشط أو المرض: يقصد به إنقطاع الوظائف العضوية الطبيعية عن ممارسة النشاطات اليومية بسبب الإصابة بمرض معين.

- النقص (déficience): لاحظ Nagi وجود علاقة خطية في اتجاه واحد بين النقص والمرض، حيث أن كل مرض يؤدي إلى النقص غير أن العكس غير صحيح بالضرورة.
- القيود الوظيفية (limitation fonctionnelle): تعنى تأثير النقص على قدرة الفرد على أداء نشاطاته ومهامه وواجباته المقابلة لأدواره ومهامه المألوفة في الحياة العادية.
- أشكال السلوك ((les formes de comportement)): وهي تظهر نتيجة الإصابة بالمرض وتردي الحالة الصحية للشخص ذوي الإعاقة.
- الإعاقة: إعتبرها Nagi كنوع من أنواع السلوك الناتج عن الضعف الدائم أو طويل المدى¹ والمرتبط بالقيود الوظيفية وما يترتب عنها من إقصاء الأفراد ذوي الإعاقة.

سنة 1976 إقترح ناجي أول مراجعة رئيسية لإطاره المفاهيمي الأول وبعد عدة تعديلات ميز بين

4 ظواهر تؤدي للإعاقة وهي كالتالي:

- علم الأمراض.
- الضعف: عرفه على أنه شذوذ أو عيب تشريحي فيزيولوجي، عقلي أو عاطفي.
- الأداء العضوي للكائن الحي: ميز بين 3 أبعاد الأول جسدي: يقصد به الأداء الحركي والحسي للجسم، البعد العقلي يشير به إلى: القدرات الفكرية للشخص، ثم البعد عاطفي والذي يعبر عن قدرة الشخص على التأقلم مع مختلف ضغوطات الحياة.
- الإعاقة: أشار إليها باستخدام لفظ "incapacité" حيث اعتبر أنها ذات صلة بالعجز "deficience" وغياب اللياقة البدنية وما ينجر عنه من تقييد على أداء الأنشطة وممارسة الأدوار الإجتماعية، بما فيها علاقة الشخص ذوي الإعاقة مع محيطه الأسري، علاقاته في العمل وإستقلاليته الذاتية.

تعديل آخر قام به السوسيوولوجي الأميركي سنة 1991 وذلك بعد نشر منظمة الصحة العالمية

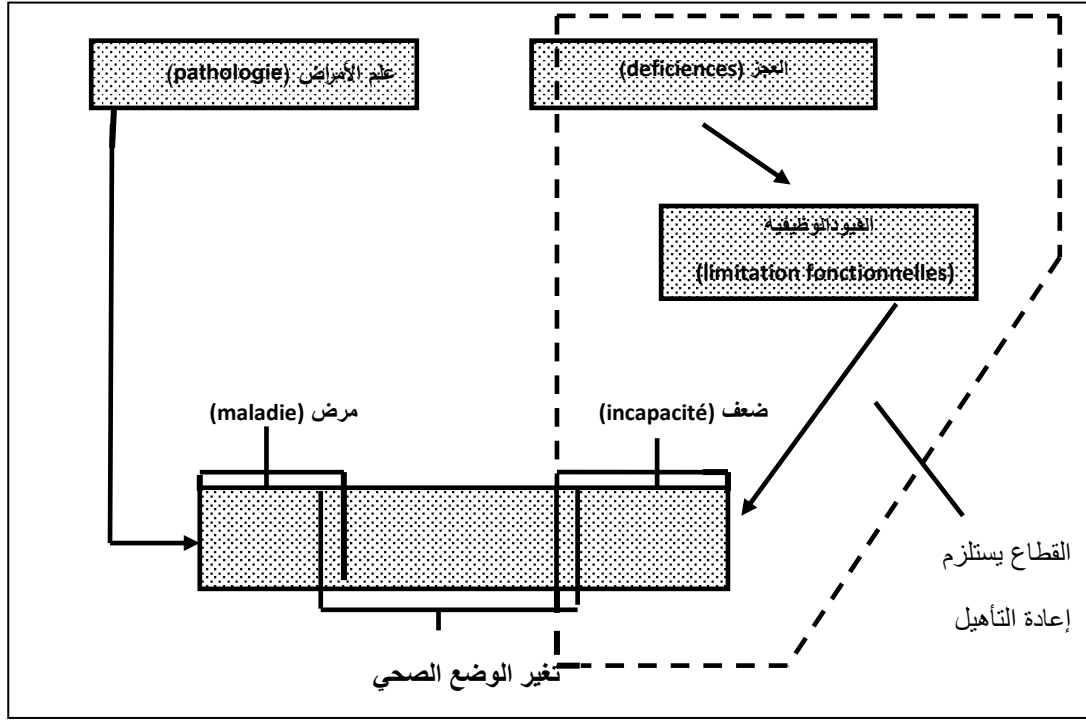
للتصنيف العالمي للإعاقة CIH سنة 1980، حافظ فيه على محتويات الظواهر المؤدية للإعاقة التي

حددها سنة 1976 غير أنه غير المصطلحات هذه المرة وهي كمايلي:

¹ Jean-Marie Robine et autres, "Comment mesurer les conséquences de l'augmentation les durées de vie sur l'état de la santé de la population?", Actes des colloques de l'Association internationale des démographes de langue française, morbidite mortalite problemes mesure facteurs d'évolution essai prospective, 2-6/09/1996, p. 65.

- علم الأمراض.
- الضعف (déficiences).
- القيود الوظيفية.
- العجز (incapacité).

الشكل رقم 02- 06 النموذج المفاهيمي للإعاقة حسب Saad Nagi.



Source: Ornella Plos, "Innover pour et par le handicap: Méthodologie de conception de produits adaptée aux marché de niche: application au marché du handicap moteur", thèse de doctorat, Art et Métiers Paris Tech, Génie Industrielle, France, 2001, p. 71.

يقصد بإعادة التأهيل الموضحة في الشكل أعلاه ضرورة القيام بإعادة تأهيل الشخص ذوي الإعاقة من أجل التخلص من تأثير القيود الوظيفية على الإعاقة، بغية تمكينه من التأقلم والتكيف مع وضعيته، وقد إعتبر Nagi عدم وجود علاقات سببية خطية بين القيود الوظيفية والتأثير الاجتماعي على الأنشطة والأدوار.

2-4-2 الإعاقة حسب Mervyn Susser سنة 1973.

إقترحت Susser التمييز بين مجموعة من المصطلحات المرتبطة بالإعاقة:

- الأمراض: هي عملية تحدث نتيجة وجود إختلال وظيفي فيزيولوجي أو نفسي لدى الفرد.
- الإحساس بالمرض: عرفته بأنه حالة ذاتية ووعي نفسي بالخلل الوظيفي.
- أن تكون أو تتصرف كشخص مريض: هي حالة من الخلل الإجتماعي وهو الدور الذي يعيشه الشخص ذوي الإعاقة.
- الضعف "incapacité": ترجع إلى إستمرار default الخلل البدني أو النفسي المستمر.
- العجز "deficience": تعود إلى dysfonction إختلال الوظائف البدنية أو النفسية للشخص.
- الإعاقة: هي التصرف كشخص مريض نتيجة إختلال الوظائف الإجتماعية¹ بسبب إصابة فيزيولوجية أو نفسية مستمرة.

3-4-2 الإعاقة حسب Pierre Minaire

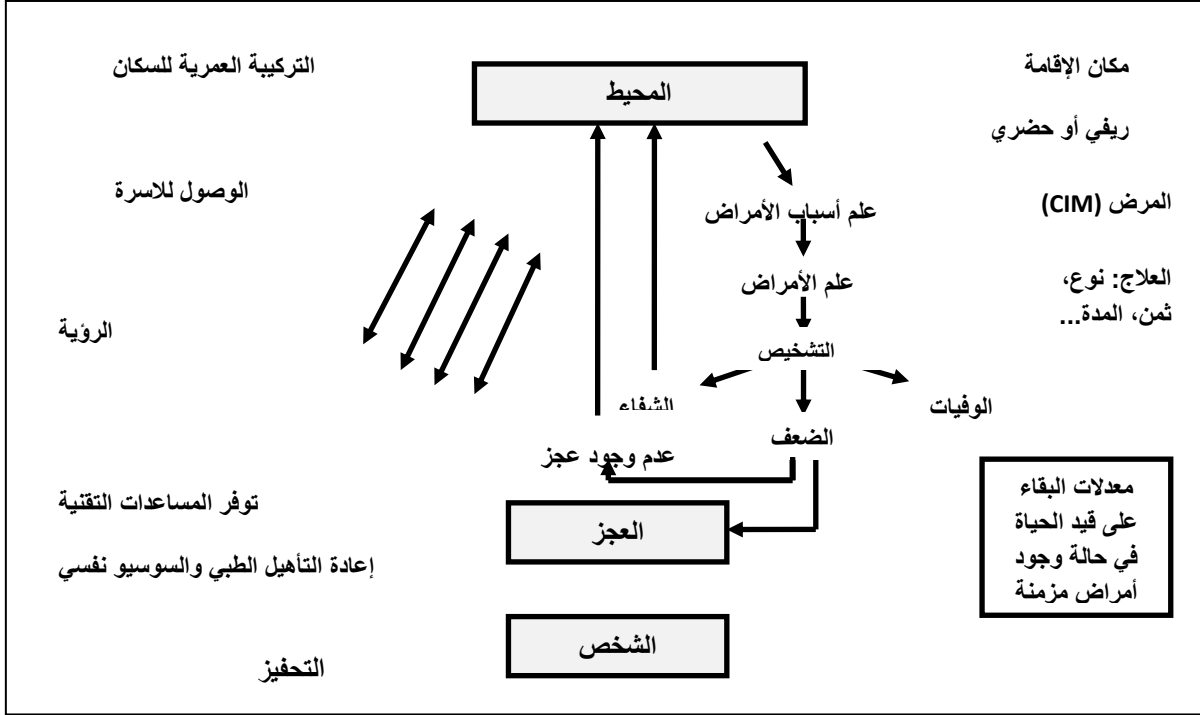
إقترح Minaire في أوائل السبعينات أول نموذج² يدمج العوامل الشخصية (خصائص الفرد) والعوامل الإجتماعية لإنتاج ماسماه ب Handicap de situation وهي تفاعل الشخص ذوي الإعاقة مع جميع العلاقات (العوامل) الملموسة، منفردة كانت أو مجموعة في سياق معين³، وهي ليست سمة خاصة بالشخص ذاته فقط (تفاعل بين الشخص وبيئته).

¹ Jean-marie robine et autres, "Comment mesurer les conséquences de l'augmentation les durées de vie sur l'état de la santé de la population?", op.cit, p. 66.

² Ornella plos, op.cit, p. 71.

³ Ibid., p. 72.

الشكل رقم 02-07 نموذج الإعاقة حسب Pierre Minaire



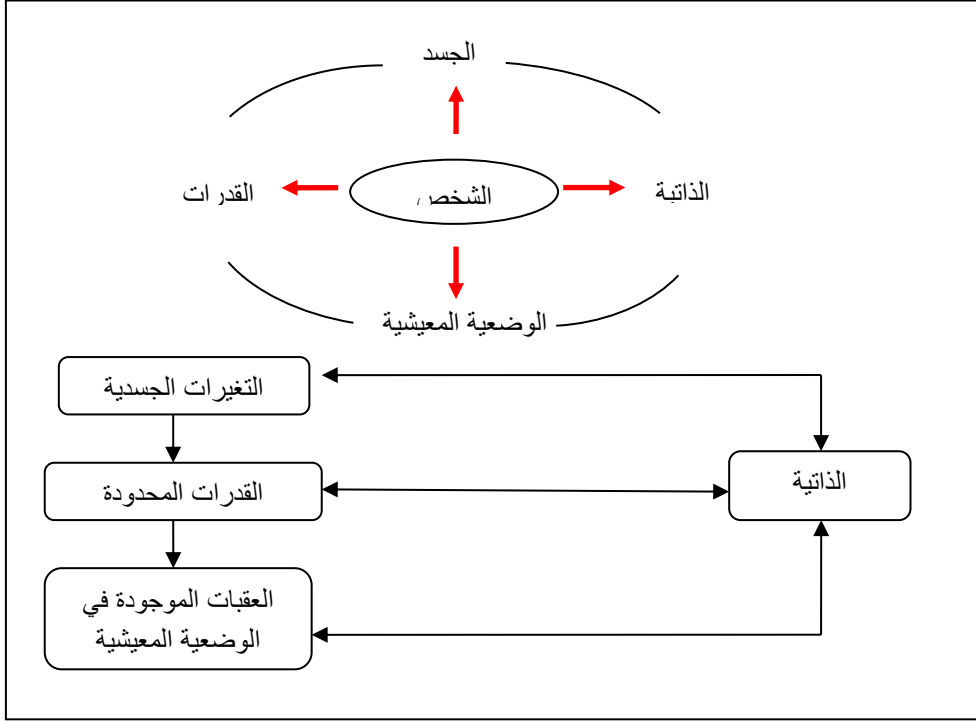
Source: Ornella Plos, "Innover pour et par le handicap: Méthodologie de conception de produits adaptée aux marché de niche: application au marché du handicap moteur", thèse de doctorat, Art et Métiers Paris Tech, Génie Industriel, France, 2001, p. 71

إستند Minaire إلى دراسات تبين أن الإعاقة لا تشمل فقط مستويات الضعف والعجز للشخص بل يجب أن يتم الأخذ بعين الإعتبار الأنشطة اليومية وتفاعل الشخص في بيئته المعيشية بمختلف عناصرها، اعتبر Minaire أن إعاقة الشخص هي فكرة نسبية وهي ليست مطلقة بل تحدث الإعاقة بمقارنتها بشئ ما.

2-4-4 نظام تحديد هوية الإعاقة وقياسها SIMH.

هذا **Systeme d'Identification et de mesure du Handicap** قام بتحضير هذا العمل Claude Hamonet، وقد صممه كوسيلة لتقييم العناصر المكونة للإعاقة، عمل Hamonet قريب من مقارنة Pierre Minaire حيث أدخل بدوره العناصر البيئية في تحليل وضعية الشخص المعني ولكن دون التدقيق في كيفية التفاعل مع العوامل الفردية، إعتبر أن الإعاقة تحدث كلما واجه الشخص عقبات في لحظة زمنية معينة وأثناء أداء نشاط واحد أو أكثر.

الشكل رقم 02-08 شرح نظام تحديد هوية الإعاقة وقياسها SIMH.



Source: Senge Dalla Piazza, *Un enfant handicapé: égaliser les chances, aide et intervention précoce*, Harmattan, France, 2012, p. 26.

- مستوى الجسد: يشمل جميع الجوانب البيولوجية للجسم البشري بكل الخصائص المورفولوجية، التشريحية، النسيجية، جينية..
- القدرات: تشمل الوظائف الجسدية والعقلية (الحالية أو المحتملة) للإنسان مع الأخذ بعين الاعتبار سن و جنس الشخص المعني بغض النظر عن البيئة التي ينتمي إليها.
- القدرات المحدودة: وهي خاصة بكل فرد، قد تكون بسبب: تغيير يحدث على مستوى جسم الشخص سواء كانت ذات أصل مرضي، صدمة، شيخوخة، حمل أو غيرها، أو قد تحدث بسبب تغير على مستوى مشاعر ذاتية للمعني *la subjectivité* التي يمكن أن تخلق عدم إتران تشمل تاريخه الشخصي، حالته الصحية، تجربته العاطفية أثناء الصدمة بالإضافة إلى وضعه الاجتماعي.
- الإعاقة: تحدث نتيجة العقبات التي تواجه الشخص ذوي الإعاقة خلال مواقف حياتية معينة مثل: النشاطات والأعمال اليومية، المحيط الأسري، مجال التعليمي أو العملي، الترفيه... والمشاركة في الحياة الاجتماعية (تعكس المواجهة والتفاعل الواقعي بين الشخص والبيئة المادية، الاجتماعية).

- قياس الإعاقة: وحدة قياس الإعاقة هي بطبيعة الحال أهمية تعضويها وذلك وفقا لشروط قانون عام 2005 (سيتم التطرق إليه لاحقا)، إن اعتماد أي وسيلة سواء كانت عقارا طبييا أو مساعدة تقنية (دون تدخل إنساني)¹، درجة التقييم تتراوح بين 0-4 وذلك حسب أهمية المساهمة وهي كما يلي:

0 عدم وجود تعويض، 1 شاقة، 2 تعويض أو مساعدة تقنية، 3 مساعدة بشرية جزئية، 4 مساعدة بشرية كاملة.

الجدول رقم 03-04 أبعاد SIMH على مستوى الإعاقة والشخص.

الشخص	الجسد	القدرات	وضعية الحياة	الذاتية subjectivité
الإعاقة	تغيرات جسدية	محدودية النشاط	العراقيل في وضعية الحياة	الذاتية

Source: Senge Dalla Piazza, *Un enfant handicapé: égaliser les chances, aide et intervention précoce*, Harmattan, France, 2012, p. 27.

مفهوم التعويض حسب Hamoner: هو كل الموارد الطبية، النفسية والاجتماعية التي تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من قيادة حياة مستقلة.

2-4-5 أعمال Grimley Evans حول الإعاقة.

قام Evans بعدة دراسات حول الإعاقة وخاصة تلك التي تمس الأشخاص المسنسن، وبعد نشر منظمة الصحة العالمية للتصنيف العالمي للإعاقة CIH لاحظ أنه من الضروري جدا أن يتمتع الأشخاص ذوي الإعاقة باستقلال في أداء الأنشطة اليومية والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

إنقذ Evans إدماج مصطلح الحرمان «desavantage» في مسألة الإستقلالية «independance» الأمر الذي من شأنه أن يحجب تقدير الذات والثقة في النفس لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، باعتبار الحرمان نتاجا للعجز حسب CIH، وقد اعتبر أيضا أن الإستقلال هو بعد واحد فقط من الحرمان أما البعد الآخر فهو غياب العلاقات الاجتماعية، كما شدد أيضا على ضرورة عدم الخلط بين عنصرين² مهمين هما: *autonomie* و *independance* حيث يمثل الأول قدرة الشخص ذوي الإعاقة

¹ <http://10.claude.hamoner.free.fr/>, consulté le 18-07-2020.

² Jean Marie Robine et autres, "Comment mesurer les conséquences de l'augmentation des durées de vie sur l'état de la santé de la population?", op.cit, p. 67.

على تسيير نفسه بنفسه 'حكم ذاتي' كأن يقرر مثلا مايرغب بفعله دون تدخل سلطة أخرى، أما الثاني فيشير إلى تحقيق الإستقلال في جميع الأنشطة، فإن كان الشخص مثلا يعتمد على آخر يعنه أثناء حركته فبدون وجوده سيبقى الشخص ذوي الإعاقة بدون حركة.

إن من أجل إدارة الإعاقة لا بد من القيام بتدخلات لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الإستقلال التام والإعتماد المطلق على الذات سواء عن طريق توفير المساعدات التقنية أو غيرها.

2-4-6 مفهوم الإعاقة حسب الكيبكيين. Les Quebequois.

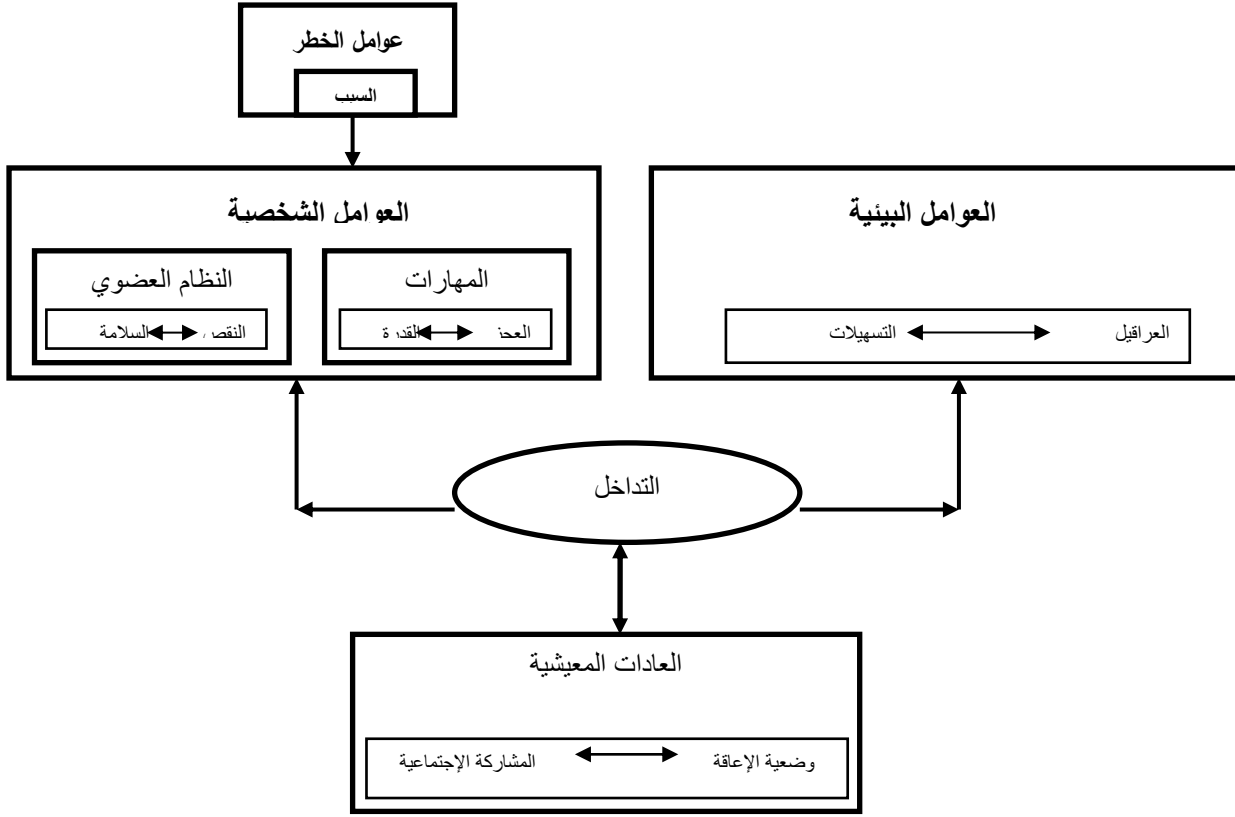
تعود بداية هذه الأبحاث إلى أوائل الثمانينات كترغبة لمراجعة و تطوير إقتراح CIH التصنيف العالمي للإعاقة¹، تم تحضير هذا العمل من طرف Patrick Fougeyrollas بمساعدة مجموعة من الباحثين، وقد عرف عملية إنتاج الإعاقة (PPH) Processus de Production du Handicap

تصنيف PPH جاء للرد على المقاربات الخاصة بالنتائج السلبية لوصم الأشخاص ذوي الإعاقة وهو يهدف بالدرجة الأولى إلى إعطاء معنى ملموس لتأكيد الحركة الإجتماعية لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتي نشطت خلال الفترة الممتدة من 1970-1980 و شعارها الأساسي هو "ليس لأنني شخص مختلف يجب أن اكون معاقا"، النقطة الجوهرية التي ركز عليها هذا النموذج هي جعل العلاقة الخطية السببية بين كل من النقص، العجز والحرمان من المشاركة الإجتماعية للأشخاص المعنيين مستحيلة².

¹ Ornella Polos, op.cit, p. 73.

² Patrick Fougeyrollas, "Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective", Journée d'étude synthese de la conference prononcee lors de la journee d'étude organisee par l'ANDESI sur la loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits des chances, la participation et la citoyenneté de personne handicapées, 15/06/2005, p. 2.

الشكل رقم 02-09 شرح لمكونات عملية إنتاج الإعاقة حسب Fougeyrollas وآخرين.



Source: Patrick Fougeyrollas, "L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politiques et contributions québécoises", *Perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé*, Vol. 04, 2002, p. 11.

يتضمن هذا النموذج 4 عوامل رئيسية تحدد الإعاقة:

- العوامل الشخصية: والتي تتوافق مع الخصائص الجوهرية الخاصة بالشخص، مثل العمر، الجنس، الهوية الاجتماعية الثقافية، النظم العضوية والمهارات وما إلى ذلك، يركز النموذج بشكل أساسي على هاتين الميزتين الأخيرتين، وبالتالي فهي تُفهم من خلال النظام العضوي التي يُعتبر ك "مجموعة من المكونات الجسدية التي تهدف إلى القيام بوظيفة مشتركة"، يمكن تقييمها على طول سلسلة متصلة لاستكمال النقص¹، وعن طريق الاستعداد "إمكانية قيام شخص ما بنشاط بدني أو عقلي.

¹ Lysiane Rochat, op.cit, p. 12.

- عامل الخطر: هو عنصر ينتمي للفرد أو ينشأ في البيئة التي ينتمي إليها الشخص قد يسبب مرضاً أو صدمة أو أي ضرر آخر يؤثر على سلامة أو تطور الشخص، يمكن أن تأتي عوامل الخطر هذه من الأسباب الفعلية التي تؤدي إلى المرض أو الصدمة أو أي ضرر آخر على سلامة الشخص أو نموه.

- العوامل البيئية: يقصد بها الأبعاد الاجتماعية أو المادية التي تحدد تنظيم المجتمع وسياقه، قد تتضمن العوامل البيئية سلسلة من التسهيلات (الذي يشجع على تحقيق عادات نمط الحياة عند التفاعل مع العوامل الشخصية) كما قد تشكل عقبات كاملة (التي تعيق ممارسة العادات المعيشية).

- العادات المعيشية: هي نشاط حالي أو دور اجتماعي يُقدِّره الشخص أو سياقه الاجتماعي والثقافي وفقاً لخصائصه، يتم قياس جودة تحقيق عادات الحياة على نطاق واسع وهي تختلف من المشاركة الاجتماعية الكاملة إلى العجز الكلي¹.

يعتبر PPH وسيلة تعليمية وعملية متوازنة² لتحديد المتغيرات الشخصية (نظم عضوية، قدرات، هوية إجتماعية وثقافية)، بالإضافة إلى المتغيرات البيئية والاجتماعية وكذا المتغيرات الظرفية حسب أبعاد المشاركة الاجتماعية. يفسر النموذج الخاص بالكيبكيين العلاقة بين الشخص ذوي الإعاقة وبيئته المعيشية التي تحدد نوعية مشاركته في الحياة الاجتماعية إما بتقديم تسهيلات من شأنها تمكين الأشخاص من ممارسة نشاطاتهم أو من خلال عرقلتهم وتصعيب آدائهم لمختلف أدوارهم.

مفهوم وضعية الإعاقة لن يكون منطقياً إلا إذا كان ذو بعد ديناميكي يُنظر إليه على أنه تفاعل و تداخل بين العوامل الشخصية (الفشل، العجز)³ وكذا العوامل البيئية والعادات المتعلقة بنمط الحياة التي قد تكون معيقة أو مسهلة، وبفضل التدخلات المناسبة التي تضمن مع مرور الوقت تحسين القدرات الوظيفية، إدارة البنية المادية والاجتماعية وكذا تعديل أساليب تحقيق بعض العادات⁴.

¹ Ibid.

² Patrick Fougeyrollas, "Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective", op.cit, p. 4.

³ Eric Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, Deboeck Supérieur, France, 2016, p. 153.

⁴ Pierre Castelein, "la participation sociale, un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions", *Institut Public la Persagotière*, n° 63, 2015, p. 6.

2-4-7 الإعاقة حسب القانون الفرنسي سنة 2005.

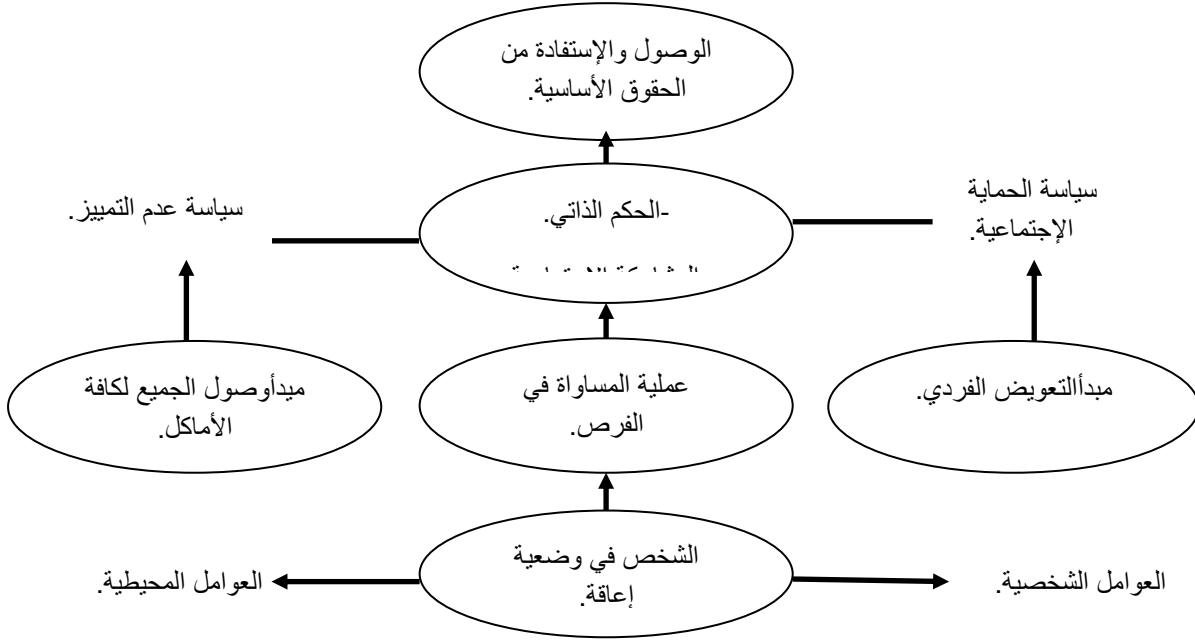
صادق النواب الفرنسيون على قانون المساواة في الحقوق، تساو الفرص ومشاركة ومواطنة الأشخاص ذوي الإعاقة في 11 فيفري 2005، يُعرف على المستوى العالمي بقانون 2005، يعتبر قانون 2005 إمتدادا وتحديثا لقانون 1975 الذي يهدف إلى تعزيز إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة خاصة في الرعاية، التعليم، التدريب المهني¹، تضمن قانون 2005 ثلاث نقاط رئيسية:

- 1 تم تعريف الإعاقة لأول مرة في التشريع الفرنسي.
- 2 أول مرافعة حكومية بشأن الإعاقة.
- 3 تم توسيع مفهوم التعويض ولأول مرة قُدمت إعانة لتعويض الإعاقة².

¹Gilles Marchand, "le handicap, enjeu de la societe", Disponible à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/le-handicap-enjeu-de-societe_fr_13809.html, consulté le, 30-04-2020.

² Laurent Devos et autres, guide a la pratique de l'évaluation de la situation de Handicapdes personnes cérébrólésées, ARTC, CNSA, SQM, France, 2014, p. 28.

الشكل رقم 02-10 مكونات الإعاقة حسب قانون تكافؤ الفرص.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

عرف قانون 2005 الإعاقة على أنها: أي تقييد للنشاطات أو تقييد لمشاركة الشخص ذوي الإعاقة في المجتمع، وكذا معاناته في بيئته بسبب تغير دائم أو نهائي لوظيفة واحدة على الأقل من وظائفه الحسية، العقلية، الجسدية، الإدراكية¹، إذن ولأول مرة في التشريع الفرنسي تم تطوير تعريف واضح للإعاقة يأخذ في الحسبان العجز والقيود، لا سيما عواقب تقييد مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية.

بعد التعرف على مكونات الإعاقة حسب أبرز الباحثين سيتم التطرق إلى مختلف الإتفاقيات العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.

5-2 الإتفاقيات والمعاهدات العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.

لطالما شغلت مسألة حقوق الإنسان الرأي العام على المستوى العالمي ولا تزال كذلك إلى يومنا هذا، حيث في كل مرة تسعى منظمة الأمم المتحدة ONU إلى توسيع دائرة إنشغالها من خلال إدراج قضايا

¹ Asma Achachra, op.cit, p. 4.

جديدة على جدول أعمالها، بغية توسيع قاعدة مجال حقوق الإنسان، حتى تشمل جميع الناس مهما كانت إختلافاتهم في جميع أنحاء المعمورة.

تتمثل حقوق الإنسان في سلسلة من المبادئ الأخلاقية أو المعايير الإجتماعية التي تحدد نموذجا معيناً على أساسه يتحدد السلوك البشري، المعاملات والعلاقات الإجتماعية.

2-5-1 المحافل العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة قبل 1975.

قامت منظمة الأمم المتحدة ONU بعدة تدخلات لصالح قضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، وفي الحقيقة لم يذع صيت مبادرات منظمة الأمم المتحدة في هذه القضية إلا بعد سلسلة طويلة وسنوات حافلة بالإجتهادات، المبادرات والمشاورات التي تُوّجت بالإعتراف بالحقوق الكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة على المستوى العالمي.

إن أول عقد أُبرم حول تدوين حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إعتُمد خلال الدورة 26 للجمعية العامة للأمم المتحدة¹ المؤرخ في 20/12/1971، حيث تبنت إعلان حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وذلك من خلال القرار رقم 2856، أين إستهتمت فعليا ولأول مرة مصطلح "الإعاقة"².

أكد إعلان 1971 على ضرورة مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية على إنماء قدراتهم في مختلف الميادين، والتشجيع على ضمان إندماجهم الكامل في الحياة العادية³، كما جاء في الإعلان ذاته التأكيد على حق الأشخاص المعنيين في الحصول على: الرعاية الطبية، العلاج المناسب والقدر الكاف من التعليم، التدريب، التأهيل والتوجيه الذي يمكنهم من تطوير قدراتهم إلى أقصى حد ممكن⁴، التمتع بالأمن الإقتصادي ومستوى معيشي لائق بالإضافة إلى حقوق أخرى تضمنها الإعلان.

2-5-2 إعلان منظمة الأمم المتحدة سنة 1975.

بعد مرور 4 سنوات (1975/12/09) حافلة بالعمل الدؤوب و الجبار من أجل إعطاء المزيد من الحقوق والإعتراف لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة، إعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلاننا خلال

¹ Eric B Degros, op.cit, p. 22.

² Claude Hamonet, op.cit, p. 45.

³ ONU, Déclaration des droits du déficient mental, résolutions adoptées sur les rapports de la troisième commission, ONU, 1971, p. 99. Disponible à l'adresse https://www.2idhp.eu/images/onu-resolution-2857--20-decembre-1971_150616.pdf,

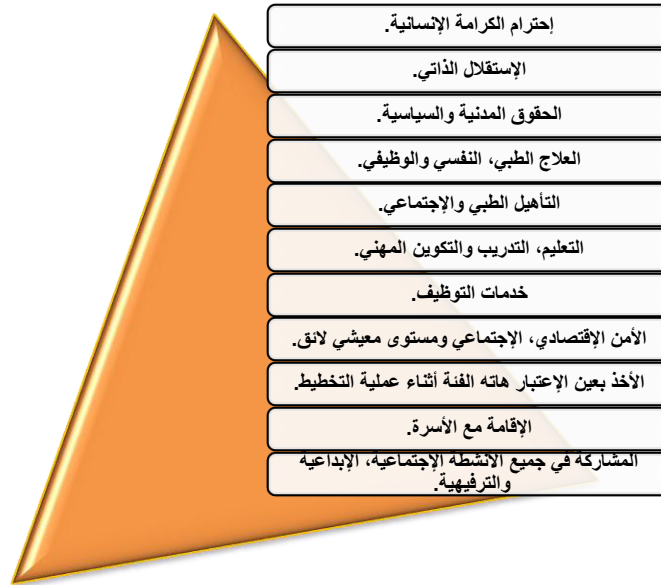
⁴ Ibid.

جلستها رقم 433¹ يُعنى بحقوق هاته الفئة، وتم خلال هذا الإجتماع تعريف الشخص ذوي الإعاقة على أنه " أي شخص سواء كان ذكرا أو أنثى، غير قادر على أن يؤمن بنفسه بشكل كلي أو جزئي ضروريات حياته الفردية أو الإجتماعية العادية أو كلاهما بسبب نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسدية أو العقلية"²، وبناء عليه تم إعطاؤه المزيد من الحقوق والصلاحيات وفقا للقرار الحامل للرقم 3447.

أكد إعلان 1975 ضرورة إتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الإعاقة الجسدية والعقلية، وكذا إلزامية مساعدة الشخص ذوي الإعاقة على تطوير وتنمية قدراته في جميع الميادين من أجل ضمان إندماجه في الحياة الإجتماعية³.

الشكل رقم 2-11 حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حسب إعلان منظمة الأمم المتحدة سنة

1975.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

دعى ذات الإعلان إلى وجوب إتخاذ تدابير على الصعيدين الدولي والقومي تكفل إتخاذ هذا الإعلان مرجعا وأساسا مشتركا لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما أشار إلى وجود بلدان معينة

¹ ONU, Déclaration des droits du déficient mental, résolutions adoptées sur les rapports de la troisième comission, op.cit, p. 92.

² Ibid.

³ Ibid.

لا تستطيع في مرحلة حرجة من نموها سوى أن تخصص جهود محدودة لفائدة الأشخاص في ذوي الإعاقة¹.

في قرارها رقم 31/82² المؤرخ في 13/12/1976 بعنوان "تنفيذ إعلان حقوق الأشخاص الإعاقة" أوصت ONU بأن تتخذ جميع الدول الأعضاء إعادة النظر في الحقوق والمبادئ المنصوص عليها في الإعلان عند وضع سياساتهم، برامجهم وخططهم.

2-5-3 مخطط العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة 1982.

تم تحضير برنامج العمل العالمي لسنة 1982 بعد عدة دورات للجمعية العامة للأمم المتحدة على غرار السنة الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة تحت شعار "المشاركة الكاملة" والتي أقيمت سنة 1981 الحاملة للقرار³ رقم 123/31 المؤرخ في 16/12/1976، والتي يرجع أصلها إلى الوعي العالمي، شملت السنة الدولية محورين أساسيين هما: هوية وعدد الأشخاص ذوي الإعاقة⁴، غير أن نتائجها بقيت أقل بكثير من والتوقعات، بعدها أنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة لجنة استشارية من أجل السنة العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة، وبعد معاينة تقرير اللجنة الاستشارية تبنت الأمم المتحدة في جلستها 37 برنامج العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة وفق القرار رقم 52/37⁵ المؤرخ في 3/12/1982.

يهدف مخطط العمل العالمي إلى تثبيت إطار مشترك لتسيير الإعاقة بين جميع الدول الأعضاء⁶، كما يسعى إلى تشجيع الجهود الخاصة بحماية، تكييف ومتابعة الأهداف التي تتمثل في مجملها ف" المشاركة الكلية والكاملة" للأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية والتنمية، كما يُعنى بتساوي الفرص مثل التي يتمتع بها باقي أفراد المجتمع⁷.

تبنى برنامج العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة تعريف الإعاقة الذي إقترحته منظمة الصحة العالمية في تصنيفها العالمي حول الإعاقة CIH لسنة 1980 (أنظر 02-02 تصنيفات منظمة

¹ Ibid.

² ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, United Nation Audiovisuel of International law, p p. 1-3.

³ Ibid.

²Claude Hamonet, op.cit, p. 43.

⁵ ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, op.cit, p p. 1-3.

⁶ Eric B Degros, op.cit, p. 23.

⁷ ONU, Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées, l'assemblée générale des nations unies, 1982, p. 3.

الصحة العالمية للإعاقة) الذي يصنف الإعاقة وفقاً لثلاث مستويات: Incapacité، Déficience، Désavantage، حيث عرف برنامج العمل العالمي للإعاقة كمايلي¹: "تنتج الإعاقة من خلال علاقة الأشخاص ذوي الإعاقة ببيئتهم، تنشأ عندما يواجه هؤلاء الأشخاص عقبات ثقافية أو مادية أو اجتماعية تمنعهم من الوصول إلى أنظمة المجتمع المختلفة التي تكون في متناول أيدي بقية أفراد المجتمع بسبب العجز، وبالتالي تكمن الإعاقة في فقدان أو تقييد فرص المشاركة على قدم المساواة مع الأفراد الآخرين في الحياة الاجتماعية.

أكد مخطط العمل العالمي على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار الفرق الموجود في مستويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وكذا تنوع الثقافات أثناء عملية تحليل وضعية الأشخاص المعنيين في كل دولة، بالإضافة إلى وجود فئات خاصة تعاني أكثر من غيرها جراء الإعاقة على غرار الأطفال، النساء وكبار السن، كما نوه إلى المسؤولية التي تقع على عاتق الحكومات في كل مكان من أجل معالجة و إزالة الظروف التي تؤدي للإعاقة، بالإضافة إلى توعية أفراد المجتمع بالزامية إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع وفي جميع مجالات الحياة الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية، بل نوه برنامج العمل العالمي إلى أن المسؤولية تتجاوز الحكومات لتشمل المجتمع بمختلف مكوناته.

ركز برنامج العمل العالمي 1982 على وجوب تسليط الضوء على المشاكل التي يعاني منها الأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان النامية، خاصة على مستوى المناطق الريفية النائية² وما يزيد من تفاقم مشاكلهم حقيقة أن معظم الحالات تعاني من فقر مدقع، في ظل ندرة أو إنعدام خدمات الرعاية الصحية خاصة، كما أشار برنامج العمل للانفجار السكاني كنتيجة لتفاقم مشاكل البلدان النامية، مما يزيد من عدد ونسبة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل لا يرحم، لذلك من الضروري مساعدة هذه البلدان على تطوير سياسة ديموغرافية³ تمنع زيادة عدد الأشخاص ذوي الإعاقة بالتوازي مع جهود إعادة تأهيلهم، كما شدد المخطط على ضرورة التقسيم العادل للموارد المالية والمادية بين مختلف القطاعات، لا سيما في المناطق الريفية من البلدان النامية، الأمر الذي من شأنه أن يقطع شوطاً طويلاً نحو تحسين وضعية الكثير من الأشخاص المعنيين، من خلال تطوير الخدمات المجتمعية في كافة مؤسسات الدولة.

¹ Ibid., p. 4.

² Ibid., p. 13.

³ Ibid., p. 14.

الشكل رقم 02-12 التدابير الواجب إتخاذها على المستوى الوطني المقترحة حسب برنامج العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة 1982

مشاركة الأشخاص في وضعية إعاقة في صنع القرار.

• تحديد منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة و ممثلهم.

• الحفاظ على اتصال مباشر مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

• توفير الرعاية الصحية الفعالة والمشورة للامهات والتطعيم ضد الأمراض المعدية.

• إنشاء نظام الكشف والتدخل المبكر والتدريب الجيد للمهنيين. مواصلة عمليات التوعية والتثقيف ببرامج الوقاية من الإعاقة.

الوقاية من الإعاقة والعجز.

• توفير خدمات إعادة التأهيل اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج بما في ذلك الخدمات الإجتماعية، الطبية والمهنية لضمان إعادة التكيف.

• توفير المعدات المناسبة والخدمات اللازمة لمن يحتاج إليها وتعليم كيفية إستعمالها.

• إزالة ضرائب الإستيراد على المعدات وأجهزة الدعم و تشجيع صناعتها محليا.

• تقديم الدعم والمشورة لأسر ذوي الأمراض العقلية واستكمال الرعاية بالدعم الإجتماعي.

إعادة التكيف.

• إتخاذ التدابير اللازمة للقضاء على التمييز بمختلف أشكاله.

• صياغة التشريعات التي تضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على جميع حقوقهم.

• مراعاة إمكانية الوصول عند عمليات التخطيط، وتطوير برامج المناطق الريفية في البلدان النامية (مبان، طرق..).

• إنشاء خدمات الدعم لضمان إستقلال الأشخاص ذوي الإعاقة.

تكافؤ الفرص

الحفاظ على الدخل والضمان الإجتماعي.

• ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بتكافؤ الفرص في الدخل، الأمن الإقتصادي والضمان الإجتماعي.

• مراجعة أنظمة الضمان الإجتماعي للتأكد من أنها تتجه نحو الوقاية، إعادة التأهيل وتحقيق المساواة.

• تطوير نظام رعاية عام للوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.

التعليم والتدريب.

• اعتماد سياسات تعترف بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالتعليم و سن إجبارية التعليم ودمجهم في نظام التعليم العمومي.

• توفير خدمات تعليمية بمعايير أساسية معينة سواء كانت فردية، شاملة و متنوعة.

• في حالة تعذر التعليم في المؤسسات العامة يجب توفير مؤسسات خاصة ومناسبة.

• تشجيع دورات تكوينية لتخرج مؤهلين بالتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.

التوظيف.

• ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على وظائف مناسبة في المناطق الريفية والحضرية على حد سواء.

• تقديم مكافآت أو مساعدات تقنية أو قروض للمؤسسات التي توظف الأشخاص ذوي الإعاقة.

• تطوير أجهزة الولوج وتسهيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تجهيزات معينة لتسهيل تأدية مهامهم.

الترفيه.

• تسهيل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المطاعم، المسارح والمكتبات، المنتجعات، المجمعات الرياضية، الفنادق، الشواطئ ومختلف الأماكن الترفيهية و ضمان ممارستهم لهواياتهم الإبداعية، الفنية والفكرية.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة

من أجل اقتراح جدول زمني للحكومات والمنظمات لتنفيذ الأنشطة الموصى بها في برنامج العمل العالمي، أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة عن عشرية الأمم المتحدة حول الأشخاص ذوي الإعاقة خلال الفترة الممتدة من 1983-1992 الحاملة للقرار رقم 53/37 المؤرخ في 1982/12/3¹.

2-5-4 المعاهدة العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2006.

الإتفاقية العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH هي إمتداد للمعاهدات والإعلانات السابق ذكرها والتي تعنى بتعزيز وحماية الحقوق المدنية، السياسية، الإقتصادية والثقافية للأشخاص ذوي الإعاقة² وعلى عكس سابقتها التي بقيت بدون قيمة إيديولوجية نظرا لفشلها في توفير الحماية الكافية للأشخاص المعنيين³، سميت هذه المعاهدة بصفقة القرن الواحد والعشرين.

2-5-4-أ الخلفية التاريخية للمعاهدة.

صياغة المسودة الأولى من الإتفاقية تمت خلال ثمانينات القرن الماضي⁴، ولكن في ظل غياب توافق وإجماع عالمي تم التخلي عنها إلى غاية فجر القرن الواحد والعشرين، حيث عقد إجتماع للخبراء في Stockholm سنة 1987 لإستعراض تنفيذ برنامج العمل العالمي⁵ 1982، و هناك قدمت كل من إيطاليا والسويد إقتراحات بشأن عقد إتفاقية دولية للقضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أنه لم يتم التوصل إلى توافق في الآراء بشأنها.

في 24 ماي من سنة 1990 وبالضبط عندما أشرفت العشرية العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة على نهايتها، أوصى المجلس الإقتصادي و الإجتماعي الحامل للقرار رقم 1990/26⁶ بِلجنة التنمية الإجتماعية للبت في إنشاء فريق من الخبراء الحكوميين، تتمثل مهمة اللجنة أساسا في إنشاء

¹ ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, op.cit, p p. 1-3.

² Eric Trouvé, op.cit, p. 153.

³ Loik Denis, "la convention Internationale des droits des personnes handicapées en bref...", *Juris, Rio Grande*, n°19, 2013, p. 134.

⁴ Claire De LA Hougue, "la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées", *Droits fondamentaux*, n° 6, 2006, p. 1.

⁵ibid., p. 2.

⁶ ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, op.cit, p p. 1-3.

وضع حجر الأساس لتطوير قواعد بشأن تكافؤ الفرص لصالح الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة، والتي إعتدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في: 20/12/1993 الحاملة للقرار رقم 48/96¹.

كل هذه الإلتزامات لم ترق للمستوى المطلوب عالميا لمواجهة وإزالة العقبات التي تصادف الأشخاص ذوي الإعاقة، سنة 2000 طلبت مفوضية حقوق الإنسان تقريرا من البرفيسورين Gerard Quinn و Theresia Degener (نشر سنة 2002)² لتوضيح أهمية معاهدات حقوق الإنسان فيما يخص موضوع الإعاقة من الناحية التطبيقية للحقوق وكذا إمكانية إستخدام صناع القرار لتلك المعاهدات بشكل أفضل.

المؤتمر العالمي حول مكافحة العنصرية، التمييز، كره الأجانب والتعصب في Durban في الفترة الممتدة من 31 أوت إلى 8 سبتمبر 2001، من جهته دعا الجمعية العامة للنظر في إمكانية وضع إتفاقية شاملة ومفصلة لحماية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لاسيما فيما يخص الممارسات التمييزية وسوء معاملة التي يتعرضون لها³.

في 2001/12/19 وفي إطار البند رقم "119 ب" من جدول أعمال "قضايا حقوق الإنسان، بما في ذلك ضمان الممارسة الفعلية لحقوق الإنسان والحريات الأساسية"⁴، كُلفت لجنة خاصة للبت في مقترحات تتعلق بإنشاء إتفاقية دولية شاملة لتعزيز وحماية حقوق وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة، مع مراعات منهج متكامل يدعم مسيرة عشرات السنوات من النضال والكفاح الذي قاده الأمم المتحدة بمختلف مؤسساتها بالمشاركة مع المنظمات والجمعيات التي تُعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة.

ترأست اللجنة المقترحة عدة دورات واستعراضات غير رسمية من أجل إعتقاد مشروع نص تُبنى على أساسه مفاوضات مع الدول الأعضاء والمراقبين الدوليين للنظر في مواد معينة ومراجعة المقترحات، قررت اللجنة المنعقدة في الفترة الممتدة من 16-27 جوان 2003⁵ في مقر الأمم المتحدة وضع صك محدد لضمان فعالية حقوق الاشخاص ذوي الإعاقة، هكذا تم إعتقاد الإتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في 2006/12/13 في مقر الأمم المتحدة.

¹ Ibid.

² Claire De LA Hougue, op.cit, p. 2.

³ ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, op.cit, p p. 1-3.

⁴ Ibid.

⁵ Loic Denis, op.cit, p. 134.

2-5-4-ب التعريف بالمعاهدة.

الإتفاقية بصفة عامة هي عبارة عن ميثاق بين الدول التي تقبل الإلتزام بجميع البنود المذكورة في الإتفاقية في مجال معين، عندما تقوم دولة ما بالتوقيع على الإتفاقية فذلك يعنى إلتزام قانونيا منها لتبني ماورد في الإتفاقية، الأمر الذي يترتب عنه تغيير قوانينها الخاصة بالتناسب وفقا مع أهداف الإتفاقية¹.

تندرج إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ضمن الإطار العام لحقوق الإنسان، التي هي عبارة عن مجموعة من الضمانات القانونية غير القابلة للتجزئة، والتي تحمي الناس من الأفعال التي تنتهك الحريات والحقوق الأساسية والكرامة الإنسانية²، بالتالي تُمثل المظلة التي يحتمي بها جميع الناس بمختلف أشكالهم، أعمارهم، إنتماءاتهم، دياناتهم...، حيث تكفل تمتعهم الكامل ب: حقوقهم، كراماتهم وحرياتهم الأساسية، تم تأكيد هذه الحقوق في "الإعلان الخاص بحقوق الإنسان"³ DDH المتبني منذ سنة 1948. تمثل إتفاقية CIDPH تنويجا في القانون الدولي⁴ الذي يكفل ضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على حقوقهم الكاملة كما يتمتع بها نظرائهم الأسوياء.

كما سبق الذكر إعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في 2006/12/13 وبموافقة جميع الدول الأعضاء ودون الرجوع إلى اللجنة الرئيسية إتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الإختياري المرفق بالقرار رقم 106/61⁵، الذي ينص على إجراء استئناف فردي عندما تكون هناك معلومات جادة بشأن إنتهاكات لأحكام الإتفاقية.

دخلت الإتفاقية حيز التنفيذ في 2008/05/03 وقد حطمت بالفعل أرقاما قياسية، حيث صادقت عليها في يوم الإفتتاح فقط 81 دولة⁶، وذلك حتى قبل إعلان الرئيس الأميركي Obama عن تبني

¹ UNICEF, Une question de capacité: explication de la convention relative aux droits des personnes handicapées, Fondation des Nations Unies pour l'Enfance UNICEF, 2008, p. 7.

² CNCDH, CFHE, La convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, les droits de l'homme en action: Guide pratique, CNCDH, CFHE, 2018, p. 18.

³ UNICEF, Une question de capacité: explication de la convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 7.

⁴ Eric Trouvé, op.cit, p. 153.

⁵ ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, op.cit, p p. 1-3.

⁶ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées: guide de formation, ONU, New York et Genève, 2014, p. 21

الولايات المتحدة الأمريكية المعاهدة في جويلية 2008 و التي لم تصادق في تاريخها سوى على ثلاث إتفاقيات¹.

في ظرف 29 شهر فقط، حازت الإتفاقية العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة على 142 توقيع و 66 تصديق²، هذا إن دل على شيء فهو يدل على إلتزام منقطع النظير و غير مسبوق من المجتمع الدولي تجاه قضية الإعاقة.

2-5-4-ج فحوى المعاهدة.

عرفت إتفاقية CIDPH الإعاقة على أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين الأشخاص ذوي الإعاقة والحواجز السلوكية والبيئية التي تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين³، وبالتالي تم تعريف الإعاقة من خلال تبني مقاربتين الأولى تأخذ بعين الإعتبار جميع الحواجز التي من شأنها التأثير على المشاركة الفعلية للأشخاص المعنيين وهو نفسه تعريف التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF التي تركز على المقاربة البيئية للنموذج الإجتماعي⁴ (أنظر 2 التصنيفات العالمية للإعاقة)، أما المقاربة الثانية فتتمثل في مقارنة حقوق الإنسان من خلال حض الإتفاقية على مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس المساواة مع الآخرين⁵، بالتالي يُنظر للشخص المعني على أساس يكفل حصوله على حقوقه الكاملة من منطلق إستحقاقه وليس من منطلق خيري، وهكذا إبتعدت الإتفاقية كل البعد عن النموذج الطبي الذي يركز على تصنيف الإعاقة كسمة خاصة بالفرد. اعترفت الإتفاقية بأن الإعاقة هي مصطلح قابل للتطور تحت تأثير الحواجز السلوكية والبيئية بالإضافة إلى الظروف السائدة والتي تختلف من مجتمع لآخر⁶.

تهدف إتفاقية حسب المادة رقم 01 إلى تعزيز، حماية وضمان التمتع الكامل و المتساو بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة، تعزيز إحترام كرامتهم المتأصلة⁷.

¹ Aurélien Daydé, Dorian Fuchs, Handicap: à quoi sert la convention des nations unies?, 2009, Disponible à l'adresse <https://www.taurillon.org/Handicap-a-quoi-sert-la-convention-des-Nations-Unies?lang=fr>, Consulté le 16-04-2019.

² Ibid.

³ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations unies, 2006, p. 1.

⁴ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées: guide de formation, op.cit, p. 18.

⁵ Claire De La Hougue, op.cit, p. 4.

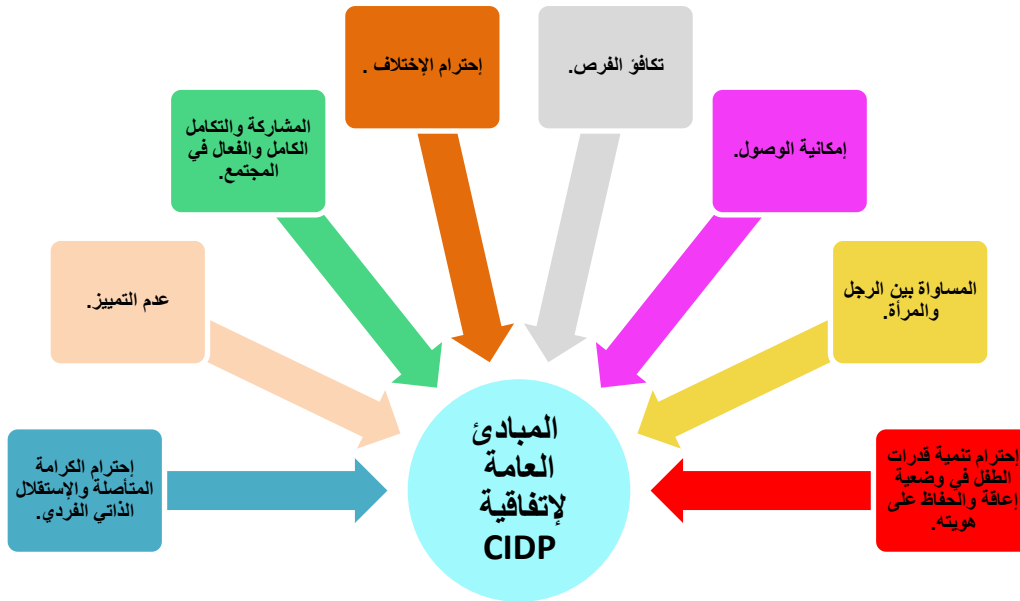
⁶ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées: guide de formation, op.cit, p. 18.

⁷ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 4.

ورد في المادة ذاتها تعريف للأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم أشخاص لديهم إعاقات جسدية أو فكرية أو حسية طويلة المدى قد تعيق تفاعلهم ومشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين، على الرغم من أن هذه الإتفاقية لا تذكر حقوقا جديدة للأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أنها توسع وتوضح إلتزامات الدول الموقعة لضمان التمتع الفعلي بهذه الحقوق¹.

هكذا توسع هذه المواد وغيرها دائرة إلتزامات الدول الموقعة من خلال إجبارية إتخاذ كامل التدابير المناسبة كما تنص عليه المادة 04 من الإتفاقية أين " تلتزم جميع الدول الأطراف بضمان التعزيز والتمتع الكاملين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة دون تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة، وتحقيقا لهذه الغاية تلتزم الدول الأطراف بمجموعة من البنود والمبادئ الواضحة حسب الشكل أدناه..

الشكل رقم 02-13 المبادئ العامة لإتفاقية CIDPH.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

¹ Emmanuelle Fillion et autres, "Application de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées: quels concepts et indicateurs pour une politique inclusive?", *Alter, Européen journal of disability*, Vol 09, 2015, p. 3.

تضمنت المادة رقم 03 المبادئ العامة للاتفاقية الموضحة في الشكل أعلاه، وإلى جانب كونها مبادئ عامة فهي مصنفة كذلك من بين عدة حقوق التي ذكرت في التصنيف لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.

تتعلق المادتين 04 و 05 بالنساء والأطفال ذوي الإعاقة على التوالي أين تلتزم جميع الدول الموقعة باتخاذها جميع التدابير التي تهدف نحو ضمان تطور وتقدم المرأة¹، بالإضافة إلى تمكينها بالكامل، كما تتعهد الدول الأطراف وتضمن تمتع الأطفال المعنيين بحقوقهم كاملة على أساس المساواة مع الأطفال الآخرين.

تعنى المادة 09 وهي ذاتها المبدأ 06 من مبادئ الاتفاقية بإمكانية الوصول، تسعى لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش المستقل والمشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة، تتعهد الدول الأطراف بأن تتخذ الإجراءات اللازمة للوصول إلى البيئة المادية، النقل، المعلومات والاتصالات وغيرها من المعدات والخدمات الموجهة للناس، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية²، وفي هذا الصدد أدرجت الاتفاقية عدة بنود من شأنها إزالة كافة الحواجز والعقبات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة.

تشمل كل من المواد 21، 22 و 23 من الاتفاقية حق الأشخاص ذوي الإعاقة بحرية التعبير وإبداء الرأي وكذا إحترام حياتهم الخاصة، بالإضافة إلى إحترام البيت والأسرة، ومن أجل ذلك تتعهد الدول الموقعة بتمكين الأشخاص المعنيين من ممارسة حقهم في حرية الرأي والتعبير بما في ذلك حرية طلب، تلقي و توصيل المعلومات والأفكار على أساس المساواة مع الآخرين³، بالإضافة إلى التعهد بسرية المعلومات الشخصية والمعلومات المتعلقة بصحة الأشخاص ذوي الإعاقة وإعادة تأهيلهم على قدم المساواة مع الآخرين.

تتعلق المواد التالية: 24، 25، 26، 27، 28، 29 و 30 من معاهدة CIDPH بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ب: التعليم، الصحة، التكيف وإعادة التأهيل، العمل والتوظيف، المستوى المعيشي المناسب والحماية الإجتماعية، المشاركة في الحياة السياسية والحياة العامة بالإضافة إلى المشاركة في الحياة

¹ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 7.

² Ibid., p. 9.

³ Ibid., p p. 15-16.

الثقافية والترفيهية، ومن أجل تنفيذ وتحقيق حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إقترحت الأمم المتحدة على لسان المعاهدة الدولية مجموعة من الإجراءات والتدابير في ذلك الصدد¹.

لرصد مختلف البيانات ومن أجل تنفيذ، تقييم وفحص التقارير المتعلقة بآليات مراقبة الإنجازات المحققة في سبيل إرساء قواعد تستند على إحترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كرست الإتفاقية مجموعة من المواد القابلة للتنفيذ على المستويين الوطني والدولي، على غرار المادة رقم 33 المتعلقة بالتنفيذ والرصد على المستوى الوطني، أين تتعهد الدول الموقعة بتعيين جهة إتصال واحدة على الأقل تُعنى بِتَبُّع المسائل المتعلقة بتنفيذ مواد الإتفاقية²، المادة رقم 35 هي الأخرى تتعلق بتقارير الدول الأطراف أين يُفرض على كل دولة تقديم تقرير مفصل حول التدابير التي إتخذتها في سبيل الوفاء بالتزاماتها بموجب الإتفاقية وبشأن التقدم المحرز في هذا الصدد في غضون سنتين فقط من بدء تنفيذ الإتفاقية³، ثم بعد كل 4 سنوات تقدم كل دولة تقارير تكميلية بشأن المخاوف والقضايا التي طرحتها إتفاقية 2006 في التعليقات المقدمة نتيجة مراجعتها للتقارير السابقة⁴.

تضمنت المادة 48 من الإتفاقية إمكانية إنسحاب أي دولة في حالة ما إذا رغبت بذلك، وما عليها سوى أن تتقدم بإشعار خطي توجهه إلى الأمين العام للأمم المتحدة، وبذلك يصبح قرار إنسحابها ساري المفعول في غضون سنة واحدة منذ تاريخ إستلام الإخطار من قبل الأمين العام⁵.

¹ Ibid., p p. 16-24.

² Ibid., p. 25.

³ Ibid., p. 27.

⁴ Loïc Denis, op.cit, p. 146.

⁵ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 32.

الشكل رقم 02-14 أهم المحافل العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.

1971	• إعلان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية.
1975	• إعلان الامم المتحدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
1981	• السنة العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.
1982	• مخطط العمل العالمي حول الأشخاص ذوي الإعاقة.
1992-1983	• العشرية العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة.
1990	• انعقاد المجلس الإقتصادي و الإجتماعي.
2006	• الإتفاقية العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على المراجع السابقة.

إن اعتماد CIDPH من قبل غالبية دول العالم إن دل على شيء فهو يدل على إستعداد عالمي لمراعاة وتنفيذ مسألة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لكن يمكن القول أن التطبيق الفعلي لمواد وينود الإتفاقية في السياسات والتشريعات ليس بالأمر الهين بل هو معقد للغاية¹.

6-2 الإعاقة و التنمية.

على عكس العلاقة القائمة بين الإعاقة وحقوق الإنسان التي بقيت بين أخذ وردّ منذ سبعينات القرن الماضي إلى غاية تحضير إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، حضيت العلاقة بين الإعاقة والتنمية باعتراف كبير من المجتمع الدولي، وهو الأمر الذي ساعد على إستبدال النموذج الطبي للإعاقة الذي يركز على الوقاية، إعادة التأهيل والمساعدة الإجتماعية²، بالنموذج الإجتماعي الذي يعتبر أن حدوث الإعاقة مرهون بالعوامل الخارجية المحيطة بالشخص، ويشدد على ضرورة تكيف البيئة بمختلف مؤسساتها بما يتناسب ويتوافق مع إحتياجات الأشخاص المعنيين وجعلها متاحة وسهلة الإستخدام، وهذا لا يحدث إلا من خلال تحقيق تنمية شاملة في المجتمع.

¹ Diana Chiriacescu et autres, op.cit, p. 48.

² Mona Pare, la convention relative aux droits des personnes handicapées: quel impact sur le droit international?, p. 13. Disponible à l'adresse <http://ssrn.com/abstract=2562532>, consulté le 30-04-2020.

2-6-1 الحق في التنمية.

ظهر مصطلح الحق في التنمية لأول مرة في سياق القانون الدولي للتنمية، وهو تخصص في القانون أنشئ سنة 1960 مع ميلاد المؤسسات من أجل التنمية، وبلغ ذروة نشاطه في سبعينات القرن الماضي أمام المطالبات المستمرة والحديثة من قبل البلدان حديثة الإستقلال بحقها في التنمية، ما أدى إلى تظافر الجهود داخل مؤسسات الأمم المتحدة، هكذا ولدت مفاهيم "الحق في التنمية" وحصلت على موافقة المجتمع الدولي بإعتماد إعلان الحق في التنمية سنة 1986 من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة¹.

يُعتبر الحق في التنمية بمثابة رد فعل طبيعي من قبل بلدان الجنوب التي تشعر بالإحباط الشديد أمام بلدان الشمال في ظل إختلال توازن القوى بينهما، وقد تسبب مفهوم التنمية في حدوث بعض التوترات في كبرى المحافل الدولية، أين أبدت بلدان الجنوب حاجتها إلى التعاون الدولي، في حين حافظت الدول الغربية على موقفها المتحفظ في محاولة منها للتقليل من دور التعاون الدولي حتى لا تتحول المساعدات الإنمائية إلى إلتزام قانوني، على غرار دول الإتحاد الأوروبي (أصبحت فيما بعد من أشد المدافعين عن القضية)، أستراليا والولايات المتحدة الأميركية.

2-6-2 التنمية في ظل المعاهدة العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

مما يؤكد العلاقة الوطيدة بين التنمية والإعاقة هو إسناد مهمة التفاوض بشأن إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للجنة الإقتصادية والإجتماعية بالأمم المتحدة بدلا من المفوض السامي لحقوق الإنسان²، على الرغم من الإختلاف القائم بين التنمية وحقوق الإنسان، حيث يؤكد الباحثون إنقسام كبير بين قضيتي التنمية وحقوق الإنسان خاصة فيما يخص ممارسات الأمم المتحدة³، وما يؤكد هذا الإختلاف حسبهم هو تأكيد دمج وإدخال حقوق الإنسان في جميع المستويات والأصعدة ضمن إتفاقية CIPH، دون تضمينها لموضوع الحق في التنمية في موادها بشكل لفظي على غرار الحقوق التالية: الصحة (المادة 25)، التعليم (المادة 24) والعمل والوظيف (المادة 27)، هذا لا يعني إطلاقا عدم تطرق الإتفاقية لمسألة التنمية بل تم الإشارة إليها عدة مرات سيتم توضيحها لاحقا.

¹ Ibid.

² Ibid., p. 11.

³ Mona Pare, op.cit, p. 15.

لقد لفتت قضية الإعاقة العلاقة بين التنمية وحقوق الإنسان، فكانت بمثابة جسر بين مفاهيم التنمية وحقوق الإنسان وهو ما أثرى من قيمة الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لأن تحقيق التنمية الشاملة وحده كفيل بالمساعدة في التحقيق الفعلي للمبادئ العامة للإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن إرتباط قضية التنمية من خلال إشراك اللجنة الإقتصادية والإجتماعية للأمم المتحدة بمسألة حقوق الإنسان منح للإتفاقية دعماً هائلاً من بلدان الجنوب.

أشار الرئيس المكسيكي Vicente Fox في خطابه أمام الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 2001 إلى ضرورة تعزيز التنمية، فالمكسيك كانت من بين الدول التي تقدمت بإقتراح إنشاء لجنة خاصة لوضع إتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لتعزيز وحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم ومراعاة النهج المتكامل الذي يدعم العمل في مجالات التنمية الإجتماعية وحقوق الإنسان وعدم التمييز¹.

سبق الإشارة إلى أن الإتفاقية العالمية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لم تتضمن في نصها حقاً يتعلق بالتنمية، غير أنها أشارت في دباقتها إلى " التأكيد على أهمية تعميم مراعاة وضع الأشخاص ذوي الإعاقة في إستراتيجيات التنمية ذات الصلة" و"إذ تقرر أيضاً بأن أي تمييز على أساس الإعاقة هو إنكار للكرامة الإنسانية المتأصلة وقيمتها"².

يتضمن المبدأ الثامن للإتفاقية الدولية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلتزاماً بضرورة إحترام وتنمية قدرات الطفل ذوي إعاقة، تتضمن المادة 04 من الإتفاقية إجراء يتعلق بمراعاة حماية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع السياسات و البرامج، كما تتعلق المادة 09 -بتمكين الأشخاص ذاتهم من العيش المستقل والمشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة سواء على مستوى الريف أو الحضر- وهي تتضمن مجموعة من الإجراءات التي تنص ضمناً على إدراج الأشخاص المعنيين في برامج التنمية "المباني، الطرق، ووسائل النقل وغيرها من المرافق الداخلية والخارجية بما في ذلك المدارس، المساكن، المرافق الطبية وأماكن العمل"، "المعلومات، الإتصالات وغيرها من الخدمات الإلكترونية وخدمات الطوارئ وغيرها"³.

¹ Ibid., p. 12.

² ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 1.

³ ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, op.cit, p. 9.

تنص المادة 24 التي تُعنى بحق التعليم على مجموعة من التدابير والإجراءات أين تعترف "بالتنمية الكاملة للإمكانيات البشرية، الشعور بالكرامة واحترام الذات، وكذلك تعزيز إحترام حقوق الإنسان، الحريات الأساسية والتنوع البشري"، الإجراء "ب" للمادة ذاتها ينص على "تنمية شخصية الأشخاص ذوي الإعاقة ومواهبهم، إبداعهم، وكذلك قدراتهم العقلية والبدنية إلى أقصى حد ممكن".

في إطار التعاون الدولي من أجل تحقيق التنمية في بلدان الجنوب خاصة تتعهد الدول الأطراف في المادة 32 من الإتفاقية باتخاذ التدابير المناسبة والفعالة خاصة فيما يخص " الشراكة مع المنظمات الدولية والإقليمية ذات الصلة والمجتمع المدني لا سيما منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل ضمان مراعاة التعاون الدولي بما في ذلك برامج التنمية الدولية للصالح الأشخاص المعنيين"، كما تتعهد أيضا بتيسير ودعم بناء القدرات من خلال تبادل المعلومات والخبرات والبرامج التدريبية، تقديم المساعدة التقنية والإقتصادية...".

2-6-3 الأهداف الإنمائية للألفية وقضية الإعاقة.

تدعو خطة التنمية المستدامة لسنة 2030 إلى الإدماج الإجتماعي، الإقتصادي و السياسي لجميع الناس بغض النظر عن حالتهم الصحية، في هذا السياق حدد مندوبو 193 دولة¹ "أهداف التنمية المستدامة إلى غاية سنة 2030 وهي كالتالي:

- القضاء على الفقر.
- محاربة الجوع.
- تشجيع الرفاهية من خلال الرعاية الصحية.
- ضمان جودة التعليم/ التعليم للجميع.
- تحقيق المساواة بين الرجل والمرأة.
- السماح بالوصول إلى المياه الشروب والمرافق الصحية.
- السماح بالوصول إلى الطاقة نظيفة ومعقولة التكلفة للجميع.

¹ UNICEF, Objectifs de développement durable, rapport de la Comité Suisse pour l'UNICEF, 2018, p p. 1-3, Disponible à l'adresse. Consulté le site: <file:///C:/Users/maison/Downloads/unicef fs sdgs 2018 fr.pdf>, consulté le 30-04-2020.

- تشجيع العمل اللائق.
- تمكين الجميع من الوصول إلى البنية التحتية والتقنيات الحديثة.
- الحد من عدم المساواة.
- تحسين الأمن في المدن والمجتمعات البشرية.
- تشجيع الإستهلاك المسؤول.
- توقيف تغير المناخ.
- حماية المحيطات.
- حماية البيئة.
- تعزيز السلام.

كما سبق الذكر لم تتضمن الأهداف الإنمائية للألفية قضية الإعاقة حرفيا غير أن الوصول إلى تحقيق تلك الأهداف يشكل نقلة نوعية لصالح كافة أفراد المجتمع بما فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة.

2-6-4 التقرير العالمي حول الإعاقة

هو أول مستند يقدم صورة عالمية شاملة حول الأشخاص ذوي الإعاقات واحتياجاتهم والعوائق التي يواجهونها للمشاركة بصورة كاملة في مجتمعاتهم. يهدف هذا التقرير إلى دعم تنفيذ ميثاق حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات (CRPH)، كما يعمل التقرير الذي نشرته منظمة الصحة العالمية (WHO) والبنك الدولي على تجميع أفضل معلومات علمية متاحة حول الإعاقة، يعتبر التقرير العالمي حول الإعاقة تقريرا وثيق الصلة بمجالات الصحة العامة وحقوق الإنسان والتطوير والجمهور المعني، وهو موجه بالدرجة الأولى لوضعي السياسات ومقدمي الخدمات والمهنيين ومناصري الأشخاص ذوي الإعاقات وأسره، وقد تمت صياغة هذا التقرير بمشاركة كاملة من الأشخاص ذوي الإعاقات والمؤسسات المسؤولة عنهم، وكذلك أصحاب مصالح معنيون آخرون.

يقترح التقرير العالمي للإعاقة التدابير الواجب اتخاذها من قبل جميع الأطراف بما في ذلك الحكومات ومنظمات المجتمع المدني ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل خلق بيئة داعمة، تطوير خدمات إعادة التأهيل، ضمان الحماية الاجتماعية الكافية، وضع السياسات والبرامج الشاملة وتنفيذ التشريعات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة

أدرج التقرير العالمي حول الإعاقة في نصه مجموعة العراقيل التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة تتمثل في¹:

- عدم كمال وكفاية السياسات والإستراتيجيات التي تسطرها الدول للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة سواء على المستوى التعليمي، الصحي والإقتصادي أو حتى فيما يتعلق بإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.
- المعتقدات والمواقف السلبية السائدة في بعض الدول المنمة عن قلة وعي أفراد المجتمع حول الأشخاص ذوي الإعاقة.
- نقص الخدمات المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة كما وكيفا خاصة على مستوى الرعاية الصحية وإعادة التأهيل.
- سوء تنسيق الخدمات وكذا نقص الموظفين وقلة مهاراتهم تؤثر على جودة الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وإمكانية الوصول إليها.
- قلة التمويل المخصص لتنفيذ سياسات وخطط التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة الأمر الذي يشكل عقبة أمام إستدامة الخدمات في جميع المجالات.
- عدم تصميم بيئة ملائمة مما يحول دون إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للبيئة المادية، أنظمة النقل، والمعلومات، بالإضافة إلى عدم الإمتثال للقوانين.
- إستبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة من عملية إتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم.
- نقص البيانات والمعطيات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة أي نقص وضعف نظام المعلومات.

أظهرت نتائج التقرير العالمي حول الإعاقة أن معظم الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون ظروفًا تعليمية وصحية سيئة، كما يعانون من الفقر والحرمان الإقتصادي بسبب عدم مشاركتهم في الحياة الإقتصادية، خاصة أمام العراقيل والحوجز التي يواجهونها في جميع المجالات من أجل الإستفادة من مختلف الخدمات، والتي تتفاقم وتزداد حدتها خاصة في بلدان العالم الثالث التي تفتقر لمقومات التنمية².

¹ OMS, BM, Résumé sur le Rapport mondial sur le handicap, OMS, 2012, p p. 9-11.

² Ibid., p. 5.

7-2 أنواع الإعاقة.

هناك أنواع مختلفة من الإعاقات التي قد تصيب الأشخاص بدرجات متفاوتة، فبينما يعاني البعض من نوع واحد من الإعاقة يعاني البعض الآخر من أكثر من نوع، يولد البعض معاقا في حين يصاب بها آخرون خلال مراحل معينة من حياتهم¹، تتباين درجة تأثر الأشخاص بسبب الإعاقة وفقا لمجموعة من الخصائص وحتى يتم التكفل الأمثل بالأشخاص ذوي الإعاقة كل حسب نوع وكذا درجة وشدة إعاقته كان لابد من صياغة تصنيف موحد يهدف إلى تمكين ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة لتوفير إحتياجاتهم ومتطلباتهم وتسهيل إستفادتهم من نظام كامل ومتنوع من المزايا والخدمات².

تضمن التصنيف العالمي CIF الإضطرابات الصحية التي تم تصنيفها كأنواع من الإعاقة التي قد تصيب مختلف الوظائف العضوية للشخص بناء على معايير معينة، تتمثل في: الوظائف العقلية، الوظائف الحسية، وظائف الصوت والكلام، وظائف أنظمة القلب والأوعية الدموية، المناعة والتنفس، وظائف الجهاز الهضمي، التمثيل الغذائي والغدد الصماء، وظائف الجهاز البولي التناسلي، وظائف الجهاز العضلي المسؤول عن الحركة، ووظائف الجلد³، أما في هذا الجزء فسيتم الإكتفاء بعرض أنواع الإعاقة الأكثر شيوعا.

1-7-2 الإعاقة البصرية.

الإعاقة البصرية لا تتعلق فقط بأي ضرر يحدث على مستوى إحدى العينين أو كلاهما، بل تتجاوز ذلك لتشمل خلا يصيب الجهاز البصري بمختلف مكوناته ووظائفه⁴.

1-7-2-أ مفهوم الإعاقة البصرية.

تعتبر إحدى نوعي الإعاقة الحسية، تعبر عن تदन أو انعدام قدرات الفرد على الرؤية التي تتوافق مع المهارات البصرية لنظام الدماغ بسبب انخفاض حدة بصره أو إدراكه للمجال البصري⁵، وذلك لأسباب

¹ Dielika Coulibaly, "Etude de la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako", Thèse de doctorat, faculté de médecine et d'odonto-stomatologie, Malie, 2013, p. 36.

² Jeanne Mager Stellman, *Encyclopédie de sécurité et santé de travail*, 3^e édition, Organisation Internationale du Travail, Genève, 2000, p. 48.

³ OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, op.cit,p p. 48-106.

⁴ OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, op.cit, p. 75.

⁵ Asma Achachra, op.cit, p. 7.

قد تكون خلقية ناتجة عن شذوذ في تطور إحدى العناصر الفيزيولوجية (تشريحية) المكونة للنظام البصري، أو مكتسبة نتيجة التعرض لحادث أو جراء انتقال عدوى تصيب الجهاز المسؤول على الرؤية.

تشمل الإعاقة البصرية حسب التصنيف CIF أي خلل يحدث على مستوى الوظائف الحسية المرتبطة بإدراك وجود الضوء وتصوير شكل، حجم ولون التحفيز البصري على غرار: وظائف حدة البصر، وظائف المجال البصري، جودة الرؤية ووظائف إدراك الضوء واللون، حدة الرؤية القريبة والبعيدة، جودة الصورة، قصر النظر، مد البصر ووظائف أخرى¹

2-7-1-ب تصنيف الإعاقة البصرية.

اقترحت منظمة الصحة العالمية OMS عبر تصنيفها العالمي للإعاقة CIH سنة 1980، تصنيفا للإعاقة البصرية اعتمادا على حدة البصر عن بعد أو تداعيات المجال البصري (إنطلاقا من إنكماش 20°)² حيث بات يُعتبر الأكثر إستخداما وتطبيقا على المستوى العالمي، وهو يميز بين 5 فئات للإعاقة البصرية كآآتي:

الفئة الأولى: تتمثل في الإعاقة البصرية المتوسطة أين يمتلك الفرد الذي يعاني منها حدة بصرية أقل من 0.3 (>15/5، >18/6، أو >20/6 أو >80/20 أو >70/20)³، ضمن مجال بصري أكبر من 20° وأقل من 50°.

الفئة الثانية: هي الإعاقة البصرية الشديدة (الضعف البصري)، تتحدد من خلال إمتلاك الفرد لقدرات بصرية أقل من 0,12 (>40/5، >48/6 أو >160/20) (>0,1، >50/5، >60/6 أو >200/20)⁵، ضمن مجال رؤية يتراوح من 10-60°، تندرج ضمن هاته الفئة إمكانية عد الأصابع على بعد 6 أمتار أو أقل.

¹ OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, op.cit, p p. 48-106.

² Asma Achachra, op.cit, p. 7

³ Caroline Kavarski, *La malvoyance chez l'enfant*, Lavoisier Librairie, France, 2011, p. 131.

⁴ Ibid, p. 76.

⁵ Asma Achachra, op.cit, p. 7.

⁵OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies, op.cit, p. 63.

الفئة الثالثة: ذوي الإعاقة البصرية العميقة والتي تتحدد بامتلاك الشخص لحدة بصرية أقل من 0.05 (>100/5، 60/3 أو 200/3)، ضمن مجال رؤية بين 5-10°، بإمكان الأشخاص الذين يُدرجون ضمن الفئة الثالثة عد أصابعهم على بعد 3 أمتار.

الفئة الرابعة: إعاقة بصرية شبه كلية يمتلك الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية شبه الكلية إمكانيات بصرية أقل من 0.02 (>300/5، 60/1 أو 200/3)، يتمكن أشخاص الفئة الرابعة من إدراك الضوء كما أن لهم مجال رؤية بصرية أقل من 5°، فيما يتمكنون من عد أصابعهم على بعد المتر الواحد فقط أو أقل.

الفئة الخامسة: إعاقة بصرية كلية أو العمى التام، لا يتمكن الأشخاص المكفوفين بتاتا من رؤية الضوء حيث يتسمون بغياب تام للبصر.

الجدول رقم 02-05 أنواع الإعاقة البصرية حسب CIH.

الرؤية البصرية	درجة الإعاقة
0,8 أو أقل (6/5، 7,5/6، 25/20)	رؤية عادية
أقل من 0,8 (>6/5، 7,5/6 أو 25/20)	بدون إعاقة خفيفة
أقل من 0,3 (>15/5، 18/6، أو 20/6 أو 80/20 أو 70/20)	متوسطة
أقل من 0,12 (>40/5، 48/6 أو 160/20) (>0,1، 50/5، 60/6 أو 200/20)	شديدة
أقل من 0,05 (>100/5، 60/3 أو 200/3)	عميقة
أقل من 0,05 (>100/5، 60/3 أو 200/3)	شبه كلية
عدم إدراك الضوء	كلية

Source: OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies, OMS-INSERM, 1988, p. 75.

حسب تصنيف CIH يندرج النوعين الأولين من الإعاقة البصرية (المتوسطة والشديدة) ضمن مجال الرؤية الضعيفة في حين يندرج النوعين الأخيرين في دائرة العمى.

2-7-1-ج العوامل المؤثرة في سلوك الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية.

يمكن القول أن هناك عدة عوامل جانبية تؤثر على سلوك الشخص ذوي الإعاقة البصرية، قد تخفف من وطئ الإصابة بالإعاقة أو عكس ذلك حيث تزيد الوضع سوءاً، من بين تلك العوامل مايلي:

- سن الإصابة بالإعاقة: يحدد هذا العامل ما إذا كان الشخص ذوي الإعاقة البصرية يمتلك ما يسمى ب"التخيل البصري للأشياء"¹، حيث أن الشخص الذي يفقد بصره قبل سن الخامسة لن يكون بإمكانه استرجاع الخبرات البصرية التي امتلكها سابقاً، مما يجعله يحاول تعويض فقدان البصر عن طريق الاعتماد على حاستي اللمس والسمع اللذان يبقى دورهما جزئياً في اكتساب المعرفة²، على عكس الشخص الذي تعرض للإعاقة البصرية في مراحل متقدمة من سنه، والذي تبقى في ذهنه صورة وتخييلات للأشياء تساعده على تطوير مهاراته، غير أن الأشخاص الذين فقدوا بصرهم في سن كبيرة قد يتعرضون لصدمات نفسية ومشكلات إجتماعية مقارنة بالأشخاص الذين ولدوا مكفوفين.

- شخصية المصاب بالإعاقة البصرية: تعتبر شخصية الكفيف من أهم العوامل التي تحدد مدى نجاح أو فشل الشخص في التكيف مع العمى³، حيث يجب على الشخص ذوي الإعاقة أن لا ينظر إلى العمى كأنه الخاصية الوحيدة التي يمتلكها⁴ بل على العكس من ذلك لابد أن يسعى لاستغلال كل ما لديه من قدرات وإمكانيات تؤهله لخوض تحدي الحياة، فامتلاك ذوي الإعاقة لشخصية قوية تمكنه من إيجاد الحلول وردود الفعل المناسبة لتأهيله من أجل التغلب على الإعاقة إن أمكن أو التخفيف من حدتها.

- الإمكانيات العقلية والإكتساب المعرفي: على الرغم من عدم مقدرة الشخص ذوي الإعاقة البصرية على الرؤية بشكل طبيعي أو فقدانها تماماً، إلا أن الأبحاث العلمية أكدت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والشخص ذوي الإعاقة البصرية على إختبار الذكاء،

¹ جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، الأردن، 2009، ص. 186.

² عبد الواحد الكبيسي، صبري بردان الحياي، مدخل إلى التربية الخاصة، مركز ديونو لتعليم التفكير، ط1، الأردن، 2014، ص. 207.

³ جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، مرجع سابق، ص. 186.

⁴ نفس المرجع.

وبالتالي فإن الإعاقة البصرية لا تؤثر على القدرات العقلية لأصحاب هاته الفئة¹، بل إن تأثر الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية مرهون بمستوى النمو المعرفي والتحصيل العلمي، تطور الخبرات وكذا طرق تأهيله التي تعتمد بدرجة كبيرة على توفر وسائل وأجهزة الدعم.

- دور الأسرة: في الحقيقة يمثل دور الأسرة العنصر المفتاح الذي يساعد على التحكم بالإعاقة مهما كان نوعها، فبفضل الإيجابية التي يبديها مختلف أفراد الأسرة خلال تعاملهم يتمكن الشخص الكفيف من بناء ما يسمى بتقدير الذات بشكل إيجابي يساعده ويمكنه من صقل شخصيته، حيث أن الشخص الكفيف يتكون لديه نقص يشوب تصوره حول محيطه الخارجي الأمر الذي يجعله دائم الخوف والترقب، ويكمن دور أفراد الأسرة في تدخلهم لامتناس صدمته وتعزيز إحساسه بالأمان² دون أن يتحول ذلك إلى حماية مفرطة، مع إعطائه مساحة تمكنه من الإحساس باستقلاليته، كما أن إكتساب الشخص ذوي الإعاقة البصرية للمعرفة لا بد أن يتم بعد تشجيع ومساندة يتلقاها من محيطه الأسري بالدرجة الأولى.

2-7-1-د أجهزة الدعم أو الوسائل التعويضية Les outils de compensation.

هي الأدوات، الأجهزة والمنتجات الجاهزة أو المعدلة أو المصممة حسب حاجة الشخص المستخدم وذلك بهدف رفع أو تحسين أو المحافظة على مستوى القدرات الوظيفية أو الأدائية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة

تمثل مسألة البحث في التقنيات المساهمة في تحقيق إستقلالية الأشخاص ذوي الإعاقة قضية رئيسية للبلدان المتقدمة، وهي تشغل مجالاً واسعاً من البحث الذي يربط بين المجالات الطبية والإجتماعية والذي يهدف إلى تصميم المنتجات و/أو الخدمات المساعدة في التعويض عن فقدان الإستقلالية، من أجل دعم وتسهيل الحياة اليومية للأشخاص ذوي الإعاقة وبالتالي مشاركتهم الإجتماعية³ تنقسم وسائل وأجهزة المساعدة إلى عدة أنواع تبعا لنوع الإعاقة وكذا مجال إستخدامها، بالنسبة للإعاقة البصرية فقد تم تطوير مجموعة من الأجهزة منها ما يستخدم لتسهيل أداء النشاطات اليومية، إكتساب المعرفة والتعلم بالإضافة إلى الأجهزة المصممة للمساعدة على التنقل والحركة (العصا البيضاء،

¹ حسني سعيد العزة، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: المفهوم- التشخيص-أساليب التدريس، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002، ص. 97.

² المرجع السابق، ص. 100.

³ Ornella Plos, op.cit, p. 44.

تطبيقات تحديد المسارات، نظم المعلومات الجغرافية والكلاب المدربة)، مع التقدم العلمي والتكنولوجي

المذهل تم إختراع العديد من وسائل الدعم مخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية من بينها:

المكبر La loupe: تسمح بتكبير الصور والنصوص ويوجد منها عدة نوعيات: مكبر الجيب،
المصباح المكبر، المكبر الإلكتروني...

مجهر أحادي وثنائي العين Monoculaire, Binoculaire: يسمح بمشاهدة اللوحات
والملصقات...

المنظار Lutrin: يعمل على تصغير المسافة بين الورقة والعين.



الصورة رقم 01 02 Télgrandisseur

الشاشة المكبرة Télé-

agrandisseur: والذي يتكون من

كاميرا صغيرة تعمل على إعادة

إرسال الوثيقة الورقية على الشاشة.

الكاميرا Caméra: تصوير اللوحة أو الصورة وإرسالها إلى شاشة الحاسوب المحمول.

Synthèse vocale: نظام وظيفته الرئيسية تكمن في اعتراض المعلومات المعروضة على شاشة
الحاسوب.



الصورة رقم 02-02 Plage braille

عرض برايل Plage Braille: تعمل على تحويل

المعطيات المتوفرة على الشاشة إلى رموز برايل.



الصورة رقم 03-02 Bloc-notes braille

مفكرة برايل Bloc-notes braille: تسمح

بتدوين الملاحظات، تصفح الإنترنت، مراقبة

البرامج، تسيير ومراقبة الإتصالات، القيام

بمراسلات إلكترونية...

برنامج تكبير الصورة Logiciel de grossissement de l'image: يسمح بالقراءة المثلى لجميع المهام المنجزة عبر الحاسوب.



الصورة رقم 04-02 Machine à lire

آلة القراءة Machine à lire: تسمح بقراءة الوثائق الورقية.

2-7-2 الإعاقة السمعية.

هي النوع الثاني من الإعاقة الحسية، وهي لا تتعلق بتضرر يحدث على مستوى الأذن فقط، بل تتجاوز ذلك لتشمل خلايا يصيب الجهاز السمعي بمختلف مكوناته ووظائفه¹.

2-7-2-أ مفهوم الإعاقة السمعية.

تتمثل الإعاقة السمعية في فقدان جزئي أو كلي لحاسة السمع نتيجة لعدم قدرة إحدى الأذنين أو كليهما على إدراك السمع والتقاط الأصوات بصفة عادية² (ضعف أداء الأذن التي يكمن دورها الرئيسي في ضمان السمع)، كما تعرف على أنها: كل خلل يمس الوظائف الحسية المرتبطة بإدراك وجود الأصوات وعدم القدرة على التمييز بين مكان الصوت، اللهجة، قوة الصوت وكذا جودته³، يُعزى هذا الخلل إلى عدة أسباب قد تكون خلقية أو مكتسبة. تتسبب الإعاقة السمعية في صعوبات شتى تؤثر في قدرة الشخص المعني على التواصل مع الآخرين، وتشكل عقبات مختلفة تعيق تطور الإدراك الحسي بالإضافة إلى تأخر إكتساب اللغة أو حتى عدم القدرة على النطق و الكلام⁴.

في أغلب الأحيان يتم تأكيد وجود إعاقة سمعية بواسطة جهاز سمعي يقيس مقدرة الأذن على السمع التي تترجم إلى رسم سمعي، وهو عبارة عن منحنى عتبات الإدراك السمعي⁵ من خلاله يتم الإعتماد على مقاسين لكشف حدة السمع وهما: تردد الصوت الذي تتمثل وحدته في Hertz وكثافة

¹ OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, op. cit, p. 69.

² Elisabeth Dambiel-Birepinte, Alain Baudrit, *Le handicap en classe: une place pour le tutorat scolaire?*, 1^{er} édition, De Boeck, Belgique, 2008, p. 17.

³ OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, op.cit, p. 66

⁴ Jean Adolphe Rondal et autres, *Manuel de psychologie des handicaps: sémiologie et principes de remédiation*, Pierre Mardaga, Belgique, 2001, p. 163.

⁵ Elisabeth Dambiel-Birepinte, Alain Baudrit, op.cit, p. 17.

الصوت Decibel التي تقيس القوة الصوتية أو الحد الأدنى من الكثافة الصوتية التي تستطيع الأذن البشرية إدراكها¹.

2-7-2-ب تصنيفات الإعاقة السمعية.

هناك عدة تصنيفات يتم اعتمادها من طرف بلدان العالم لتحديد درجة أو نوع الإعاقة السمعية، منها ما يركز على عمقها، موقعها.

- تصنيف الإعاقة السمعية حسب عمقها:

وهو التصنيف الأكثر اعتمادا من قبل الدول الفرنكوفونية، تم إعداده من قبل المكتب العالمي لعلم السمعيات Bireau International d'Audiophonologie "BIAP"²، يركز التصنيف المقترح من قبل BIAP على تقييم متوسط فقدان السمع من خلال قياس النغمة السمعية حسب التردد الكلاسيكي للمحادثات³ الذي تبنته منظمة الصحة العالمية OMS وهو: 500، 1000، 2000 و 4000 Hz.

يتم حساب متوسط فقدان السمع بقسمة إجمالي القيم التي تم إلتقاطها على 4 لكل أذن على حدى، ويتم تحديد متوسط فقدان السمع انطلاقا من الرقم المتحصل عليه من أفضل أذن حيث يتم تصنيف الإعاقة وفقا للجانب الأقل تضررا⁴ كما أوصت به OMS. يكون السمع طبيعيا أو شبه طبيعي إذا كان متوسط فقدان السمع أقل من 20db⁵ وهي خسارة لا تتسبب في أي مشاكل تؤثر في إدراك الكلام أو سماع الأصوات.

قام المكتب العالمي لعلم السمعيات بتقسيم أنواع الإعاقة السمعية حسب عمقها إلى:

- ضعف سمع خفيف: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 21-40db، وهنا يتمكن الشخص المعني من إدراك الكلام وسماع الأصوات المألوفة بشكل طبيعي، ولكن يمكن هروب بعض العناصر الصوتية من الطفل⁶.

¹ Ibid.

² Jean Adolphe Rondal et autres, op.cit, p. 163.

³ Asma Achachra, op.cit, p. 8.

⁴ OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, op. cit, p. 69.

⁵ Jean Adolphe Rondal et autres, op.cit, p. 164.

⁶ Asma Achachra, op.cit, p. 9.

- ضعف سمع متوسط: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 41-70db، لا يتمكن الشخص المعني من أدراك الكلام إلا من خلال الصوت العال، كما أن تدخل أخصائي النطق في هذه المرحلة أمر ضروري، يتم التمييز بين صنفين من ضعف السمع المتوسط هما:
 1. الدرجة الأولى: فقدان سمع متوسط يتراوح بين 41-55db.
 2. الدرجة الثانية: فقدان سمع متوسط يتراوح بين 56-70db.
- ضعف سمع شديد: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 71-90db، في هذه الحالة يتم إدراك الأصوات العالية فقط، يتم التمييز بين صنفين من ضعف السمع الشديد:
 1. الدرجة الأولى: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 71-80db.
 2. الدرجة الثانية: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 81-90db.
- ضعف سمع عميق: يفوق متوسط فقدان السمع 90db، يتم التمييز بين 3 مجموعات:
 1. المجموعة الأولى: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 91-100db.
 2. المجموعة الثانية: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 101-110db.
 3. المجموعة الثالثة: يتراوح متوسط فقدان السمع بين 111-119db.

يؤدي ضعف السمع العميق إلى خرس ثانوي لدى الاطفال، بحيث تصبح قراءة الشفاه ضرورية للفهم والتواصل، يعتمد أفراد هذه الفئة على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع وهم يعانون من ضعف شديد في الكلام واللغة، ولايمكنهم فهم الكلام وتعلم اللغة بالإعتماد على آذانهم حتى مع إستخدام المعينات السمعية، بل يحتاجون إلى أقسام خاصة بالصم وتوظيف طرق التواصل اليدوي، قراءة الشفاه والتدريب السمعي المستمر والمكثف¹.

¹ عبد المطلب أمين القريطي، نورو الإعاقة السمعية: تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم، عالم الكتب، مصر، 2013، ص. 29.

الجدول رقم 02-06 تصنيف الإعاقة السمعية حسب BIAP.

متوسط فقدان السمع	نوع الإعاقة السمعية
db40-21	ضعف سمع خفيف
db70-41	ضعف سمع متوسط
db90-71	ضعف سمع شديد
+db90	ضعف سمع عميق

Source: Collègue Français d'ORL et chirurgie cervico-faciale, *Fiche ORL*, Elsevier Masson, France, 2018, p. 41.

- تصنيف الإعاقة السمعية حسب موقعها.

يُعرف أيضا بالتصنيف العيادي أو الكلينيكي يُميز بين نوعين من الإعاقة السمعية:

1. Déficience auditive de transmission: وهو نوع شائع جدا لدى الأطفال، يقع

فقدان السمع بسبب مشكلة ضعف تحدث على مستوى ناقل الحركة الناجم عن إصابة أو تلف يصيب الأذن الوسطى، بحيث يتوقف مسار الصوت عند مستوى الأذن الخارجية أو الوسطى، بالتالي لا تتمكن الموجة الصوتية من الوصول إلى القوقعة بشكل طبيعي رغم سلامة الوظيفة الحسية العصبية¹، لا يتجاوز فقدان السمع في هذه الحالة db60، يحدث هذا بسبب إتهاب أو عدوى تؤثر على الأذن الخارجية أو الوسطى².

تتسبب هذه الحالة في مشاكل سلوكية لدى الأطفال الصغار كما أنها قد تؤثر على إدراك الأصوات المنخفضة خلال 3 سنوات الأولى مما يؤثر على إكتساب اللغة الشفوية وحتى المكتوبة³.

2. Déficience auditive de perception: يحدث عادة بسبب تلف يصيب الأذن

الداخلية وبالضبط على مستوى عضو Corti أو على مستوى الممرات العصبية ومراكز السمع العليا⁴، يؤدي إلى فقدان إدراك الإشارة الصوتية وتشويه الرسائل المستلمة، تحدث هذه الحالة غالبا بسبب عوامل وراثية (30-40% من الحالات سببها وراثي)، وتؤدي في

1 Jean Adolphe Rondal et autres, op.cit, p. 163.

2 Collègue Français d'ORL et chirurgie cervico-faciale, *Fiche ORL*, Elsevier Masson, France, 2018, p. 41.

3 Jean Adolphe Rondal et autres, op.cit, p. 163.

4 Ibid.

معظم الأحيان إلى ضعف سمع عميق، حيث يصل الصوت مشوها وأحيانا لا يصل الصوت إطلاقا، ترجع الأسباب المؤدية لهذه الحالة إلى التعرض للصخب، الأعراض الثانوية لبعض الأدوية، الإصابة ببعض الأمراض أو حتى بفعل التقدم في السن.

- تصنيف الإعاقة السمعية حسب تاريخ ظهورها.

يعتبر العمر الذي أصيب به الإنسان بالإعاقة السمعية عنصرا مهما جدا للتعامل مع الإعاقة وتقليل تداعياتها، وهو ما يغفل عنه العديد من الباحثين، حيث أن إصابة الشخص في وقت مبكر من حياته بالإعاقة السمعية تحدث تأثيرا بليغا خاصة على مستوى تطور الكلام واللغة وتزيد من معاناته من صعوبات النطق، القراءة والكتابة، لذلك ميز الباحثون بين ضعف السمع خلال الفترة ما قبل الفظية قبل اللغوية¹ للطفل الذي لم يتجاوز عمره 3 سنوات يسمى أيضا الصمم الولادي¹، وضعف السمع ما بعد اللغوي للطفل الذي تجاوز 4 سنوات أي بعد إرتقاء المهارات الكلامية واللغوية للطفل وغالبا ما يسمى هذا النوع بالصمم المكتسب، في هذه الحالة لا يتأثر النطق أو الكلام عند الطفل².

إن إدراك الطفل الجيد للغة يتيح له إمكانية تطوير قدراته في النطق والتعبير الشفوي واللفظي الذي إكتسبه أساسا من محيطه الخارجي، تستمر هذه المرحلة حتى بلوغ الطفل 7 سنوات، غير أن ضعف أداء الجهاز السمعي يسبب صعوبات تعيق إكتساب الطفل للغة وتؤدي أيضا إلى تشويش استقباله وتفسيره للكلام وهو ما يؤثر سلبا على تواصله مع الآخرين.

بالإضافة إلى تصنيفات الإعاقة السمعية السابق ذكرها تم تطوير تصنيفات أخرى على غرار التصنيف حسب تصور الكلام مع أجهزة السمع³ وتصنيف الإعاقة السمعية حسب سن الفحص⁴.

2-7-2- ج أجهزة دعم المعاقين سمعيا (Les outils de compensation).

يعتمد نوع جهاز دعم الإعاقة السمعية على معايير مختلفة تشمل وظيفة الجهاز، نوع و مستوى فقدان السمع، الحالة الصحية لضعيف أو فاقد السمع (في حالة ما إذا كان يعاني من مشاكل صحية أم

¹ فائزة الفايز عبد الله الفايز، مراكز مصادر التعلم والتكنولوجيا المساعدة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، ط1، دار الحامد، مصر، 2010، ص. 21.

² خالدة نيسان، الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص. 14.

³ Jean Adolphe Rondal et autres, op.cit, p. 167.

⁴ Ibid.

لا)، درجة إستعماله للتكنولوجيا، طريقة تواصله وكذا مجال عمله. تختلف وسائل تكنولوجيا التأهيل السمعي حسب وظيفتها إلى عدة أنواع من بينها:

1- الأدوات المساعدة على السمع: وهي إحدى المساعدات التكنولوجية التي تساعد ضعاف السمع على السمع، بل تلعب دورا في استعادة بعض وظائف السمع للأشخاص الصم، من خلال توفير وسائل بديلة للإتصال مع الآخرين، أو ممارسة أنشطة الحياة اليومية¹. تشمل الأدوات المساعدة على السمع السماعات الطبية بمختلف أنواعها والتي تعمل على تضخيم الأصوات لتمكين الشخص المعني من سماع الأصوات بشكل أسهل، رغم ذلك تبقى المعينات السمعية مجرد أدوات مكبرة فقط صممت لتكبير أو توضيح الأصوات².

2- أدوات الإتصال عن بعد: هي أجهزة مساعدة تحسن من التواصل ونطور مهارات الإستماع لأجهزة الإتصال كالتلفزة، الراديو، المسجلة³... من بين أدوات الإتصال عن بعد مايلي:

- أداة الإتصال عن بعد للصم: يسمح هذا الجهاز للأشخاص أن يجروا أو يستقبلوا مكالمات هاتفية من خلال طبع معلومات على الهاتف.



الصورة رقم 05-02 Amplificateur



الصورة رقم 06-02 Contours d'oreilles

- مكبرات الصوت: تمكن هذه المكبرات من الإستماع مباشرة للصوت من جهاز التلفاز أو من المسجل وهي مكونة من وحدة ضبط صغيرة متصلة مع التلفاز أو المسجل من خلال ميكروفون موجود بالقرب من مكبر الصوت أو موصول بوصلة التلفاز، وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تمكن الفرد من الاستماع إلى الصوت باستخدام سماعة طبية أو بواسطة وصل وحدة الضبط من خلال سماعات توضع على الرأس أو من خلال سماعات طبية مخصصة لكل فرد، إلا أنها قد تقطع الصوت عن الأشخاص الآخرين مكبرات صغيرة.

1 أحمد محمود الحوامدة، إضطرابات السمع عند الأطفال، دار ابن النفيس للنشر والتوزيع، الأردن، 2019، ص. 157.
2 هلا السعيد، الإعاقة السمعية: دليل علمي وعملي للأباء والمتخصصين، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2016، ص. 614.
3 أحمد محمود الحوامدة، مرجع سابق، ص. 157.

- سماعات توضع حول الرأس: العديد من أجهزة التلفاز يوجد لديها وصلات سماعات توضع على الرأس، بحيث يسهل التحكم بمستوى الصوت لكل أذن على حدة¹.



الصورة رقم 07-02 Mallette

3- معدات مساعدة في الحياة اليومية: يواجه المعاقون سمعياً صعوبة في سماع بعض الأصوات التي تصدر في البيئة المنزلية كصوت جرس الباب أو الهاتف، أو الساعات المنبهاة ولذا هم يحتاجون لتكييف مثل هذه المعدات بالشكل الذي يساعدهم على استخدامها عن طريق إجراء بعض التعديلات عليها وهناك الكثير من المعدات التي صممت خصيصاً أو كيفة لتتناسبهم ونذكر منها:

- أجهزة تنشيط الصوت: وهي عبارة عن أجهزة ذات نظم خاصة يمكنها الكشف عن صوت الهاتف وجرس الباب بواسطة أجهزة إرسال صغيرة يرتديها الشخص.
- تقوم أجهزة تنشيط الصوت بتنبيه الشخص ذوي الإعاقة السمعية أثناء وجود الجرس من خلال المحولات الموزعة في أنحاء المنزل والتي تقوم بتحويل الترددات الصوتية إلى ضوئية ذات ذبذبات مرتفعة يسهل الإحساس بها.
- ساعات تنبيه: وهي تعمل من خلال وجود ضوء ساطع في الساعة أو نظام ذي ترددات وذبذبات مختلفة تصل إلى أسفل الوسادة بحيث يصبح من السهل إيقاظ الشخص النائم في الوقت المحدد.
- كاشفات أو منبهات دخان الحريق: تتضمن نوعان تستخدم حسب درجة فقدان السمع، فالنوع الأول هو من كاشفات الدخان ذات الصوت المرتفع والتي تستخدم مع ذوي فقدان السمع البسيط.
- النوع الثاني فهو من كاشفات الدخان ذات الأضواء الساطعة والذبذبات المرتفعة والتي يستمر عملها وإن تسبب الحريق في عطل الكهرباء.

¹ المرجع السابق.

- هواتف فيديو: وهي مصممة خصيصاً لأولئك الذين يستخدمون لغة الإشارة كلغة أساسية في حياتهم اليومية، فهم يستطيعون بواسطة هذا الجهاز تبادل الحوار مع بعضهم البعض عبر شاشة صغيرة مزود بها الهاتف تمكنهم من رؤية بعضهم البعض.

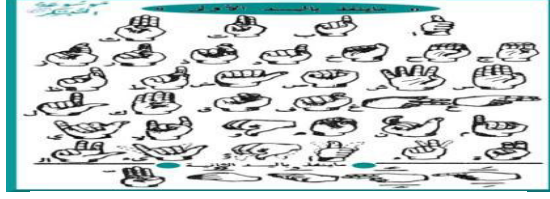
4- جهاز القوقعة الإلكترونية: تعتبر تكنولوجيا زراعة القوقعة من أحدث ما توصل إليه العلم لفائدة الأشخاص الذين يعانون من فقدان سمعي تام أو شبه تام، وذلك لأن البقايا السمعية لديهم غير كافية، بسبب تلف أو تشوه الشعيرات العصبية الحسية السمعية على مستوى القوقعة لذلك لا يتمكن الصوت من الوصول إلى العصب السمعي¹ رغم تطور المعينات السمعية تبقى عاجزة عن تعويض فقدانهم السمعي وهو ما جعل الباحثون يطورون وسيلة بديلة تعمل على حث العصب السمعي عن طريق قطب يزرع بداخل الأذن الداخلية، في هذه الحالة يتم استقبال الصوت بواسطة مكبر صغير للصوت يوضع خارج الأذن²، الذي يحول الصوت لتتم معالجته تكنولوجيا بهدف تبسيطه وتسهيل إدراكه. يتكون نظام زراعة القوقعة الإلكترونية من قطعتين: معالج صوتي خارجي، يوضع بأريحة خلف أو خارج الأذن، و زرع قوقعة داخلية، توضع عن طريق الجراحة تحت الجلد.

5- تطوير لغة الإشارة: تعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، أما بالنسبة لأبجدية الأصابع فتشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً³، تعتبر لغة الإشارة اللغة الأم للأشخاص الصم والتي عرفت تطوراً من خلال إدخال إختراعات وتطبيقات تكنولوجية عديدة من أجل تطويرها على غرار القفازات الإلكترونية التي تترجم لغة الإشارة إلى لغة نص مكتوبة أو منطوقة، كونها مزودة بحساسات ومجسات متحركة، يقوم التطبيق المثبت على الهاتف الذكي أو الجهاز اللوحي بترجمة ما ترسله المجسات إلى نصوص تمكن المستخدم من قراءتها، أو ترجمتها صوتياً، ويعد هذا النموذج من بين عديد الإختراعات التكنولوجية التي تسهل حياة الأشخاص المعنيين.

1 هلا السعيد، مرجع سابق، ص. 14.

2 أحمد محدود الحوامدة، مرجع سابق، ص. 159.

3 فرحان محمد الياصجين، موضوعات في علم الخواص، ج2، دار المعزز للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص. 228.



الصورة رقم 08-02 Alphabet dactylogogue

2-7-3 الإعاقة الحركية.

تصنف الإعاقة الحركية كنوع من أنواع الإعاقة الجسدية التي تشير غالبا إلى خلل قد يصيب جسم الإنسان من إعاقة حسية بصرية كانت أو سمعية، اضطراب في النمو، أمراض مزمنة...

2-7-3-أ مفهوم الإعاقة الحركية.

أشارت منظمة الصحة العالمية خلال تصنيفها CIH الذي نشر سنة 1980 إلى أن الإعاقة الحركية تعتبر إنعكاسا لتصرف الأجزاء المرئية من جسم الإنسان¹ (حيث يتم استثناء الأعضاء الداخلية) نتيجة حدوث خلل ميكانيكي أو وظيفي يصيب الهيكل العظمي، العمود الفقري، الوجه (باستثناء بعض الاختلالات التجميلية)، الرأس، الرقبة والأطراف كلها أو بعضها، الأعصاب، العضلات العظام والمفاصل² سواء كان الخلل جزئيا أو كليا.

كما تعرف أيضا بأنها تلك الإعاقة التي تحد من قدرات الشخص على استخدام جسمه بشكل طبيعي مثل أقرانه الأسوياء³، حيث يمتلك الشخص ذو الإعاقة الحركية قدرات محدودة على التنقل، القيام بالحركات وتحريك بعض الأعضاء... بصفة مؤقتة أو دائمة (عضال)⁴،

كما تم تعريفها على أنها عدم قدرة الشخص على تحريك أجزاء جسمه لتأدية بعض الحركات بحرية، بالإضافة إلى عدم التنسيق بين حركات الجسم المختلفة بسبب إصابة في عموده الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي، أو نتيجة لعوامل وراثية⁵.

¹ OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, op.cit, p. 89.

² محمد نجاتي محمد الغزالي، تغذية المعاقين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2014، ص. 61.

³ إيمان طاهر، الإعاقة أنواعها وطرق التغلب عليها، وكالة الصحافة العربية (ناشرون)، مصر، 2017، ص. 15.

⁴ Nour Elhouda Fares, "La la qualité de vie des parents des enfants en situation du handicap dans la région Fes Meknes", thèse de doctorat, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Maroc, 2018, p. 19.

⁵ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2011، ص. 418.

حسب معهد التعليم الحركي (IEM) Institut d'Education Motrice¹ يحتاج الشخص للقيام بأي حركة إلى: الدماغ، المخ، الجهاز العصبي المحيطي، العضلات والهيكل العظمي¹، أي ضرر يحدث على مستوى عنصر من تلك العناصر يؤدي إلى صعوبة في تحقيق الحركة، مما يؤثر على الوظيفة الحركية والتطور النفسي والعصبي، وقد يصاحبها اضطرابات وظيفية مثل المضغ، البلع، التنفس، نقص على مستوى الحواس، اضطراب اللغة والكلام، اضطراب التواصل وحتى إعاقة ذهنية أحيانا، حيث يؤدي هذا إلى تعطيل الحياة اليومية، الدراسية والاجتماعية للأشخاص المصابين خاصة بالنسبة للأطفال².

2-7-3-ب تصنيف الإعاقة الحركية.

يوجد العديد من التصنيفات التي تعتمدها الدول لتحديد أنواع الإعاقة الحركية، قبل التطرق لأهم التصنيفات المعتمدة لابد من الإشارة إلى أن التصنيفات الآتي ذكرها تستند على الإعاقة الحركية ذات المنشأ الدماغي (الشلل الدماغي) Déficience d'Origine Cérébrale التي تتمثل في صعوبة مراقبة، تنفيذ وتنسيق الحركات الإرادية نتيجة لإصابة الدماغ غير المتطورة التي تحدث أثناء الفترة الجنينية أي قبل، أثناء أو بعد الولادة³.

• تصنيف الإعاقة الحركية حسب عوامل الخطر:

يتم التمييز بين نوعين من الإعاقة الحركية حسب عوامل الخطر هما الشلل الدماغي الخلقي والمكتسب، يعتبر تاريخ بداية الإعاقة تفصيلا دقيقا جدا فحقيقة أن تكون ذوي إعاقة منذ الولادة يختلف عن كونك أصبت بالإعاقة حديثا⁴.

• الشلل الدماغي الخلقي: ينشأ منذ الولادة نتيجة عدة أسباب من بينها: تأخر النمو داخل الرحم، الخداج، عدوى خطيرة تصيب الأم والجنين، التهابات تصيب الجنين قد تكون ذات طبيعة جرثومية أو فيروسية أو طفيلية أو خارجية مثل التسمم ب CO₂ أو الأدوية أو الأشعة، خلل في تكون الأعضاء، الإعتلال العصبي المحيطي التنكسي، اليرقان الوليدي⁵.

¹ Mahfoud Bouchloukh, "Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs", Thèse de doctorat, Université Mentouri Constantine, Faculté des sciences humaines et sciences sociales, Algérie, 2009, p. 12.

² Ibid.

³ Asma Achachra, op.cit, p p. 10-11.

⁴ Delcey Michel, Introduction aux causes de déficiences motrices, 2002. Disponible à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article320>, consulté le 16-04-2020.

⁵ Nour Elhouda Fares, op.cit, p. 22.

- الشلل الدماغي المكتسب: يحدث بعد الولادة لعدة أسباب من بينها: سكتة دماغية، عدوى، صدمات الجمجمة، إصابة الحبل الشوكي، التهاب السحايا¹، أورام، تشنجات، أمراض التمثيل الغذائي، آثار الحروق الشديدة.
- تصنيف الإعاقة الحركية حسب طبيعة الإضطرابات أو الأعراض.
يوجد عدة أنواع من الإعاقة الحركية المصنفة حسب طبيعة الإضطرابات المهيمنة والأعراض من بينها:
 - التشنج Hypertonie وهي النوع الأكثر إنتشاراً، يتميز صاحبه بالقيام بحركات بطيئة متقلبة وصلبة بالإضافة إلى تقلص في مجموعة العضلات المشاركة في الحركة تجعل منه غير قادر على الإسترخاء، يحدث بسبب إضطرابات على مستوى الجهاز العصبي الذي يتحكم في الحركات الإرادية مما يؤدي إلى زيادة غير طبيعية في توتر العضو والعضلة. يتم التمييز بين نوعين من التشنج هما: la spasticité وهو التشنج العضلي المرتبط بالآفات الهرمونية و la rigidité وهو التصلب المرتبط بالآفات خارج الهرمونية².
 - خلل في الحركة Les dyskinésies يحدث هذا النوع بسبب التغيرات المفاجئة في توتر العضلات التي تنتج غالباً بصلاية مفرطة ومقاومة في مرونة العضلات³.
 - L'athétose هو حركة لا إرادية بطيئة تحدث على مستوى الأطراف وهي في حالة راحة، غير أنها تختفي أثناء النوم، تحدث هذه الحركة بسبب هجوم على le système extrapyramidal وخاصة النوى المركزية المحيطة⁴.
 - L'ataxie يعتبر الأقل إنتشاراً، يتميز صاحبه بحركات إرادية غير متناسقة وغير متزنة مع الحفاظ على قوة العضلات بالإضافة إلى عدم القدرة على المحافظة على الوضعية، يحدث بسبب آفة وضرر يقع على مستوى المخيخ.
- تصنيف الإعاقة الحركية حسب منطقة الإصابة (تصنيف كلينيكي).
وفقاً لهذا التصنيف يتداخل الشلل الدماغي مع وظيفة حركة العضو أو عدة أعضاء قد تكون على مستوى الجزء العلوي أو السفلي للجسم.

¹ Benjamin Bajer et autres, *Pédiatrie*, S-Editions, France, 2008, p. 94.

² Nour Elhouda Fares, op.cit, p. 22.

³ Ibid.

⁴ Ibid., p. 23.

- الشلل النصفي l'hémiplégie: وهو الأكثر شيوعاً، يمس هذا النوع كلا العضوين في النصف العلوي للجسم.
- Paraplégie ou diplégie وهو شلل نصفي يصيب العضوين السفليين مما يؤثر على وظيفة عملهما.
- Tétraplégie ou quadriplégie أين تتم إصابة الأطراف الأربعة، يسبب هذا الإختلال قصوراً في العمود الفقري كما يؤدي إلى ضعف في التحكم في الرأس بالإضافة إلى تصلب الأطراف¹ في المجمل يمكن القول أن موقع الإصابة ليس مؤشراً كافياً لتقدير شدة الإعاقة الوظيفية.

2-7-4 الإعاقة الذهنية.

لقد أصبح مصطلح الإعاقة الذهنية يستخدم على نحو متزايد بدلا من التخلف العقلي²، الإعاقة العقلية، التأخر العقلي، التخلف الذهني، الإضطراب العقلي... وهذا يرجع إلى عدة أسباب من أهمها كون مصطلح الإعاقة الذهنية يعبر عن التغير الحاصل في مفهوم الإعاقة التي تصفها الجمعية الأمريكية للإعاقات الذهنية والإنمائية، وكذا منظمة الصحة العالمية³، مع مفهوم غير أنه وللأسف لم يتم الإتفاق على مفهوم علمي محدد وموحد للإعاقة الذهنية على عكس المصطلحات الطبية الأخرى⁴. (سيتم التطرق إلى هذا النوع من خلال تسمية الإعاقة الذهنية).

2-7-4-أ مفهوم الإعاقة الذهنية.

تعرف الإعاقة الذهنية على أنها إمتلاك امكانيات وقدرات حساسة ومحدودة تقلل من فهم المعلومات الجديدة والمركبة، التعلم، تطبيق المهارات الجديدة... وغيرها من الأعراض المترابطة، توجد العديد من الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الذهنية منها التي تصيب الجهاز العصبي المركزي بشكل مباشر وغير

¹ Ibid., p. 22.

² روجي مروح أحمد عبدات وآخرون، إضاءات على التقييم النفسي التربوي في التربية الخاصة، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2015، ص. 35

³ المرجع السابق، ص. 36

⁴ APA, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV-TR, 4^e édition, Masson, France, 2005, p. 29

مباشر، معاناة أثناء الولادة، شدوذ وراثي أو كروموزومي، إلتهاب أو عدوى ما قبل الولادة بالإضافة إلى أسباب أخرى¹.

تشمل الإعاقة الذهنية حسب تصنيف CIH أي نقص يحدث على مستوى الذكاء، الذاكرة والتفكير² بحيث يتم إستبعاد الصعوبات المتعلقة باكتساب اللغة والتعلم اللتان يتم تصنيفهما على حدى.

أ- نقص الذكاء *Déficiencie de l'intelligence*: وهو إضطراب في درجة تطور الوظائف المعرفية وتدهورها مثل: الإدراك والإنتباه نتيجة أسباب مرضية.

ب-نقص الذاكرة *Déficiencie de la mémoire*: تشمل فقدان الذاكرة سواء كان كلياً أو جزئياً لذاكرة الأحداث وعدم القدرة على تسجيلها، الإحتفاظ بها والعودة إلى المعلومات الجديدة، ضعف الذاكرة المتعلقة بالأحداث القديمة، ضعف الذاكرة المتعلقة بالأحداث الحديثة، ضعف القدرة على إكتساب معلومات جديدة، فقدان الذاكرة النفسية وضعف الذاكرة المتعلقة بالأشكال، الكلمات والأرقام، فهم ذكريات خاطئة وتشويه محتوى الذاكرة، أوهام الذاكرة، تذكر الحقائق والأحداث دون التعرف عليها كذكريات بالإضافة إلى حالات أخرى³.

ت-نقص التفكير *Déficiencie de la pensée*: يشمل نقص في طريقة التفكير وهي الاضطرابات التي تؤثر على سرعة وتنظيم عمليات التفكير والقدرة على تكوين تسلسل منطقي للأفكار، نقص في القدرة على تجريد المفاهيم، عدم القدرة على تفسير معاني ما يتم إدراكه، التركيز المفرط أو غير الواقعي على مجموعة معينة من الأفكار، المبالغة، هذيان جنون العظمة، هذيان إكتيابي، بالإضافة إلى حالات أخرى⁴.

تضمن التصنيف العالمي CIF تقسيماً آخر للإعاقة الذهنية يختلف حسب وظائف العقل من الوظائف العقلية العامة إلى الوظائف العقلية الخاصة⁵.

¹ Charles Leclerc, *Soins et handicap mental: relation Soignante et prise en charge*, John Libbey Eurotext, France, 2018, p p. 17-20

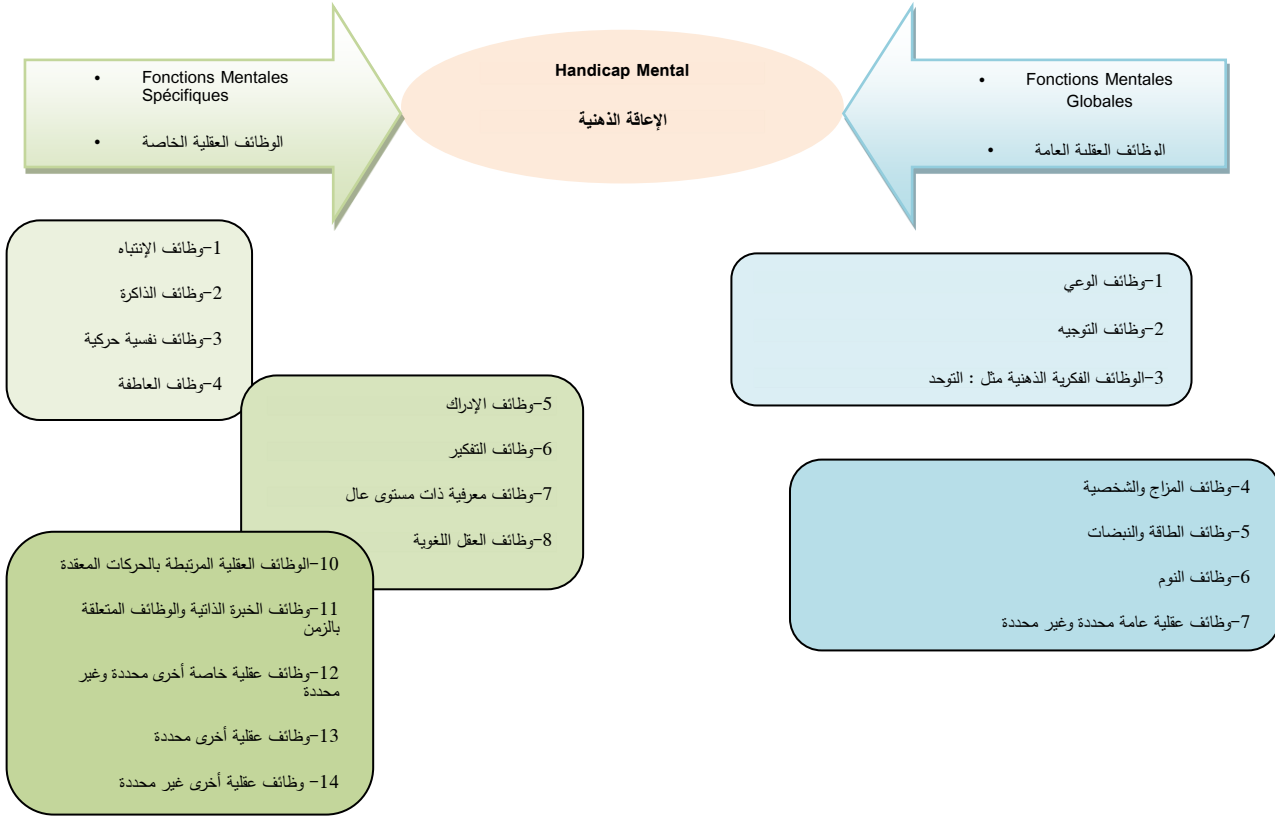
² OMS, *Classification Internationale des Handicaps: Déficiencie, incapacités et désavantages*, op.cit, p. 48.

³ Ibid., p p. 49-50

⁴ Ibid., p p. 50-52.

⁵ OMS, *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, op.cit, p. 48.

الشكل رقم 02-15 مختلف مكونات الإعاقة الذهنية حسب التصنيف العالمي CIF.



Source: Préparé par le chercheur en dependre sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, Suisse, 2000, p p. 53-62.

تضمن التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10) الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 2016 مجموعة أخرى من الإضطرابات العقلية تختلف نوعا ما عن تصنيف CIF، هذه الإضطرابات تم جمعها على أساس وجود أسباب مشتركة مثبتة سريريا تتمثل في الأمراض الدماغية والإصابات التي تلحق ضررا بالدماغ، إما بشكل مباشر وانتقائي أو ثانوي¹.

2-7-4-ب تصنيف الإعاقة الذهنية.

يوجد العديد من التصنيفات المتعلقة بالإعاقة الذهنية، سيتم الإكتفاء بذكر أكثرها إعتادا من قبل

الدول:

¹ WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), WHO, 2016. Trouver sur le site <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F00-F09>, Consulté le 21-04-2020.

• تصنيف الإعاقة الذهنية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Disorder (DSM):

هذا الدليل تم اعتماده منذ سنة 1952 من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA، وقد تم تحديثه سنة 2000¹، DSM هو عبارة عن كاتالوج وصفي للأمراض العقلية يتضمن مجموعة متعددة من المحاور وهو يمثل مقارنة عالمية ذات طرح مثالي، يتم تصنيف الإعاقة العقلية إنطلاقاً من مجموعة من الشروط: عندما يكون الأداء أو النشاط الذهني العام ذو دلالة تساوي أو أقل من 70 ($QI \leq 70$)، إصابة الشخص باضطرابين على الأقل من بين الإضطرابات التالية التي تحدث على مستوى: التواصل، الحكم الذاتي، الحياة المنزلية، المهارات الإجتماعية، إستغلال الموارد البيئية، المسؤولية الفردية، التحصيل العلمي والعملي وقوانين صحة وسلامة الفرد، بالإضافة إلى ظهور الإضطرابين على الأقل قبل بلوغ الشخص لسن الثامن عشر².

• تصنيف الإعاقة الذهنية حسب مقياس معامل الذكاء QI:

تضمن التصنيف تقسيم الإعاقة الذهنية وفقاً لـ 4 مستويات مبنية على مقياس معامل الذكاء، قبل التطرق إلى مستويات الإعاقة الذهنية وفقاً لهذا التصنيف سيتم العروج لتعريف مقياس معامل الذكاء QI.

مقياس معامل الذكاء Quotient intellectuel:

يعتبر الذكاء قدرة عقلية عامة تتضمن الإستنتاج، التخطيط، حل المشكلات، التفكير المجرد، الأفكار الشمولية المعقدة، التعلم السريع والتعلم من الخبرة³، أما إختبار مقياس الذكاء فهو إختبار سيكوميترى (قياس نفسي) يهدف إلى توفير مؤشر كمي موحد يتعلق بالذكاء التجريدي، وهو الأكثر استعمالاً على المستوى العالمي، صدرت نسخته الأولى سنة 1947 غير أنها نقحت سنت 2005 يصنف هذا المقياس ذكاء الشخص ومدى انحرافه عن متوسط السكان، يقدر المتوسط الطبيعي لمعامل الذكاء $QI=100$ ، يتم تفسير النتائج المتحصل عليها بحذر شديد لأنها تعتبر غير دقيقة نسبياً، وبالرجوع

¹ Nadia Guessabia, "Etude génétique du retard mental familial non spécifique", Thèse de doctorat, Université Mouloud Mammeri Tizi Ouzou, Faculté des Sciences biologiques et des sciences agronomiques, Algérie, 2012, p. 14

² Jeffrey Nevid et autres, *Psychopathologie*, 7^{ème} édition, Pearson Education, France, 2009, p. 311.

³ روجي مرواح أحمد عبدات وآخرون، مرجع سابق، ص. 48.

إلى تصنيف الإعاقة الذهنية وفق مقياس Wechsler (أول من وضع مقياس معامل الذكاء) فهو يميز بين:

- إعاقة خفيفة: تتراوح قيمة QI بين 55/50 - 70¹ حيث يعاني الطفل المصاب من صعوبات دراسية، غير أنه قادر على الاندماج داخل المجتمع خاصة عند بلوغه سن الرشد.
- إعاقة متوسطة: تتراوح قيمة QI بين 49/35 و 55/50 يعاني الطفل المصاب في طفولته من تأخر النمو، غير أنه يستطيع التواصل وبإمكانه تحقيق الإستقلالية، في حين يعاني خلال سن الرشد من صعوبة الاندماج داخل المجتمع.
- إعاقة خطيرة: تتراوح قيمة QI بين 25/20 - 40/35 يتميز الشخص المصاب بقدرات عقلية لا تتجاوز قدرات طفل يتراوح عمره بين 2-3 سنوات حيث يمتلك مهارات لغوية بدائية.
- إعاقة عميقة: لا تتجاوز قيمة QI 50/20 حيث يمتلك الأشخاص المصابين قدرات ضعيفة على التواصل، غياب اللغة، اضطرابات حركية خطيرة واستقلالية شبه معدومة.

• تصنيف الإعاقة الذهنية حسب التصنيف العالمي CIH.

- صنفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة الذهنية ضمن 4 مستويات من خلال الاعتماد على نتائج معامل إختبار الذكاء²:
- إعاقة خفيفة: تتراوح قيمة QI بين 50 و 70، بإمكان الشخص ذوي الإعاقة الخفيفة اكتساب مهارات عملية القراءة وكذلك إدراك مفاهيم الحساب بفضل التعليم المتخصص، كما يستطيع الاندماج داخل المجتمع
 - إعاقة متوسطة: تتراوح قيمة QI بين 35 و 49، بإمكان الشخص اكتساب مفاهيم بسيطة حول التواصل، عادات النظافة والسلامة الأساسية، غير أنه لا يستطيع تعلم الحساب أو القراءة.
 - إعاقة شديدة: تتراوح قيمة QI بين 20 و 34 بإمكان الشخص تعلم إيماءات بسيطة بفضل التعليم المتخصص.
 - إعاقة خطيرة: تكون قيمة QI أقل من 20، بفضل التكوين المتخصص يكتسب الشخص القدرة على التحكم في الأطراف العلوية، السفلية وكذا تعلم المضغ.

¹ Michèle Carlier, Catherine Ayoun, *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*, Edition Mardaga, Belgique, 2007, p. 25.

² OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages, op.cit, p. 48.

2-7-4-ج تلهيل الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

تشكل عملية تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية تحد صعب جدا بالنسبة للمختصين في ظل وجود عدة أصناف من الإعاقة الذهنية، كما يعتبر تغيير سلوك هؤلاء الأطفال، تعليمهم مهارات واكسابهم خبرات حياتية هدفا جوهريا يسعى إليه كل مربي في مجال تأهيل المعاقين ذهنيا¹

يسعى المربي من خلال تأهيل الطفل ذوي الإعاقة الذهنية إلى تعليمه مجموعة من المعارف انطلاقا من بناء وتهذيب سلوكه كأن يتعرف على آداب طاعة الوالدين، التعامل مع الآخرين، تلقينه أيام الأسبوع، أعضاء جسمه، أسماء الحيوانات، الخضر والفواكه، بالإضافة إلى تدريبه على مهارات سلوكية تتعلق بالحياة اليومية مثل النظافة الشخصية، الإهتمام بالمظهر الشخصي، ضروريات السلامة العامة ومصادر الخطر² وغيرها من الأهداف، تمر عملية التأهيل عبر عدة خطوات تركز أساسا على المعرفة الجيدة لواقع الطفل، سلوكه وصحته³، تتمثل أهم طرق ووسائل التأهيل والعلاج في:

- الدراما: تطبق العديد من المراكز المتخصصة في رعاية وعلاج الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في كثير من دول العالم نوعا من أنواع العلاج بالفن وخصوصا العلاج بالدراما على بعض الفئات التي يناسبها هذا النوع من العلاج والتأهيل خاصة المتخلفين عقليا، المضطربين إنفعاليا وحالات الإعاقة البدنية الشديدة، تمثل هذه الطريقة فرصة مناسبة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم وحاجاتهم وإظهار إنفعالاتهم⁴ كما تساعدهم على إقامة علاقات مع المربي التي تعتبر خطوة مهمة لنجاح التأهيل والعلاج.

يرتكز مبدأ هذه الطريقة على تناول وتقديم القضايا المتعلقة بمختلف جوانب حياة الطفل ذوي الغعاقة الذهنية على شكل مواد فنية تضم مختلف الألوان والأشكال⁵، بغية تقديم معلومات صحيحة ودقيقة حول هؤلاء الأطفال من أجل إكتشاف إعاقتهم مبكرا وهو الأمر الذي يمكن من تحديد الحلول المناسبة، مما يحول دون تفاقم الآثار السلبية وانعكاسها على صحة الطفل وتوافقه

¹ أكرم محمد صبحي محمود، التربية الخاصة لغير الإختصاص، الجنان للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص. 37

² خالد بين عايد الحبوب، أمينة بنت حمد الرويلي، منهج التدريبات السلوكية للطلبة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية، دار اليازوري، الأردن، 2012، ص. 28-36.

³ أكرم محمد صبحي محمود، مرجع سابق، ص. 38.

⁴ مدحت محمد أبو النصر، رعاية وتأهيل المعاقين من منظور تكاملي مع الإشارة إلى جهود بعض الدول العربية، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، مصر، 2009، ص. 99.

⁵ نفس المرجع، ص. 100.

مع بيئته¹، بالإضافة إلى تحديد أفضل سبل التعامل معه وهذا لجميع الأشخاص المعنيين بداية بالوالدين، المربين ومختلف شرائح المجتمع.

- الموسيقى: يعتقد العديد من الأخصائيين أن الموسيقى تفتح نافذة روحية وتخلق بيئة هادئة للشفاء فهي على حد رأيهم تخاطب الروح والنفس وتساعد على الإسترخاء، وقد تم إكتشاف فاعليتها وفائدتها في مساعدة الأطفال الذين يعانون من إعاقة في الحركة على تنشيط عضلاتهم، كما أنها تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو الجسدي أو العقلي وتجعلهم يستوعبون ويتعلمون بشكل أسرع، فبتعلم الطفل ذوي الإعاقة الذهنية العزف على إحدى الآلات الموسيقية يزداد نشاطه وثقته بنفسه مما يؤدي إلى ارتفاع معنوياته وهو ما ينعكس ايجاباً على قدراته للتعايش مع مشكلاته².

- اللعب: يعتبر اللعب مطلباً ضرورياً من مطالب الأطفال بصفة عامة، فمن خلاله يتمكن الطفل من إكتشاف العالم المحيط به، كما يتمكن الطفل بفضل من تنمية معارفه وتطويرها، يلجأ الأخصائي إلى استخدام اللعب مع الطفل ذوي الإعاقة الذهنية من أجل ضبطه، توجيهه وتصحيح سلوكه، كما يتخذ وسيلة لدعم نموه الجسمي، العقلي والإنفعالي المتكامل والمتوازن بالإضافة إلى اشباع حاجياته في التملك. إن لعب الطفل المعاق ذهنياً يمنحه القدرة على تمييز بين نوع الأشياء، خصائصها، معرفة ملمسها، مذاقها والأصوات التي تصدر عند رميها، كما يتعلم الربط بين السبب والنتيجة³، تنسيق الحركات، بناء مهارات إجتماعية بفضل اللعب بالدمى.

2-7-5- الإعاقة النفسية.

تعرف أيضاً بالإضطراب النفسي الذي يستند مفهومه بالدرجة الأولى إلى المنهج العلمي والبيولوجي (الحيوي) بشكل أساسي، فمنذ نشأة الطب العقلي بدأ البحث عن قاعدة عضوية للإضطرابات النفسية والعقلية على حد سواء⁴، رغم الدعوات التي ذاع صيتها والمنادية بفصل الإعاقة النفسية عن الإعاقة الذهنية إلا أن الفصل بينهما أمر في غاية الصعوبة والتعقيد، حيث أنه لم يتم بعد ضبط مفهوم الإعاقة

¹ أحمد جابر أحمد، بهاء الدين جلال، نليل مدرب التربية الخاصة لتخطيط برامج وطرق التدريس للأفراد المعاقين ذهنياً، دار العلوم للنشر والتوزيع، مصر، 2010، ص. 27.

² نفس المرجع، ص. 101.

³ عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، مرجع سابق، ص. 389.

⁴ سعدي موسى الحانوتي، الإضطرابات العصبية، ط1، العبيكان للنشر، المملكة العربية السعودية، 2016، ص. 11.

النفسية مما يُصعب تمييز ما إذا كانت المفاهيم المصاغة إلى الآن تهدف لوصف وفهم عملية بناء الإعاقة أو إذا كان المقصود بها هو تحديد الأشخاص الذين يعانون منها من أجل منحهم كافة حقوقهم¹.

2-7-5-أ مفهوم الإعاقة النفسية.

ظهر مصطلح الإعاقة النفسية مع بداية تسعينيات القرن الماضي نتيجة للحركات المستمرة التي قامت بها الجمعيات النقابية والجمعيات المتعلقة بالقضايا النفسية، تعرف الإعاقة النفسية على أنها نمط سيكولوجي أو سلوكي ينتج عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد، ولا يعد جزءاً من النمو الطبيعي للمهارات العقلية أو الثقافية، كما تصور على أنها اضطرابات في عصبونات الدماغ من المرجح أن تكون ناتجة عن العمليات الإرتقائية التي يشكلها التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية²، لقد تغيرت أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية حيث يوجد إختلافات في تعريف، تصنيف وتقييم الإعاقة النفسية.

تعتبر الإعاقة النفسية شكلاً من أشكال الإضطراب الإنفعالي أو النفسي الذي يصيب شخصية الإنسان، فيؤثر على وظائفها المختلفة مما ينعكس سلباً على قدرته على التعلم والتكيف الإجتماعي³، وهذا قد يحدث بصفة مؤقتة أو دائمة (مزمنة).

حسب التصنيف العالمي CIH يتم دراسة الإعاقة النفسية بدمج العناصر والوظائف الأساسية التي تنطوي عادة على جود الآليات العصبية-الجسدية والنفسية الأساسية والمتداخلة المكونة للحياة العقلية، أدرج ذات التصنيف مجموعة من الأعراض المرضية التي تنجم بسبب ضعف بعض الآليات النفسية المعقدة الكامنة، والتي يتم تأكيدها بعد القيام بفحص سريري للجهاز العصبي المركزي وأثناء فحص الحالة العقلية⁴.

أدرجت الجمعية الأمريكية APA في دليلها التشخيصي الإحصائي 5 محاور كبرى تتمثل في أنواع الإضطرابات التي تشملها الإعاقة العقلية والتي تندرج ضمنها مجموعة من الإضطرابات الفرعية، تتمثل المحاور الكبرى في: الإضطرابات السريرية (جميع الإضطرابات العقلية باستثناء إضطرابات الشخصية

¹ Gilles Seraphin, *Le handicap psychique chez les personnes majeures protégées: définition et indicateurs pour une recherche contextualisée*, Union Nationale des Associations Familiales, France, 2007, p. 8.

² المرجع السابق، ص. 12.

³ مدحت أبو النصر، *الإعاقة النفسية: المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية*، مجموعة النيل العربية، مصر، 2005، ص. 137.

⁴ OMS, *Classification Internationale des Handicaps: Déficience, incapacités et désavantages*, op.cit, p. 53.

والتخلف العقلي)، اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، الحالات الطبية العامة (يجب أن تكون ذات صلة بالاضطراب العقلي)، المشكلات النفسية والبيئية، التقييم العالمي للآداء (يقيم الآداء النفسي والإجتماعي والمتعلق بالوظيفة في سلسلة متواصلة بين الصحة العقلية والاضطراب العقلي المفرط)¹.

الجدول رقم 02-07 أنواع الاضطرابات النفسية حسب الجمعية الأمريكية APA.

أمثلة	دلائل التشخيص الإحصائي
-التخلف العقلي، قصور الإنتباه وفرط الحركة	-اضطرابات إنمائية وإعاقة إنمائية
-مرض الزهايمر	-الهذيان، الخرف، النسيان وغيرها من الاضطرابات الإدراكية
-ذهان ذو صلة بالإصابة بالإيدز	-الاضطرابات النفسية بسبب حالة صحية عامة
-عقاقير، كحول...	-الاضطرابات المتعلقة بتعاطي مؤثرات عقلية
-اضطراب الوهامية	-الفصام وغيره من اضطرابات الذهان
-الإكتئاب واضطراب ثنائي القطب	-اضطراب المزاج
-اضطراب القلق العام واضطراب القلق الإجتماعي	-اضطرابات القلق
-اضطراب جسدي الشكل	-اضطرابات جسدية
--متلازمة مونخهاوزن	-اضطرابات متكلفة
-تعدد شخصية فصامي	-اضطرابات إنفصامية
-قهم عصابي، نهام عصابي	-اضطرابات الأكل
-الارق	-اضطرابات النمو
-مرض السرقة	-اضطرابات السيطرة على الإنفعالات غير المصنفة في مكان آخر
-اضطراب التكيف	-اضطرابات التكيف
-اضطراب الشخصية النرجسية	-اضطرابات الشخصية
-خلل الحركة المتأخر، العنف ضد الأطفال	-حالات أخرى تفحص سريريا

المصدر: سعدي موسى الحانوتي، *الاضطرابات العصبية*، ط1، العبيكان للنشر، المملكة العربية السعودية، 2016، ص 53-54.

تبنى التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10) نفس الرؤية خلال مراجعته العاشرة في كل من النسختين الصادرتين سنتي 2016 و2019، حيث تضمن

¹ سعدي موسى الحانوتي، مرجع سابق، ص ص. 52-53

الفصل السابع الاضطرابات العقلية والسلوكية وقد تم التمييز بين: الاضطرابات النفسية ذات المنشأ العضوي وأعراضها، الاضطرابات العقلية والسلوكية الناتجة عن تعاطي المؤثرات العقلية، الفصام والاضطرابات الفصامية والوهمية، اضطرابات المزاج (العاطفي)، الاضطرابات العصبية والاضطرابات العصبية والجسدية، المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفيسبولوجية والعوامل الجسدية، اضطرابات الشخصية والسلوك، التخلف العقلي، اضطرابات النمو النفسي، الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تحدث عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة والاضطرابات العقلية غير المحددة¹.

2-7-4-ب أهم الاضطرابات النفسية المصنفة ضمن الإعاقة النفسية.

في الحقيقة يوجد العديد من الاضطرابات النفسية الشائعة التي تم تصنيفها كإعاقة نفسية والتي لم يتم التمييز بينها إلا حديثاً، حيث تتشابه نوعاً ما من حيث الأعراض، من بين تلك الاضطرابات:

• الفصام والاضطرابات الفصامية والوهمية.

الفصام هو أحد الأمراض الذهانية، التي يركز تفسيرها على الوصف الكامل للمظاهر المرضية والاضطرابات السلوكية التي تتفاوت من شخص إلى آخر²، كان يطلق عليه سابقاً عته المبكر، يتضمن الفصام عدة أنواع فرعية من بينها: جنون العظمة، التشنج، جنون المراهقة³.

تتمثل الاضطرابات الفصامية بشكل عام في اختلال واضح في التفكير والإدراك، وغالباً يستطيع الشخص المصاب بفصام الشخصية المحافظة على وعيه وقدراته الفكرية، على الرغم من ظهور بعض العيوب المعرفية التي قد تتطور مع مرور الوقت. تتمثل أهم الأعراض النفسية التي تظهر على الشخص المصاب في: الإدراك الوهمي الهالوس، التفكير غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ أو غير المنظم والأعراض السلبية⁴.

يمكن أن تحدث الاضطرابات الفصامية بشكل دائم كما يمكن تكون عرضية فتحدث عجزاً بشكل تدريجي أو مستقر، يؤكد المختصون بأنه لا ينبغي أن يتم تشخيص الفصام في وجود أعراض اكتئابية

¹ WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), WHO, 2016, op.cit.

² وليد سرحان، الفصام، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2009، ص. 12.

³ Ann M Kring، علم النفس المرضي، مكتبة الأنجلو المصرية، ترجمة: أمثال هادي حويلة وآخرون، مصر، 2016، ص. 504.

⁴ أنور الحمادي، خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، الدار العربية للعلوم ناشرون، ط1، لبنان، 2015، ص.

أو هوس إلا في حالة التأكد تماما من أن أعراض الفصام تسبب للشخص اضطرابا عاطفيا، كما لا ينبغي تشخيص الفصام في حالة وجود مرض دماغي واضح أو أثناء حالات تعاطي المؤثرات العقلية¹.

• اضطراب ثنائي القطب.

يسمى أيضا الإكتئاب الهوسي وهو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (نوبتين على الأقل) حيث يضطرب مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل كبير، فأحيانا ترتفع الحالة المزاجية للشخص بحدّة كما يزداد مستوى طاقته ومشاطه وهو ما يطلق عليه الهوس أو الهوس الخفيف وأحيانا أخرى يلاحظ هبوط حاد في مزاجه كما تنخفض طاقته ومستوى نشاطه وهو ما يسمى الإكتئاب²، يتسبب اضطراب ثنائي القطب في ضعف عام في الأداء الاجتماعي، المهني، التعليمي...

يوجد عدة أنواع من اضطراب ثنائي القطب: ثنائي القطب من النمط الأولي الذي يتسم بوجود عدة نوبات إكتئابية، ثنائي القطب من النمط الثاني الذي يعاني الشخص المصاب به من نوبات إكتئاب أساسي (إكتئاب شديد) بالإضافة إلى هوس أقل حدة، كما يوجد أيضا نمط غريب يسمى ثنائي القطب المختلط³ يعاني الشخص الذي يصاب به من إكتئاب وهوس في آن واحد.

يعتبر اضطراب ثنائي القطب أمرا نادر الحدوث عند الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة، حتى عندما يصاب الطفل بالإنفعال الشديد والغضب، كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الإنتباه أو فرط النشاط ورغم أنهم يُظهرون تغير كبير في المزاج غير أنه لا علاقة له باضطراب ثنائي القطب⁴.

• الوسواس القهري.

يعد اضطراب الوسواس القهري مرضا سلوكيا عصبيا، وهو أحد أنواع القلق النفسي إذ أن القلق هو محور هذا الاضطراب، ورغم أن الأفكار التي يؤمن بها المصاب غريبة إلا أنه لا يفقد إتصاله بالواقع⁵، يؤمن المصاب به بأفكار معينة تحتل جزءا كبيرا من الوعي والإدراك الخاص به ويقتنع بها رغم تفاهتها

¹ WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), op.cit.

² أحمد عكاشة، طارق عكاشة، الطب النفسي المعاصر، ط7، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2018، ص. 399.

³ ياسمين عبد الله عبد الغفور، إضاءات طبية، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص. 229.

⁴ محمد محمد عودة، ناهد شعيب فقيري، الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2016، ص. 137.

⁵ وليد يوسف سرحان، الوسواس القهري، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص. 12.

كما يحس برغبة كبيرة للسيطرة على محيطه الخارجي، بالإضافة إلى أفكار أخرى خاطئة تنتابه رغم محاولاته المتكررة لإبعادها والتخلص منها، كما يقوم بأفعال وتصرفات معينة بشكل مبالغ فيه لتخفيف قلقه على الرغم من الضرر الذي تسببه كأن يكرر غسل يديه بمواد كيميائية مطهرة¹.

يعتبر اضطراب الوسواس القهري مرضاً طبيياً يرتبط بالمخ ويسبب مشكلات في معالجة المعلومات التي تصل إلى المخ، ولا يحدث بسبب ضعف شخصية المصاب به، قبل استخدام الأدوية الطبية الحديثة والعلاج النفسي المعرفي كان يصنف بأنه غير قابل للعلاج، وعلى الرغم من نجاح العلم في اكتشاف العلاج المتمثل في العلاج النفسي وأحياناً تدخل بعض الأدوية النفسية إلا أن المصاب به لا زال يحس بالمعاناة².

8-2 أمل الحياة بدون إعاقة *Espérance de vie sans incapacité*

لفترة طويلة من الزمن تم اعتبار أن المعطيات المتعلقة بأمل الحياة وفيات الأطفال الرضع وأسباب الوفيات هي معطيات كافية لتقييم الحالة الصحية السكان بالإضافة إلى أنه من خلالها يتمكن صناع القرار من وضع أولويات الصحة العامة³، غير أن الصورة الديموغرافية الجديدة وتغير ملامح الهرم السكاني أظهرت أن تلك المؤشرات الكلاسيكية لم تعد كافية لتقييم الحالة الصحية العامة للسكان، فمع انخفاض الأعداد الهائلة للوفيات وما قبله من ارتفاع أمل الحياة تزايد قلق المختصين بشأن نوعية السنوات المكتسبة المضافة فيما إذا كان الأشخاص يعيشونها بصحة جيدة أم سيئة؟⁴، بالتالي لم تعد هناك حاجة لاستخدام المؤشرات السابقة، وهو ما ساهم في انطلاق أبحاث حديثة في محاولة لصياغة مؤشرات جديدة.

تمخض عن تزايد الأبحاث المرتبطة بارتفاع أمل الحياة ميلاد أنواع جديدة من المؤشرات التي تتمثل في أمل الحياة بدون إعاقة أو أمل الحياة بصحة جيدة أو أمل الحياة النشط بحيث أصبحت هذه المؤشرات تساهم في توفير معلومات كافية عن الوضعية الوظيفية والحيوية وكذا نوعية حياة السكان، كما

¹ عبد الناصر موسى، مرض الوسواس القهري: الأسباب، الأعراض، الوقاية والعلاج، دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع ودار خالد الحياني للنشر والتوزيع، الأردن، 2017، ص. 5.

² عبد الناصر موسى، مرجع سابق، ص. 12.

³ Jean-Marie Robine et autres, "Les indicateurs d'espérance de santé", Bulletin of the World Health Organization, Vol 7, n°2, 1999, p. 107.

⁴ Emmanuelle Cambois et autres, "Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap", Gérontologie et société, vol 27, n° 110, 2004, p. 283.

تعكس صورة أكثر وضوحاً تتعلق بالوضع الوبائي المعاصر، غير أن الجدير بالذكر هو أن العديد من الدول لم تتمكن بعد من تطبيق هذه المؤشرات الحديثة.

ظهرت فكرة التوقع الصحي منذ ستينات القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل التحركات التي قام بها الأشخاص ذوي الإعاقة بتأييد وضغط من اللوبي¹، أين تم إقتراح نموذج عام حول التطور الصحي أين تم التمييز بين: الحياة *survie totale*، الحياة بدون إعاقة *la survie sans incapacité* والحياة بدون مرض مزمن *la survie sans maladie chronique invalidante*، من هذا المنطلق تم حساب كل من مؤشر: أمل الحياة، أمل الحياة بدون إعاقة وأمل الحياة بدون مرض مزمن، يسمح هذا النموذج بالتعرف على التغيرات التي تطرأ على المراضة، الوفيات والعجز في آن واحد.

2-8-1 مؤشر أمل الحياة بدون إعاقة.

مؤشر أمل الحياة بدون إعاقة (EVSI) *Espérance de Vie Sans Incapacité* يقيس الحالة الصحية للسكان بناءً على جدول الوفيات وكذا المعطيات المتعلقة بالعجز (الإعاقة)، يسمح بتقدير السنوات المعاشة بدون إعاقة²، يعتبر مبدأ حساب EVSI مماثلاً لمبدأ حساب أمل الحياة هذا الأخير عبارة عن مؤشر رياضي يتم حسابه انطلاقاً من أمل الحياة عند الولادة أو متوسط السنوات المعاشة وهي متوسط العمر خلال وفاة جيل معين يخضع لظروف الوفيات الحالية ويميز الوفيات بغض النظر عن التركيبة العمرية للسكان³، كما يعرف أمل الحياة خلال عمر معين x بأنه متوسط الوقت المتبقي للأشخاص الباقين على قيد الحياة⁴ في نفس العمر x ، إذن يعتبر أمل الحياة مؤشراً مركباً يشمل وضعية الوفاة خلال لحظة زمنية معينة.

2-8-1-أ مبدأ حساب مؤشر EVSI

يعتبر مبدأ حساب المؤشر بسيط جداً، فانطلاقاً من جدول الوفيات في لحظة زمنية معينة وخلال السنوات المعاشة بين كل عمر في الجدول، بحيث يشمل جميع السنوات المعاشة في وضعية معينة من

¹ Bernard Azéma, Nathalie Martinez, "Les personnes Handicapées vieillissantes: espérances de vie et de santé: qualité de vie", Revue Française des affaires sociales, n° 2, 2005, p. 299.

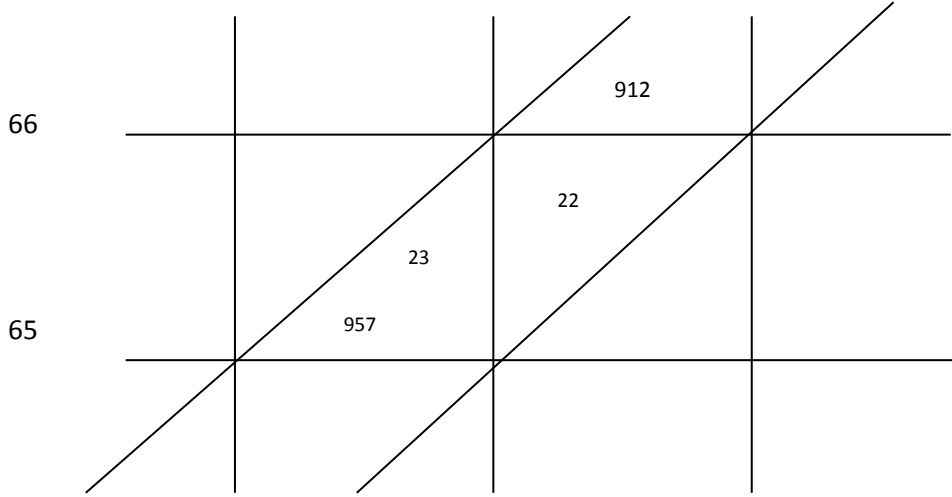
² Jean-Marie Robine et autres, "Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI): des indicateurs globaux de l'état de santé des populations", Revue épidémiologie et santé publique, n° 35, p. 207.

³ Gérard Badeyan, Cristel Colin, "Les personnes âgées dans les années 90: perspectives démographiques, santé, et modes d'accueil", DREES études et résultats, n°40, 1999, p. 2.

⁴ Ibid.

الإعاقة سواء كانت مؤقتة أو دائمة، القيمة الجديدة هي متوسط السنوات المعاشة بدون إعاقة في سن معين¹.

الشكل رقم 02-16 حساب مؤشر أمل الحياة بين عمريين.



Source: Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité: indicateur de qualité des années vécues", les cahiers médico-sociaux, n° 4, Geneve, p. 242

عدد السنوات المعاشة بين 65-66 سنة ل 957 شخص الذين أتموا 65 سنة:

$$(912 \times 1) + (45 * 0.5) = 934,5$$

حساب مؤشر EVSI يرتكز على السنوات المعيشة المضافة بين عمريين في جدول الحياة، من البديهي أن من بين

934,5 سنة يعيشها الفوج يوجد حوالي 8% من الأشخاص يعيشون في وضعية إعاقة (74,8 سنة في هذا المثال)².

¹ Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans: outil d'évaluation en santé publique", VII^e Colloque national de démographie: les âges de la vie, 5-7/05/1982, p. 104.

² Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité: indicateur de qualité des années vécues", Les cahiers médico-sociaux, n° 4, Geneve, p. 242

الجدول رقم 02-08 كيفية حساب EVSI للأشخاص الأكبر من 65 سنة في منطقة .1979 Haute-Normandie

ذكور: إعاقة متوسطة أو شديدة

العمر	الأحياء s(x)	السنوات المعاشة (x, x+a)	معدل الإعاقة	السنوات المعاشة بدون إعاقة
69-65	100000	463714	0,078	427545
74-70	85486	376531	0,137	324946
79-75	65127	266084	0,243	201426
84-80	41307	147691	0,310	101907
89-85	17769	59027	0,615	22725
+90	5841	19043	0,522	9102

أمل الحياة عند عمر 65 سنة = 13,3 سنة

أمل الحياة بدون إعاقة عند عمر 65 سنة = 10,9 سنوات

أمل الحياة المعاشة مع إعاقة = 2,4 سنة (±0,5)

Source: Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans: outil d'évaluation en santé publique", VII^e Colloque national de démographiem: les ages de la vie, 5-7/05/1982, p. 104

من أجل حساب المؤشر تم الإعتماد على نتائج تحقيق INSERM الذي تم إجراؤه خلال الفترة الممتدة بين 1978-1980 في منطقة Haute-Normandie.

- أمل الحياة EV في عمر 65 سنة:

$$EV_{65} = \frac{\text{السنوات المعاشة}}{100000} = \frac{1332091}{100000} = 13,3$$

- أمل الحياة بدون إعاقة EVSI في عمر 65 سنة:

$$EVSI_{65} = \frac{\text{السنوات المعاشة بدون إعاقة}}{100000} = \frac{1087651}{100000} = 10,8$$

يتم الحصول على بيانات الوفيات بسهولة تامة، إذ أن المعاهد الإحصائية تعكف على نشر جداول الوفيات بانتظام¹، إن قيمة أمل الحياة بدون إعاقة تعتمد كلياً على مؤشر الإعاقة وهو الجانب

¹ Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité: indicateur de qualité des années vécues", op.cit, p. 243

الرئيسي للقضية، حيث أن مفهوم الصحة هو مفهوم لا حدود له على الأقل بدون حد أعلى وبتوافق الجميع يعتبر الموت هو الحد الأدنى للصحة، من جهة أخرى لا يمكن قياس الصحة وحتى لا يمكن تعريفها بدقة كما تم الإشارة إليه سابقا فهي تختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات، ومع ذلك هناك خطوط عريضة متفق عليها بالإجماع خاصة فيما يتعلق بالحالات الأكثر خطورة التي تهدد حياة الأشخاص، حسب منظمة الصحة العالمية يوجد 5 جوانب أساسية للبقاء على قيد الحياة بدون إعاقة: التنقل الجسدي، الإستقلالية الجسدية في الحياة اليومية، النشاطات والمهن المعتادة، الإدماج الإجتماعي والإكتفاء الإقتصادي¹، تمثل النقاط السابقة المعايير التي على أساسها تم قياس الحالة الصحية للأشخاص (من أجل نتائج الجدول أعلاه تم الإعتماد فقط على 3 جوانب تشمل: التنقل البدني، الإستقلال الجسدي والقيود المهنية المعتادة).

2-8-1-ب مؤشر EVSI والإختلاف بين الجنسين.

حسب نفس الدراسة التي تم إجراؤها في Haute-Normandie والتي شملت الأشخاص الأكبر من 65 سنة تبين أن أمل الحياة لدى النساء يفوق نظيره بالنسبة للرجال بخمس سنوات: 18 سنة للنساء و13,3 سنة بالنسبة للرجال، غير أنه بعد حذف السنوات المعاشة مع إعاقة بجميع مستوياتها إنعكس الوضع.

¹ Ibid.

الجدول رقم 02-09 السنوات المفقودة في حالة إعاقة وأمل الحياة بدون إعاقة للأشخاص فوق 65 سنة لدى سكان Haute-Normandie حسب الجنس 1979.

بدون إعاقة	السنوات المعاشة مع إعاقة			أمل الحياة في سن 65	الجنس
	خفيفة	متوسطة	شديدة		
8,7	2,2	1,9	0,5	13,3	الذكور
6,1	6,5	4,6	0,8	18	الإناث
2,6-	4,3+	2,7+	0,3+	4,7+	كلا الجنسين

Source: Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans: outil d'évaluation en santé publique", VII^e Colloque national de démographie, p. 105

تبين نتائج الجدول أعلاه أن أمل الحياة بدون إعاقة يبلغ 8,7 بالنسبة للذكور في مقابل 6,1 بالنسبة للإناث اللاتي يعشن حوالي 12 سنة من أمل الحياة بدون إعاقة في مقابل 5 سنوات يعيشها الذكور مع الإعاقة، كما تظهر ذات النتائج أن وجود إختلافات في أمل الحاة مع إعاقة بين الجنسين أيضا حسب شدة ومستوى الإعاقة¹.

تواجه النساء اللاتي تفوق أعمارهن 65 سنة غالبا صعوبات أكثر من الرجال بغض النظر عن نوع النشاط أو درجة خطورة الإعاقة فهن الأكثر تأثرا بالأمراض التي تسبب الإعاقة، كما يمكن القول أن النساء لديهن طريقة مختلفة عن الرجل في إدارة الإعاقة حيث يبلغن عن الصعوبات والمشاكل الصحية التي تواجههن مقارنة مع الرجل² كونهن دائما للمساعدة ولا يجدن إخراجا في طلبها.

2-8-2 الشيخوخة والإعاقة.

هي المرحلة الأخيرة من مراحل حياة الإنسان وهي ظاهرة جد معقدة ومتعددة العوامل، تعتبر الشيخوخة من القضايا المستجدة على الساحة العالمية التي مازال يشوبها الكثير من الغموض.

2-8-2 أ- الإعاقة كنتيجة للتعرض للشيخوخة.

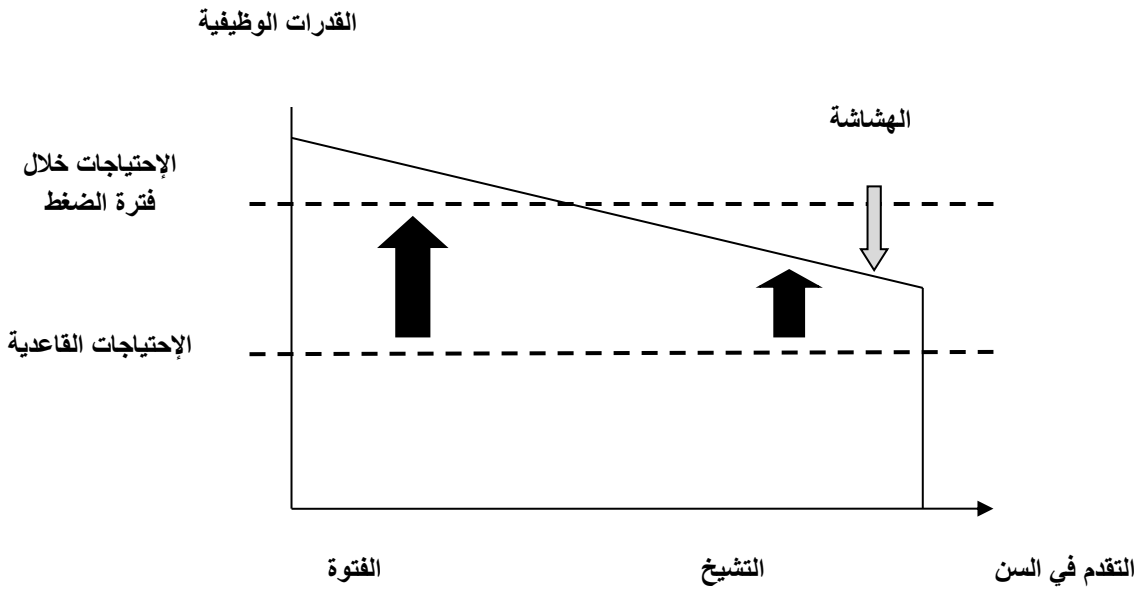
¹ Alain Colvez, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans: outil d'évaluation en santé publique", op.cit, p. 105

² Emmanuelle Cambois et autres, op.cit, p. 287.

تشمل الشيخوخة مجموعة من العمليات الفسيولوجية التي تؤدي إلى تغيير تركيبية ووظائف العضوية بسبب التقدم في العمر، فهي تحدث نتيجة تأثير مجموعة من العوامل المتشابكة سواء كانت وراثية أو بيئية¹، تنتج الشيخوخة عادة بسبب الآثار المتراكمة نتيجة التقدم في السن بالإضافة إلى التاريخ المرضي للشخص.

تنتم الشيخوخة عموماً بحالة من العجز الذي يصيب البنية العضوية للكائن البشري تدريجياً في التكيف مع الظروف المتغيرة في بيئته².

الشكل رقم 02-17 تراجع القدرات الوظيفية مع التقدم في العمر.



Source: CNEG, *Viellissement*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, France, 2010, p. 1006.

إن انخفاض القدرات الوظيفية التي ترافق الشخص خلال فترة الشيخوخة تحد من قدرات جسمه على الإستجابة في المواقف العصبية التي تتطلب استخدام الجسم لقدراته الوظيفية الإحتياطية.

يوجد العديد من المفاهيم المرتبطة بالشيخوخة حيث تستخدم منظمة الصحة العالمية معيار الوصول إلى 65 سنة لتحديد الشخص المسن فيما يستخدم القطاع الإقتصادي والإجتماعي سن التوقف عن النشاط المهني الذي يتراوح غالباً ما بين 60-65 سنة.

¹ CNEG, *Viellissement*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, France, 2010, p. 1004

² Jacques Epelbaum, *Le vieillissement: rythmes biologiques et hormonaux*, Lavoisier, France, 2009, p. 5

يواجه الباحثون تحديات جمة نظير سعيهم المتزايد لتأخير عواقب الشيخوخة على حياة الأشخاص على غرار: انخفاض مرونة الأنسجة، الجهاز المناعي الدفاعي، قوة العضلات، عمل الأعضاء الحسية، ردود الفعل السريعة، ناهيك عن فقدان الذاكرة، الألزهايمر، بالإضافة إلى زيادة الأمراض المرتبطة بالتقدم في العمر مثل: السرطان، أمراض القلب، الأوعية الدموية، متلازمة التمثيل الغذائي، داء السكري من النوع الثاني، هشاشة العظام، التهاب المفاصل، أمراض العيون، أمراض الأعصاب وغيرها من الأمراض¹.

تشير العديد من الدراسات إلى أن القضاء على الأمراض العظمية المفصلية يمكن أن يؤدي إلى تحقيق مكاسب كبرى في أمل الحياة بدون إعاقة مقارنة بالقضاء على أمراض القلب والأوعية الدموية².

عموما يفترض أن المفهوم السائد حول الشيخوخة الطبيعية يختلف عن الشيخوخة المرضية التي تسرعها الأمراض المرتبطة بها، لم يتم الإتفاق بعد حول تبين مفهوم موحد حول الشيخوخة المرضية من قبل أخصائيي أمراض الشيخوخة لكونها عملية فيسيولوجية. يغطي مصطلح الشيخوخة المرضية مفهومين مختلفين:

- الشيخوخة المتسارعة **vieillesse accélérée**

يصاحب هذا النوع من الشيخوخة انخفاض في القدرات الوظيفية للكائن الحي بشكل عام، يبدو هذا التغيير جليا من خلال المواقف التي تحتاج استظهار الوظائف الإحتياطية (مجهود، أمراض حادة)، يرافق انخفاض الوظائف الإحتياطية تراجع في قدرات الجسم على التكيف مع المواقف العدائية التي تكون أقل فاعلية بالنسبة لكبار السن. يتغير التراجع الوظيفي على مستوى الفرد الواحد من عضو لآخر وهو ما يطلق عليه الشيخوخة التفاضلية بين الأعضاء **vieillesse différentiel inter-organe** كما يختلف أيضا من فرد إلى آخر يبلغان نفس العمر والتي تسمى الشيخوخة بين الأفراد **vieillesse interindividuel**، وهو ما يجعل المسنين من نفس العمر يتأثرون بالشيخوخة بدرجات متفاوتة، قد تكون عواقب الشيخوخة وخيمة جدا بالنسبة لبعض الأفراد فيما تقل درجتها عند البعض الآخر في هذه الحالة

¹ Jacques Epelbaum, op.cit, p. 3.

² Jean-Marie Robine et autres, Les indicateurs d'espérance de Santé, op.cit, p. 110.

يتم الحديث على الشيخوخة الناجحة *vieillesse réussie*، بالتالي يتأثر بعض الأشخاص من نفس العمر بالشيخوخة مقارنة بالبعض الآخر لذلك سميت بالشيخوخة المتسارعة¹.

– الشيخوخة والأمراض المرتبطة بالتقدم بالعمر:

يتم التمييز بين صنفين من الشيخوخة والأمراض المرتبطة بالتقدم بالعمر:

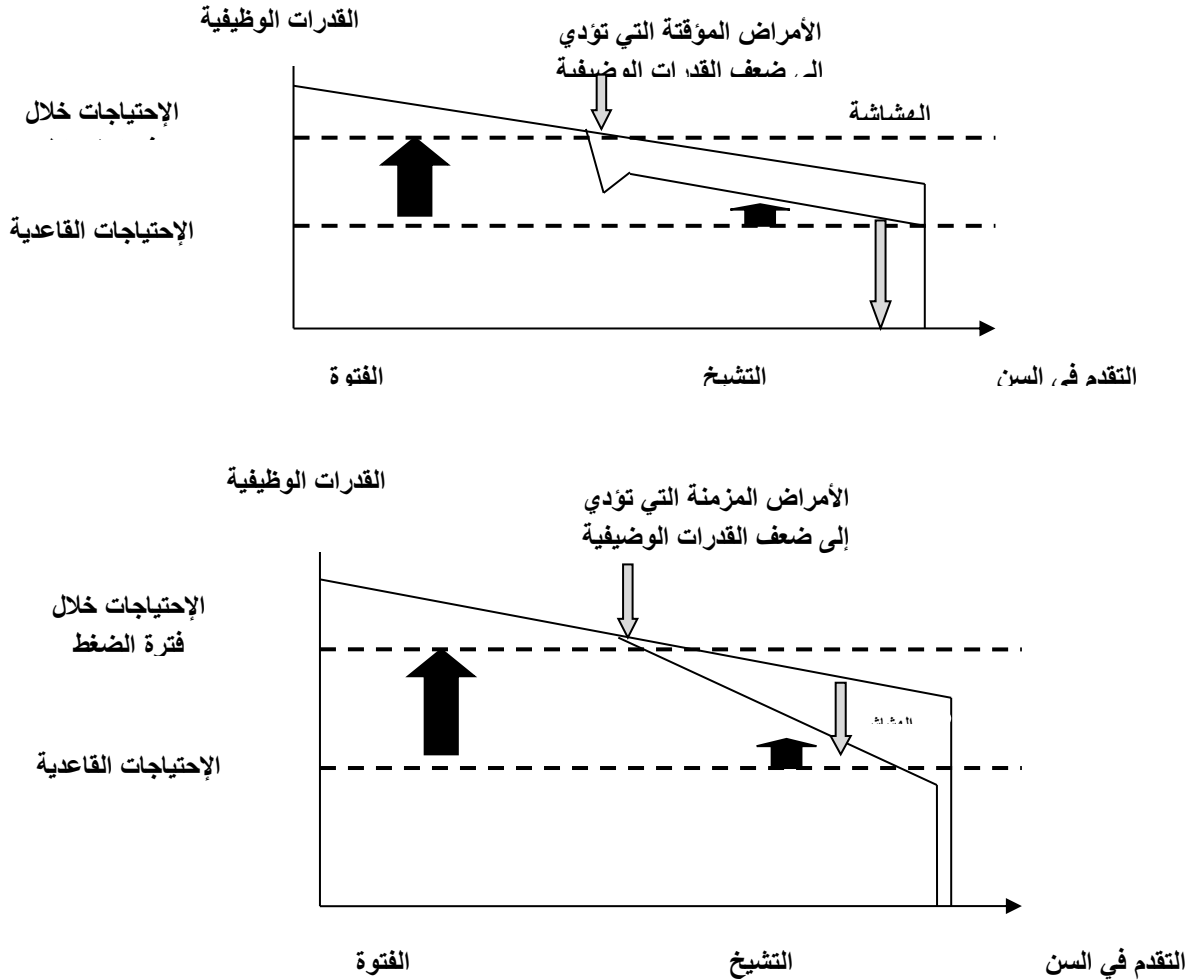
أ- **الشيخوخة وأمراض التقدم بالعمر:** غالبا ما يتم الخلط بين بعض الأعراض والأمراض التي ترتفع حدتها مع التقدم في السن مثل مرض الزهايمر المتأخر الذي ينظر إليه منذ فترة طويلة على أنه إنعكاس لتشيخ الدماغ، قصور القلب الذي يعبر عن تشيخ القلب والخلط بين تصلب الشرايين وشيخوخة الشرايين، في حقيقة الأمر ومع التقدم المستمر في الأبحاث بات جليا أن تلك الإضطرابات ترتبط بشكل وثيق بالعمليات المرضية وهي بالتأكيد شائعة لدى كبار السن دون أن تكون حتمية، يمكن تفسير زيادة تأثير المسنين بأمراض معينة بعدة عوامل أخرى بداية بزيادة مدة التعرض لعوامل الخطر المسببة لبعض الأمراض (التأثير التراكمي مع الوقت)، كما أن التغيرات التي تحدثها الشيخوخة في بعض الحالات تسهل الإصابة بالأمراض، يساعد إقدام الشباب مبكرا على إدارة بعض الأمراض في إطالة أمل حياتهم في مقابل زيادة خطر ظهور بعض الأمراض في المراحل المتقدمة من حياتهم على سبيل المثال قد يؤدي العلاج الأمثل لارتفاع ضغط الدم إلى ظهور أمراض أخرى في سن الشيخوخة كمرض الزهايمر، السرطان² أو أمراض أخرى.

ب- **الأمراض والضعف بسبب كبر السن:** هذه الأمراض لها تأثيرات مختلفة على الضعف، حيث تؤدي إلى انخفاض القدرات الوظيفية والتي تزيد من وطأة الضعف سواء كانت أمراض مؤقتة أو مزمنة.

¹ CNEG, op.cit, p. 1008.

² Ibid., p. 1013.

الشكل رقم 02-18 تأثير الأمراض المؤقتة والمزمنة على القدرات الوظيفية للشخص المسن.



Source: CNEG, Vieillesse, 2^{eme} édition, Elsevier Masson, France, 2010, p. 1014.

تؤدي الأمراض المزمنة إلى انخفاض القدرات الوظيفية ثم إلى الضعف، يزداد فقدان الشخص المسن لقدراته الإحتياطية بسبب الأمراض المزمنة كلما زادت إمكانية ضعفه وهشاشته.

2-8-2-ب شيخوخة الشخص ذوي الإعاقة.

بعد التطرق لموضوع الشيخوخة يمكن القول أنه لا بد من التمييز بين نقطتين أساسيتين، تتمثل الأولى في حدوث الإعاقة كنتيجة حتمية للتقدم في السن وهي النقطة التي تم التطرق إليها فيما سبق، أما النقطة الأخرى فتشمل شيخوخة الشخص الذي أصيب بالإعاقة خلال المراحل الأولى من حياته.

يقصد بالشخص ذوي الإعاقة المتقدم في السن أنه ذلك الشخص الذي تعرض لحالة الإعاقة بعض النظر عن طبيعتها أو سببها قبل وصوله لسن الشيخوخة و بروز علاماتها وآثارها، أي أن تعرضه للإعاقة سبق تقدمه في السن¹.

أثبتت بعض الأبحاث أن هناك تحسن عام حدث على مستوى أمل الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تقدموا في السن بغض النظر عن نوع إعاقتهم باستثناء الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية خاصة الشديدة منها، يرجع هذا إلى التحسن العام في صحة السكان بالإضافة إلى جودة الفحص والتشخيص وكذا الإدارة المبكرة لمخاطر الإعاقة والتقدم التقني (الإنعاش والجراحة)، ناهيك عن السياسات الإجتماعية التطوعية².

تعتبر ظاهرة تشيخ الأشخاص ذوي الإعاقة ظاهرة حديثة تماما على المجتمعات المعاصرة وهو ما يتوجب تظافر الجهود من أجل إمطة اللثام عن خباياها، ينبغي أن لا يتم التغافل والتغاضي عن أي جزء أو مكون من مكونات هذا العنصر الحديث الإكتشاف³، حيث يستحق الأشخاص ذوي الإعاقة المتقدمين في السن الحصول على حياة كريمة مبنية على إحترام كامل لحقوقهم وحررياتهم الأساسية.

¹ Bernard Azéma, Natalie Martinez, op.cit, p. 297.

² Ibid., p. 326.

³ Bernard Belin, *les personnes handicapées vieillissantes*, Harmattan, France, 2001, p. 13.

خلاصة:

في ختام الفصل يمكن القول أن الإعاقة هي كالجسد الواحد فهي ظاهرة جد معقدة ومرتبطة المكونات والعناصر، مجرد الإخلال بمكوناتها أو إقصاء عنصر واحد من عناصرها يؤدي إلى اضطراب فهمها وتحليلها، مما يترتب عنه عدم جدوى السياسات والبرامج المسطرة للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة.

الفصل الثالث:

مصادر جمع

المعطيات وطرق

تحليل البيانات.

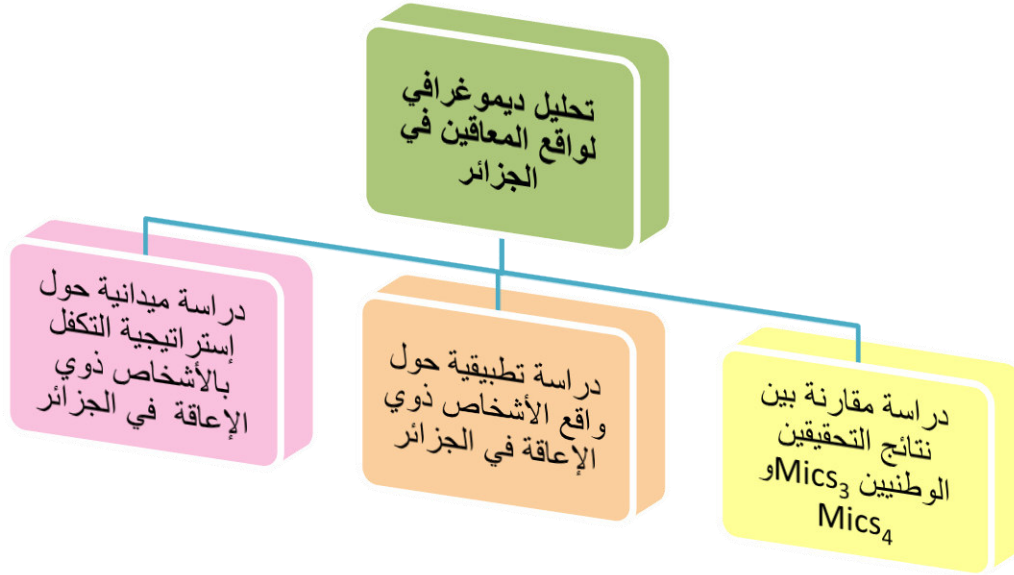
تمهيد .

يتضمن الفصل الثالث مختلف المصادر التي تم الإعتماد عليها للحصول على الإحصائيات والمعطيات التي تخدم الشق التطبيقي لموضوع الدراسة المتمثل في تحليل ديموغرافي لواقع المعاقين في الجزائر، وحتى تتم الإحاطة الجيدة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر الذي يعتبر من المواضيع التي لم يتم التطرق إليها إلا نادرا خاصة في المجال الديموغرافي، كان لابد من الإعتماد على مصادر موثوقة للتعرف على واقع هذه الفئة، في ظل انعدام تحقيق وطني شامل حول الأشخاص ذوي الإعاقة.

بناء على ما سبق تم الإعتماد على قاعدة معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ على اعتبار أنهما المصدرين الوحيدين الموثوق فيهما للتمكن من معرفة الواقع الذي تعيشه هذه الفئة، ونظرا لكون المتغيرات والخصائص التي شملها محور الإعاقة في كلا التحقيين غير كفيلة بمعرفة وتقييم الظروف المعيشية المحيطة بالأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الميادين، كان لا بد من تصميم وصياغة إستمارة شاملة حول واقع المعاقين في الجزائر تم توزيعها إلكترونيا عبر مختلف مواقع التواصل الإجتماعي، وهو ما أضاف للدراسة بُعدا واقعا أكثر كما أثرى الجانب التطبيقي للدراسة.

وحتى تكون الدراسة كاملة تم ختمها بزيارة ميدانية لأهم الهيئات التي تُعنى بصياغة الإستراتيجية الجزائرية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، تكلفت بإجراء مقابلات تم تسجيلها مع شخصيات وإطارات تُعنى بقضية الإعاقة بشكل مباشر من أجل معرفة التدابير والسياسات الرسمية المتبعة لحماية وترقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ومحاولة تقييمها بناء على إجابات المبحوثين الذين شملتهم عينة الدراسة، ونقدها على ضوء أهداف إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.

الشكل رقم 03-01 هيكل الدراسة التطبيقية.



المصدر : من إعداد الباحثة.

الشكل الموضح أعلاه يبين تصميم الجانب التطبيقي للدراسة.

3-1 دراسة مقارنة بين نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

تم إجراء دراسة مقارنة حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر إعتقادا على نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

3-1-1 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₃.

يعتبر التحقيق الوطني MICS₃ الثالث من نوعه الذي أجرته الجزائر فهو إمتداد للتحقيين الوطنيين MICS₁ و MICS₂ الذين أجريا سنتي 1995 و 2000 على التوالي.

3-3-1-أ وصف الإطار العام للتحقيق الوطني MICS₃.

يُمثل التحقيق الوطني متعدد المؤشرات الذي أجراه المكتب الوطني للإحصاء سنة 2006 بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ثمرة الجهود المشتركة بين الحكومة الجزائرية وبتنسيق ودعم كل من: منظمة الأمم المتحدة للسكان UNFPA، منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بنقص المناعة البشرية/ الإيدز ONUSIDA، من أجل رصد وتتبع تحقيق الأهداف المحددة في كل من إعلان الأهداف التنموية للألفية OMD، الذي إعتدته الأمم المتحدة في سبتمبر سنة 2000 وإجماع 191 دولة موقعة، وكذا خطة العمل العالمية تحت شعار "عالم محترم ولائق للأطفال" التي إعتُمدت خلال الدورة الإستثنائية حول حقوق الطفل التي عقدتها الأمم المتحدة في ماي 2002 وبتوقيع من 189 دولة.

تُعتبر الجزائر من بين الدول الموقعة على هاتين الاتفاقيتين وهو ما استوجب ضرورة الالتزام الكامل برصد، تحقيق وتقييم الأهداف المحددة كما تضمنته الفقرة 60 من خطة العمل العالمية حول الطفل (2002) والتي تنص على «..ضمان رصد وتقييم منتظمين على المستوى الوطني والإقليمي وكما تقتضيه الحاجة للتقدم نحو أهداف وغايات خطة العمل، نتيجة لذلك سوف نعزز قدراتنا الإحصائية على المستوى الوطني من خلال تحسين جمع البيانات وتحليلها وتصنيفها، بما في ذلك العمر، الجنس وعوامل أخرى قد تؤدي إلى عدم المساواة وسندعم مجموعة من البحوث التي تعنى بالطفل، سوف نعزز التعاون الدولي لدعم جهود بناء الإمكانيات الإحصائية وزيادة قدرة المجتمع على المراقبة، التقييم و التخطيط...»، «...يطلب من منظمة الأمم المتحدة للطفولة بصفتها الوكالة الرائدة في العالم لحماية الطفل وبالتعاون مع الحكومات، صناديق وبرنامج منظمة الأمم المتحدة للطفولة وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ومع جميع الجهات الفاعلة

الأخرى ذات الصلة أن تواصل إعداد ونشر معلومات عن التقدم المحرز في تنفيذ هذا الإعلان وهذه الخطة¹...» الفقرة 61 من خطة العمل، في ذات السياق يدعو الإعلان الخاص بالأهداف التنموية للألفية في فقرته 31 إلى تقديم تقارير دورية لتقييم الإنجازات المحققة «...نطلب من الجمعية العامة أن تستعرض بانتظام التقدم المحرز في تنفيذ أهداف هذا الإعلان ونطلب من الأمين العام نشر تقارير دورية لتنظر فيها الجمعية العامة لمواصلة العطاء²...»

3-1-1-ب أهداف التحقيق الوطني MICS₃.

سعى التحقيق الوطني متعدد المؤشرات إلى تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

- تقديم معلومات حديثة لتقييم وضع الأطفال والنساء في الجزائر.
- توفير البيانات اللازمة لرصد وتقييم تنفيذ الأهداف التنموية للألفية وخطة العمل التي تُعنى بالطفل والمساهمة في تحسين الأسس المعلوماتية التي تمتلكها الجزائر لجمع البيانات ومراقبتها وتعزيز الخبرات التقنية لتصميم، تنفيذ وتحليل نظم المعلومات.
- تمكين السلطات العامة و UNICEF من الحصول على المعلومات الضرورية لتنفيذ، رصد وتقييم السياسات الصحية الموجهة للتكفل بالأطفال والنساء.
- المساهمة في تحسين وتوحيد البيانات المتعلقة بالأطفال والنساء بالإضافة إلى تحديث وإثراء قواعد البيانات الحالية وتوفير الأدوات اللازمة لرصد حالة الأطفال والنساء مع مراعاة الخصائص الإقليمية، وكذا توفير مؤشرات لتمكين وتسهيل المقارنة مع البلدان الأخرى، وأخيرا تقييم الجهود المبذولة لتحسين وضعية الأطفال والنساء في الجزائر.

3-1-1-ت طريقة سحب العينة.

تم سحب عينة التحقيق الوطني متعدد المؤشرات بهدف إجراء تقديرات إحصائية ترتكز على أكبر عدد ممكن من المؤشرات التي تُعنى بوضعية الطفل والمرأة على المستوى الوطني، الجهوي وبين الريف والمدينة.

¹ ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, Algérie, 2006, p. 14.

² Ibid.

في الحقيقة تم تقسيم الجزائر من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى 4 مناطق صحية: وسط، شرق، غرب وجنوب، للحصول على معلومات أكثر دقة تم تقسيم تلك المناطق الأربعة إلى 17 منطقة فرعية إنطلاقاً من التعداد العام للسكان والسكن وكذا تحقيقات الحالة المدنية مع الأخذ بعين الاعتبار المعايير التالية:

❖ المعدل الكلي للخصوبة.

❖ الأمية.

❖ الإتصال بشبكة الصرف الصحي.

❖ نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة.

هذه المعايير تم إختيارها بسبب علاقتها الوثيقة ذات الدلالة الإحصائية بين مختلف الظواهر التي شملها التحقيق¹.

جميع الأسر التي شملها تحقيق MICS₃ سُحبت عبر الحصر الشامل الذي حُدّد خلال التعداد العام للسكان والسكن لسنة² 1998، تم تعيين جميع مناطق التي سُحبت منها عينة التحقيق من قبل موظفو الهياكل الإقليمية لرسم الخرائط للمكتب الوطني للإحصاءات، وقد أُجريت العملية عبر مرحلتين داخل كل منطقة فرعية، في المرحلة الأولى تم تشكيل وحدات أولية وهي عناقيد عددهم الإجمالي 34 عنقود من كل منطقة فرعية ليكون مجموع العناقد :

$$17 * 34 = 578 \text{ عنقود.}$$

المرحلة الثانية اعتمد خلالها على سحب عشوائي لانقواء وحدات ثانوية من تلك العناقد وعددها 51 هو أسرة من كل عنقود:

$$34 * 51 = 1734 \text{ أسرة، ليكون إجمالي وحدات العينة (حجم العينة) على المستوى الوطني:}$$

$$1734 * 17 = 29478 \text{ أسرة.}$$

¹ Ibid., p. 17.

² Ibid.

3-1-1-ث تحديد حجم عينة التحقيق الوطني MICS₃.

تم حساب عينة التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₃ لتكون تمثيلية لسكان الجزائر على المستوى الوطني، الإقليمي، الحضري والريفي لتشكل في النهاية ما مجموعه 29478 أسرة موزعة بالتساوي على 17 منطقة فرعية.

تبين المعادلة التالية الصيغة الحسابية¹ التي تم الإعتماد عليها لحساب حجم العينة المناسبة لإجراء تحقيق MICS₃:

الشكل رقم 03-02 المعادلة المعتمد عليها لحساب عينة التحقيق الوطني MICS₃.

$$n = \frac{4(r)(1 - r) \cdot (f) \cdot (1,1)}{(0,12 \times r)^2 \cdot p \cdot n_h}$$

Source: <http://mics.unicef.org>, Consulté le 12-07-2020.

حيث:

n: حجم العينة المطلوب.

4: العامل اللازم لتحقيق مستوى الثقة 95%.

r: الإنتشار المتوقع أو المحتمل (معدل التغطية).

1,1: العامل اللازم لزيادة حجم العينة.

f: إختصار deff.

r: 0,12 هامش الخطأ الأقصى عند مستوى ثقة 95%.

p: نسبة المجتمع الكلي.

n_h: متوسط عدد أفراد الأسرة.

¹ <http://mics.unicef.org>, Consulté le 12-07-2020.

3-1-1-ج تصميم إستمارات التحقيق الوطني Mics₃.

استخدم خلال تحقيق 2006 ثلاث أنواع من الإستمارات:

- ❖ إستمارة مخصصة للأسرة بهدف جمع معطيات عن ظروف الإسكان والمعيشة، الخصائص الديموغرافية و الإجتماعية لجميع أفراد الأسرة.
- ❖ إستمارة فردية مخصصة لكل امرأة يتراوح سنها بين 15-49 سنة.
- ❖ إستمارة فردية مخصصة لكل طفل يتراوح سنه بين 0-4 سنوات.

الجدول 03-01 الإستمارات التي شملها التحقيق MICS₃.

الإستمارة الموجهة للأسرة.	الإستمارة الموجهة للمرأة.	الإستمارة الموجهة للطفل.
- خصائص الأسرة.	- الخصائص العامة.	- تسجيل الولادات والتعليم
- التعليم.	- الزواج وتعدد الزوجات.	- خلال الطفولة المبكرة.
- النشاط الإقتصادي.	- وفيات الأطفال.	- الرضاعة الطبيعية.
- الماء والصرف الصحي.	- الكزاز.	- علاج الأمراض.
- شروط الإسكان.	- صحة الأم والمولود الجديد.	- التلقيح.
- الوفيات العامة.	- وسائل منع الحمل	- الشروط الصحية لختان
- الإعاقة.	- والإحتياجات غير الملباة.	- الذكور.
- عمالة الأطفال.	- لسيدا.	- القياسات البشرية.
- سلوك وإنضباط الطفل.	- فيروس نقص المناعة/الإيدز.	
- إضافة البيودإلى الملح.	- موقف المرأة من العنف ضد النساء.	

Source: ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, Algérie, 2006, p. 18.

هذه هي الاستمارات النموذجية التي اقترحها مدير مشروع MICS₃ للحصول على معطيات محددة تخص سكان الجزائر، في هذا السياق تم إدخال عدة محاور وهي: الأمراض المزمنة، الإعاقة، الوفيات الحوادث العامة، والظروف الصحية للختان الأولاد كمواضيع إضافية لا تندرج ضمن الإستمارة النموذجية المصاغة من قبل¹ UNICEF.

¹تقدم UNICEF إستمارات نموذجية لجميع البلدان غير أنها تترك المجال لكل دولة حتى تكيف الأسئلة التي تتضمنها تلك الإستمارات بما يتوافق مع خصوصيتها وثقافتها.

3-1-1-ح الاختبار الأولي لتحقيق MICS₃.

الإختبار الأولي للإستمارات أجري خلال الفترة الممتدة من 28 نوفمبر إلى 6 ديسمبر 2005 على عينة تتكون من 120 أسرة، جميع الملاحظات والنقاط التي رُصدت بعد إجراء التحقيق الأولي أُخذت بعين الإعتبار .

قام المكتب الوطني للإحصاء بتدريب العاملين خلال الفترة الممتدة من 4-15 مارس 2006، كان التدريب من قبل ممارسي الصحة العامة بهدف تكوين المتدربين خاصة على المحاور التالية: الطب النفسي للأطفال، التلقيح، الإعاقة، الأمراض المزمنة. عملية جمع البيانات إنطلقت في 25 مارس 2006 وبعد شهر واحد بدأت عملية معالجة المعطيات باستخدام تطبيق الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS.

3-1-1-خ النتائج المتحصل عليها من خلال تحقيق MICS₃.

توصل التحقيق الوطني متعدد المؤشرات إلى مجموعة من النتائج تخص الإعاقة والمتمثلة في:

الجدول رقم 03-02 إنتشار معدلات الإعاقة حسب كل من الجنس والسن (تحقيق

.(MICS₃)

كلا الجنسين .		الإناث .		الذكور .		
الإنتشار %	العدد	الإنتشار %	العدد	الإنتشار %	العدد	
0,1	67728	0,1	33425	0,1	34303	19-0 سنة
2,8	90318	1,1	45002	4,4	45316	20-59 سنة
13,2	13038	6,2	6362	19,8	6676	60 سنة فما فوق
2,5	171100	1,1	84802	3,9	88298	المجموع

Source: ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, Algérie, 2006, p. 33.

أفرزت نتائج تحقيق MICS₃ أن معدل إنتشار الإعاقة في الجزائر بلغ 2,5% من إجمالي عدد السكان، هذا المعدل مرتفع لدى الرجال مقارنة بالنساء أين قدر ب 3,9% و 1,1% على التوالي، كما أظهرت النتائج أن الإعاقة تمس المسنين أكثر من باقي الفئات العمرية، ويبقى المعدل مرتفع لدى المسنين مقارنة بالمسنات.

الجدول رقم 03-03 توزيع معدل الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة حسب نوع الإعاقة ومحل الإقامة (تحقيق MICS₃).

المجموع	ريف	حضر	
44,2	44,7	43,9	الحركة.
30,4	28,2	32,4	الفهم والتواصل.
23,2	25,2	21,4	البصر.
18,6	16,9	20	التفاعل مع الناس.
16,7	15,3	17,8	العناية الشخصية.
15,9	17,2	14,7	السمع.

Source: ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, Algérie, 2006, p. 34.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نوع الإعاقة الأكثر إنتشارا حسب نتائج التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₃ هي الإعاقة الحركية بمعدل قدره 44,2 % وبنسب متقاربة بين الجنسين (الفارق يتمثل في نقطة واحدة تقريبا)، تليها الإعاقة الذهنية بـ 30,4%، الإعاقة البصرية، صعوبات تتعلق بالتفاعل مع الناس، الرعاية الشخصية ثم الإعاقة السمعية بمعدل 15,9%، ويبقى الإختلاف قائما بين الجنسين.

الجدول رقم 04-03 توزيع معدلات الأشخاص الذين يعانون من إعاقة حسب شدة الإعاقة ومحل الإقامة (تحقيق MICS₃).

المجموع (%)	ريفي (%)	حضري (%)	
39,5	37,3	41,4	إعاقة شديدة.
60,5	62,7	58,6	إعاقة متوسطة.
100	100	100	المجموع.

Source: ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, p. 34.

يتبين من خلال الجدول أن معدل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من إعاقة متوسطة يفوق نظرائهم الذين يعانون من إعاقة شديدة بفارق 21 نقطة (60,5% في مقابل 39,5%).

3-3-3 د التعديلات التي تم إجراؤها قبل الدراسة.

قبل القيام بوصف وتحليل البيانات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، تم إجراء عدة تعديلات على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃ كما يلي:

- إنشاء متغيرات جديدة.

تم إنشاء متغيرات جديدة وهي:

1- السن: أدخل متغير السن في قاعدة المعطيات الخاصة بالتحقيق الوطني Mics₃ على شكل

أعمار أحادية، ونظرا لعدم القدرة على إعادة ترميزه وفقا لفئات عمرية، تم إنشاء متغيران هما:

أ- السن 1: ينقسم إلى 03 فئات عمرية كما يلي: 0-14 سنة، من 15-59 سنة والفئة

الأخيرة 60 سنة فما فوق، من أجل الإعتماد عليه لاختبار فرضيات الدراسة.

ب- السن 2: حتى تسهل عملية التحليل، قُسم متغير العمر إلى فئات عمرية أكثر تفصيلا:

0-4 سنوات، 5-9 سنوات، 10-14 سنة، 15-34 سنة، 35-54 سنة، 55-64

سنة، 65-74 سنة و 75 سنة فما فوق.

2- الجنس.

3- محل الإقامة.

4- الحالة العائلية.

5- المستوى التعليمي: تم بناء هذا المتغير بالإعتماد على متغيرين هما: هل ترددت على مدرسة أو

كتاب، وما هو أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه، والذي يحوي الإقتراحات التالية: تعرف القراءة

والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، عالي، بالتالي تم تشكيل متغير المستوى التعليمي مرفقا

بالإقتراحات التالية: غير متمدرس، تحضير، ابتدائي، متوسط، ثانوي وعالي.

6- أنواع الإعاقة: من أجل القيام بعملية التحليل والمقارنة بين متغير نوع الإعاقة والمتغيرات الأخرى

تم بناء هذا المتغير نظرا لكون الأنواع الرئيسية للإعاقة أدخلت حسب قاعدة معطيات الوطني

Mics₃ بشكل منفصل، وهو ما يؤثر على صدق نتائج المعطيات، بحيث قد يكون الشخص ذوي

الإعاقة يعاني من أكثر من إعاقة واحدة، على سبيل المثال قد يكون ذو إعاقة سمعية-بصرية-

حركية غير أنه يُحصى مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، ثم مع الأشخاص ذوي الإعاقة

السمعية وأخرى مع الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، وهو ما يؤدي إلى تضخم في عدد

الأشخاص ذوي الإعاقة، بالتالي يحوي متغير نوع الإعاقة الذي تم بناؤه على جميع الاحتمالات الممكنة المتعلقة بالأنواع الرئيسية للإعاقة: بصرية، سمعية، ذهنية وحركية.

7- شدة الإعاقة.

- ترجيح العينة **pondération**.

قبل القيام بهذه الخطوة بلغ العدد الإجمالي لمفردات عينة التحقيق الوطني Mics₃ 171052 شخص من بينهم 4359 شخص ذوي إعاقة، وبعد عملية إعادة الأوزان أصبح العدد الإجمالي لمفردات العينة قدر ب 171100 شخص من بينهم 4312 شخص ذوي إعاقة.

- معالجة القيم المفقودة.

تعويض القيم المفقودة هي آخر مرحلة سبقت بداية تحليل المعطيات، حيث تم تعويض القيم المفقودة للمتغيرات الجديدة -التي تم إنشاؤها والتي تُعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة فقط- من خلال تعويضها بقيمة المنوال (القيمة الأكثر ترددا) كما يلي:

❖ المستوى التعليمي: 5 قيم مفقودة تم تعويضها بإبتدائي.

❖ الحالة العائلية 6 قيم مفقودة تم تعويضها بمتزوج

❖ شدة الإعاقة 30 قيمة مفقودة تم تعويضها بمتوسطة.

❖ أنواع الإعاقة عدد القيم المفقودة 18 تم تعويضها بحركية، عدد الأشخاص الذين أجابو ب4 أنواع

الإعاقة هو =4034 أما 278 أجابو بين عدم القدرة على العناية+التفاعل مع الناس.

❖ سبب الإعاقة: عدد القيم المفقودة هو 17 تم تعويضها بخلقية.

❖ هل تعاني من مرض مزمن عدد القيم المفقودة 16 تم تعويضها بلا.

❖ هل تعان من مرض آخر مزمن عدد المفقودة 33 تم تعويضها بلا.

❖ المتابعة الطبية 14 قيمة مفقودة تم تعويضها بنعم.

❖ المتابعة الطبية للمرض المزمن الثاني 7 قيم مفقودة تم تعويضها بنعم.

❖ الحالة الفردية: قيم مفقودة 7 عوضت بنشط.

❖ الوضعية المهنية 18 مفقودة عوضت بموظف دائم.

❖ المصدر الرئيسي للماء 6 قيم مفقودة عوضت بحنفية داخل السكن.

❖ التوصيل بالكهرباء 24 قيمة مفقودة عوضت بشبكة الكهرباء.

❖ امتلاك مرحاض 5 قيم مفقودة عوضت بداخل المنزل.

- ❖ نوع المسكن 6 قيم مفقودة تم تعويضها بمسكن فردي.
- ❖ ملكية المسكن: 46 قيمة مفقودة عوضت بملكية فردية.
- ❖ مكان المطبخ 19 قيمة عوضت بـ في المسكن.
- ❖ نوع الوقود المستخدم للطهي 9 قيم عوضت بغاز البوتان.
- ❖ هل تملك دراجة؟ 40 قيمة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك دراجة نارية؟ 31 قيمة مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك قارب؟ 30 قيمة مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك سيارة؟ 22 قيمة مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك تلفزة؟ 5 قيم مفقودة عوضت بنعم.
- ❖ هل تملك هاتف؟ 11 قيمة مفقودة عوضت بلا.
- ❖ المادة الرئيسية للأرضية 28 قيمة مفقودة عوضت ببلاط.
- ❖ المادة الرئيسية السقف 6 قيم مفقودة عوضت بإسمنت.
- ❖ المادة الرئيسية الجدار 5 قيم مفقودة عوضت ببياجور.
- ❖ هل تملك ثلاجة؟ 3 قيم مفقودة عوضت بنعم.
- ❖ هل تملك فرن-موقد؟ 4 قيم مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك غسالة؟ 6 قيم مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك سخان مائي؟ 8 قيم مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك مدفأة؟ 9 قيم مفقودة عوضت بلا.
- ❖ هل تملك مكيف؟ 14 قيمة مفقودة عوضت بلا.

3-1-2 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₄.

تم إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₄ في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بدعم مالي وتقني من قبل منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF ومساهمة مالية من طرف صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA، وهي مبادرة طموحة تهدف إلى مساعدة البلدان النامية على سد الثغرات وتخطي العراقيل المتمثلة أساسا في الإفتقار إلى توفر معطيات وإحصائيات عن وضعية كل من الأطفال، النساء والأسر التي لوحظت في أوائل التسعينيات.

3-1-2 أ وصف الإطار العام للتحقيق الوطني MICS₄.

يُعد MICS₄ التحقيق العالمي الرابع من نوعه في الجزائر وهو إمتداد ل: MICS₁، MICS₂، MICS₃، يقدم تحقيق 2012 معلومات حديثة عن وضعية الأطفال والنساء في الجزائر من خلال مجموعة من المؤشرات الرئيسية التي تعكس صورة واضحة عن فشل أو نجاح السياسة التي إعتدتها الجزائر للتكفل بهم، بالإضافة إلى أنها تُمكن من تقييم النقص في التنمية البشرية والإجتماعية وتُزوّد برامج التنمية الوطنية والقطاعية بإحصائيات موثوقة عن وضعية الأطفال، النساء والأسر، كما تمكن البلدان من تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الإلتزامات العالمية المتفق عليها دوليا.

أولت الجزائر إهتماما كبيرا تُجاه تحسين الظروف المعيشية والرفاه الإجتماعي لسكانها، وهذا التحقيق الرابع الذي يأتي بعد تحقيقات: 1995، 2000 و 2006 يعكس مرة أخرى إلتزام الجزائر بمواصلة الجهود المبذولة لبناء مستقبل أفضل في جميع الميادين والمجالات من خلال الإعتداد على الأرقام الموثوقة، لاسيما تلك المتعلقة بظروف الإسكان، التعليم، الخصوبة، تنظيم الأسرة، أمراض الأطفال، الوفيات...

بالإضافة إلى المحاور السابقة أدرجت الجزائر ضمن إهتماماتها جوانب أخرى تتعلق ب: الأمراض المزمنة، الإعاقة، والحوادث...، إن هذه الأولويات التي حددتها الجزائر سواء كانت القديمة أو حتى الحديثة تعزز نظام المعلومات في مجالات الصحة والسكان من خلال تعزيز ثقافة التخطيط، صنع القرار والتدخل لتحسين رفاهية سكان الجزائر وخاصة الفئات الهشة.

إن تحقيق MICS₄ يسعى لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الأهداف الدولية مثل برنامج العمل العالمي الذي تم تبنيه سنة 1990 في أول قمة تُعنى بالأطفال "عالم محترم ولائق للأطفال"¹.

3-1-2 ب أهداف التحقيق الوطني MICS₄.

تمثلت الأهداف من إجراء التحقيق الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2012-2013 فيما يلي:

¹ الإطار العام للتحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₄ كان مقتطفات من المقدمة التي وجهها وزير الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات السيد بوضياف عبد المالك بمناسبة نشر التقرير النهائي لتحقيق MICS₄.

1- على المستوى الدولي:

- تحديث وتجديد الأهداف الإنمائية للألفية (يعتبر التحقيق الوطني MICS₄ أكبر مصدر للمعلومات والبيانات المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية OMD، أكثر من 20 مؤشر من بين 53 مؤشر خاص ب OMD).
- تجديد أهداف برنامج العمل العالمي حول الطفل (الدورة الإستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة سنتي 2007 و 2011)¹.
- المساهمة في تقييم المبادرة العالمية "العد التنازلي ل 2015" المتعلقة بشكل خاص بالهدفين 4 و5 الأهداف الإنمائية للألفية ألا وهما: الحد من وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات وكذا تحسين صحة الأم.
- تحديث الأهداف الرئيسية الأخرى بما في ذلك تحديث أهداف الجمعية العامة للأمم المتحدة UNGASS للقضاء على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وأهداف Abuja حول الملاريا..
- تقديم مؤشرات تسمح بإجراء مقارنات بين الدول.

2- على المستوى الوطني:

- تحديث قاعدة المعطيات المتعلقة بمؤشرات التنمية خاصة تلك التي تعنى بقضايا الطفل والمرأة.
- تقييم النقص التي تشوب كل مجال على حدى.
- التعريف بالمجالات الجديدة ذات الأولوية البالغة على غرار: الأمراض المزمنة، الإعاقة، الحوادث...
- تزويد البرنامج القطاعي للتنمية بقائمة من المؤشرات الموثوقة.
- تتبع تنفيذ أهداف التنمية للألفية.

3-1-2- الإطار المنهجي المتبع في تحقيق MICS₄.

عُهد تنفيذ التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₄ إلى مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة بالتعاون الوثيق مع الخبرة الدولية التي قدمتها UNICEF وكذا أعضاء اللجنة الإستشارية وعدة مؤسسات أخرى.

الشكل التنظيمي للتحقيق أُعد من طرف 3 هيئات هي:

¹ MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), op.cit, p. 30.

1- اللجنة التوجيهية (الإستشارية): برئاسة معالي وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، كما تتكون من ممثلين عن المؤسسات الحكومية المسؤولة عن السكان والتنمية البشرية والاجتماعية، وكالات الأمم المتحدة والمجتمع المدني، تقوم اللجنة التوجيهية بتحديد التوجهات الرئيسية للتحقيق، تعبئة الموارد اللازمة لتحقيقه والتأكد من صحة بيانات التحقيق.

اجتمعت اللجنة التوجيهية في 14 ماي 2012 في مقر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات برئاسة الأمين العام لوزارة الصحة للإحتفال بانطلاق التحقيق.

2- اللجنة التقنية (الفنية): يترأسها المدير الوطني للتحقيق (مديرية السكان بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات)، تتكون اللجنة الفنية من ممثلين لأعضاء اللجنة الإستشارية ومنظمات وجمعيات أخرى تُعنى بقضايا التنمية البشرية والاجتماعية. تقوم هذه اللجنة بالمساعدة في جميع مراحل إعداد و تنفيذ التحقيق.

3- المكتب التقني: تترأسه مديرية السكان، يتألف من مديريةية السكان بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ممثلين من UNICEF، وزارة التنبؤ والإحصاء سابقا والمكتب الوطني للإحصاء. تكمن مسؤولية المكتب الفني في دعم اللجنة الفنية من خلال:

- إعداد الدعم الفني للتحقيق (خطة سحب العينات، الإستمارات) وإسناد مختلف التعليمات للعاملين وكذا التخطيط لجميع مراحل التحقيق بالإضافة إلى التقييم المالي لجميع مراحل التحقيق.
- تدريب الموظفين المسؤولين عن إجراء التحقيق.
- متابعة الإنتهاء من التحقيق الميداني.
- تنفيذ التحقيق وتحليل النتائج.
- إعداد التقارير الخاصة بالتحقيق.
- نشر النتائج (نشرت النتائج ضمن 16 فصل).

بما أن الغرض الرئيسي من هذا التحقيق هو توفير مؤشرات تعكس العديد من الجوانب المتعلقة بوضعية الطفل والمرأة في الجزائر فإن الفئة المستهدفة في تحقيق MICS₄ هي: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات وكذا النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة وفقا لمكان الإقامة (ريف، حضر).

3-1-2-ث طريقة سحب العينة الخاصة بالتحقيق الوطني MICS₃.

يشمل تحقيق 2012 جميع الأسر العادية والجماعية التي تم تحديدها خلال التعداد العام للسكان والسكن الذي أجري سنة 2008.

حتى تكون العينة تمثيلية جغرافيا على مستوى جميع المناطق المبرمجة إقليميا ETP عبر كافة التراب الوطني ومن أجل نتائج وتقديرات دقيقة فإنه:

✓ تم الإعتماد على سحب طبقي للعينة وذلك عبر مرحلتين داخل كل ETP:

المرحلة الأولى: السحب من المناطق الأولية أو المقاطعات.

المرحلة الثانية: سحب من المناطق الثانوية أو الأسر.

✓ عدد الأسر داخل كل عنقود هو 25 أسرة (وحدة ثانوية).

✓ عدد العناقد في تحقيق MICS₄ هو 160 عنقود لكل ETP.

بالتالي يبلغ إجمالي عدد العناقد على المستوى الوطني¹ 1120 من أصل 41871 عنقود/ مقاطعة تشكل الإقليم الوطني بأكمله حسب التعداد العام للسكان والسكن لسنة 2008.

✓ توزيع أسر العينة حسب محل الإقامة ريف و حضر' يتم مع الأخذ بعين الإعتبار إرتباطه بالمقاطعة موضوع الدراسة.

✓ عدد عناقد العينة موزعة كمايلي: 767 عنقود سُحب من المنطقة الحضرية و 353 عنقود سُحب من المنطقة الريفية.

تم تحديد حجم العينة حتى تكون تمثيلية على مستوى المناطق المبرمجة إقليميا EPT وذلك حسب المخطط الوطني للتخطيط المكاني الذي تمت الموافقة عليه سنة 2010 بموجب القانون رقم 10-02 في 16 رجب 1431 الموافق ل 29 جوان 2010 للموافقة على المخطط الوطني لتخطيط الأراضي SNAT.

حسب SNAT يتم تحديد 9 مناطق مبرمجة إقليميا EPT، كل منطقة تعرف كمجال مفتاحي رئيسي للتخطيط الإقليمي الاستراتيجي، الذي يجمع مجموعة من الولايات التي تشترك في نفس الخصائص من أجل تحسين كفاءة عمل الدولة، السلطات المحلية والجهات الفاعلة في المجال الاجتماعي والاقتصادي، وفي هذا الصدد يأتي تحقيق MICS₄ من أجل تزويد جميع القطاعات بالمعلومات والمؤشرات اللازمة لتنفيذ وتقييم السياسات الإجتماعية عبر كافة ربوع الوطن.

¹ 1120=160*7 على إعتبار أن عدد المناطق المبرمجة إقليميا هو 7.

بالنسبة للمناطق 9 المبرمجة إقليمياً EPT فهي معرفة كالاتي:

1. على مستوى التل:

- المناطق المبرمجة إقليمياً شمال وسط تتمثل في 10 ولايات وهي: الجزائر، البلدية، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف وعين الدفلى.
- المناطق المبرمجة إقليمياً شمال شرق تتمثل في 08 ولايات وهي: عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف وقالمة.
- المناطق المبرمجة إقليمياً شمال غرب تتمثل في 07 ولايات وهي: وهران، تلمسان، مستغانم، عين تيموشنت، غيليزان، سيدي بلعباس ومعسكر.

2. على مستوى الهضاب العليا:

- المناطق المبرمجة إقليمياً هضاب عليا وسط تتمثل في 03 ولايات وهي: الجلفة، الأغواط والمسيلة.
- المناطق المبرمجة إقليمياً هضاب عليا شرق تتمثل في 06 ولايات وهي: سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريج، أم البواقي وتبسة.
- المناطق المبرمجة إقليمياً هضاب عليا غرب تتمثل في 05 ولايات وهي: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة والبيض.

3. على مستوى الجنوب:

- المناطق المبرمجة إقليمياً جنوب شرق تتمثل في 03 ولايات وهي: بشار، تيندوف وأدرار.
- المناطق المبرمجة إقليمياً جنوب غرب تتمثل في 04 ولايات وهي: غرداية، بسكرة، الوادي وورقلة.
- المناطق المبرمجة إقليمياً الجنوب الكبير تتمثل في 02 ولايات وهي: تمنراست وإليزي.

3-1-2-ج حساب حجم العينة.

الحجم الأمثل للعينة تم تحديده وفقاً لدرجة الدقة المطلوبة من أجل المؤشرات المراد تقديرها بناءً على النموذج القياسي الموصى به من قبل مشروع MICS.

المؤشر المفتاح الرئيسي المستخدم لتحديد حجم العينة هو معدل انتشار تأخر النمو (النقرم)، تم اختياره لأنه يتعلق بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات وهي مجموعة مركزية في التحقيق، يبلغ معدل إنتشار تأخر النمو 11.3% حسب تحقيق MICS₃ لسنة 2006.

تم تعيين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 0-4 سنوات كفئة مستهدفة والتي تمثل 11% من إجمالي السكان.

Deff وهو أثر تصميم العينة = 1.5.

متوسط عدد أفراد الأسرة قدر ب 5.9 شخص.

معدل عدم الإجابة المنتظر هو 10%.

ملاحظة:

تم الإشارة سابقا إلى أنه تم تقسيم الجزائر إلى 9 EPT، من أجل حساب حجم العينة تم ضم 3 مناطق مبرمجة إقليميا EPT الخاصة بولايات الجنوب في ETP واحدة وبذلك يكون العدد النهائي للمناطق المبرمجة إقليميا ETP = 7.

مجال الدراسة: 7 مناطق مبرمجة إقليميا EPT.

الشكل رقم 03 - 03 المعادلة المعتمد عليها لحساب حجم عينة التحقيق الوطني

.Mics₄

$$n = \frac{4(r)(1 - r).f.(1,1)}{(r \times er)2 . p. \bar{n}} = 3993 \text{ ménages/ETP}$$

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 37.

حيث:

N: حجم العينة.

4: هو عامل الوصول إلى مجال الثقة 95%.

r: معدل الانتشار المتوقع للمؤشرالمفتاح (تأخر النمو أو التقزم) : 11%.

f: أثر الإستطلاع = 1.5.

1.1: هو العامل اللازم لزيادة حجم العينة بنسبة 10 % لحساب معدل عدم الاستجابة.

er: الهامش النسبي المرتبط بتحمل الخطأ = 14%.

p: نسبة السكان المستهدفين من إجمالي السكان = 11%.

\bar{n} متوسط عدد أفراد الأسرة = 5.9 شخص.

من أجل جميع المناطق المبرمجة إقليمياً EPT يصبح العدد الإجمالي للعينة إجمالي العينة:

$4000 * 7 = 28000$ أسرة. (تم تقريب 3993 أسرة إلى 4000)

3-1-2-ح تصميم الإستمارات.

تم استخدام ثلاث أنواع من الإستمارات خلال التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS₄ لتكون مناسبة مع الإحتياجات الوطنية للمعلومات الإحصائية في سياق الإتفاقيات والمعاهدات الدولية التي وقعتها الجزائر (ODM، مخطط العمل العالمي حول الطفل).

الجدول 03-05 الإستمارات التي شملها تحقيق MICS₄.

الإستمارة التي تخصص للأسرة.	الإستمارة الموجهة للمرأة.	الإستمارة الموجهة للطفل.
- قائمة بأفراد الأسرة.	- خصائص المرأة.	- عمر الطفل.
- التربية.	- الزواج .	- تسجيل الولادات .
- النشاط الإقتصادي	- وفيات الأطفال.	- تنمية الطفل.
للأشخاص الذين تزيد	- تاريخ الميلاد.	- الرضاعة الطبيعية.
أعمارهم عن 15 سنة.	- الرغبة في الإنجاب الأخير.	- رعاية الأطفال المرضى.
- الأمراض المزمنة التي	- صحة الأم والمولود الجديد.	- التطعيم.
تمس الأشخاص ذوي 15	- فحوصات مابعد الولادة.	- الشروط الصحية لختان
سنة فأكثر .	- أعراض الأمراض.	- الذكور .
- الإعاقة.	- وسائل منع الحمل.	- القياسات البشرية.
- المياه والصرف الصحي.	- الإحتياجات غير الملباة.	
- الخصائص المنزلية.	- موقف المرأة من العنف ضد	
- الوفيات العامة.	النساء.	
- عمالة الأطفال.	- فيروس نقص المناعة/الإيدز.	
- سلوك وإنضباط الطفل.		
- الحوادث.		
- غسل اليدين.		
- إضافة اليود إلى الملح.		

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 34.

إذن تضمن التحقيق الوطني:

- 1- إستمارة تخصص للأسرة: بهدف جمع المعطيات التي تخص جميع أفراد الأسرة بالإضافة إلى الشروط والظروف المتعلقة بالسكن.
- 2- إستمارة موجهة للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 14-49 سنة.
- 3- إستمارة موجهة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات.

3-1-2- خ الإختبار الأولي ومعالجة البيانات.

تم جراء الإختبار الأولي للتحقيق خلال الفترة الممتدة من 12-23 جوان 2012 على مستوى الجزائر العاصمة، التدريب على التحقيق أُجري خلال الفترة الممتدة ما بين 06-20 تحت إشراف الكادر الفني لمديرية السكان التابعة لوزارة الصحة بمشاركة خبير عيّن من طرف المكتب الإقليمي ل UNICEF.

بدأ التحقيق الميداني فعليا في 21 أكتوبر 2012 وكان من المقرر الإنتهاء منه في 06 جانفي 2013، إلا أنه تم تمديده إلى غاية 31 من نفس الشهر بسبب عدة صعوبات.

عملية إستغلال معطيات التحقيق بدأت في 4 نوفمبر 2012 وذلك بعد 15 يوما فقط من الإنطلاق الفعلي للتحقيق الميداني، تم تحليل البيانات باستخدام الإصدار 21 من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS Version 21، معدل الإستجابة بلغ 98% في المناطق الحضرية مقابل 99% في المناطق الريفية.

3-1-2- د المقاربة المنهجية للإعاقة في تحقيق MICS₄.

التعريف الذي تم تبنيه لتحديد الإعاقة في تحقيق MICS₄ هو التعريف الذي اعتمده منظمة الصحة العالمية وفقا للتصنيف العالمي للإعاقة CIM الذي نُشر سنة 1980 وهو نموذج طبي يصنّف الإعاقة من خلال ثلاث مستويات الضعف، العجز والحرمان (أنظر الفصل 3-3).

خلال 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 إستمرت 6 أشهر فما فوق تمنع أو تحول دون مشاركته في أداء الأنشطة العادية مقارنة بالأشخاص في مثل سنه" إذن هذا هو التعريف الذي إعتمده الجزائر في تحقيق MICS₄ لتعريف الإعاقة.

3-1-2- ذ النتائج المتحصل عليها حسب تحقيق Mics₄.

توصل التحقيق الوطني متعدد المؤشرات Mics₄ إلى مجموعة من النتائج تخص الإعاقة والمتمثلة

في:

الجدول رقم 03- 06 توزيع الأسر التي يوجد بها أشخاص ذوي إعاقة حسب بعض الخصائص (تحقيق Mics₄ (%).

إجمالي الأسر عدد	متوسط الأشخاص ذوي إعاقة في كل أسرة	عدد الأسر التي يوجد بها أشخاص ذوي إعاقة	نسبة التي يوجد بها أشخاص ذوي إعاقة	جنس رب الأسرة
24346	1,1	1644	6,8	ذكر
2852	1,1	298	10,5	أنثى
9658	1,2	636	6,6	EPT ₁ شمال-وسط.
4025	1,1	273	6,8	EPT ₂ شمال-شرق
4173	1,1	301	7,2	EPT ₃ شمال-غرب
1740	1,2	142	8,2	EPT ₄ هضاب عليا-وسط
3795	1,1	214	5,6	EPT ₅ هضاب عليا-شرق
1397	1,1	100	7,2	EPT ₆ هضاب عليا-غرب
2409	1,1	276	11,5	EPT ₇ جنوب
17624	1,1	1216	6,9	حضر
9574	1,1	726	7,6	ريف
5332	1,2	458	8,6	فقير جدا
5492	1,2	384	7	فقير
5474	1,1	414	7,6	متوسط
5374	1,1	380	7,1	غني
5527	1,2	306	5,5	غني جدا
27198	1,1	1942	7,1	المجموع

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 239.

توضح نتائج الجدول أن أزيد من 7% من الأسر الجزائرية تحوي بين أفرادها شخصا ذوي إعاقة، كما أظهرت النتائج أن ما يقارب 11% من تلك الأسر تُعيلها امرأة في مقابل 7% يكون فيها الرجل هو رب الأسرة، ذات النتائج كشفت تباين في توزيع نسبة الأسر التي تحوي بين أفرادها شخصا ذوي إعاقة على مستوى مختلف البرامج الإقليمية.

الجدول رقم 03 - 07 نسبة أفراد الأسر الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية (تحقيق Mics₄ (%)).

العدد الإجمالي لأفراد الأسر	نسبة أفراد الأسر التي يوجد بها أشخاص ذوي إعاقة		
74714	1,7	ذكر	جنس
72758	1,2	أنثى	
49858	1,4	EPT ₁ شمال-وسط.	المناطق المبرمجة إقليميا EPT
20925	1,4	EPT ₂ شمال-شرق	
22530	1,5	EPT ₃ شمال-غرب	
10227	1,6	EPT ₄ هضاب عليا-وسط	
20791	1,1	EPT ₅ هضاب عليا-شرق	
8369	1,3	EPT ₆ هضاب عليا-غرب	
14772	1,2	EPT ₇ جنوب	
93696	1,4	حضر	محل الإقامة
53775	1,5	ريف	
16553	0,8	4-0	الفئات العمرية
12825	9	9-5	
11684	0,9	14-10	
13380	1,1	19-15	
14703	1,3	24-20	
38371	1,3	39-25	
27906	1,7	59-40	
11983	3,9	+60	
64	0,8	غير مصرح به	
24754	5,1	غير متعلم	المستوى التعليمي للفرد
30758	1,6	إبتدائي	
39700	0,8	متوسط	
22958	0,5	ثانوي	
12252	0,5	عالي	
332	2,7	غير معروف	
44661	2,1	عازب	الحالة العائلية للأشخاص الأكبر من 15 سنة
55581	1,2	متزوج	
1507	2,7	مطلق	
249	1,4	منفصل	
4331	4	أرمل	

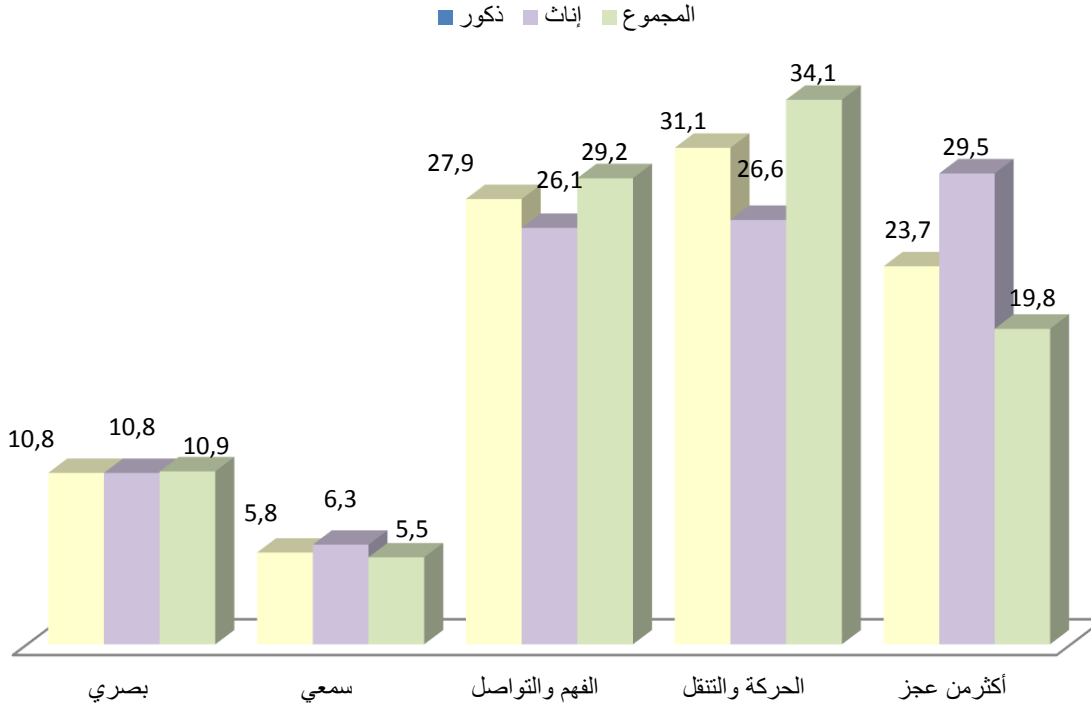
50609	4,9	غير متعلم	المستوى التعليمي لرب الأسرة
33603	1,5	إبتدائي	
32110	1,1	متوسط	
21319	0,9	ثانوي	
8165	8,0	عالي	
1665	1	غير معروف	
29488	1,8	فقير جدا	مؤشر الغنى
29510	1,4	فقير	
29486	1,6	متوسط	
29495	1,4	غني	
29492	1,1	غني جدا	
147471	1,4	المجموع	

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 240.

أظهرت النتائج أعلاه أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من حالة تحد من قدرتهم على ممارستهم للأنشطة العادية الخاصة بـ 1% (2% بين الذكور و 1% إناث)، تزداد هذه النسبة بشكل ملحوظ مع التقدم في السن، كما بينت ذات النتائج أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لم يلتحقوا بالمدرسة مطلقاً تمثل الحصة الأسد من بين المستويات الأخرى¹.

¹ تم إلغاء 39 قيمة مفقودة تخص متغير المستوى التعليمي لفرد الأسرة.

الشكل رقم 03 - 04 توزيع الأشخاص الذين لديهم عجز حسب كل من نوع الضعف والجنس (تحقيق Mics₄ (%)).



Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS)**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 241.

بلغت نسبة الأشخاص الذين لديهم ضعفا يؤثر على قدرتهم في الحركة والتنقل الحصة الأسد بنسبة تفوق 34%، تليها نسبة الأشخاص الذين يعانون من ضعف الفهم والتواصل بفارق 1,9 نقاط، فيما لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين يعانون من ضعف السمع نسبة 5%.

الجدول رقم 03 - 08 نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع الضعف (تحقيق Mics₄ (%)).

العدد الإجمالي للأشخاص	المجموع	غير مصحح	أثر من عجز	الحركة والتنقل	القهم والتواصل	سمعية	بصرية		
1263	100	0,6	19,8	34,1	29,2	5,5	10,8	ذكر	الجنس
871	100	0,7	29,5	26,6	26,1	6,3	10,8	أنثى	
703	100	0,0	31	27,6	27,3	3,6	10,5	EPT ₁ شمال-وسط.	المناطق المبرمجة إقليميا EPT
296	100	1,7	17,2	31,8	35,8	5,1	8,4	EPT ₂ شمال-شرق	
329	100	0,6	21,9	31	25,8	6,4	14,3	EPT ₃ شمال-غرب	
166	100	1,8	17,5	30,7	27,7	8,4	13,9	EPT ₄ هضاب عليا-وسط	
226	100	0,4	20,4	36,7	31	6,6	4,9	EPT ₅ هضاب عليا-شرق	
106	100	0,1	19,8	33	26,4	11,3	9,4	EPT ₆ هضاب عليا-غرب	
308	100	0,7	22,7	34,1	22,1	6,8	13,6	EPT ₇ جنوب	
1327	100	0,6	24,2	31,8	27	5,9	10,5	حضر	محل الإقامة
807	100	0,6	22,9	29,9	29,5	5,7	11,4	ريف	
127	100	0,0	39,4	32,3	17,3	3,9	7,1	4-0	الفئات العمرية
122	100	0,9	31,1	22,1	32,8	5,7	7,4	9-5	
110	100	1	22,7	30,9	30,9	10	4,5	14-10	
144	100	1,5	33,3	19,4	33,3	4,9	7,6	19-15	
191	100	0,5	17,3	22	40,8	6,8	12,6	24-20	
486	100	1,2	19,1	29,4	37,2	3,4	8,8	39-25	
481	100	0,6	18,5	35,3	31	5	9,6	59-40	
472	100	0,2	27,8	37,7	9,1	7,4	17,8	+60	
1150	100	0,8	32,5	25,8	25,1	5,7	10,1	غير متعلم	المستوى التعليمي للفرد
490	100	0,5	16,3	27,6	37,8	7,6	10,2	إبتدائي	
306	100	1	8,5	45,4	27,5	3,9	13,7	متوسط	
121	100	1,7	9,9	52,9	24,8	4,1	6,6	ثانوي	
59	100	0,0	20,3	40,7	13,6	3,4	22	عالي	
921	100	0,9	23,9	20,7	42,1	3,7	8,6	عازب	الحالة العائلية للأشخاص الأكبر من 15 سنة
639	100	0,5	17,5	45,5	13,5	7,8	15,2	متزوج	
40	100	2,5	20	35	30	5	7,5	مطلق	
171	100	0,0	31,6	37,4	7,6	8,2	15,2	أرمل	

1013	100	0,8	21,3	30,9	30,7	5,4	10,9	غير متعلم	المستوى التعليمي لرب الأسرة
492	100	0,8	23,6	28,5	26	7,9	13,2	إبتدائي	
353	100	0,0	27,7	36	23,5	4	8,8	متوسط	
195	100	0,4	28,7	30,8	26,2	7,2	6,7	ثانوي	
65	100	0,0	29,2	24,6	29,3	3,1	13,8	عالي	
16	100	6,1	6,3	43,8	24,1	0,0	18,8	غير معروف	
521	100	1,0	20,7	30,9	4,8	4,8	13,2	فقير جدا	مؤشر الغنى
425	100	0,7	23,1	28,7	7,5	7,5	11,3	فقير	
458	100	1,4	24,2	31,4	4,8	4,8	11,1	متوسط	
406	100	0,3	23,6	32	5,7	5,7	9,1	غني	
324	100	0,0	29	32,4	6,5	6,5	8	غني جدا	
2134	100	0,7	23,8	31,1	5,8	5,8	10,8	المجموع	

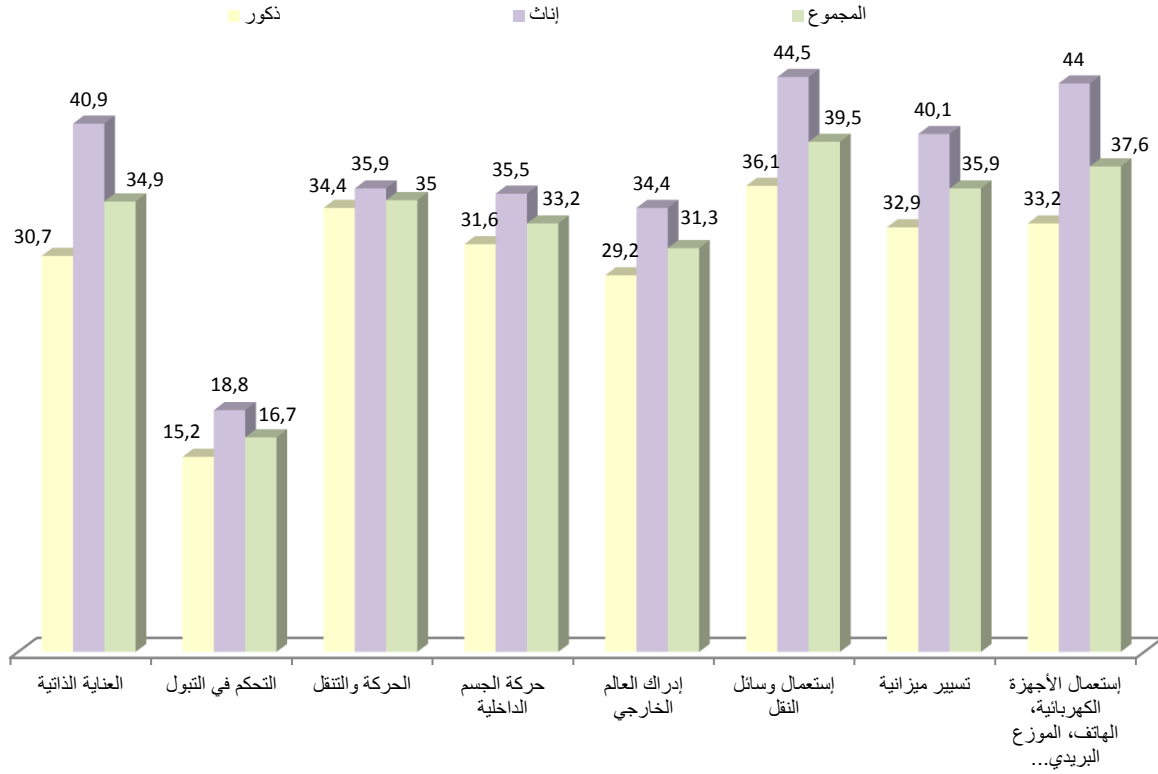
Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 243.

تبين نتائج¹ الجدول أعلاه عدم وجود إختلافات كبيرة في نسب الأشخاص الذين يعانون من الضعف بمختلف أنواعه بين الوسطين الريفي والحضري، كما أظهرت النتائج ارتفاع نسب الأشخاص الذين يعانون من ضعف في الفهم والتواصل والذين يقطنون في الولايات التابعة للشمال شرق الجزائر.

¹ تم حذف مجموعة من القيم للمتغيرات التالية: قيمة مفقودة واحدة فيما يخص متغير الفئات العمرية، 7 قيم مفقودة في المستوى التعليمي للفرد، 7 قيم متغير الحالة العائلية، 16 قيمة مفقودة لمتغير المستوى التعليمي لرب الأسرة.
* لم يتم إضافة أوزان للفئة العمرية cas non pondérés بين 25-45.

الشكل رقم 03- 05 نسبة الأشخاص الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على

ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع العجز والجنس (تحقيق Mics₄ (%)).



Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 244.

كشفت نتائج الجدول ارتفاع نسب الأشخاص الذين يعانون من عجز في استعمال وسائل النقل، غير أن الإناث يعانون أكثر من الذكور بفارق 8,4 نقاط، تليها نسبة الأشخاص الذين يعانون من عجز في استعمال مختلف الأجهزة، فيما تبقى الإناث تعانين أكثر من الذكور.

الجدول رقم 03-09 نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على

ممارسة نشاطاتهم العادية حسب نوع العجز (تحقيق Mics₄ (%).

العدد الإجمالي	إستعمال الوسائل	تفسير ميزانية	إستعمال وسائل النقل	إدراك العالم الخارجي	حركة الجسم الداخلية	الحركة والتنقل	التحكم في التبول	عناية ذاتية		
1263	33,2	32,9	36,1	29,2	31,6	34,4	15,2	30,7	ذكر	الجنس
871	44	40,1	44,5	34,4	35,5	35,9	18,8	40,9	أنثى	
703	47,3	41,1	44,5	36,1	33,1	37	19,1	36	EPT ₁ شمال-وسط.	المناطق المبرمجة إقليميا EPT
296	31,5	34,7	36,3	30,5	28,3	31,8	14,3	38,9	EPT ₂ شمال-شرق	
329	25,8	29,6	33,1	31,4	35,7	35,4	13,3	33,1	EPT ₃ شمال-غرب	
166	33,1	23,9	30,2	32,8	34,4	29,3	22,9	31,1	EPT ₄ هضاب عليا-وسط	
226	41,9	44,2	41,5	26,5	35,9	31,6	20,8	37,5	EPT ₅ هضاب عليا-شرق	
106	20,9	29,1	30,1	22,7	26,5	34,5	14,8	34,3	EPT ₆ هضاب عليا-غرب	
308	38,9	34,4	44,9	26,9	35,2	38,8	11,2	30,7	EPT ₇ جنوب	
1327	37,6	34,5	38	30,8	33,4	35,5	17,3	35,4	حضر	محل الإقامة
807	37,6	38,2	42	32,1	32,9	34,2	15,6	34,1	ريف	
127	24,1	23,8	27,5	32,2	46,7	49,4	42,5	58,9	4-0	الفئات العمرية
122	33,2	28,3	30,3	37,5	33,1	39,6	30,1	46,6	9-5	
110	31,6	28,5	30,3	32,4	40,7	23,2	18,1	26,5	14-10	
144	42,4	44	53,4	41,1	34,4	34,6	21,3	37,1	19-15	
191	47,7	46,7	39,7	32,6	22	28,8	14,5	32,2	24-20	
486	38,8	39,4	37	35,3	30,5	24,6	11,6	33,1	39-25	
481	35,9	34,1	38,7	30,3	31	30,5	8,9	25,4	59-40	
472	38,5	34,1	46,2	22,7	37	50,6	18,5	39,3	+60	
1050	44,7	43,9	48,5	37,6	38,3	42,7	25,9	48,1	غير متعلم	المستوى التعليمي للفرد
490	34,1	29,2	31,6	29,2	23,4	24,3	7	21,3	إبتدائي	
306	25,2	24,9	24	17,6	33,3	26,9	3,6	14,6	متوسط	
121	22,8	24,8	24,6	26,1	29,4	23,6	7,8	19,4	ثانوي	
59	22,5	16,3	38,6	9,7	17,6	41,6	4,5	28,8	عالي	
921	46,5	47,4	43	41,9	29	28,6	15,4	36,5	عازب	الحالة العائلية للأشخاص الأكبر من 15 سنة
639	27,5	24	37,7	15,3	33,9	38,6	9,6	24,9	متزوج	
40	48,5	43	55,1	44,8	33,8	44,2	13,3	29,4	مطلق	
171	41,2	35,1	44,9	25,1	38,8	49,2	20,4	44,1	أرمل	

1013	38,5	38	41	32	31	34	14,7	34,7	غير متعلم	المستوى التعليمي لرب الأسرة
492	37	34,1	39,7	31	32,8	35,6	17,6	34,7	إبتدائي	
353	38,8	2,32	36,8	28,5	38	36,4	19,1	34,7	متوسط	
195	35	35	34,6	34,6	38	36,3	20,1	36,3	ثانوي	
64	32	42,2	42,4	28,6	31	41,4	17,1	39,1	عالي	
521	32	33,7	35,4	30,6	28,1	30,7	11,5	32,5	فقير جدا	مؤشر الغنى
425	37,9	36,2	41,2	32,2	31,4	35,5	17,5	33,2	فقير	
458	39,2	37,8	43,7	31,9	37,7	37,9	21,4	34,5	متوسط	
406	36,6	1,33	34,1	29,9	33,2	35,6	15,3	40,2	غني	
324	45,1	39,5	44,6	32,3	37,5	36,4	19	34,9	غني جدا	
2134	37,6	35,9	39,5	31,3	33,2	35	16,7	34,9	المجموع	

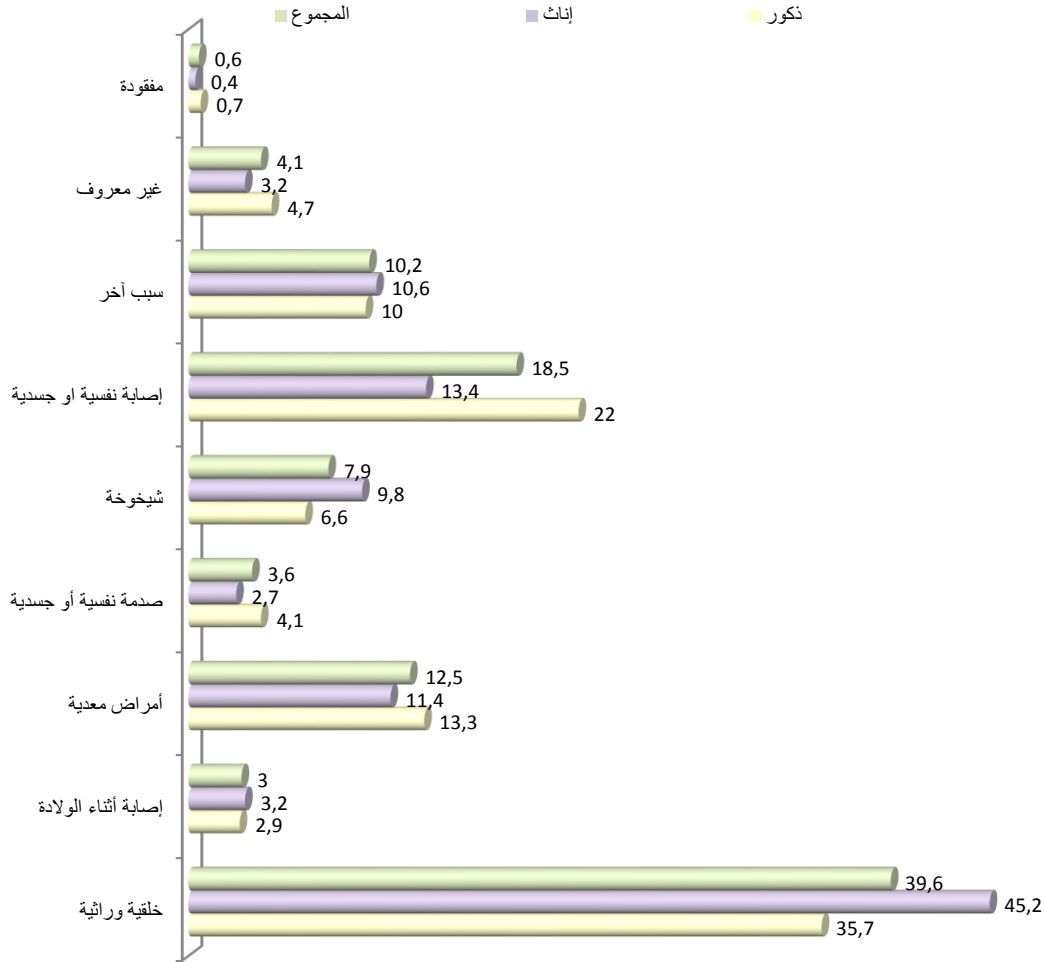
Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 246.

نتائج الجدول أعلاه¹ كشفت أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من عجز في استعمال وسائل النقل والذين هم غير متعلمين بلغت ما يقارب 49%، 47% من العزاب عاجزين عن تسيير ميزانية و35% من الأشخاص غير القادرين على استعمال وسائل النقل فقراء جدا.

¹ تم حذف مجموعة من القيم للمتغيرات التالية: قيمة مفقودة واحدة فيما يخص متغير الفئات العمرية، 7 قيم مفقودة في المستوى التعليمي للفرد، 7 قيم متغير الحالة العائلية، 16 قيمة مفقودة لمتغير المستوى التعليمي لرب الأسرة.
* لم يتم إضافة أوزان للفئة العمرية cas non pondérés بين 25-45.

الشكل رقم 03- 06 نسبة الأشخاص الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على

ممارسة نشاطاتهم العادية حسب سبب الضعف (تحقيق Mics₄ (%))



Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 250.

نتائج التحقيق الوطني Mics₄ أظهرت أن السبب الرئيسي للإعاقة في الجزائر يرجع لعوامل خلقية/وراثية بنسبة 40% خاصة بالنسبة للإناث، 18% ترجع لإصابة نفسية أو جسدية، خاصة بالنسبة للذكور، 12% بسبب أمراض معدية، فيما انخفضت نسبة الإعاقة الناجمة عن إصابة أثناء الولادة إلى 3%.

الجدول رقم 03-10 نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على

ممارسة نشاطاتهم العادية حسب كل من نوع الضعف ودرجته (تحقيق Mics₄ (%)).

متوسطة						شديدة						
المجموع		إناث		ذكور		المجموع		إناث		ذكور		
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
231	64,2	94	64,9	137	63,8	231	35,3	94	35,1	137	35,5	بصرية
124	68,8	55	67,3	69	70	124	28,8	55	29,1	69	28,6	سمعية
596	57,9	227	58,1	369	57,7	596	41,8	227	41,4	369	42	الفهم والتواصل
663	69,6	232	66,7	431	71,2	663	30,1	232	33,3	431	28,3	الحركة والتنقل
507	27,9	257	29,6	250	26,1	507	71,5	257	69,6	250	73,5	أكثر من ضعف
15	*	7	*	8	*	15	*	7	*	8	*	غير مصرح بها
2134	55,7	871	53,3	1263	57,3	2134	43,8	871	46,1	1263	42,2	المجموع

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 252.

توضح النتائج أعلاه أن 44% من الأشخاص يعانون من إعاقة شديدة (46% إناث و42%

ذكور)، في مقابل 56% منهم يعانون من إعاقة متوسطة (53% إناث و57% ذكور).

الجدول رقم 03-11 نسبة أفراد الأسرة الذين لديهم حالة تحد من قدراتهم على ممارسة نشاطاتهم العادية حسب كل من نوع العجز وشدته (تحقيق Mics₄ (%)).

متوسطة						شديدة						
المجموع		إناث		ذكور		المجموع		إناث		ذكور		
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
131	59,5	63	60,3	67	59,7	131	39,2	63	38,1	67	40,3	العناية الذاتية
15	*	4	*	12	*	15	*	*	*	12	*	التحكم في التبول
136	80,1	41	78	93	82,8	136	18,7	*	22	93	*	الحركة والتنقل
199	81,9	64	75	136	84,6	199	18,5	*	25	136	*	حركة الجسم الداخلية
122	68	35	*	87	69	122	31,1	*	34,3	87	29,9	إدراك العالم الخارجي
79	79,7	28	*	50	74	79	*	*	7,1	50	*	إستعمال وسائل النقل
57	73,7	11	*	46	73,9	57	*	*	27,3	46	*	تسيير ميزانية
130	70,8	55	70,9	76	69,7	130	29	*	29,1	76	*	إستعمال الأجهزة
1192	41,8	542	42,6	649	41,1	1192	57,8	542*	57	649	58,4	أكثر من عجز
75	66,7	27	63	48	,68	75	29,3	27	29,6	48	29,2	مفقودة
2134	55,7	871	53,3	1263	57,3	2134	43,8	871	46,1	1263	42,2	المجموع

Source: MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2013, p. 253.

تبين النتائج أن النساء اللاتي يعانين من الإعاقة الشديدة بغض النظر عن نوعها العجز أكثر من الذكور (46% في مقابل 42%).

3-1-2-ر التعديلات التي تم إجراؤها قبل الدراسة.

من أجل القيام بعملية التحليل الإحصائي للبيانات، تم إجراء التعديلات التالية:

- إنشاء متغيرات جديدة.

تم إنشاء متغيرات جديدة إنطلاقاً من متغيرات قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄ التي تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، حتى يتسنى إجراء التحليل الوصفي أحادي المتغير، يمكن القول أن المتغيرات

الجديدة التي تم إنشاؤها كانت بالإعتماد على المبدأ ذاته الذي تم اتباعه حسب قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃ (أنظر 3-1-1-د).

- 1 السن¹.
 - 2 الجنس.
 - 3 المناطق المبرمجة إقيميا.
 - 4 محل الإقامة.
 - 5 الحالة العائلية.
 - 6 المستوى التعليمي².
 - 7 أنواع الإعاقة³.
 - 8 شدة الإعاقة.
- ترجيح العينة **pondération**.

قبل القيام بهذه الخطوة بلغ العدد الإجمالي لمفردات عينة التحقيق الوطني Mics₄: 152373 شخص من بينهم 2365 شخص ذوي إعاقة، وبعد عملية إعادة الأوزان أصبح العدد الإجمالي لمفردات العينة يقدر ب 147471 شخص من بينهم 2134 شخص ذوي إعاقة.

- القيم المفقودة.

❖ السن: تضمن قيمة مفقودة وحيدة، وبما أن متغير السن هو متغير كمي فقد تم تعويض هذه القيمة بعد حساب المتوسط الحسابي لأعمار جميع مفردات العينة حيث بلغ بالتقريب 29 سنة، وبذلك عُوِضت القيمة المفقودة ب 29 سنة.

¹ تم إدخال متغير السن في قاعدة المعطيات الخاصة بالتحقيق الوطني Mics₄ على شكل أعمار أحادية، ونظرا لعدم القدرة على إعادة ترميزه وفقا لفئات عمرية، تم إنشاء متغيران هما: السن 1: ينقسم إلى 03 فئات عمرية كما يلي: 0-14 سنة، من 15-59 سنة والفئة الأخيرة 60 سنة فما فوق، من أجل الإعتماد عليه لاختبار فرضيات الدراسة، السن 2: حتى تسهل عملية التحليل، قُسم متغير العمر إلى فئات عمرية أكثر تفصيلا: 0-4 سنوات، 5-9 سنوات، 10-14 سنة، 15-34 سنة، 35-54 سنة، 55-64 سنة، 65-74 سنة و 75 سنة فما فوق.

² تم بناء هذا المتغير بالإعتماد على متغيرين هما: هل ترددت على مدرسة أو كَتَّاب، وما هو أعلى مستوى تعليمي وصلت إليه، والذي يحوي الإقتراحات التالية: تعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، عالي، بالتالي تم تشكيل متغير المستوى التعليمي مرفقا بالإقتراحات التالية: بدون غير متمدرس، تحضير، ابتدائي، متوسط، ثانوي وعالي.

³ يحوي متغير نوع الإعاقة الذي تم بناؤه على جميع الاحتمالات الممكنة المتعلقة بالأنواع الرئيسية للإعاقة: بصرية، سمعية، ذهنية وحركية

❖ المستوى التعليمي: كما سبق الذكر بُني المتغير الجديد عن طريق دمج متغيرين الأول يتعلق ب هل ترددت على مدرسة؟ الذي تضمن 02 قيم مفقودة، وبما أنه متغير كفي فقد عُوضت هذه القيمة بعد حساب المنوال، وهو يرجع إلى القيمة الأكثر تكرار وهي تساوي في هذه الحالة=1 أى لا وبذلك عوضت القيمة بإجابة لا، أما المتغير الثاني فتضمن 7 قيم مفقودة عولجت بنفس الطريقة حيث: mode=2 أي مستوى إبتدائي، وبذلك عوضت القيم 09 المفقودة في المتغير الجديد ب: 02 قيم بدون تدرس و 07 قيم مستوى إبتدائي.

❖ أنواع الاعاقة عدد القيم المفقودة 21 تم تعويضها بحركية

❖ سبب الإعاقة: عدد القيم المفقودة هو 13 تم تعويضها بخلقية.

❖ هل تعاني من مرض مزمن؟ عدد القيم المفقودة 16 تم تعويضها بلا.

❖ هل تعاني من مرض مزمن آخر؟ عدد المفقودة 08 تم تعويضها بلا.

❖ المتابعة الطبية 04 قيم مفقودة تم تعويضها بنعم.

❖ المتابعة الطبية للمرض المزمن الثاني 2 قيم مفقودة تم تعويضها بنعم.

❖ الحالة الفردية: 5 قيم مفقودة عوضت بنشيط.

❖ الوضعية المهنية 18 مفقودة عوضت بموظف دائم.

3-2- دراسة تطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

لا يزال الكثير من الغموض يشوب ظروف وواقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر بسبب ندرة بل عمق الأبحاث الرسمية المتعلقة بهذه الشريحة، ومن أجل إمطة اللثام عن الخبايا المتعلقة بوضعية الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، معرفة وفهم الإحتياجات التعليمية، الصحية، الإقتصادية، النفسية-الإجتماعية لديهم، وبغية الوقوف عند مطالب وتطلعات الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في جميع المجالات، تم تصميم إستمارة إلكترونية تتناسب وموضوع الدراسة، تم تقديمها للأشخاص المعنيين بعد تتبع الخطوات التالية:

3-2-1 حصر مجتمع الدراسة وتحديد حجم العينة

يعتبر تحديد مجتمع الدراسة الخطوة الأولية التي تسبق أي بحث علمي، يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الأشخاص الذين تتوفر فيهم خصائص البحث محل الدراسة، يشمل مجتمع هذه الدراسة جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر بغض النظر عن نوع وكذا درجة وشدة إعاقته.

يمكن القول أن العدد الفعلي للأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر لا يزال مجهولا، فهناك تضارب في التصريحات الرسمية حول العدد الحقيقي، حسب المعهد الوطني للإحصاء ONS تم إحصاء 1605160 شخص معاق في الجزائر¹، أما وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة فقد صرحت بأن² " أكثر من مليون شخص معاق في الجزائر هو عدد غير حقيقي وغير محصى بصورة دقيقة وذلك بسبب وجود عدد من الأسر لم تصرح بوجود أشخاص معاقين في منازلها"³، مصادر أخرى تتحدث عن وجود عدد كبير من الأشخاص ذوي الإعاقة على غرار الرابطة الوطنية للدفاع عن حقوق الإنسان التي كشفت عن وجود 4 ملايين شخص معاق في الجزائر⁴، من أجل إجراء الدراسة الميدانية وفي ظل عدم وجود إتفاق حول العدد الفعلي للأشخاص ذوي الإعاقة سيتم الإعتماد على العدد الذي صرح به المعهد الوطني للإحصاء ألا وهو 1605160 شخص.

من بين الأسئلة التي تشغل بال الباحثين عادة تحديد حجم العينة اللازم لإجراء دراسة معينة؟ حيث أن اختيار عينة البحث لا بد أن تكون تمثيلية لمجتمع الدراسة كما وكيفا⁵، في هذا الصدد تم الإعتماد على طريقة العينة العشوائية لإنجاز هذه الدراسة بعد تحديد حجمها وفقا للعلاقة الإحصائية التالية:

الشكل رقم 03- 07 معادلة ريتشارد جيجر لتحديد حجم عينة الدراسة حجم عينة

الدراسة الميدانية حول واقع المعاقين في الجزائر.

$$n = \frac{\left(\frac{z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2}{1 + \frac{1}{N} \left[\left(\frac{z}{d}\right)^2 \times (0.50)^2 - 1\right]}$$

المصدر: شكيب بشماني، "دراسة تحليلية مقارنة للصبغ المستخدمة في حساب العينة العشوائية"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 36، جامعة اللاذقية، العدد 05، 2014، ص. 7.

حيث:

N: العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة، N = 1605160.

¹ <http://www.ons.dz/IMG/pdf/pop-handic.pdf>, consulté le 07-05-2020.

² حسب تصريح معالي وزيرة غنية الدالية.

³ <https://www.youtube.com/watch?v=loHkilL3YnE>, consulté le 07-05-2020.

⁴ <https://www.djazairss.com/alfadjr/356512>, consulté le 07-05-2020.

⁵ محمود أحمد أبو سمرة، محمد عبد الإله الطيطي، مناهج البحث العلمي من التبيين إلى التمكين، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2019، ص. 49.

z : الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0,95، $z = 1,96$.

d : نسبة الخطأ، $d = 0,05$.

بعد تطبيق علاقة ريتشارد جيجر لتحديد حجم العينة المناسبة لتكون تمثيلية لمجتمع الدراسة، تبين أن: قيمة $n = 384,06$ شخص، غير أن العينة النهائية التي شملتها الدراسة تمثلت في 395 شخص معاق، وهو عدد يتيح للباحث إمكانية إجراء الدراسات الإحصائية المناسبة كما يمكن من تعميم نتائج الدراسة لتوفر العينة على خاصية الشمولية.

3-2-2 طريقة جمع البيانات.

طريقة جمع البيانات يقصد بها المنهج العلمي المتبع وهو الأساليب، الوسائل والمداخل المتعددة التي يستخدمها الباحث في جميع البيانات اللازمة لبحثه، والتي من خلالها يصل إلى نتائج، تفسيرات، تنبؤات أو نظريات¹. تم الإعتماد في إنجاز هذه الدراسة الميدانية على كل من المنهج: الإحصائي-الإستدلالي، الوصفي والتحليلي.

3-2-3 أدوات الدراسة وأسلوب جمع البيانات

تعتبر أدوات الدراسة الوسائل المنهجية التي يعتمد عليها الباحث في سبيل التمكن من جمع المعطيات التي تؤهل الباحث إلى الإجابة على مختلف التساؤلات وكذا نفي أو التأكد من صدق فرضيات الدراسة، ومن أجل معرفة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر تم الإعتماد على أداة الإستمارة الإلكترونية، وهي الخيار الأكثر تناسبا وموضوع الدراسة بحيث يعتبر موضوع الإعاقة من الطابوهات في المجتمع الجزائري حيث يحس الشخص المعاق بالإحراج والإنزعاج وأحيانا بالغضب عند طرح أسئلة خاصة تتعلق بحالته الشخصية والصحية التي تشكل أساسا نقطة ضعف في حياته، وبالتالي تجنب الإحتكاك المباشر بين الباحث والمبحوثين كانت النقطة الرئيسية والأساسية للجوء إلى هاته الأداة، بحيث لا يلجأ الشخص المعاق إلى التهرب من بعض أسئلة الإستمارة، بل من خلال الإستمارة الإلكترونية يتمكن الشخص المعاق من الإجابة على الأسئلة بكل عفوية وشفافية.

تُمثل الإستمارة الإلكترونية أداة علمية حديثة لجمع المعطيات وهي تُعتبر أداة سهلة، أقل تكلفة وأكثر توفيراً للجهد والوقت كما أنها تحيط بالشخص المبحوث بالراحة التامة أثناء الإجابة على الأسئلة

¹ إبراهيم أبراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الإجتماعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص. 66.

بحيث يضمن أن بياناته تُعامل بسرية تامة، أضحى الإستمارة الإلكترونية البديل الأسهل لجمع المعطيات وأصبحت الأكثر إعتقاداً من قبل الباحثين رغم ما يتخللها من سلبيات.

تم إعداد الإستمارة الإلكترونية بفضل الإستعانة بتطبيق * Google Drive، ثم تم توزيعها عبر مختلف مواقع التواصل الإجتماعي Facebook، e-mail، Messenger، وبعد الإنتهاء من العملية الإستطلاعية، حصر وتجميع المعطيات التي تتوافق وموضوع الدراسة، تم نقلها إلى برنامج Exel 2007 أين خضعت المعطيات الكيفية إلى عملية تشفير رقمي، بعدها تم تفرغها باستخدام الإصدار 22 من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية Spss²²، وهو ما سهل عملية تحليل المعطيات وإجراء مختلف الإختبارات الإحصائية و الإستدلالية المناسبة لموضوع الدراسة هذا فيما يخص البيانات الأولية المتعلقة بالجانب التطبيقي، أما البيانات الثانوية فقد تم جمعها من خلال الإعتقاد على بعض البحوث والمراجع الأدبية المتعلقة بمختلف أجزاء الفصل.

3-2-4 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة

شملت الدراسة التطبيقية الأشخاص ذوي الإعاقة عبر كافة التراب الوطني وذلك بفضل توزيعها عبر مواقع التواصل الإجتماعي، أين تم البحث عن مختلف الصفحات والمجموعات التي أنشأها الأشخاص المعنيين عبر مختلف مواقع التواصل الإجتماعي والتي باتت منبرا حرا لطرح أفكارهم وانشغالاتها، ومن ثم تم نشر رابط الإستمارة عبر تلك الصفحات وهو ما ساهم في تفاعل أشخاص ذوي الإعاقة من مختلف ربوع الوطن، فيما يتعلق بالإطار الزمني للدراسة فقد تم نشر الإستمارة الإلكترونية ابتداء من تاريخ 07-01-2020 إلى غاية 07-05-2020، أما عملية تحليل البيانات فقد استغرقت فترة امتدت من تاريخ 10-2020 إلى غاية 05-07-2020.

3-2-5 إجراء الإختبار الأولي وضبط أسئلة الإستمارة.

في البداية تم إجراء إختبار أولى على عينة تجريبية تتكون من 30 إستمارة وذلك للتأكد من صدق وثبات أسئلة الإستمارة ومدى تجاوب المبحوثين معها، وبغية إجراء تعديلات على صيغة الأسئلة بما يتوافق وأهداف الدراسة، وبالفعل تم طرح الأسئلة بطريقة أكثر تحكما وحزما من خلال وضع بعض الأسئلة الإجبارية حتى لا يتم إلغاء أي إجابة، في النهاية تم التوصل إلى ردود بلغ عددها 425 إستمارة (30 تم حذفها بعد إجراء إختبارات إستدلالية للتأكد من صدق وثبات الإستمارة)، وهكذا تم تحديد حجم عينة قدر ب 395

* Google Drive: خدمة تخزين سحابي تسمح للمستخدمين بتحميل، تعديل وإنشاء عدة أنواع من الملفات على الأنترنت مباشرة وتخزينها.

إستمارة وهو عدد كاف يمكن الإعتماد عليه لإجراء الدراسة الوصفية واختبار صحة الفرضيات من عدمها بغية تعميم النتائج على أفراد المجتمع محل الدراسة.

6-2-3 تصميم الإستمارة

لقد صممت الإستمارة لتتناسب مع أهداف الدراسة، أين تضمنت 54 سؤال رئيسي و 27 سؤال فرعي يتوزعون ضمن 5 محاور كبرى كما هو موضح وفقا للشكل أدناه:

الجدول رقم 03-12 محاور الإستمارة الإلكترونية حول واقع المعاقين في الجزائر.

عدد الأسئلة الفرعية	عدد الأسئلة الرئيسية	
3 أسئلة	12 سؤال	المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية.
سؤال	6 أسئلة	المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي.
09 أسئلة	12 سؤال	المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية.
6 أسئلة	12 سؤال	المحور الرابع: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الاقتصادية.
8 أسئلة	12 سؤال	المحور الخامس: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية والاجتماعية.

المصدر: من إعداد الباحثة.

بعد ضبط الإستمارة تم التحقق من ثباتها وذلك بعد الإجابة عليها من قبل 30 شخص ذوي إعاقة من أجل الإجابة على مختلف التساؤلات في ذلك الصدد.

7-2-3 ثبات الإستمارة أداة القياس.

يعتبر صدق الاستمارة شرط من شروط صحة الدراسة الذي تم عرضه على مجموعة من الاساتذة المحكمين ذو خبرة في المجال (أنظر الملحق رقم 02).

بعد قبول الإستمارة من قبل المحكمين تم اختبار مدى ثباتها، وهو اختبار موثوق به يشير إلى الإستقرار في النتائج وثباتها بغض النظر عما يقاس¹.

تم الإعتماد على معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach لحساب ثبات أداة القياس المتمثلة في الإستمارة الموجهة لمعرفة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، عبر استخدام برنامج SPSS22، تتراوح قيم معامل ألفا كرونباخ ما بين 0 و 1، كانت نتائج الاختبار كما يلي:

الجدول رقم 03- 13 نتائج ثبات الإستمارة أداة القياس.

المتغيرات	عدد العبارات	قيمة معامل ألفا كرونباخ	النتيجة
المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية.	15	0,675	ثبات مقبول
المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي.	07	0,702	ثبات جيد
المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية.	21	0,754	ثبات جيد
المحور الرابع: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية.	18	0,748	ثبات جيد
المحور الخامس: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية والاجتماعية	20	0,786	ثبات جيد
معامل الثبات العام.	81	0,733	ثبات جيد

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS22.

يلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه أن قيمة ألفا كرونباخ العامة 0,733 وهي أكبر من 0.6 بالنسبة لجميع محاور الإستمارة بمستوى مقبول إلى جيد من الثبات. وهذا ما يدل على ثبات الاستمارة وصلاحياتها للتحليل واختبار الفرضيات.

3-2-8 تحليل النتائج.

تم القيام في هذه المرحلة بتحليل إجابات المستجوبين وخاصة في الأسئلة ذات الإجابات المغلقة تحليلا تم التعامل فيه مع الأرقام، وذلك عن طريق تنظيم المعلومات وعرضها في جداول وأشكال بيانية

¹ مصطفى حسين باهي وآخرون، المرجع في الإحصاء التطبيقي، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2018، ص. 227.

(تم الاستعانة ببرنامج Microsoft Excel office 2007) من أجل وصف المعلومات، كما تم توظيف

الأساليب الإحصائية التالية التي تناسب فرضيات البحث ومتغيراتها:

- التوزيعات التكرارية.

- النسب المؤوية.

- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).

-إختبار كولموجوروف سميرنوف Kolmogorov-Smirnov لمعرفة نوع توزيع البيانات.

- اختبار T (T-test): لاختبار معنوية معاملات الانحدار.

-إختبار Khi-deux.

-Coefficient de contingence-

3-3 دراسة ميدانية حول إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

بعد المقارنة بين نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ التي أثبتت من خلال المتغيرات التي شملتها أنها غير كفيلة بمعرفة جيدة لوضعية الأشخاص ذوي الإعاقة، أين تم إتباعها بدراسة ميدانية عبر نشر إستمارة إلكترونية عبر مختلف مواقع التواصل الإجتماعي حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، تجيب على مختلف التساؤلات التي لم يشملها كلا التحقيين، من خلالها تم الإحاطة الجيدة بالواقع المعيشي هؤلاء الأشخاص في مختلف الميادين، المشاكل التي تواجههم، إحتياجاتهم الصحية، الإقتصادية، الإجتماعية والنفسية بالإضافة إلى الإقتراحات التي بإمكانها تحسين وضعيتهم.

وبعد التعرف على واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، كان لزاما إرفاق الدراسة بالشق الآخر المتمم لقضية الإعاقة، وهو الإستراتيجية التي اعتمدها الجزائر للتكفل بالمعاقين في الجزائر، عبر زيارة ميدانية رفيعة المستوى للهيئات التي تتكفل بذلك، وبذلك يتم طرح قضية الإعاقة بطريقة متكاملة.

3-3-1 أسلوب جمع البيانات وأدوات الدراسة.

من أجل جمع المعطيات تم الإعتماد على طريقة المخبرين الرئيسيين Méthode de personnes clés، تشير طريقة المخبرين الرئيسيين Méthode de personnes clés إلى الشخص (أو الأشخاص) الذي تم إجراء مقابلة شخصية معه حول منظمة معينة أو سياسة أو برنامج إجتماعي معين أو مشكلة معينة، بحيث تكون المقابلات مطولة تتراوح بين 20-30 دقيقة على أقل تقدير ومتعمقة مع أشخاص تم اختيارهم قصدا (بطريقة غير عشوائية)، أي أن الأشخاص الذين تم اختيارهم لإجراء المقابلات هم الخبراء

الأكثر دراية بالقضية، غالبا يتم الإعتماد على هذه الطريقة كجزء من تقييم البرامج¹، على أن لا يقل عدد المخبرين عن 2-3 أشخاص على أقل تقدير².

شملت هذه الدراسة زيارة ميدانية للهيئات التي تُعنى بشكل مباشر بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، تكلفت بإجراء مقابلات مسجلة مع إطارات سامية بوزارة التضامن، الوطني الأسرة وقضايا المرأة، مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري ETUSA، الجمعية الولائية لأطفال التوحد بولاية باتنة و الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة للوقوف عند أهم الإنتقادات والإقتراحات المناسبة والأمثل للتكفل بهاته الفئة، وذلك بالإعتماد على طريقة المخبرين الرئيسيين Méthode de personnes clés لجمع المعطيات، حيث تم طرح مجموعة من الأسئلة على الإطارات كل حسب مجال تخصصه كما سبق الذكر للإجابة على مختلف التساؤلات التي تخدم موضوع الدراسة.

بلغ عدد الأشخاص المخبرين الرئيسيين الذين تم إجراء مقابلات شخصية مسجلة معهم 6 أشخاص:

1- المدير العام لمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة³ بوزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة، وهو المسؤول الأول عن كل ما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى الوزارة.

2- مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين بمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة⁴ بوزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة.

3- مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة⁵ بوزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة.

4- رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة⁶.

5- إطار سامي بمؤسسة Etusa⁷

¹ Paul J Lavrakas, Key Informant, Encyclopedia of Survey Research Methods, found on the site <https://methods.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-survey-research-methods/n260.xml>, consulted the 25-28-2020.

² Key Informant Interviews, UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH, found on the site https://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/Documents/tw_cba23.pdf, consulted the 25-28-2020, p. 1.

³ السيد البصاري عبد الأمين.

⁴ السيد بلعالي كمال.

⁵ السيد بنمزال مراد.

⁶ السيدة المعمري عتيقة.

⁷ السيد عباس أرزقي.

6- نائب رئيس جمعية تواصل الإجتماعية لأطفال التوحد بولاية باتنة¹.

كما شملت الدراسة مقابلات أخرى مع موظفين في المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة أين تم الحصول على وثائق تخدم موضوع الدراسة.

أما عن أدوات جمع المعطيات التي تم الإعتماد عليها، فقد تمثلت في المقابلة (طرح العديد من الأسئلة)، بالإضافة إلى الملاحظة.

3-3-2 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.

شملت الدراسة الميدانية التي تم إجراؤها في إطار الإجابة على مختلف التساؤلات المتعلقة بالإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالمعاقين في الجزائر عدة هيئات رسمية وغير رسمية تُعنى بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة.

1- وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

تم إجراء زيارة ميدانية إلى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بالجزائر العاصمة يومي 18 و19-09-2019، أين تم مقابلة المسؤول الأول عن كل ما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى الوزارة²، استمرت المقابلة معه 30 دقيقة حيث كل قدم كل التسهيلات الممكنة والتوجيهات المناسبة التي تخدم موضوع الدراسة، كما قام بعرض الخطوط العريضة التي تشملها إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

كما شملت الزيارة الميدانية للوزارة مقابلة مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين بمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة³، استمرت المقابلة أزيد من 45 دقيقة قام خلالها بالإجابة على كل الأسئلة التي تخدم شق التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في الجانب التربوي.

تكللت الزيارة إلى الوزارة المعنية بمقابلة دامت أزيد من 30 دقيقة مع مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة⁴، أين أجاب على الأسئلة المتعلقة بكافة التدابير والسياسات المتعلقة بالوقاية من الإعاقة، بالإضافة إلى آلية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة.

1 السيد جلول العربي

2 المدير العام لمديرية حماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة السيد البصاري عبد الأمين.

3 السيد كمال بلعالي.

4 السيد بنمزال مراد.

توجت أيضا الزيارة الميدانية لوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بالحصول على عدة وثائق مرجعية غير منشورة تخدم موضوع الدراسة.

2- مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري بالعاصمة ETUSA.

من أجل معرفة فيما إذا اتخذت وزارة النقل التدابير اللازمة في إطار إستفادة الأشخاص ذوي من إمتيازات في مجال النقل، تم اختيار مؤسسة Etusa قصدا على إعتبار انها كانت سباقة في تبني وتطبيق تجارب جديدة في مجال نقل الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى أنها من بين مؤسسات النقل القليلة الرائدة في مجال الإعاقة على المستوى الوطني.

تم زيارة مؤسسة ETUSA بتاريخ 17-09-2019، أين تم إجراء مقابلة دامت 45 دقيقة مع الإطار¹ المكلف بمتابعة تنفيذ استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة من الإمتيازات المقدمة لهم من طرف المؤسسة، أين قام بشرح التدابير التي تتخذها المؤسسة لضمان التكفل بنقل الأشخاص المعنيين في شروط مناسبة ومريحة، كما توجت تلك المقابلة بزيارة ميدانية لمقر قيادة مركزي خاص باستقبال المكالمات Poste PCC Commandement Centralisé الذي يشرف على استقبال مكالمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

3- الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تعتبر الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة الممثل الأول للأشخاص ذوي الإعاقة في كبرى المحافل العالمية، لذلك تم انتقاؤها قصدا للإجابة على مختلف الأسئلة التي تخدم موضوع الدراسة، وقد تكفل بذلك رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة² من خلال مقابلة مباشرة دامت أزيد من نصف ساعة (30 دقيقة) وذلك بتاريخ 16-09-2019، كما تم الحصول خلال تلك المقابلة على وثائق قيمة من بينها الإنتقادات التي وجهتها منظمة الأمم المتحدة ONU للجزائر ومطالبتها بتحقيق المزيد من التدابير فيما يخص التكفل بهاته الفئة.

4- جمعية تواصل لأطفال التوحد بولاية باتنة.

هي جمعية قام بإنشائها أولياء أمور الأطفال المصابين بطيف التوحد، تم إجراء زيارات متكررة إليها طيلة أسبوعين من 01-03 إلى غاية 11-03-2020 (توقفت الزيارات بسبب انقطاع الدراسة في ظل انتشار جائحة كوفيد 19)، خلالها تم إجراء مقابلات عديدة مع رئيس الجمعية³ وهو بدوره أب لطفل مصاب بطيف التوحد، أين تم الوقوف عند الواقع الأليم الذي يعيشه الأطفال المصابين بالتوحد بالإضافة إلى أسرهم،

1 السيد عباس أرزقي.

2 السيدة عتيقة المعمرى.

3 السيد جلول العربي.

وتم التوصل إلى معرفة مختلف المشاكل التي تواجه الجمعية والصعوبات التي تمر بها بسبب قلة التمويل الذي تتلقاه من الجهات الرسمية، كما تم إجراء مقابلات مع أولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد الذين يترددون على الجمعية.

3-3-3 الأسئلة التي شملتها الدراسة الميدانية.

يوضح الجدول مختلف الأسئلة التي شملتها المقابلات التي تم إجراؤها مع المخبرين الرئيسيين:

الجدول رقم 03-14 الأسئلة التي تضمنتها المقابلات التي تم إجراؤها مع المخبرين

الرئيسيين Les personnes clés

التساؤل الرئيسي	
المخبر الرئيسي رقم 101	- هل توجد توجهات إيجابية نحو تبني الجزائر إستراتيجية وطنية لتحسين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر؟
التساؤلات الفرعية	
المخبر الرئيسي رقم 202	1- ماهي الإستراتيجية المسطرة للتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في الجزائر؟
	2- ماهي العراقيل التي تواجهكم أثناء تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة؟
	3- ما هي المشاريع المستقبلية التي تصبو وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة من خلال مديرية التربية والتعليم المتخصصين لتحقيقها؟
	4- كيف تخطط الوزارة لتجاوز تحديات المرحلة القادمة التي ستواجهها الجزائر بحلول سنة 2030 بسبب ارتفاع الشيخوخة السكانية التي ستزيد من معدلات الإعاقة؟
المخبر الرئيسي رقم 303	1- ماهي الإستراتيجية التي تتبناها للوقاية من الإعاقة في الجزائر؟
	2- ماهي الإستراتيجية المتبعة لتسهيل إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجال المهني؟
	3- ما هي آلية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة ذوي المستوى التعليمي المتدني.
	4- ما هي المشاريع المستقبلية التي تسعى مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة لتحقيقها؟
	5- ماهي الآلية المعتمدة لتوعية الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم التي منحها لهم المشرع الجزائري، خاصة في مجال الإدماج المهني؟

1 مدير المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة السيد البصاري عبد الأمين

2 مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين السيد بلعالي كمال.

3 مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة السيد بنمزال مراد.

- 1- ماهي الإمتيازات التي توفرها مؤسسة Etusa لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة؟
- 2- كيف يستفيد الأشخاص ذوي الإعاقة طريحي الفراش من الخدمات التي توفرها المؤسسة؟
- 3- هل لديكم إستراتيجية تتبونها لإعلام الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات التي توفرها المؤسسة؟
- 4- ماهي الخطط المستقبلية التي تنوي المؤسسة تحقيقها من أجل التكفل الأمثل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال النقل؟

المخبر الرئيسي رقم 104

- 1- هل تقوم الجهات الرسمية بإشراككم كممثل للأشخاص ذوي الإعاقة خلال صياغة مختلف التدابير والسياسات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة؟
- 2- هل يتم إشراككم لتمثيل للأشخاص ذوي الإعاقة الجزائريين في المحافل الدولية؟
- 3- ماهو تقييمكم للنصوص التشريعية، التدابير والسياسات التي تبنتها الجزائر في إطار التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة؟
- 4- إلى أي مدى تتجاوب الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة مع أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH؟

المخبر الرئيسي رقم 205

- 1- كيف تتكفل الجمعية بالأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 2- هل الأساتذة الذين يتكفلون بالأطفال المصابين بطيف التوحد تم تأطيرهم وتكوينهم للتعامل مع هاته الفئة؟
- 3- هل تتلقون الدعم والتمويل الكاف من الدولة؟

المخبر الرئيسي رقم 306

المصدر: من إعداد الباحثة.

بعد إجراء تلك المقابلات تم تصور رؤية واضحة حول الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، أما عن إجابات المخبرين الرئيسيين فقد تم توظيفها كعناصر في الفصل السادس الذي تضمن إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

1 إطار بمؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري Etusa السيد عباس أرزقي.
2 رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة السيدة المعمري عتيقة.
3 رئيس الجمعية الإجتماعية تواصل لأطفال التوحد بباتنة السيد جلول العربي.

خلاصة

بعد التعرف على مختلف المصادر التي تم الإعتماد عليها للحصول على الإحصائيات والمعطيات التي تخدم الشق التطبيقي لموضوع الدراسة، يأتي الفصل الرابع ليوضح الواقع الذي يعيشه الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال دراسة مقارنة بين التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

الفصل الرابع:

دراسة مقارنة بين التحقيين

الوطنيين $MICS_3$ و $MICS_4$

تمهيد:

يتضمن الفصل الخامس دراسة مقارنة بين نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ المتعلقة بالإعاقة التي تتركز وتستند على تحليل وصفي ذو بعد ديموغرافي بمختلف خصائصه على غرار: السن، الجنس، محل الإقامة، الحالة العائلية... للمتغيرات المتعلقة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة التي شملها كل من التحقيين الوطنيين، والتي تم طرحها ضمن 4 محاور، كما يعالج الفصل الرابع مدى قبول أو نفي الفرضيات التي تم صياغتها.

من هذا المنطلق يعالج الفصل الرابع مايلي:

- 1- تحليل وصفي مقارن بين نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
- 2- إختبار مدى صدق فرضيات الدراسة.

4-1 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.

يتضمن هذا الجزء تحليلاً وصفيًا لمختلف المتغيرات التي شملها التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، كما يوضح هذا القسم من الدراسة الإختلافات بين نتائج التحقيين في إطار المقارنة بينهما.

4-1-1 المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية

يمثل هذا المحور صورة جانبية حول الخصائص الديموغرافية للأشخاص ذوي الإعاقة، على غرار العمر، الجنس، محل الإقامة، الحالة العائلية، المستوى التعليمي... من خلال إجراء وصف أحادي، ثنائي وثنائي المتغير، وهذا من أجل الإحاطة الجيدة بالخصائص الديموغرافية للأشخاص ذوي الإعاقة.

4-1-1-أ توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب السن.

يعتبر متغير السن متغير مفتاح (variable clé) في الدراسات الديموغرافية، حيث تُبنى على أساسه العديد من الإسقاطات السكانية والمشاريع العمرانية، نتائج الجدول أدناه توضح توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب متغير السن بناءً على نتائج كلا التحقيين الوطنيين.

الجدول رقم 04-01 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب السن.

المجموع		+60		سنة 59-15		سنة 14-0		
Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	
2134	4312	472	1720	1302	2533	360	59	العدد
100	100	22,1	39,9	61	58,7	16,9	1,4	النسبة %

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

نتائج التحقي الوطني Mics3 أظهرت أن نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقي تجاوزت 1%، أما نسبة المسنين الأكبر من 60 سنة فيمثلون ما نسبته 40% تقريباً من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة، بينما تمثل فئة الشباب الحصة الأسد بنسبة 59%، في حين تظهر نتائج التحقي الوطني Mics4 أن أكثر من 60% من الأشخاص ذوي الإعاقة تتراوح أعمارهم بين 15-59 سنة، تليها نسبة المسنين الأكبر من 60 سنة، ثم الأطفال الأقل من 15 سنة أين يمثلون 17% من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة.

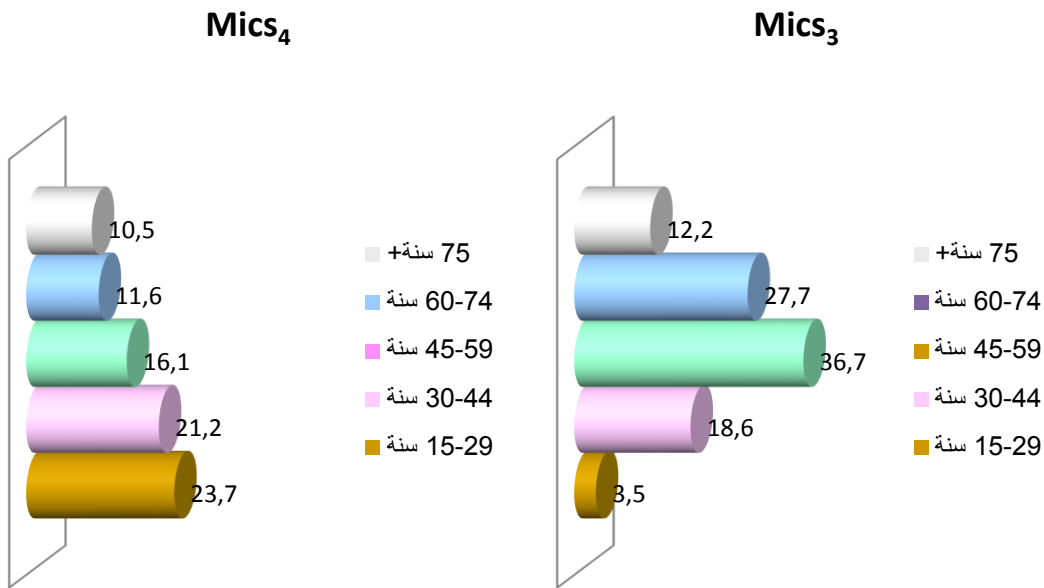
الجدول رقم 04-02 توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأطفال الأقل من 15 سنة.

المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	
359	59	110	28	122	16	127	15	العدد
16.9	1,36	5,2	0,64	5,7	0,37	6	0,34	النسبة %

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

بينت نتائج التحقي الوطني Mics₃ أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 14-10 سنة يعانون من الإعاقة أكثر من غيرهم من الأطفال، حيث كلما ارتفع سن الأطفال زادت نسبة الإصابة بالإعاقة، غير أن نتائج تحقي 2012 أظهرت أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 4-0 سنوات يعانون من الإعاقة أكثر من باقي الأطفال، حيث كلما ارتفع سن الأطفال نقصت نسبة الإصابة بالإعاقة.

الشكل رقم 04-01 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

أظهرت نتائج التحقي الوطني Mics₃ تذبذب في توزيع معدلات الإعاقة بين مختلف الفئات العمرية، حيث أن الفئة العمرية الأكثر تضرراً من الإعاقة هي فئة الكهول (من 59-45 سنة)، تليها فئة الشباب ذوي الفئة العمرية من 30-44 سنة، في حين تعتبر الفئة العمرية الأولى (15-29) الأقل معاناة من

الإعاقة بنسبة لا تتجاوز 4% من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى نقيض ذلك تحوز ذات الفئة على الحصة الأسد من إجمالي الأشخاص المعاقين الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4 بنسبة قدرت ب 24%، وتقل هاته النسبة بارتفاع السن، لتكون فئة المسنين الذين يفوق سنهم 85 سنة الأقل تضرا من الإعاقة.

4-1-1-ب توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجنس.

أفرزت نتائج التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4 عن وجود اختلاف في توزيع نسب الإعاقة بين الجنسين، كما هو موضح حسب الجدول أدناه.

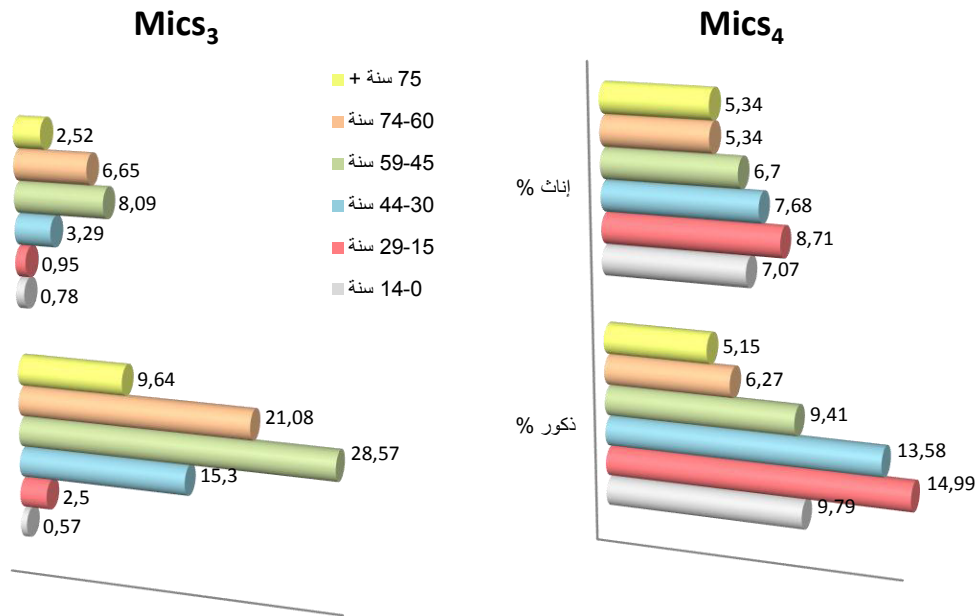
الجدول رقم 03-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجنس.

Mics4		Mics3		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
59,2	1263	77,7	3351	ذكور
40,8	871	22,3	961	إناث
100	2134	100	4312	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

أفرزت نتائج التحقيق الوطني Mics3 وجود تباين كبير في توزيع الإعاقة بين الجنسين على عكس نتائج التحقيق الوطني Mics4 التي أظهرت تقارب في التوزيع، حيث تحوز نسبة الذكور المعاقين على ما نسبته 59% من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة، بينما تشغل الإناث ما نسبته 41%.

الشكل رقم 04-02 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من الجنس والسن.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

يعرض الشكل أعلاه توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من الجنس والسن، حيث يتضح جليا أن نسبة الذكور ذوي الإعاقة تفوق نسبة الإناث حسب جميع الفئات العمرية حسب كلا التحقيين الوطنيين، ماعدا الفئتين العمريتين: من 15-0 سنة بالنسبة للتحقيق الوطني Mics3، و المسنين الذين يفوق سنهم 85 سنة بالنسبة للتحقيق الوطني Mics4، أين تفوق نسبة الإناث ذوات الإعاقة نسبة الذكور.

الجدول رقم 04-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم

التحقيق الوطني Mics3 حسب كل من الجنس والسن.

المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,6	26	0,37	16	0,11	5	0,11	5	ذكور
0,76	33	0,25	11	0,25	11	0,25	11	إناث

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics3.

توضح نتائج الجدول أعلاه أن الإناث الأقل من 15 سنة تعانين من الإعاقة أكثر من نظرائهن

الذكور.

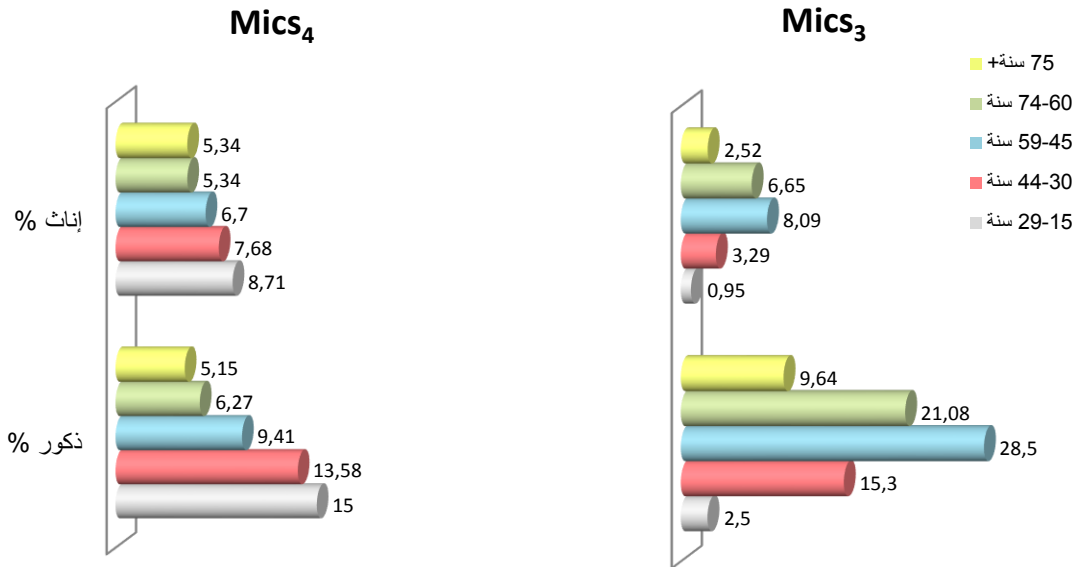
الجدول رقم 04-05 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب كل من الجنس والسن.

المجموع	سنة 14-10		سنوات 09-05		4-0 سنوات		
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
ذكور	209	3,13	67	3,46	74	3,18	68
إناث	151	2,01	43	2,24	48	2,81	60

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

توضح نتائج الجدول أعلاه توزيع الإعاقة بالنسبة للأطفال الأقل من 15 سنة حسب كل من العمر والجنس، حيث تمس الإعاقة فئة الذكور الذين تتراوح أعمارهم من 05-09 سنوات بمعدل 34 طفل في كل 1000 شخص ذوي الإعاقة، في حين تتأثر البنات الأقل من 4 سنوات من الإعاقة أكثر من غيرهن (الأقل من 14 سنة) بمعدل 28 طفلة في كل 1000 شخص ذوي الإعاقة.

الشكل رقم 04-03 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة حسب كل من الجنس والسن.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

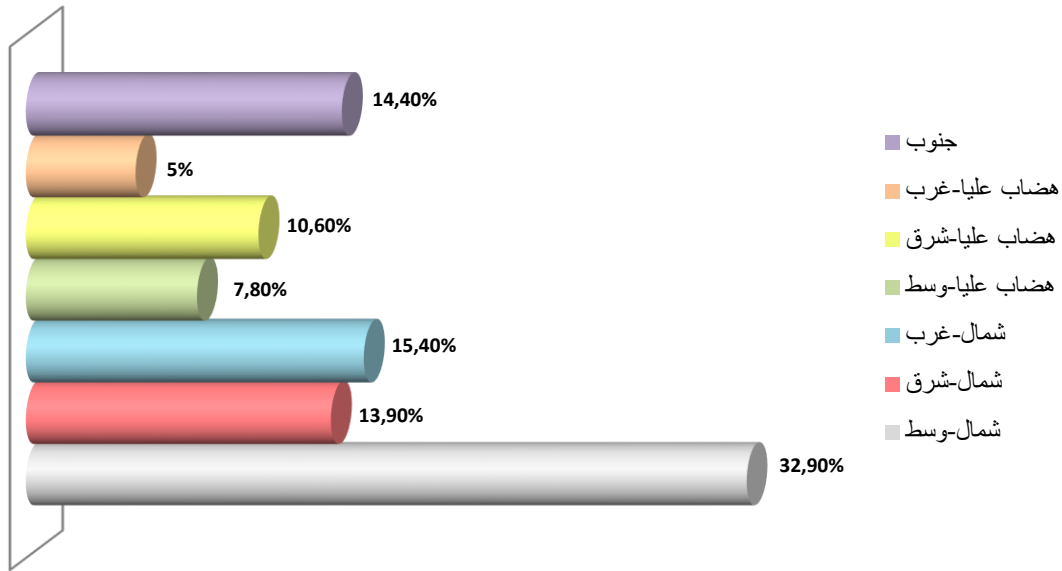
يبين الشكل أعلاه إرتفاع نسبة الذكور الأكبر من 15 الذين يعانون من الإعاقة مقارنة بنظرائهن الإناث حسب جميع الفئات العمرية، وذلك حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃. والوضع لا يختلف بالنسبة

للتحقيق الوطني Mics4، الذي أفرزت نتائجه أيضا إرتفاع نسبة الإعاقة لدى الشباب، ويمكن القول أن نتائج الشكل أعلاه توضح إنخفاض الإعاقة مع التقدم في السن (خاصة بعد السن 15).

4-1-1-ت توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المناطق المبرمجة إقليميا.

من أجل سحب العينة التي إعتد عليها لإجراء التحقيق الوطني Mics4 تم تقسيم الجزائر إلى 7 مناطق مبرمجة إقليميا تشمل كافة التراب الوطني (أنظر الفصل الثالث: مصادر جمع المعطيات)، سيتم التعرض خلال هذا العنصر إلى توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب هذه المناطق.

الشكل رقم 04-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المناطق المبرمجة إقليميا.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

تبين نتائج التحقيق الوطني Mics4 أن 62% من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون شمال الجزائر، منهم 33% يعيشون في الوسط، 15.4 شمال-غرب و 14 يقطنون شمال-شرق الجزائر، في حين لا تحوي منطقة الهضاب العليا-غرب سوى على 5% من الأشخاص ذوي الإعاقة.

الجدول رقم 04-06 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المناطق المبرمجة إقليميا والسن.

المجموع		60 سنة ⁺		15-59 سنة		0-14 سنة		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
32,9	703	6,7	143	20,1	429	6,1	131	شمال-وسط
13,9	297	3,4	72	9	193	1,5	32	شمال-شرق
15,4	329	4	85	8,6	184	2,8	60	شمال-غرب
7,8	166	1,3	27	4,9	104	1,6	35	هضاب عليا-وسط
10,6	226	1,8	38	7,2	135	1,6	35	هضاب عليا-شرق
5	107	1,2	25	3,2	68	0,7	14	هضاب عليا-غرب
14,4	308	3,9	83	8,1	172	2,5	53	جنوب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

يتضمن الجدول أعلاه توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة عبر مختلف المناطق التي شملها التحقيق الوطني Mics4، حيث تشكل الحصة الأسد نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في منطقة الجزائر-وسط، الذين تتراوح أعمارهم من 15-59 سنة بنسبة 20%، في حين تعود أدنى نسبة للأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة القاطنين في منطقة الهضاب العليا-غرب بنسبة تقارب 1%.

الجدول رقم 04-07 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المناطق المبرمجة إقليميا والجنس.

إناث		ذكور		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
33,18	289	32,80	415	شمال-وسط
14,12	123	13,67	173	شمال-شرق
16,76	146	14,46	183	شمال-غرب
8,15	71	7,5	95	هضاب عليا-وسط
9,41	82	11,38	144	هضاب عليا-شرق
5	43	5,1	64	هضاب عليا-غرب
13,43	117	15,09	191	جنوب
100	871	100	1265	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

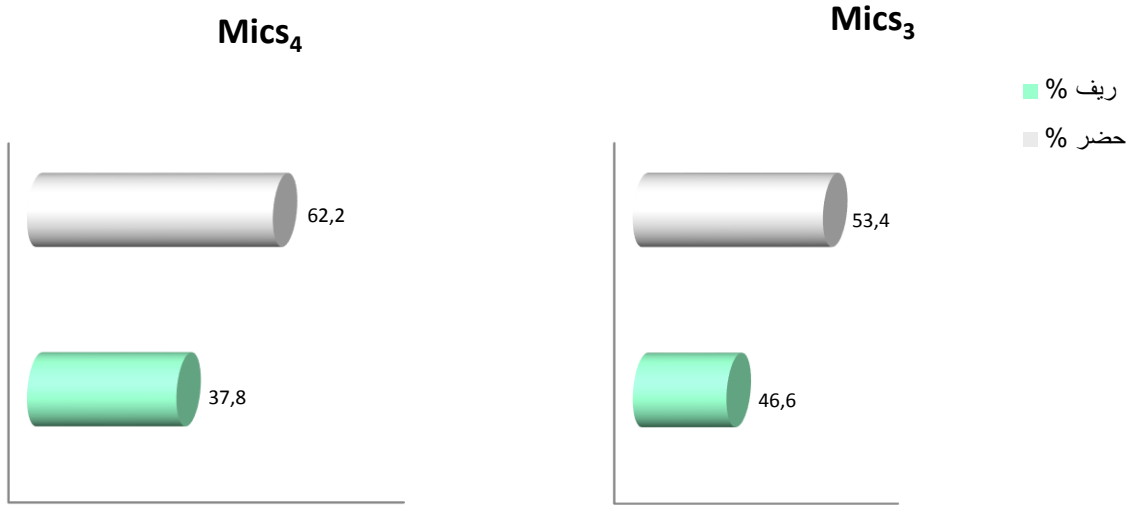
يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أن 33% من إجمالي الذكور ذوي الإعاقة يعيشون في منطقة شمال-وسط الجزائر، تليها 16% نسبة الذكور الذين يعيشون في الجنوب، 14% يعيشون في المنطقة الثالثة، في حين تعود أقل نسبة للذكور الذين يقطنون منطقة الهضاب العليا-غرب، بالنسبة للإناث تعيش ثلث النساء ذوات الإعاقة في المنطقة الأولى، تليها نسبة الإناث ساكنات المنطقة الثانية، في حين لا تتواجد سوى 5% من إجمالي النساء ذوات الإعاقة في المنطقة الإقليمية السادسة.

4-1-1-4 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب محل الإقامة.

الشكل أدناه يوضح توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب محل الإقامة وفقا لنتائج التحقيين

الوطنيين Mics3 و Mics4.

الشكل رقم 04-05 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب محل الإقامة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

تُظهر النتائج أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في الوسط الحضري تفوق نظيرتها في الوسط الريفي حسب كلا التحقيين Mics₃ و Mics₄.

الجدول رقم 04-08 توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب محل الإقامة.

المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,78	34	0,34	15	0,20	9	0,23	10	ريف
0,57	25	0,27	12	0,16	7	0,13	6	حضر

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

كشفت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ عن إرتفاع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري.

الجدول رقم 04-09 توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4 حسب محل الإقامة.

	المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0	
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
ريف	7.1	152	2,1	44	2	43	3	65
حضر	9,7	208	3,1	67	3,7	78	2,9	63

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة الأطفال ذوي الإعاقة الذين يعيشون في الريف أقل من نظرائهم الذين يعيشون في الوسط الحضري ب 2,6 نقاط، وتجدر الإشارة إلى وجود إرتفاع طفيف في نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 4-0 سنوات الذين يعيشون في الوسط الريفي بالمقارنة مع الأطفال الذين يعيشون في الوسط الحضري ذوي نفس الفئة العمرية.

الجدول رقم 04-10 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics3 حسب محل الإقامة.

المجموع	+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15			
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد		
	45,80	1975	5,51	238	12,40	535	16,72	721	9,46	408	1,69	73
	52,85	2279	6,65	287	15,32	661	19,94	860	9,16	395	1,76	76

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics3.

تظهر نتائج الجدول أعلاه إرتفاع نسبة الإعاقة لدى سكان الوسط الحضري الذين تتراوح أعمارهم من 59-45 سنة مقارنة بباقي الفئات العمرية.

الجدول رقم 04-11 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4 حسب محل الإقامة.

المجموع		+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15	
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
30,74	656	3,51	75	4,31	92	5,24	112	8,34	178	9,32	199
52,43	1119	7,02	150	7,26	155	10,87	232	12,88	275	14,38	307

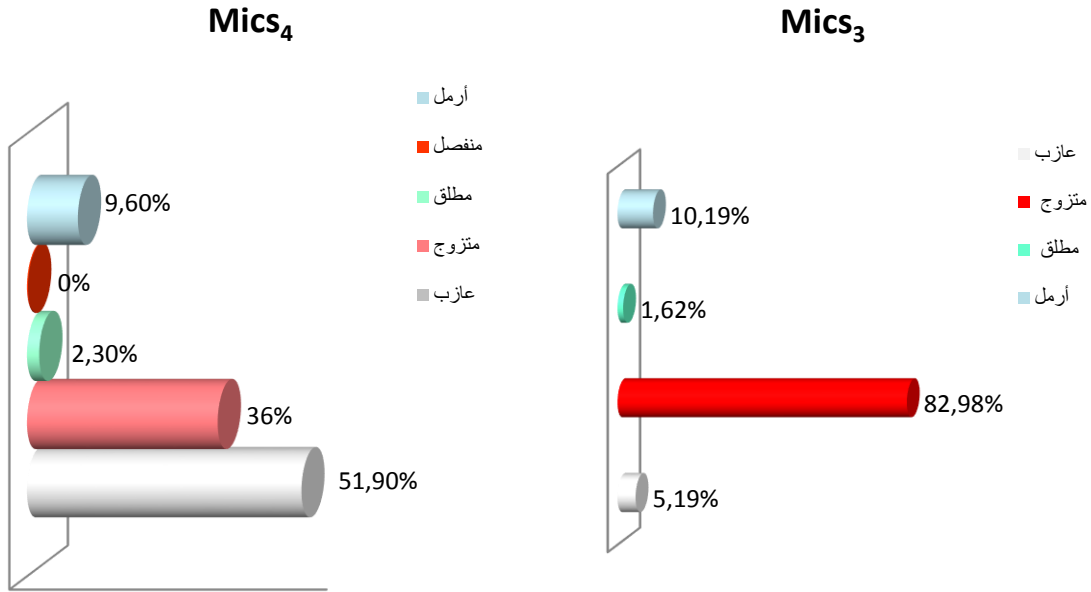
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

تُبين نتائج الجدول إرتفاع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم 15-29 الساكنين في الوسط الحضري حيث تبلغ 14%، في حين تعود أقل نسبة للمسنين الأكبر من 75 سنة.

4-1-1-ج توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب العائلية.

تخص المعطيات المتعلقة بمتغير الحالة العائلية الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة، والذين يبلغ عددهم: 4253 و 1775 شخص حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4 على الترتيب.

الشكل رقم 04-06 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة العائلية.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يقدم الشكل أعلاه صورة عامة حول الوضعية العائلية للأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة، أين يتضح جليا أن أكثر من 82% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقي الوطني Mics₃ متزوجين، في حين تراجعت ذات النسبة إلى 36% فقط حسب التحقي الوطني Mics₄، كما أظهرت نتائج التحقي الأخير أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون بدون زواج، 10% أرمل و 2% مطلقين و 0,2% شخص منفصل وهي نسبة قليلة جدا بحكم أن ظاهرة الانفصال غريبة نوعا ما على المجتمع الجزائري.

الجدول رقم 12-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics3 حسب الحالة العائلية والسن.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0	0	0,30	13	0,82	35	1,71	73	2,35	100	عازب
9,35	398	23,27	990	32,87	1398	16,41	698	1,08	46	متزوج
0,04	2	0,37	16	0,82	35	0,30	13	0,07	3	مطلق
2,91	124	4,16	177	2,65	113	0,44	19	0,02	1	أرمل

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics3.

تبين نتائج الجدول أعلاه أن 33% من الأشخاص المتزوجين من ذوي الإعاقة تتراوح أعمارهم من 59-45 سنة وهي أعلى نسبة، في حين تبلغ نسبة الشباب المتزوجين (30-44) 16% فقط، وهي لا تكاد تتجاوز شخص واحد يتراوح سنه من 15-29 سنة بالنسبة لإجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics3.

الجدول رقم 13-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4 حسب الحالة العائلية والسن.

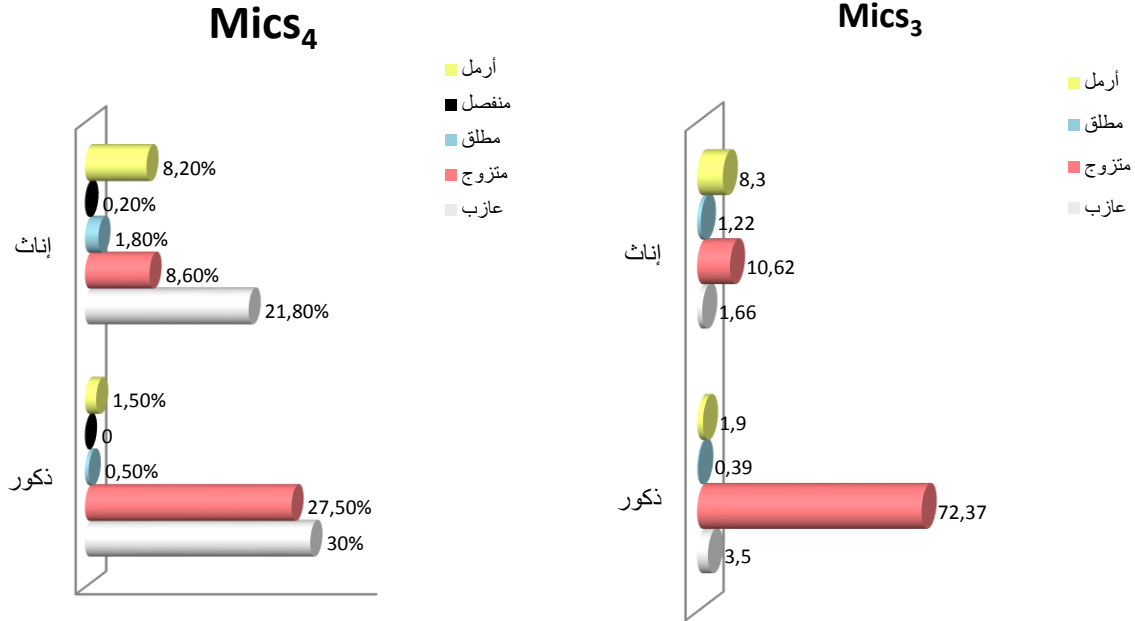
+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,22	4	0,73	13	6,7	119	16,62	295	27,62	490	عازب
6,42	114	9,8	174	11	195	7,94	141	0,84	15	متزوج
0,2	3	0,28	5	0,9	16	0,84	15	0	0	مطلق
0	0	0,11	2	0	0	0,05	1	0	0	منفصل
5,9	104	2,98	53	0,78	14	0,05	1	0	0	أرمل

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

أفرزت نتائج التحقيق الوطني Mics4 أن أكثر من ثلث الأشخاص ذوي الإعاقة عازبين تتراوح أعمارهم بين 15-34 سنة، يحدث هذا بالتزامن مع إرتفاع متوسط سن الزواج في الجزائر وارتفاع معدل العزوبة، في حين قدرت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم من 35-54 سنة ب 13%،

كما تبلغ نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة المطلقين 1 % لذات الفئة العمرية، بينما ترتفع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الأرامل الذين يفوق سنهم 75 سنة حيث تقدر ب 6%.

الشكل رقم 04-07 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة العائلية والجنس.



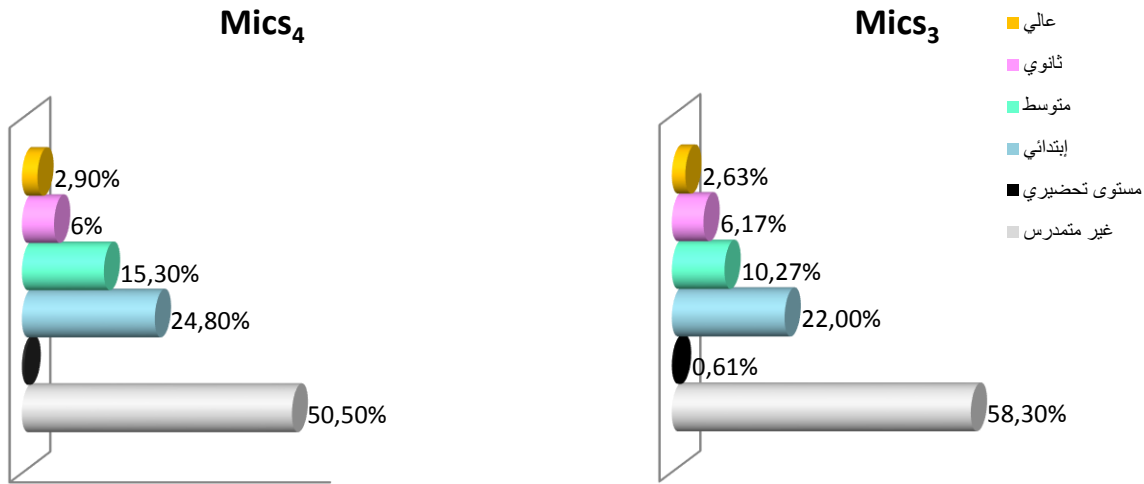
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

أظهرت نتائج التحقي الوطني Mics₃ أن أكثر من 72% من الذكور ذوي الإعاقة متزوجين في مقابل 10% فقط من الإناث، في حين كشفت نتائج تحقي Mics₄ أن 30% من الذكور عازب، 21,8% إناث عازبات، أما نسبة الإناث المتزوجات فهي لم تتجاوز 8% فقط بينما تفوق نسبة الذكور ذوي الإعاقة المتزوجين نظيرتها بالنسبة للإناث بأكثر من 3 أضعاف، كما تتجاوز نسبة الإناث ذوات الإعاقة المطلقات، المنفصلات والأرامل نظيرتها بالنسبة للذكور، وهو ما يؤكد ضرورة تكاثف الجهود من أجل التكفل بالنساء ذوات الإعاقة المطلقات والأرامل.

4-1-1- توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المستوى التعليمي.

المعلومات المتعلقة بالمستوى التعليمي تتعلق فقط بالأشخاص في سن التمدرس، بالتالي يتم إستثناء الأطفال الأقل من 4 سنوات، وبذلك يصبح إجمالي الأشخاص الذين يشملهم التحليل الوصفي لهذا المتغير=4297 و 2007 شخص معاق حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4 على التوالي.

الشكل رقم 04-08 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المستوى التعليمي.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

أفرزت نتائج كلا نتائج التحقيين الوطنيين عن المستوى التعليمي المتدني للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة لم يحظوا بأي فرصة للتعلم في المدرسة أو الكتاب، بينما لم تتجاوز نسبة الأشخاص المعاقين ذوي المستوى الابتدائي 20% و 25% حسب التحقيين Mics3 و Mics4 على التوالي، وتنخفض نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة بارتفاع المستوى التعليمي، وبذلك تعتبر هذه النتائج جد مخجلة خاصة أمام توقيع الجزائر على اتفاقيات تنص على تحسين المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة حتى يتسنى إدماجهم في الوسط الاجتماعي.

الجدول رقم 04-14 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب كل من المستوى التعليمي والسن.

+60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		سنة 14-10		09-05 سنوات		
النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	
33.9	1457	19.22	826	4.56	196	0.41	18	0.09	4	0,09	4	غير متمدرس
0.32	14	0.25	11	0.04	2	0	0	0	0	0	0	مستوى تحضيرى
4.39	189	10.26	441	5.93	255	0.74	32	0,39	17	0,25	11	إبتدائي
0.65	28	3.32	143	4.53	195	1.58	68	0,16	7	/	/	متوسط
0.41	18	2.32	100	2.9	125	0.53	23	/	/	/	/	ثانوي
0.37	16	1.39	60	0.67	29	0.2	9	/	/	/	/	عالي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة ذوي المستوى التعليمي العالي قدر ب 20 شخص في كل 10000 نسمة حسب التحقيق Mics₃، بالإضافة إلى 530 شخص في كل 10000 نسمة ذوي مستوى ثانوي حسب ذات التحقيق، وهو ما يعبر عن أن الشباب ذوي الإعاقة يحظون بإمكانيات تعليمية ضعيفة جدا لا تؤهلهم للمنافسة في سوق العمل.

الجدول رقم 04-15 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب كل من المستوى التعليمي والسن.

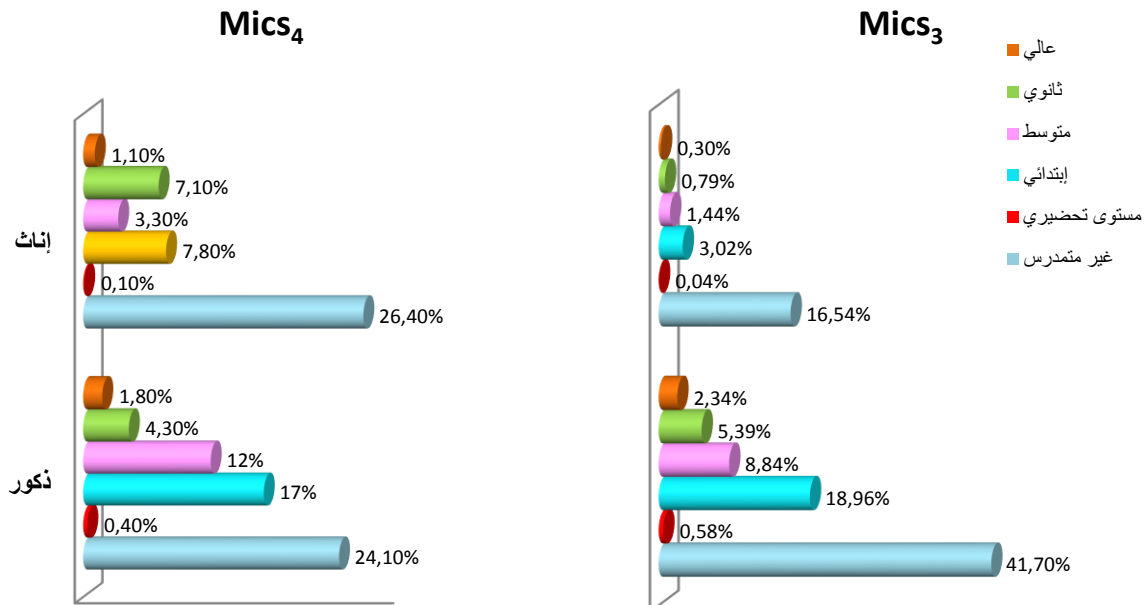
+60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		سنة 14-10		09-05 سنوات		
النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	
19,56	393	8,56	172	8,01	161	9,7	195	1,84	37	73,2	55	غير متمدرس
0,04	1	0	0	0,04	1	0,04	1	0	0	0,34	7	مستوى تحضيرى
2,73	55	4,52	91	5,82	117	6,57	132	2,23	45	2,93	59	إبتدائي
0,84	17	2,58	52	5,22	105	5,22	105	1,39	28	/	/	متوسط
0,24	5	0,99	20	2,58	52	2,09	42	0,04	1	/	/	ثانوي
0,09	2	0,44	9	0,84	17	1,59	32	/	/	/	/	عالي
	473		344		453		507		111		121	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

يوضح الجدول السابق أن نسبة الأطفال غير المتمدرسين الذين تتراوح أعمارهم 05-14 سنة تقدر ب 5%، كما يبين ذات الجدول أنه من بين عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 05-14 سنة الذين شملهم التحقيق (232 طفل)، يحظى 140 طفل فقط بفرصة التعلم سواء في المدارس (بمختلف المستويات) أو في القسم التحضيري (7 أطفال ذوي مستوى تحضيري)، أي أن 60% فقط من الأطفال في سن التمدرس يكتسبون المعرفة، أما الشباب ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-54 سنة والذين يقدر عددهم ب 1208 يتوزعون كما يلي: أكثر من 38% منهم بدون تعليم، 26% ذوي مستوى ابتدائي، 21% تمثل نسبة الشباب المعاقين ذوي المستوى المتوسط، 11% ذوي مستوى ثانوي و 4% فقط ذوي مستوى تعليمي عالي، وبذلك يمكن القول أنه مع المستوى التعليمي الضعيف للأشخاص ذوي الإعاقة تقل حظوظهم في الحصول على منصب شغل أمام المنافسة الشرسة التي يشهدها سوق العمل. أما عن الأشخاص المسنين فيلاحظ من خلال ذات النتائج أنهم أقل مستوى تعليمي وبذلك تقل أيضا فرص تحقيقهم للاستقلالية الذاتية، وهو يتنافي مع الاتفاقيات العالمية حول حقوق الأشخاص المسنين على غرار اتفاقية مدريد، ناهيك عن كونهم يعانون من إعاقة هم من الفئات الحساسة في قضية الإعاقة.

الشكل رقم 04-09 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المستوى التعليمي

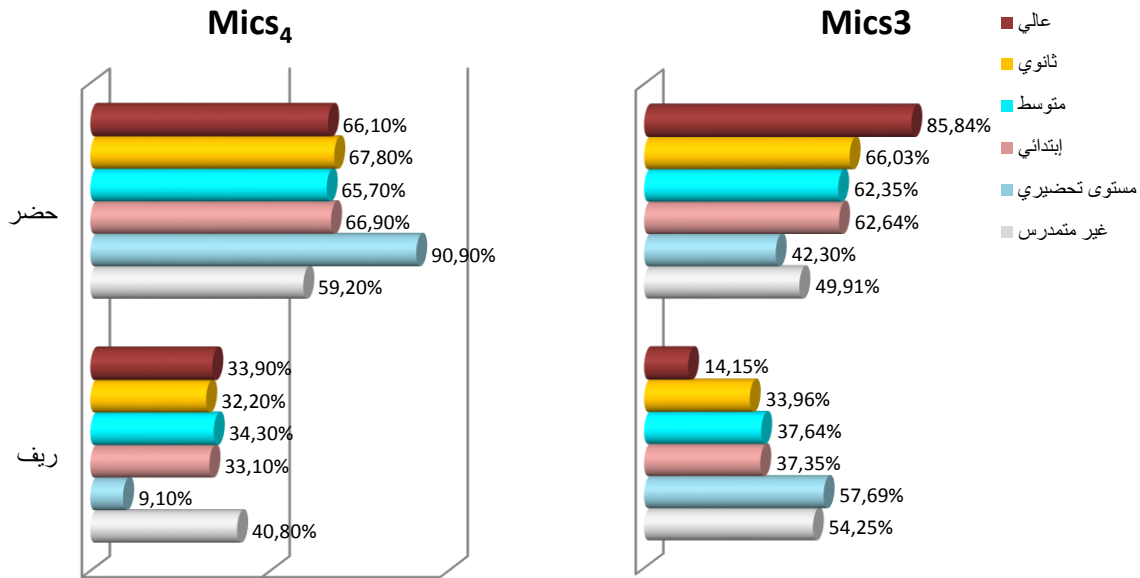
والجنس.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

بينت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن نسبة الذكور ذوي الإعاقة تفوق نسبة الإناث حسب جميع الأطوار الدراسية، في حين كشفت نتائج التحقيق Mics₄ أن نسبة الإناث ذوات الإعاقة غير المتمدرسات تفوق نظيرتها بالنسبة للذكور بفارق 2,3 نقطة، بينما تفوق نسبة الذكور ذوي مستوى تعليمي ابتدائي بالمقارنة مع الإناث بأكثر من الضعف، كما ترتفع نسبة الذكور ذوي مستوى تعليمي متوسط، ثانوي وعالي بالمقارنة مع الإناث، يأتي هذا رغم المجهودات التي تبذلها الدولة في سبيل تحقيق إجبارية التعليم لكلا الجنسين والإناث خاصة.

الشكل رقم 10-04 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من المستوى التعليمي ومحل الإقامة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يتبين من خلال الشكل أعلاه إرتفاع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة غير المتمدرسين وذوي المستوى الابتدائي في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري حسب التحقيق Mics₃، أما نتائج التحقيق الوطني Mics₄ فقد بينت إرتفاع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة سواء غير المتمدرسين، ذوي المستوى التحضيري، الابتدائي، المتوسط، الثانوي والعالي المتواجدين في الوسط الحضري بالمقارنة مع الساكنين في الوسط الريفي، وهو ما يعزز ضرورة بذل المزيد من الجهود من أجل زيادة عدد المؤسسات التعليمية في الوسط الريفي كما هو معمول بيه في الوسط الحضري.

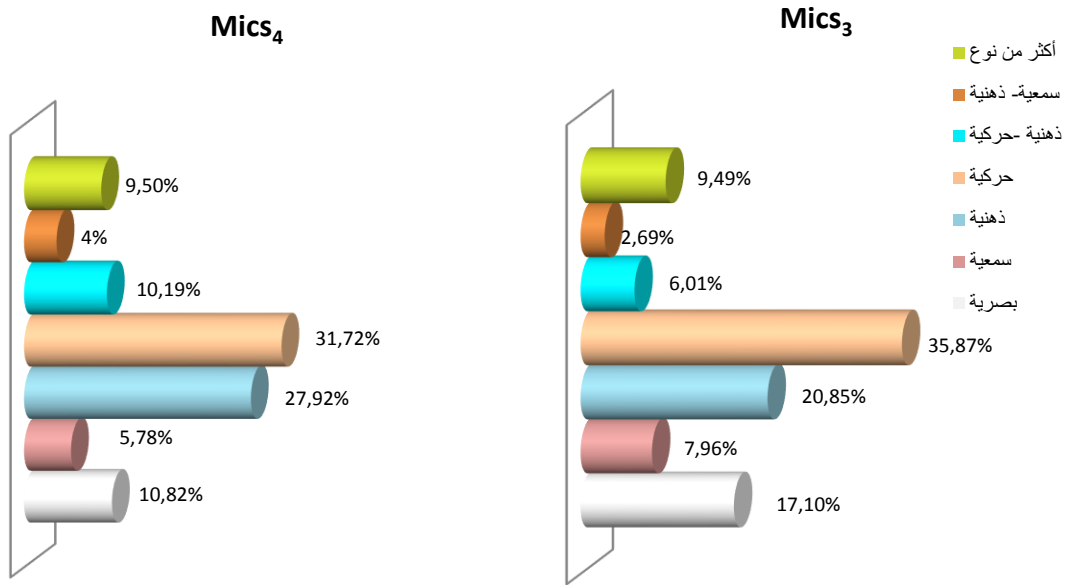
4-1-2 المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المرتبطة بحالتهم الصحية.

يتناول هذا المحور الخصائص المتعلقة بالوضع الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وهذا من خلال الاعتماد على مخرجات قاعدتي بيانات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، على غرار نوع الإعاقة، شدة الإعاقة، سبب الإعاقة بالإضافة إلى خصائص أخرى سيتم التطرق إليها.

4-1-2-أ توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقاتهم.

من أجل القيام بعملية المقارنة بين نتائج التحقيين Mics3 و Mics4 المتعلقة بنوع الإعاقة، تم الاعتماد على 4 أنواع للإعاقة التي وردت خلال كلا التحقيين (كما تم الإشارة إليه سابقاً)، وهي الإعاقة البصرية، السمعية، الفهم والتواصل (ذهنية) والإعاقة الحركية. بالنسبة للتحقيق الوطني Mics3 فقد أجاب 4034 شخص ذي إعاقة على الخيارات الأربع من أصل 4312 شخص، في حين أجاب 278 شخص بعدم قدرتهم على العناية الشخصية و عدم قدرتهم على التفاعل مع الناس، سيأتي وصفها كل على حدى لاحقاً.

الشكل رقم 04-11 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقاتهم.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

أظهرت نتائج كلا التحقيين الوطنيين أن الإعاقة الحركية هي الأكثر انتشارا حسب تصريحات الأشخاص الذين شملتهم عيني التحقيين، تليها الإعاقة الذهنية، الإعاقة البصرية، في حين تحتل الإعاقة السمعية المرتبة الأخيرة، كما كشفت أيضا نتائج التحقيين عن وجود نسبة معتبرة من أشخاص يعانون من أكثر من نوع واحد من الإعاقة على غرار الإعاقة الذهنية-الحركية التي يعاني منها أكثر من 6% و 10% من الأشخاص حسب التحقيين Mics₃ و Mics₄ على الترتيب، كما يعاني أشخاص آخرون من أكثر من نوع من الإعاقة¹.

بالإضافة إلى أنواع الإعاقة الأربعة الأكثر شيوعا (السمعية، البصرية، الذهنية والحركية) أدرج كلا التحقيين الوطنيين أنواعا أخرى من العجز (أنظر الجدول أدناه). في الحقيقة تبني الجزائر عبر تحقيقاتها لهاته الأنواع لم يكن اعتباريا، حيث أن المتأمل جيدا لنص التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF يجد أنه اقترح مجموعة من المؤشرات من أجل تحديد وتعريف نتائج الإعاقة على الحياة اليومية، والتي حسب CIF توّهل غالبا إلى أمراض متوقعة "morbidity étendue"².

¹ أكثر من نوع يُقصد بها إحدى الخيارات التالية: سمعية-بصرية، بصرية-ذهنية، بصرية-حركية، سمعية-حركية، بصرية-سمعية-ذهنية، بصرية-سمعية-حركية، بصرية-ذهنية-حركية، سمعية-ذهنية-حركية، بصرية-سمعية-ذهنية-حركية.

² Pierre Czernichow, *Santé et environnement, maladies transmissibles*, Elsevier Masson, France, 2006, p. 13.

الجدول رقم 04-16 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب أنواع العجز الأخرى.

Mics ₄		Mics ₃		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
34,91%	745	16,65%	718	العناية الجسدية
		18,52%	799	التفاعل مع الناس
Mics4				
النسبة %	العدد			
16.63	355			التحكم في التبول
35	747			الحركة والتنقل
33.22	709			حركة الجسم الداخلية
31.34	669			إدراك العالم الخارجي
39.50	843			إستعمال وسائل النقل
35.84	765			تسيير ميزانية
37.58	802			إستعمال الأجهزة الكهربائية، الهاتف، الموزع البريدي...

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من 16% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ ليست لديهم القدرة على العناية الذاتية، في حين تبلغ ذات النسبة أكثر من 34% حسب التحقيق الوطني Mics₄.

اقترحت CIF كما سبق الذكر عدة مؤشرات تم استخدامها لتحديد عواقب الإعاقة على أداء نشاطات الحياة اليومية¹ (les activités de la vie quotidienne AVQ¹)، والتي غالبا ما تم اعتبارها مرضا ممتدا، من بين تلك المؤشرات:

Echelle de Katz ADL²: الذي يصف القدرة على ممارسة النشاطات اليومية على غرار: العناية الجسدية، ارتداء الملابس، الذهاب إلى المرحاض، التجول، التغذية...

¹ Sylvie Meyer, *De l'activité à la participation, De Boeck Supérieure*, 1^{ère} édition, Belgique, 2013, p. 78.

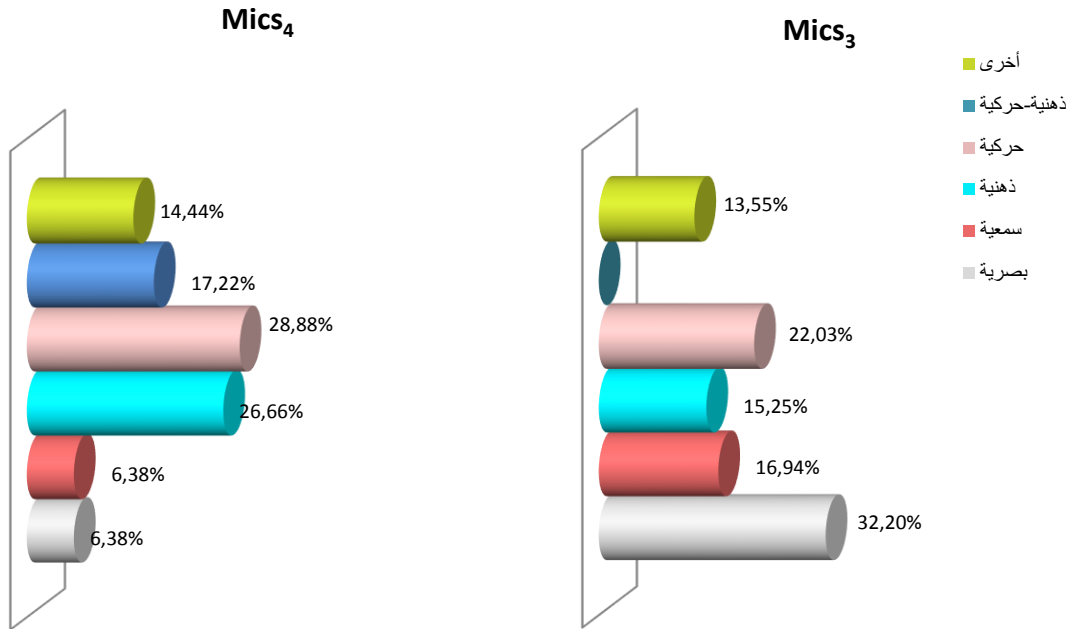
² Pierre Czernichow, op.cit.

¹ Echelle de Lawton IADL وهو مؤشر يستخدم لقياس النشاطات الوظيفية الأكثر تعقيدا: استعمال الهاتف، الجري، التنظيف، الطبخ...

Grille d'Alin Colvez: تُميز بين 3 مستويات لتبعية الشخص المسن هي: - الذهاب إلى السرير، - المساعدة للذهاب إلى المراض أو ارتداء الملابس، - استحالة الخروج على انفراد من المنزل.

Grille Aggir: يرتكز بدوره على عدة متغيرات متميزة هي: تناسق الحركات، التوجيه، المراض، ارتداء الملابس، التغذية، التحكم في التبول، التحرك، التنقل في الداخل والخارج والتواصل.²

الشكل رقم 04-12 توزيع الأطفال الأقل من 15 سنة حسب نوع إعاقتهم.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يتضح من خلال النتائج التي افرزها التحقي الوطني Mics₃ أن الإعاقة البصرية تشكل الحصة الأسد من بين أنواع الإعاقات الأخرى التي يعاني منها الأطفال الأقل من 15 سنة بنسبة تفوق 32%، في حين تمس الإعاقة الذهنية الأطفال بنسبة 15% حسب ذات التحقي، أما عن التحقي الوطني Mics₄

¹ Ibid.

² Ibid.

فالموضع مختلف نوعا ما، حيث تنتشر كل من الإعاقة الحركية والذهنية بنسب متقاربة وبفارق 2,22 نقطة لصالح الإعاقة الحركية.

الجدول رقم 04-17 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب نوع إعاقتهم.

	+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15	
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
بصرية	2.66	106	4.34	173	5.37	228	3.34	137	0.65	26
سمعية	0.98	39	2.38	95	2.81	112	1.28	51	0.37	15
ذهنية	1.73	69	5.98	238	9.03	359	3.27	130	0.9	36
حركية	3.92	156	9.9	394	13.08	520	8.2	326	0.98	39
ذهنية- حركية	0.55	22	1.53	61	2.46	98	1.28	51	0.27	11
أخرى	2.59	103	3.64	145	3.19	127	1.76	70	0.32	13

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

بينت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن الإعاقة الحركية هي الأكثر انتشارا حسب مختلف الفئات العمرية¹، كما أظهرت نتائج ذات التحقيق أن الفئة العمرية التي تتراوح بين 59-45 سنة هي الفئة الأكثر تضررا من الإعاقة بمختلف أنواعها.

¹ إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين تم الإعتماد عليهم لحساب معطيات الجدول = 3975 شخص، حيث تم استثناء عدد الأطفال الأقل من 15 سنة (59 طفل)، بالإضافة إلى عدد المعاقين الذين يعانون من عدم قدرتهم على العناية الشخصية و عدم قدرتهم على التفاعل مع الناس (278 شخص).

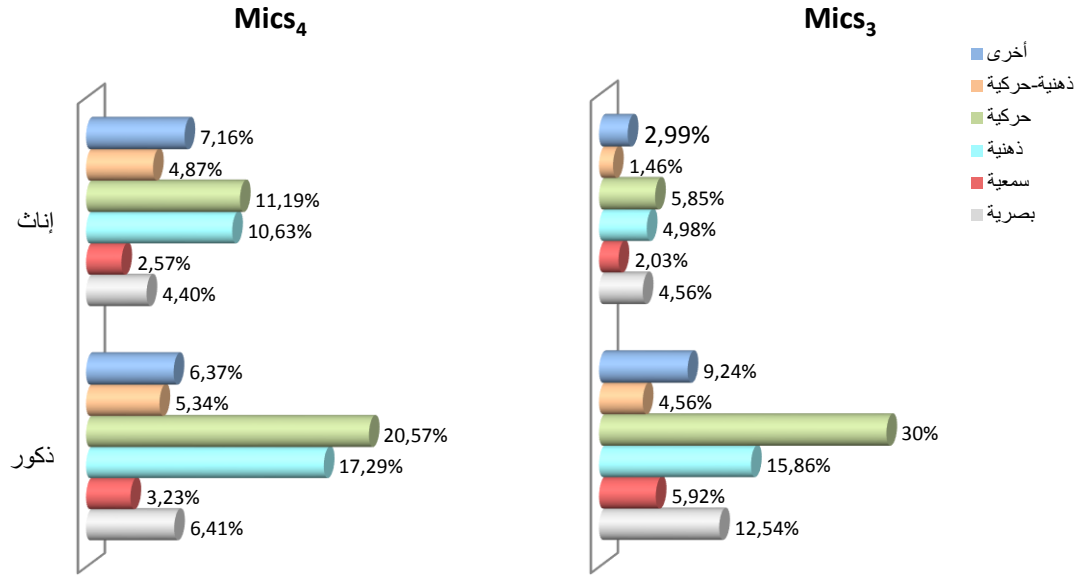
الجدول رقم 04-18 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4 حسب نوع إعاقتهم.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
1,8	32	2,93	52	2,02	36	2,19	39	2,76	49	بصرية
1,18	21	0,78	14	1,29	23	0,78	14	1,57	28	سمعية
0,84	15	1,63	29	4,84	86	9,8	174	11,04	196	ذهنية
4,22	75	5,86	104	7,83	139	7,38	131	7,04	125	حركية
1,35	24	0,95	17	1,18	21	2,02	36	3,21	57	ذهنية- حركية
3,21	57	1,8	32	2,08	37	3,32	59	2,93	52	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics4.

المتأمل للجدول أعلاه يلاحظ أن أكثر من 11% من الشباب الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة يعانون من الإعاقة الذهنية وهي تمثل الحصة الأسد من إجمالي ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics4، كما تبين النتائج أيضا إرتفاع نسب الإعاقة الحركية خاصة بالنسبة للكهول (45-59 سنة) والشباب، لتتراجع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في مقابل ارتفاع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية-الحركية الذين يفوق سنهم 75 سنة إلى أكثر من 4%.

الشكل رقم 04-13 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل نوع الإعاقة والجنس.

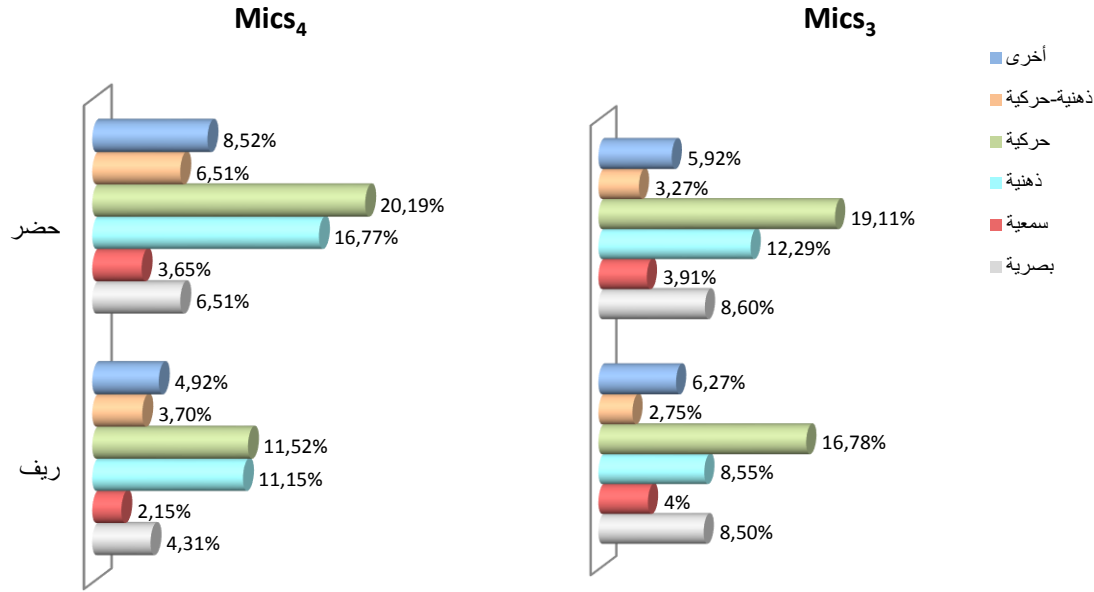


المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

أظهرت نتائج كلا التحقيين الوطنيين أن أنواع الإعاقة¹ تنتشر بنفس الترتيب بين كلا الجنسين، حيث تعتبر الإعاقة الحركية النوع الأكثر انتشاراً تليها الإعاقة الذهنية، الإعاقة البصرية فالإعاقة السمعية.

¹ إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تم الاعتماد عليهم لحساب معطيات الجدول المتعلقة بالتحقيق الوطني Mics₃ = 4034 شخص، حيث تم استثناء عدد المعاقين الذين يعانون من عدم قدرتهم على العناية الشخصية و عدم قدرتهم على التفاعل مع الناس (278 شخص).

الشكل رقم 04-14 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل نوع الإعاقة ومحل الإقامة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يتضح من خلال الشكل أعلاه توزيع نسب الإعاقة¹ بنفس الترتيب بين الواسطين الريفي والحضري (إعاقة حركية، ذهنية، بصرية ثم سمعية حسب كلا نتائج كلا التحقيين الوطنيين، كما يلاحظ أيضا تقارب واضح بين نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية وكذا الذهنية الذين يقطنون الوسط الريفي حسب نتائج تحقيق Mics₄).

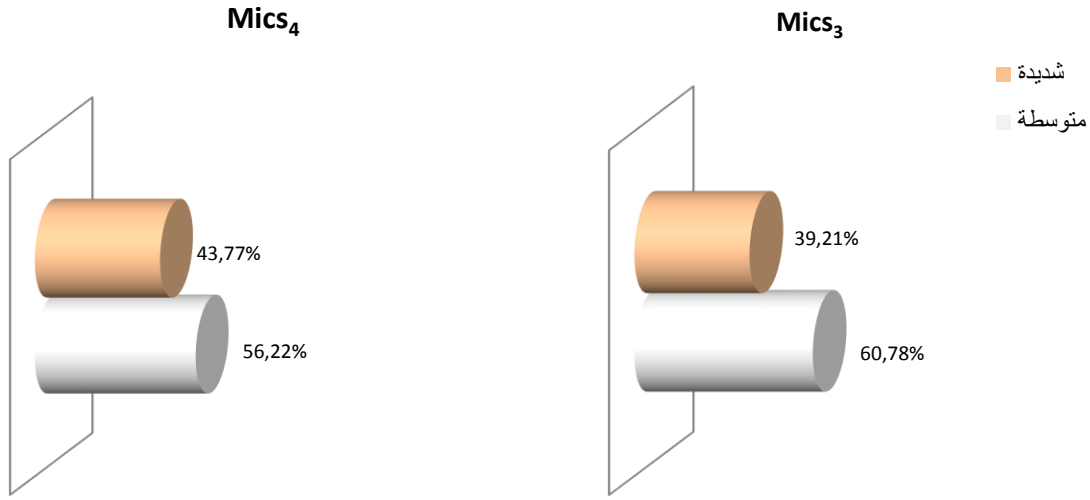
4-1-2-ب توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب شدة إعاقتهم.

يعرض الشكل اللاحق توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب درجة إعاقتهم وفقا لنتائج التحقيين

الوطنيين Mics₃ و Mics₄

¹ إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تم الاعتماد عليهم لحساب معطيات الجدول المتعلقة بالتحقيق الوطني Mics₃ = 4034 شخص، حيث تم استثناء عدد المعاقين الذين يعانون من عدم قدرتهم على العناية الشخصية و عدم قدرتهم على التفاعل مع الناس (278 شخص).

الشكل رقم 04-15 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب شدة الإعاقة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

نتائج الشكل أعلاه تُظهر أن نسب الأشخاص الذين يُعانون من الإعاقة متوسطة الخطورة يفوق نظيرهم الذين يُعانون من الإعاقة الشديدة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين.

الجدول رقم 04-19 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب شدة إعاقتهم.

المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
76,27	45	38,98	23	15,25	9	22,03	13	متوسطة
23,72	14	8,47	5	11,86	7	3,38	2	شديدة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الأطفال الذين يعانون من الإعاقة متوسطة الخطورة ترتفع بارتفاع السن، أما الإعاقة الشديدة فقد وصلت ذروتها عند الأطفال ذوي الفئة العمرية الممتدة من 5-9 سنوات.

الجدول رقم 04-20 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب شدة إعاقتهم.

المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
55,28	199	19,44	70	17,22	62	18,61	67	متوسطة
44,72	161	11,11	40	16,66	60	16,94	61	شديدة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

يبين الشكل أعلاه تقاربا في توزيع شدة الإعاقة لدى الأطفال الأقل من 10 سنوات، لتزداد الفجوة بين الإعاقة متوسطة وشديدة الخطورة لدى الأطفال ذوي 10-14 سنة.

الجدول رقم 04-21 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب شدة إعاقتهم.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
7,45	317	16,92	720	21,98	935	11,77	501	2,42	103	متوسطة
4,89	208	11,19	476	15,18	646	7,07	301	1,1	47	شديدة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

أظهرت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ ارتفاع نسب الأشخاص ذوي الإعاقة متوسطة الشدة مقارنة بنظرانهم ذوي الإعاقة الشديدة بالنسبة لجميع الفئات العمرية.

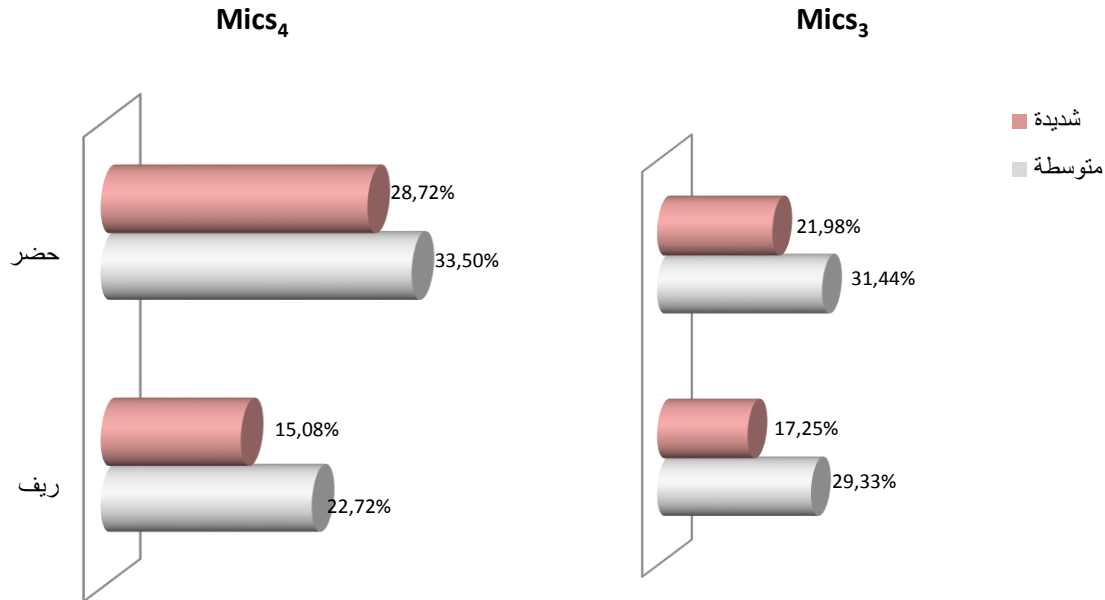
الجدول رقم 04-22 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب شدة إعاقاتهم.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
5,69	101	7,6	135	12,73	226	14,37	255	15,95	283	متوسطة
6,98	124	6,36	113	6,59	117	11,16	198	12,57	223	شديدة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

نتائج التحقيق الوطني Mics₄ أظهرت هي الأخرى إرتفاع نسب الأشخاص ذوي الإعاقة متوسطة الشدة مقارنة بنظرائهم ذوي الإعاقة الشديدة في جميع الفئات العمرية ماعدا المسنين الأكبر من 75 سنة، أين تتجاوز نسبة المسنين ذوي الإعاقة الشديدة نظيرتها بفارق 1.29 نقطة.

الشكل رقم 04-16 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من شدة الإعاقة ومحل الإقامة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

بينت نتائج كلا التحقيين الوطنيين أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة متوسطة الخطورة تفوق نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة في الريف والحضر على حد سواء.

الجدول رقم 04-23 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب كل من شدة ونوع إعاقاتهم.

	بصرية		سمعية		ذهنية		حركية		أخرى	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
متوسطة	480	11.89	244	6.04	433	10.73	1001	24.81	269	6.66
شديدة	210	5.2	78	1.93	408	10.11	447	11.08	467	11.57

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أن مختلف أنواع الإعاقة التي يعاني منها الأشخاص¹ الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ هي متوسطة الخطورة، ماعدا بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أكثر من نوع من الإعاقات الأربعة، حيث تشغل نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الحركية الشديدة لوحدها 5% من بين 11,57%.

الجدول رقم 04-24 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب كل من شدة ونوع إعاقاتهم.

	بصرية		سمعية		ذهنية		حركية		أخرى	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
متوسطة	149	6,98	87	4,07	347	16,26	472	22,11	144	6,74
شديدة	82	3,84	36	1,68	249	11,66	205	9,66	362	16,93

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

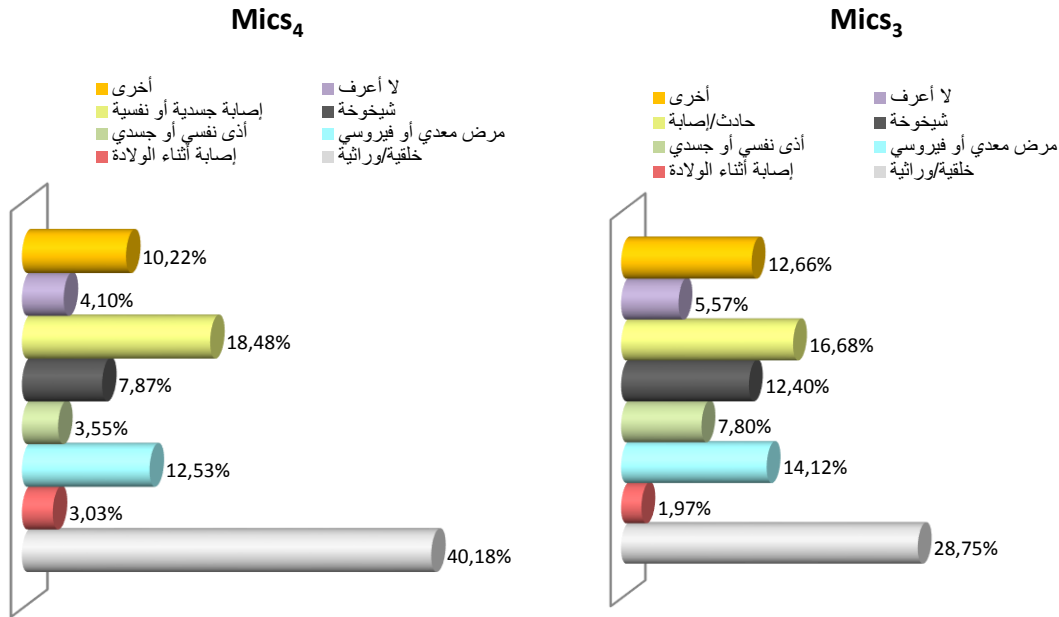
نتائج التحقيق الوطني Mics₄ لا تختلف هي الأخرى عن سابقتها، أين يعاني جميع الأشخاص من إعاقة متوسطة الخطورة مهما كان نوع إعاقاتهم، باستثناء الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة حيث تشكل الإعاقة الذهنية- الحركية الشديدة ما نسبته أزيد من 8% من أصل 16,93%.

¹ إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تم الاعتماد عليهم لحساب معطيات الجدول المتعلقة بالتحقيق الوطني Mics₃ = 4034 شخص، حيث تم استثناء عدد المعاقين الذين يعانون من عدم قدرتهم على العناية الشخصية و عدم قدرتهم على التفاعل مع الناس (278 شخص).

4-1-2- توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سبب إعاقتهم.

بعد التطرق إلى توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقتهم وكذا شدتها تبعا لبعض الخصائص الديموغرافية (السن والجنس خاصة)، سيتم استعراض الأسباب التي أدت إلى إعاقة الأشخاص الذين شملهم كلا التحقيان الوطنيان Mics3 و Mics4.

الشكل رقم 04-17 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سبب إعاقتهم.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

كشفت نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4 أن السبب الأول للإعاقة مرده عوامل وراثية أو تشوهات خُلقية بنسبة 29% و 40% على الترتيب، في حين يعود السبب الثاني للإعاقة إلى حادث/إصابات نفسية أو جسدية، كما تنتسب الأمراض المعدية أو الفيروسات في الإعاقة بنسبة 14% حسب تحقيق Mics3 و 13% حسب تحقيق Mics4.

الجدول رقم 04-25 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب سبب إعاقتهم.

	المجموع		سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0		
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
خلقية/وراثية	67,79	40	33,89	20	16,94	10	16,94	10	
إصابة أثناء الولادة	0	0	0	0	0	0	0	0	
مرض معدي أو فيروسي	3,38	2	1,69	1	1,69	1	0	0	
أذى نفسي أو جسدي	10	6	10	6	0	0	0	0	
حادث/إصابة	3,38	2	0	0	3,38	2	0	0	
لا أعرف	5,08	3	0	0	0	0	5,08	3	
أخرى	10,16	6	3,38	2	3,38	2	3,38	2	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

بينت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن أكثر من 67% من الأطفال يعانون من إعاقة ذات أصل خلقي /وراثي، 10% منهم تعرضوا إلى أذى نفسي أو جسدي تسبب في إعاقتهم، 10% أصيبوا بالإعاقة لأسباب أخرى.

الجدول رقم 04-26 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب سبب إعاقتهم.

المجموع	سنة 14-10		سنوات 09-05		سنوات 4-0			
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
69,44	250	19,44	70	24,44	88	25,55	92	خلقية/وراثية
6,38	23	1,38	5	1,38	5	3,71	13	إصابة أثناء الولادة
14,44	52	6,38	23	3,88	14	4,16	15	مرض معدي أو فيروسي
0,55	2	0	0	0,27	1	0,27	1	أذى نفسي أو جسدي
3,33	12	1,66	3	1,66	3	1,66	6	حادث/إصابة
2,5	9	1,11	4	1,38	5	0	0	لا أعرف
3,33	12	1,66	6	1,38	5	0,27	1	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

نتائج التحقيق الوطني Mics₄ أكدت أيضا أن السبب الأول المؤدي إلى إعاقة الأطفال دون 15 سنة هو خلقي/وراثي بما نسبته 70% تقريبا، بينما يتمثل السبب الثاني في الأمراض المعدية أو الفيروسية وهنا تختلف نوعا ما عما ورد حسب نتائج التحقيق Mics₃، كما تتسبب أيضا الأخطاء الطبية في إعاقة أزيد من 6% من الأطفال الأقل من 15 سنة حسب تحقيق Mics₄.

الجدول رقم 04-27 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من سبب الإعاقة والجنس.

Mics ₄				Mics ₃				
إناث		ذكور		إناث		ذكور		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
18,6	397	21,6	461	6,72	290	22,08	949	خلقية/وراثية
1,31	28	1,37	37	0,44	19	1,53	66	إصابة أثناء الولادة
4,68	100	7,87	168	2,75	119	11,36	490	مرض معدي أو فيروسي
1,12	24	2,43	52	2,06	89	5,75	248	أذى نفسي أو جسدي
5,48	117	13,02	278	2,89	125	13,77	594	حادث/إصابة
3,98	85	3,88	83	3,24	140	9,13	394	الشيخوخة
1,31	28	2,81	60	1,11	48	4,45	192	لا أعرف
4,35	93	5,9	126	2,99	129	9,67	417	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يبقى السبب الأول للإعاقة يتمثل في عيوب خلقية أو عوامل وراثية بالنسبة لكلا الجنسين وحسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، غير أن السبب الثاني للإعاقة بالنسبة للإناث حسب نتائج التحقي الوطني Mics₃ يعود إلى الشيخوخة على عكس الذكور الذين تتسبب الحوادث/الإصابات بإعاقتهم بعد الأسباب الخلقية حسب ذات التحقي.

الجدول رقم 04-28 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من سبب الإعاقة ومحل الإقامة.

Mics ₄				Mics ₃				
حضر		ريف		حضر		ريف		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
24,85	530	15,37	328	15,07	650	13,65	589	خلقية/وراثية
2,06	44	0,98	21	1,18	51	0,78	34	إصابة أثناء الولادة
8,01	171	4,49	96	8,14	351	5,98	258	مرض معدي أو فيروسي
2,2	47	1,35	29	3,84	166	3,96	171	أذى نفسي أو جسدي
11,66	249	6,84	146	9,13	394	7,53	325	حادث/إصابة
5,43	116	2,43	52	5,35	231	7,05	304	الشيخوخة
2,2	47	1,92	41	2,92	126	2,66	115	لا أعرف
5,81	124	4,45	95	7,74	334	4,91	212	أخرى

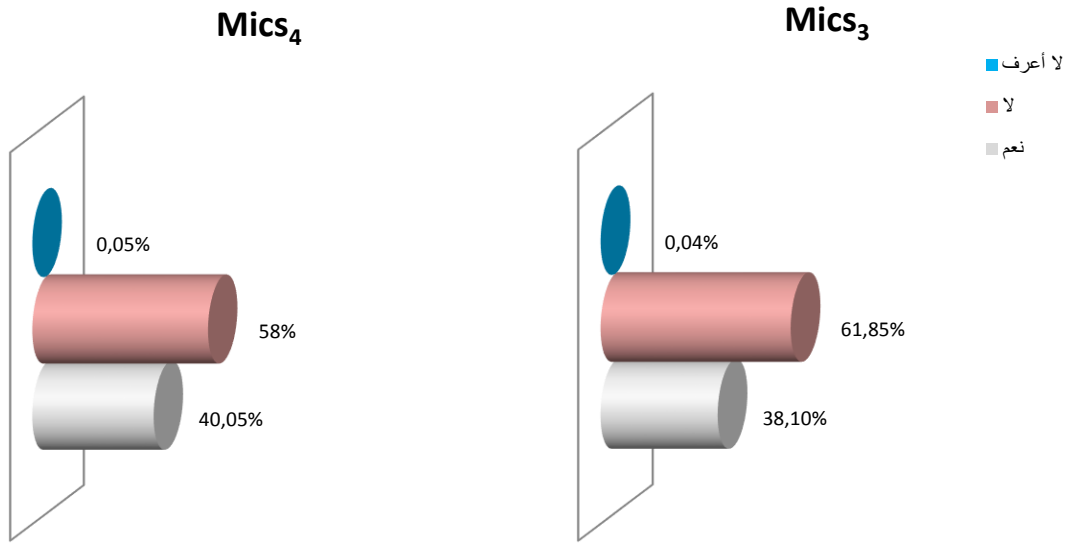
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

حسب نتائج التحقي الوطني Mics₃ يعود السبب الثالث لإعاقة الأشخاص الذين يعيشون في الوسط الريفي لتقدمهم في السن (الشيخوخة) على عكس الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في الوسط الحضري، حيث يرجع السبب الثالث في إعاقتهم إلى الأمراض المعدية أو الفيروسية، كما تجدر الإشارة إلى أن هناك نسبة تزيد عن 4% بل وتصل إلى 7% من الأشخاص ذوي الإعاقة تُرجع سبب إعاقتها لأسباب مجهولة حسب نتائج كلا التحقيين.

4-1-2-توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرض مزمن.

تضمن كلا التحقيين الوطنيين أسئلة تتعلق فيما إذا كان الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون بالإضافة إلى الإعاقة من مرض مزمن أم لا، بالنسبة للتحقي الوطني Mics₃ تم طرح السؤال على جميع الأشخاص الذين شملهم التحقي، وتبين أن عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرض مزمن يبلغ 1643 شخص، غير أن السؤال يُعنى فقط بالأشخاص الذين يفوق سنهم 15 سنة (1774 شخص ذي الإعاقة) حسب التحقي الوطني Mics₄ حيث بلغ عددهم 746 شخص ذوي إعاقة لديه مرض مزمن.

الشكل رقم 04-18 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يُعانون من مرض مزمن.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يتضح من خلال نتائج الشكل أعلاه أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة يُعانون من مرض مزمن بالإضافة إلى إعاقتهم وهذا حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين.

الجدول رقم 04-29 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع المرض المزمن الذي يعانون منه.

Mics ₄		Mics ₃		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
32,03	239	41,57	683	ارتفاع ضغط الدم
10,85	81	14,66	241	السكري
3,88	29	6,99	115	أمراض القلب والأوعية الدموية
2,01	15	5,17	85	الربو
5,63	42	14,42	237	أمراض المفاصل
45,57	340	17,16	282	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

بينت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن إرتفاع ضغط الدم هو المرض المزمن الذي يعاني منه أزيد من 41% من الأشخاص ذوي الإعاقة، كما أن أكثر من 17% من الأشخاص المعنيين يعانون من أمراض مزمنة أخرى، كشف التحقيق الوطني Mics₄ أن أزيد من ثلث الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون أيضا من إرتفاع ضغط الدم، كما أفرز ذات التحقيق أن 46% تقريبا من الأشخاص المعنيين يعانون من أمراض مزمنة أخرى من بينها: السرطان بمختلف أنواعه، الفشل الكلوي، إتهاب الشعب الهوائية...

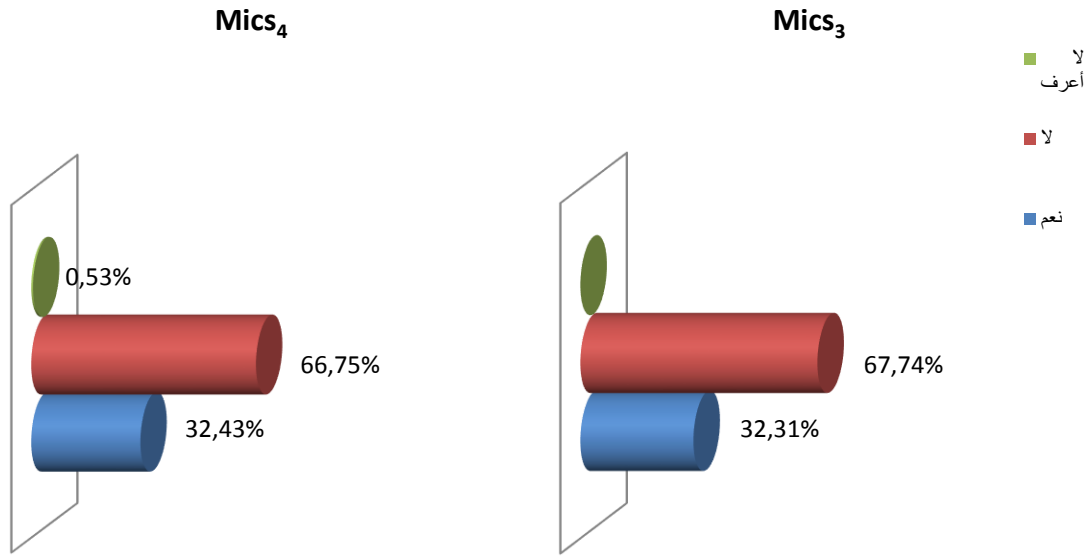
الجدول رقم 04-30 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرض مزمن والمتابعة الطبية.

Mics ₄				Mics ₃				
لا		نعم		لا		نعم		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,53	4	31,5	235	1,52	25	39,98	657	إرتفاع ضغط الدم
0	0	10,85	81	0,36	6	14,30	235	السكري
0	0	3,88	29	0,3	5	6,75	111	أمراض القلب والأوعية الدموية
0	0	2,01	15	0,12	2	5,05	83	الربو
0,13	1	5,49	41	0,48	8	13,99	230	أمراض المفاصل
1,07	8	44,5	332	1,33	22	15,76	259	أخرى
1,74	13	98,25	733	4,13	68	95,86	1575	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

بينت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن أزيد من 95% (1575 معاق من أصل 1643 يعاني من مرض مزمن) من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرض مزمن يقومون بالمتابعة الطبية لمرضهم المزمن، كما تفوق ذات النسبة 98% (733 معاق من أصل 746 يعاني من مرض مزمن) حسب التحقيق الوطني Mics₄.

الشكل رقم 04-19 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرضين مزمنين.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

كشفت نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ أن ما نسبته 32% من الأشخاص ذوي الإعاقة تعاني من مرضين مزمنين (من بين 4312 معاق يعاني 1643 من مرض مزمن واحد و 531 شخص يعاني من مرضين مزمنين حسب تحقيق Mics₃ و من أصل 746 معاق يعاني من مرض مزمن يوجد 242 يعان من مرض ثان مزمن حسب تحقيق Mics₄).

الجدول رقم 04-31 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرضين مزمنين والمتابعة الطبية.

Mics ₄				Mics ₃				المتابعة الطبية للمرضين المزمنين
لا		نعم		لا		نعم		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
2,06	5	97,10	235	7,15	38	92,46	491	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يوضح الجدول السابق أن 92% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من مرضين مزمنين يقومون بمتابعة طبية حسب تحقيق Mics₃، كما بلغت ذات النسبة 97% حسب تحقيق Mics₄ (أجاب 0,82% من الأشخاص ذوي الإعاقة ب لا أعرف).

3-1-4 المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المرتبطة بوضعيتهم الاقتصادية.

يمثل المحور الثالث دراسة وصفية للمتغيرات التي تضمنها التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ والتي تُعنى بالخصائص الاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة.

3-1-4 أ- الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة.

يشمل هذا المتغير الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفوق سنهم 15 سنة حسب كلا التحقيين الوطنيين والذين يبلغ عددهم 4253 و 1774 حسب التحقيين Mics₃ و Mics₄ على الترتيب.

الجدول رقم 04-32 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية.

Mics ₄		Mics ₃		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
11,33	201	39,57	1683	عامل
15,44	274	7,68	327	بطل
0,05	1	0,07	3	في الخدمة الوطنية
21,64	384	12,67	539	ربة بيت
3,04	54	0,56	24	متمدرس/طالب
25,31	449	33,5	1425	متقاعد
23,16	411	/	/	غير نشيط
/	/	5,94	252	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄

أظهرت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن ما نسبته أزيد من 39% من أشخاص ذوي الإعاقة كانت في وضعية نشاط خلال الشهر الذي سبق التحقيق، في مقابل 7% في وضعية بطالة، التحقيق الوطني Mics₄ كان أكثر تفصيلا ووضوحا عن سابقه، حيث فرق بين الشخص البطل chomeur و

الشخص غير النشط inactif، حيث بينت نتائج ذات التحقيق أن نسبة الأشخاص في وضعية بطالة بلغت أزيد من 15%، في مقابل أكثر من 23% من الأشخاص ذوي الإعاقة غير نشطة.

اقتصاديا يشمل مفهوم السكان غير النشطين الأشخاص الذين يفوق سنهم 15 سنة غير المصنفين ضمن القوى العاملة، وذلك لكونهم لم يعملوا طيلة الأسبوع الذي سبق التعداد أو التحقيق، ولم يبحثوا عن عمل على مدى أربعة أسابيع سبقت التحقيق¹.

كما يعبر مفهوم الشخص البطال عن شخص في سن العمل ويبحث عن عمل ولم يجده²، كما يدل أيضا عن شخص متوقف عن العمل خلال أيام العطل، أو خلال فترة عدم نشاط المؤسسة التي يزول نشاطه فيها.

الجدول رقم 04-33 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب الحالة الفردية والسن.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
24	0,56	158	3,71	857	20,15	577	13,56	67	1,57	عامل
12	0,28	73	1,71	144	3,38	73	1,71	25	0,58	بطل
0	0	0	0	0	0	3	0,07	0	0	في الخدمة الوطنية
32	0,75	144	3,38	237	5,57	102	2,39	23	0,54	رية بيت
0	0	5	0,11	1	0,02	0	0	18	0,42	متمدرس/ طالب
401	9,42	747	17,54	254	5,57	21	0,49	1	0,02	متقاعد
55	1,29	69	1,62	87	2,04	28	0,65	15	0,35	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن حوالي 2% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة يشتغلون، وهي نسبة مخجلة جدا خاصة كون فئة الشباب مقبلة على حياة بكامل ما

¹ <https://www.stats.gov.sa/ar/indicators/1>, consulté le 17/01/2020.

² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 17/01/2020.

تترتب على الكلمة من متطلبات سواء ما يتعلق منها بتأسيس أسرة، توفير مسكن...دون أن ننسى أن لهاته الشريحة احتياجات خاصة الصحية منها التي تُعنى بالإعاقة.

الجدول رقم 04-34 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب الحالة الفردية والسن.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,11	2	0,45	8	3,21	57	4,45	79	3,1	55	عامل
0,39	7	0,84	15	2,48	44	4,84	86	6,8	122	بطل
0	0	0	0	0	0	0,05	1	0	0	في الخدمة الوطنية
2,87	51	2,81	50	5,52	98	5,12	91	5,29	94	ربة بيت
0	0	0	0	0	0	0	0	3,04	54	متمدرس/ طالب
8	142	8,28	147	4,45	79	3,55	63	0,95	17	متقاعد
1,18	21	1,57	28	3,66	65	7,55	134	9,24	164	غير نشيط

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

نتائج الجدول أعلاه أظهرت أن نسبة العمال ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-44 سنة لا تتجاوز ما نسبته 7% من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة في سن العمل الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ ((1774/(79+55))), وهي نسبة غير مشرفة تماما خاصة بالرجوع إلى الفئة الفتية التي تمثلها، كما بينت النتائج ذاتها أن ما يقارب 1% من الأشخاص ذوي الفئة العمرية الأولى متقاعدين قد تبدوا النتيجة غريبة ولكن يمكن تفسيرها بحصولهم على التقاعد على اعتبار أنهم ذوي الحقوق رغم كونهم شباب بعد إصابتهم بالإعاقة، يتضح حسب الجدول أعلاه أيضا وجود نسبة تفوق 16% ((1744/(134+164))) من الأشخاص ذوي الإعاقة الشباب ذوي الفئة العمرية من 15-44 سنة لا ترغب في العمل ولا تبحث عمل، قد يكون مرده صعوبة العمل بسبب الإعاقة.

الجدول رقم 04-35 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية والجنس.

Mics ₄				Mics ₃				
إناث		ذكور		إناث		ذكور		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
1,57	28	9,75	173	1,71	73	37,85	1610	عامل
1,01	18	14,43	256	0,16	7	7,5	320	بطل
0	0	0,05	1	0	0	0,07	3	في الخدمة الوطنية
20,96	372	0,67	12	12,67	539	0	0	ربة بيت
1,24	22	1,8	32	0,25	11	0,3	13	متدريس/ طالب
8,45	150	16,85	299	5,83	248	27,67	1177	متقاعد
7,27	129	15,89	282	/	/	/	/	غير نشيط
/	/	/	/	1,15	49	4,77	203	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يُظهر الجدول أعلاه أن نسبة الإناث العاملات لا تكاد تتجاوز 1% وهذا حسب نتائج كلا التحقيين، وعلى عكس نسبة الذكور العمال التي قاربت 40% حسب تحقيق Mics₃ لم تتجاوز ذات النسبة 9% حسب تحقيق Mics₄، وهي نتائج مخجلة جدا تتعارض مع إمكانية تحقيق الأشخاص ذوي الإعاقة لاستقلاليتهم المادية.

الجدول رقم 04-36 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية ومحل الإقامة.

Mics ₄				Mics ₃				
حضر		ريف		حضر		ريف		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
7,1	126	4,22	75	19,98	850	19,56	832	عامل
9,92	176	5,52	98	3,38	144	4,3	183	بطل
0	0	0,05	1	0,07	3	0	0	في الخدمة الوطنية
12,34	219	9,3	165	6,6	281	6,06	258	ربة بيت
1,63	29	1,4	25	0,25	11	0,3	13	متدريس/ طالب
16,06	285	9,24	164	20,05	853	13,44	572	متقاعد
15,89	282	7,27	129	/	/	/	/	غير نشيط
/	/	/	/	3,19	136	2,75	117	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

تبدو نتائج توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حالتهم الفردية متقاربة نوعاً ما بين الوسطين الريفي والحضري حسب تحقيق Mics₃، وفي الحقيقية كقراءة أخرى لمعطيات الجدول يمكن القول أن الأشخاص ذوي الإعاقة العمال الذين يعيشون في الريف تشكل ما نسبته 47% من إجمالي المعاقين الذين يعيشون في الريف¹، أما ذات النسبة فهي تبلغ 37% في الوسط الحضري².

¹ يبلغ إجمالي عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في الوسط الريفي 2008 أشخاص، وبعد استثناء الأطفال الأقل من 15 سنة يصبح عددهم 1774، إذن $1774/832 * 100 = 46,89\%$.

² يبلغ إجمالي عدد الأشخاص المعاقين الذين يعيشون في الوسط الحضري 2304 أشخاص، وبعد استثناء الأطفال الأقل من 15 سنة يصبح عددهم 2279، إذن $2279/850 * 100 = 37,29\%$.

الجدول رقم 04-37 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الحالة الفردية والمستوى التعليمي.

جامعي		ثانوي		متوسط		إبتدائي		متسوى تحضيري		لا أعرف القراءة والكتابة		
Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	
10,44	4,69	13,93	11,28	38,05	16,45	23,88	27,56	0	0,54	12,95	39,39	عامل
1,09	1,52	10,21	4,58	21,53	12,23	32,84	30,88	0,36	1,22	33,94	49,54	بطل
0	0	0	0	0	66,66	100	0	0	33,33	0	0	في الخدمة الوطنية
1,04	0	2,6	3,52	9,89	5	19,79	14,65	0	0	66,66	76,8	ربة بيت
31,48	12,5	29,62	8,33	31,48	50	5,55	8,33	0	0	1,85	20,83	متمدرس/ طالب
1,11	1,75	2	2,31	8,9	3,52,31	18,7	15,71	0,22	0,56	69,04	76,14	متقاعد
2,43	/	7,05	/	11,19	/	22,14	/	0,24	/	56,93	/	غير نشيط
/	0,79	/	2,38	/	11,11	/	14,46	/	1,58	/	66,66	أخرى

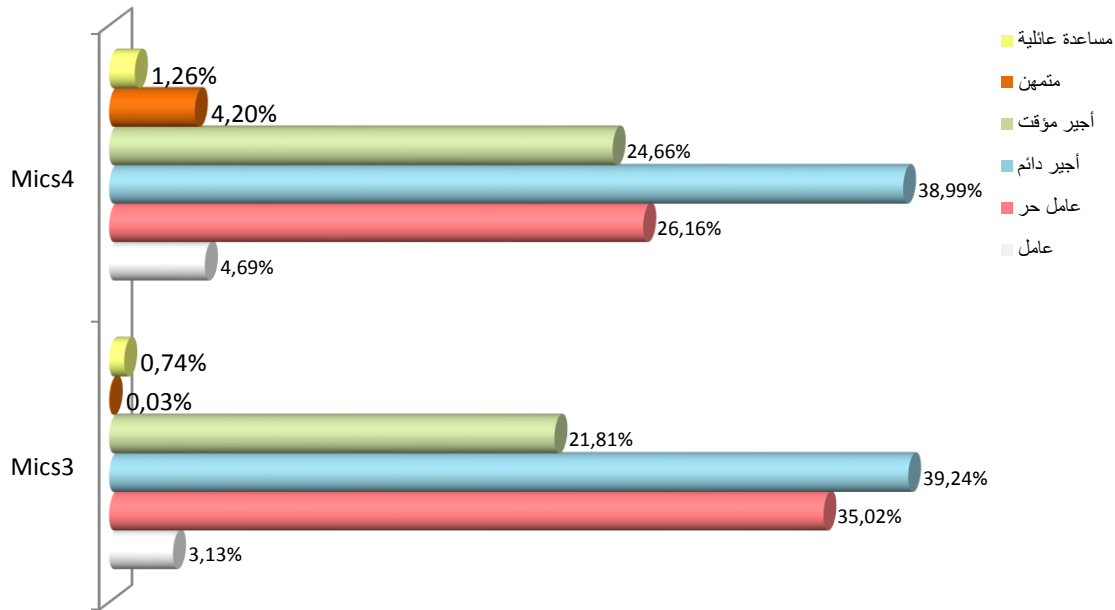
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يوضح الشكل أعلاه أن ما نسبته 39% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمارسون نشاطا لا يجيدون حتى القراءة والكتابة حسب تحقيق Mics₃، في حين تبلغ ذات النسبة 13% حسب تحقيق Mics₄، يمكن التساؤل حول نوع النشاط الذي يمارسونه، كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة العمال من ذوي الإعاقة تتخفف بارتفاع مستواهم التعليمي وهذا حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين، لكن في الحقيقية يُعزى هذا إلى كون نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة أصلا تتخفف بارتفاع المستوى التعليمي (أنظر الشكل رقم 05-08).

4-1-3-ب الوضعية المهنية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تم التطرق سابقا إلى الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج التحقيين Mics₃ و Mics₄ أين بلغ عدد الأشخاص العاملين على الترتيب 1683 على و 201 (أنظر الجدول رقم 05-32)، سيتم التعرف على مهن الأشخاص العاملين الذين شملهم كل من التحقيين.

الشكل رقم 04-20 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين حسب نوع المهنة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

تُبين نتائج الشكل أعلاه أن أزيد من 38% من العمال من ذوي الإعاقة يشتغلون أجراء دائمين حسب نتائج التحقيق Mics3، كما تبلغ النسبة ذاتها 39,24% حسب نتائج تحقيق Mics4، تليها نسبة الأشخاص الذين يشتغلون بشكل حر، فالأشخاص الذين يعملون كأجراء المؤقتين .

الجدول رقم 04-38 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني

Mics3 حسب نوع المهنة والسن.

	+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15	
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
عامل	0,17	3	0,59	10	1,12	19	1,01	17	0,23	4
عامل حر	0,83	14	5,46	92	16,75	282	10,57	178	1,36	23
أجبر دائم	0,29	5	1,84	31	22,28	375	13,78	232	1,01	17
أجبر مؤقت	0,11	2	1,30	22	10,51	177	8,55	144	1,3	22
متمهين	0	0	0	0	0	0	0	0	0,05	1
مساعدة عائلية	0	0	0,17	3	0,11	2	0,41	7	0,05	1

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics3.

حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃ تبلغ نسبة الأجراء الدائمين من ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 45-59 سنة +22% وهي تمثل الحصة الأسد من إجمالي الأشخاص العمال، والمتمتعن أيضا لهاته النتائج يلاحظ أن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ينتمون لذات الفئة العمرية هم أكثر نشاطا مقارنة بالفئات الشابة، كما تظهر النتائج أيضا أن وجود نسبة عاملة من الأشخاص المسنين من ذوي الإعاقة.

الجدول رقم 04-39 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₄ حسب نوع المهنة والسن.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0	0	0,99	2	0,49	1	2,98	6	0	0	عامل
0	0	1,49	3	6,46	13	9,45	19	8,55	18	عامل حر
0,99	2	1,49	3	13,43	27	16,41	33	6,46	13	أجير دائم
0	0	0	0	6,46	13	9,45	19	8,45	17	أجير مؤقت
0	0	0	0	1,49	3	0	0	2,48	5	متمهن
0	0	0	0	0	0	0,99	2	0,49	1	مساعدة عائلية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₄.

نتائج التحقيق الوطني Mics₄ أظهرت أن الفئة العمرية الأكثر نشاطا هي من 30-44 سنة، حيث تشتغل 16% منها كأجراء دائمين.

الجدول رقم 04-40 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المهنة وشدة الإعاقة.

Mics ₄				Mics ₃				
شديدة		متوسطة		شديدة		متوسطة		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
1,49	3	2,98	6	1,01	17	2,13	36	عامل
3,48	7	22,88	46	12,77	215	22,22	374	عامل حر
8,45	17	30,34	61	15,44	260	23,76	400	أجير دائم
6,46	13	17,91	36	7,96	134	13,84	233	أجير مؤقت
0,49	1	3,48	7	0	0	0,05	1	متمهن
0,49	1	0,99	2	0,23	4	0,53	9	مساعدة عائلية
21,89	44	79,10	159	37,43	630	62,56	1053	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

تبين نتائج الجدول أعلاه أن أزيد من 37% من الأشخاص ذوي الإعاقة يمارسون نشاطا رغم شدة إعاقتهم حسب ما أفرزه التحقي الوطني Mics₃، في حين تبلغ النسبة ذاتها ما يقارب 22% حسب نتائج التحقي الوطني Mics₄.

4-1-3-ت توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مؤشر الغنى Indice de richesse.

مؤشر الغنى ويسمى كذلك مؤشر قياس الثروة الحديثة¹ Absolute Wealth Index :AWI Indice absolu de richesse moderne، يرتكز على قياس رفاهية السكان من خلال المؤشرات المحددة للمستوى المعيشة الأسري².

يرتكز مؤشر الغنى على مقارنة الملكية الجيدة للأسر وقد طُبق من طرف البنك العالمي سنة 1995 على المعطيات النهائية للتحقيقات العادية حول الأسر من أجل تحديد المستوى السوسيو-اقتصادي لتلك الأسر وأثرها على المؤشرات الاجتماعية³.

¹ Michel Garenne, *Indicateurs de richesse des ménages: Implication pour l'étude des relations avec les paramètres démographiques et la mesures des inégalités*, FERDI, France, 2014, p. 10.

² Association Internationale Des Démographes De Langue Francaise , *Enfants D'aujourd'hui: Diversité des contextes pluralité des parcours*, Presses Universitaires de France, Tome 01, N 11, France, 2006, p. 372.

³ Aboudou Karimou Adjibade et autres, *L'enfant en Centrafrique: Famille, santé, scolarité, travail*, Unicef, Kartahala, France, 2004, p. 2.

في تحقيقات الديموغرافيا والصحة EDS يُحسب المؤشر عن طريق تحديد مجموعة من المتغيرات التي تستعمل لقياس الثروة الحديثة بين الوسطين الريفي والحضري وعلاقتها بالمعلومات الديموغرافية Paramètres démographiques الرئيسية: الخصوبة، الوفيات، الزواج والمستوى التعليمي¹.

تُقسم المتغيرات التي تقيس الثروة الحديثة حسب الفئات التالية:

- المسكن: يُعبر عن نوع السكن، طبيعة المرحاض، الأرضية والجدار، حديثا تم إضافة متغير جديدا يتمثل في امتلاك مطبخ حديث، كل من هاته المتغيرات يُعبر عنها بالقيمتين: 0 تقليدي أو 1 حديث.
 - التجهيزات العامة المتعلقة بالماء، الكهرباء والغاز، وقد تم إضافة متغير جديد يتمثل في عوامل النظافة (الصابون...).
 - الأجهزة الكهرومنزلية التي تشمل: الثلاجة، الفرن-الموقد، الغسالة، غسالة الأواني، المكيف الهوائي.
 - الأجهزة السمعية البصرية: المذياع، التلفزة، قارئ القرص الصلب (CD/DVD)، WiFi.
 - أجهزة وسائل الاتصال: هاتف ثابت أو محمول، هوائي الأقمار الاصطناعية، كابل، جهاز حاسوب، الوصول للانترنت.
 - وسائل النقل: دراجة، دراجة نارية، سيارة، شاحنة، قارب.
 - أثاث حديث/أواني حديثة.
 - الخدمة المالية: تتعلق بامتلاك حساب مصرفي.
- يمكن القول أن هاته القائمة ليست شاملة بل هي ترشيديية فقط.

انطلاقا من المؤشرات السابقة يمكن بناء مؤشر يتيح إمكانية تصنيف الأسر انطلاقا من وضعيتها السوسيو-اقتصادية، يتراوح المؤشر بين غني جدا وفقير جدا كما يلي²:

الربيعي الأول Q₁: يضم 20% من الأسر الأولى وهي الأسر الأكثر فقرا.

¹ Michel Garenne, op.cit, p. 08.

² Aboudou Karimou Adjibade et autres, op.cit, p p. 30-31.

الربيعي الثاني Q₂: من 20-40% وهي أسر فقيرة.

الربيعي الثالث Q₃: من 40-60% وهي الأسر متوسطة الدخل.

الربيعي الرابع Q₄: من 60-80% وهي أسر غنية.

الربيعي الخامس Q₅: 20% من الأسر الأخيرة وهي الأكثر غنى.

❖ مؤشرات قياس الثروة الحديثة:

أدرج التحقي الوطني Mics₃ مجموعة من المتغيرات تشمل نوع وخصائص المسكن، التجهيزات المتعلقة بالماء والكهرباء والغاز، الأجهزة الكهرومنزلية، الأجهزة السمعية-البصرية، وسائل الإتصال ووسائل النقل.

الجدول رقم 04-41 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه.

النسبة%	العدد	
نوع المسكن		
46,84	2020	مسكن فردي/فيلا
17,09	737	شقة
29,77	1284	مسكن تقليدي
5,61	242	مسكن غير مستقر
0,67	29	أخرى
ملكية المسكن		
69,1	2980	ملكية فردية
9,47	408	ملكية مشتركة
8,13	351	مؤجر من الدولة
9,65	416	مؤجر من فرد
3,29	142	مسكن مجاني
0,34	15	أخرى
مكان الطبخ		
93,78	4044	في المسكن
1,71	74	في بناية أخرى
3,47	150	في الخارج
1,02	44	أخرى
نوع الوقود المستخدم للطهي		
0,41	18	كهرباء
32,69	1416	غاز طبيعي
0,23	10	فحم الخشب
1,15	50	الخشب
65,51	2816	غاز البوتان
0,04	2	آخر

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

أظهرت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن 32% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة استفادوا من عملية الربط بالغاز الطبيعي، بينما لا تزال أزيد من 65% من فئة ذوي الإعاقة تستخدم غاز البوتان للطهي، كما

بينت النتائج أنه وإلى غاية 2006 بقيت فئة الأشخاص ذوي الإعاقة تستعمل الخشب والفحم ووسائل تقليدية أخرى للطهي.

الجدول رقم 04-42 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب خصائص المسكن الذي يعيشون فيه.

النسبة %	العدد	
خصائص الأرضية		
3,15	136	التراب/الرمل
0,11	5	الباركيه/الخشب المشمع
0,64	28	فنييل/أسفلت
65,56	2827	البلاط
29,68	1280	الإسمنت
0,83	36	أخرى
خصائص السقف		
1,92	83	القش/سعف النخيل
1,36	59	ألواح الخشب
0,48	21	الحديد
6,33	273	الزنك/ألياف الإسمنت
15,12	652	القرميد
69,85	3012	الإسمنت
4,56	197	أخرى
خصائص الجدار		
0,62	27	كتل من الحجر
4,98	215	طوب
12,36	533	حجر مع الجير/إسمنت
43,57	1879	ياجور
1,46	63	جدران خشبية
36,31	1566	خرسان
0,55	24	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يقدم الجدول السابق صورة واضحة عن خصائص المسكن الذي يقطن فيه الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أظهرت نتائج التحقيق الوطني Mics₃ أن خصائص مسكن تلك الفئة تفتقر تماما لأي مظهر من مظاهر التقدم والعصرية، حيث تتسم غالبا بالبساطة بل بالبدائية أحيانا أخرى، حيث أن أزيد من 3% من الأشخاص ذوي الإعاقة يمتلكون مساكن أرضيتها مصنوعة من التراب أو الرمل، أزيد من 6% منهم ذوي مساكن ذات سقف مصنوع من الزنك.

الجدول رقم 04-43 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب توفر المراض.

النسبة%	العدد	
توفر المراض		
81,09	3497	داخل المسكن
13,35	576	خارج المسكن
5,54	239	لا يوجد مراض
نوع المراض		
74,24	3024	مراض متصل بالمجاري
19,44	792	مراض متصل بالصرف
3,63	148	مراض متصل بالمراحيض
1,22	50	أخرى
1,44	59	المفقودة

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

تُظهر نتائج الجدول أعلاه أن ما يقارب 19% من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يمتلكون مراضا داخل مساكنهم، بل أزيد من 5% منهم لا يمتلكون مراضا أصلا.

الجدول رقم 04-44 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب التجهيزات العامة المتعلقة بالماء والكهرباء.

النسبة %	العدد	
المصدر الرئيسي للمياه		
54,52	2351	ماء الحنفية داخل المسكن
11,64	502	حديقة/الفناء(الحوش)
6,98	301	حنفية عامة/ماء النافورة
3,15	136	ضخ الماء من البئر
4,8	207	بئر معالج
0,95	41	بئر غير معالج
3,8	164	منبع معالج
1,32	57	منبع غير معالج
0,02	1	ماء المطر
10,89	470	شاحنة الصهريج
1,08	47	ماء القارورة
0,81	35	أخرى
100	4312	المجموع
التوصيل بشبكة المياه		
70,94	3059	داخل المسكن
9,25	399	خارج المسكن
19,8	854	لا يوجد توصيل
طريقة معالجة المياه		
0,99	43	تقطير الماء
13,65	589	ماء جافيل/كلور
0,71	31	تصفية بواسطة قطعة قماش
0,67	29	أخرى
83,95	3620	عدم معالجة المياه
نوع الإضاءة		
98,51	4248	شبكة كهربائية
0,34	15	مجموعة مولدات
0,62	27	فحم الخشب
0,51	22	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

يستفيد فقط ما نسبته 54% من الأشخاص ذوي الإعاقة من توفر المياه داخل مساكنهم بينما قرابة النصف الآخر منهم يلجئون إلى مصادر أخرى للحصول على المياه، كما كشفت نتائج تحقيق Mics₃ أن أزيد من 19% من الأشخاص ذوي الإعاقة محرومين من التوصيل بشبكة المياه، التحقيق ذاته بين أن أزيد من 13% منهم يستعملون الكلور أو ماء جافيل لتصفية المياه وهي طريقة أثبتت الأبحاث العلمية خطورتها نسبيا شرط الانتظار نصف ساعة على الأقل قبل شرب الماء¹، كما أن هناك فئة أخرى لازالت تستعمل قطعة قماش لتصفية المياه (إلى غاية 2006).

الجدول رقم 04-45 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب امتلاكهم للأجهزة الكهرومنزلية.

النسبة%	العدد	
87,12	3757	ثلاجة
49,60	2139	فرن-موقد
12,22	527	غسالة الملابس
16,25	701	السخان المائي
39,79	1716	مدفأة
7,49	323	مكيف هوائي

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

تبين نتائج الجدول أعلاه أن أزيد من 12% من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يملكون ثلاجة، فيما لا يملك سوى ما يقارب 50% منهم فرن-موقد، 16% سخان مائي، كما بينت النتائج ذاتها أن أزيد من 60% من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يملكون مدفأة، فيما يملك ما يقارب 8% منهم فقط مكيف هوائي، بناء على هذه النتائج يمكن القول أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يملكون حتى الحاجيات الأساسية أما شروط الراحة والترفيه فهي بعيدة عنهم كل البعد (النتائج هي حسب تحقيق 2006).

¹ <https://wikiwater.fr/>, consulté le 19-01-2020.

الجدول رقم 04-46 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب امتلاكهم للأجهزة السمعية البصرية ووسائل الإتصال.

النسبة%	العدد	
الأجهزة السمعية البصرية		
62,10	2678	مذياع
93,5	4032	تلفزيون
وسائل الإتصال		
47,61	2053	هاتف خلوي
26,34	1136	هاتف ثابت
57,18	2466	هوائي الأقمار الاصطناعية
5,44	235	حاسوب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

بينت نتائج تحقيق Mics₃ أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة لا يملكون هاتفا خلويا، كما أن 57% منهم فقط يملكون هوائي الأقمار الاصطناعية، في حين لا يملك سوى 5% منهم جهاز حاسوب.

الجدول رقم 04-47 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم التحقيق الوطني Mics₃ حسب امتلاكهم لوسائل النقل.

النسبة%	العدد	
1,13	49	دراجة
6,91	298	دراجة نارية
3,54	153	قارب بمحرك
19,75	852	سيارة/شاحنة

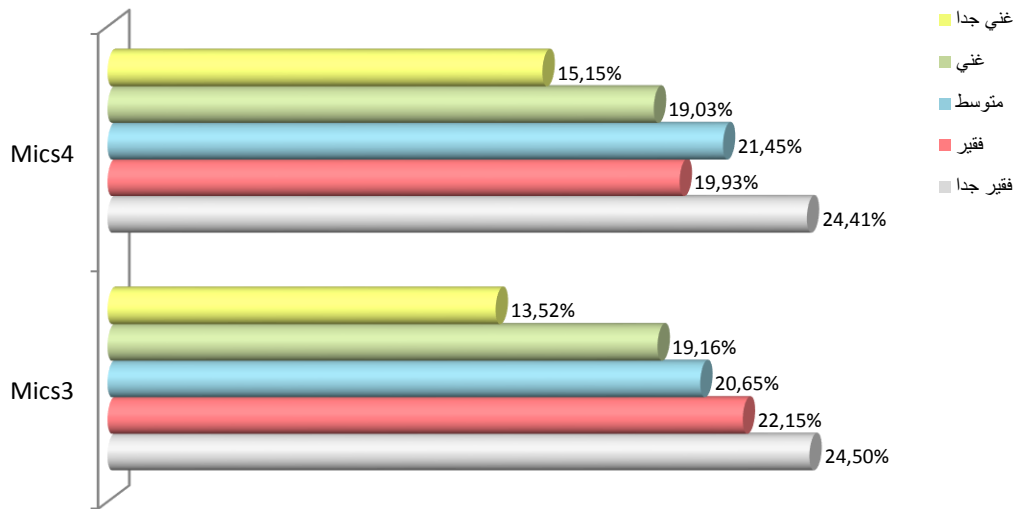
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدة معطيات التحقيق الوطني Mics₃.

تُظهر نتائج الجدول أعلاه ملكية محتشمة جدا للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يخص وسائل النقل، حيث أن ما يقارب 20% فقط منهم يملكون سيارة/شاحنة.

❖ مؤشر الغنى_Indice de richesse:

تم حساب مؤشر الغنى إنطلاقاً من مجموعة من المؤشرات التي تقيس الثروة الحديثة التي سبق التطرق إليها، ويُصنف مؤشر الغنى إلى 5 ربيعات Les quintiles de richesse تتراوح بين فقير جداً إلى غني جداً كما تم الإشارة إليه سابقاً.

الشكل رقم 04-21 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مؤشر الغنى.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

يوضح الشكل أعلاه أن فئة الأشخاص ذوي الإعاقة الفقراء جداً تشغل الحصة الأسد من بين الفئات الأخرى حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين، تليها فئة الفقراء بالنسبة لتحقيق Mics3، فالفئة المتوسطة بالنسبة لتحقيق Mics4.

الجدول رقم 04-48 توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأقل من 15 سنة حسب مؤشر الغنى.

المجموع		سنة 14-10		09-05 سنوات		4-0 سنوات		
Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	Mics ₄	Mics ₃	
4,31	0,34	1,17	0,16	1,49	0,04	1,6	0,13	فقير جدا
2,95	0,48	1,03	0,3	0,93	0,13	0,98	0,04	فقير
4,54	0,23	1,35	0,09	1,35	0,11	1,82	0,02	متوسط
2,99	0,18	0,84	0	1,35	0,06	0,79	0,11	غني
2,06	0,11	0,74	0,06	0,51	0	0,79	0,04	غني جدا

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

بينت نتائج التحقي الوطني Mics₃ أنه في كل 100000 شخص يوجد 340 طفل فقير جدا يعاني من الإعاقة في مقابل 4310 طفل حسب نتائج تحقي Mics₄، كما بينت نتائج التحقي الأخير بروز الطبقة المتوسطة مقارنة بالتحقي الأول.

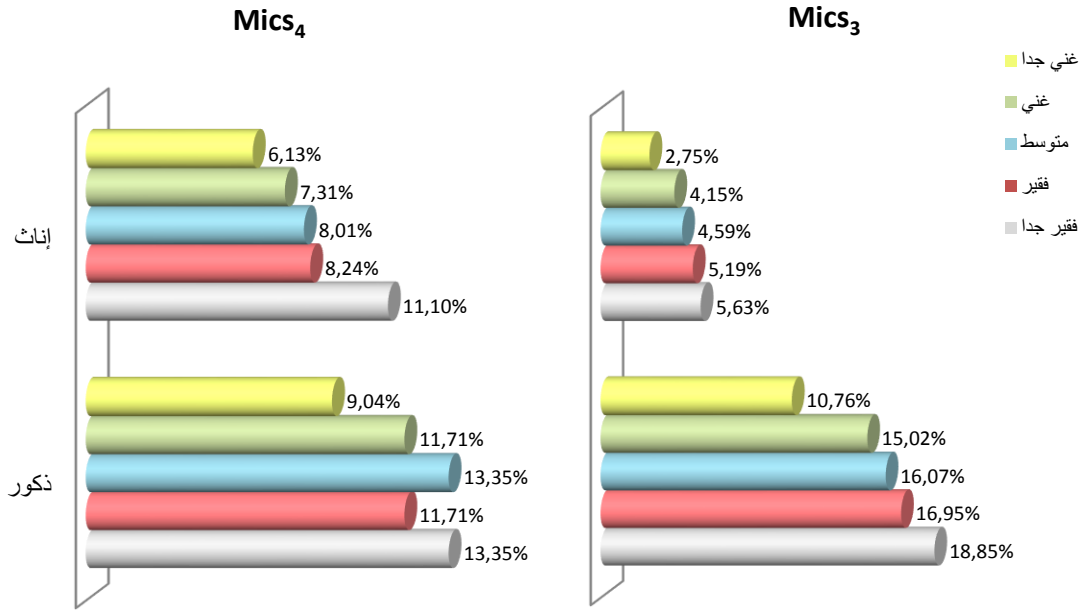
الجدول رقم 04-49 توزيع الأطفال ذوي الإعاقة الأكبر من 15 سنة حسب مؤشر الغنى.

+75		سنة 74-60		سنة 59-45		سنة 44-30		سنة 29-15		
Mics ₄ %	Mics ₃ %	Mics ₄ %	Mics ₃ %	Mics ₄ %	Mics ₃ %	Mics ₄ %	Mics ₃ %	Mics ₄ %	Mics ₃ %	
2,48	3,38	3,13	6,56	2,99	8,41	5,52	5,24	5,95	0,55	فقير جدا
1,68	2,45	2,57	5,12	3,56	8,11	4,02	4,63	5,1	1,32	فقير
2,01	2,24	1,64	5,93	3,65	8,02	4,68	3,71	4,96	0,51	متوسط
2,43	2,52	1,87	6,12	4,07	6,84	4,07	2,85	3,93	0,62	غني
1,92	1,55	2,34	3,96	2,15	5,28	2,9	2,15	3,74	0,44	غني جدا

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

حسب نتائج التحقي الوطني Mics₃ تعتبر فئة الكهول ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 45-59 سنة الأكثر فقرا مقارنة بالفئات العمرية الأخرى تليها فئة الشيوخ الذين تتراوح أعمارهم من 60-74 سنة، بينما تمثل فئة الشباب ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة الفئة الأكثر تضررا من الفقر حسب نتائج تحقي Mics₄.

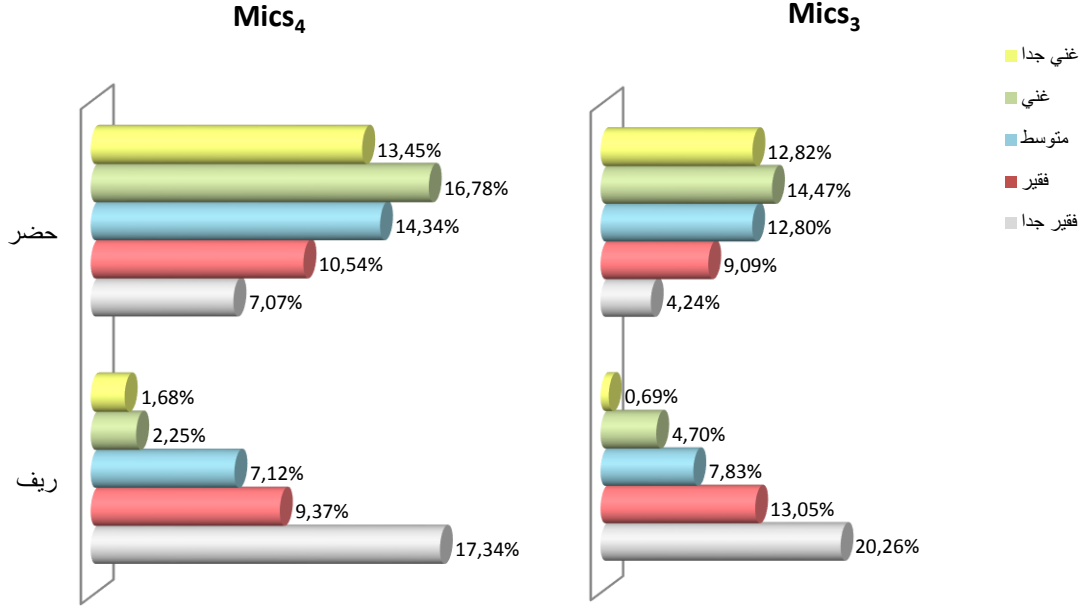
الشكل رقم 04-22 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من مؤشر الغنى والجنس.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

كشفت نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ أن الذكور أكثر فقرا من الإناث كما بينت النتائج ذاتها وجود تفاوت كبير بين الربعي الأول الذي يمثل الفئة الأقل فقرا والربعي الخامس الذي يشير إلى الفئة الأكثر غنى بالنسبة للذكور، أما بالنسبة للإناث فلا يوجد تفاوت كبير في مؤشر الغنى، وهو ما يلاحظ أيضا حسب نتائج التحقيين Mics₄ أين يوجد تقارب نوعا ما في توزيع مؤشر الغنى سواء بين الجنسين أو بين الربعيات الخمس.

الشكل رقم 04-23 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب كل من مؤشر الغنى ومحل الإقامة.



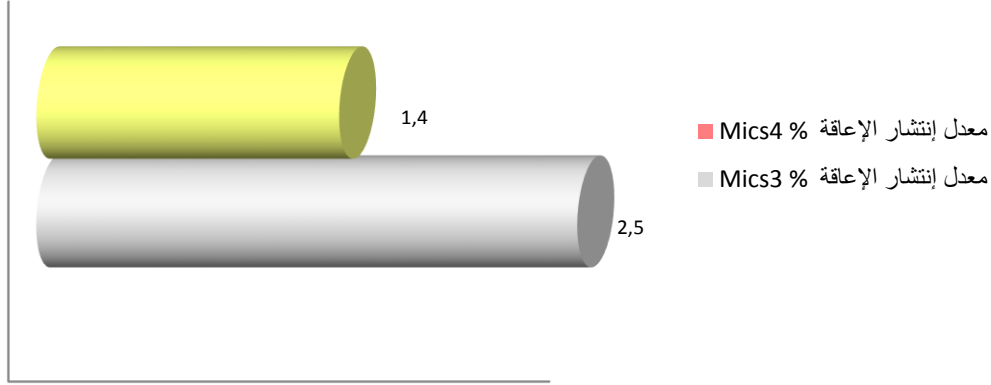
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

ينتشر الفقر المدقع في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري هذا ما أظهرته نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، وعلى العكس من ذلك ينتشر الغنى والثراء الفاحش في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي.

4-1-4 المحور الرابع: معدل انتشار الإعاقة.

يتضمن المحور الرابع تقديرات حول انتشار الإعاقة لدى سكان الجزائر من خلال الاعتماد على آراء الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في الأسر التي شملها كل من التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، تم بناء هذا المؤشر انطلاقا من عدد الأشخاص الذين كان ردهم إيجابيا عن معاناتهم من الإعاقة بالنسبة لإجمالي عدد السكان الذين شملهم التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، والذين يقدر عددهم ب: 171100 شخص و 147471 شخص على التوالي.

الشكل رقم 04-24 معدل انتشار الإعاقة.



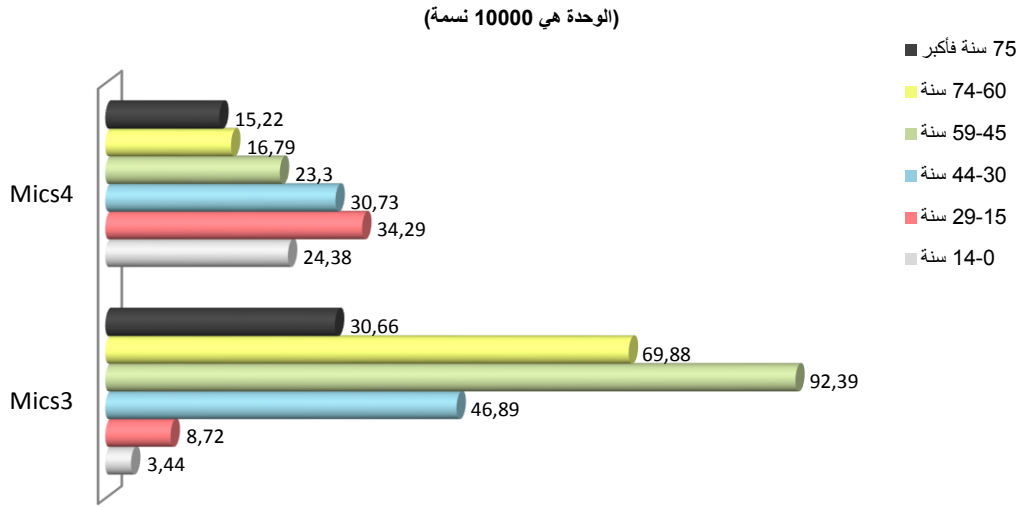
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

بلغ معدل انتشار الإعاقة في الجزائر حسب التحقيق الوطني Mics3 2,5 %، في حين بلغ ذات المعدل 1,4 % حسب التحقيق الوطني Mics4.

4-1-4 أ معدل انتشار الإعاقة حسب السن.

يبين الشكل أسفله معدل انتشار الإعاقة حسب مختلف الفئات العمرية حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

الشكل رقم 04-25 معدل إنتشار الإعاقة حسب السن.



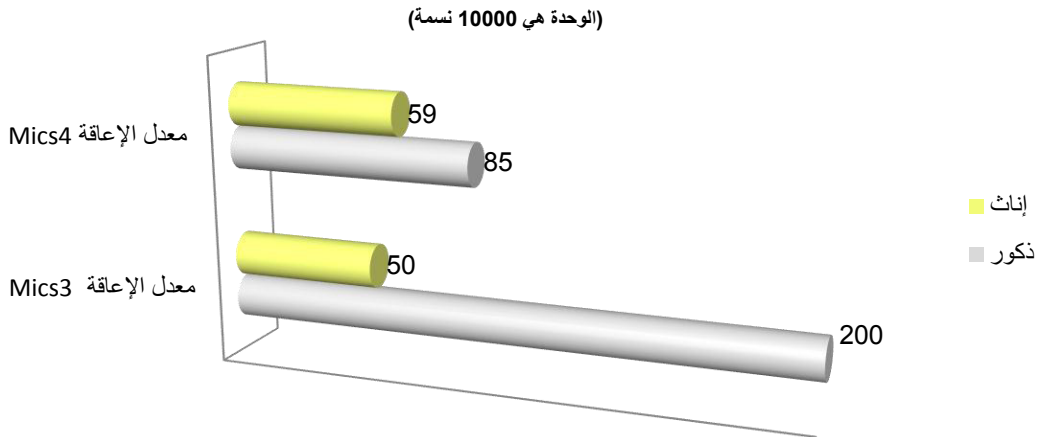
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

يوضح الشكل أعلاه معدل انتشار الإعاقة حسب مختلف الفئات العمرية، حيث تبين نتائج التحقيق Mics3 أنه في كل 10000 نسمة يوجد أزيد من 3 أطفال يعانون من الإعاقة، في حين بلغ المعدل ذاته 24 طفل ذو إعاقة حسب تحقيق Mics4.

4-1-4-ب معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس.

يوضح الشكل أدناه انتشار معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس.

الشكل رقم 04-26 معدل انتشار الإعاقة حسب الجنس.



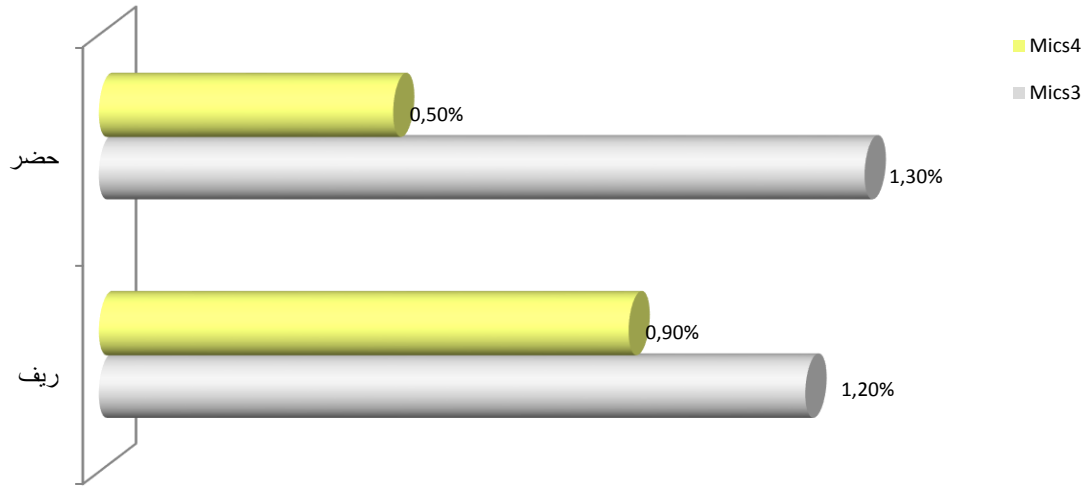
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

تبين نتائج الشكل السابق ارتفاع معدل الإعاقة لدى الذكور مقارنة بالإناث حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين، كما يظهر الشكل الانخفاض الواضح الذي مس معدل الإعاقة لدى الذكور خلال التحقي الوطني Mics4، في حين لم ينخفض كثيرا لدى الإناث.

4-1-4-ت معدل إنتشار إنتشار الإعاقة حسب محل الإقامة.

يوضح الشكل التالي معدل انتشار الإعاقة حسب محل الإقامة.

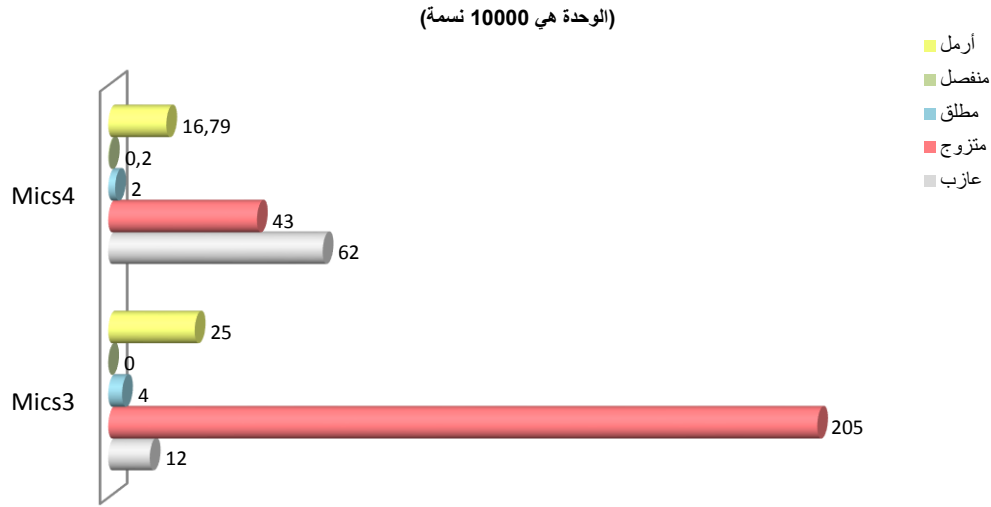
الشكل رقم 04-27 معدل انتشار الإعاقة حسب محل الإقامة.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

تبين نتائج الجدول أعلاه إرتفاع معدل انتشار الإعاقة في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، هذا يحدث بالتزامن مع ارتفاع عدد السكان الذين يقطنون في المدن أمام ظاهرة النزوح الريفي التي تشهدها الجزائر.

الشكل رقم 04-28 معدل إنتشار الإعاقة حسب الحالة العائلية.



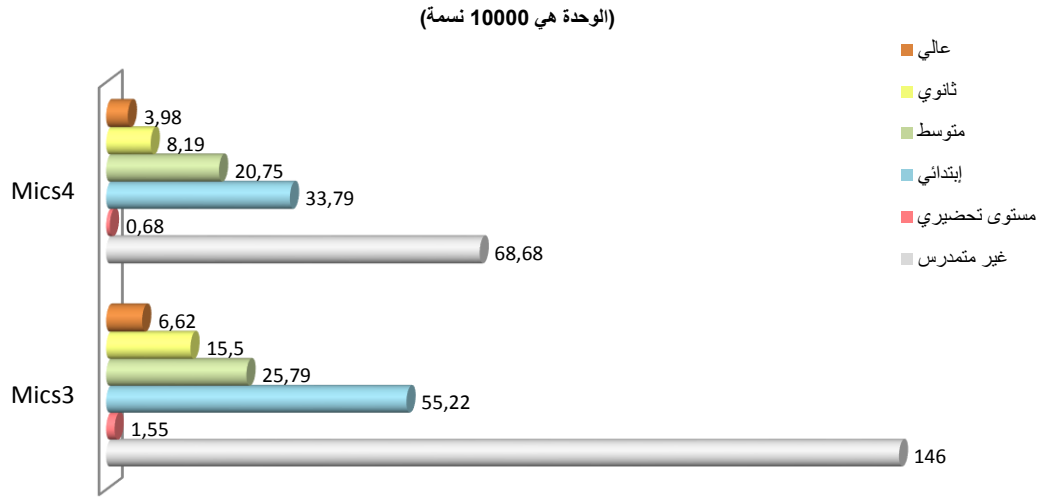
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

تبين نتائج الجدول أعلاه الحالة العائلية للأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، أين تمثل فئة الأشخاص المتزوجين ذوي الإعاقة الحصة الأسد حسب التحقيق الوطني Mics3 بمعدل 205 أشخاص في كل 10000 نسمة، غير أن الوضع يختلف حسب نتائج التحقيق الوطني Mics4 أين تحوز فئة الأشخاص العازبين ذوي الإعاقة على الحصة الكبرى بمعدل 62 شخص في كل 10000 نسمة.

4-1-4-ث معدل انتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي.

الشكل التالي يوضح معدل انتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي.

الشكل رقم 04-29 معدل إنتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي.



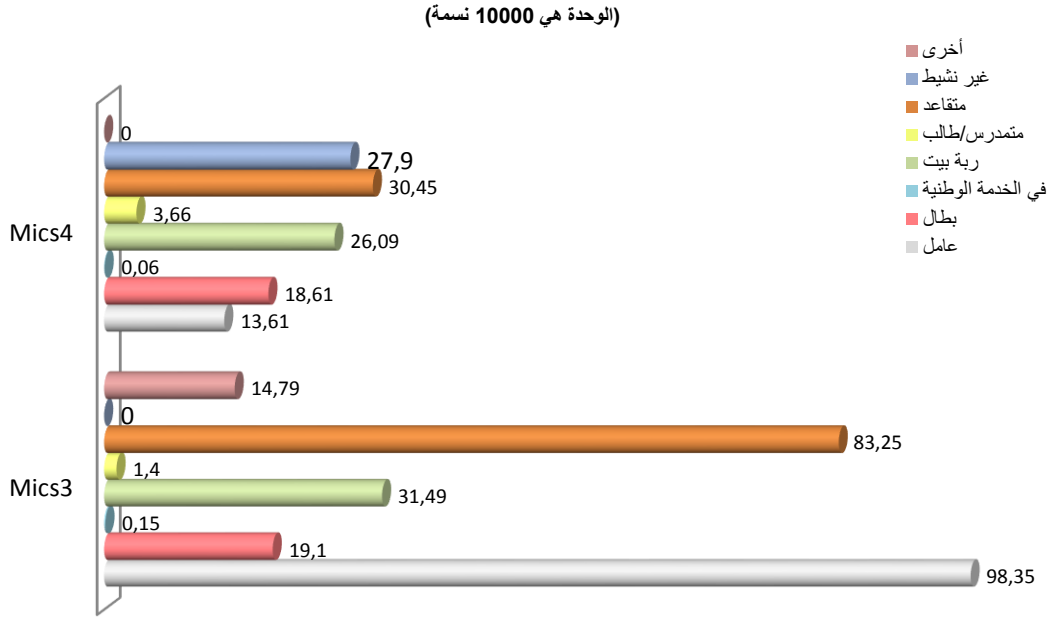
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

يوضح الشكل أعلاه معدل انتشار الإعاقة حسب المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة أين يتواجد مايقارب 4 أشخاص ذوي مستوى تعليمي العالي في كل 10000 نسمة حسب نتائج تحقيق Mics4، بينما بلغ ذات المعدل حسب تحقيق Mics3 6 أشخاص ذوي إعاقة، وحسب نتائج التحقيق الأخير تواجد 146 شخص غير متمدرس في كل 10000 نسمة، وانخفض ذات المعدل إلى 68 شخص حسب تحقيق Mics4.

4-1-4 ج معدل انتشار الإعاقة حسب الحالة الفردية.

يظهر الشكل أدناه معدل انتشار الإعاقة حسب الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة.

الشكل رقم 04-30 معدل إنتشار الإعاقة حسب الحالة الفردية.



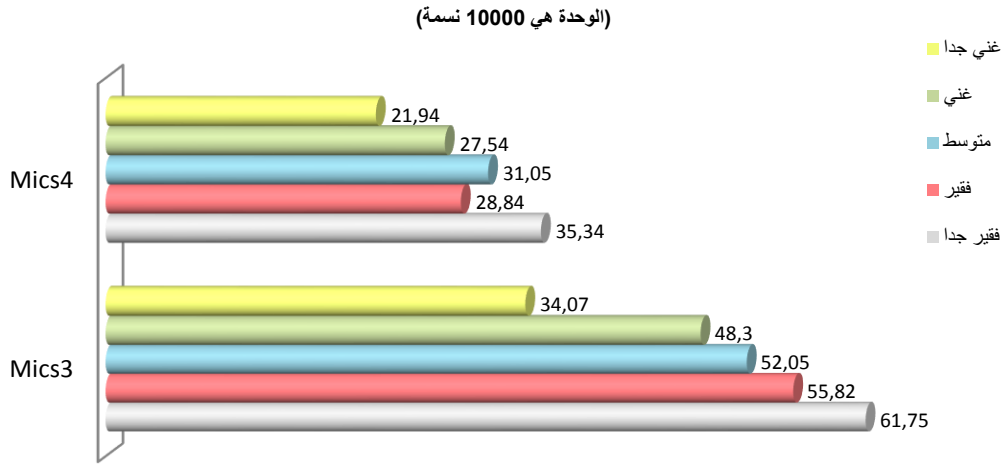
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

في كل 10000 نسمة يتواجد فقط 98 شخص ذو إعاقة يملك منصب عمل حسب تحقيق Mics3، والوضع أسوأ بكثير حسب نتائج تحقيق Mics4 أين بلغ ذات المعدل 13 شخص فقط.

4-1-4 ح معدل انتشار الإعاقة حسب مؤشر الغنى.

يبين الشكل ادناه معدل انتشار الإعاقة حسب مؤشر الغنى.

الشكل رقم 04-31 معدل إنتشار الإعاقة حسب مؤشر الغنى.



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على قاعدتي معطيات التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

بينت نتائج التحقي الوطني Mics3 ارتفاع معدل الفقر المدقع بين صفوف الأشخاص ذوي الإعاقة أين بلغ معدل الأشخاص ذوي الإعاقة الفقراء جدا 61 شخص في كل 10000 نسمة في حين انخفض ذات المعدل إلى 35 شخص حسب تحقي Mics4 غير أنه ورغم انخفاضه لازال مرتفعا.

بعد إجراء المقارنة الوصفية بين الخصائص المتعلقة بالإعاقة التي شملها كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، سيتم اختبار الفرضيات التي تم صياغتها للتحقق من مدى صدقها.

4-2 إختبار الفرضيات.

يتضمن الجزء الثاني من الفصل الرابع المعالجة الإحصائية للبيانات، أين سيتم تطبيق الإختبارات الإحصائية المناسبة من أجل الإجابة على فرضيات الدراسة.

4-2-1 إختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي تعزى إلى الخصائص العامة بالنسبة لنتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

4-2-1 أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الأولى).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

من أجل إختبار صحة الفرضية لا بد من إعادة صياغتها وفقا لما ينص عليه إختبار Test T:

H_0 : لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

H_1 : يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ فإننا نقبل الفرضية الصفرية H_0 ونرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-50 تحليل نتائج إختبار Test T للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الأولى).

Mics ₄				Mics ₃				
قيمة Sig	قيمة Test-t	قيمة المتوسط الحسابي	قيمة n	قيمة Sig	قيمة Test-t	قيمة المتوسط الحسابي	قيمة n	
0,000	10,01	2,62	1195	0.000	10.95	2.26	3347	ذكور
0,000	10,21	1,95	812	0.000	12.13	1.68	950	إناث

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بما قيمة Sig أقل من 5% حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، فإننا نرفض الفرضية الصفرية H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4، إذن يمكن قبول الفرضية الجزئية الأولى.

4-2-1-ب إختبار صحة الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الأولى).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للشخص ذوي

الإعاقة تعزى لمتغير درجة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

سيتم إختبار صحة هذه الفرضية باستخدام إختبار Test-t وبناءا عليه سيتم إعادة صياغة الفرضيات كالتالي:

H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 في المستوى التعليمي للأشخاص

ذوي الإعاقة تعزى لمتغير شدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

H_1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 في المستوى التعليمي للأشخاص

ذوي الإعاقة تعزى لمتغير شدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ فإننا نقبل الفرضية الصفرية H_0 ونرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول أدناه.

الجدول رقم 04-51 تحليل نتائج إختبار Test T للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الأولى).

Mics ₄				Mics ₃				
قيمة Sig	قيمة Test-t	قيمة المتوسط الحسابي	قيمة n	قيمة Sig	قيمة Test-t	قيمة المتوسط الحسابي	قيمة n	
0,000	9,116-	2,01	874	0,740	0,332	2,14	1689	شديدة
0,000	9,154-	2,61	1133	0,741	0,331	2,13	2608	متوسطة

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج التحقي الوطني Mics3 أن قيمة Sig تفوق 5%، بالتالي يمكن القول أن أنه

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تُعزى إلى متغير شدة

الإعاقة، أما نتائج التحقي الوطني Mics4 أظهرت عكس ذلك بناءا على قيمة Sig التي تقل عن 5%،

ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تُعزى إلى متغير شدة الإعاقة.

إذن يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثانية غير محققة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃، ومحققة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₄.

الجدول التالي يلخص نتائج الفرضية الرئيسية الأولى:

الجدول رقم 04-52 نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

النتائج		الفرضيات
محققة جزئيا		الفرضية الرئيسية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي تُعزى إلى الخصائص العامة بالنسبة لكلا التحقيين الوطنيين Mics ₃ و Mics ₄ .
Mics ₄	Mics ₃	الفرضيات الجزئية
محققة	محققة	1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تُعزى لمتغير الجنس.
محققة	غير محققة	2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للشخص ذوي الإعاقة تُعزى لمتغير درجة الإعاقة

المصدر: من إعداد الباحثة.

من خلال نتائج الجدول أعلاه يمكن اتخاذ قرار أن الفرضية الرئيسية الأولى محققة فقط حسب التحقيق الوطني Mics₄.

4-2-2 إختبار الفرضية الرئيسية الثانية.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة بالنسبة لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

4-2-2-أ إختبار الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الثانية).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة و جنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

سيتم إختبار الفرضية الفرعية الأولى بواسطة إختبار khi-deux الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والجنس حسب

التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والجنس حسب

التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ فإننا نقبل H_0 ونرفض H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-53 تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثانية).

Mics ₄			Mics ₃			
قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	
0,927	1	0,008	0,016	1	5,823	بصرية
0,000	1	25,322	0,019	1	5,544	سمعية
0,010	1	6,623	0,057	1	3,613	ذهنية
0,170	1	1,887	0,000	1	38,88	حركية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يتضح من خلال نتائج الجدول بناء على قيمة Sig ما يلي:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة البصرية والجنس حسب نتائج التحقي الوطني Mics₃ أين لم تتجاوز قيمة Sig قيمة الدلالة 0,05، بينما بينت نتائج التحقي الوطني Mics₄ أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة البصرية والجنس حيث: $Sig = 0,927$.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة السمعية والجنس حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة الذهنية والجنس حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة الحركية والجنس حسب نتائج التحقي الوطني Mics3 أين لم تتجاوز قيمة Sig قيمة الدلالة 0,05، بينما بينت نتائج التحقي الوطني Mics4 أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإصابة بالإعاقة الحركية والجنس حيث: $Sig=0,927$.
- إذن يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى للفرضية الرئيسية الثانية محققة حسب التحقي الوطني Mics3.

4-2-2-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الثانية).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

من أجل إختبار الفرضية الجزئية الثانية سيتم الإعتماد على إختبار Coefficient de contingence الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-54 تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثانية).

Mics ₄			Mics ₃			
p>0.05	P	قيمة C	p>0.05	P	قيمة C	
*	0,000	0,198	*	0,000	0,075	بصرية
*	0,005	0,070	*	0,000	0,065	سمعية
*	0,000	0,238	*	0,010	0,046	ذهنية
*	0,000	0,159	*	0,004	0,050	حركية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أنه توجد علاقة ضعيفة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

4-2-2-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الثانية).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

سيتم إختبار الفرضية الفرعية الأولى بواسطة إختبار khi-deux الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة

حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة

حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ فإننا نقبل H_0 ونرفض H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 55-04 تحليل نتائج khi-deux للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثانية).

Mics ₄			Mics ₃			
قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	
0,016	1	5,771	0,416	1	0,66	بصرية
0,003	1	8,726	0,242	1	1,369	سمعية
0,000	1	98,203	0,000	1	257,4	ذهنية
0,000	1	17,999	0,011	1	6,450	حركية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يتضح جليا من خلال نتائج الجدول:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة البصرية وشدة الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics₃، بينما توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة البصرية وشدة الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics₄.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة السمعية وشدة الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics₃، بينما توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة السمعية وشدة الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics₄.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الذهنية وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الحركية وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثالثة للفرضية الرئيسية الثانية محققة حسب نتائج التحقيق الوطني

Mics₄.

4-2-2-4- ث إختبار الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الرئيسية الثانية).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة ومحل الإقامة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

سيتم إختبار الفرضية الفرعية الأولى بواسطة إختبار khi-deux الذي ينص على:

H₀: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والجنس حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

H₁: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين نوع الإعاقة والجنس حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

إذا كانت قيمة Sig > 0.05 فإننا نقبل H₀ ونرفض H₁.

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-56 تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الثانية).

Mics ₄			Mics ₃			
قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	
0,715	1	0,133	0,001	1	10,436	بصرية
0,687	1	0,162	0,014	1	6,010	سمعية
0,627	1	0,236	0,003	1	8,670	ذهنية
0,337	1	0,923	0,636	1	0,224	حركية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال نتائج الجدول أعلاه بناء على قيمة Sig ما يلي:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة البصرية ومحل الإقامة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics₃، بينما أظهرت نتائج تحقيين Mics₄ أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة البصرية ومحل الإقامة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة السمعية ومحل الإقامة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃، في حين بينت نتائج تحقيق Mics₄ عكس ذلك أي أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة البصرية ومحل الإقامة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الذهنية ومحل الإقامة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃، غير أن نتائج تحقيق Mics₄ أظهرت عكس ذلك أي أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الذهنية ومحل الإقامة.

- لا توجد ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الحركية ومحل الإقامة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين.

إذن يمكن القول أن الفرضية الجزئية الرابعة محققة جزئياً (ماعدا بالنسبة للإعاقة الحركية) حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₃ فقط.

الجدول التالي يلخص نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:

الجدول رقم 04-57 نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الثانية.

النتائج		الفرضيات
محقة جزئيا		الفرضية الرئيسية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة بالنسبة للتحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
Mics4	Mics3	الفرضيات الجزئية
محقة جزئيا	محقة	1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
محقة	محقة	2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
محقة	محقة جزئيا	3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
غير محقة	محقة جزئيا	4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة ومحل الإقامة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

المصدر: من إعداد الباحثة.

يمكن القول عموما أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج التحقيين الوطنيين.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة والسن حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين نوع الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics4.

4-2-3 إختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية والخصائص العامة بالنسبة للتحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

4-2-3-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الثالثة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

من أجل إختبار الفرضية الجزئية الثانية سيتم الإعتماد على إختبار Coefficient de contingence الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-58 تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الثالثة).

Mics ₄			Mics ₃			
p>0.05	P	قيمة C	p>0.05	P	قيمة C	
*	0,000	0,157		0,098	0,050	بصرية
*	0,003	0,110		0,077	0,052	سمعية
*	0,000	0,327		0,090	0,051	ذهنية
*	0,000	0,142	*	0,000	0,079	حركية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين الحالة الفردية للشخص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة (ما عدا الإعاقة الحركية) حسب نتائج التحقيق

الوطني Mics₃، أما نتائج التحقيق الوطني Mics₄ أظهرت أنه توجد علاقة ضعيفة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الفردية للشخص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة.

إذن يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى للفرضية الثالثة محققة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₄.

4-2-3-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الثالثة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

من أجل إختبار الفرضية الجزئية الثانية سيتم الإعتماد على إختبار Coefficient de contingence الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-59 تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الثالثة).

Mics ₄			Mics ₃			Coefficient de contingence
p>0.05	P	قيمة C	p>0.05	P	قيمة C	
*	0,000	0,538	*	0,000	0,595	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة وهذا حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين.

ومنه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الثانية للفرضية الرئيسية الثالثة محققة.

4-2-3-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الثالثة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص

ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

من أجل إختبار الفرضية الجزئية الثانية سيتم الإعتماد على إختبار Coefficient de contingence

الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين مؤشر الغنى وجنس

الأشخاص ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص

ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 04-60 تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الثالثة).

Mics ₄			Mics ₃			Coefficient de contingence
p>0.05	P	قيمة C	p>0.05	P	قيمة C	
	0,097	0,061		0,657	0,024	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

تظهر نتائج الجدول أعلاه أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄.

ومنه يمكن اتخاذ القرار والقول أن الفرضية الجزئية الثالثة للفرضية الرئيسية الثالثة غير محققة.

الجدول التالي يلخص نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

الجدول رقم 04-61 نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.

النتائج		الفرضيات
محقة جزئيا		الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم الإقتصادي والخصائص العامة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
Mics ₄	Mics ₃	الفرضيات الجزئية
محقة	غير محقة	1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب نتائج التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
محقة	محقة	2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.
غير محقة	غير محقة	3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics3 و Mics4.

المصدر: من إعداد الباحثة.

يمكن القول أن الفرضية الرئيسية الثالثة التي تنص وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المستوى الإقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة والخصائص العامة غير محقة جزئيا حسب نتائج التحقي الوطني Mics₃ (محقة فقط وفقا للفرضية الجئية الثانية)، ومحقة جزئيا حسب نتائج التحقي الوطني Mics₄ (غير محقة وفقا للفرضية الجزئية الثالثة).

خلاصة:

أظهرت النتائج المتعلقة بكلا التحقيين الوطنيين أن واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر ليس بالجدد إطلاقاً، حيث أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة غير متمردين، كما كشفت النتائج الوصفية للتحقيق Mics₄ أن نسبة الإناث ذوات الإعاقة غير المتمردين تفوق نظيرتها بالنسبة للذكور، أفرزت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أن حوالي 2% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة يشتغلون، وهي نسبة مخجلة جداً خاصة وكون فئة الشباب مقبلة على حياة بكامل ما تترتب على الكلمة من متطلبات سواء ما يتعلق منها بتأسيس أسرة، توفير مسكن...دون أن ننسى أن لهاته الشريحة احتياجات خاصة الصحية منها التي تُعنى بالإعاقة، كما أن نسبة الإناث العاملات لا تكاد تتجاوز 1% وهذا حسب نتائج كلا التحقيين.

يمكن القول أن التحقيين الوطنيين لم يعطيا تفاصيل كثيرة توضح الواقع الذي يعيشه الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، والتي تجيب على كل التساؤلات التي شملتها الدراسة، لذلك يأتي الفصل الخامس لعرض المزيد من المعطيات حول واقع هاته الفئة.

**الفصل الخامس: دراسة تطبيقية
حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة
في الجزائر.**

تمهيد:

من أجل معرفة المزيد عن الخصائص المتعلقة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي يشملها كل من التحقيين الوطنيين، وفي إطار الإجابة على كافة تساؤلات الدراسة، تم تصميم استمارة إلكترونية تهدف إلى تسليط الضوء على: الخصائص الديموغرافية للأشخاص ذوي الإعاقة، الخصائص المرتبطة بالمستوى التعليمي، الخصائص المرتبطة بالوضع الصحية، الخصائص المتعلقة بالوضع الاقتصادية وكذا مختلف الجوانب المتعلقة بالخصائص النفسية-الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

من هذا المنطلق يأتي الفصل الخامس لمعالجة:

1- التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.

2- إختبار فرضيات الدراسة.

1-5 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.

يتضمن هذا الجزء التحليل الوصفي لجميع متغيرات الدراسة من خلال الإعتماد على أدوات التحليل الوصفي على غرار التكرارات، النسب المئوية..

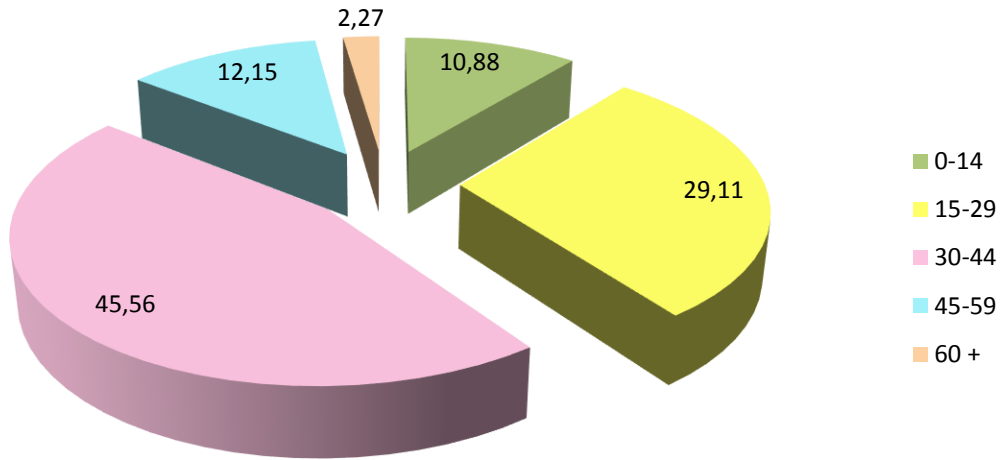
1-1-5 المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية.

يشمل هذا المحور مجموعة من المتغيرات الديموغرافية للأشخاص ذوي الإعاقة على غرار السن، الجنس، محل الإقامة، عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في الأسرة....

1-1-5-أ توزيع أفراد العينة حسب السن.

وزعت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة وفقا لمتغير السن¹ كما هو موضح حسب للشكل أدناه.

الشكل رقم 05-01 توزيع أفراد العينة حسب السن (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

شكل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 30-44 سنة الحصة الأسد من إجمالي أفراد العينة بنسبة تشارف 50% أي ما يقارب نصف أفراد العينة، تليها فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15-29 سنة بنسبة تفوق 29%، فئة الكهول بأزيد من 12%، ثم فئة الأطفال الأقل من 15 سنة بنسبة تقارب 11%، لتحتل فئة الشيوخ الأكبر من 60 سنة ذيل الترتيب بنسبة لا تكاد تتجاوز 3% من

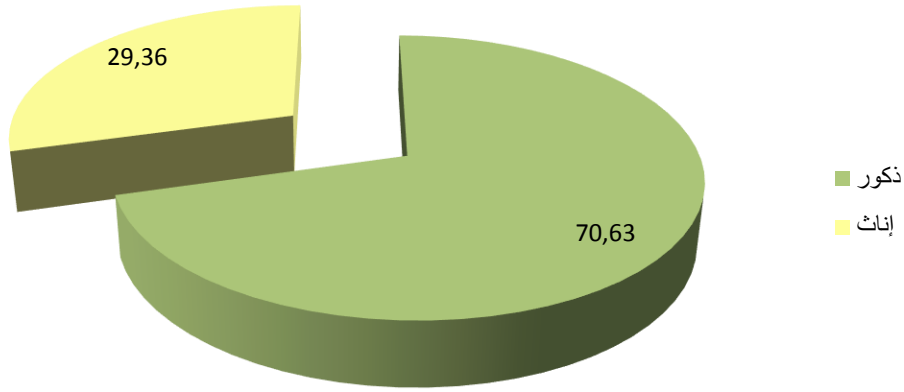
¹ بلغت نسبة إجابة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة لمتغير السن 100%.

إجمالي أفراد العينة، يمكن القول أن هذه النتائج تختلف نوعاً ما عن نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ (أنظر الفصل رقم 04) غير أن فئة الشباب ذوي الإعاقة تبقى تشكل أكبر نسبة من إجمالي الأشخاص ذوي الإعاقة.

5-1-1-ب توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

توزعت أفراد عينة الدراسة وفقاً للمتغير¹ كما هو موضح حسب الشكل أدناه.

الشكل رقم 05-02 توزيع أفراد العينة حسب الجنس (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر من 70% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة التحقيق ذكور، في حين لم تمثل نسبة الإناث سوى ما نسبته 29%.

¹ بلغت نسبة إجابة الأشخاص الذين شملتهم الدراسة حول متغير الجنس 100%.

الجدول رقم 05-01 توزيع أفراد العينة حسب كل من السن والجنس.

60 سنة+		59-45 سنة		44-30 سنة		29-15 سنة		14-0 سنة		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	العدد
0,75	3	9,62	38	33,41	132	19,49	77	7,34	29	الذكور
1,51	6	2,53	10	12,15	48	9,62	38	3,54	14	الإناث
2,27	9	12,15	48	45,56	180	29,11	115	10,88	43	المجموع

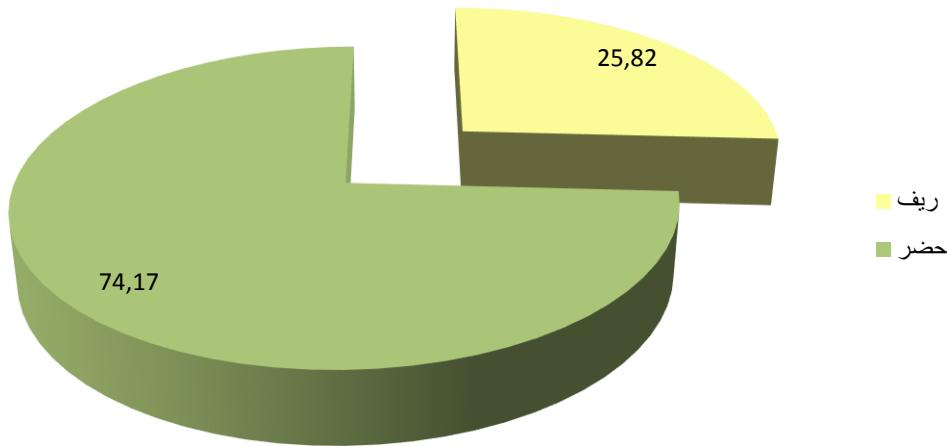
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يوضح الشكل أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب كل من السن والجنس، حيث يتضح أن نسبة الذكور ذوي الإعاقة تفوق نظيرتها بالنسبة للإناث في جميع المراحل العمرية ماعدا فئة المسنين.

5-1-1- ت توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة.

يوضح الشكل أدناه توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة¹.

الشكل رقم 05-03 توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

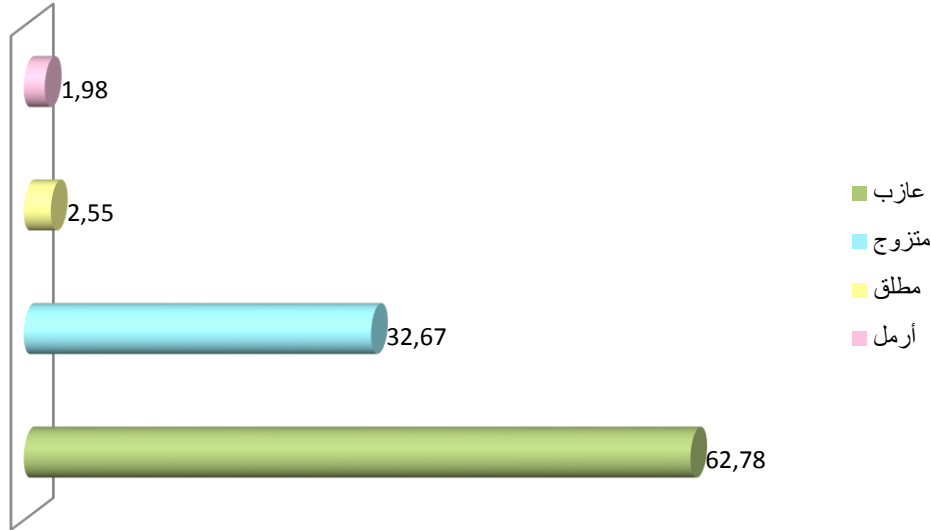
بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الساكنين في الوسط الحضري الذين شملتهم أفراد العينة أزيد 74%، في حين لم تتجاوز ذات النسبة 26% بالنسبة للقاطنين في الوسط الريفي.

¹ قدرت نسبة إجابة الأشخاص المبحوثين حول متغير محل الإقامة 100%.

5-1-1- ث توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

يتعلق هذا المتغير¹ بالأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفوق سنهم 15 سنة فقط، يوضح الشكل التالي توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

الشكل رقم 04-05 توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة غير متزوجين بنسبة تفوق 66%، أما نسبة المتزوجين فهي لا تكاد تتجاوز 30% فقط، في حين لم تتجاوز نسبة كل من الأشخاص المطلقين والأرامل 2%.

1-1-5 ج توزيع أفراد العينة حسب عدد أبنائهم.

بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين صرحوا بإنجابهم لأطفال 31 شخص من بينهم 29 شخص متزوج، شخص وحيد مطلق وآخر أرمل كما هو موضح وفقا للجدول أدناه.

¹ بلغت بلغت نسبة الإجابة حول متغير الحالة العائلية 100%.

الجدول رقم 05-02 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب عدد الاطفال.

الأشخاص ذوي الإعاقة			عدد الأطفال
أرمل	مطلق	متزوج	
6	8	87	0
1	0	4	1
0	1	12	2
0	0	12	3 أطفال فأكثر.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

إذن بينت نتائج الدراسة أن 4 أشخاص ذوي الإعاقة آباء لإبن وحيد، 12 شخص متزوج أنجب طفلان، و12 آخر أنجبوا أكثر من 3 أطفال، كما بينت النتائج أن شخص مطلق ذوي إعاقة أنجب 2 أطفال، وشخص آخر أرمل أنجب طفل واحد.

5-1-1-ح توزيع أفراد العينة حسب العمر الذي أصيبوا فيه بالإعاقة.

شمل هذا المتغير¹ جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، النتائج موضحة حسب الجدول أدناه.

الجدول رقم 05-03 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب سن الإصابة بالإعاقة.

الأشخاص ذوي الإعاقة.		
النسبة%	العدد	سن الإصابة بالإعاقة
4,55	18	لا أعرف
87,08	344	0-23 سنة.
7,34	29	24-59 سنة.
1,01	4	60 فما سنة فوق.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تم اعتماد هذا تقسيم من أجل توظيفه لمعرفة عدد الأشخاص الذين أصيبوا بالإعاقة قبل سن 23 سنة (أنظر المحور الثاني)، بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أصيبوا بالإعاقة قبل 23 سنة 87%.

1 بلغ معدل الإجابة 100%.

5-1-1-خ توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بالنسبة لرب الأسرة.

نتائج توزيع مفردات العينة حسب صلة القرابة بالنسبة لرب الأسرة¹ موضحة فيما يلي:.

الجدول رقم 04-05 توزيع أفراد العينة حسب صلة قرابتهم بالنسبة لرب الأسرة.

الأشخاص ذوي الإعاقة		
النسبة%	العدد	صلة القرابة بالنسبة لرب الأسرة
25.31	100	رب الأسرة
5.56	22	الزوج/الزوجة
3,03	12	الأب/الأم
56,7	224	الإبن(ة)
6,07	24	الأخ(ت)
3,29	13	صلة قرابة أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

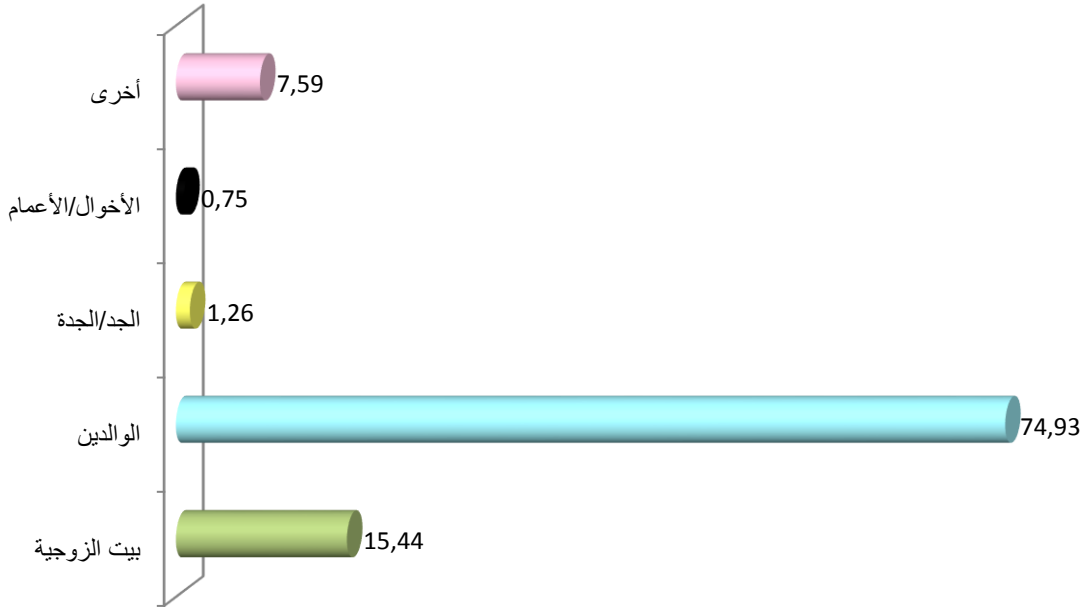
بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة تربطهم صلة بنوة بالنسبة لرب الأسرة، كما أظهرت ذات النتائج أن ربع المبحوثين يمثلون أرباب أسر، في حين لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين تربطهم صلة قرابة أخرى بالنسبة لرب الأسرة سوى 3%.

5-1-1-د توزيع أفراد العينة حسب مع من يعيشون.

النتائج المتعلقة بتوزيع مفردات العينة حسب مع من يعيشون² مبينة وفقا للشكل أدناه.

¹ بلغت بلغت نسبة عدم إجابة الأشخاص ذوي الإعاقة لمتغير صلة قرابة الشخص المعاق بالنسبة لرب الأسرة 8.35% أين بلغ عدد القيم المفقودة 33 قيمة (تم تعويض القيم المفقودة ب القيمة الموافقة للمنوال وهي الإبن).
² بلغت نسبة الإجابة 100%.

الشكل رقم 05-05 توزيع أفراد العينة حسب مع من يعيشون
(النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

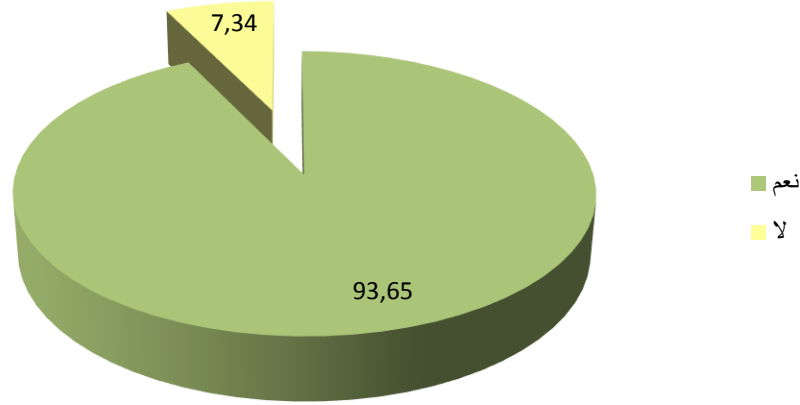
أفرزت نتائج الدراسة أن 75% من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون مع والديهم، 15% منهم يعيشون في بيت الزوجية، 1% منهم يعيشون مع الجددين.

5-1-1-ذ توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهم لبطاقة معاق.

النتائج المتعلقة بتوزيع مفردات العينة حسب امتلاكهم لبطاقة معاق¹ موضحة حسب الشكل أدناه.

¹ بلغت نسبة الإجابة 100%.

الشكل رقم 05-06 توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لبطاقة معاق (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss²².

تنتائج الدراسة أظهرت أن أكثر من 93% من الأشخاص ذوي الإعاقة يملكون بطاقة معاق، فيما لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين لا يحوزون على البطاقة¹ 7%، أما عن الأسباب التي تحول دون إمتلاكهم لبطاقة معاق فيمكن حصرها حسب تصريحاتهم في نقاط كالآتي:

- 1- لا تعطى بطاقة معاق للمصابين بالتوحد.
- 2- لا تعطى بطاقة معاق لبعض المصابين بالجلطة الدماغية.
- 3- لا تعطى بطاقة معاق لبعض الأشخاص المصابين بالشلل.
- 4- لا تعطى بطاقة معاق لبعض الأطفال الذين أصيبوا بالإعاقة بسبب إرتفاع الحمى.
- 5- تمثل بطاقة معاق وصمة لبعض الأشخاص خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من إعاقة نفسية، بحيث يفقدون أهليتهم العقلية على حد تعبيرهم "تحرق وراقيا عند الدولة"، كما يجرمون من عدة مزايا، وهو ما يجعلهم يتهربون من فكرة إمتلاك بطاقة معاق.
- 6- البعض الآخر يرى بأنه لا حاجة لامتلاكه بطاقة معاق.

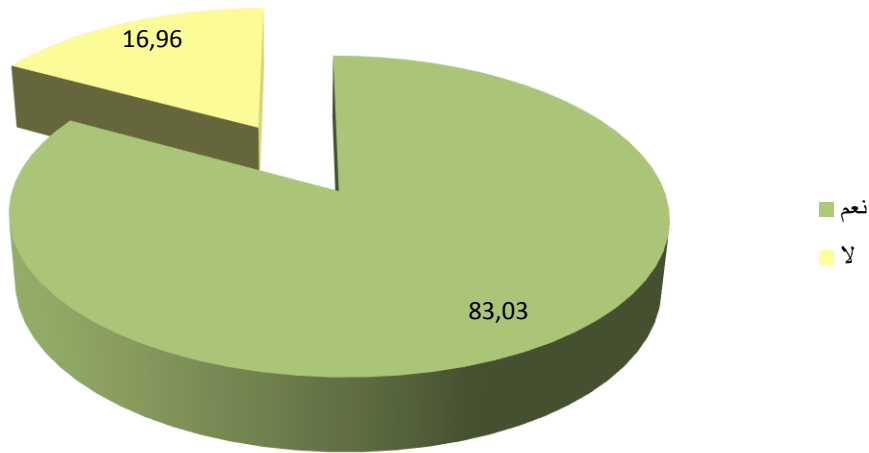
¹ بلغ عدد الأشخاص الذين لا يمتلكون بطاقة معاق 29 شخص.

7- من بين الأشخاص من قاموا بدفع الملف للحصول على بطاقة معاق ولزالوا ينتظرون بسبب الإجراءات المتشددة للحصول على البطاقة.

5-1-1- توزيع أفراد العينة حسب امتلاكهم لبطاقة الشفاء.

نتائج الأشخاص المبحوثين حسب هذا المتغير¹ موضحة حسب الشكل التالي.

الشكل رقم 05-07 توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لبطاقة الشفاء (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفرزت النتائج أن 83% من الأشخاص ذوي الإعاقة المبحوثين يمتلكون بطاقة الشفاء، في مقابل 17% تقريبا من الأشخاص لا يمتلكون البطاقة.

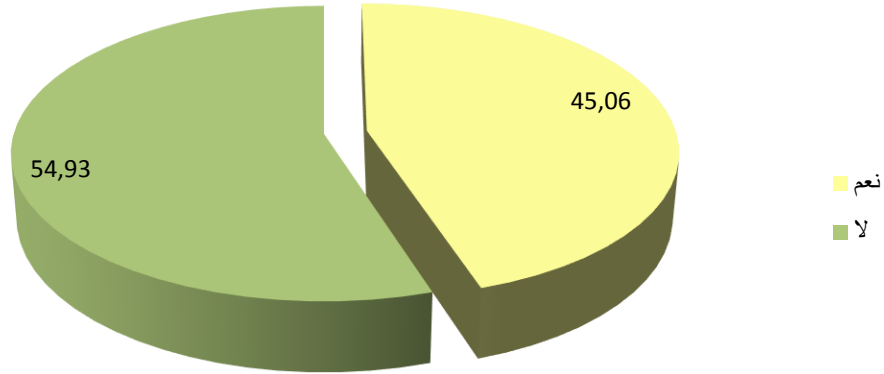
5-1-1 ز توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بين والديهم.

النتائج المتعلقة بتوزيع مفردات العينة حسب صلة القرابة بين واليهم موضحة حسب الشكل التالي:

¹ بلغت نسبة عدم إجابة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة لمتغير إمتلاك بطاقة الشفاء 0,25% (إجابة واحدة مفقودة تم تعويضها بنعم)،

الشكل رقم 05-08 توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة بين والديهم (النسبة

٪).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفرزت نتائج الدراسة عن وجود نسب متقاربة بين الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بوجود صلة قرابة بين والديهم من عدمها، حيث بلغت نسبة المجيبين بنعم ما يقارب 55% بفارق 10 نقاط مقارنة بالأشخاص الذين أجابوا بعدم وجود صلة قرابة بين والديهم.

5-1-1-س توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة

النتائج المتعلقة ب عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة¹ موضحة حسب الشكل التالي:

¹ بلغ معدل عدم إجابة المبحوثين حول هذا المتغير 3.79% (عدد القيم المفقودة 15 عوضت بمعاق وحيد في الأسرة)

الجدول رقم 05-05 توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة.

الأشخاص ذوي الإعاقة		عدد الأشخاص ذوي الإعاقة داخل الأسرة.
النسبة %	العدد	
76,45	302	1
14,17	56	2
9,36	37	3 أشخاص فأكثر.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

حسب نتائج الجدول أعلاه تبلغ نسبة الأشخاص المبحوثين الذين أفادوا بوجود شخص معاق وحيد داخل الأسرة 76%، أما نسبة الأشخاص الذين صرحوا بوجود شخصين ذوي إعاقة داخل أسرهم فبلغت 14%، في مقابل 9% منهم أدلوا بوجود أكثر من 3 أشخاص ذوي إعاقة داخل أسرهم.

5-1-2 المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص التعليمية.

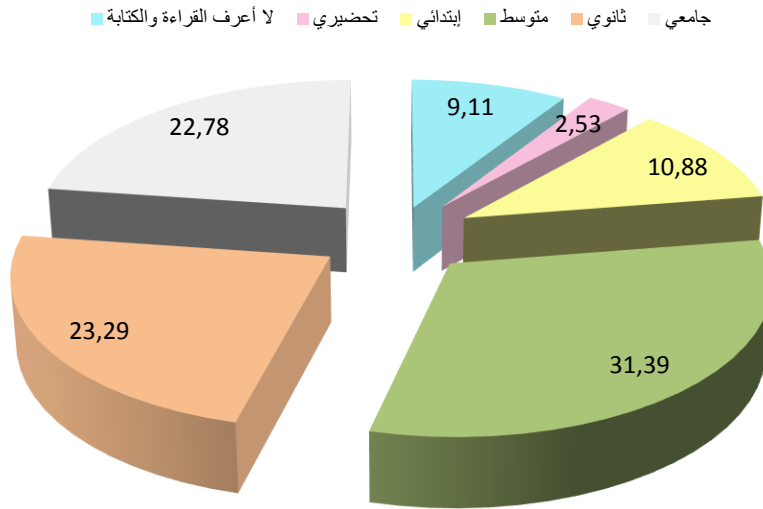
يشمل المحور الثاني الخصائص التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة على غرار المستوى التعليمي، نوع القسم الذي تابع فيه المبحوث دراسته، الصعوبات التي واجهها المبحوث خلال مساره الدراسي بالإضافة إلى خصائص أخرى

5-1-2 أ توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي.

نتائج توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي¹ موضحة حسب الشكل التالي.

¹ بلغت نسبة إجابة المبحوثين فيما يخص متغير المستوى التعليمي 100%.

الشكل رقم 05-09 توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

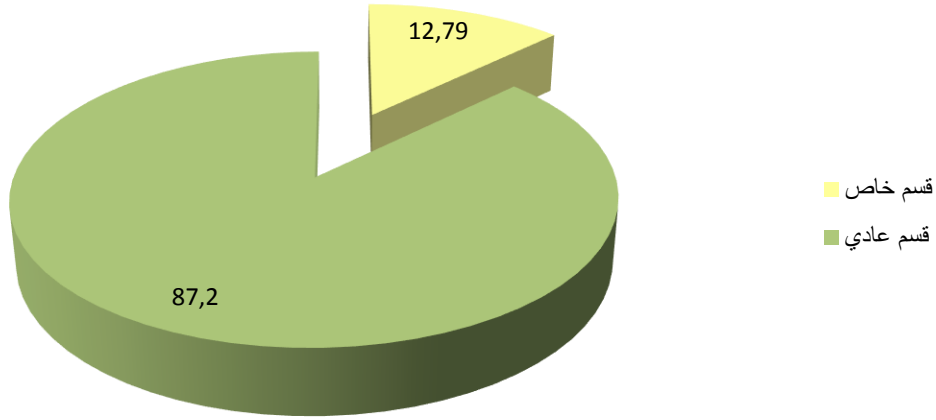
يتبين من خلال نتائج الدراسة أن أكثر من 31% من الأشخاص المبحوثين ذوي مستوى تعليمي متوسط وهي تمثل الحصة الأسد من بين باقي المستويات، تليها فئة الأشخاص ذوي المستوى الثانوي بفارق 8 نقاط، فالأشخاص ذوي المستوى الجامعي، فيما تشكل فئة الأشخاص اللذين لا يجيدون القراءة والكتابة مانسبته 9% من إجمالي عينة الدراسة.

5-1-2-ب توزيع أفراد العينة حسب القسم الذي يتابعون فيه دراستهم.

الشكل أدناه يوضح توزيع أفراد العينة حسب القسم الذي يتابعون على مستواه دراستهم¹.

¹ ممن بين إجمالي أفراد العينة التي بلغ عددها 395، بلغ عدد الأشخاص الذين تلقوا تعليمهم الدراسي وهم يعانون من الإعاقة 344 شخص حيث تم استثناء الأشخاص الذين أصيبوا بالإعاقة بعد سن 23 سنة والذين بلغ عددهم 51 شخص، من بينهم 34 شخص لم يتعلموا نهائياً، تم بناء هذا المتغير بالإعتماد على العمر الذي أصيب به المبحوث بالإعاقة، أين تم احتساب إجابات المبحوثين الذين أصيبوا بالإعاقة قبل سن 23 سنة فقط (على اعتبار أنه سن التخرج من الطور الجامعي).

الشكل رقم 05-10 توزيع أفراد العينة حسب قسم الدراسة (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

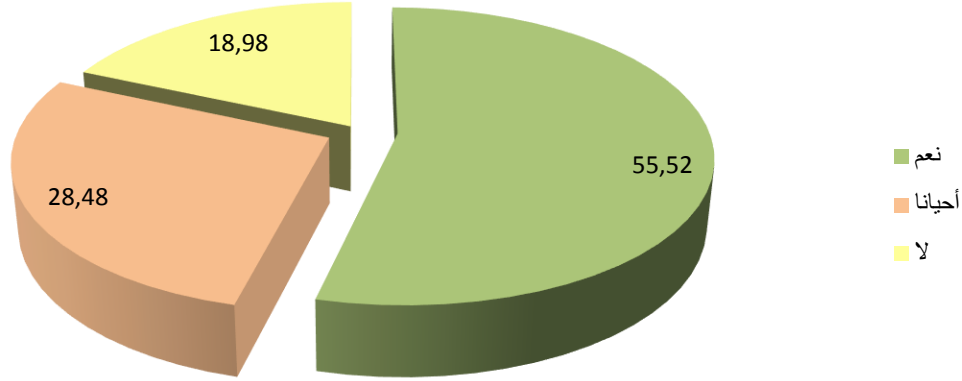
حسب نتائج الدراسة إتضح أن 12% من الأشخاص ذوي الإعاقة تلقوا تعليمهم في قسم خاص أما بقية المبحوثين فقد تلقوا تعليمهم في أقسام عادية.

5-1-2-توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.

النتائج المتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي¹ موضحة حسب الشكل التالي:

¹ يتعلق هذا المتغير هو الآخر فقط بالأشخاص ذوي الإعاقة الذين زاولوا مقاعد الدراسة وهم يعانون من الإعاقة والذين يبلغ عددهم 344 شخص، أين تم استجوابهم فيما إن تعرضوا لصعوبات خلال مسارهم الدراسي أم لا.

الشكل رقم 05-11 توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أعرب ما يقارب 56% من الأشخاص ذوي الإعاقة عن مواجهتهم لصعوبات خلال مسارهم الدراسي وهي نسبة تفوق نصف المبحوثين، في حين أجاب 28% منهم عن مواجهتهم للصعوبات في بعض الأحيان، فيما نفى ما نسبته 19% من المبحوثين عن أي صعوبات واجهتهم خلال فترة دراستهم.

5-1-2- توزيع أفراد العينة حسب مصدر الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.

لمعرفة تفاصيل أكثر حول الصعوبات التي واجهت الأشخاص ذوي الإعاقة خلال فترة الدراسة¹، تم سؤالهم عن مصدر الصعوبات التي واجهتهم والنتائج موضحة وفقا للجدول أدناه.

¹ قدر عدد الأشخاص الذين تعرضوا لصعوبات خلال مسارهم الدراسي بـ 191 شخص

الجدول رقم 05-06 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر الصعوبات التي واجهتهم خلال مسارهم الدراسي.

الأشخاص ذوي الإعاقة		مصدر الصعوبات
العدد	النسبة %	
28	14,65	-التنقل
14	7,32	-صعوبات مادية
08	4,18	-معاملة المعلمين
4	2,09	-التلاميذ
6	3,14	-الإداريين
18	9,42	-التنقل+صعوبات مادية
101	52,87	-أكثر من مصدر.
12	6,28	-مصدر آخر (غير محدد).

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج الجدول أن ما يقارب 15% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين واجهتهم صعوبات خلال مسارهم الدراسي كانت بسبب التنقل، 7% منهم كان مصدر الصعوبات التي واجهتهم مادية، وبما أن الأشخاص المبحوثين كان بإمكانهم الإجابة على أكثر من خيار في حالة ما إذا واجههم أكثر من مصدر* من الصعوبات المقترحة، فقد أعرب من 9% من المبحوثين بأنهم عانوا من مشاكل التنقل وكذا الظروف المادية السيئة، كما أفاد أكثر من 53% من الأشخاص بأنهم عانوا من أكثر من مصدر (أغلبتهم بسبب التنقل-صعوبات مادية-المصادر الأخرى)، أما الأشخاص ذوي الإعاقة الذين صادفهم مصدر آخر غير محدد من الصعوبات فبلغت نسبتهم حوالي 7%.

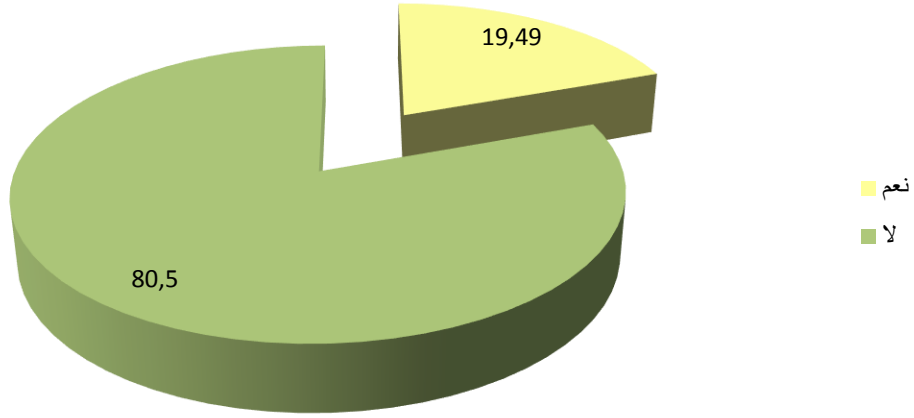
5-1-2 ج توزيع أفراد العينة حسب التكوين في مركز لتأهيل المعاقين.

النتائج المتعلقة بتوزيع أفراد العينة حسب تكوينهم في مركز للتأهيل¹ موضحة من خلال الشكل أدناه.

* تم سؤال المبحوثين الذين واجهوا صعوبات خلال مسارهم الدراسي حول مصدر الصعوبات، بالنسبة للأشخاص الذين أجابوا على أكثر من مصدر تم إدخال كل الإقتراحات في قاعدة معطيات برنامج Spss22 على سبيل المثال: النقل+صعوبات مادية، النقل+صعوبات مادية+معلمة المعلمين...

¹ بلغت نسبة إجابة المبحوثين حول ما إذا خضعوا للتكوين في مركز لتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة 100%.

الشكل رقم 05-12 توزيع أفراد العينة حسب التكوين في مركز لتأهيل المعاقين
(النسبة %).



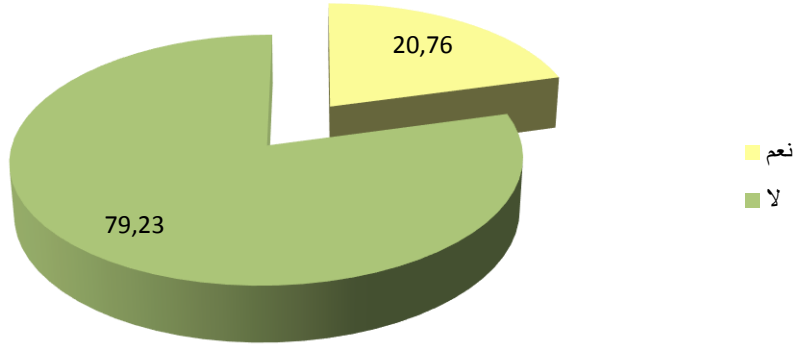
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة الذين خضعوا للتكوين في مراكز لتأهيل المعاقين 19%، أما بقية الأشخاص المبحوثين فلم يخضعوا لأي تكوين خاص.

5-1-2 ح توزيع أفراد العينة حسب تكييف المؤسسة التعليمية وفقا لإحتياجاتهم.

تم سؤال المبحوثين الذين درسوا وهم يعانون من الإعاقة فيما إذا كانت المؤسسة التي زاولوا دراستهم بها مجهزة ومكيفة بما يتوافق ونوع إعاقاتهم (يتعلق السؤال بالأشخاص المتعلمين فقط)، النتائج موضحة حسب الشكل أدناه.

الشكل رقم 05-13 توزيع أفراد العينة حسب تكييف المؤسسة التعليمية التي درسوا فيها وفقا لإحتياجاتهم (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

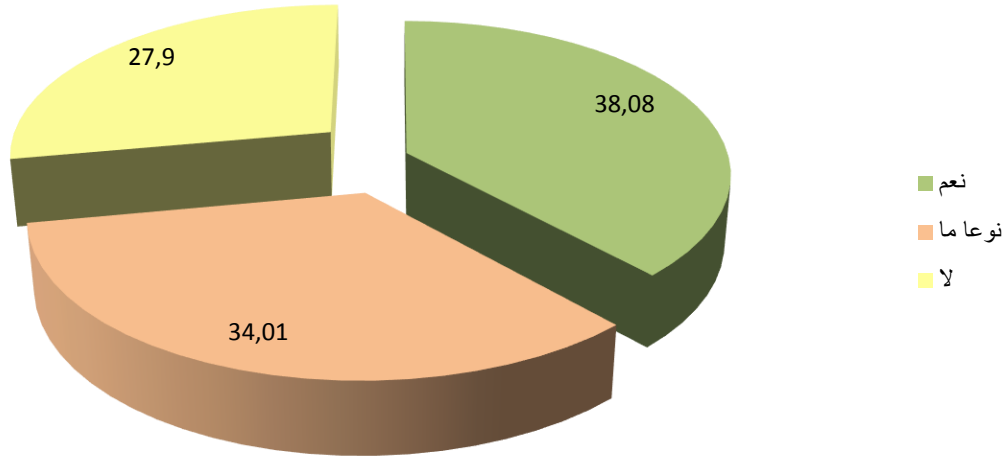
فاقت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بعدم تجهيز المؤسسة التعليمية التي تعلموا بها ثلاثة أرباع المبحوثين، حيث بلغت أكثر من 79%، في حين أجابت ما نسبته 21% فقط منهم بتجهيز المؤسسة حسب إحتياجاتهم.

5-1-2- خ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي.

يظهر الشكل أدناه بتوزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي¹.

¹ تتعلق النتائج المعروضة أدناه فقط بالأشخاص ذوي الإعاقة الذين درسوا وهم يعانون من الإعاقة والذين بلغ عددهم 344 شخص، حيث لا يشمل الأشخاص الذين أصيبوا بالإعاقة بعد إكمالهم للأطوار التعليمية الأربعة.

الشكل رقم 05-14 توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

حسب النتائج الظاهرة من خلال الشكل أعلاه تبين أن 38% من الأشخاص ذوي الإعاقة إعتبروا أن الإصابة بالإعاقة أثرت على تحصيلهم العلمي، في مقابل 28% إعتبروا أن الإعاقة لم تؤثر على تحصيلهم الدراسي.

3-1-5 المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الصحية.

يتضمن المحور الثالث مختلف الخصائص المتعلقة بالوضع الصحية للأشخاص المبحوثين على غرار: نوع الإعاقة، درجتها، سببها، إستهلاك الأدوية المرتبطة بالإعاقة، إجراء الفحوصات بالإضافة إلى خصائص أخرى.

5-1-3-أ توزيع أفراد العينة حسب نوع إعاقاتهم.

شمل هذا المتغير 6 إقتراحات تمثلت في: إعاقة بصرية، سمعية، ذهنية، نفسية، حركية وإعاقة أخرى غير محددة، غير أن المبحوثين الذين يعانون من أكثر من نوع من الإعاقة كان بإمكانهم الإجابة على أكثر من خيار، لذلك سيتم عرض النتائج المتعلقة بنوع الإعاقة حسب طريقتين، تشمل الطريقة الأولى إجابات المبحوثين مع احتساب التكرارات وهي الطريقة التي تم اعتمادها حسب تقرير التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄، أما الثانية وهي الأكثر دقة أين يتم خلالها إحتساب الإجابات دون تكرار، النتائج المعروضة من خلال الجدول أدناه تتعلق بإجابات المبحوثين مع احتساب التكرارات*.

الجدول رقم 05-07 توزيع أفراد العينة حسب نوع إعاقاتهم (مع إحتساب التكرارات).

الأشخاص ذوي الإعاقة		نوع الإعاقة
النسبة %	العدد	
14,17	56	بصرية
8,86	35	سمعية
13,16	52	ذهنية
4,55	18	نفسية
68,86	272	حركية
5,82	23	نوع آخر (غير محدد)

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يتبين أن من خلال نتائج الجدول أن إجمالي أفراد العينة يبلغ 456 شخص وهو رقم غير صحيح لأن العدد الفعلي لأفراد العينة بلغ 395 شخص، كما تم الإشارة إليه سابقا يرجع هذا التضخم إلى احتساب الشخص الذي يعاني من أكثر من نوع من الإعاقة عدة مرات (نسبة الأشخاص حسب نوع إعاقاتهم تم حسابها بالقسمة على العدد الفعلي لأفراد العينة 395 لذلك يفوق مجموع النسب 100%).

* تم إدخال قيم كل إعاقة على حدى أي أن كل نوع من أنواع الإعاقة يتم إدخاله في برنامج Spss كما يلي: إعاقة بصرية: نعم أو لا، إعاقة سمعية: نعم أو لا، وهكذا بالنسبة لباقي الأنواع، غير أنه يمكن القول أن حسب هذه الطريقة يكون إجمالي عدد أفراد العينة مضخم نوعا ما، أين يتم إحتساب إجابة الشخص الذي يعاني من أكثر من نوع واحد من الإعاقة أكثر من مرة.

الجدول رقم 05-08 توزيع افراد العينة حسب نوع إعاقتهم (بدون تكرار).

الأشخاص ذوي الإعاقة.		
النسبة %	العدد.	نوع الإعاقة.
12,15	48	بصرية.
4,81	19	سمعية.
8,35	33	ذهنية.
0,5	2	نفسية.
60,75	240	حركية.
2,78	11	نوع آخر (غير محدد).
0,25	1	ذهنية-نفسية.
1,51	6	حركية-نوع آخر
1,01	4	سمعية-حركية
1,01	4	نفسية-حركية
0,5	2	سمعية-ذهنية
0,75	3	بصرية-حركية
0,25	1	ذهنية-نوع آخر
0,75	3	سمعية-نوع آخر
1,01	4	ذهنية-حركية
0,25	1	بصرية-نفسية-حركية
0,25	1	بصرية-سمعية-حركية
0,25	1	بصرية-ذهنية-حركية
0,25	1	بصرية-حركية-نوع آخر
1,01	4	ذهنية-نفسية-حركية
0,25	1	سمعية-نفسية-نوع آخر
0,5	2	سمعية-حركية-نوع آخر
0,25	1	ذهنية-نفسية-نوع آخر
0,25	1	بصرية-سمعية-ذهنية-حركية
0,25	1	بصرية-ذهنية-نفسية-حركية-نوع آخر

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يوضح الجدول أعلاه أن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الحركية يشغلون الحصة الأسد بالنسبة لإجمالي العينة بنسبة تفوق 60%، تليها نسبة الباحثين الذين يعانون من الإعاقة البصرية بنسبة 12%، الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية بنسبة 8%، الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية تقارب نسبتهم 5%، فالأشخاص الذين يعانون من إعاقات أخرى غير محددة بنسبة تقارب 3%، فيما لا تتجاوز نسبة الأشخاص

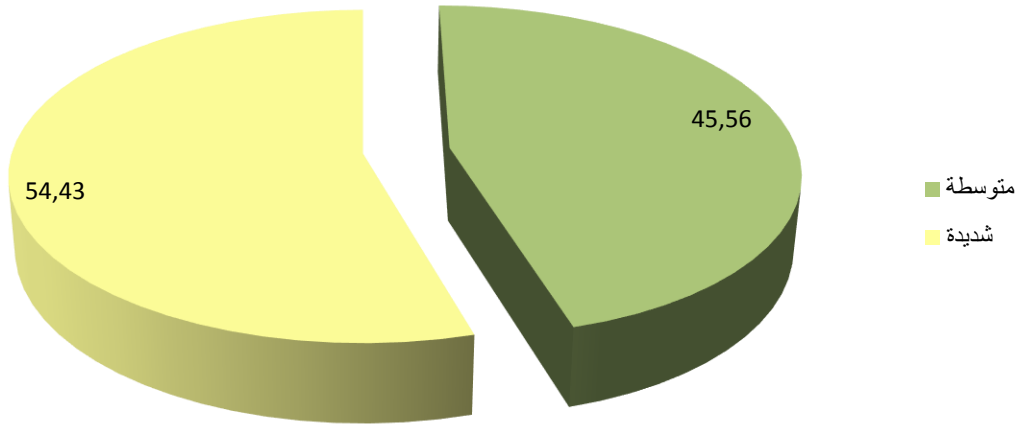
الذين يعانون من إعاقة نفسية 1%، أما الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من أكثر من نوع من الإعاقة¹ فقد بلغت نسبتهم أكثر من 10%، تعتبر نتائج هذه الطريقة رغم صعوبتها أكثر دقة مقارنة بسابقتها.

5-1-3-ب توزيع أفراد العينة حسب درجة إعاقتهم.

النتائج موضحة وفقا للشكل أدناه².

الشكل رقم 05-15 توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على تحصيلهم العلمي

(النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة الأشخاص المبحوثين الذين يعانون من إعاقة شديدة الخطورة 54%، في حين بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة متوسطة الخطورة ما يقارب 46%.

5-1-3-ت توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم.

نتائج الدراسة موضحة من خلال الجدول أدناه³.

¹ بلغ عددهم 42 شخص.

² بلغت نسبة إجابة المبحوثين فيما يخص تحديد درجة أو شدة إعاقتهم 100%،

³ قدرت نسبة إجابة الأشخاص ذوي الإعاقة حول سبب إعاقتهم 100%.

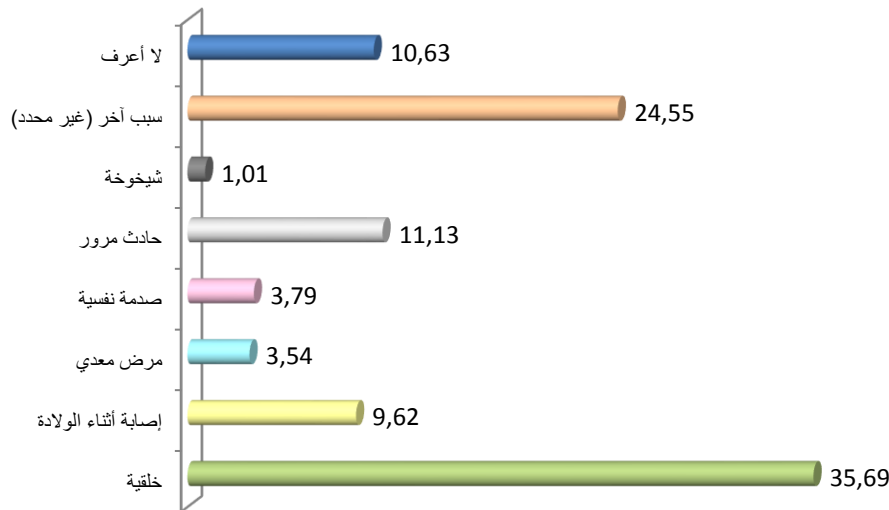
الجدول رقم 05-09 توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم.

الأشخاص ذوي الإعاقة		
النسبة%	العدد	سبب الإعاقة.
35,69	141	خلقية.
9,62	38	إصابة أثناء الولادة.
3,54	14	مرض معدي.
3,79	15	صدمة نفسية.
11,13	44	حادث مرور.
1,01	4	شيخوخة.
24,55	42	سبب آخر (غير محدد).
10,63	97	لا أعرف.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يمكن توضيح هذه القيم عبر الشكل التالي:

الشكل رقم 05-16 توزيع أفراد العينة حسب سبب إعاقتهم (النسبة %).



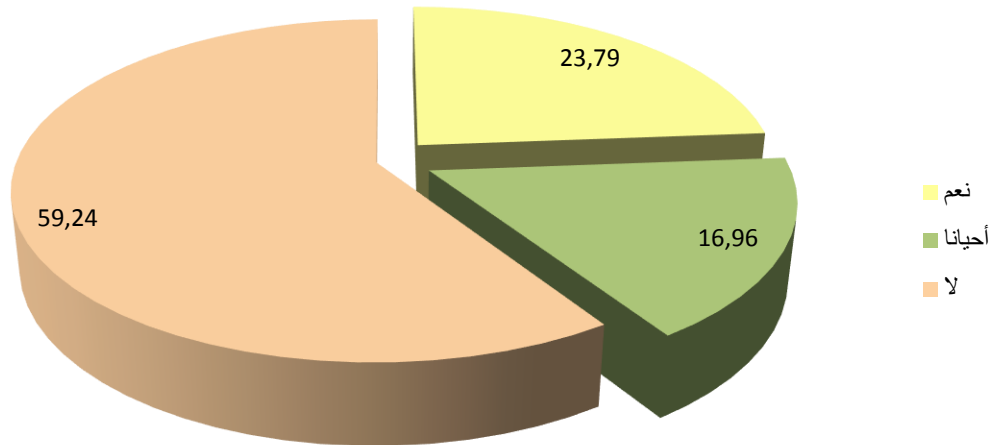
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفاد ما نسبته أزيد من 35% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة أن سبب إصابتهم بالإعاقة كان خلقياً، في حين كان سبب إعاقة ما يقارب 25% من المبحوثين يرجع إلى عوامل وأسباب أخرى غير محددة (كالحمى، إرتفاع ضغط الدم...)، تليهما فئة الأشخاص ذوي الإعاقة بسبب حوادث المرور بنسبة 11%، فيما تبقى الشيخوخة لا تتسبب بالإعاقة سوى بنسبة 1%.

5-1-3-ث توزيع أفراد العينة حسب إستهلاكهم لنوع معين من الأدوية التي تخص إعاقتهم.

نتائج إجابات المبحوثين¹ معروضة وفقا للشكل التالي:

الشكل رقم 05-17 توزيع أفراد العينة حسب إستهلاكهم لنوع معين من الأدوية التي تخص إعاقتهم. (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح حسب نتائج الشكل أعلاه أن أكثر من نصف الأشخاص المبحوثين لا يستهلكون أي نوع من الأدوية التي تتعلق بإعاقتهم، فيما لا تزيد نسبة المبحوثين الذين يستهلكون أدوية تتعلق بالإعاقة بانتظام عن ما يقارب 24% فقط، أما بقية الأشخاص فهم يستهلكون أدويتهم ولكن بانقطاع.

5-1-3-ج توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي تواجههم لشراء الأدوية.

النتائج² موضحة خلال الجدول أدناه.

¹ بلغت نسبة إجابة الأشخاص المبحوثين لهذا المتغير 100%.
² بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة الذين يتعاطون أدوية تتعلق بإعاقتهم بانتظام 94 شخص، كما بلغ عدد الأشخاص الذين صرحوا بتناولهم الأدوية بانقطاع (أحيانا) 67 شخص، تم سؤالهم فيما إذا كانوا يواجهون صعوبات لشراء الأدوية.

الجدول رقم 05-10 توزيع الأشخاص الذين يستهلكون أدوية تتعلق بالإعاقة حسب الصعوبات التي تواجههم لشراءها (النسبة %).

هل تواجهك صعوبات لشراء الأدوية؟						
لا		أحيانا		نعم		إستهلاك الأدوية التي تخص الإعاقة
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
19	20,21	29	30,85	46	48,93	نعم
22	32,83	21	31,34	24	35,82	أحيانا

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستهلكون أدوية تتعلق بإعاقتهم ويواجهون صعوبات لشراءها ما يقارب 49% (100*94/46)، في مقابل 20% أعربوا عن عدم مواجهتهم لأي صعوبات.

5-1-3 ح نوع الصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة لشراء الأدوية.

أعرب الأشخاص الذين شملتهم الدراسة والذين يستهلكون أدوية عن عدة صعوبات تواجههم لاقتنائها يمكن ذكرها في النقاط التالية:

- ارتفاع أسعار الأدوية التي تُعنى ببعض الإعاقات والتي لا يتم تعويضها من قبل صندوق الضمان الإجتماعي، حيث أن إستهلاكها لا بد أن يتم بشكل منتظم وهم ما يدفع بالأشخاص المعنيين إلى عدم إستهلاكها مما يزيد من تفاقم الحالة الصحية للمعنيين، فبالنسبة للمعاقين بصريا صرح أغلبيتهم أن بعض الأدوية لا يمكن التعويض عليها إلا مرتين في ظرف 3 أشهر وهي جد غالية والتفريط في استهلاكها يؤدي إلى فقدان البقايا البصرية فتتحول الإعاقة البصرية الجزئية التي كانوا يعانون منها بمرور الوقت إلى عمى تام.
- عدم إمتلاك بعض الأشخاص لبطاقة الشفاء (بعض المبحوثين كان سبب عدم إمتلاكهم للبطاقة هو طلاق الوالدين بحيث تكون البطاقة ملكا للوالد، فالنزاع بين الوالدين يؤدي إلى حرمان الأبناء من الإستفادة من مزايا البطاقة)، والبعض الآخر يملك البطاقة بنسبة محددة وهو ما يحول دون شرائهم للأدوية، بالإضافة إلى عدم الإتفاق بين الطبيب المختص وطبيب صندوق التضامن، حيث يقرر الأول نوع وجرعة الدواء الذي يناسب الشخص ذوي الإعاقة فيما يحوله الثاني آليا إلى القائمة السوداء، فلا يتسنى له الإستفادة من مزايا بطاقة الشفاء وهو حال العديد من المعنيين.
- توفر بعض الأدوية في الجزائر لكنها جنيصة أي غير أصلية، واستهلاكها ليس له فاعلية تقريبا للتقليل من شدة الإعاقة.

- عدم توفر بعض الأدوية إطلاقاً على المستوى المحلي وجلبها من الخارج يبقى مقتصرًا على ذوي الدخل العالي وبالعملة الصعبة على غرار أجهزة تنظيم ضربات القلب، دواء Rivotril الصرع، Escarre قرحة الفراش...

- التأخر المستمر في دفع منح الأشخاص ذوي الإعاقة يحول دون شرائهم المنتظم للأدوية.

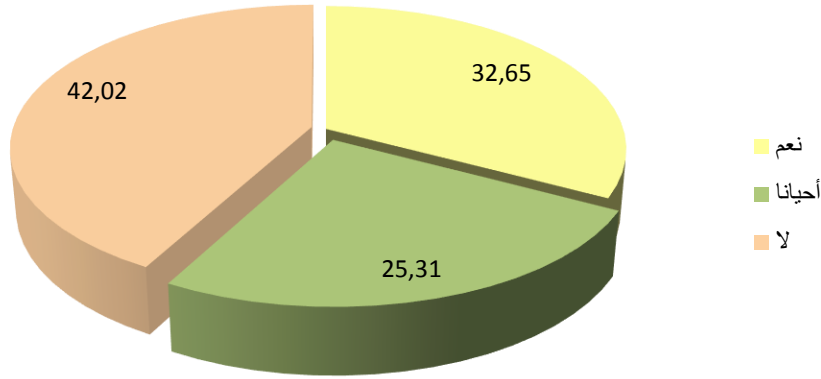
- مشاكل التنقل والظروف المادية تحول دون إستهلاك بعض ساكني الريف بل حتى ساكني المدن الداخلية للأدوية المناسبة على غرار الأشخاص الذين يعانون من إعاقات حركية بسبب تضرر النخاع الشوكي.

- عدم إستفادة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية من برامج التأهيل الوظيفي بسبب الظروف المادية وكذا بسبب البعد وعدم القدرة على التنقل.

5-1-3-خ توزيع أفراد العينة حسب إجراءاتهم للفحوصات والتحاليل.

الشكل أدناه يوضح النتائج¹ المتوصل إليها.

الشكل رقم 05-18 توزيع أفراد العينة حسب إجراءاتهم للتحاليل والفحوصات التي تتعلق بإعاقاتهم. (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

¹ بلغت نسبة إجابة الأشخاص ذوي الإعاقة حول سؤالهم إن كانوا يقومون بإجراء فحوصات دورية تتعلق بإعاقاتهم 100%.

أعرب ما نسبته 42% من الأشخاص الذين شملتهم عينة الدراسة عن عدم إجرائهم لأي فحوصات وتحاليل تتعلق بنوع إعاقته، فيما يجري حوالي 33% فقط من المبحوثين فحوصات وتحاليل بشكل دوري، أما بقية الأشخاص أفادوا بإجرائهم للفحوصات بشكل غير منتظم.

5-1-3-د توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي تواجههم لإجراء الفحوصات والتحاليل.

النتائج¹ موضحة وفقا للشكل التالي:

الجدول رقم 05-11 توزيع الأشخاص الذين يجرون فحوصات وتحاليل تتعلق

بالإعاقة حسب الصعوبات التي تواجههم لإجرائها (النسبة %).

هل تواجهك صعوبات لإجراء الفحوصات؟						
لا		أحيانا		نعم		إجراء الفحوصات التي تتعلق بالإعاقة
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
58	44,96	47	36,43	24	18,60	نعم
32	32	50	50	18	18	أحيانا

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS22.

بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يجرون فحوصات وتحاليل تتعلق بإعاقتهم ويواجهون صعوبات لإجرائها مايقارب 45% (100*128/58)، في مقابل 19% أعربوا عن عدم مواجهتهم لأي صعوبات لإجراء الفحوصات والتحاليل.

5-1-3-ذ نوع الصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة لإجراء الفحوصات والتحاليل.

صرح الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة والذين يجرون فحوصات وتحاليل بشكل دوري عن مجموعة من الصعوبات التي تواجههم خلال إجرائها، تتعلق في مجملها بـ:

- مشاكل تتعلق بالتنقل حيث أن أغلبية المبحوثين يشكون من بُعد مراكز إجراء الفحوصات عن محل إقامتهم، بل يضطر البعض منهم إلى السفر إلى العاصمة لإجراء الفحوصات أو التحاليل..

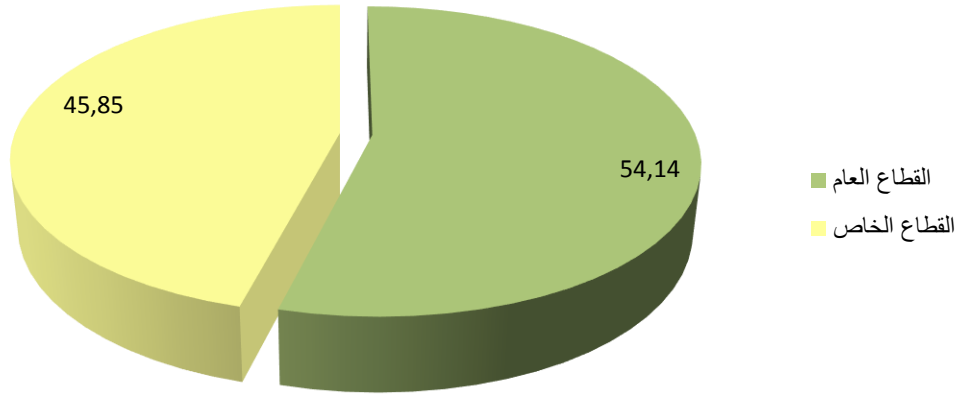
¹ تم سؤال الأشخاص الذين يجرون فحوصات وتحاليل تتعلق بنوع إعاقتهم (بلغ عدد المجيبين بنعم 129 شخص بينما أجاب 100 شخص بإجرائهم للفحوصات ولكن أحيانا)، فيما إذا كانت تصادفهم صعوبات لإجرائها.

- التهيئة العمرانية غير المناسبة وتصميم البنية التحتية للمستشفيات والمخابر لا يسهل من عملية ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة حيث يضطرون إلى الصعود إلى طوابق علوية من أجل إجراء الفحوصات، وهو ما يجعلهم يحسون بالإحراج أثناء طلب مساعدة الآخرين بشكل متكرر.
- غلاء أسعار الفحوصات والتحاليل وانعدام بعض أنواع التحاليل على مستوى الجزائر.
- عدم توفر الأجهزة الطبية والوسائل المتطورة لتشخيص ومتابعة بعض الأمراض النادرة.
- تأخر دائم في برمجة مواعيد إجراء التحاليل والفحوصات خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يتابعون حالتهم الصحية على مستوى القطاع العام.
- إجراء الفحوصات والتحاليل في القطاع العام فقط للأشخاص الذين لديهم محسوبة "المعرفة".
- عدم تطبيق حق أولوية الأشخاص ذوي الإعاقة في الإستفادة من الخدمات الصحية، حيث يضطر المعنيون للانتظار فترات طويلة من أجل إجراء الفحوصات أو التحاليل.
- تماطل الأطباء وتعاملهم السطحي مع المرضى يجعلهم يحسون باللامبالاة فيمتنعون عن المتابعة الطبية.
- نقص المستوى العلمي للأطباء وقلة خبرتهم في التعامل مع بعض الحالات مثل إعادة التأهيل الطبيعي.
- قلة مراكز متابعة بعض الأمراض مثل التوحد وغلاء سعر التكفل بهم.

5-1-3-ر توزيع أفراد العينة حسب القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المرتبطة بالإعاقة.

شمل هذا المتغير الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يجرون فحوصات وتحاليل تتعلق بإعاقتهم سواءا بشكل منتظم أو متقطع (الذين كانت إجابتهم نعم وأحيانا)، والذين بلغ عددهم 229 شخص، أما 166 شخص فقد أجابوا بعدم تلقيهم أي متابعة طبية تتعلق بإعاقتهم، النتائج موضحة وفقا للشكل أدناه.

الشكل رقم 05-19 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب القطاع الذي يتابعون فيه حالتهم الصحية المرتبطة بالإعاقة (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتابع ما نسبته 54% من الأشخاص ذوي الإعاقة حالتهم الصحية في القطاع العام، أما 46% منهم فيتابعون حالتهم الصحية على مستوى القطاع الخاص.

5-1-3- توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.

بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين صرحوا بأنهم لا يتابعون إطلاقاً حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة على مستوى أي قطاع صحي 166 شخص، أما بقية الأشخاص الذين شملتهم عينة الدراسة فتصريحاتهم كانت كما هو موضح وفقاً للجدول أدناه.

الجدول رقم 05-12 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة (النسبة %).

رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.					
القطاع الذي يتابع الأشخاص ذوي الإعاقة على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.	نعم		أحيانا		لا
	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	النسبة%
القطاع العام.	16	12,59	66	51,96	35,43
القطاع الخاص.	22	22,56	53	51,96	26,47
المجموع.	38	16,59	119	51,96	31,44

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تُبين نتائج الجدول أعلاه أن ما يقارب 13% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة في القطاع العام أعربوا عن رضاهم عن الخدمات المتوفرة في القطاع العام، كما تزيد ذات النسبة عن 22% ($100 * 102/22$) بالنسبة للأشخاص الذين يتابعون في القطاع الخاص وهي مرتفعة نسبيا مقارنة بالقطاع الخاص، غير أنها تبقى ضئيلة جدا وتعبّر عن سخط الباحثين وعدم رضاهم عن الخدمات المتوفرة على مستوى كلا القطاعين العام والخاص، حيث بلغ إجمالي الأشخاص الراضين عن الخدمات الصحية ما يقارب 17% فقط ($100 * 229/38$).

5-1-3- أسباب الكامنة وراء عدم رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن الخدمات المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.

أفاد الأشخاص المبحوثين الذين يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة عن عدة أسباب تحول دون رضاهم عن الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية، والتي يمكن حصرها في النقاط التالية:

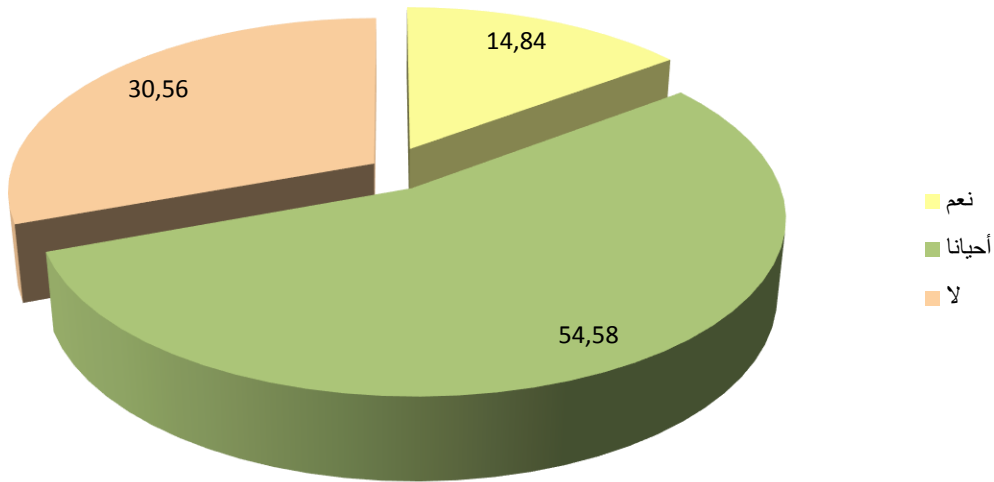
- عدم وجود كفاءات طبية مؤهلة للتعامل مع بعض الحالات المعقدة، الأمر الذي يترتب عنه تشخيص غير دقيق وكثرة التوجيه والآراء مما يجعل الشخص المعني في حيرة من أمره وهو ما يدفعه إلى اليأس.

- عدم توفر بعض الخدمات الصحية على مستوى القطاع العام يدفع بالأشخاص ذوي الإعاقة إلى المتابعة على مستوى القطاع الخاص، هذا الأخير تقدم فيه الخدمات مقابل أسعار باهظة ليست بمتناول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، خاصة في ظل تقاضيهم منحة رمزية.
- عدم توفر الإمكانيات والأجهزة الطبية الدقيقة خاصة على مستوى القطاع العام، وعدم إتقان إستعمالها إن وجدت.
- اللامبالاة والتعامل بطريقة فضة وغير لبقة مع الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام، أما في القطاع الخاص فيتم التعامل معهم من أجل المادة فقط.
- التأخر المستمر في إعطاء مواعيد الفحوصات وإجراء التحاليل يدفع بالأشخاص ذوي الإعاقة إلى الإحجام عن المتابعة الصحية.
- عدم احترام حق أولوية الأشخاص ذوي الإعاقة في الإستفادة من الخدمات الصحية.

5-1-3-ش توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.

تم سؤال 229 مبحوث عن مدى رضاه عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابع على مستواه حالته الصحية المتعلقة بالإعاقة (166 شخص لا يتابعون أصلا حالتهم الصحية على مستوى أي قطاع)، النتائج موضحة وفقا للشكل أدناه.

الشكل رقم 05-20 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

15% فقط من الأشخاص المبحوثين أعربوا عن رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة، أما حوالي 30% منهم أبدوا سخطهم، في حين لزم ما نسبته 55% من المبحوثين الحياد.

5-1-3 ص توزيع أفراد العينة حسب الجهة المسؤولة عن التقصير في كيفية تقديم الخدمات الصحية لهم.

نتائج الجدول أدناه تبين الجهة المسؤولة عن التقصير في كيفية تقديم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة.

الجدول رقم 05-13 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجهة المسؤولة عن التقصير في كيفية تقديم الخدمات الصحية لهم (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		الجهة المسؤولة عن التقصير
النسبة%	العدد	
17,03	39	الأطباء
6,11	14	المرضى
4,36	10	الإداريين
33,62	77	أخرى
3,49	8	الأطباء-المرضى
10,91	25	الأطباء-الإداريين
1,31	3	الأطباء-أخرى
3,49	8	المرضى-الإداريين
2,62	6	المرضى-أخرى
0,43	1	الإداريين-أخرى
7,86	18	الأطباء-المرضى-الإداريين
1,74	4	الأطباء-المرضى-أخرى
0,87	2	الأطباء-الإداريين-أخرى
0,87	2	المرضى-الإداريين-أخرى
5,24	12	الأطباء-المرضى-الإداريين-أخرى

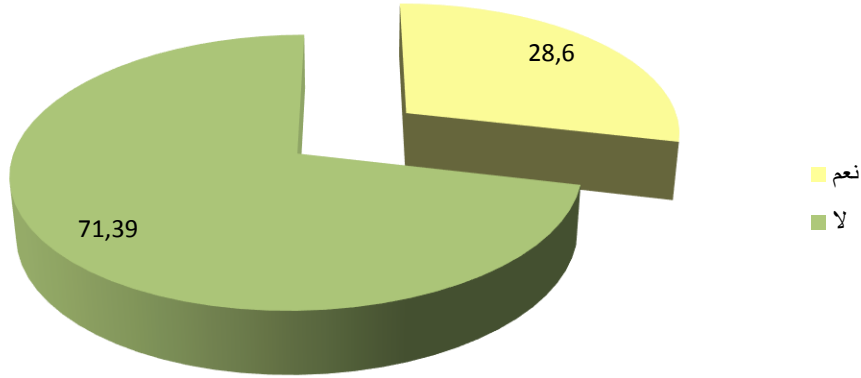
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تبين نتائج الجدول أعلاه أن 17% من المبحوثين أجابوا أن عدم رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية يرجع إلى الأطباء، 6%، فيما أجاب ما يقارب 34% منهم أن ذلك يرجع إلى أسباب أخرى (غير محددة).

5-1-3- ض توزيع أفراد العينة حسب معاناتهم من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة.

تم طرح سؤال للأشخاص الذين شملتهم عينة الدراسة فيما إذا كانوا يعانون من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة، النتائج موضحة وفقا للشكل أدناه.

الشكل رقم 05-21 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب معاناتهم من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة (النسبة %).

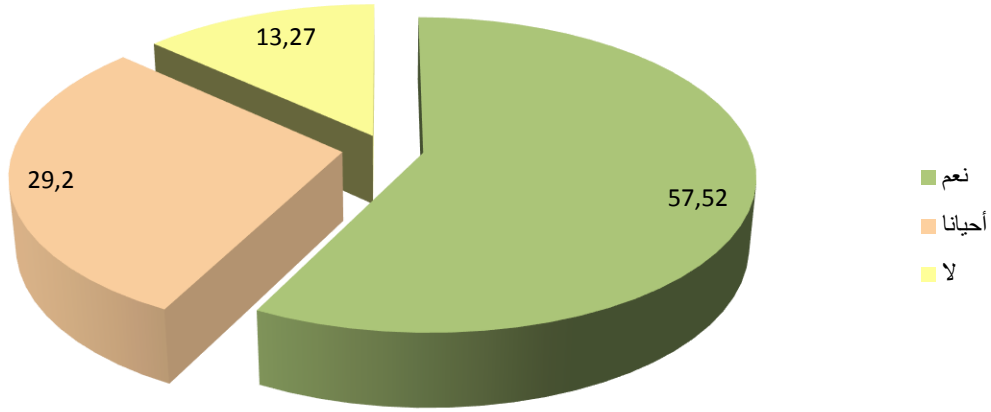


المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أجاب ما نسبته 71% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة أنهم لا يعانون من أي مرض مزمن، فيما بلغت نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن ما يقارب 29%.
5-1-3 ط توزيع أفراد العينة حسب متابعتهم الطبية لمرضهم المزمن.

بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذي يعانون من مرض مزمن 113 شخص، تم سؤالهم فيما إذا كانوا يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالمرض المزمن على مستوى القطاع الطبي، النتائج موضحة من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 05-22 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب متابعتهم الطبية لمرضهم المزمن (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

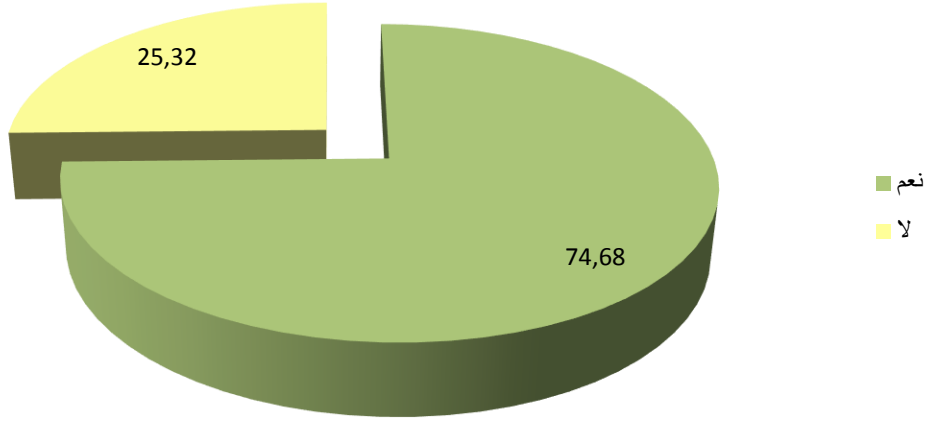
قاربت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتابعون مرضهم المزمن في القطاع الصحي 58%، في حين لم تتجاوز ذات النسبة 13% بالنسبة للأشخاص الذين لا يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالمرض المزمن.

5-1-3-ظ توزيع أفراد العينة حسب حاجتهم لوسيلة من الوسائل التعويضية.

النتائج¹ مترجمة وفقا للشكل أسفله.

¹ بلغت نسبة الإجابة 100%.

الشكل رقم 05-23 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حاجتهم لوسيلة من الوسائل التعويضية (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

استحوذت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين صرحوا باحتياجهم لنوع واحد على الأقل من أنواع الوسائل التعويضية على ما يقارب $\frac{3}{4}$ من إجمالي المبحوثين (75%).

5-1-3-ع توزيع أفراد العينة حسب نوع الوسيلة التعويضية التي يحتاجون إليها.

بلغ عدد المبحوثين الذين أكدوا على احتياجهم لنوع واحد على الأقل من أنواع الوسائل التعويضية 295 شخص، المزيد من المعطيات موضحة حسب الجدول اللاحق.

الجدول رقم 05-14 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع الوسيلة التعويضية التي يحتاجون إليها (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		نوع الوسيلة التعويضية
النسبة %	العدد	
5,76	17	كرسي متحرك
16,94	50	كرسي كهربائي
7,79	23	سماعة أذن
8,13	24	نظارة طبية/عدسات طبية لاصقة
6,77	20	عكاز
7,79	23	أطراف إصطناعية
25,42	75	وسيلة أخرى
21,35	63	أكثر من وسيلة

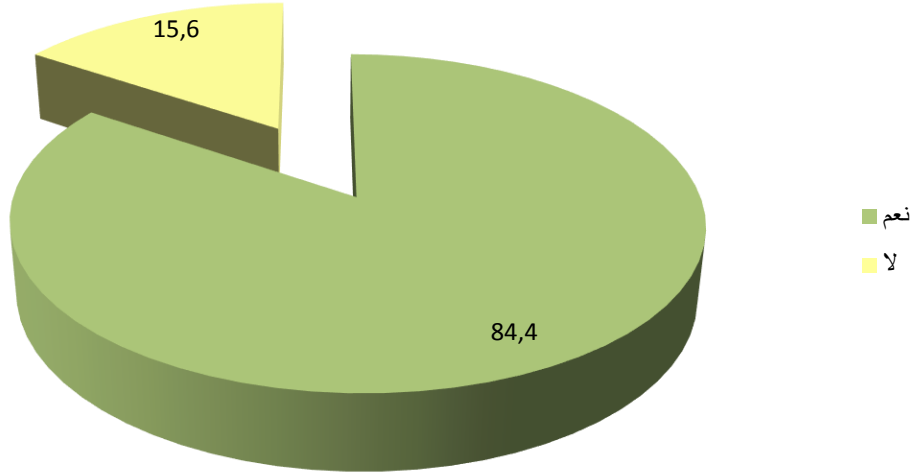
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تبين نتائج الجدول أعلاه أن 25% من المبحوثين أعربوا عن إحتياجهم لوسائل تعويضية أخرى لا تشمل الوسائل الأثر شيوعا، كما أظهرت ذات النتائج أن 21% من الأشخاص ذوي الإعاقة صرحوا بأنهم في حاجة إلى أكثر من وسيلة واحدة .

5-1-3-غ توزيع أفراد العينة حسب إمتلاكهم لوسيلة (وسائل) تعويضية التي يحتاجونها.

تم سؤال 295 شخص الذين أعربوا عن إحتياجهم لنوع واحد على الأقل من الوسائل التعويضية فيما إذا كانوا يمتلكون تلك الوسائل، النتائج موضحة عبر الشكل التالي:

الشكل رقم 05-24 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب امتلاكهم لوسيلة من الوسائل التعويضية (النسبة %).



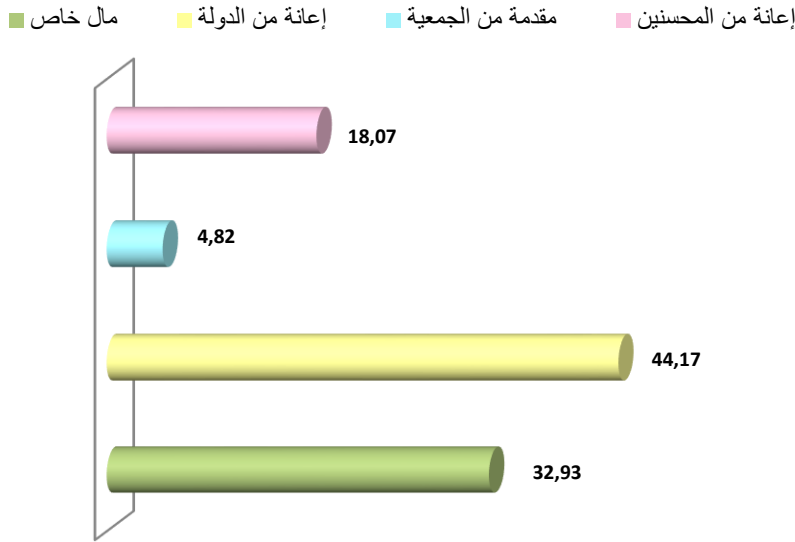
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج الشكل أعلاه أن ما يقارب 16% فقط من المبحوثين الذين صرحوا عن احتياجهم لوسيلة واحدة على الأقل من الوسائل التعويضية لا يمتلكون أيا منها.

5-1-3-ف توزيع أفراد العينة حسب مصدر حصولهم على الوسيلة التعويضية.

بلغ عدد الأشخاص الذين يحتاجون وسيلة تعويضية ويمتلكونها 249 شخص، تم سؤالهم حول مصدر حصولهم عليها، الإجابة موضحة من خلال الشكل أسفله.

الشكل رقم 05-25 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر حصولهم على الوسائل التعويضية (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS22.

يتضح من خلال الشكل أعلاه أن 44% من الأشخاص ذوي الإعاقة تحصلوا على الوسائل التعويضية التي يحتاجون إليها كإعانة من الدولة، فيما بلغت نسبة الأشخاص الذين تحصلوا على الوسائل مالمهم الخاص ما يقارب 33%، أما نسبة الأشخاص الذين تحصلوا عليها من طرف الجمعيات الخيرية فلم تتجاوز 5% فقط.

5-1-3-ق الاحتياجات الصحية غير الملباة للأشخاص ذوي الإعاقة.

أعرب الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة عن إحتياجاتهم الصحية غير الملباة سيتم حصرها في النقاط التالية:

- عدم وجود أطباء متخصصين متواجدين عبر التراب الوطني (يضطر الشخص ذوي الإعاقة غالبا إلى السفر خارج الوطن من أجل العلاج وبأسعار خيالية).
- عدم وجود أطباء متنقلين عبر المنازل خاصة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية الشديدة "طريحي الفراش".

- عدم وجود اتصال إيجابي بين المريض والطبيب خاصة في ظل عدم وجود مترجم بالنسبة لذوي الإعاقة السمعية.
- غياب التكفل النفسي المستمر وذو السعر المعقول خاصة بالنسبة لذوي الإعاقة النفسية و العقلية.
- غياب التشخيص الدقيق بالنسبة لبعض الإعاقات والحالات الحرجة.
- عدم توفير المراكز والخدمات الصحية في الطابق الأرضي الأمر الذي يشكل حاجسا خاصة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية.
- عدم إتقان إستعمال أجهزة الكشف الإشعاعي وإن وجد فهو بأسعار باهضة.
- الحاجة إلى إجراء عمليات جراحية مستعجلة على غرار عمليات دقيقة للنخاع الشوكي، القسطرة البولية، عمليات تجميلية لتخفيف التشوه.
- نقص أجهزة ومراكز التدليك الطبي الخاصة بعيادة التأهيل الحركي من أجل المحافظة على اللياقة البدنية أو إستعادتها بالنسبة للبعض.
- توفير الأدوية الأصلية (ذوي الإعاقة البصرية مثلا يحتاجون للأدوية الأصلية من أجل الحفاظ على البقايا البصرية حيث أن عدم إستهلاكها يؤدي إلى ارتفاع ضغط دم العين مما يؤدي إلى فقدان تام للبصر) والأدوية الحديثة والمتطورة خاصة بالنسبة للأمراض النادرة.
- مدة الحصول على الأجهزة المساعدة طويلة جدا تفوق 5 سنوات وهو ما يؤدي إلى تفاقم وضع بعض الأشخاص.
- إرتفاع أسعار بعض المستلزمات الخاصة والتي يحتاجها الأشخاص ذوي الإعاقة بشدة مثل: الحفاضات، أكياس البول، الأنابيب، الأفرشة الخاصة، الأحذية الخاصة هذه الأخيرة يتم التأخر في تصنيعها.

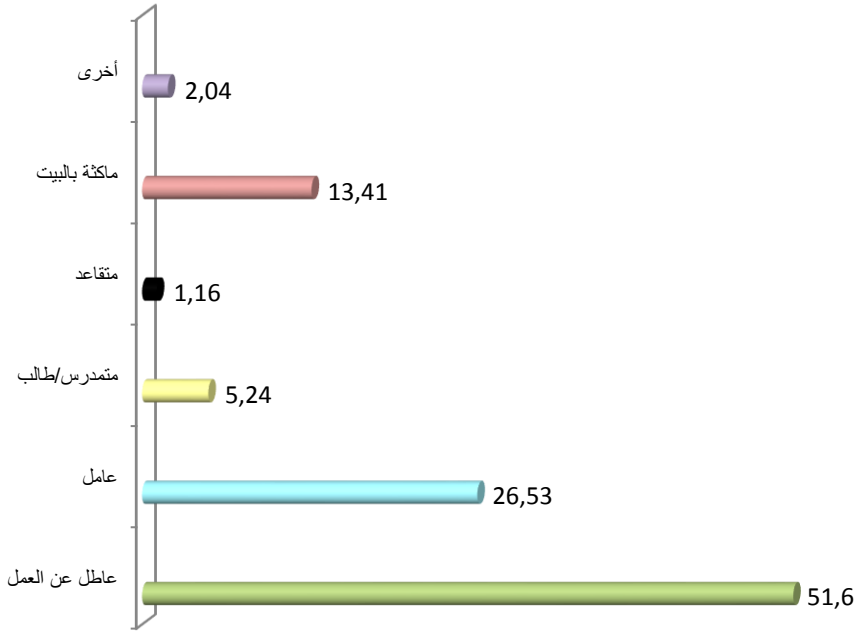
4-1-5 المحور الرابع: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بالوضع الاقتصادية.

يشمل المحور الرابع مختلف الخصائص المتعلقة بالوضع الاقتصادية للأشخاص المبحوثين على غرار: الحالة الفردية، الوضعية المهنية للشخص ذوي الإعاقة، تجهيز مكان العمل وفقا لنوع إعاقة الشخص المعني ناهيك عن خصائص أخرى.

5-1-4-أ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية.

شمل هذا المتغير هو الآخر بدوره الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتجاوز سنهم 15 سنة فقط، يوضح الشكل أدناه توزيع أفراد العينة وفقا لمتغير الحالة الفردية¹.

الشكل رقم 05-26 توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة عاطلين عن العمل، في مقابل ما نسبته تقريبا 27% منهم يمارسون نشاط، 5% ممتدرس/طالب، 15% مأكثة بالبيت، في حين لم يتجاوز عدد المتقاعدين 1%.

5-1-4-ب توزيع أفراد العينة الذين هم في سن العمل وعاطلين حسب قبولهم عرض العمل.

تم طرح سؤال على الأشخاص ذوي الإعاقة العاطلين عن العمل والذين هم في سن العمل الذين شملتهم الدراسة فيما ما إذا كانوا يقبلون العمل إذا عرض عليهم، فكانت إجابتهم كالتالي:

¹ بلغت نسبة إجابة الأشخاص المبحوثين فيما يخص متغير الحالة الفردية 100%.

الجدول رقم 05-15 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة العاطلين عن العمل حسب قبولهم عرض العمل.

الأشخاص ذوي الإعاقة		قبول عرض العمل
النسبة	العدد	
86,93	213	نعم
13,06	32	لا

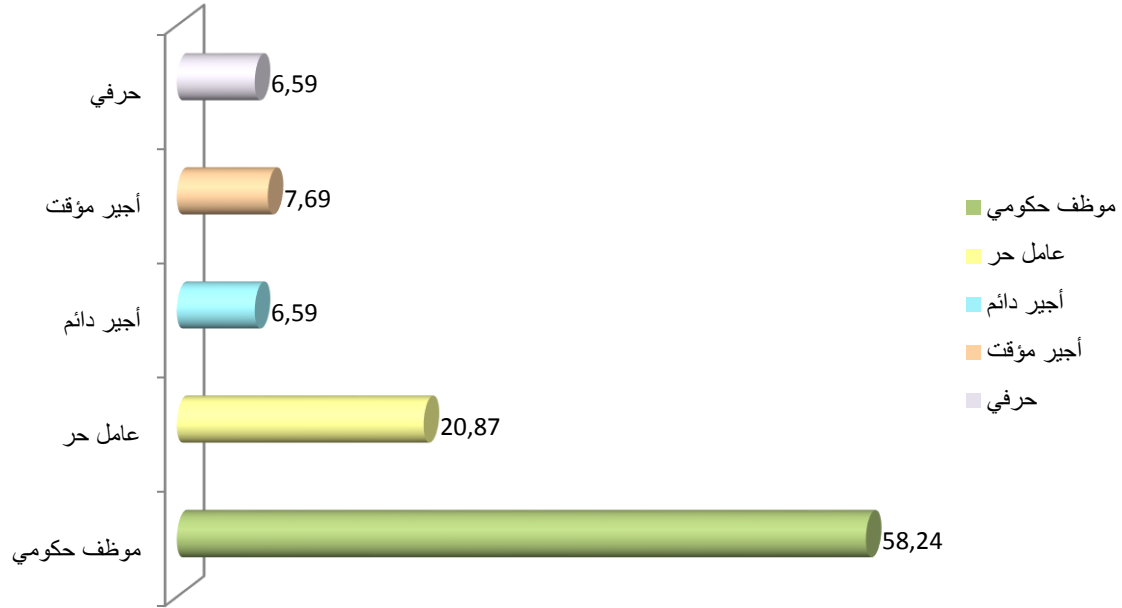
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

قدّر عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تم سؤالهم عن إمكانية قبولهم عرض العمل بـ 245 شخص أين تم إستثناء الأطفال الأقل من 15 سنة، الأشخاص الذين يفوق سنهم 60 سنة، الأشخاص العاملين بالإضافة إلى الأشخاص الذين أجابوا عن حالة أخرى، بناء على نتائج الدراسة تبين أن 87% تقريبا من الأشخاص ذوي الإعاقة العاطلين عن العمل صرحوا بقبول العمل إن عرض عليهم في مقابل 13% فقط رفضوا ذلك.

5-1-4-توزيع أفراد العينة حسب وضعيتهم المهنية.

تتعلق نتائج الشكل اللاحق بالأشخاص ذوي الإعاقة العاملين والذين قدر عددهم بـ 91 شخص:

الشكل رقم 05-27 توزيع أفراد العينة حسب وضعيتهم المهنية (النسبة %).



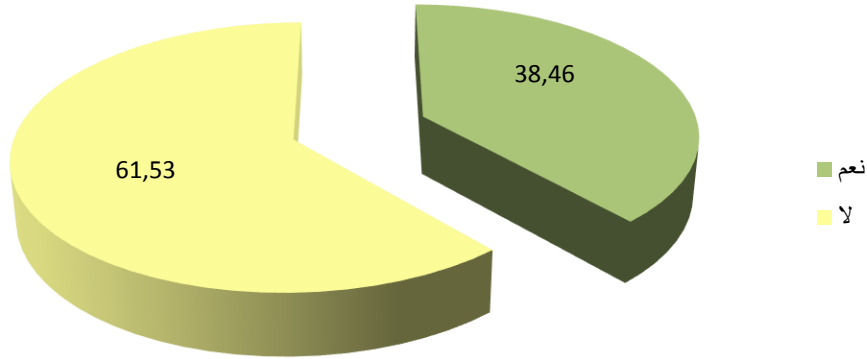
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج الشكل أعلاه أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين يشغلون منصب موظف حكومي، في حين لم تتجاوز نسبة الحرفيين ما يقارب 7%.

5-1-4-ث توزيع أفراد العينة حسب تجهيز مكان عملهم بما يتوافق ونوع إعاقاتهم.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمارسون نشاطا مهنيا بغض النظر عن نوعه فيما إذا كان مكان عملهم مجهزا بما يتوافق ونوع إعاقاتهم، النتائج موضحة وفقا للشكل اللاحق.

الشكل رقم 05-28 توزيع أفراد العينة حسب تجهيز مكان عملهم بما يتوافق ونوع إعاقتهم (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أظهرت نتائج الدراسة أن 62% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمارسون نشاطا مهنيا يرون أن مكان عملهم غير مجهز تماما بما يتوافق ونوع إعاقتهم.

5-1-4-ج نوع التجهيزات الواجب توفرها في مكان عمل الأشخاص ذوي الإعاقة.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعتقدون أن مكان عملهم غير مجهز بما يتناسب مع نوع إعاقتهم عن التجهيزات التي يحتاجونها لتأدية نشاطاتهم، الإجابات يمكن حصرها في النقاط التالية:

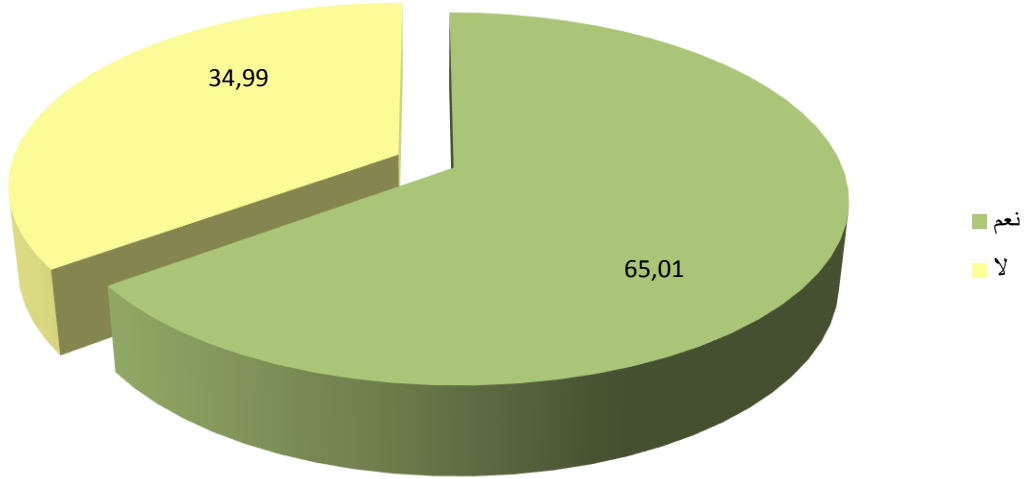
- سيارة لنقل الأشخاص ذوي الإعاقة من منازلهم إلى مكان عملهم مجانا، لأن غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة إن لم نقل جميعهم لا يمتلكون سيارات شخصية بالتالي يضطرون لإنفاق ما نسبته 80% من دخلهم على تكاليف النقل.
- مكتب مكيف ومجهز بما يتناسب ونوع إعاقة الشخص المعني (من بين التجهيزات التي يطالب بها الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة ما يلي: كراسي متحركة مريحة، تدفئة مناسبة، إنارة جيدة، احترام شروط النظافة لأن مناعتهم ضعيفة).
- تخصيص مساحة كافية للتحرك براحة بالكرسي المتحرك.

- توفير مرحاض مناسب ومريح في مكان العمل للأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقاتهم.
- توفير مصعد كهربائي مزود بإشارات ودليل للتنقل الحر داخل المؤسسات، المباني..
- مكان للصعود براحة من الساحة إلى الرصيف داخل مؤسسة العمل.
- توفير مسار وممرات داخل مكان العمل خاصة لتنقل الأشخاص خاصة بالنسبة لذوي الإعاقة البصرية والحركية.
- توفير مرافق خاص بالنسبة للأشخاص لذوي الإعاقة البصرية.
- توفير مترجم خاص للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية.
- تهيئة مكان العمل جيدا ليتناسب واحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة فعلى سبيل المثال يشتهي العامل ذوي الإعاقة البصرية من كون فناء مكان العمل واسع جدا وغير مزود بدليل وإشارات تساعد على سير المكفوفين، بالإضافة إلى كثرة السيارات في فناء المؤسسة.
- مراعاة التسلسل في المباني لتسهيل انتقال الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، بالإضافة إلى تزويد مكان العمل بخريطة المكان حتى لا يحتاج المعني إلى طلب المساعدة في كل وقت.
- توفير الوسائل البيداغوجية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوي الإعاقة لتأدية مهامهم.
- الأجهزة التكنولوجية المكيفة خاصة بالنسبة لذوي الإعاقة البصرية والسمعية: مثل حاسوب ناطق،..

5-1-4-ح توزيع أفراد العينة حسب علمهم بحقهم في الحصول على 3% من إجمالي المناصب في المؤسسات العمومية أو الخاصة.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة (تم إستثناء الأطفال الأقل من 15 سنة وكذا المسنين الذين يفوق سنهم 60 سنة) إن كان في علمهم أنه من حقهم الحصول على 3% من إجمالي المناصب سواء في المؤسسات الخاصة أو العمومية، النتائج موضحة حسب الشكل اللاحق:

الشكل رقم 05-29 توزيع أفراد العينة حسب علمهم بحقهم في الحصول على 3% من إجمالي المناصب في المؤسسات العمومية أو الخاصة (النسبة %).



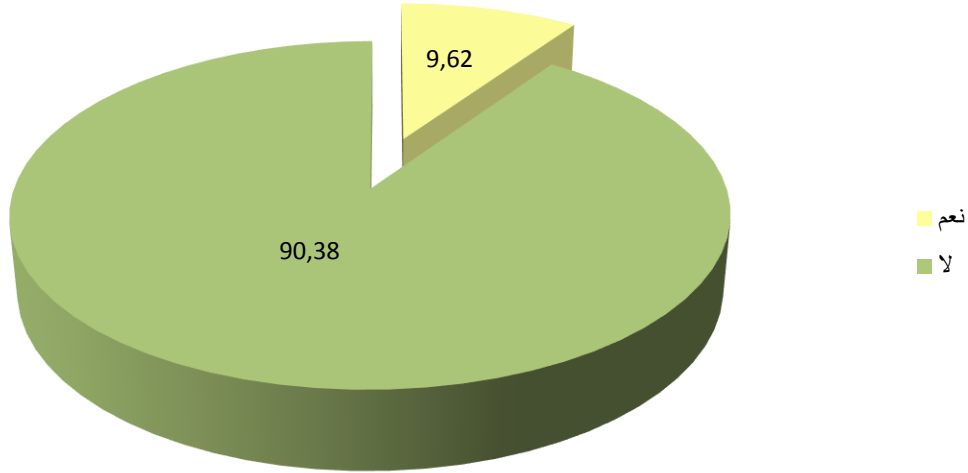
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تظهر نتائج الشكل أدناه أن 35% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة لا يعلمون انه من حقهم الحصول على 3% من إجمالي المناصب سواء في المؤسسات العمومية أو حتى الخاصة.

5-1-4-خ توزيع أفراد العينة حسب علمهم بما يسمى مؤسسات العمل المحمي.

سُئِلَ الأشخاص المبحوثين (تم استثناء الأطفال الأقل من 15 سنة وكذا المسنين الذين يفوق سنهم 60 سنة) عما إذا كانت لديهم فكرة حول ما يسمى مؤسسات العمل المحمي، النتائج موضحة حسب الشكل التالي.

الشكل رقم 05-30 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بمؤسسات العمل المحمي (النسبة %).



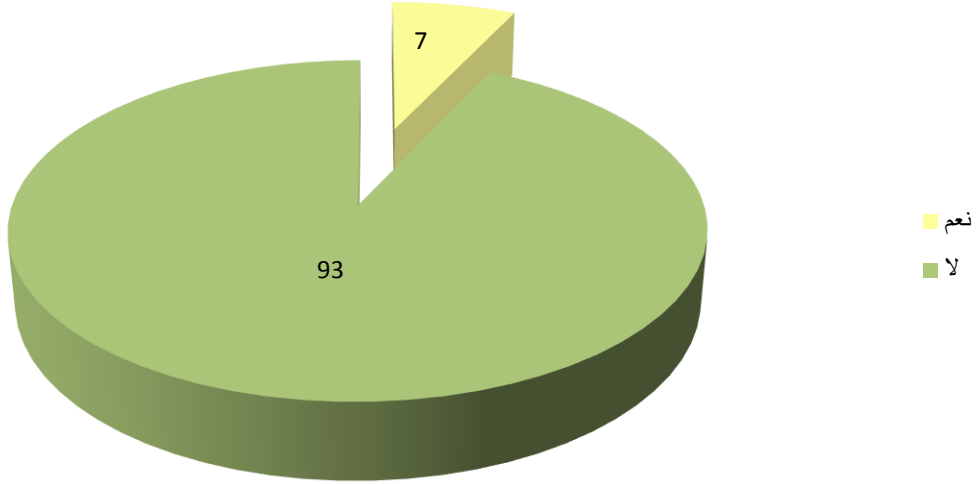
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تبين نتائج الشكل أعلاه أن 91% من المبحوثين لا توجد لديهم أدنى فكرة حول ما يسمى مؤسسات العمل المحمي.

5-1-4-د توزيع أفراد العينة حسب علمهم بالمزارع البيداغوجية.

تم سؤال أفراد عينة الدراسة (تم استثناء الأطفال الأقل من 15 سنة وكذا المسنين الذين يفوق سنهم 60 سنة) فيما إن كانت لديهم فكرة حول ما يطلق عليه المزارع البيداغوجية، النتائج موضحة من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 05-31 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بالمزارع البيداغوجية (النسبة %).



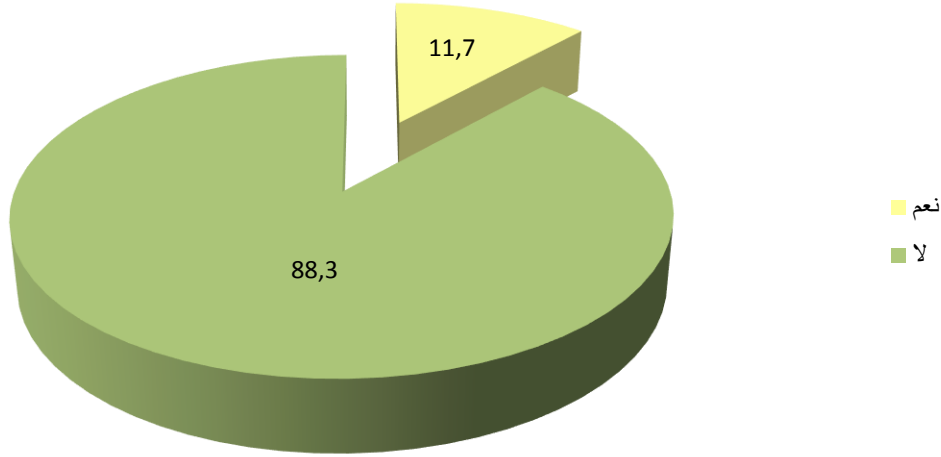
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

كشفت نتائج الدراسة أن $\frac{3}{4}$ من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة ليس لديهم علم بما يسمى المزارع البيداغوجية.

5-1-4-ذ توزيع أفراد العينة حسب علمهم بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة.

سُئِلَ الأشخاص الذين شملتهم العينة (تم إستثناء الأطفال الأقل من 15 سنة وكذا المسنين الذين يفوق سنهم 60 سنة) عما إذا كان لديهم علم حول ما يسمى بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة، النتائج ملخصة حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 05-32 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب علمهم بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة (النسبة %).



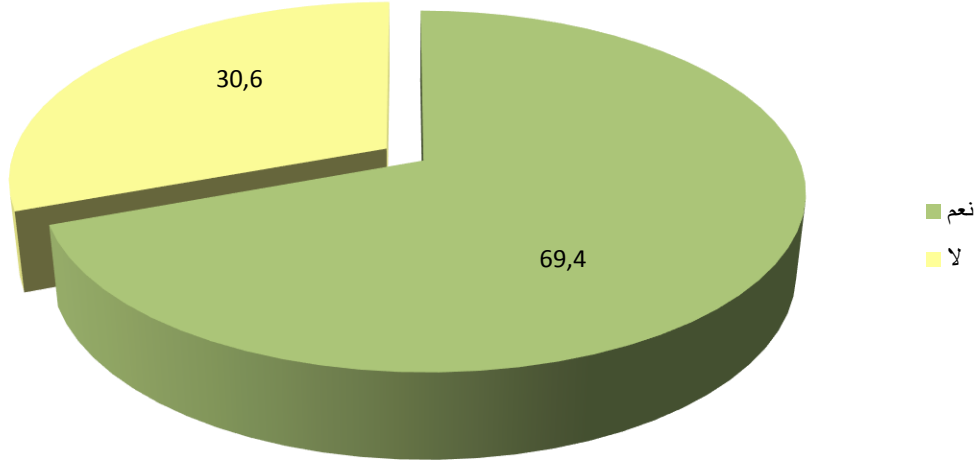
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أظهرت نتائج الدراسة أن مانسبته 12% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم الدراسة لديهم فكرة حول مايسمى مؤسسات العمل عن طريق المساعدة، يمكن القول أن النتائج المترجمة حسب الأشكال رقم 28، 29، 30 و 31 تعبر عن تقصير الجهات الرسمية في التعريف بالمشاريع الإقتصادية المتمثلة في تخصيص 3% من المناصب لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة، مؤسسات العمل المحمي، المزارع البيداغوجية، مؤسسات العمل عن طريق المساعدة الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة.

5-1-4-ر توزيع أفراد العينة حسب استفادتهم من إعانة مالية من طرف الدولة.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة حول إذا ما كانوا يستفيدون من إعانة مالية من طرف الدولة، النتائج معروضة حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 05-33 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب استفادتهم من إعانة مالية من طرف الدولة (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أوضحت نتائج الدراسة أن 69% من الأشخاص ذوي الإعاقة يستفيدون من إعانة مالية من طرف الدولة في مقابل 31% منهم لا يستفيدون.

5-1-4-ز توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعانة التي يستفيدون منها.

بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستفيدون من إعانة مالية من طرف الدولة 274 شخص، تم سؤالهم عن نوع الإعانة التي يستفيدون منها، النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 05-16 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع الإعانة المالية التي يستفيدون منها من طرف الدولة.

الأشخاص ذوي الإعاقة		نوع الإعانة التي يستفيد منها الأشخاص ذوي الإعاقة
النسبة	العدد	
89,78	246	منحة إعاقة
2,55	7	منحة عجز
1,82	5	منحة حادث
1,09	3	منحة تقاعد
4,74	13	أخرى

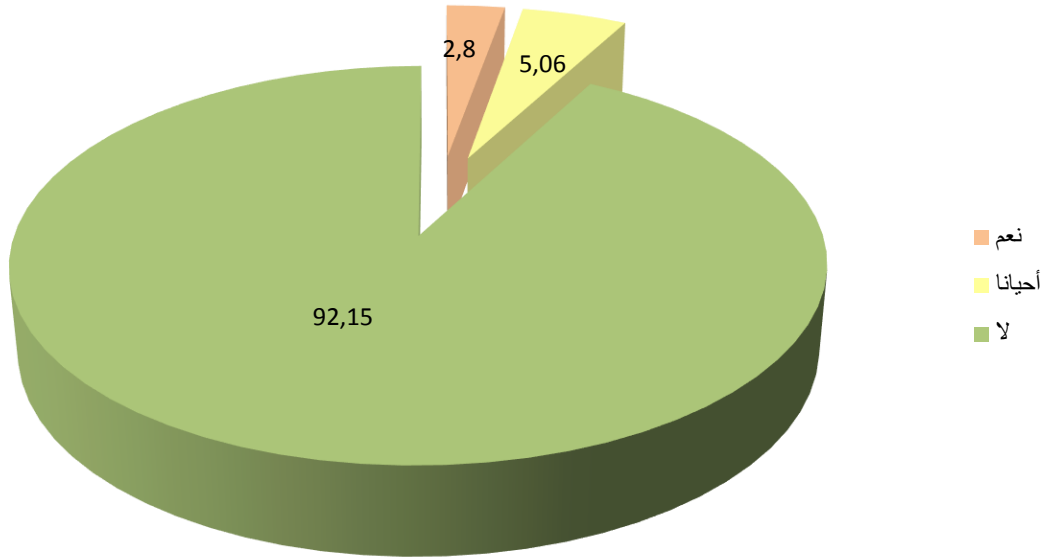
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يستفيد ما نسبته 90% تقريبا من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة من منحة إعاقة، أما باقي الأشخاص ذوي الإعاقة فيستفيدون من منحة عجز، حادث، تقاعد ومنحة أخرى.

5-1-4-س توزيع أفراد العينة حسب كفاية منحة إعاقة التي تقدمها الدولة في سد احتياجاتهم.

من أجل معرفة ما إذا كانت منحة إعاقة التي تقدمها الدولة للأشخاص ذوي الإعاقة كافية لسد احتياجاتهم تم سؤال المبحوثين حول رأيهم، الإجابات موضحة حسب الشكل التالي.

الشكل رقم 05-34 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول كفاية منحة إعاقة التي تقدمها الدولة في سد إحتياجاتهم (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفادت نتائج الدراسة أن ما يقارب $\frac{3}{4}$ من الأشخاص المبحوثين يعتقدون أن منحة إعاقة التي تخصصها الدولة للأشخاص ذوي الإعاقة غير كافية لسد إحتياجاتهم.

5-1-4-ش قيمة المنحة المالية التي يعتقد الأشخاص ذوي الإعاقة أنها كافية لسد إحتياجاتهم.

بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة الذين يرون أن منحة الإعاقة التي تخصصها الدولة لهم غير كافية لسد إحتياجاتهم 364 شخص، تم سؤالهم عن قيمة المنحة التي تكفي حسب اعتقادهم لسد إحتياجاتهم، إجابات المبحوثين تراوحت بين 15000 دج و 40000 دج غير أن غالبية المبحوثين كان رأيهم أن تخصص لهم الدولة منحة مالية تتوافق على الأقل مع الأجر القاعدي الذي تخصصه للعمال.

5-1-4-ص توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه.

تم سؤال المبحوثين عن نوع المسكن الذي يعيشون فيه، النتائج موضحة من خلال الجدول اللاحق.

الجدول رقم 05-17 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع المسكن الذي يعيشون فيه (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		نوع المسكن الذي يعيش فيه الأشخاص ذوي الإعاقة
النسبة	العدد	
18,73	74	مسكن فردي
18,23	72	شقة
35,19	139	مسكن تقليدي
16,46	65	مسكن مؤجر
11,39	45	آخر

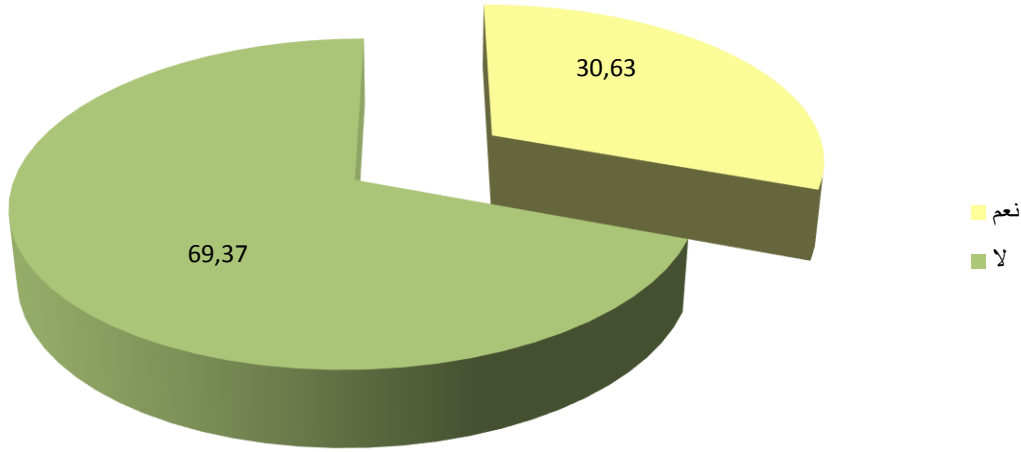
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

شكل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في مسكن تقليدي الحصة الأسد من إجمالي الإجابات بنسبة تفوق 35%، يليها الأشخاص الذين يقطنون في مسكن فردي، شقة بنسبة 19% و 18% على الترتيب.

5-1-4-ض توزيع أفراد العينة حسب تجهيز المسكن الذي يعيشون فيه بما يتوافق ونوع إعاقته.

سئل الأشخاص الذين شملتهم العينة عن ما إذا كان المسكن الذي يعيشون فيه مجهز بما يتناسب ونوع إعاقته، الشكل التالي يترجم إجابات المبحوثين:

الشكل رقم 05-35 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تجهيز المسكن الذي يعيشون فيه بما يتوافق ونوع إعاقتهم. (النسبة %).



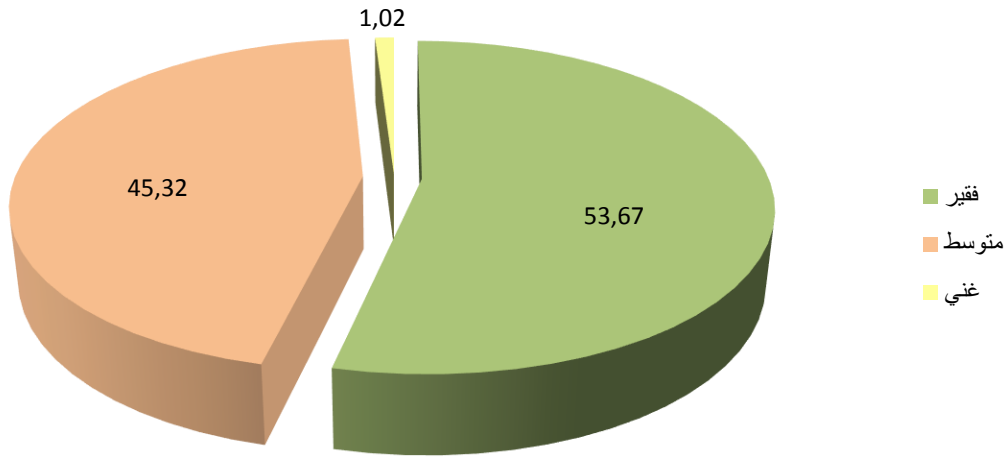
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أجاب ما نسبته 69% من الأشخاص ذوي الإعاقة أن مسكنهم غير مجهز بالتجهيزات التي تتناسب مع نوع إعاقتهم، فيما أجاب 31% منهم أن المسكن الذي يقطنون فيه مجهز بما يتوافق ونوع إعاقتهم.

5-1-4 ط توزيع أفراد العينة حسب مستواهم المادي.

نتائج الشكل أدناه تعبر عن المستوى المادي للأشخاص ذوي الإعاقة.

الشكل رقم 05-36 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مستواهم المادي. (النسبة %).



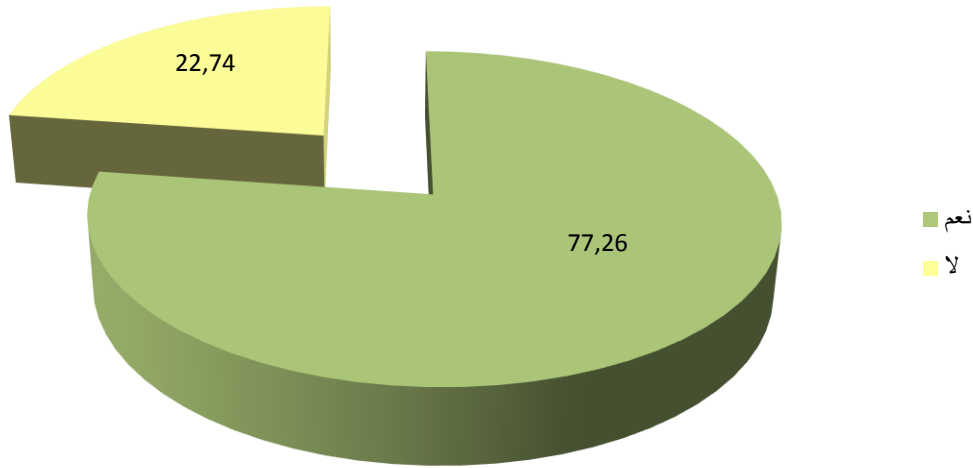
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss²².

أظهرت النتائج أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة فقراء، أما 45% منهم ذوي مستوى اقتصادي متوسط، في حين لا تمثل نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الأغنياء سوى 1% من إجمالي المبحوثين.

5-1-4-ظ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على مستواهم الاقتصادي.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين هم في سن العمل والذين يبلغ عددهم 343 (تم استثناء الأطفال دون 15 سنة بالإضافة إلى المسنين الذين يفوق سنهم 60 سنة) عن ما إذا أثرت الإعاقة على مستواهم الاقتصادي، الشكل التالي يعبر عن نتائج الدراسة:

الشكل رقم 05-37 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تأثير الإعاقة على مستواهم الإقتصادي. (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تظهر نتائج الشكل أعلاه أن ما نسبته 77% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة صرحوا بأن الإعاقة أثرت على مستواهم الإقتصادي، بينما صرح 23% منهم فقط عكس ذلك.

5-1-4-ع الخدمات الواجب على الدولة توفيرها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.

أعرب الأشخاص ذوي الإعاقة عن حزمة من الخدمات ذات طابع إقتصادي التي يأملون ان توفرها الدولة لصالحهم، يمكن إيجاز تلك الخدمات في النقاط التالية:

- زيادة قيمة منحة الإعاقة التي تمنحها الدولة للأشخاص ذوي الإعاقة مع إعادة مراجعة قانون الأحقية في الحصول على المنحة (يتيمة الأب لديها الحق في الحصول على المنحة على عكس يتيمة الأم)، بالإضافة إلى إعادة النظر في تصنيف درجة الإعاقة وشدتها.
- تقديم منحة خاصة للشخص الوصي على الشخص ذوي الإعاقة.
- توفير مناصب شغل للأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع وكذا درجة إعاقاتهم، مع إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الشهادات العليا.

- توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس الشهادة الجامعية التي يمتلكونها.
- تقليص سن التقاعد وتسهيل إمكانية استفادة الشخص ذوي الإعاقة من التقاعد المسبق حيث لا يعقل إطلاقاً أن يكون سن تقاعد الشخص ذوي الإعاقة هو نفسه سن تقاعد مدرب كمال الأجسام.
- إعطاء الأشخاص ذوي الإعاقة الأولوية في الإدماج المهني.
- تقديم قروض بدون فوائد لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة وتسهيل استفادتهم منها.
- تسهيل ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المؤسسات الإقتصادية والإدارية، مع الأخذ بعين الاعتبار احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء التصميم المعماري.
- تخصيص مكاتب في الإدارات للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
- إعفاء الشخص ذوي الإعاقة تماماً من الضرائب.
- منح الأشخاص ذوي الإعاقة امتياز دفع نصف مبلغ فواتير الماء، الغاز، الكهرباء والكراء.
- توفير إنترنت مجانية أو على الأقل بطاقة خصم نصف سعر الإنترنت للأشخاص المعنيين.
- توفير السكن اللائق للأشخاص ذوي الإعاقة مع منحهم حق الأولوية في اختيار الطابق الأرضي.
- توفير مُرافق للشخص ذوي الإعاقة خاصة بالنسبة لذوي الإعاقة الحركية والبصرية والتزام الدولة بدفع كافة حقوقه.
- تشجيع وتسهيل إستيراد وسائل المساعدة والتكنولوجيا التي يحتاجها الأشخاص ذوي الإعاقة، وتسهيل تقديمها للأشخاص المعنيين (سواء مجاناً أو على الأقل تخفيض أسعارها).
- تسهيل إنشاء مؤسسات محلية لإنتاج وسائل المساعدة المختلفة التي يحتاجها الأشخاص ذوي الإعاقة لتخفيف الضغط على شركات الاستيراد.
- توفير امتيازات لصالح العمال ذوي الإعاقة.
- توفير بطاقات إلكترونية لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.
- توفير خدمات إلكترونية لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة وخلق الدعاية الإعلامية اللازمة للتعريف بها وكذا تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة كيفية الاستفادة منها.
- تفعيل خدمة الدفع عن طريق الأنترنت لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تطبيق القوانين المتعلقة بمجانبة العلاج والنقل لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة.
- منح تسهيلات استثنائية من أجل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على سيارات ودراجات نارية خاصة تتناسب ونوع إعاقاتهم.

- تخصيص الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمتلكون مركبات بعروض تتعلق بتخفيض أسعار الوقود.

5-1-5 المحور الخامس: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة

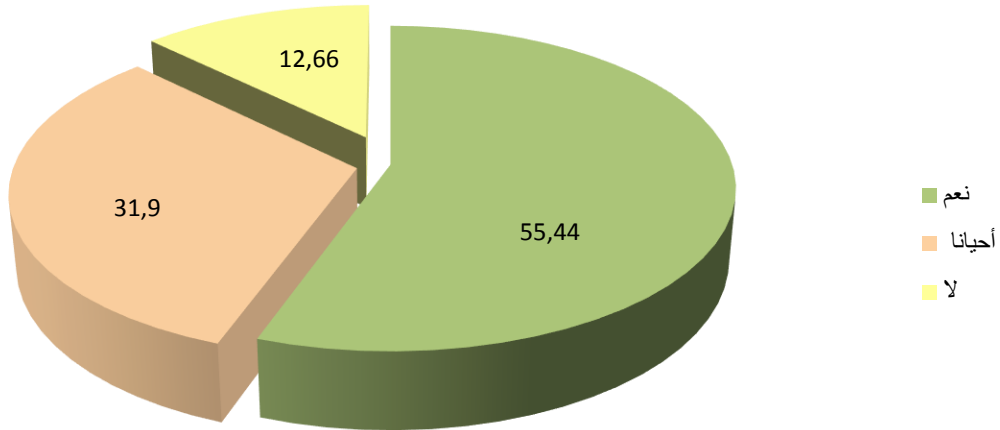
بوضعيتهم النفسية والاجتماعية.

يتعلق المحور الخامس ببعض الخصائص التي تعنى بالوضعية النفسية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة على غرار: مدى تأثير الإعاقة على ممارسة الشخص لنشاطاته اليومية، شعور الشخص ذوي الإعاقة بالتوتر بشكل دائم، مصدر التوتر، قدرة الشخص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها، إحتياج الشخص ذوي الإعاقة إلى مساعدة للقيام بنشاطاته اليومية بالإضافة إلى خصائص أخرى.

5-1-5-أ توزيع أفراد العينة حسب تأثير الإعاقة على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية.

تعتبر نتائج الشكل اللاحق عن مدى تأثير الإعاقة على ممارسة الأشخاص الذين شملتهم عينة الدراسة لنشاطاتهم اليومية (إجابات أولياء أمور الأطفال الأقل من 15 سنة تم احتسابها):

الشكل رقم 05-38 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مدى تأثير الإعاقة على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية (النسبة %).



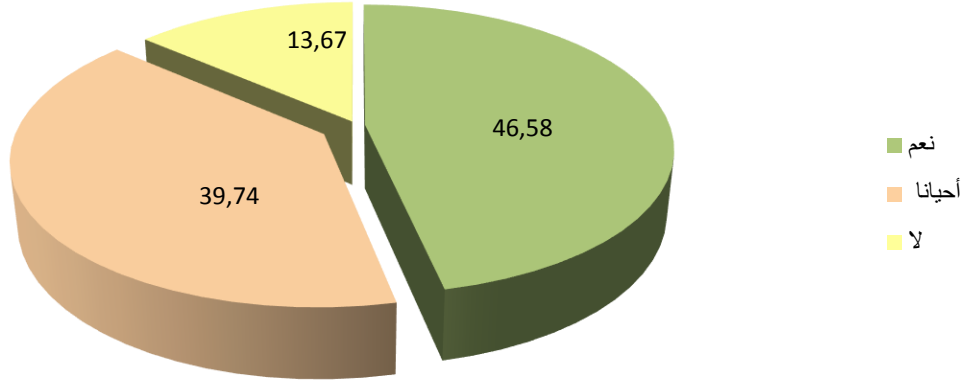
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss₂₂.

يتضح من خلال نتائج الشكل أعلاه أن 55% من المبحوثين يعتبرون أن إصابتهم بالإعاقة أثر بشكل مباشر على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية، في حين لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين لم تؤثر الإعاقة على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية 13% فقط.

5-1-5-ب توزيع أفراد العينة حسب شعورهم بالتوتر بشكل دائم.

نتائج الشكل اللاحق تعكس مدى شعور الشخص ذوي الإعاقة بالتوتر بشكل دائم في حياته اليومية.

الشكل رقم 05-39 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مدى شعورهم بالتوتر بشكل دائم (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفاد 47% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم العينة أنهم يشعرون بالتوتر بشكل دائم في مقابل 14% منهم لا يشعرون بذلك، فيما بلغت نسبة الأشخاص الذين يشعرون بالتوتر بشكل دائم أحيانا 40%.

5-1-5-ت توزيع أفراد العينة حسب مصدر التوتر الدائم الذي يشعرون به.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة الذين أفادوا بأنهم يشعرون بالتوتر بشكل دائم عن مصدر ذلك التوتر (إحتسبت إجابات الأشخاص الذين أجابوا ب "نعم" و "أحيانا" وتم استثناء إجابات 54 شخص على اعتبار أنهم لا يشعرون إطلاقا بالتوتر بشكل دائم)، النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 05-18 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مصدر التوتر الذي يشعرون به (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		مصدر توتر الأشخاص ذوي الإعاقة
النسبة	العدد	
17,59	60	العجز
1,46	5	العائلة
2,34	8	الأصدقاء
0,29	1	الجيران
24,63	84	الوضع المالية
9,67	33	مصدر آخر (غير محدد)
43,98	150	أكثر من مصدر

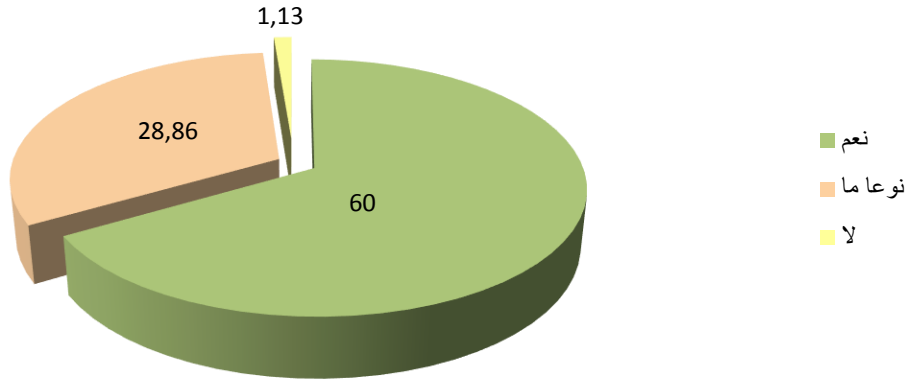
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أفاد ما يقارب 44% من الأشخاص ذوي الإعاقة أنهم يشعرون بالتوتر بسبب أكثر من مصدر واحد، أما 23% منهم صرحوا أن السبب في ذلك يعود للوضع المالية المتدنية التي يعانون منها، في حين لم تتجاوز نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يشعرون بالتوتر بسبب جيرانهم 1% فقط.

5-1-5-توزيع أفراد العينة حسب قدرتهم على بناء علاقات اجتماعية والمحافظة عليها.

تم سؤال المبحوثين حول ما إذا كان بإمكانهم بناء علاقات اجتماعية (صداقة بالنسبة للأطفال الأقل من 15 سنة) والمحافظة عليها، النتائج موضحة حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 05-40 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب قدرتهم على بناء علاقات اجتماعية والمحافظة عليها (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أكد ما نسبته 60% من الأشخاص ذوي الإعاقة أنه بإمكانهم تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، في حين لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين صرحوا عكس ذلك 1%.

5-1-5 ج سبب عدم قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأنهم لا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها عن السبب، يمكن إيجاز إجاباتهم في النقاط التالية:

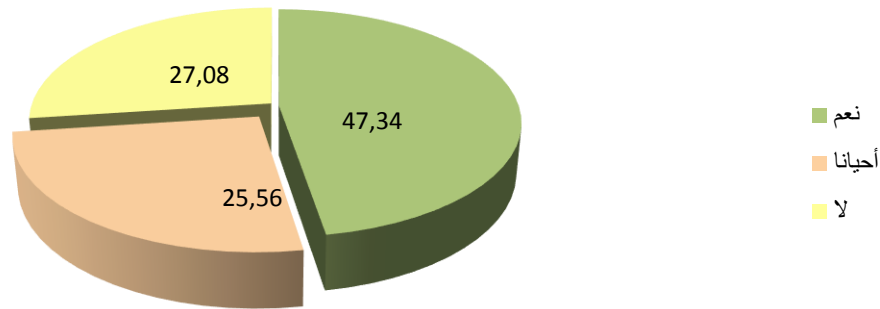
- الإصابة بالتشوه الخلقي سواء بشكل جزئي أو كلي يجعل الشخص ذوي الإعاقة يحجم تماما عن بناء علاقات اجتماعية بسبب عدم تقبله لوضعه أولا مما يجعله يحس بعدم الثقة في شكله ثم عدم تقبله من طرف الآخرين ونفورهم بالدرجة الثانية.
- الإصابة بمرض التوحد يجعل الأطفال الآخرين لا يتقربون من الطفل المتوحد كما أن أولياء أمورهم يوصون أبناءهم بتجنب اللعب مع الطفل المتوحد.
- الإحساس بعدم الثقة تجاه الآخرين والوسواس المستمر الذي يخالغ الأشخاص الذين يعانون من إعاقة نفسية يحول دون تواصلهم مع الآخرين
- الإحباط المستمر الذي يشعر به بعض الأشخاص ذوي الإعاقة بسبب فقرهم الشديد يجعلهم يفضلون العزلة وعدم الإحتكاك مع الآخرين.

- الإعاقة الجسدية بنسبة 100% تؤثر على إمكانية بناء علاقات اجتماعية.
- الإصابة بمرض التصلب بمختلف أنواعه تحول دون قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على تكوين علاقات اجتماعية.
- النظرة الدونية التي يرمق بها الشخص العادي الأشخاص ذوي الإعاقة وردود الفعل السلبية التي يتعرضون لها بشكل متكرر تجعلهم يترددون كثيرا في بناء علاقات اجتماعية.
- الهروب إلى العالم الافتراضي بدلا من التعرض للرفض والاحتقار الذي يواجهه الأشخاص ذوي الإعاقة على أرض الواقع، حيث أصبح تكوين علاقات عبر مختلف مواقع التواصل الاجتماعي الضالة المنشودة للأشخاص ذوي الإعاقة.

5-1-5 ح توزيع أفراد العينة حسب حاجتهم إلى المساعدة لآداء النشاطات اليومية.

نتائج الشكل أدناه تعكس مدى حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة إلى مساعدة خلال أدائهم لنشاطاتهم اليومية.

الشكل رقم 05-41 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حاجتهم للمساعدة أثناء آدائهم لنشاطاتهم اليومية (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين صرحوا بأنهم بحاجة لمساعدة من أجل ممارسة نشاطاتهم اليومية 47%، فيما لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين يتمتعون باستقلالية أثناء آدائهم لنشاطاتهم 26%.

5-1-5- خ توزيع أفراد العينة حسب نوع النشاطات التي يحتاجون فيها إلى مساعدة.

تم سؤال المبحوثين الذين أعربوا عن حاجتهم إلى مساعدة من أجل أداء نشاطاتهم اليومية (تم استثناء 107 أشخاص أجابوا بعدم حاجتهم إلى مساعدة) عن نوع النشاطات التي يحتاجون فيها إلى مساعدة، النتائج موضحة من خلال الجدول أدناه.

الجدول رقم 05-19 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نوع النشاطات التي يحتاجون فيها إلى مساعدة (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		نوع النشاطات
النسبة	العدد	
22,56	65	التنقل 1
1,04	3	الذهاب إلى المرحاض 2
5,9	17	العناية الشخصية 3
8,33	24	أشغال المنزل 4
17,7	51	نشاطات أخرى (غير محددة)
44,44	128	أكثر من نوع واحد من النشاطات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

صرح أزيد من 44% من المبحوثين بأنهم يحتاجون للمساعدة من أجل ممارسة أكثر من نوع واحد من النشاطات، كما أفاد ما يقارب 23% منهم أنهم يحتاجون للمساعدة من أجل التنقل، فيما لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين يحتاجون للمساعدة من أجل الذهاب للمرحاض 1%.

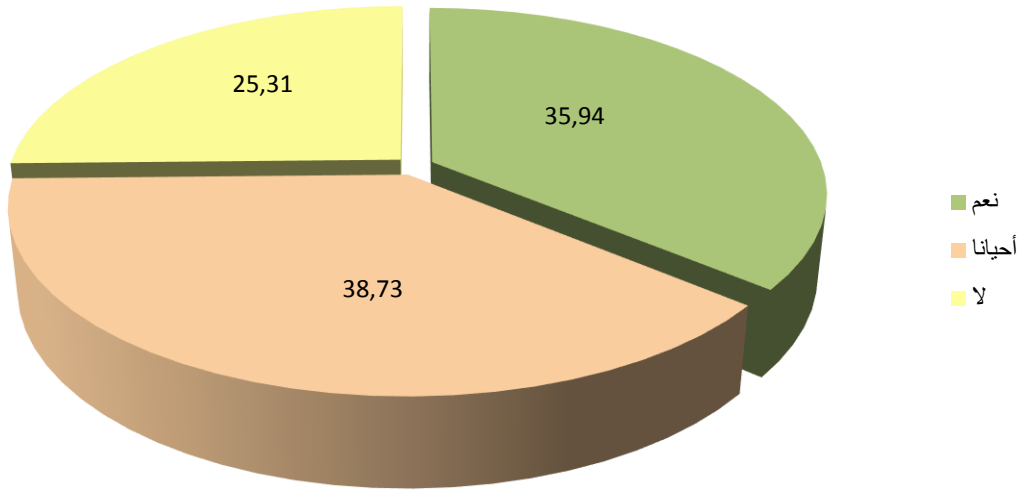
5-1-5- د توزيع أفراد العينة حسب الشخص الذي يلجئون إليه لطلب المساعدة من أجل ممارسة نشاطاتهم اليومية.

تم سؤال المبحوثين الذين أعربوا عن حاجتهم إلى مساعدة من أجل القيام بنشاطاتهم اليومية عن الشخص الذي يلجئون إليه عادة من أجل طلب المساعدة، أغلب الأشخاص أفادوا بأنهم يلجئون إلى فرد من أفراد العائلة لطلب المساعدة خاصة الأم، أحد الإخوة، الأب، الزوجة، الأبناء، بنما كانت إجابات البعض منهم: الجيران، الأصدقاء أو بعض الأقارب.

5-1-5-ذ توزيع أفراد العينة حسب تلقيهم للمقاومة في الاعتراف بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد...

نتائج الشكل أدناه توضح مدى تعرض المبحوثين للمقاومة التي تحول دون الاعتراف بحقهم في الأولوية في الإستفادة من مختلف الخدمات.

الشكل رقم 05-42 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تلقيهم للمقاومة التي تحول دون الاعتراف بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد... (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة المبحوثين الذين أعربوا عن عدم تلقيهم لأي مقاومة تحول دون الاعتراف بحقهم في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد... ما يقارب 40%.

5-1-5-ر مصدر المقاومة التي يتلقاها الأشخاص ذوي الإعاقة.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أعربوا عن تلقيهم لمقاومة تحول دون اعترافهم بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد... (142 أجابوا "نعم"، 153 أجابوا "أحيانا")، أما عن مصدر تلك المقاومة، يمكن عرض إجابات المبحوثين في النقاط التالية:

- أفراد المجتمع: يعتبر معظم الأشخاص ذوي الإعاقة أن المجتمع الجزائري غير متقف بالقدر الكاف الذي يؤهله للتعامل الإيجابي معهم، فهو يجهل الكثير عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الموظفين الإداريين خاصة في مراكز البريد والمواصلات، أين يضطر الأشخاص ذوي الإعاقة إلى طلب الإذن من المواطنين لتفادي احترام الطابور، غير أن هناك قلة من الأشخاص ذوي الإعاقة تفضل أن يتم معاملتها كالأشخاص الأسوياء .
- موظفي مكاتب البلدية والشؤون الاجتماعية.
- عمال النقل والمواصلات.
- عمال المحلات التجارية.
- بعض أفراد الأسرة.
- بعض الأطباء والمرضى.

5-1-5-ز توزيع أفراد العينة حسب تقييم نظرة المجتمع لإعاقتهم.

نتائج الجدول اللاحق تعكس آراء الأشخاص ذوي الإعاقة حول تقييمهم لنظرة أفراد المجتمع تجاه إعاقتهم.

الجدول رقم 05-20 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب تقييمهم لنظرة أفراد المجتمع تجاه إعاقتهم (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		نظرة أفراد المجتمع
العدد	النسبة	
91	23,03	نظرة قبول
94	23,79	نظرة شفقة
39	9,87	نظرة إستخفاف
25	6,32	نظرات أخرى
37	9,36	نظرة قبول-نظرة شفقة
49	12,40	نظرة قبول-نظرة إستخفاف
11	2,78	نظرة قبول-نظرات أخرى
9	2,27	نظرة قبول-نظرة شفقة- نظرة إستخفاف
5	1,26	نظرة قبول-نظرة شفقة- نظرة إستخفاف- نظرات أخرى
3	0,75	نظرة قبول-نظرة شفقة- نظرات أخرى
12	3,03	نظرة قبول-نظرة إستخفاف- نظرات أخرى
20	5,06	نظرة إستخفاف- نظرات أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

مثلت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يرون أن نظرة أفراد المجتمع للإعاقة هي نظرة شفقة الحصة الأسد بنسبة 24%.

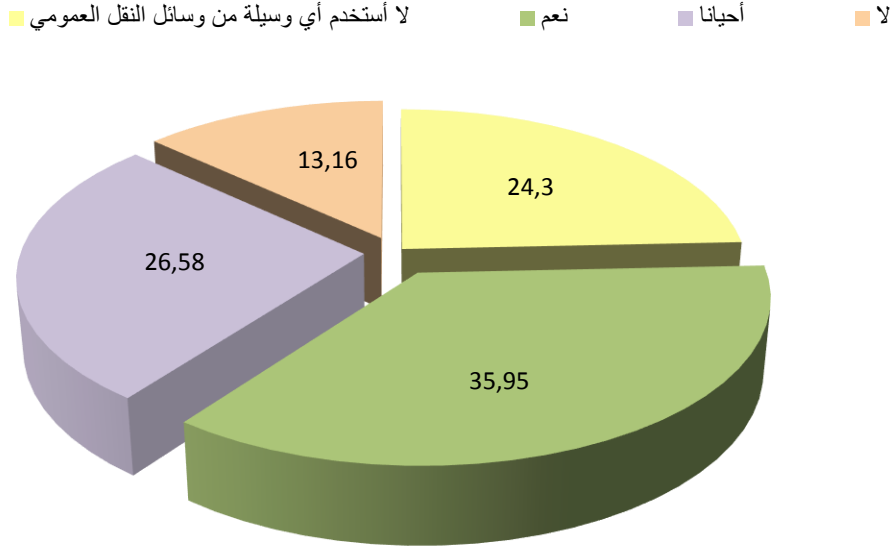
5-1-5-س توزيع أفراد العينة حسب الطريقة الأنسب لتعامل أفراد المجتمع مع إعاقتهم.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة عن الطريقة التي يعتبرون أنها الأمثل لتعامل أفراد المجتمع مع إعاقتهم، أغلبية المبحوثين أفادوا أن الطريقة المثلى للتعامل معهم هي كأشخاص طبيعيين، حيث أنكروا بشدة نظرات الشفقة والإستخفاف التي يرمقهم بها أفراد المجتمع، وأكدوا حقهم بالتمتع بكامل الإحترام والتقدير وعدم التمييز على أساس إعاقتهم .

5-1-5-ش توزيع أفراد العينة حسب موجهتهم لصعوبات أثنائهم استخدامهم لوسائل النقل العمومي.

تم سؤال المبحوثين فيما إذا كانت تواجههم صعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي (إجابات أولياء أمور الأطفال الأقل من 15 سنة تم أخذها بعين الاعتبار)، النتائج موضحة حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 05-43 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مواجهتهم لصعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي (النسبة %).



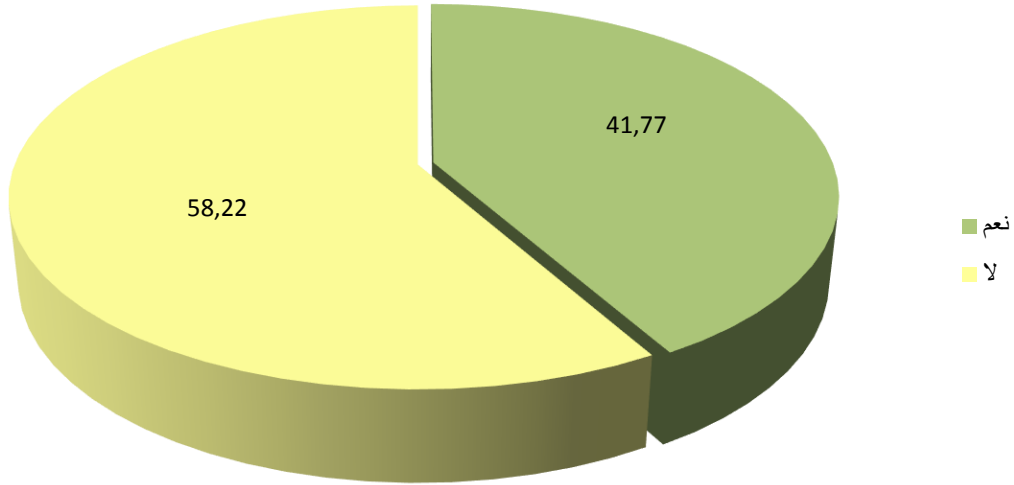
المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بلغت نسبة المبحوثين الذين نفوا استخدامهم لأي وسيلة من وسائل النقل العمومية 24%، فيما اعتبر ما نسبته 13% فقط من المبحوثين أنهم لا يواجهون صعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي.

5-1-5 ص توزيع أفراد العينة حسب إنتمائهم إلى جمعية.

تم سؤال المبحوثين فيما إذا كانوا ينتمون إلى جمعية معينة (إجابات أولياء أمور الأطفال الأقل من 15 سنة تم أخذها بعين الاعتبار)، النتائج موضحة حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 05-44 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مواجهتهم لصعوبات أثناء استخدامهم لوسائل النقل العمومي (النسبة %).



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لا ينتمون لأي جمعية تفوق نسبة نسبة الأشخاص الذين ينتمون إلى جمعية بفارق 16,45 نقطة.

5-1-5- ض توزيع أفراد العينة حسب مشاركتهم في نشاطات الجمعية.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بانتمائهم إلى جمعية والذين قدر عددهم ب 165 شخص فيما إذا كانوا يشاركون في نشاطات الجمعية، النتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 05-21 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في نشاطات الجمعية (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في نشاطات الجمعية
العدد	النسبة	
57	34,54	نعم
33	45,45	أحيانا
75	20	لا

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال نتائج الجدول أعلاه أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ينتمون إلى جمعية ويشاركون في نشاطاتها بلغت ما يقارب 35%.

5-1-5 ط توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن نشاطات الجمعية.

تم سؤال المبحوثين الذين ينتمون لجمعيات حول رضاهم عن الخدمات التي تقدمها الجمعيات التي ينتمون إليها، الجدول التالي يوضح النتائج:

الجدول رقم 05-22 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رضاهم عن الخدمات التي تقدمها الجمعيات التي ينتمون إليها (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن خدمات الجمعية
العدد	النسبة	
35	21,21	نعم
56	33,93	نوعا ما
74	44,84	لا

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

أعرب ما نسبته 21% فقط من المبحوثين الذين ينتمون إلى جمعية عن رضاهم عن الخدمات التي توفرها الجمعية.

5-1-5- ظ سبب عدم رضا الأشخاص ذوي الإعاقة عن الخدمات التي توفرها الجمعية.

تم سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأنهم غير راضين عن الخدمات التي توفرها الجمعية التي ينتمون إليها عن سبب ذلك، إجابات المبحوثين يمكن طرحها كالتالي:

- أغلبية الجمعيات تتمركز داخل المدن فهي بالتالي بعيدة كل البعد عن الأرياف والمناطق النائية.
- كثرة الإجراءات والتعقيدات التي تضعها الجمعيات لقبول الإنتماء إليها تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة يتراجعون عن رغبة الإنتماء.
- الجمعيات في الجزائر أضحت تخطئ بين العمل الخيري والنضال الحقوقي.
- إفتقاد وغياب مصداقية الجمعيات تحول دون رغبة إنتماء الأشخاص ذوي الإعاقة إليها حيث لم يعد الشخص ذوي الإعاقة يثق فيها.
- إنتماء الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الجمعية من عدمه لا يحدث إي تغيير إيجابي ملموس في جوانب حياتهم.
- غياب تمويل الجمعيات يحول دون قدرتها على تلبية احتياجات المنتميين إليها، مما يجعلها تفقد ثقة الأشخاص ذوي الإعاقة، بالتالي يُطلب من الدولة إعادة النظر في كيفية تمويل الجمعيات وطرق محاسبتها حتى لا يلجأ مسيروها للسرقة والإحتيال.
- تعتبر فئة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن اهتمام بعض الجمعيات انعطف عن مساره الحقيقي، فباتت وكرا للإنحراف والأعمال اللاأخلاقية.
- أغلبية الجمعيات اقتصر نشاطها في الأعياد والمواسم فقط لتعاود الإختفاء على مدار السنة.
- الجمعيات في الجزائر لا تعمل لأجل الأشخاص ذوي الإعاقة بل تعمل من أجل ملء حساب وخدمة مصالح مسيريهما فقط، بل هناك من يستغل حتى الأشخاص ذوي الإعاقة ليتمتع بهبات الجهات الأخرى لصالحه و فقط كالرحلات وبعض الامتيازات الأخرى مثل التدخل للحصول على سكن أو وظيفة..

5-1-5- ع توزيع أفراد العينة حسب آرائهم حول تمتعهم بالحماية الكافية من الناحية القانونية.

نتائج الجدول اللاحق تتمحور حول ما إذا كان الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة يرون أنهم يتمتعون بالحماية الكافية من الناحية القانونية.

الجدول رقم 05-23 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول ما إذا كانوا يتمتعون بحماية قانونية كافية (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالحماية الكافية من الناحية القانونية
العدد	النسبة	
86	21,77	لا أعلم
10	2,53	نعم
44	11,13	نوعا ما
225	64,55	لا

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

تظهر نتائج الجدول أن ما يقارب 23% من المبحوثين لا يوجد لديهم أي علم بالحقوق التي يتمتعون بها قانونيا وهو إن دل على شيء فهو يدل على تقصير الجهات الرسمية في التعريف بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كما تبين النتائج ذاتها أن 3% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة يرون أن القانون الجزائري يوفر لهم كامل الحماية اللازمة التي يحتاجونها.

5-1-5- غ توزيع أفراد العينة حسب الجهة أو الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة.

تم سؤال المبحوثين عن رأيهم حول الجهة أو الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة، النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 05-24 توزيع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب رأيهم حول الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة (النسبة %).

الأشخاص ذوي الإعاقة		الجهة التي لا تؤدي واجبها أمام قضية الأشخاص ذوي الإعاقة
العدد	النسبة	
103	26,07	الدولة بمختلف مؤسساتها
44	11,13	العائلة
8	2,02	القطاع الخاص
10	2,53	المجتمع
5	1,26	الجمعيات الخيرية
225	56,96	أكثر من جهة.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال النتائج أن ما يقارب 57% من الأشخاص ذوي الإعاقة يرون أن التقصير في التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة يرجع إلى أكثر من جهة من الجهات الوارد ذكرها في الجدول.

2-5 إختبار الفرضيات.

سيتم التطرق في هذا الجزء من الدراسة إلى المعالجة الإحصائية لمعطيات عينة الدراسة، أين سيتم تطبيق الأساليب والإختبارات الإحصائية التي تتناسب طبيعة توزيع البيانات، من أجل الوصول إلى التأكد من صدق فرضيات الدراسة من عدمه.

بناء على نظرية النهاية المركزية سيتم اعتبار أن بيانات عينة الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي¹ لأن حجم العينة $n=395$ (على الرغم من أن بيانات عينة الدراسة لا تتبع التوزيع الطبيعي "البراميتري" إلا أنه سيتم تطبيق الإختبارات الإحصائية البراميترية وذلك نظرا لكون حجم عينة الدراسة يبلغ 395 وهو حجم كبير لا يمكن تطبيق عليه الإختبارات الإحصائية اللابرامتريّة "اللامعلمية"، حيث أن هذه الأخيرة يمكن أن تطبق فقط على العينات الصغيرة جدا).

¹ لخضر ديلمي، محمد سحنون، "نظرية النهاية المركزية والإستدلال الإحصائي"، مجلة الإقتصاد الصناعي، العدد 4، جامعة الحاج لخضر باتنة 1، 2013، ص. 4.

1-2-5 إختبار الفرضية الرئيسية الرابعة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

1-2-5-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرئيسية الرابعة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الخلقية وصلة قرابة والدي الأشخاص ذوي الإعاقة.

من أجل إختبار صحة الفرضية الجزئية الأولى سيتم الإعتماد على إختبار khi-deux لذلك سيتم بناء الفرضيات كالتالي:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الخلقية وصلة قرابة والدي الأشخاص ذوي الإعاقة.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الخلقية وصلة قرابة والدي الأشخاص ذوي الإعاقة.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

الجدول رقم 05-25 تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الرابعة).

قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	
0,046	1	3,988	khi-deux de Pearson

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

بما أن قيمة Sig لم تتجاوز 0,05 إذن يمكن اتخاذ القرار برفض الفرضية الصفرية H_0 و قبول الفرضية البديلة H_1 ، إذن توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين الإعاقة الخلقية وصلة قرابة والدي الأشخاص ذوي الإعاقة.

5-2-1-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرئيسية الرابعة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.

من أجل إختبار الفرضية الجزئية الثانية سيتم الإعتماد على إختبار khi-deux الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 05-26 تحليل نتائج إختبار khi-deux للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الرابعة).

قيمة Sig	ddl	قيمة khi-deux	
0,538	1	0,379	khi-deux de Pearson

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج إختبار khi-deux أن قيمة Sig تفوق قيمة الدلالة المعنوية 0,05 ومنه يمكن قبول الفرضية الصفرية H_0 و رفض الفرضية البديلة H_1 ، إذن لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.

5-2-1-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرئيسية الرابعة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

سيتم إختبار الفرضية الفرعية الأولى بواسطة إختبار Coefficient de contingence الذي ينص على:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

النتائج موضحة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم 05-27 تحليل نتائج Coefficient de contingence للفرضية الجزئية

الثالثة (الفرضية الرابعة).

العينة n	قيمة C	قيمة P	$p > 0.05$ *
395	0.222	0.000	*

coefficient de contingence

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال نتائج الجدول أنه توجد علاقة متوسطة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن ($0,2 > C = 0,222 > 0,5$).

الجدول التالي يلخص نتائج الفرضية الرئيسية الرابعة:

الجدول رقم 05-28 نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الرابعة.

النتائج	الفرضيات
محقة جزئيا	الفرضية الرئيسة الرابعة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.
الفرضيات الفرعية	
محقة	1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الإعاقة الخلقية و صلة القرابة.
غير محقة	2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.
محقة	3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

المصدر: من إعداد الباحثة.

بعد إختبار 3 فرضيات جزئية للفرضية الرئيسية الرابعة تبين أن الفرضية تم تحققها في كل من الفرضيتين الأولى والثالثة، إذن يمكن إتخاذ القرار بشأن الفرضية الرئيسية الرابعة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الخصائص المتعلقة بالحالة الصحية والخصائص العامة.

5-2-2 إختبار الفرضية الرئيسية الخامسة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية-الإجتماعية والخصائص العامة، وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

5-2-2-أ إختبار الفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الخامسة)

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.

بغية التأكد من صدق الفرضية الجزئية الأولى سيتم الاعتماد على **coefficient de contingence** ، بناءً على ذلك سيتم تعديل الفرضيات كالتالي:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

الجدول رقم 05-29 تحليل نتائج إختبار **coefficient de contingence** للفرضية الجزئية الأولى (الفرضية الخامسة).

العينه n	قيمة c	قيمة P	$p > 0.05$
395	0.12	0,676	

coefficient de contingence

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال النتائج أن قيمة Sig تفوق قيمة الدلالة المعنوية 0,05 ومنه يمكن قبول الفرضية الصفرية H_0 و رفض الفرضية البديلة H_1 ، إذن لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.

5-2-2-ب إختبار الفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الخامسة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.

من أجل إختبار صحة الفرضية سيتم الاعتماد على **coefficient de contingence** الذي بنص على مايلي:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

الجدول رقم 05-30 تحليل نتائج إختبار على **coefficient de contingence** للفرضية الجزئية الثانية (الفرضية الخامسة).

العينة n	قيمة C	قيمة P	$p > 0.05$ *
395	0,218	0,000	
			coefficient de contingence

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال نتائج الجدول أعلاه أن قيمة Sig أقل من مستوى الدلالة، يمكن إتخاذ القرار برفض الفرضية الصفرية H_0 وقبول الفرضية البديلة H_1 ، إذن توجد علاقة متوسطة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين تأثير الحالة الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة ($0,5 > 0,218 = C > 0,2$)

5-2-2-ت إختبار الفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الخامسة)

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.

بناء على **coefficient de contingence** سيتم تعديل الفرضيات كالاتي:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

الجدول رقم 05-31 تحليل نتائج **coefficient de contingence** للفرضية الجزئية الثالثة (الفرضية الرابعة).

العينة n	قيمة C	قيمة P	$p > 0.05$
395	0,041	0,712	
			coefficient de contingence

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتبين من خلال قيمة Sig التي تفوق قيمة الدلالة المعنوية أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0,05 بين قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.

5-2-2-ث إختبار الفرضية الجزئية الرابعة (الفرضية الخامسة).

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد... ومتغير الجنس.

من أجل إختبار صحة الفرضية سيتم الإعتماد على **coefficient de contingence** الذي بنص على مايلي:

H_0 : لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد... ومتغير الجنس.

H_1 : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد...ومتغير الجنس.

إذا كانت قيمة $Sig > 0.05$ تُقبل الفرضية الصفرية H_0 و تُرفض الفرضية البديلة H_1 .

الجدول رقم 05-32 تحليل نتائج coefficient de contingence للفرضية الجزئية

الرابعة (الفرضية الخامسة).

العينة n	قيمة C	قيمة P	$p > 0.05$
395	0,043	0,695	
			coefficient de contingence

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات برنامج Spss22.

يتضح من خلال نتائج coefficient de contingence أن قيمة Sig تفوق قيمة الدلالة المعنوية 0,05 ومنه يمكن قبول الفرضية الصفرية H_0 و رفض الفرضية البديلة H_1 ، لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية للإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد...ومتغير الجنس.

الجدول التالي يلخص نتائج الفرضية الرئيسية الخامسة:

الجدول رقم 05-33 نتائج إختبار الفرضية الرئيسية الخامسة.

النتائج	الفرضيات
غير محققة	الفرضية الرئيسية الخامسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية-الإجتماعية والخصائص العامة، وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر
الفرضيات الفرعية	
غير محققة	1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.
محققة	2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.
غير محققة	3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين قدرة الشخص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.
غير محققة	4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد...ومتغير الجنس.

المصدر: من إعداد الباحثة.

بعد إختبار 4 فرضيات جزئية للفرضية الرئيسية الخامسة تبين أن الفرضية تم تحققها فقط حسب الفرضية الثانية، إذن يمكن إتخاذ القرار بشأن الفرضية الرئيسية الخامسة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين الخصائص المتعلقة بالوضعية النفسية-الإجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة وللخصائص العامة.

خلاصة.

أظهرت نتائج الدراسة أن فئة الأشخاص ذوي الإعاقة تعاني بصمت، لما لها من احتياجات تعليمية، صحية، اقتصادية واجتماعية، كما أنها تواجه عراقيل وحواجز تحول دون اندماجها بصفة سلسة بين أفراد المجتمع، كما بينت النتائج أن ظاهرة الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة هي ظاهرة جد معقدة، وهي تدخل في إطار نظام التفاعلات والترابط المتبادل بين احتياجات، تطلعات ومطالب هؤلاء الأشخاص و تعقد الاستجابات التي يتم تكييفها، وللوقوف عند حقيقة مدى توافق الإستجابات والتدابير المتخذة واحتياجات تلك الفئة، وإذ أن واقع الأشخاص ذوي الإعاقة لا يشمل فقط ردود وآراء الأشخاص المعنيين بل يشمل أيضا مختلف الهياكل والمؤسسات التي تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة، يسعى الفصل السادس للتطرق للإستراتيجية التي سطرتهما الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة.

الفصل السادس:

إستراتيجية التكفل

بالأشخاص ذوي

[الإعاقة في الجزائر].

تمهيد:

يقدم الفصل السادس رؤية واضحة حول الإستراتيجية التي سطرتها الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة ومختلف السياسات والتدابير المتعلقة بحماية وترقية حقوقهم، للتأكد من مدى صدق فرضية الدراسة التي مفادها: توجد توجهات إيجابية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، بناء على مضمون المقابلات الشخصية التي تمت مع الأشخاص المعنيين بشكل مباشر بقضية الإعاقة، ومدعمة بما ورد ضمن النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بهاته الفئة، كما تضمن الفصل تقييم مدى نجاح الجزائر في تطبيق وتنفيذ تلك الإستراتيجية ومراعاتها للاتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.

1-6 الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والمعاقين التي شملتها الدراسة الميدانية.

من أجل التعرف على المحاور الكبرى المحددة للإستراتيجية التي اعتمدها الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، تم اختيار وتحديد الجهات التي تُعنى بقضية الإعاقة بشكل مباشر، على هذا الأساس تم إجراء زيارات ميدانية للهيئات الأكثر اهتماما بقضية الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر الآتي ذكرها.

1-1-6 المديرية العامة لحماية وترقية المعاقين بوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

قبل التطرق إلى المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة، سيتم الوقوف أولا من أجل التعرف على وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة¹ هي فرع وزاري في الحكومة الجزائرية تأسست سنة 1962.

الصورة رقم 06-01 مقر وزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة.



وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 134-13 المؤرخ في 29 جمادى الأولى عام 1434 الموافق 10-04-2013 تم تجديد تحديد صلاحيات وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة وفقا لعدة مواد منها²:

¹ يقع مقر وزارة التضامن الوطني الأسرة وقضايا المرأة بالطريق الوطني رقم 01 - ص ب رقم 31 بنر خادم - الجزائر.

² https://www.msncf.gov.dz/?p=prot_integr_handicap, Consulté le 02-05-2020.

1- المادة 01: يقترح وزير التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، في إطار السياسة العامة للحكومة وبرنامج عملها، عناصر السياسة الوطنية في مجال التضامن الوطني، الأسرة والتنمية الاجتماعية بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية، ويتولى متابعتها ومراقبة تنفيذها وفقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها، كما يقدم نتائج نشاطاته إلى الوزير الأول والحكومة ومجلس الوزراء حسب الأشكال والكيفيات والآجال المقررة.

2- المادة 02: يختص وزير التضامن الوطني، والأسرة وقضايا المرأة بكل النشاطات المرتبطة بالتضامن، الأسرة، قضايا المرأة والتنمية الاجتماعية، وبهذه الصفة يتولى في حدود صلاحياته عند الاقتضاء بالاتصال مع الدوائر الوزارية الأخرى، على الخصوص ما يأتي:

❖ المبادرة بالدراسات الاستشرافية والبحوث الكفيلة بتحديد اختيارات الحكومة فيما

يخص التضامن الوطني، الأسرة، قضايا المرأة والتنمية الاجتماعية.

❖ اقتراح الإستراتيجية الوطنية لحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، في إطار

قطاعي. مشترك.

❖ تصور سياسة وطنية واستراتيجية وطنية لحماية الأسرة وترقيتها وتنفيذها في إطار

قطاعي مشترك.

❖ دعم كل عمل يرمي إلى التكفل بالفئات المحرومة، حمايتها، ترقيتها وتحسين

ظروف معيشتها.

❖ إعداد وتنفيذ إستراتيجية وطنية لحماية المرأة وترقيتها وتعزيز مساهمتها في

التنمية الوطنية.

❖ تصور برامج التنمية الاجتماعية وتنسيق تنفيذها.

❖ اقتراح برامج عمل تهدف إلى حماية، ترقية الأسرة، المرأة، الشخص المسن،

الطفل والمراهق، لا سيما المحرومين أو الذين يعيشون وضعا اجتماعيا صعبا، وكذا

برامج التضامن تجاه الشباب وتنفيذها بالاتصال مع القطاعات المعنية.

❖ اقتراح ووضع الآليات والأدوات الرامية إلى محاربة الفقر، الإقصاء، التهميش

والتخفيف من الهشاشة الاجتماعية وتنفيذها ومراقبتها، وكذا تشجيع الحفاظ على

التلاحم الاجتماعي وتدعيمه.

❖ تحديد البرامج الموجهة خصيصا للفئات الاجتماعية في وضع صعب أو في وضعية حرمان وتنفيذها بالاتصال مع مؤسسات الدولة، القطاعات المعنية والحركة الجمعوية.

❖ المبادرة ببرامج التنمية الاجتماعية، تراتيب المساعدة والنشاط الاجتماعي للدولة، بما فيها النشاط الاجتماعي والتضامن الجواريين، تنفيذها ومراقبتها.

❖ تطوير نشاطات بإمكانها أن تدر موارد ترمي إلى محاربة الفقر والمساهمة في الإدماج الاجتماعي والمهني لفئات السكان في وضع اجتماعي صعب، في إطار آليات وبرامج المساعدة والتضامن.

❖ إعداد إستراتيجية الاتصال والتحسيس في مجال التضامن، الأسرة، قضايا المرأة والتنمية الاجتماعية.

❖ تشجيع ترقية الحركة الجمعوية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي وتطويرها.

❖ المساهمة في تنفيذ الأعمال ذات الطابع الإنساني والاجتماعي المبادر بها خلال حالات الكوارث والنكبات والاستعجال الاجتماعي.

❖ اقتراح كل التدابير الملائمة الرامية إلى ترقية وتحسين قضايا المرأة وتنفيذها.

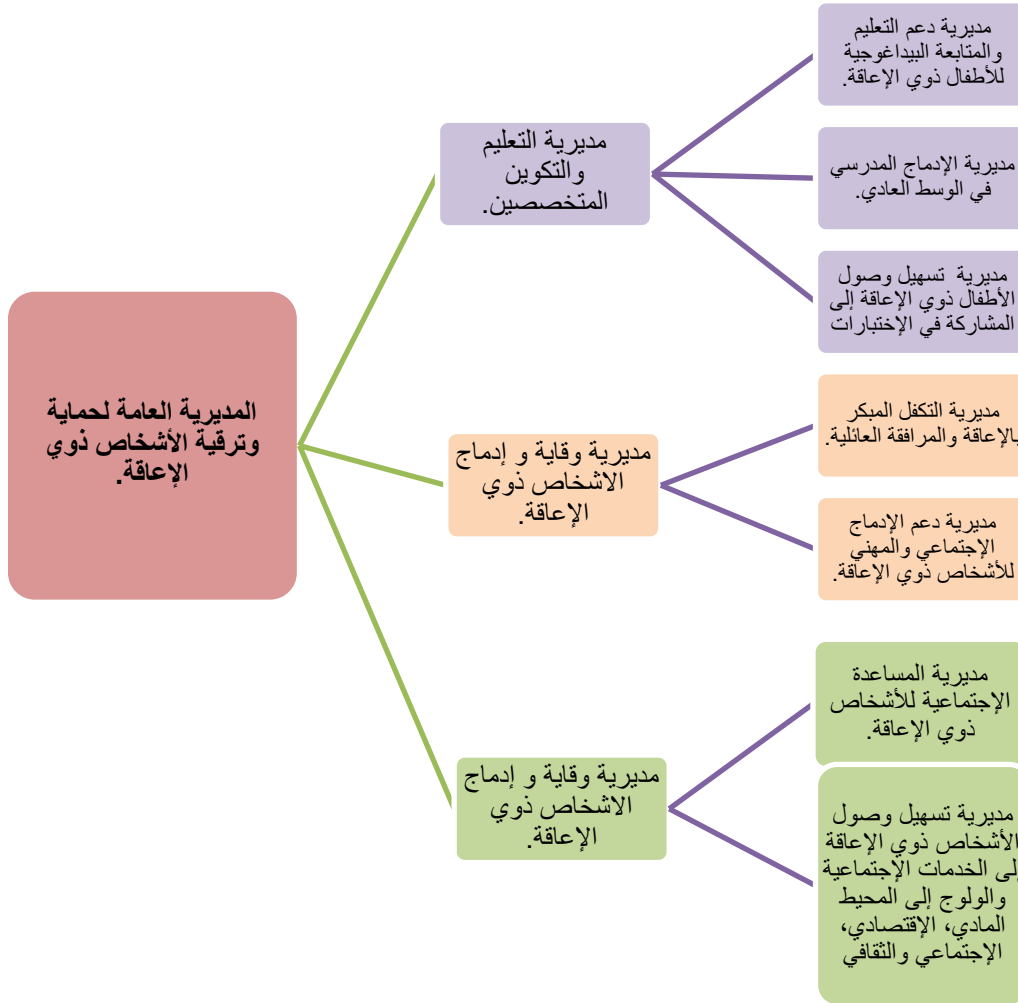
3- المادة 3: يقترح وزير التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، في حدود صلاحياته، وضع كل آلية تنسيق قطاعية مشتركة أوكل جهاز استشارة وتشاور من شأنه ضمان أحسن للتكفل بالمهام المسندة إليه.

4- المادة 4: يبادر وزير التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بوضع نظام إعلام واتصال ذي صلة بالنشاطات التابعة لمجال اختصاصه، يحدد أهدافها ويعد الاستراتيجيات المرتبطة بها.

تضم وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة عدة مديريات من بينها المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة وهي التي تُعنى بشكل مباشر بكل ما يتعلق بقضية الإعاقة.

يتضمن الشكل اللاحق المديريات الفرعية التي تشملها المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة.

الشكل رقم 06-01 المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة.



المصدر: وثائق متحصل عليها خلال الزيارة الميدانية لوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

حسب مشروع المرسوم التنفيذي رقم 13-135 المؤرخ في 29 جمادى الأولى عام 1434 الموافق 10-04-2013 الذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، تكلف المديرية العامة لحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، بالإتصال مع الدوائر الوزارية والمؤسسات

1
المعنية بما يأتي :

❖ اقتراح عناصر سياسة حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وتحديدها.

¹ https://www.msncf.gov.dz/?p=dg-promotion_protection_ph, consulté le 06-05-2020.

❖ اقتراح كافة التدابير المشجعة على الاستقلالية والاندماج المدرسي والإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين وتنفيذها.

❖ المبادرة بجمع الدراسات التي تهدف إلى حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم.

❖ المبادرة بالبرامج والمناهج الضرورية للتكفل الإقامي بالأشخاص المعوقين وتطبيقها.

❖ السهر على وضع آليات تهدف إلى ضمان الوقاية والتكفل المبكر بالإعاقة، بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية.

❖ وضع أدوات التحليل والتقييم لسياسة حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم.

❖ تطوير آليات التشاور والتنسيق والشراكة مع المؤسسات والهيئات العمومية والخاصة والجمعيات المعنية.

❖ اقتراح برامج وتدبير من شأنها تسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى المحيط المادي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي وتنفيذها، في إطار تشاوري.

❖ اقتراح مشاريع النصوص القانونية في مجال حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم والمساهمة في إعدادها بالاتصال مع الهيكل المركزي المعني.

6-1-1 أ مديرية التربية والتعليم المتخصصين.

تكلف مديرية التربية والتعليم المتخصصين بالاتصال مع الدوائر الوزارية والمؤسسات المعنية بما

يأتي:

• تصور برامج التربية والتعليم المتخصصين للمؤسسات العمومية، الخاصة وإعدادها والسهر على تنفيذها.

• متابعة التطبيقات والتطورات البيداغوجية.

• السهر على تبادل الخبرات بين مختلف المؤسسات وتشجيع البحث في مجال التربية والتعليم المتخصصين، بالاتصال مع الهيكل المركزي المعني.

• ضمان متابعة برامج مؤسسات التربية والتعليم المتخصصين، العمومية والخاصة، وتقييمها ومراقبتها، بالاتصال مع الهيكل المركزي المعني.

• إعداد كافة التدابير والأدوات الهادفة إلى ترقية إدماج واندماج الأطفال المعوقين في منظومة التربية الوطنية والتكوين المهني، والسهر على تطبيقها.

تضم مديرية التربية والتعليم المتخصصين ثلاث مديريات فرعية:

أ- المديرية الفرعية لدعم تـمدرس الأطفال المعوقين ومتابعتهم البيداغوجية: تكلف بما يأتي:

- تصور وإعداد برامج التربية والتعليم المتخصصين للمؤسسات العمومية والخاصة، السهر على تنفيذها، وضمان متابعتها البيداغوجية وتقييمها.
- السهر على انسجام وتقييم طرق التعليم لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصين بتشجيع تبادلات المناهج الحديثة المكيفة والتفاعلية.
- المساهمة في ترقية التربية التحضيرية وتعميمها.
- تطوير الأنشطة الثقافية والترفيهية والرياضية والتسلية المكيفة الموجهة للطفل والمراهق ذوي الإعاقة.
- تقديم الدعم التقني والبيداغوجي للمؤسسات والمراكز المختصة، بالاتصال مع المراكز الوطنية للتكوين.
- ضمان متابعة برامج التربية والتعليم المتخصصين للمؤسسات العمومية والخاصة، تقييمها ومراقبتها.

ب- المديرية الفرعية لدعم الإندماج المدرسي في الوسط العادي: تكلف بما يأتي:

- اقتراح كافة التدابير الرامية إلى ترقية إدماج الأطفال المعوقين في الوسط التربوي العادي وتنفيذها، بالاتصال مع الدائرة الوزارية المعنية.
- السهر على إعداد الدعائم البيداغوجية والمساعدات التقنية والتعليمية الضرورية لتطبيق برامج التكفل.
- المساهمة في وضع الأدوات الضرورية للمتابعة والتقييم التقني والبيداغوجي.
- ضمان متابعة تطبيق البرامج البيداغوجية المقدمة، بالاشتراك مع الدوائر الوزارية والمؤسسات المعنية، تقييمها ومراقبتها.

ت- المديرية الفرعية لتسهيل مشاركة الأشخاص المعوقين في الامتحانات والمسابقات، وتكلف بما يأتي:

- القيام بالتدابير الرامية إلى تسهيل شروط مشاركة الأشخاص المعوقين في الامتحانات والمسابقات، بالاتصال مع القطاعات المعنية.
- وضع الوسائل البشرية والمادية الضرورية لإجراء أحسن لامتحانات والمسابقات، بالإتصال مع القطاعات المعنية.

- القيام بكل الأعمال التي تهدف إلى تحسين عملية إجراء الاختبارات والتي تسمح للأشخاص ذوي الإعاقة المترشحين الاستفادة من الشروط المادية والمساعدات التقنية والإعانات المكيفة مع وضعيتهم.

6-1-1-ب مديرية الوقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

تكلف مديرية الوقاية وإدماج الأشخاص المعوقين بالإتصال مع الدوائر الوزارية والمؤسسات المعنية بما يأتي:

- القيام بكل الأعمال والدراسات والبحوث في إطار الوقاية والتكفل المبكر بالإعاقات.
- تصور برامج الوقاية والإدماج وتنشيطها في مجال الإعاقة وضمان متابعة مراقبتها.
- إعداد جميع التدابير التي تهدف إلى تطوير الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين والسهر على تنفيذها.
- تشجيع إنشاء مؤسسات متخصصة عمومية وخاصة للإدماج المهني للأشخاص المعوقين البالغين.
- وضع كافة التدابير الرامية إلى ضمان التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في وضع تبعية وإعانتهم.

تضم مديرية الوقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة مديريتين (2) فرعيتين:

- أ- المديرية الفرعية للتكفل المبكر بالإعاقة والمرافقة العائلية: وتكلف بما يأتي:
- إعداد برامج الوقاية والتكفل المبكر بالإعاقة، بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية.
- ضمان تنفيذ برامج الوقاية والتكفل المبكر بالإعاقة، والمرافقة العائلية ومتابعتها.
- تصور وتنفيذ برامج الإعلام والتوعية في إطار الوقاية والكشف عن الإعاقات، بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية.

ب - المديرية الفرعية لدعم الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين: تكلف بما يأتي:

- اقتراح كل التدابير الرامية إلى تطوير وترقية الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين وتنفيذها، بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية.
- دعم كل نشاط يرمي إلى الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين.
- المساهمة في تطوير البرامج والتدابير الرامية إلى تسهيل ظروف المعيشة للأشخاص المعوقين.

6-1-1-ت مديرية البرامج الاجتماعية للأشخاص المعوقين.

تكلف مديرية البرامج الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة بالاتصال مع الدوائر الوزارية والمؤسسات المعنية بما يأتي:

- ضمان التصور والتنشيط والتنفيذ في مجال المساعدات الاجتماعية.
 - القيام بكل الأعمال أو الدراسات أو البحوث التي ترمي إلى تطوير نشاطات المساعدة الاجتماعية وترقيتها.
 - المبادرة بكل تدبير وبرنامج في إطار تشاوري من شأنه تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي.
 - ضمان متابعة تطبيق برامج المساعدات الاجتماعية وتقييمها ومراقبتها.
- تضم مديرية البرامج الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة مديريتين فرعيتين:
- أ- المديرية الفرعية للمساعدة الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة: تكلف بما يلي:
- تحضير العناصر اللازمة لإعداد المنح الموجهة للأشخاص المعنيين ووضع المساعدات الاجتماعية ومتابعة تنفيذها وتقييم أثرها.
 - ضمان جمع المعطيات والإحصائيات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
 - ضمان تنسيق ومتابعة نشاطات المصالح الاجتماعية المكلفة بالمساعدات الاجتماعية الممنوحة للأشخاص المعنيين ومتابعتها، بالاتصال مع المؤسسات تحت الوصاية والهيكل والمصالح غير الممركزة وكذا الدوائر الوزارية المعنية.
- ب- المديرية الفرعية لدعم الحصول على الخدمات الاجتماعية والوصول إلى المحيط المادي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وتكلف بما يأتي:
- وضع البرامج التي تسمح بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة للخدمات الاجتماعية الأساسية ومتابعة تنفيذها.
 - القيام بالدراسات الضرورية لإعداد برامج المساعدة التقنية والمساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة.
 - ضمان متابعة تنفيذ برامج دعم تسهيل الوصول على الخدمات الاجتماعية الأساسية لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة.
 - اقتراح التدابير التي تسمح بتسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى المحيط المادي والاقتصادي، الاجتماعي والثقافي، لاسيما للأماكن العمومية والبنيات والسهر على تنفيذها، بالاتصال مع الدوائر الوزارية المعنية.

- تشجيع كل دراسة وبحث في مجال تسهيل الوصول وتكثيف الخدمات والتجهيزات والمنشآت لفائدة الأشخاص المعوقين.
- تحديد العراقيل التي تعيق تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الاقتصادي، الإجتماعي والثقافي، بالاتصال مع القطاعات المعنية والحركة الجموعية، واقتراح الحلول التي من شأنها الاستجابة لاحتياجاتهم في هذا المجال.
- اقتراح نشاطات إعلامية وتحسيسية في مجال تسهيل الوصول بالاتصال مع القطاعات المعنية.

2-1-6 الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تعتبر الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة¹ منظمة غير حكومية مرجعية ورائدة في مجال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على الصعيدين الوطني والدولي على حد سواء.

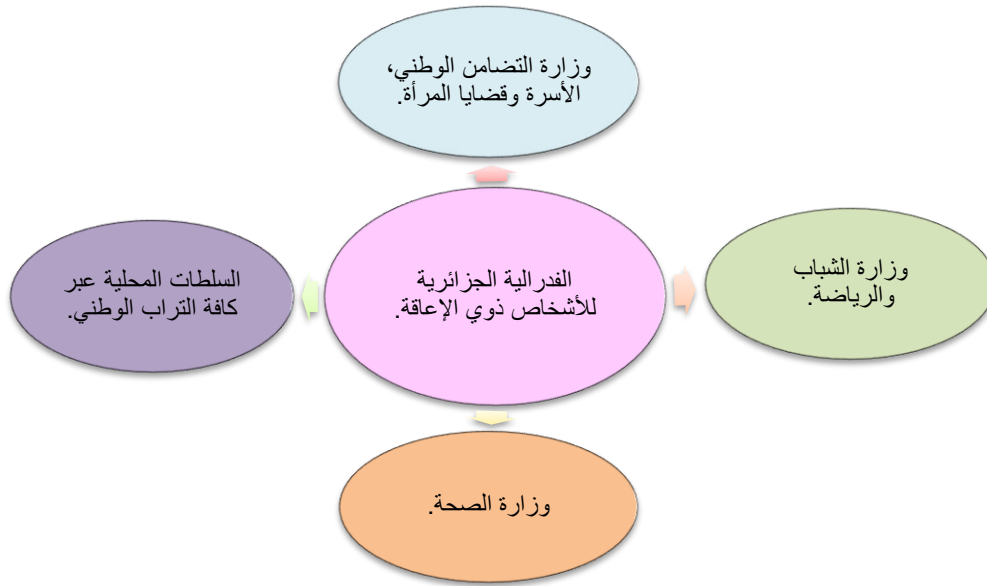
تسعى الفدرالية للترقية والدفاع عن حقوق ومواطنة الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس يضمن تحقيق مبدأ تساو الفرص للجميع، بناءا عليه تقوم الفدرالية بتحفيز، تنشيط، هيكلية، تدريب وتكوين عدة شبكات تهتم بقضية الأشخاص ذوي الإعاقة، عائلات الأطفال ذوي الإعاقة والجمعيات الناشطة في مجال الإعاقة، ومن أجل تدعيم وتعزيز قدراتهم حتى يصبحوا فاعلين في تحسين ظروف عملهم، حياتهم والتمتع بكافة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (تسهيل تمكين الأطفال ذوي الإعاقة من التعلم، تسهيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية اللازمة، تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بكامل رفاهيتهم...) وهذا بالرجوع إلى الأهداف المسطرة ضمن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.

وضعت الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة في متناول الجمعيات الفاعلة في مجال الإعاقة التابعة لها برنامجا سنويا لتعزيز قدراتها، كما شكلت فرقة عمل تضم إتحاد الأشخاص الصم، إتحاد آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، جمعية المعلمين المتخصصين للمكفوفين وجمعية الدعم المتبادل للأسرة، يهدف هذا البرنامج إلى إعداد تقرير بديل حول الصعوبات الفعلية التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة في حياتهم اليومية، بالإضافة إلى تقديم كافة الإقتراحات الممكنة التي من شأنها إحداث تغيير إيجابي على نوعية حياتهم.

¹ يقع مقر الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة بحي الأسفودال Cité les Asphodèles ص ب رقم 2 ب بن عكنون الجزائر.

تعمل الفدرالية على تنفيذ عدة مشاريع تجريبية ذات قيمة مرجعية بهدف تبنيها من قبل السلطات العامة، الشبكات التابعة للفدرالية وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة التي تنتسب للفدرالية كتجارب معتمدة ومطبقة على أرض الواقع.

الشكل رقم 06-02 الجهات الرسمية ذات الشراكة مع الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على وثائق مقدمة من قبل الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تسعى الفدرالية الجزائرية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى بدء حملة وطنية واسعة النطاق من أجل تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الإستفادة من كامل حقوقهم، الأمر الذي يتيح للمجتمع المدني إمكانية التقدم لتحقيق المزيد من الديمقراطية والعدالة في إدارة الشؤون العامة.

3-1-6 مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري لمدينة الجزائر العاصمة ETUSA.

هي اختصار ل'Établissement Public de Transport Urbain et Suburbain d'Alger التي تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي تجاري، تم إنشاء المؤسسة¹ وفقا للمرسوم تنفيذي الحامل لرقم 03 - 435 المؤرخ في 13-11-2003.

¹ يكمن مقر مؤسسة ETUSA ب 21 شارع غرمول الجزائر العاصمة.

تسعى مؤسسة ETUSA إلى تلبية متطلبات المواطنين من النقل الحضري والشبه حضري في كل الظروف وبأكبر قدر من الميزات الموفرة من حيث السلامة، وجودة الخدمة والراحة.

الصورة رقم 06-02 الشعار الخاص بمؤسسة ETUSA.



ETUSA في كل مكان ETUSA للجميع.

تتزعّم ETUSA وسائل النقل العام في أنماط الحضرية وشبه الحضرية في ولاية الجزائر العاصمة، وتوفر حركة يومية للملايين من الأشخاص، ومن خلال الاستماع إلى المسافرين العملاء والإدارات والشركات تقدم هذه المنشأة حلولاً مبتكرة للتنقل لتتكيف مع كل حركة وإشكالية حيث تستفيد الآن من التجربة والخبرة التي اكتسبتها من خلال أكثر من قرن من وجودها، كما تهدف المؤسسة لخدمة كل البلديات وتوسيع أنشطتها إلى المراكز الحضرية الجديدة التي تعرفها مدينة الجزائر العاصمة. معلومات أخرى حول المؤسسة.

❖ عدد خطوط المؤسسة 154 خط كلها مستعملة.

❖ عدد الحافلات 275 حافلة ملك للمؤسسة وبعضها مستأجرة.

❖ عدد العمال توفر المؤسسة أزيد من 3700 منصب شغل.

الشكل رقم 06-03 الخدمات المقدمة من طرف مؤسسة ETUSA.



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على وثائق مقدمة من طرف مؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري لمدينة الجزائر العاصمة ETUSA.

توفر المؤسسة عدة خدمات موضحة حسب الشكل أعلاه، فيما تبقى أهم خدمة توفرها تتمثل في نقل الأشخاص بما فيهم فئة الأشخاص ذوي الإعاقة.

4-1-6 جمعية التواصل لأطفال التوحد بولاية باتنة.

هي جمعية ولائية تتكفل بالأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، تم إنشاؤها بتاريخ 18-10-2016 من قبل أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة¹ الذين يعكفون على تمويلها ذاتيا وبلغ عددهم 16 ولي، يتم تسيير الجمعية وفق القانون الداخلي الذي حددته الدولة عن طريق: أعضاء المكتب التنفيذي، رئيس الجمعية ومن ينوبه، أمين المال ومن ينوبه، كاتب العام ومن ينوبه بالإضافة إلى المساعد، أما

¹ بقع مقر جمعية تواصل لأطفال التوحد ب شارع 19 جوان 1965 حي النصر، ملاصقة للمدرسة الابتدائية -سمية باتنة- تم إنشاؤها تحت رقم التقييد 2019/39، رقم حسابها البنكي 00300344005189200045 باسم جمعية تواصل لأطفال التوحد، بنك الفلاحة والتنمية الريفية باتنة .BADR

التكفل بالأطفال فيتم بعد تشخيص الطبيبة المختصة التي توجهه حسب حالته إلى تكوين خاص يتم بفضل كوكبة من المختصين المتطوعين (6 أخصائيين نفسانيين، 8 أطفونيين، أستاذة لغة عربية وأخرى مختصة بالأجنبية، أستاذ خط).

2-6 إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

سطرت وزارة التضامن الوطني عبر مديريتها العامة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة وترقيتهم إستراتيجية شاملة تتضمن محاور كبرى للتكفل بهذه الفئة، والتي تهدف إلى تثبيت وتكريس بحكم القانون إلزامية تضامن الأمة تجاه هذه الفئة قصد ضمان تقديم المرافقة والدعم اللازمين لها، تتمثل المحاور الكبرى للإستراتيجية في:

1-2-6 إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.

سيتم توضيح استراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم فيما يلي:

6-1-2-أ مضمون استراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.

يُشكل تدرس الأطفال ذوي الإعاقة وتكوينهم انشغالا دائما للدولة من أجل تمكينهم من حقهم الدستوري في التربية، التعليم والتكوين الذي كفله المشرع الجزائري، على غرار سائر الأطفال الجزائريين.

تنص المادة رقم 14 من الفصل الثالث من القانون الجزائري رقم 02-09 المؤرخ في 08-05-2002 المتعلقة بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة وترقيتهم على ضمان التكفل المبكر بالأطفال ذوي الإعاقة، بحيث يبقى مضمونا بغض النظر عن سن الطفل أو مدة تدرسه طالما بقيت حالته المتعلقة بالإعاقة تبرر ذلك¹.

تؤكد المادة رقم 15 من ذات القانون على ضرورة إلزام الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة بالتمدرس، حيث يعتبر هذا الأخير إجباريا في الجزائر بحكم القانون.

تجدر الإشارة إلى أن التكفل هو عملية تقوم بها هيئة معينة من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف التي تسمح للفرد بالوصول إلى ضمان تمتعه الكامل بحقوقه وإحساسه بالعدالة وسط أفراد المجتمع.

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2002, p. 8.

يعرف أيضا بأنه وسيلة نفسية إجتماعية تسعى لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين من خلال تنمية قدراته وتطوير مهاراته واستغلالها أحسن إستغلال.

يعتبر بعض المختصين أن التكفل هو جملة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية سواء من خلال استعمال وسائل مادية أو معنوية، يتم من خلالها التركيز على الشخص بهدف علاجه أو مساعدته على حل مشاكله والتأقلم معها، كما يرى البعض الآخر بأنه مصطلح واسع يشمل كافة المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقول العلاجية، التربوية، البيداغوجية، النفسية والاجتماعية التي قد يكون الهدف منها علاج نفسي أو إعادة تأهيل أرتوفاوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات¹.

يُقصد بالتكفل كذلك العملية الكلية التي تتظافر من خلالها جهود فريق من المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص ذوي الإعاقة على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة².

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة تسعى لإدماج الشخص ذوي الإعاقة من الناحية التربوية، النفسية، الاجتماعية والمهنية بالإضافة إلى توعية كافة أفراد المجتمع بضرورة إنكفاء وعيهم لمعرفة كيفية التعامل الأمثل بهاته الفئة ومحاربة كافة أشكال التحقير، الشفقة والدونية³ التي يُنظر بها إلى الأشخاص المعنيين، من أجل منحهم فرصة للعيش وتحقيق استقلالهم الذاتي وتنمية قدراتهم الوظيفية، الاجتماعية والعاطفية حتى يستطيعوا المشاركة في العملية التنموية بإيجابية.

يتضمن القانون التوجيهي للتربية الوطنية الوارد ذكره في القانون رقم 08-04 المؤرخ في 23-01-2008 في مادته 14 على ما يأتي: "تسهر الدولة على تمكين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من التمتع بحقهم في التعليم"، لذلك "يسهر قطاع التربية الوطنية بالتنسيق مع المؤسسات الإستشفائية وغيرها من الهياكل المعنية على التكفل البيداغوجي الأنسب وعلى الإدماج المدرسي للتلاميذ المعاقين وذوي الأمراض المزمنة"⁴.

¹ علي حمادية، التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن، أطروحة دكتوراه، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف 2، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، 2016، ص. 35.

² رابح شليحي، التكفل متعدد التخصصات للطفل التوحدي-كإتجاه حديث في التربية الخاصة-، يوم دراسي حول واقع تشخيص الأطفال التوحديين في المجتمع الجزائري بين النظرية والتطبيق، جامعة الدكتور مولاي الطاهر-سعيدة-، الجزائر، 14-05-2018، ص. 3.

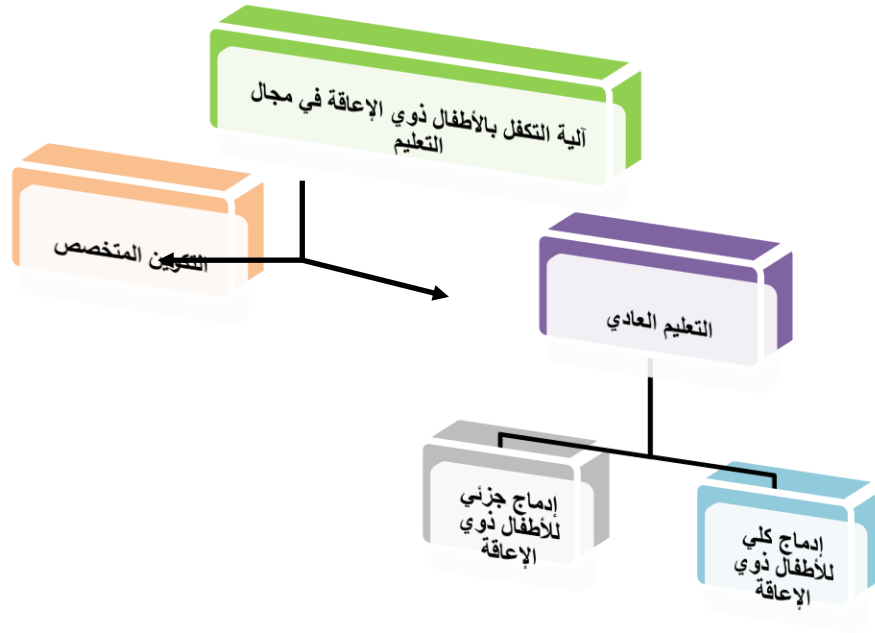
³ <https://www.facebook.com/375565512499381/posts/430011503721448/>, consulté le 10-07-2020.

⁴ النشرة الرسمية للتربية الوطنية، القانون التوجيهي للتربية الوطنية رقم 08-04 المؤرخ في 23 جانفي 2008، عدد خاص، الجزائر، 2008، ص. 67.

تتكفل بتسيير الإستراتيجية المتعلقة بتعليم الأطفال ذوي الإعاقة على مستوى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة مديرية التربية والتعليم المتخصصين، تندرج تحت هذه المديرية 03 مديريات فرعية كما سبق الذكر وهي: المديرية الفرعية لدعم تدرس الأطفال ذوي الإعاقة ومتابعتهم البيداغوجية، المديرية الفرعية دعم الإدماج المدرسي في الوسط العادي والمديرية الفرعية لتسهيل مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الإمتحانات والمسابقات.

تتضمن آلية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم مستويين كما هو موضح حسب الشكل التالي:

الشكل رقم 06-04 آلية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مضمون المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد كمال بلعاليا مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين.

يتم التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة عبر مستويين يتمثل الأول في التعليم العادي، بينما يتمثل المستوى الثاني في التكوين المتخصص.

1. التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في الوسط المدرسي العادي.

يُقصد به مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التربية الوطنية، وهي المدارس الإبتدائية، المتوسطات والثانويات، وكذا مؤسسات التربية والتعليم الخاصة (أنظر الملحق رقم 04).

ينطلق تكوين الأطفال المعنيين خلال مرحلة مبكرة، أي ببلوغ الطفل 3 سنوات يبدأ التكفل به خاصة بالنسبة لذوي الإعاقة الذهنية، أين يوضع الطفل في مركز خاص متعدد التخصصات يحوي كوكبة من الأخصائيين تضم أطفونيين، نفسانيين، تربويين، مساعدين اجتماعيين وأطباء.

بعد أن يتم تكوين الطفل ذوي الإعاقة بالطريقة التي تؤهله وتتيح له إمكانية اكتساب المعرفة يُدمج في الوسط المدرسي العادي، إما من خلال تكفل كلي أو عبر تكفل جزئي.

أ- التكفل الكلي بالأطفال ذوي الإعاقة في الوسط المدرسي العادي.

يتم التكفل الكلي بالأطفال ذوي الإعاقة من خلال دمجهم في الأقسام العادية داخل المؤسسة التعليمية مع أطفال لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة، سواء مع مرافق في الحياة المدرسية AVC (Auxiliere de Vie Scolaire) أو بدونه.

عندما تستدعي حالة الطفل ذوي الإعاقة ضرورة إرفاقه بما يسمى بمرافق الحياة المدرسية بناء على رأي مؤكد من الطبيب المعالج، يودع ولي الطفل المعني طلبا بوضع مرافق تحت تصرف ابنه لدى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، يكون مدعوما بملف طبي يثبت حاجة الطفل المعني إلى هذه المرافقة لضمان استمرارية تدرسه الحسن (أنظر الملحق رقم 04).

بعد دراسة طلب ولي أمر الطفل ذوي الإعاقة وبناء على رأي المجلس النفسي البيداغوجي أو اللجنة الولائية المتخصصة، تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تعيين المرافق وتطلب من مديرية التربية الترخيص له بالدخول إلى المؤسسة التعليمية (أنظر الملحق رقم 04).

المهام الرئيسية لمرافق الحياة المدرسية:

يلعب مرافق الحياة المدرسية دورا هاما في مسار تعلم التلميذ ذوي الإعاقة وتفاعله مع زملائه واندماجه في الوسط المدرسي (أنظر الملحق رقم 04)، يتولى مرافق الحياة المدرسية عدة مهام تتمثل في مجملها في:

-مرافقة التلميذ ذوي الإعاقة في الدخول إلى المؤسسة التعليمية وإلى القسم والتنقل بين مرافقها.

- مساعدة المعلم على تنظيم عمله.

- مساعدة التلميذ على إنجاز المهام التعليمية (الكتابة، التدوين، الرسم، تبسيط الأسئلة المطروحة وشرحها، توضيح ما يطلبه الأستاذ، المشاركة في أعمال الفوج...).

- مرافقة التلميذ في نشاط التربية البدنية والرياضية.

- مرافقة التلميذ في الاستراحة والتدخل عند حدوث أي طارئ للتلميذ المعني.

- مرافقة التلميذ في الأنشطة الثقافية، الرياضية، الأنشطة الترفيهية وفي الخرجات الإستكشافية.

فضلا عن المهام التي يقوم بها مرافق الحياة المدرسية داخل المؤسسة التعليمية، يمكن له أن يكون همزة وصل بين التلميذ وأسرته، خاصة فيما يتعلق بالجوانب التربوية، العلائقية، والتعليمية.

إن دخول مرافق الحياة المدرسية إلى المؤسسة التعليمية ونجاحه في مهمة المرافقة مرهون بالدعم الذي يجب أن يتلقاه من قبل الأسرة البيداغوجية في المؤسسة التعليمية، فوجوده يساعد الطفل ذوي الإعاقة على تخطي الحواجز التي تعيق تدرسه وتضمن تكافؤ فرصه في التعلم مقارنة مع بقية التلاميذ الذين لا يعانون من أي نوع من الإعاقة.

يعتبر تواجد مرافق الحياة المدرسية أمرا مستجدا في النظام التعليمي الجزائري، ويمكن الإشارة إلى أنه إلى غاية الآن لم يتم صدور أي نص تشريعي يقنن تواجده على الساحة التربوية، لذلك لابد على مدير المؤسسة التعليمية والأساتذة تقديم كافة الدعم الممكن لتسهيل مهمته ومساعدته من أجل تمكين الطفل ذوي الإعاقة من اكتساب المعرفة.

ب- التكفل الجزئي بالأطفال ذوي الإعاقة في الوسط المدرسي العادي.

الأطفال ذوي الإعاقة الذين تم تكوينهم منذ سن الثالثة والذين لا يمكن إدماجهم كليا في الأقسام العادية يتم تعليمهم من خلال تكفل جزئي داخل أقسام خاصة تضم أطفال يعانون من نفس صنف الإعاقة التي تُفتح على مستوى مؤسسات التربية الوطنية.

يتم فتح الأقسام الخاصة بمؤسسات التربية الوطنية تطبيقا لأحكام المادة رقم 7 من المرسوم التنفيذي رقم 05-12 المؤرخ في 04-01-2012 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات

التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين، وتنفيذا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13-03-2014 المحدد لكيفيات فتح أقسام خاصة للأطفال المعوقين ضمن مؤسسات التربية والتعليم العمومية التابعة لقطاع التربية الوطني¹.

يتم التكفل في الأقسام الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة الحسية (السمعية والبصرية)، كما أنها تستقبل أيضا الأطفال ذوي الإعاقة الحسية من مستوى تعليمي واحد، وعند الإقتضاء من مستويين تعليميين متتاليين من نفس المرحلة التعليمية، على أن لا يقل عدد التلاميذ ذوي الإعاقة المسجلين في القسم الخاص عن 8 تلاميذ فيما لا يزيد عن 12 تلميذا كحد أقصى (أنظر الملحق رقم 04).

يتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة المدمجين جزئيا في الأقسام العادية الخاصة أساتذة ومعلمو التعليم المتخصص وكذا مستخدمو الدعم التابعون للأسلاك الخاصة بقطاع التضامن الوطني الذين تعينهم مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، يتم تكوينهم على مستوى مراكز تكوين خاصة والتي يبلغ عددها 3 مراكز فقط على المستوى الوطني بدأت نشاطها منذ سنة 1984 (المركز الأول يتواجد بقسنطينة، الثاني يقع بخميسي بتيبازة والمركز الثالث يقع ببئر خادم بالعاصمة)²، يمارس هؤلاء المؤطرون مهامهم تحت سلطة مدير المؤسسة التعليمية ويخضعون للنظام الداخلي لهاته الأخيرة (أنظر الملحق رقم 04).

أ- الترتيبات المتعلقة بفتح قسم خاص:

تبقى مسألة فتح الأقسام الخاصة مرهونة بتحقيق مجموعة من الشروط:

- بعد أن يتم تسجيل أولياء الأمور لأطفالهم ذوي الإعاقة (أنظر الملحق رقم 04)، وانطلاقا من نتائج تقييم التسجيلات، تعكف مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن على إعداد القوائم الإسمية للأطفال المعنيين حسب نوع إعاقاتهم، لتشخيص الحاجة إلى فتح الأقسام الخاصة بالتنسيق مع المؤسسات المكلفة بالتربية ما قبل المدرسية، الجمعيات الناشطة في هذا المجال و أولياء الأمور.

¹ اللجنة الوطنية لإعداد منهاج التكفل التربوي بالأطفال المعاقين ذهنيا درجة خفيفة -القسم الخاص-، منهاج مرحلة التعليم الإبتدائي -الطور الأول- القسم الخاص إعاقه ذهنية درجة خفيفة، المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين -قسنطينة CNFPH، الجزائر، 2017، ص. 6.

² منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد كمال بلعاليا مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين.

- يتم التنسيق بين مصالح مديرية النشاط الإجتماعي، التضامن ومديرية التربية لتعيين المؤسسة التعليمية التي يفتح على مستواها القسم الخاص، ويُرسم هذا بمقرر مشترك يحدد المؤسسة المستقبلية وطبيعة الإعاقة والمستوى الدراسي للقسم (أنظر الملحق رقم 04).

يتعين على مدير المؤسسة المستقبلية للقسم الخاص تخصيص قاعة بيداغوجية ملائمة تتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية على غرار الأقسام العادية، كما يتعين عليه تسجيل القسم الخاص عبر الأرضية الرقمية لقطاع التربية الوطنية، بينما تتولى مديرية النشاط الإجتماعي والتضامن توفير الوسائل التعليمية والتجهيزات المتخصصة مع ضمان صيانتها بشكل دائم.

ب- الأهداف العامة لفتح الأقسام الخاصة.

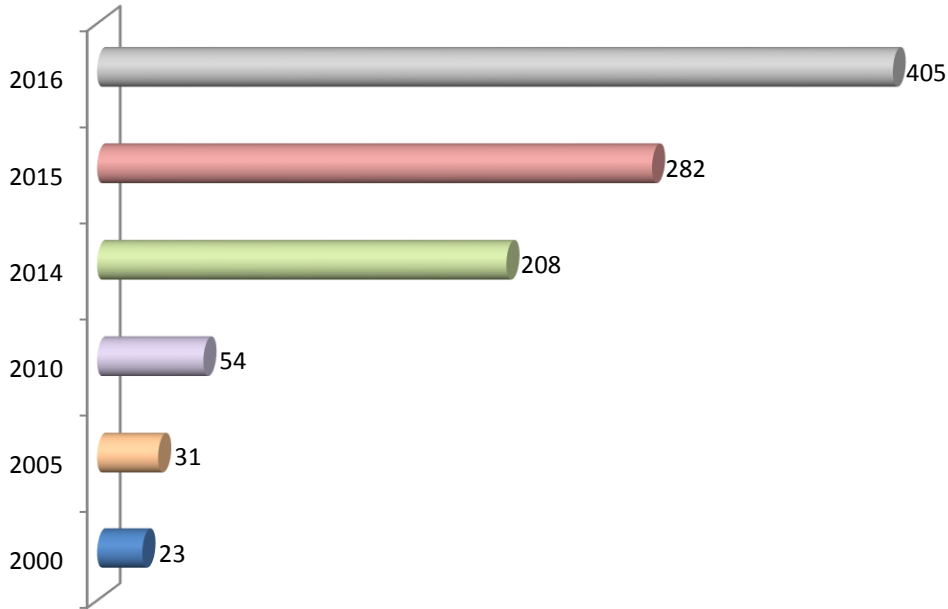
يصبوا تقنين فتح الأقسام الخاصة بمؤسسات التربية الوطنية إلى تحقيق جملة من الأهداف¹ من بينها:

- ❖ إعطاء فرصة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة لمزاولة حقهم في التمدريس.
- ❖ الإدماج الإجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة.
- ❖ إدماج الأطفال ذوي الإعاقة مع التلاميذ الذين لا يعانون من أي نوع من الإعاقة.
- ❖ تطوير قدرات الأطفال ذوي الإعاقة ومهاراتهم التعليمية والتربوية واللغوية.
- ❖ تعديل اتجاهات المعلمين، الأولياء والتلاميذ الذين لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة نحو هذه الفئة.

- ❖ تهيئة التلاميذ ذوي الإعاقة لتأهيل مهني مناسب.
- ❖ إعادة التوازن النفسي لأولياء الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين نتيجة لتقبل المجتمع لأبنائهم.

¹ اللجنة الوطنية لإعداد منهاج التكفل التربوي بالأطفال المعاقين ذهنيا درجة خفيفة -القسم الخاص، مرجع سابق، ص ص. 4-5.

الشكل رقم 06-05 تطور عدد الأقسام الخاصة المفتوحة في الوسط المدرسي العادي خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى 2016.

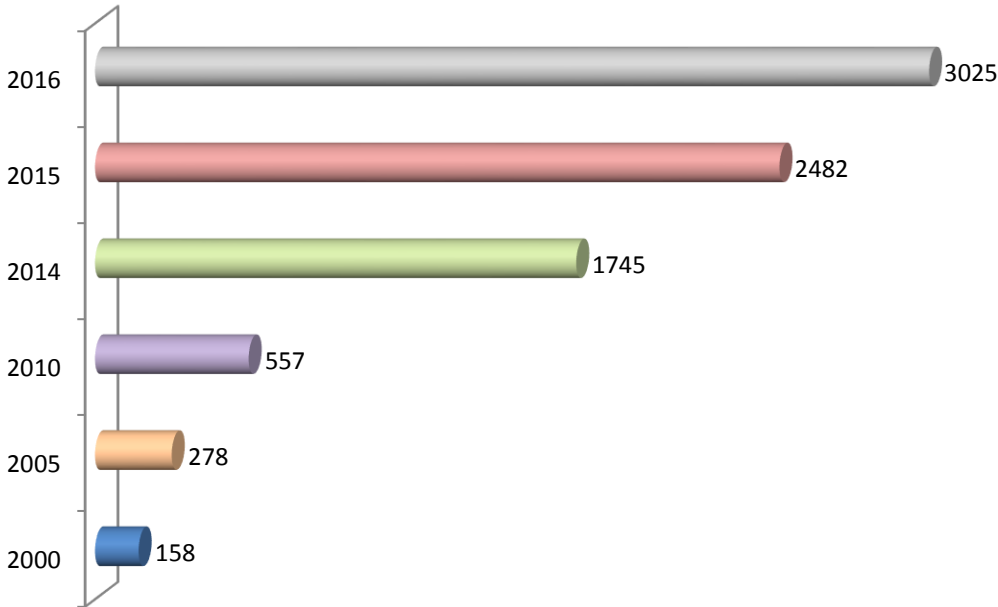


المصدر: مجدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1063.

يقوم بتأطير الأقسام الخاصة 790 مؤطر بيداغوجي من بينهم 290 مؤطر مرسوم و 500 مؤطر تم توظيفهم في إطار تراتيب تشغيل حاملي الشهادات¹.

¹ مجدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1063.

الشكل رقم 06-06 تطور عدد الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين عبر كافة التراب الوطني خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى 2016.



المصدر: مجدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1063.

يتضح من خلال نتائج الشكل أعلاه تطور ملموس لعدد الأطفال المدمجين لاسيما بين سنوات 2014-2016، وهو ما يدل على الجهود التي تبذل في سبيل زيادة عدد الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين حسب أنواع إعاقاتهم.

الجدول رقم 06-01 عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة خلال السنة الدراسية 2017-2018.

العدد الإجمالي للأطفال ذوي الإعاقة	عدد الأطفال		الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة
	ذكور	إناث	
1095	637	458	الأطفال ذوي الإعاقة البصرية
3807	2216	1591	الأطفال ذوي الإعاقة السمعية
15738	9592	6146	الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية
502	306	196	الأطفال ذوي الإعاقة الحركية
61	42	19	الأطفال ذوي النقص في التنفس
21203	12793	8410	المجموع الكلي

المصدر: جدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1063.

تبين نتائج الجدول أن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة يمثلون الحصة الأسد من بين الأطفال الذين يعانون من أنواع أخرى من الإعاقة، فيما يبقى عدد الذكور المتكفل بهم يفوق عدد الإناث بالنسبة لمختلف أنواع الإعاقة.

الجدول رقم 06-02 عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة خلال السنة الدراسية 2018-2019.

العدد الإجمالي للأطفال ذوي الإعاقة	عدد الأطفال		الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة
	ذكور	إناث	
1219	731	488	الأطفال ذوي الإعاقة البصرية
4000	2336	1664	الأطفال ذوي الإعاقة السمعية
16828	10330	6498	الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية
657	382	275	الأطفال ذوي الإعاقة الحركية
25	11	14	الأطفال ذوي النقص في التنفس
22729	13790	8939	المجموع الكلي

المصدر: مجدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1064.

يتضح من خلال النتائج أعلاه إرتفاع العدد الإجمالي للأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم على مستوى مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة حسب طبيعة الإعاقة خلال السنة الدراسية 2018-2019 مقارنة بالموسم الدراسي الذي يسبقه بفارق 1526 طفل، وهو ما يعبر عن الجهود التي تبذلها الدولة في سبيل زيادة عدد الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين على مستوى المؤسسات التربوية عبر كافة التراب الوطني.

الجدول رقم 06-03 عدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم في مرحلة مبكرة حسب طبيعة إعاقتهم خلال الموسمين الدراسييين 2017-2018 و 2018-2019.

2019-2018		2018-2017		الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم في مرحلة مبكرة حسب طبيعة الإعاقة
ذكور	إناث	ذكور	إناث	
56	41	37	20	الأطفال ذوي الإعاقة البصرية
537	398	435	349	الأطفال ذوي الإعاقة السمعية
938	563	989	627	الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية
14	08	34	30	الأطفال ذوي الإعاقة الحركية
00	00	0	2	الأطفال ذوي النقص في التنفس
1545	1010	1495	1028	المجموع الكلي
2555		2523		

المصدر: جدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية"، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021، ص. 1064.

تعبر نتائج الجدول أعلاه عن إرتفاع محتشم لعدد الأطفال ذوي الإعاقة المتكفل بهم في مرحلة مبكرة من عمرهم بغض النظر عن طبيعة إعاقتهم في الموسم الدراسي 2018-2019 مقارنة بالموسم الذي قبله، حيث قدرت الزيادة ب 32 طفل فقط على المستوى الوطني.

كإحصائيات رسمية جديدة حول عدد الأقسام الخاصة المفتوحة في الوسط المدرسي العادي، أحصت وزارة التربية الوطنية مع بداية الدخول المدرسي 2019-2020 عدد أقسام قدر ب 784 قسم خاص (عدد الأقسام الخاصة قدر ب 665 قسم خلال الموسم الدراسي 2018-2019)، يحوي 6100 طفل ذي إعاقة، أي أن متوسط عدد الأطفال المدمجين على مستوى تلك الأقسام لا يتجاوز 10 أطفال، من بين 784 قسم خاص يوجد 207 منها فقط على مستوى الجزائر العاصمة لوحدها، كما أحصى ذات المصدر عدد تلاميذ ذوي إعاقة تم إدماجهم في الوسط المدرسي العادي إدماجا كليا قدر ب 32000 تلميذ يعاني من مختلف أنواع الإعاقة عبر كافة التراب الوطني¹.

¹ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد كمال بلعاليا مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين.

يمكن القول أن تجربة إدماج الأطفال ذوي الإعاقة في الأقسام الخاصة بدأت منذ تسعينات القرن الماضي، غير أنها كانت تُعنى فقط بالأطفال الذين يعانون من الإعاقة الحسية (بصرية وسمعية)، وبدأت تعمم وتُطور بشكل تدريجي حتى صارت تشمل الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة وذلك منذ سنة 2014¹.

II. التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مراكز التكوين المتخصص.

يحظى الأطفال ذوي الإعاقة الحسية بتكفل متخصص على مستوى مراكز تكوين متخصصة تحوي برامج تعليمية تربوية مماثلة لما هو معمول به على مستوى القطاع التربوي الوطني، بالإضافة إلى أدوات ووسائل بيداغوجية متخصصة تتماشى مع نوع إعاقاتهم حتى يتمكنوا من اكتساب المعرفة كغيرهم من التلاميذ على غرار كتب البرايل،.

مع بداية الدخول المدرسي 2019-2020 تم طبع 44000 كتاب مدرسي بتقنية البرايل على مستوى المطبعة الرسمية التابعة لقطاع التربية الوطنية حتى يستطيع التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية متابعة دروسهم بشكل عادي داخل مؤسساتهم التكوينية الخاصة.

وفقا للمادة رقم 16 من القانون 02-09 المؤرخ في 14-05-2002 "تضمن المؤسسات التكوينية المتخصصة زيادة على التعليم والتكوين المهني عند الإقتضاء إيواء المتعلمين والمتكويين على حد سواء، أعمالا نفسية-إجتماعية وطبية تقتضيها الحالة الصحية للشخص ذوي الإعاقة داخل هذه المؤسسات وخارجها، وذلك بالتنسيق مع كل شخص أو هيكل معني"².

تؤكد المادة رقم 15 من القانون ذاته على ضرورة تهيئة الظروف المادية بالشكل المناسب حتى تسمح للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتم التكفل بهم على مستوى المؤسسات التكوينية الخاصة بالمشاركة في الإمتحانات والإختبارات الرسمية في إطار عادي كغيرهم من التلاميذ³.

6-2-1-ب العراقيل التي تصاحب تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم.

¹ نفس المصدر.

² Journal officiel de la République Algérienne, n° 34, 2002, p. 7.

³ Ibid.

تواجه مديرية التربية والتعليم المتخصصين مشاكل جمة خلال تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم من بينها مشاكل تتعلق بتأطير المختصين حيث يتواجد 3 مراكز تكوينية فقط موزعة عبر كافة التراب الوطني تؤطر المختصين المتكفلين بالأطفال ذوي الإعاقة كما سبق الذكر، أمام العدد الكبير للأطفال المعنيين الذين يحتاجون إلى تكوين متخصص وهو ما يزيد الوضع سوءا.

من أجل تتبع مدى تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم وتقييم مدى نجاحها على أرض الواقع، تم تشكيل لجنة تتبع يشرف عليها وزير التربية الوطنية بنفسه اجتمعت مع بداية الموسم الدراسي 2019-2020، أين ناقشت جميع المشاكل التي رُفعت إليها والتي تُحيط بعملية الدخول المدرسي، من بينها المشاكل المتعلقة بتأطير الأقسام الخاصة إلى السيد الوزير الأول، حيث قام بفتح 2422 منصب عمل (كانت مناصب العمل مجمدة منذ سنة 2015) من أجل تكوين أو تأطير مباشر للأقسام الخاصة التي تتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة من أجل معالجة مشاكل الدخول المدرسي¹.

من بين العراقيل التي رافقت تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم هي: تطبيق إستراتيجية دمج الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية مع أطفال لا يعانون من أي نوع من الإعاق، في حد ذاتها رغم وجود نصوص تشريعية وتنظيمية للتكفل بهذه الفئة من الأطفال، والتي تؤكد على الحق في التربية والتعليم لكل الأطفال الجزائريين دون تمييز، وقد كرس هذا الحق القانون التوجيهي للتربية الوطنية في مادته 14 التي تنص على: "تسهر الدولة على تمكين الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة من التمتع بحقهم في التعليم"².

إن تغيير ذهنيات أفراد المجتمع بغض النظر عن مستوياتهم أو درجاتهم العلمية هي عملية صعبة للغاية ومعقدة جدا، فهي تحتاج إلى فترة طويلة جدا قد تستغرق عشرات السنين، ومن أجل ذلك قامت وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بالإستعانة بخبراء أجانب للإستفادة من تجاربهم وخبراتهم في هذا الصدد.

حسب رأي الخبراء الأجانب تعتبر عملية صياغة النصوص التشريعية أمرا بسيطا للغاية، غير أن تطبيقها على أرض الواقع يتخللها العديد من الصعوبات ويرافقها ممانعة من قبل جميع أفراد المجتمع، وهو ما حدث فعلا في التجربة الجزائرية لإدماج الأطفال ذوي الإعاقة خاصة الذهنية في الوسط المدرسي

¹ مننقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد كمال بلعاليا مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين.
² اللجنة الوطنية لإعداد منهاج التكفل التربوي بالأطفال المعاقين ذهنيا درجة خفيفة -القسم الخاص، مرجع سابق، ص. 67.

العادي، حيث بدأت العراقل من قِبَل حارس المدرسة، فالمعلم، مروراً بمدير المدرسة (أنظر الملحق رقم 05) وصولاً إلى وزير التربية بنفسه وإطارات من الوزارة، بل امتدت لتشمل أولياء أمور الأطفال الذين لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة، إذ أن مسألة دمج طفل ذو إعاقة ذهنية في قسم عادي أثارت حفيظتهم فأبدوا إعتراضاً شديداً على الفكرة، حيث يعتبرون أن تواجد طفل ذو إعاقة ذهنية في نفس القسم مع أبنائهم يؤخر سيرورة الفصل¹ كما يؤثر على المردود الدراسي لأبنائهم ويعيق إكتسابهم للمعرفة، بالإضافة إلى امكانية تقليد أبنائهم للسلوكيات والتصرفات العشوائية التي تصدر من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

تجاوز موضوع الإعتراض على فكرة دمج طفل ذو إعاقة في قسم عادي أولياء أمور الأطفال الذين لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة ليشمل بعض أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ففكرة الدمج تزيد من وضع أبنائهم سوءاً وتؤثر سلباً على إمكانية تنمية مهاراتهم بسبب الإهمال الذي قد يتعرضون له من قِبَل المعلمين في تلك الأقسام لصالح التلاميذ الآخرين الذين يتميزون بكفاءة مقارنة بأبنائهم.

من أجل احتواء هذه المشاكل قامت وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بإرسال منشور وزاري إلى كافة مدراء المؤسسات التربوية على المستوى الوطني من أجل قبول الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في الأقسام العادية في المؤسسات التربوية، وهو ما يمهّد لتقبل فكرة الدمج من قِبَل كافة أفراد المجتمع الجزائري تماشياً مع تنفيذ أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تلزم هذا.

6-2-1-ت المشاريع المستقبلية التي تسعى مديرية التربية والتعليم المتخصصين إلى تنفيذها.

تعمل وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة عبر مديرية التربية والتعليم المتخصصين على إشراك جميع الوزارات المعنية بالأطفال ذوي الإعاقة على غرار وزارة التربية الوطنية، وزارة التعليم والتكوين المهنيين، وزارة صحة، السكان وإصلاح المستشفيات بالتنسيق معها للتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة، فواجب على كل قطاع بناءً على مجال عمله أن يتكفل بهذه الفئة، بل يجب إشراك حتى المجتمع والعائلة في سبيل ذلك، من أجل تسهيل هذه المهمة تم تنصيب على مستوى كل وزارة ما يسمى ب point focal

¹ Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, Mise en œuvre de la résolution 26/20 du Conseil des Droits de l'Homme: Contribution de la Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, CNCPDH, Algérie, p. 4.

وهو ممثل يتكفل بقضية الإعاقة على مستوى كل قطاع، يجتمع هؤلاء الممثلين في المجلس الوطني للأشخاص ذوي الإعاقة ليتناقشوا حول المشاكل التي تواجه تلك الفئة في كل ولاية.

من بين المشاريع متوسطة المدى ذات الأهمية الإستراتيجية التي تسعى مديرية التربية والتعليم المتخصصين إلى تنفيذها هي فصل الأقسام الخاصة الموجودة على مستوى المؤسسات التعليمية عن دائرة مهام وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة لتصبح ضمن المسؤولية المباشرة لقطاع التربية الوطنية، في حين تبقى المتابعة الميدانية لتنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة ضمن مهام وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

تسعى مديرية التربية والتعليم المتخصصين أيضا إلى إشراك القطاع الخاص حتى يتحمل مسؤوليته الكاملة هو الآخر في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة، من خلال صدور نص تشريعي سنة 2019 يشجع الخواص على فتح مراكز خاصة للتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة، وبذلك يقل العبء الذي يقع على عاتق الدولة تجاه التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة.

أما عن التحديات المستقبلية التي ستواجهها الجزائر على مدى 10 سنوات قادمة أين ستعيش الجزائر لأول مرة في تاريخها مرحلة شيخوخة ديموغرافية، نتيجة لتداعيات ارتفاع الخصوبة خلال سنوات السبعينات التي ستفرز نسبة مرتفعة من المسنين خلال الفترة الممتدة من 2030-2040، تضاف إلى قائمة الأشخاص ذوي الإعاقة، فقد تبين أن وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة من خلال مديرية التربية والتعليم المتخصصين تعي جيدا تحديات المرحلة القادمة إذ أن هناك دراسات مكثفة يتم البت فيها من أجل مواجهة تلك التحديات.

تدرك مديرية التربية والتعليم المتخصصين أن المناص الوحيد لتجاوز كل المشاكل المتعلقة بالتكفل بالشخص ذوي الإعاقة يكمن في ضمان إستقلاليته، وذلك عبر تزويد الأطفال ذوي الإعاقة بالتعليم والتكوين اللازمين حتى يتمكنوا من الدخول والمنافسة في سوق العمل والحصول على منصب شغل، وبدل إعطائهم منحة معاق سيتمكنون من خلق قيمة مضافة للمجتمع ويحصلون على راتب محترم يؤهلهم للعيش بكرامة.

6-2-2 إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني.

تتكفل بتسطير الإستراتيجية المتعلقة بالتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني على مستوى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة، مديرية الوقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة، كما سبق الذكر تضم المديرية مديرتين فرعيتين هما: المديرية الفرعية للتكفل المبكر بالإعاقة والمرافقة العائلية و المديرية الفرعية لدعم الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين.

6-2-2-أ فحوى إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني.

تنقسم هذه الإستراتيجية إلى مستويين يتمثل الأول في الإجراءات المتخذة للوقاية من الإصابة بالإعاقة، أما الثاني فيشمل الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة.

1- إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية.

قبل التطرق للإجراءات والتدابير التي تعتمدها الوزارة المعنية في سبيل الوقاية من الإعاقة، لا بد من الوقوف لمعرفة المعنى الحقيقي لمصطلح الوقاية.

وفقا لمعجم بنك معلومات الصحة العالمية يشير مصطلح الوقاية إلى كافة الإجراءات المتخذة التي تهدف إلى الحد من تأثير محددات الأمراض أو المشاكل الصحية لوقف تطورها أو الحد من عواقبها¹. يقصد بالوقاية أيضا كل الجهود أو الممارسات العلمية التي تبذل بهدف تجنب أو منع أو التقليل من فرص وقوع المشكلات المتنبأ بها، سواء كانت جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو ثقافية التي قد يواجهها خاصة الأفراد او الجماعات المعرضة للمخاطر أكثر من غيرهم².

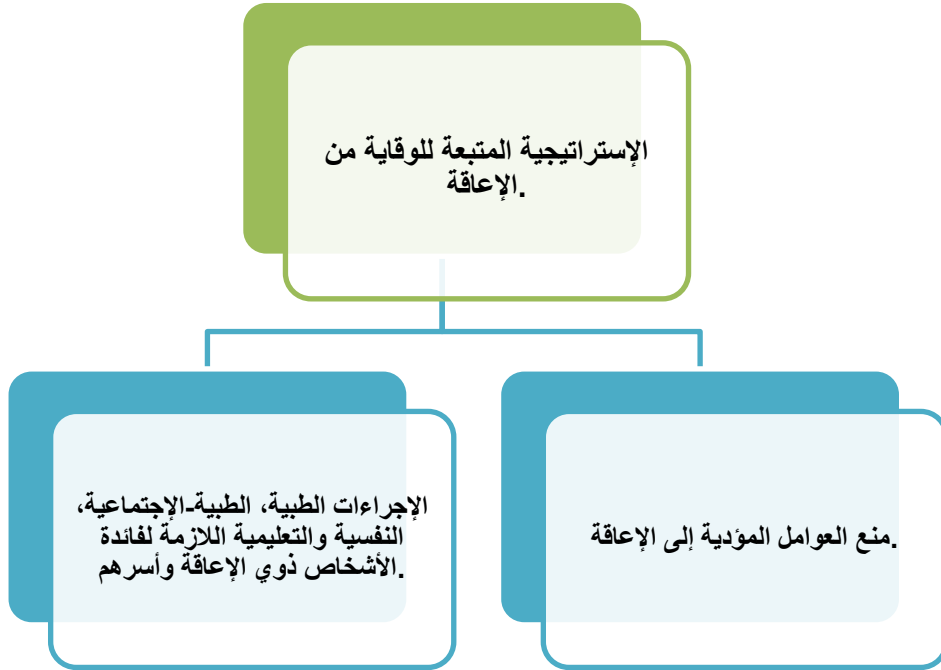
تركز الرعاية الطبية الوقائية على منع حدوث المشاكل الصحية، كما تعتمد أيضا على تشخيص المشاكل الصحية قبل ظهور أعراضها أو مُضَاعَفَاتِهَا، أي عندما تكون فرص الشفاء منها أكبر وهو ما ينعكس إيجاباً على الصحة العامة للمجتمع ويقلل من تكاليف الرعاية الصحية.

يتم تنفيذ الإستراتيجية المتبعة للوقاية من الإعاقة عبر مستويين كما هو موضح وفقا للشكل التالي:

¹ Genelle Marlene, Prévention et handicap moteur: enquête auprès de 145 utilisateurs de fauteuil roulant, **thèse de doctorat**, Université Paris 07, Faculté de Médecine, France, 2015, p. 9.

² مدحت محمد أبو النصر، الإتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، مجموعة النيل العربية، مصر، 2007، ص. 54.

الشكل رقم 06-07 الإستراتيجية المتبعة للوقاية من الإعاقة.



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على وثائق تم الحصول عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

يتمثل المستوى الأول لإستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية من الإعاقة في منع العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة بالتنسيق مع القطاعات المعنية ولاسيما القطاع الصحي، وهو ما تنص عليه المادة رقم 03 من القانون التشريعي رقم 02-09 المؤرخ في 08-05-2002 التي تدعو إلى ضرورة "الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن مضاعفاتها"¹.

من بين العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتي تسعى الإستراتيجية للوقاية منها: زواج القرابة، الأمراض الوراثية، تشوهات الجنين، غياب المتابعة الطبية أثناء الحمل، تقارب الولادات، عدم التطعيم، حوادث المرور وحوادث الحياة اليومية، حوادث العمل، الأمراض المزمنة، مخاطر المخدرات والإدمان، بالإضافة إلى عوامل أخرى.

أما المستوى الثاني للإستراتيجية فيتجلى من خلال الإجراءات: الطبية، الطبية-الاجتماعية، النفسية والتعليمية اللازمة لفائدة الأشخاص المعنيين وأسرهم من أجل تجنب مخاطر الإعاقة، بالإضافة إلى العلاج المبكر و/أو التدخل المتخصص المناسب، إجراء الفحوصات والتحليل اللازمة، تشخيص الإعاقة،

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2002, p. 5.

تقديم برامج رعاية متعددة التخصصات حسب نوع الإعاقة، إعادة التأهيل، تدريب المهنيين وممارسي الصحة لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة وذويهم على الإرشاد والرعاية اللازمة. بالإضافة إلى تسهيل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البيئة المادية من أجل الوقاية من الإعاقة.

في سبيل التنفيذ الحسن لإستراتيجية الوقاية من الإعاقة تم تشكيل لجنة إستشارية لمنع الإعاقة يطلق عليها اللجنة المسؤولة عن مراقبة، تقييم الإجراءات، التدابير والبرامج المشتركة بين القطاعات للوقاية من الإعاقة وفقا للمادة رقم 10 من المرسوم التنفيذي¹ رقم 17-187 المؤرخ في 03-06-2017 للمساهمة في تطوير الإستراتيجي الوطنية المشتركة بين مختلف القطاعات للوقاية من الإعاقة واقتراح وسائل تنفيذها.

تتمثل الوزارات التي تُعنى بالمشاركة في تشكيل اللجنة الإستشارية لمنع الإعاقة وفقا للمادة رقم 12 من المرسوم التنفيذي ذاته في:

❖ ممثل عن وزير الداخلية والمجتمعات المحلية.

❖ ممثل عن الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات.

❖ ممثل عن وزير العمل والأمن الإجتماعي.

❖ ممثل عن وزير الشباب والرياضة.

تشمل اللجنة الإستشارية أيضا بالإضافة إلى الوزارات السابق ذكرها، عدة ممثلين عن مؤسسات وهيئات وطنية على غرار: ممثل عن المعهد الوطني للصحة العامة، ممثل عن المركز الوطني لتدريب الكوادر المتخصص في مؤسسات الأشخاص ذوي الإعاقة، ممثل عن مركز التدريب، التعليم المهني والمتخصص للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية، ممثل عن مركز الأمن القومي، ممثل عن المكتب الوطني للوزام وملحقات للمعاقين، ممثل عن الصندوق الوطني للتأمين والضمان الاجتماعي للعاملين الأجراء، ممثل عن المعهد الوطني للوقاية من المخاطر المهنية، كما تحوي اللجنة الإستشارية 4 ممثلين عن الجمعيات الناشطة في مجال الإعاقة من بينها الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تسعى اللجنة الإستشارية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف²:

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 33, 2017, p. 9.

² Ibid.

❖ المساهمة في تصميم، تنسيق وتقييم البرامج المتعلقة بالوقاية من العوامل التي تتسبب أو تفاقم الإعاقة وضمان تماسكها.

❖ المساهمة في تطوير الإستراتيجية الوطنية للوقاية من الإعاقة وأعراضها ووسائل تنفيذها.

❖ المساهمة في تطوير وتقييم المعلومات وزيادة الوعي من أجل منع العوامل المسببة للإعاقة أو تفاقمها.

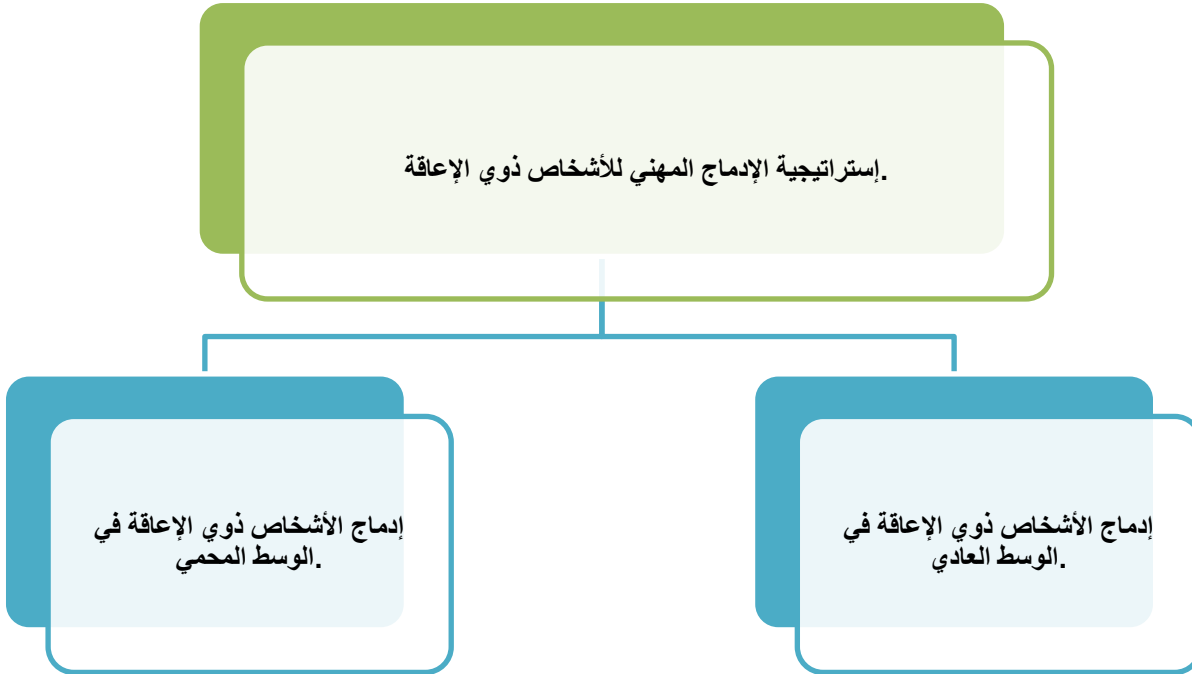
❖ إقتراح التدابير التي من شأنها تعزيز العلاقات بين جميع القطاعات والخدمات العاملة في المجالات المتعلقة بالوقاية من الإعاقة.

❖ المساهمة في جمع البيانات الوطنية والبحث عن طرق الوقاية من الإعاقة.

2- إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الإدماج المهني.

يتم تنفيذ إستراتيجية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة عبر مستويين كما هو موضح وفقا للشكل التالي:

الشكل رقم 06-08 إستراتيجية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة.



من إعداد الباحثة بناء على مضمون المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد مراد بنمزال مدير مديرية الوقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

أ- إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط العادي *Milieu ordinaire*.

يتم إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط العادي وفقا للمادة رقم 27 من المرسوم القانون رقم 09-02 المؤرخ بتاريخ 08-02-2002 الذي يوجب "على كل مستخدم أن يخصص نسبة 1% على الأقل من مناصب العمل للأشخاص المعوقين المعترف لهم بصفة العامل"¹.

الإعتراف بصفة عامل هو اعتراف يمنح لكل شخص ذي إمكانيات محدودة من أجل الحصول والاحتفاظ بمنصب عمل في سوق العمل العادي² من طرف اللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني، وفي حالة امتناع المستخدم عن الامتثال إلى إلزامية توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة، يتوجب عليه دفع إشتراك مالي سنوي تحدد قيمته عن طريق التنظيم يُرصد في حساب صندوق خاص لتمويل نشاط، حماية المعوقين وترقيتهم³ تابع لصندوق التضامن الوطني، يُحسب الإشتراك المالي السنوي وفقا للعلاقة الرياضية التالية:

الشكل رقم 06-09 كيفية حساب الإشتراك المالي السنوي في حالة امتناع

المستخدم عن الإمتثال إلى إلزامية توظيف المعاقين.

$$\text{الإشتراك المالي السنوي (دج)} = \text{عدد مناصب العمل المفروض تخصيصها للمعاقين} \times 216000$$

Source: DGPPPH, Guide de l'emploi des personnes handicapées en milieu du travail ordinaire, ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, Algérie, 2016, p. 3.

بخصوص نسبة 1% والتي تعتبر ضئيلة جدا خاصة في المؤسسات العمومية التي لا يزيد عدد عمالها عن 140 عامل، وبالتالي لا توظف سوى عامل ذي إعاقة، فإن وزيرة التضامن ظلت تقوم بمراجعة في كل مرة من أجل زيادة النسبة، وهو ما لقي ترحيبا من الوزير الأول لرفع النسبة إلى 3% خاصة في ظل توجه الدولة نحو المؤسسة الاقتصادية لأنها تحوي عدد عمال لا بأس به⁴، حيث تم اعتماد

¹ Journal officiel de la république Algérienne n 47, 2014, p. 8.

² DGPPPH, Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH), guide pratique, ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, Algérie, 2016, p. 3.

³ Journal officiel de la république Algérienne n 47, 2014, p. 8.

⁴ مجدولين حصرومي، الطاهر حفاظ، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، مرجع سابق، ص. 1066.

مشروع مرسوم تنفيذي خلال الاجتماع الوزاري¹ الذي تم بتاريخ 03-11-2019 أين وافق الوزير الأول على تخصيص المؤسسات لنسبة 3% من العمال لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة.

كما تهدف المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 14-214 المؤرخ في 30-07-2014 إلى ضبط الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الإشتراك المالي ومنح الإعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص المعوقين² المعترف لهم بصفة العامل تطبيقاً لأحكام المادتين رقم 27 و28 من القانون رقم 02-09.

تفيد المادة رقم 07 من المرسوم التنفيذي رقم 14-214 بأنه "يمكن للمستخدم الذي يقوم بتهيئة وتجهيز مناصب عمل لتوظيف الأشخاص المعوقين أن يستفيد زيادة على التدابير التحفيزية المنصوص عليها في التشريع المعمول به، من إعانات في إطار الإتفاقيات التي تبرمها الدولة والجماعات الإقليمية وهيئات الضمان الإجتماعي، طبقاً لأحكام المادة 28 من القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08-05-2002 والمذكور أعلاه"³.

تتشرط المادة رقم 08 من ذات المرسوم التنفيذي (14-214) على المستخدم الذي تُمنح له الإعانات التي تضمنتها المادة السابقة أن يقوم بما يلي:

- ❖ تهيئة محيط العمل لتسهيل الوصول للعمل بكل أشكاله.
- ❖ تكييف مناصب العمل.
- ❖ وضع التجهيزات الجديدة.
- ❖ التكوين الخاص.

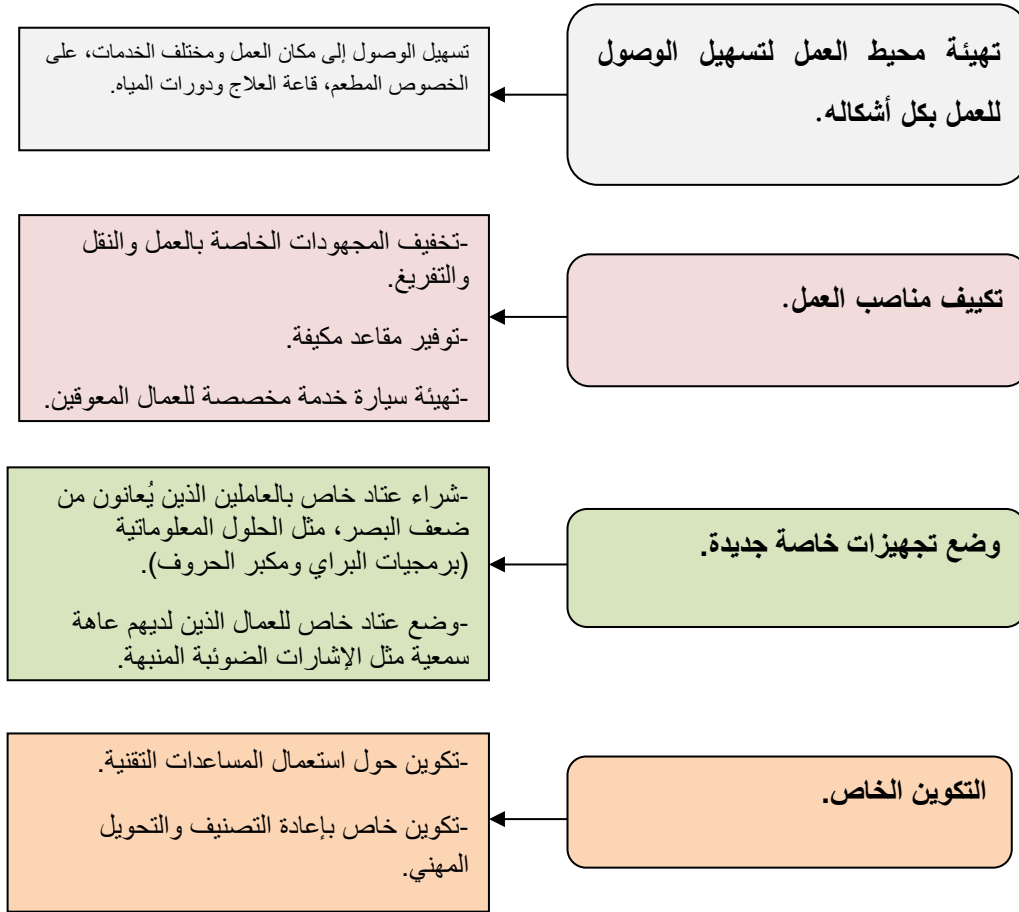
وفقاً للمادة رقم 02 من مشروع القرار الوزاري المشترك التكميلي المؤرخ في 31-01-2017 يتعين على المستخدم القيام بتهيئة وتجهيز مناصب العمل كما هو موضح حسب الشكل اللاحق:

¹ <http://premier-minister.gov.dz/>, consulté le 03-11-2019.

² Journal officiel de la république Algérienne n° 47, 2014, p. 6.

³ Journal officiel de la république Algérienne n° 47, 2014, p. 7.

الشكل رقم 06-10 كيفية تجهيز وتهيئة منصب العمل لفائدة العمال ذوي الإعاقة.



Source: Préparé par le chercheur en dependre sur le Journal officiel de la république Algérienne, n°71, 2017, p. 13.

بناء على المرسوم التنفيذي السابق تم توقيع إتفاقية من طرف وزير المالية وكذا وزير التضامن الوطني بالإتفاق مع وكالة التنمية الإجتماعية DAS، التي تنص على تهيئة وتكييف منصب العمل على أن تتحمل الدولة على عاتقها التكاليف المتعلقة بتجهيز منصب العمل، حتى لا يكون الشخص ذي الإعاقة عبئا على أرباب العمل، حيث يتقدم الأخير بملف تقني مالي يضم التجهيزات المطلوبة ويفضل الصندوق الوطني للتضامن يتم تهيئة المنصب حتى يتكيف مع إعاقة الشخص المدمج، من أجل ذلك تم تشريع قرار وزاري مشترك مؤرخ في 04-10-2017 "يحدد تشكيلة وكيفيات دراسة الملف التقني المالي

للإستفادة من الإعانات الممنوحة للمستخدمين الذين يقومون بتهيئة وتجهيز مناصب عمل لفائدة الأشخاص المعوقين¹.

بخصوص نسبة 1% التي تعتبر ضئيلة جدا خاصة في المؤسسات العمومية التي لا يزيد عدد عمالها عن 140 عامل، وبالتالي لا توظف سوى عامل معاق وحيد، فإن وزيرة التضامن ظلت تقوم بمرافعة في كل مرة من أجل زيادة النسبة²، وهو ما لقي ترحيبا من الوزير الأول لرفع النسبة إلى 3% خاصة في ظل توجه الدولة نحو المؤسسة الاقتصادية لأنها تحوي عدد عمال لا بأس به، حيث تم اعتماد مشروع مرسوم تنفيذي خلال الاجتماع الوزاري³.

ب- إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط المحمي *Milieu protégé*.

يتعلق هذا المستوى بالأشخاص ذوي الإعاقة عديمي الشهادات أو الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المتدني، حيث فكر المشرع الجزائري في طريقة أو طرق إدماجهم حتى لا يتم إقصاؤهم من العملية التنموية.

تنص المادة رقم 29 من القانون رقم 02-09 على أنه "من أجل ترقية تشغيل الأشخاص المعوقين وتشجيع إدماجهم واندماجهم الإجتماعي والمهني، يمكن إنشاء أشكال تنظيم عمل مكيفة مع طبيعة إعاقته ودرجتها وقدراتهم الذهنية والبدنية، لاسيما عبر الورشات المحمية ومراكز توزيع العمل في المنزل أو مراكز المساعدة عن طرق العمل"⁴، غير أن هذه المادة لم تتطرق إلى آلية تطبيقها.

ب1 إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في مؤسسات المساعدة عن طريق العمل.

مؤسسات المساعدة عن طريق العمل هي مؤسسات عمل تُكف باستقبال الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفوق سنهم 18 سنة، والذين خضعوا لتكوين مهني ولم تسمح لهم قدراتهم بالعمل في الوسط العادي أو مؤسسات مكيفة، كما أنهم بحاجة إلى دعم طبي، إجتماعي وتربوي⁵.

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 71, 2017, p. 13.

² منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد مراد بنمزال مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

³ <http://premier-minister.gov.dz/>, consulté le 03-11-2019.

⁴ Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2002, p. 8.

⁵ Journal officiel de la république Algérienne, n° 02, 2008, p. 4.

تحدد المادة رقم 01 من المرسوم التنفيذي رقم 02-08 المؤرخ في 02-01-2008 شروط إنشاء مؤسسات المساعدة عن طريق العمل وتنظيمها وسيرها تطبيقا لأحكام المادة رقم 29 من القانون رقم 02-09 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم¹.

وفقا للمادة رقم 02 من المرسوم التنفيذي رقم 02-08 فإن مؤسسات المساعدة عن طرق العمل المنشأة من قبل المصالح التابعة للوزارة المكلفة بالتضامن الوطني، هي مؤسسات عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية وبالاستقلالية المالية، توضع مؤسسات المساعدة عن طرق العمل تحت وصاية الوزير المكلف بالتضامن الوطني.

حسب المادة رقم 03 من المرسوم التنفيذي ذاته (رقم 02-08) فإن مؤسسات المساعدة عن طرق العمل المنشأة من قبل الجمعيات تخضع للقانون الخاص وتضطلع بمهمة الخدمة العمومية.

يستفيد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تم قبولهم للعمل في هذه المؤسسات من كافة الأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالضمان الإجتماعي، الصحة، النظافة، الأمن وكذا طب العمل، كما بإمكانهم الإستفادة من أجره شهرية مقابل المجهود الذي يبذلونه (المادة رقم 05 من المرسوم التنفيذي رقم 02-08).

تتضمن المادة رقم 5 من المرسوم التنفيذي رقم 16-293 المؤرخ في 9-11-2016 المعدل والمتمم للمرسوم التنفيذي رقم 02-08 المؤرخ في 02-01-2008 الذي يحدد شروط إنشاء مؤسسات المساعدة عن طريق العمل وتنظيمها وسيرها، كيفية تشكل مجلس إدارة مؤسسة المساعدة عن طريق العمل.

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 02, 2008, p. 3.

الجدول رقم قائمة 06-04 مؤسسات المساعدة عن طريق العمل واختصاصها الإقليمي.

الإختصاص الإقليمي.	مراكز المساعدة عن طريق العمل.
الجزائر - بومرداس - تيزي وزو - البويرة - المسيلة.	مركز المساعدة عن طريق العمل الجزائر-شرق.
البلدية - المدينة - الجلفة - الأغواط - عين الدفلى - تيبازة.	مركز المساعدة عن طريق العمل الجزائر-غرب.
قسنطينة - ميلة - أم البوقلي - خنشلة - الوادي - باتنة - بسكرة - بجاية - جيجل - برج بوعريرج - سطيف - قالمة - سوق أهراس - تبسة - عنابة - سكيكدة - الطارف.	مركز المساعدة عن طريق العمل قسنطينة.
وهران - تلمسان - عين تيموشنت - الشلف - مستغانم - معسكر - تيارت - غيليزان - تيسمسيلت - سيدي بلعباس - سعيدة - النعامة - البيض - تيندوف - بشار.	مركز المساعدة عن طريق العمل وهران.
غرداية - تمنراست - ورقلة - أدرار.	مركز المساعدة عن طريق العمل ورقلة.

المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 02، الملحق رقم 01، 2008، ص. 8.

ب2 المزارع البيداغوجية.

ورد في المادة رقم 16 من المرسوم التنفيذي رقم 08-02¹ المؤرخ في 02-01-2008 تعريف المزارع البيداغوجية على أنها مؤسسة عمل محمي ذات نشاطات متعددة تتعلق بمهن الأرض، تدريب الحيوانات، بيع منتوجات المزرعة... تكلف باستقبال الأشخاص ذوي الإعاقة البالغين 18 سنة على الأقل ذوي الإستقلالية المحدودية، الذين لا يمكنهم الإلتحاق بتكوين مهني مكيف وغير القادرين على ممارسة عمل في هياكل العمل المكيف.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 02، 2008، ص. 5.

تكلف المزارع البيداغوجية بما يأتي:

- ضمان تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال انشغالات متنوعة ذات صلة مع مهن الأرض وتربية الحيوانات.
- ترقية استقلالية ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في العيش ضمن المجموعة.
- تنظيم وتأطير نشاطات الإنتاج وبيع منتوجات المزرعة البيداغوجية.

ب3 الورشة المحمية.

حسب المادة رقم 16 من المرسوم التنفيذي رقم 08-83¹ المؤرخ في 04-03-2008 الورشة المحمية هي مؤسسة محمية تكلف بنشاطات عدة تتعلق بإنتاج السلع، الخدمات ومقاولة من الباطن، توظف الورشة المحمية عمالا ذوي إعاقة ضمن شروط خاصة للعمل كتهيئة المنصب وتكييف وتيرة العمل.

وفقا لذات المادة فإن الورشة المحمية تكلف بما يأتي:

- وضع في حالة عمل الأشخاص ذوي الإعاقة غير القادرين على ممارسة نشاط مهني في وسط عادي.
- توفير شروط مناسبة للعمل بتهيئة المنصب وتكييف وتيرة العمل مع طبيعة إعاقة الأشخاص المستقبّلين.
- تنظيم نشاطات الإنتاج والمقاولة من الباطن وتجارة المنتجات المنجزة من قبل المؤسسة.
- إبرام عقود المقاولة من الباطن وأداء الخدمات مع مؤسسات إنتاج السلع والخدمات ومقدمي الخدمات والجماعات المحلية والهيئات العمومية والخاصة.
- تحضير العمال ذوي الإعاقة لممارسة عمل في وسط عادي.

تُشغل الورشة المحمية 80% على الأقل عمالها من بين الأشخاص ذوي الإعاقة، غير أنه يمكنها توظيف حسب ضروريات الإنتاج إجراء سالمين في حدود 20% من تعدادها.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، 2008، ص. 18.

الجدول رقم 06-05 قائمة الورشات المحمية.

الورشات المحمية
الورشة المحمية للجزائر شرق.
الورشة المحمية للجزائر غرب.
الورشة المحمية لبسكرة.
الورشة المحمية لتلمسان.
الورشة المحمية لأدرار.

المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الملحق رقم 01، 2008، ص. 22.

ب4 مركز توزيع العمل في المنزل

تُعرف المادة رقم 16 من المرسوم التنفيذي رقم 08-83 مركز توزيع العمل في المنزل على أنه مؤسسة محمية تسمح بممارسة نشاط مهني في المنزل لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة غير القادرين على ممارسة النشاطات لا في ورشة محمية ولا في وسط عادي لأسباب مرتبطة بظروفهم البدنية أو المادية و/أو المحيطية، توفر هذه المؤسسة للعمال ذوي الإعاقة أشغالا ذات طبيعة يدوية أو فكرية وذلك بجمع طلبات العمل وتوزيعها على هؤلاء العمال¹.

تكلف مراكز توزيع العمل في المنزل بما يأتي:

- القيام بالمساعي لدى الهيئات العمومية والخاصة لإبرام عقود المقاولات من الباطن وأداء الخدمات.
- توفير أعمال ذات طابع يدوي أو فكري للعمال ذوي الإعاقة وذلك بجمع طلبات العمل وتوزيعها على هؤلاء العمال.
- استرجاع الأعمال المنجزة وتسليمها للهيئات المعنية.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، 2008، ص. 18.

الجدول رقم 06-06 قائمة مراكز توزيع العمل في المنزل.

مراكز توزيع العمل

- مركز توزيع العمل في المنزل للجزائر شرق.
- مركز توزيع العمل في المنزل للجزائر غرب.
- مركز توزيع العمل في المنزل لقسنطينة.
- مركز توزيع العمل في المنزل لوهران.
- مركز توزيع العمل في المنزل لورقلة.

المصدر: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الملحق رقم 01، 2008، ص. 22.

6-2-2-ب المشاريع المستقبلية التي تسعى مديرية الوقاية والإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة لتنفيذها.

عن المخططات قصيرة المدى التي تسعى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة عبر مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تحقيقها، تنوي المديرية التوجه نحو المؤسسة الاقتصادية من خلال توقيع مذكرة اتفاق واستثمار مع أرباب العمل أو ما يسمى الكونفدراليات¹ الذين قاموا بالتوقيع على الميثاق الوطني الاقتصادي والاجتماعي *le pacte national économique et social* من أجل احتواء الأزمة التي صاحبت تخصيص المؤسسات لما نسبته 1% من المناصب لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث كما سبق الذكر لا يتم تشغيل سوى عامل أو عاملين على أكثر تقدير من ذوي الإعاقة، وحتى مع رفع النسبة إلى 3% لا يزال إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط المهني لا يرقى للمستوى المطلوب، خاصة في ظل تزايد عدد الأشخاص ذوي الإعاقة خريجي الجامعات.

فيما يخص المشروع الذي تُعول عليه المديرية، يمكن القول أنه يتراوح عدد الكونفدراليات من 3000 إلى 4000 كونفدرالية، بحيث تضم الواحدة منها عددا كبيرا جدا من العمال وهو ما يتيح إدماج أكبر عدد ممكن من الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، وبذلك يمكن تجاوز أزمة تشغيلهم فعليا.

¹ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد مراد بنمزال مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن توجه الدولة نحو الإستثمار في المؤسسة الاقتصادية جاء لسد الثغرات المترتبة عن ضعف أداء المؤسسات العمومية في مجال إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص، ناهيك عن ضعف الاقتصاد الجزائري بشكل عام، ومع تزايد المطالبة بالإصلاح الجذري اتخذت السلطات العمومية العديد من الإجراءات في إطار ما يعرف بالتعديل الهيكلي الذي تم تبنيه خلال تسعينيات من القرن الماضي، والتي تهدف في مجملها الى بناء أسس اقتصاد السوق، وتحسين أداء المؤسسة الاقتصادية، هذه الأخيرة التي حظيت بالعديد من الاهتمامات والإجراءات مست حتى شكل ملكيتها، من هنا لم يصبح الاقتصاد الجزائري يتشكل من المؤسسات العمومية فحسب، بل سمح التشريع بإنشاء المؤسسات الخاصة المختلطة برؤوس أموال محلية أو أجنبية، كما مست الإجراءات التنظيمية والتشريعية حتى المؤسسات الخاصة، كالدعم الفني والمالي، الشراكة الأجنبية والتأهيل¹.

إعتبرت التدابير المتعلقة بتأهيل المؤسسة الاقتصادية في الجزائر بمثابة السياسة المساندة للأهداف المرجوة من طرف السلطات العمومية والمتعلقة أساسا بالتحريك الاقتصادي وإنشاء منطقة التبادل الحر مع الاتحاد الأوربي خاصة بعد سنة 2017، والانضمام الى المنظمة العالمية للتجارة، ومن أجل تحسين وترقية فعالية آدائها على مستوى منافسيها في السوق المحلي والاجنبي قامت السلطات العمومية بوضع برنامجا لتأهيل المؤسسة الاقتصادية، يسعى برنامج التأهيل الى تحديث المحيط الصناعي والتقني للمؤسسة الاقتصادية، تطوير كفاءة الأفراد، تحسين طرق الإنتاج².

من بين المشاريع الأخرى التي تسعى الوزارة إلى تنفيذها، هو إنشاء 4 مؤسسات مساعدة عن طريق العمل، من بينها 3 مؤسسات عمومية هي قيد الإنجاز تنشط في مجال: الخزف، الفخار، النشاطات الفلاحية والغذائية وتربية الأنعام، من المنتظر تدشينها³ في سنة 2020 تتواجد على مستوى الولايات التالي: تلمسان، بسكرة ووهران.

تدعم الدولة إنشاء مؤسسات المساعدة من طرف الحركة الجمعوية عبر ولايات الوطن، في هذا الصدد "...تم عد.في نهاية 2018: 51 مؤسسة مساعدة عن طريق العمل تابعة للجمعيات الناشطة لاسيما في مجال الإعاقة الذهنية تتكفل ب1727 شخص يشرف عليها ما يقارب 500 مؤطر بيداغوجي

¹ حبيبة عامر، دور المؤسسات الاقتصادية في تحقيق التنمية المستدامة في ظل التكتلات الاقتصادية العالمية -دراسة حالة مجموعة من المؤسسات الاقتصادية الجزائرية-، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016، ص. 25.

² حبيبة عامر، المرجع السابق، ص. 27.

³ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد مراد بنمزال مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

تنشط في مختلف الحرف التقليدية والنشاطات الفلاحية¹، وقد ارتفع عدد الأشخاص ذوي الإعاقة المدمجين على مستوى تلك المؤسسات إلى أزيد من 2000 شخص مع نهاية سنة 2019، وفي حيلة أخرى أفادت نتائجها أن قطاع التضامن الوطني قد وظف مع نهاية سنة 2018: 3,09% شخص ذوي إعاقة من بين إجمالي عماله، فيما تمكن قطاع الشؤون الدينية والأوقاف من توظيف 1,12% في حين لم تتجاوز باقي القطاعات النسبة الواحدة².

6-2-3 إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في المجال الإجتماعي.

تتكلف مديرية البرامج الاجتماعية للأشخاص المعوقين على مستوى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بتسطير الإستراتيجية، تضم مديرية البرامج الاجتماعية للأشخاص المعوقين ومديرتين فرعيتين هما: المديرية الفرعية للمساعدة الاجتماعية للأشخاص المعوقين و المديرية الفرعية لدعم الحصول على الخدمات الاجتماعية والوصول إلى المحيط المادي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

تتمثل السياسة المنتهجة للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في نظام خدماتي يهدف إلى حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وتحسين وضعيتهم الإجتماعية.

6-2-3-أ المنحة المالية والتغطية الإجتماعية.

تتمثل في الإعانات المباشرة وغير المباشرة التي تقدمها الدولة للشخص الذي يحوز على بطاقة معاق (أنظر الملحق رقم 06)، هذه الأخيرة عبارة عن وثيقة تبين طبيعة إعاقة الشخص المعني ودرجتها، تسلم من قبل مصالح مديرية النشاط الإجتماعي والتضامن للولاية، بناء على قرار اللجنة الطبية الولائية المتخصصة بعد دراستها للملفين الطبي والإداري للشخص المعني، وتعد بطاقة الشخص المعاق المفتاح الذي يتيح له الإستفادة من مختلف الإمتيازات المنصوص عليها في التنظيم والتشريع المعمول بهما.

يتقدم الشخص ذوي الإعاقة الحاصل على بطاقة معاق بتقديم طلب الإستفادة من المساعدات الإجتماعية إلى مدير النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية الإقامة، بعدها تقوم مصالح مديريات النشاط الاجتماعي والتضامن للولايات بالحصول على الوثائق المبررة لعدم وجود دخل من الهيئات التابعة للدولة

¹ نفس المصدر.

² وثائق تم الحصول عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

(الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والصندوق الوطني للتقاعد والمركز الوطني للسجل التجاري) مباشرة عوض الشخص ذو الإعاقة. تكمن المساعدات الاجتماعية الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة تشكيلة متنوعة من الخدمات تتمثل في:

• المنحة المالية المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة: بموجب المرسوم التنفيذي رقم 03-45 المؤرخ في 19-01-2003 الذي يحدد كفاءات تطبيق أحكام المادة 07 من القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08-05-2002، المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم، والمعدل وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-340 المؤرخ في 31-10-2007 تخصيص:

- منحة مالية شهرية قيمتها 4000 دج، لكل شخص يفوق سنه 18 سنة يعاني من إعاقة بنسبة 100% ولا يملك أي مصدر دخل.
- منحة مالية قيمتها 3000 دج شهريا إلى:

• الأشخاص ذوي العاهات والمرضى بقاء عضال يفوق سنهم 18 سنة، المتحصلين على بطاقة الشخص المعاق وبدون أي الدخل.

• الأسر التي تتكفل بشخص واحد على الأقل متحصل على بطاقة معاق، بدون أي دخل.

• الأشخاص المصابين بكفّ البصر الذين يفوق سنهم ثمانية عشرة سنة.

اعتمدت الحكومة بتاريخ 03-11-2019، مشروع المرسوم التنفيذي¹ المعدل والمكمل للمراسيم سابقة الذكر، الذي ينص على زيادة قدرها 150% من المنحة المالية الشهرية التي تبلغ قيمتها 4000 دج أي 10000 دج، تمنح فقط للأشخاص ذوي الإعاقة بنسبة 100% والذين يفوق سنهم 18 سنة، بالتالي يتم إستثناء الأطفال أقل من 18 سنة وكذا ذوي الإعاقات التي تقل درجتها عن 100%.

• التغطية الاجتماعية: يكرس القانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 يوليو سنة 1983 والمعدل المتعلق بالتأمينات الاجتماعية مبدأ التسجيل في الضمان الإجتماعي لكل شخص ذو إعاقة لا يمارس أي

¹ <http://premier-minister.gov.dz> /, consulté le 03-11-2019.

نشاط مهني، بحيث تتحمل الدولة كامل مصاريف الإشتراكات في الضمان الإجتماعي التابع لوزارة العمل، التشغيل والضمان الاجتماعي.

يسمح التسجيل في مديرية الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة المعوزين بالإستفادة من مساعدات الدولة المقدمة في إطار العمليات التضامنية الممولة من الصندوق الخاص للتضامن الوطني أو ما يعرف بالمساعدات العينية، ومن بين هذه المساعدات نذكر ما يلي¹:

- أجهزة متحركة (كراسي متحركة، كراسي متحركة كهربائية أو بمحرك، مركبات ذات ثلاثة عجلات).

- أجهزة تقويم العظام ولواحقها.

- أجهزة لضعيفي البصر والمكفوفين ولواحقها.

- أجهزة لضعيفي السمع والصم ولواحقها.

- أجهزة للمساعدة التقنية والحماية.

كما يستفيد الأشخاص ذوي الإعاقة المعوزون من المساعدات التضامنية لاسيما:

- الطرد الغذائي في شهر رمضان.

- الأدوات المدرسية.

- ملابس العيد لفائدة الأطفال المعوقين المعوزين.

- الحفاضات للأطفال وبالغين المعوقين.

- تذكرة النقل الجوي للمريض المعوز القاطن في إحدى ولايات الجنوب والذي يتطلب

تحويله نحو أحد الهياكل الصحية الموجودة بشمال البلاد وكذا مرافقه.

- المنتجات الغذائية الخاصة ببعض الأمراض لفائدة الأشخاص المحرومين.

6-2-3-ب تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الاجتماعي، الإقتصادي والثقافي.

تطرقت المادة رقم 30 من القانون رقم 02-09 المؤرخ في 8 مايو سنة 2002، المتعلق بحماية

الأشخاص المعوقين وترقيتهم التدابير التي من شأنها القضاء على الحواجز التي تعيق الحياة اليومية

¹ وثائق متحصل عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

لهؤلاء الأشخاص من أجل تشجيع إدماج واندماج الأشخاص المعوقين في الحياة الإجتماعية وتسهيل تنقلهم وتحسين ظروف معيشتهم ورفاهيتهم لاسيما في المجالات التالية¹:

- التقييس المعياري وتهيئة المحلات السكنية والمدرسية، الجامعية، التكوينية، الدينية، العلاجية، والأماكن المخصصة للنشاطات الثقافية والرياضية والترفيهية.
- تسهيل الحصول على الأجهزة الإصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية التي تمكن من الإستقلالية البدنية وتسهيل استبدالها.
- تسهيل الوصول إلى الأماكن العمومية.
- تسهيل استعمال وسائل النقل.
- تسهيل استعمال وسائل الإتصال والإعلام.
- تسهيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة الراغبين في اختيار سكن واقع في الدور الأول من البنايات عند استفادتهم من مقرر منح السكن طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

يحدد المرسوم التنفيذي رقم 06-455 المؤرخ في 11-12-2006 كفايات تسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي، حيث تؤكد المادة رقم 01 منه على وجوب خضوع الترتيبات الهندسية، البنايات والأماكن العمومية إلى مقاييس تقنية تجعلها سهلة الوصول بالنسبة للأشخاص المعوقين، كما تضمنت المادة رقم 04 من ذات المرسوم تفصيلا للبنايات والأماكن العمومية الواردة في المادة الأولى وهي²:

- المباني التي تأوي المؤسسات، الإدارات والمرافق العمومية.
- المحلات ذات الإستعمال السكني.
- المؤسسات المدرسية والجامعية ومؤسسات التكوين والتعليم المهنيين.
- المباني المخصصة للممارسات الدينية.
- المؤسسات الإستشفائية وهياكل الصحة.
- المؤسسات والأماكن المخصصة للنشاطات الثقافية، الرياضية والترفيهية.
- الأماكن والمساحات الكبرى ذات الإستعمال التجاري.

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2002, p. 8.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 80، 2006، ص. 26.

- المؤسسات المخصصة للأشخاص المسنين و/أو ذوي الإعاقة.
- البنوك والمؤسسات المالية وشركات التأمين.

كما تؤكد المادة رقم 07 من المرسوم ذاته على وجوب تكييف الممرات المخصصة للراجلين لتتقل وتحرك الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى تهيئة الأرصفة والمسالك بصفة تسهل تنقلهم بأجهزتهم الخاصة.

ومن أجل ضمان تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة تنص المادة رقم 16 من المرسوم التنفيذي رقم 06-455 على إنشاء "لجنة تسهيل وصول الأشخاص المعوقين" تكلف بمتابعة تنفيذ وتقييم حالة تقدم البرامج المذكورة في أحكام هذا المرسوم واقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين تسهيل مشاركة هؤلاء الأشخاص في الحياة الإجتماعية، كما تسهر اللجنة على إعداد تقرير سنوي يتعلق بتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وعرضه على الوزير المكلف بالتضامن الوطني¹ وفقا للمادة رقم 17.

وفقا للمادة رقم 07 من القرار المؤرخ في 06-09-2010 تضمّ اللجنة في تشكيلتها قطاعات وزارية وهيئات عمومية وجمعيات ناشطة في مجال الإعاقة، كما تتضمن ثلاث (3) لجان فرعية²:

- اللجنة الفرعية لتسهيل الوصول إلى المحيط المبني والتجهيزات المفتوحة للجمهور،
- اللجنة الفرعية لتسهيل الوصول إلى الهياكل الأساسية ووسائل النقل،
- اللجنة الفرعية لتسهيل الوصول إلى وسائل الاتصال والإعلام.

نُصبت اللجنة لأول مرة في سنة 2008، ثم جددت بتاريخ 10 ديسمبر 2015 بالمدرسة المتعددة العلوم للهندسة المعمارية والعمران بالحراش - الجزائر³ (EPAU)، وكان لها الفضل في الإنجازات التالية:

- صدور القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 06-03-2011، المتعلق بالمقاييس التقنية لتسهيل وصول الأشخاص المعاقين إلى البيئة، المباني والتجهيزات المفتوحة للجمهور.
- صدور المرسوم التنفيذي رقم 14-214 المؤرخ في 30-07-2014، الذي يضبط الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الاشتراك المالي ومنح الإعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص ذوي الإعاقة.

¹ نفس المصدر.

² Journal officiel de la république Algérienne, n °60, 2010, p17.

³ وثائق متحصل عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

- إنطلاق مشروع " الجزائر مدينة سهلة الوصول" كمدينة نموذجية، بتاريخ 14-03-2015، بمناسبة اليوم الوطني للأشخاص ذوي الإعاقة، ممول من قبل مصالح ولاية الجزائر ووكالة التنمية الاجتماعية ADS، حيث تمّ انجاز الشطر الأول الذي يضمّ 17 نقطة ويربط بين مفترق الطرق أديس أبابا باتجاه مقر الولاية، فيما تواصل البلديات عملية التهيئة بالتنسيق مع مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية الجزائر .
- انجاز فضاء للعب مكيف ومخصّص للأشخاص ذوي الإعاقة، كمشروع نموذجي، على مستوى بلدية ريس حميدو .
- إنجاز أول قاموس للإشارات في الجزائر .
- توقيع اتفاقية إطار بين وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة ووزارة السكن، العمران والمدينة المتعلقة بتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البيئة، المباني والتجهيزات المفتوحة للجمهور .
- تهيئة الشواطئ في الولايات الساحلية لتسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى خدماتها¹:
- ❖ تهيئة الشواطئ التابعة لولاية الجزائر بمجموعة من التجهيزات والمتمثلة في وضع أبسطة خاصة وكراسي متحركة مخصصة للسباحة (mobi-chair) تمّ اقتنائها من الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها (شاطئ البحر المتوسط ببلدية عين البنيان - شاطئ لافيحي بريس حميدو - شاطئ الباخرة المحطّمة ببرج الكيفان - شاطئ القادوس بهراوة - شاطئ رغاية البحري - شاطئ خلوفي بزردة).
- ❖ وضع ممرات بما يسمح وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى شواطئ ولاية تلمسان (شاطئ (واد عبد الله بالغروات - شاطئ سيدنا يوشع بدار يغماسن - شاطئ أولاد بن عبد عياد بسوق الثلاثاء - شاطئ تفوست بهنين - شاطئ ميسكاردة 2 بمرسى بن مهدي).
- ❖ تهيئة الشواطئ التابعة لولاية وهران بمسالك خاصة لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة (شاطئ الأندلسيات - شاطئ الرأس الأبيض).
- ❖ وضع ممرات تسمح بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى شواطئ ولاية الطارف،
- ❖ تهيئة شاطئ العقيد عباس بدواودة البحري بولاية تيبازة.
- ❖ تهيئة شواطئ ولاية بومرداس بممرات عبر مختلف البلديات الساحلية بالتنسيق مع مديرية السياحة والصناعات التقليدية.

¹ وثائق متحصل عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

❖ تهيئة بعض شواطئ ولاية عنابة بممرات لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البحر(شاطئ رفاس زهوان- شاطئ خروبة- شاطئ جنان الباي).

6-2-3-تسهيل الوصول إلى وسائل الإتصال والإعلام.

من أجل تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مختلف وسائل الإعلام والإتصال تلتزم المادة رقم 12 من المرسوم التنفيذي رقم 06-455 المؤرخ في 11-12-2006 كافة القطاعات المعنية وجوب إتخاذ كافة الترتيبات ووضع كل التدابير الضرورية في إطار تجسيد الحق في تسهيل الوصول إلى الإتصال والإعلام المنصوص عليه في التشريع المعمول به، لاسيما بالنسبة للتلاميذ والطلبة من خلال تزويدهم بالعتاد والتجهيز والمساعدة التقنية الضرورية لنشاطاتهم المدرسية وغير المدرسية (المادة رقم 15).

تنص المادتي 13 و 14 من ذات المرسوم على تسهيل الوصول إلى وسائل الإعلام والإتصال للشخص المكفوف، الشخص الصم أو ضعيف السمع على حد سواء، من خلال تذليل حصوله على التقنيات والتكنولوجيات المستعملة في ذلك المجال على غرار: الصحافة المكتوبة بالبراي، أداة الإعلام الآلي المكيفة، لغة الإشارة، الترجمة على الشريط¹.

6-2-3-ت الإعفاء من الرسوم والضرائب.

يستفيد الأشخاص ذوي الإعاقة من ما يلي²:

- الإعفاء من الضريبة على الدخل الإجمالي للأشخاص المعوقين العاملين والذين لا يتعدى دخلهم الشهري 20.000 دج (قانون المالية التكميلي لسنة 2008).
- الإعفاء من الحقوق والرسوم على المركبات المكيفة خصيصا للأشخاص ذوي الإعاقة، المستوردة أو التي يتم اقتناءها لدى الوكالات المعتمدة، وهذا لصالح الأشخاص المصابين بالكساح أو بالعطب على مستوى الأطراف السفلية وكذا الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية والحاملين لبطاقة السياقة صنف "و" F (القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 11 يوليو سنة 2000، الذي يحدد كفيات تطبيق أحكام المادة 67 من قانون المالية لسنة 1989 المتعلقة بإعفاء السيارات السياحية الجديدة المجهزة خصيصا والموجهة للأشخاص

¹ Journal officiel de la république Algérienne, n° 80, 2006, p. 27.

² وثائق متحصل عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

المصابين بصفة مدنية بكساح أو ببتير الرجلين أو الحائزين رخصة السياقة من صنف (و) مهما يكن العضو أو الأعضاء المعوقة، من الحقوق والرسوم).

• الإعفاء من الحقوق والرسوم الجمركية وكذا الرسم على القيمة المضافة المطبق على السلع المستوردة بصفة هبة من طرف الجمعيات والخدمات ذات الطابع الإنساني، حيث تم تحديد القائمة في إطار تنظيمي (قانون المالية لسنة 1993).

• تخفيض الرسم على القيمة المضافة (TVA) المطبق على المواد والتجهيزات الضرورية للأشخاص ذوي الإعاقة (قانون المالية لسنة 2002).

6-2-3 ج مجانية النقل والتخفيض في تسعيراته لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة.

تضمن المرسوم التنفيذي رقم 06-144 المؤرخ في 26-02-2006، تحديد كيفية استفادة الأشخاص المعوقين من مجانية النقل والتخفيض في تسعيراته.

وفقا للمادة رقم 10 من المرسوم التنفيذي ذاته تتكفل وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة بالنفقات المتعلقة بالنقل لتمكين الأشخاص المعوقين الاستفادة من مجانية النقل أو التخفيض في تسعيراته طبقا لأحكام هذا المرسوم¹، كما تدفع الوزارة المكالفة المبالغ المستحقة للناقلين طبقا للإجراءات المعمول بها في إطار التشريع والتنظيم المعمول بهما.

تنص المادة رقم 11 من المرسوم التنفيذي رقم 06-144 على إلزام الوزارة المكالفة بإبرام عقود مع المتعاملين المعنيين بنقل المسافرين (الحضري وشبه الحضري، عبر الطرقات، بالسكك الحديدية، الجوي الداخلي ومترو الجزائر) في إطار الأحكام التنفيذية والتشريعية المعمول بهما.

تلزم المادة رقم 09 من المرسوم التنفيذي رقم 06-455 المؤرخ في 11-12-2006 الذي يحدد كفاءات تسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى المحيط المادي، الاجتماعي، الإقتصادي والثقافي، المنشآت ووسائل ومرافق نقل المسافرين بوجود تهيئتها بكيفية تسهل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها².

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 28، 2006، ص. 4.

² الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 80، 2006، ص. 27.

كما تؤكد المادة رقم 10 من ذات المرسوم ضرورة إعداد المصالح المختصة بالنقل -بعد استشارة المتعاملين المعنيين- برامج تهيئة منشآت ووسائل ومرافق النقل لاسيما النقل الجماعي قصد جعلها تستجيب لحاجيات الأشخاص المعوقين، تهدف برامج التهيئة إلى:

-تهيئة وتجهيز المنشآت المستقبلية للمركبات.

- تهيئة المركبات.

- إنشاء أو تطوير مصالح مكيفة خصيصا.

يستفيد الأشخاص المعوقون من¹:

❖ مجانية النقل الحضري والشبه الحضري عبر الحافلات التابعة للمؤسسات العمومية للنقل الحضري وشبه الحضري لـ 48 ولاية ويتم ذلك باستظهار بطاقة الاشتراك السنوية التي يتم إعدادها من قبل ذات المؤسسات بناء على طلب الأشخاص ذوي الإعاقة.

❖ مجانية النقل الحضري عبر شبكات مؤسسة مترو الجزائر (المترو والترامواي والنقل بالكوابل بولاية الجزائر والترامواي والنقل بالكوابل بولاية قسنطينة و الترامواي بولاية وهران)، ويتم ذلك باستظهار بطاقة الاشتراك السنوية التي يتم إعدادها من قبل مؤسسة مترو الجزائر بالولاية، مقر الإقامة، أو باستظهار بطاقة الشخص المعوق على مستوى شبابيك المترو والترامواي والنقل بالكوابل.

❖ مجانية النقل عبر شبكات الطرقات والسكك الحديدية بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعادل أو تفوق نسبة عجزهم 80، ويتم ذلك باستظهار بطاقة الشخص المعوق على مستوى شبابيك المحطات البرية والسكك الحديدية.

❖ تخفيض بنسبة 50% من تسعيرات المسافرين العاديين على شبكات الطرقات والسكك الحديدية بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تفوق نسبة عجزهم 50% وتقل عن 80%، ويتم ذلك باستظهار بطاقة الشخص المعوق على مستوى شبابيك المحطات البرية والسكك الحديدية.

❖ تخفيض بنسبة 50% من تسعيرات المسافرين العاديين على النقل الجوي الداخلي بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تساوي نسبة عجزهم 100% بناء على طلب الشخص المعني، يتم

¹ وثائق متحصل عليها من وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة.

الحصول على سند طلب تذكرة المعدّ من طرف مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية الإقامة، للاستفادة من تذكرة السفر على مستوى شبابيك وكالات الخطوط الجوية الجزائرية. بمبادرة من المديرية العامة لمؤسسة النقل الحضري وشبه الحضري لمدينة الجزائر العاصمة، قامت مؤسسة ETUSA بإنشاء خدمة (أم) عام 2011 تهدف إلى توفير خدمات نقل لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك يتم بعد اتصال الشخص ذوي الإعاقة عبر خط مجاني مخصص لاستقبال مكالمات الأشخاص المعنيين، حيث يوجد على مستوى مؤسسة ETUSA مقر قيادة مركزي PCC خاص باستقبال المكالمات Poste Commandement Centralisé أين يتواجد على مستواه فريق خاص¹ وُضع تحت خدمة الأشخاص ذوي الإعاقة، يقوم بتسجيل مقر إقامة وهاتف الشخص ذوي الإعاقة المتصل، هذا الأخير يقوم بالاتصال مسبقا من أجل أخذ موعد لنقله من مقر مسكنه نحو المستشفى أو مركز إعادة التأهيل، تقوم بعدها مؤسسة Etusa بإرسال سائق مؤهل ومزود بمعدات وتجهيزات كالكراسي المتحركة بغية تسهيل تنقل الشخص ذوي الإعاقة نحو مقر علاجه وإرجاعه بعد خضوعه للعلاج إلى منزله مقابل مبلغ رمزي بسيط².

حرصت مؤسسة Etusa على تزويد مركبات النقل تلك بجميع التجهيزات التي تضمن تنقل الأشخاص ذوي الإعاقة في ظروف جيدة ومريحة، كتجربة أولى على مستوى الجزائر انحصرت وسائل نقل الأشخاص ذوي الإعاقة التي خصصتها مؤسسة Etusa على حافلتين من نوع مرسيدس تم شراؤهما بمساهمة شركة سوناطراك نظرا لتكلفتها الباهضة، غير أن مؤسسة Etusa تنوي في المستقبل القريب إقتناء المزيد من المركبات لهذا الغرض³.

وكحصيلة نشرتها مؤسسة Etusa عبر مجلتها تقوم المركبتان بنقل ما يقارب 50 شخصا شهريا، كما قامت المؤسسة منذ سنة 2012 باقتناء أزيد من 10 حافلات من المؤسسة الوطنية للسيارات الصناعية تم تجهيزها ب مصاد وذلك لتلبية طلبات هذه الشريحة من الناس على الدوام⁴.

تقوم مؤسسة Etusa بتعليم القيادة لجميع فئات المجتمع سواء كانت ذات الوزن الخفيف أو الثقيل، بما فيهم فئة الأشخاص ذوي الإعاقة، وهو ما يُعد نقطة تميز للمؤسسة باعتبار أن هذه الفئة مهمشة وقليلة جدا هي مراكز تدريب السياقة الخاصة بهم¹

¹ منتقاة المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد عباس أرزقي إطار بمؤسسة Etusa.

² نفس المصدر.

³ إيتوزا نيوز، مجلة إخبارية لمؤسسة إيتوزا، أبريل 2018.

⁴ نفس المرجع.

3-6 إشكالية تبني الجزائر للنموذج الطبي خلال تعريفها للإعاقة.

أدرجت الجزائر فعيا ضمن اهتماماتها فئة الأشخاص المعاقين 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 التي سبق ذكرها.

يهدف القانون 02-09 إلى تعريف الإعاقة والأشخاص المعاقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم، وفقا للمادة رقم 02 من ذات القانون 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-الحسية².

يبدو جليا أن تعريف الإعاقة الذي تبنته الجزائر واعتمده في التشريع الرسمي يرتكز على نموذج طبي بحت يصنف الأشخاص المعاقين 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 خلال تصنيفه المعروف بـ CIH، أين طرح دليلا عالميا لوصف مختلف مكونات الإعاقة، المشاكل الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، نتائج العجز، أعراض ما بعد الصدمة، الشبخوخة، التشوهات، العيوب الخلقية... وغيرها من القضايا، والذي نشر فعليا من قبل منظمة الصحة العالمية OMS سنة 1980، على الرغم من أن CIH أشارت في طرحها إلى الحرمان الاجتماعي (الإعاقة)، إلا أن التصنيف لا يتضمن في الحقيقة أي بُعد وصفي للمجتمع ذاته أو البيئة التي يعيش فيها الشخص ذو الإعاقة، ولا يشير إلى الدور الذي يلعبه المجتمع بمختلف مؤسساته في تذليل انعكاسات الإعاقة أو تفاقمها، سواء من خلال تسهيل إدماج الشخص ذوي الإعاقة وإشراكه في العملية التنموية، أو عبر القيود والعرافيل التي تصعب وتحول دون تحقيق الأشخاص ذوي الإعاقة لمختلف أدوارهم الاجتماعية وممارستهم الكاملة لحق المواطنة بما تقتضيه من حقوق وما تترتب عليه من واجبات.

¹ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد عباس أرزقي إطار بمؤسسة Etusa.

² Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2006, p. 05.

بعد أن صادقت الجزائر على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH سنة 2006 التي تبنت بدورها النموذج الإجماعي خلال تعريفها للإعاقة (حيث تحدث الإعاقة كما سبق الذكر حسب الاتفاقية نتيجة للتفاعل بين الأشخاص ذوي الإعاقة والحوازر السلوكية والبيئية التي تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على أساس المساواة مع الآخرين)¹، كان لزاما عليها إعادة النظر في مختلف سياساتها ومبادئها المتعلقة بالإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة بدءا بتغيير نظرتها للإعاقة في حد ذاتها.

اعتمدت الجزائر مرة أخرى على مقارنة طبية لتعريف الإعاقة الذي تبنته خلال تحقيقها الوطني متعدد المؤشرات MICS₄ سنة 2012-2013، أين تضمن التقرير الرسمي الذي نشرته محور الإعاقة، خلال 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 إستمرت 6 أشهر فما فوق تمنع أو تحول دون مشاركته في أداء الأنشطة العادية مقارنة بالأشخاص في مثل سنه"².

في 15-07-2014 تم التوقيع على المرسوم التنفيذي الحامل للرقم 14-204 بعد إجراء تعديل على القانون رقم 02-09، ورد في المادة رقم 02 من المرسوم 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"³.

صنف المشرع الجزائري وفقا للمادة رقم 02 من المرسوم التنفيذي سابق الذكر 4 أنواع للإعاقة: بصرية، سمعية، حركية وذهنية (المواد رقم 04، 05، 06، 07)⁴:

تنجم الإعاقة البصرية عن إصابة تتسبب بفقدان كلي للبصر أو نقص تكون فيه حدة البصر المصححة للعينين معا أقل من 20/1.

تنجم الإعاقة السمعية عن إصابة تتسبب بصمم ثنائي مرفوق بفقدان للسمع يفوق أو يساوي 80 db (ديسيبال) مع بكم أو بدونه، يقلل بالتالي من القدرة على الإتصال.

¹ ONU, convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultative, op.cit, p. 1.

² MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grapes à indicateurs multiples (MICS), op.cit, p. 238.

³ Journal officiel de la république Algérienne, n° 45, 2014, p. 04.

⁴ Ibid.

تتجم الإعاقة الحركية عن إصابة في إحدى الوظائف الأساسية الثلاث: الحركية أو المسك أو النشاط البدني، التي تسبب نسبة عجز تساوي أو تفوق 50%.

تتجم الإعاقة الذهنية عن إصابة عقلية تطويرية ذات أصل ذهني و/أو نفسي يتسم بإصابة في الجهاز العصبي مصحوبة باضطراب عقلي ثابت أو بدونه يسبب عجزا لا يقل عن 50% في القيام بالنشاطات الأولية في الحياة اليومية.

تحدد طبيعة ودرجة الإعاقة المنصوص عليها سابقا من قبل لجنة طبية ولائية متخصصة المنصوص عليها في أحكام المرسوم التنفيذي رقم 03-175 المؤرخ في 14-04-2003، كما تحدد على أساس تقديم الشخص المعني أو من ينوبه لملف طبي إداري، وكذا على معايير تتعلق بجوانب طبية، وظيفية، نفسانية، إجتماعية واقتصادية طبقا لسلم تقييم للإعاقة (المادة رقم 10)، يمكن مراجعة درجة الإعاقة المحددة من قبل اللجنة المتخصصة بناء على طلب الشخص المعني أو من ينوب عنه.

يتبين من خلال تعريف الإعاقة المنصوص عليه وفقا للمادة رقم 02 من المرسوم التنفيذي رقم 14-204 أنه لا يزال ذو بعد الطبي بحت، ولم يحمل في طياته أي تغيير ملموس عن التعريف المعتمد في القانون رقم 02-09.

تقرير آخر أرسلته الجزائر لمنظمة الأمم المتحدة ONU تستعرض فيه الإنجازات التي حققتها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، تضمن تعريفا للإعاقة مستلهم كذلك من النموذج الطبي (CRPD-ONU) 2015، تم تعريف الإعاقة على أنها تحدث نتيجة معاناة شخص "بغض النظر عن العمر والجنس من إعاقة واحدة أو أكثر ذات طابع وراثي، خلقي أو مكتسب يحد من قدرته على ممارسة نشاط واحد أو أكثر من الأنشطة الأساسية في حياته الشخصية أو الإجتماعية، بعد ضعف وظائفه العقلية و/أو الحركية و/أو الحسية العضوية"¹، وهو الأمر الذي عرض الجزائر للمساءلة من قبل منظمة الأمم المتحدة ONU كونها لم تنسق جهودها لا على المستوى التشريعي ولا على المستوى التنظيمي لتغيير الاتجاه التقليدي لتعريف الإعاقة².

¹ CRPD-ONU, Rapports initiaux des états parties attendus en 2012: Algérie, comité des droits des personnes handicapées, Algérie, 2015, p. 11.

² CRPD-ONU, Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie, Comité sur les droits des personnes handicapées, version initiale non éditée, ONU, 2018, p. 1.

تتأسف وزارة التضامن الإجتماعي عن تبني المشرع الجزائري للنموذج الطبي خلال تعريفه للإعاقة، والجدير بالذكر أنه يتم إعادة النظر لتفعيل القانون 02-09 بداية من تعريف الإعاقة¹، عبر المضي قدما نحو تفعيل مشروع قرار وزاري مشترك بين وزارة الصحة من خلال المعهد الوطني للصحة العمومية UNDP ووزارة التضامن، من أجل تقنين المشروع المتمثل في صياغة ما يسمى بسلم تنقيط الإعاقة، والذي يعتبر أداة عمل للفرقة متعددة الاختصاصات المكلفة بتقييم وضعية الإعاقة للشخص حتى يتسنى له الاستفادة من الخدمات والبرامج الاجتماعية التي تمنحها الدولة، يأتي هذا في إطار تامين محتوى الجانب الطبي بالإضافة إلى توأمة الجانب الإجتماعي كما هو معمول به وفقا للتصنيف العالمي للوظائف والإعاقة CIF 2002، بغية تكييف الإعاقة إنطلاقا من وضعية الشخص المعني من أجل تذليل العقبات التي تواجهه في المجتمع².

تكمن مهام وزارة الصحة في إعداد سلم تنقيط الإعاقة من المنظور الطبي وهو ما تم فعلا أين تم الإطلاع على المقاربة وقبولها بتاريخ³ 12-04-2018، في إنتظار إعداد وزارة التضامن عبر لجنة متكونة من أخصائيين إجتماعيين، تربويين، نفسانيين للشق الإجتماعي للسلم، وبعد قبول دراسة سلم تنقيط الإعاقة بشقيه الطبي والإجتماعي من قبل المجلس الوطني للمعاقين يطبق من خلال القرار الوزاري المشترك وفقا للقرار رقم 14-204، هذا من شأنه تغيير اعتماد الجزائر على النموذج الطبي فقط خلال تعريفها للإعاقة.

قد يتبادر إلى ذهن القارئ أنه لا جدوى من النقاش في موضوع التسميات والتعاريف على حد رأي المعاق 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 الإجتماعي أثناء تعريف الإعاقة، وذلك بسبب الشلل الذي تعاني منه جميع القطاعات فيما يتعلق بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في ظل عدم وجود قانون إطاري يحدد التوجهات الرئيسية

¹ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد مراد بنمزال مدير مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

² نفس المصدر.

³ نفس المصدر.

لسياسة إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وإمكانية الوصول والولوج إلى البيئة¹، فهو يعيبي جيدا حجم التقصير والإهمال الذي يعاني منه الشخص ذوي الإعاقة الجزائري بالإضافة إلى إعاقته.

إن تبني المشرع الجزائري للنموذج الإجتماعي لتفسير الإعاقة يعتبر إقرارا 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 عائق ومسؤولية تكيف البيئة بمختلف مؤسساتها بما يتوافق مع إحتياجات الفئة، وإزالة كافة الحواجز والعراقيل حتى تكون مهياً لتسهيل ممارسة حقهم الكامل في المشاركة الإجتماعية والمساهمة في عملية التنمية وفقا لقدراتهم.

يمكن القول أن الجزائر لازالت في طور دراسة رؤية واضحة لمفهوم الإعاقة -رغم تماطلها كغيرها من البلدان- تستند على نظرة إجتماعية 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 والإجتماعي دون المخاطرة بتجزئة أي من هذين الإتجاهين وإعتمادهما بشكل منفصل لتحليل الإعاقة. إن تبني الجزائر لوجهة نظر متكاملة تمكّن من الحصول على نموذج متفاعل يراعي التعقيد اللانهائي لظاهرة الإعاقة ليمت إعتماده من أجل بناء إستراتيجيات التكفل اللائق بالأشخاص ذوي الإعاقة.

4-6 تقييم مدى نجاح الجزائر في تطبيق إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة على ضوء

أهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH.

بعد الإحاطة الملزمة بكل ما يتعلق بالإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، كان لابد من تقييم مدى نجاح الجزائر في تكيف سياساتها و قوانينها وفقا لأهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH (2006) التي تفرض على جميع الدول الموقعة تغيير سياساتها وتشريعاتها لتتوافق بما تنص عليه أهداف الإتفاقية، والأهم من ذلك مدى تنفيذ الإستراتيجية على أرض الواقع وهو ما يمثل مربط الفرس.

¹ FAPH, 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, FAPH, Algérie, 2018, p. 3.

تجدر الإشارة أن الجزائر صادقت فعليا على الإتفاقية العالمية بتاريخ 12-05-2009 وذلك بموجب المرسوم الرئاسي رقم 09-188 الذي تم نشره في الجريدة الرسمية بتاريخ 31-05-2009¹، إن مصادقة الجزائر على الإتفاقية الدولية CIDPH يمثل لها التزاما في مجال تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها، حيث تؤكد بذلك حرصها الأخلاقي والسياسي بالعمل على ضمان تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال تخصيصها لترسانة قانونية بشأن حماية وترقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تتلائم وأهداف الإتفاقية، بالإضافة إلى اتخاذها لكافة السياسات والتدابير المناسبة التي تصاحب تطبيق ما ورد في نصوصها التشريعية.

يبدو جليا أن وزارة التضامن الوطني، العائلة وقضايا المرأة سعت فعليا لمراجعة القانون رقم 02 09 الصادر بتاريخ 08-05-2002 لجعله يتماشى مع بنود الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH، من خلال صياغة مجموعة من القوانين لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة² خاصة:

- المرسوم التنفيذي رقم 03-333 المؤرخ في 8-11-2003 الذي يتعلق باللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني.
- المرسوم التنفيذي رقم 06-144 المؤرخ في 26-02-2006 الذي يحدد كيفية استفادة الأشخاص المعوقين من مجانية النقل والتخفيض في تسعيراته.
- المرسوم التنفيذي رقم 06-455 المؤرخ في 11-12-2006 الذي يحدد كيفية تسهيل وصول الأشخاص المعوقين إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي تماشيا مع المادة رقم 09 من إتفاقية، CIDPH المتعلقة بالوصول لتمكين الأشخاص المعاقين من العيش المستقل والمشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة، عبر إتخاذ الدول الأعضاء التدابير المناسبة التي تكفل الوصول إلى البيئة المادية، النقل والمعومات والاتصالات.
- المرسوم التنفيذي رقم 08-02 المؤرخ في 02-01-2008 الذي يحدد شروط إنشاء مؤسسات المساعدة عن طريق العمل وتنظيمها وسيرها.
- المرسوم التنفيذي رقم 08-83 المؤرخ في 04-03-2008 الذي يحدد شروط إنشاء مؤسسات العمل المحمي وتنظيمها وسيرها.

¹ CRPD-ONU, Rapports initiaux des états parties attendus en 2012: Algérie, op.cit, p. 1.

² FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, FAPH, op.cit, p. 02.

- القانون التوجيهي للتربية الوطنية الوارد ذكره في القانون رقم 08-04 المؤرخ في 23-01-2008.
- صدور القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 06-03-2011 المتعلق بالمقاييس التقنية لتسهيل وصول الأشخاص المعاقين إلى البيئة، المباني والتجهيزات المفتوحة للجمهور.
- اعتماد التوجيه الوزاري الرئيسي رقم 368 المؤرخ في 21-12-2013 بشأن إدماج الإعاقة في مختلف القطاعات والمعياري الوطني رقم 16227 للموافقة الفنية على البنية التحتية للأشخاص ذوي الإعاقة¹.
- للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13-03-2014 المحدد لكيفيات فتح أقسام خاصة للأطفال المعوقين ضمن مؤسسات التربية والتعليم العمومية التابعة لقطاع التربية الوطني
- المرسوم التنفيذي رقم 14-214 المؤرخ في 30-07-2014 الذي يضبط الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الاشتراك المالي ومنح الإعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص ذوي الإعاقة، وهو يتوافق مع الهدف رقم 27 من الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المتعلق بالعمل والتوظيف، الذي يؤكد ضرورة منح الدول الأطراف الأشخاص ذوي الإعاقة فرصة لكسب رزقهم، عن طريق عمل يتم إختياره وفقا لإمكانياتهم، كما يعزز الهدف ذاته إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العمومي.
- المرسوم التنفيذي رقم 17-187 المؤرخ في 03-06-2017 للمساهمة في تطوير الإستراتيجية الوطنية المشتركة بين مختلف القطاعات للوقاية من الإعاقة واقتراح وسائل تنفيذها، وهو ما يتماشى والهدف رقم 25 من الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تنص على تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات الصحية التي يحتاجونها، بما في ذلك إكتشاف الإعاقة والتدخل المبكر، بالإضافة إلى التدابير التي من شأنها الحد أو على الأقل منع حدوث إصابات جديدة.
- الإتفاق الموقع بتاريخ 22-04-2018 لإنشاء آليات مراقبة انشاء المشاريع المتعلقة بتهيئة وتجهيز المباني التحتية والمرافق المفتوحة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة¹.

¹ CRPD-ONU, Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie, Comité sur les droits des personnes handicapées, op.cit, p. 1.

في الحقيقة يُعتبر إعتداد الجزائر لتلك التشريعات وغيرها نقطة إيجابية للتكفل الأمثل بقضية الإعاقة، وقد لقيت بذلك ترحيباً آمياً واسعاً خاصة من قبل منظمة الأمم المتحدة²، التي أثنت على الجزائر تخصيصها لتلك الترسانة القانونية الداعمة لترقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر بما يتماشى وأهداف الإتفاقية العالمية، كما أعربت ذات المنظمة عن ارتياحها غداة إصدار الجزائر للنسخة الأولية من القاموس الجزائري للغة الإشارة سنة 2017، الذي يعكس مضيها قدماً وسعيها الرسمي للإعتراف بلغة الإشارة الجزائرية.

لم تسلم الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة من إنتقادات منظمة الأمم المتحدة، هذه الأخيرة أعربت عن تخوفها وقلقها المتزايد حول الواقع غير المطمئن الذي يعيشه الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، الذي لا يتماشى مع الأهداف المدرجة ضمن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH خاصة في المجالات الآتي ذكرها.

6-4-1 في المجال التشريعي.

- عدم توافق مفردات التي استخدمها المشرع الجزائري خلال صياغة مختلف المراسيم والنصوص مع الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة³ وهو ما تضح من خلال إظهار مختلف النصوص التشريعية التي تم التطرق إليها في هذا الفصل، فعلى سبيل المثال يشار إلى الشخص ذوي الإعاقة بتسمية معوق أو ذوي الإحتياجات الخاصة، وحتى عدم تبني تعريف إعاقة يتماشى وبنود الإتفاقية، كما أن تقييم الإعاقة في الجزائر بعيد كل البعد عما ورد في اتفاقية CIDPH⁴.
- عدم وجود إطار قانوني واضح يحدد التوجهات الرئيسية لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة⁵.
- عدم تماشي المصطلحات الواردة ضمن قانون الأسرة الجزائري مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة⁶.

¹ Ibid.

² Ibid.

³ مننقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيدة المعمري عتيقة رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

⁴ CRPD-ONU, Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie, Comité sur les droits des personnes handicapées, op.cit, p. 2.

⁵ FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op.cit., p. 5.

⁶ Ibid., p. 6.

- لا يعترف الدستور الجزائري صراحة بمبدأي عدم التمييز والمساواة الممارسة ضد الأشخاص ذوي الإعاقة¹.
- لا يوجد نص قانوني صريح يحمي الأشخاص ذوي الإعاقة بموجبه، أو يجرم الإعتداء عليهم أو على ممتلكاتهم، بما في ذلك الأطفال ذوي الإعاقة الذين يعانون من العنف بجميع أشكاله خاصة داخل المؤسسات التكوينية الداخلية².
- لا يوجد نص قانوني صريح ينص على احترام حرية الأطفال ذوي الإعاقة في اختيار الوصي القانوني لتمثيلهم³.
- لا يوجد نصوص تشريعية كافية لحماية الأهلية القانونية للأشخاص ذوي الإعاقة، لاسيما حالات الرعاية التعسفية.
- يتم تمييز الأشخاص ذوي الإعاقة حتى في المستندات الرسمية، حيث يشار للإعاقة كعلامة خصوصية على بطاقة التعريف الوطنية وجواز السفر وهو ما يتنافى ومبادئ الإتفاقية CIDPH.
- يعيش الأطفال ذوي الإعاقة الذين يعيشون مع أمهاتهم المطلقات أوضاعا دراماتيكية في جميع المجالات، لذلك لا بد من إعادة نظر المشرع الجزائري في وضعيتهم.

6-4-2 في مجال الإحصاءات وجمع البيانات.

- لم يتم استشارة جمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء التحضير لإجراء التعداد العام للسكان والسكن سواء الذي تم سنة 1998 وحتى تعداد 2008، حيث لم تشارك أي من تلك الجمعيات في صياغة إستمارة التعداد⁴، وقد تم الإشارة للأشخاص ذوي الإعاقة تحت تسمية مرضى فقط.
- إفتقار الجزائر لتحقيق وطني يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة، هذا الأخير يسمح بمعرفة خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة، واقعهم المعيشي، إحتياجاتهم وكل ما يتعلق بهم، حيث تمثل قاعدة معطيات ذلك التحقيق الأرضية والمنطلق الذي يسمح بالتقييم الفعلي

¹ CRPD-ONU, Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie, Comité sur les droits des personnes handicapées, op.cit, p. 2.

² FAPH, Réponses de la Fédération algérienne des personnes handicapées et ses associations membres à la Liste des points à traiter relatifs au rapport initial de l'Algérie, op.cit, p. 8.

³ FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op.cit, p. 11.

⁴ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيدة المعمرى عتيقة رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة.

لمدى نجاح الإستراتيجية الوطنية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، وتتيح تكييف سياساتها بما يتناسب وتلك المعطيات التي تستند على آراء الأشخاص ذوي الإعاقة بنفسهم. يمكن القول أن الجزائر خطت لإجراء تحقيق وطني سنة 2011، وبدأت في تنفيذه فعليا سنة 2014 وقد حُصت له ميزانية ضخمة غير أن مصير ذلك التحقيق لا زال مجهولا¹، وهي بذلك تخالف المادة رقم 31 من اتفاقية CIDPH، التي تنص على تعهد الدول الأطراف بجمع البيانات الإحصائية المناسبة التي تمكنها من صياغة وتنفيذ أهداف الاتفاقية.

6-4-3 في مجال التعليم.

- يمثل حق الأشخاص ذوي الإعاقة المادة رقم 24 للاتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- وفقا للتحقيق الذي أجرته الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2014، اوضح أن معدل الأمية بالنسبة للإناث بلغ 5 أضعاف مقارنة بالذكور²
 - حرمان آلاف الأطفال ذوي الإعاقة مجهولي النسب من حقهم في التعليم³ على قدم المساواة مع أقرانهم حسب ما كفله المشرع الجزائري عبر نصوصه التشريعية.
 - رفض بعض رؤساء المؤسسات التربوية إدماج الأطفال ذوي الإعاقة والتكفل بهم رغم وجود قوانين ونصوص تشريعية وتنظيمية تلزم على إدماج هذه الفئة في الوسط المدرسي العادي والتي تم توضيحها سابقا (أنظر الملحق رقم 05)، وهو ما أكدته نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر أين اشتكى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة من رفض مدراء المؤسسات التربوية ادماج ابنائهم.
 - لا يستفيد الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين في المدارس العادية التابعة لوزارة التربية والتعليم الذين يعانون من صعوبات في التعلم (صعوبات في تعلم القراءة والكتابة بسبب إعاقاتهم..)، من أي نظام دعم مدرسي مثل: المعدات المكيفة (طاولة مكيفة، أجهزة

¹ نفس المصدر.

² FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op.cit, p. 7.

³ FAPH, Réponses de la Fédération algérienne des personnes handicapées et ses associations membres à la Liste des points à traiter relatifs au rapport initial de l'Algérie, FAPH, Algérie, 2018, p. 2.

كمبيوتر مكيفة، الملحقات المدرسي..، وهو ما يؤثر على مشاركتهم الإيجابية داخل الأقسام¹، كما أن معلمي المدارس العادية ليسوا متمرسين ومدربين وغير مؤهلين لاستقبال الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية منها خاصة.

- بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الذين تم ادماجهم على مستوى المراكز التعليمية المتخصصة التابعة لوزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة، في الحقيقة لا يتم تنظيمها على أساس مشروع التأسيس الذي كفله المشرع الجزائري، بل يتم تنظيمها على أساس فردي، كما أنها لا تراعي في برامجها التكوينية جلسات تتعلق بالتنشئة الإجتماعية أو آفاق لتكامل وانسجام الأطفال المعنيين داخل المجتمع في المستقبل، بل تعتبر في حد ذاتها مراكز تركز الممارسات الإستيعادية والإقصائية المخالفة لاتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة² CIDPH.

- بالنسبة للأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، الشلل الدماغي ومتلازمة داون (تريزوميا 21) الذين يحضون بالتكوين أو الدعم على مستوى الجمعيات التي أنشأها أولياء أمورهم، فيمكن القول أن أولئك الأطفال لا يستفيدون من التكوين المناسب، لأن تلك الجمعيات تعاني من مشاكل مادية لا تمكنهم من توظيف موظفين متخصصين لتكوين أطفالهم، حيث يتكفل بذلك أطفونيين أو نفسانيين متطوعين فقط³، علاوة على ذلك فهم لا يستفيدون من الدعم الرسمي.

- المحاولات المتكررة لخلق المراكز الخاصة لأطفال التوحد على سبيل الذكر لا الحصر مركز أطفال التوحد الموجود بحملة -1- الذي يتواجد على مستواه حوالي 4000 طفل توحدي، بالإضافة إلى عدم وجود تنسيق بين مديري كل من التضامن، التربية، الصحة على مستوى ذات الولاية بسبب عدم الرد على مطالب جمعية أطفال التوحد للولاية وتهربهم من تحمل مسؤولياتهم، المنصوص عليها في التشريع الدستوري (أنظر الملحق رقم 07)، محاولة خلق قسم يتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة على مستوى المدرسة الجديدة - السبالة- بالجزائر العاصمة⁴ مع بداية الدخول المدرسي (2019-2020).

¹ Ibid., p. 8.

² Ibid.

³ منتقاة من المقابلة المسجلة التي تم إجراؤها مع السيد جلول العربي رئيس الجمعية الإجتماعية تواصل لأطفال التوحد لولاية باتنة.
⁴ أثناء المقابلة التي تم إجراؤها مع السيد كمال بلعاليا مدير مديرية التربية والتعليم المتخصصين تلقى اتصالات تفيد بتقديم أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة لشكاوى حول مخاوفهم من مصير أبناءهم بعد خلق القسم، أين اضطر السيد كمال بلعاليا إلى التدخل شخصيا من أجل إعادة فتحه.

- فيما يتعلق بتكوين المتدربين المهنيين لا يتم تدريبهم على نهج الإعاقة¹ المعمول به على المستوى العالمي، إذ أنه لا بد من تدريب المدرسين للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة²

4-4-6 في مجال الصحة.

تمثل صحة الأشخاص ذوي الإعاقة المادة رقم 25 من الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

أفرزت نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر عن جانب مظلم حول وضعيتهم الصحية، أين صرح الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة عن مختلف المشاكل الصحية التي تواجههم سواء فيما يتعلق بالأدوية، إجراء الفحوصات، رضاهم حول نوعية وكيفية تلقيهم للرعاية الصحية وكذا احتياجاتهم الصحية غير الملابة وغيرها من النقاط، بالإضافة إلى تلك النتائج يعاني الأشخاص ذوي الإعاقة من عدة مشاكل يمكن الإشارة إليها من خلال النقاط التالية:

- تعتبر النساء ذات الإعاقة أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي، لأنهم أقل ترددا على عيادات التكفل بصحة الأم والطفل وأمراض النساء (أغلبية النساء ذات الإعاقة اللاتي في بلغن سن الزواج عازبات)، وبالتالي لا تحضين بفرص التعرف على حملات الوقاية من السرطان.
- يجد الأطفال الذين يعانون من السنسنة المشقوقة صعوبات جمة في إجراء عمليات جراحية مبكرة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، وصعوبات جمة في إيجاد الأكياس البولية التي تعتبر غالية الثمن، غير متوفرة ولا يشملها التأمين الإجتماعي بالتالي لا يتم تعويضها³.
- لا يحظى الأطفال ذوي الإعاقة الذين يعانون من الشلل الدماغي والذين قدر عددهم وفقا لدراسة أجراها قسم حديثي الولادة بمستشفى بني مسوس في الجزائر العاصمة⁴ ب3500 طفل سنويا، بالرعاية الصحية المبكرة الشاملة ومتعددة التخصصات.

¹ FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op.cit, p. 13.

² بولين بروجين وآخرون، دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في مشاريع التنمية، مطبعة نور العالم، هولندا، 2012، ص. 56.

³ FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op.cit, p. 08.

⁴ Ibid.

- يشتكي الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون لوسائل المساعدة بعدم توفر الأجهزة بالقدر الكافي، بالتالي لابد من تكثيف مساعي الديوان الوطني لأعضاء المعوقين الإصطناعية ولواحقها ONAAPH لتوفير المزيد من الوسائل ذات الجودة¹.

5-4-6 في مجال الإدماج المهني والوظيفي.

كشفت نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر عن كل ما يتعلق بوضعيتهم الإقتصادية، بما فيها المشاكل التي تواجههم، والتي تجسد مدى تطبيق النصوص التشريعية على أرض الواقع، سواء وضعيتهم الفردية والمهنية، تجهيز أماكن العمل بما يتوافق ونوع الإعاقة، استفادتهم من المنحة التي تقدمها الدولة، رضاهم عن قيمة المنحة، الخدمات الإقتصادية التي يجب على الدولة توفيرها لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة المعاقين والمستوى المادي للأشخاص ذوي الإعاقة بالإضافة إلى نقاط أخرى.

- رغم صدور المرسوم التنفيذي رقم 14-214 المؤرخ في 30-07-2014 الذي يضبط الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتحديد الاشتراك المالي ومنح الإعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أنه لا توجد هيئات متخصصة تحوي طواقم عمل مدربة (خبراء بيئة العمل، أخصائيو العلاج المهني، مستشارو الإدماج...) المرخص لهم بتطوير وتجهيز محطات العمل وبالتالي مساعدة أرباب العمل الذين يوظفون الأشخاص ذوي الإعاقة.
- لا يتم ذكر حقوق الأطفال ذوي الإعاقة في جميع السياسات التي سطرتها الجزائر إلا عندما يتعلق الأمر بتوزيع الملابس، المنتجات الغذائية، اللوازم المدرسية..وهو ما يدل على حصر دور الدولة فقط على رؤية خيرية تجاههم².
- يعاني أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة نقصا في الإمكانيات المادية خاصة بالنسبة للذين لا يشملهم قرار الإستفادة من المنحة المالية.

¹ Paula Campos Pinto et autres, Le droit à la protection sociale des personnes handicapées en Algérie, Handicap international-Programme Magreb, 2016, p. 38.

² FAPH, Réponses de la Fédération algérienne des personnes handicapées et ses associations membres à la Liste des points à traiter relatifs au rapport initial de l'Algérie, op.cit, p. 8.

6-4-6 في مجال تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي.

بينت نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر أن هذه الفئة تعاني من عدة مشاكل تعيق عملية اندماجهم السلس داخل المجتمع، بالإضافة إلى المشاكل التي أفرزتها نتائج ذلك التحقيق تعاني هذه الفئة من المشاكل التالية:

- لا يتم فعليا تتبع مدى تطبيق القوانين التي وضعها المشرع الجزائري لتفعيل كل ما من شأنه تذليل العقبات أمام الأشخاص ذوي الإعاقة لتسهيل وصولهم إلى الهياكل والمباني بما فيها المستشفيات، مراكز الفحص التي تتردد عليها هذه الفئة بشكل مستمر، وهو ما كشفت عنه نتائج الدراسة الميدانية أين يتخلى بعض الأشخاص عن متابعة علاجهم بسبب تواجد مراكز فحصهم في الطوابق والأدوار العالية.
- يضطر الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تجديد رخصة سياقتهم كل سنتين، على عكس باقي السائقين الذين يقومون بذلك كل 10 سنوات، الأمر الذي يعد تمييزا ضد الأشخاص ذوي الإعاقة يتنافى مع المبادئ والأهداف الوارد ذكرها في الإتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- يُفرض على الأشخاص ذوي الإعاقة إجراءات بيروقراطية ثقيلة جدا عند طلبهم الإستفادة من الإعفاء من الرسوم الجمركية والضرائب نظير شرائهم سيارات مصممة خصيصا لقيادة الأشخاص ذوي الإعاقة.
- معاناة الأشخاص ذوي الإعاقة من عدم تجهيز بعض وسائل النقل التي لا تزال تقليدية بما يتناسب مع نوع إعاقاتهم، مثل عدم توفرها على المصاعد، أين يضطرون غالبا إلى طلب المساعدة من غيرهم حيث يؤدي ذلك إلى شعورهم بالإحراج، وهو ما يحول دون تمتعهم بالإستقلالية في تنقلهم.
- تفرض شركات الطيران الجزائرية على المسافرين ذوي الإعاقة التوقيع على وثيقة تبرى تلك الشركات من أي مشكل صحي يتعرض له الشخص المعني أثناء سفره، وهذا يتناقض مع مبادئ الإتفاقية.

- نقص شبه تام فيما يخص خدمات رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة في المنزل أو في المؤسسات (فرق الرعاية المنزلية المتقلة، أخصائيين إجتماعيين...) ¹، هذه المسؤولية التي تقع غالبا على DAS التابعة لكل ولاية.

7-4-6 في مجال الإعلام.

يعتبر الإعلام الحلقة الأضعف إن لم نقل الحلقة المفقودة في قضية الإعاقة، أين أظهرت كل من الدراسة التطبيقية لواقع المعاقين في الجزائر، وكذا الزيارة الميدانية المتعلقة باستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر عدم وجود تنسيق بين الوزارة الأم "وزارة التضامن الإجتماعي، الأسرة وقضايا المرأة وكذا وزارة الإعلام والاتصال، لتسطير المسؤولية التي تقع على عاتق هاته الأخيرة تجاه قضية الإعاقة، والذي يؤكد ذلك هو عدم وعي الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم التي منحها لهم المشرع الجزائري في جميع الميادين، بالإضافة إلى تدمير هاته الفئة من المعاملة السلبية التي يتلقونها من بعض أفراد المجتمع بما في ذلك الطبقة المثقفة، وهو ما يؤكد عدم تحمل وزارة الإعلام والاتصال مسؤولياتها بشكل أمثل للتعامل مع قضية الإعاقة.

يكمن الدور الفعلي للإعلام في تنوير الرأي الجماهيري وتبصير الجماعات على اختلاف مستوياتها، تنوع اهتماماتها وتعدد نشاطاتها، واحاطتها بالمعلومات الصادقة التي تنساب إلى عقول الأفراد ووجدانهم الجماعي، فترفع من مستواهم وتدفعهم إلى العمل من أجل المصلحة العامة، كما تخلق بينهم مناخا صحيا يقضا يمكنهم من الإنسجام، التكيف والحركة النشطة ².

¹ FAPH, Rapport alternatif: Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées CIDPH ratifiée par l'Algérie le 12-05-2009 par Décret Présidentiel n° 09-188, op. cit, p. 12.

² سعاد محمد حسين، "دور الصحافة المحلية في نشر ثقافة التطوع والمشاركة المجتمعية لقضايا المعاقين ذهنيا في محافظة بور سعيد"، المؤتمر العربي الثاني "الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية"، جامعة أسبوط، 14-15 ديسمبر 2004، ص. 215.

خلاصة.

في ختام الفصل وفي إطار تأكيد الفرضية السادسة للدراسة التي تنص على أنه توجد بالفعل توجهات رسمية نوح تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، يمكن القول أن الجزائر نظريا تعي جيدا المستجدات العالمية المتعلقة بقضية الإعاقة، وهو ما يتجلى من خلال تخصيصها لترسنة قانونية داعمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة محاولة بذلك الوفاء بالتزاماتها التي تعهدت بها أمام المجتمع الدولي-رغم ما يتخللها من نقائص وما يلاحقها من إنتقادات-، على اعتبار أن قضية الإعاقة أقل أولوية مقارنة بالقضايا الكبرى المطروحة على الساحة الوطنية، كما أنها تسعى جاهدة من خلال إشراك جميع وزاراتها إلى ضمان الإدماج الكامل للشخص ذوي الإعاقة وذلك عبر إزالة كافة الحواجز حتى يحقق استقلاليته، وبذلك يتمكن من خلق قيمة مضافة للمجتمع.

لكن تطبيقيا تبقى النتائج المحققة لا ترتقي للمستوى المطلوب على المستوى الدولي بل حتى على المستوى الوطني، حيث يمكن وصف الإنجازات التي حققتها الجزائر بالمحتشمة نوعا ما حيث تتمركز تقريبا في الجزائر العاصمة والمدن الكبرى، كون الجزائر قليلة خبرة في التعامل مع قضية الإعاقة بالإضافة إلى أنها لم تتحرك إلا منذ سنوات قليلة، في الوقت الذي تقوم فيه الدول الأخرى بطرح قضايا تتعلق بلب موضوع الإعاقة على غرار: الإختلاف بين الجنسين، الأطفال وكبار السن، عيش السنوات الشيخوخة بدون إعاقة، وضعية الأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق النائية، الريف، الجنوب الجزائري... على أمل أن يتم تعميم تنفيذ المشاريع عبر كافة ربوع الوطن.

خاتمة عامة.

بعد التعرف على واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المجالات والميادين، اتضح أن الجزائر عكفت على تكييف سياساتها لتتماشى مع مبادئ الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهو ما يظهر جليا من خلال تعديلها لنصوصها التشريعية المنبثقة عن القانون رقم 02-09، بالإضافة إلى اعتمادها على مبدأ إشراك جميع الوزارات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة على غرار وزارة التربية الوطنية، وزارة التعليم والتكوين المهنيين، وزارة صحة، السكان وإصلاح المستشفيات بالتنسيق معها للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، وهو ما يمثل نقلة نوعية تؤكد تزايد الاعتراف السياسي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

غير أن المتأمل جيدا لنتائج الدراسة (سواء حسب نتائج كلا التحقيقين أو من خلال نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر)، يكتشف أن الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر يعانون من أجل الاندماج بين أفراد المجتمع، وما يعزز هذه النتائج هو تدني المستوى التعليمي والمهني لهاته الفئة (خاصة بالنسبة للإناث اللاتي يتم حبسهن خاصة في القرى والمداشر خشية الإعتداءات التي تطالهن وبالتالي يحرمن من فرصة التعلم)، وهو ما عرضها لخطر الإستبعاد من المشاركة في سوق العمل، الأمر الذي هدد أمنها الإقتصادي وجعلها أكثر عرضة لخطر الفقر، فبقيت هذه الفئة تدور في حلقة مفرغة من الإستبعاد.

اتضح من خلال الواقع أيضا أن الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر يضطرون لمواجهة رزمة من العراقيل والحواجز تحول دون حصولهم على أدنى مستويات الرعاية الصحية، الخدمات الإجتماعية، عدم احترام حقوقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات المتعلقة بالمواصلات والخدمات العامة، بالإضافة إلى وصم الأشخاص في ذوي الإعاقة بسبب إعاقتهم التي يعانون منها في سياق العلاقات الاجتماعية.

كل تلك النتائج توحى بضرورة الإلتفات جديا لقضية الإعاقة في الجزائر، خاصة كون هذه الأخيرة مقبلة على شيخوخة ديموغرافية، قد تزيد الطين بلة إن لم تتخذ السلطات المعنية المزيد من التدابير وتطبيق السياسات الصارمة لتسهيل دمج الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى التتبع الفعلي لمدى تطبيق تلك السياسات والتدابير على أرض الواقع، وقبل ذلك كله لا بد من معرفة الأرقام الحقيقية للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أن التصريح بوجود مليون شخص ذوي إعاقة فقط لا أساس له من الصحة، خاصة إذا أخذنا بعين الإعتبار مرور الجزائر بعشرية دموية خلفت آلاف المعطوبين، بالإضافة إلى موضوع التجارب النووية للإستعمار الفرنسي وعلاقته بزيادة عدد المشوهين والأشخاص ذوي الإعاقة خاصة في الجنوب الجزائري التي تم تغافلها تماما وهو موضوع دسم ينتظر البت في دراسته، ناهيك عن إرهاب الطرقات وما يخلفه يوميا

من أشخاص ذوي إعاقة، كل هذه القضايا توحى بضرورة إيجاد مخرج للأزمة من أجل تدارك الوضع قبل فوات الأوان.

يمكن القول أن هناك نقطة رئيسة لا يمكن التغافل عنها أبداً، وهي أن فئة كبيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر استحبت فكرة المسكنة وتخلت عن إرادتها ومسئوليتها تماماً في مواجهة الإعاقة، وبقيت حبيسة إعاقتها في انتظار الصدقات، بل رمت بالمسؤولية الكاملة على المجتمع المدني الذي وجد نفسه يتخبط لوحده في ظل غياب شبه تام لإرادة الأشخاص المعنيين الذين لا يتمتعون أساساً بمستوى فكري لائق.

لابد على التأكيد أن نجاح الجزائر في احتواء ظاهرة الإعاقة مرهون بمدى استفادتها من تجارب الدول المتقدمة، التي أدركت بعد أبحاث استمرت عشرات السنين أنه لا بد من اعتمادها على أرضية ومنطلق صحيحين، ويبدو هنا أن تسمية الأمور بمسمياتها هو مربط الفرس، حيث أنه لا مناص من مساعدة الشخص على الإقرار والإعتراف بإعاقته منذ نشأته، وهنا يكمن دور أسرة الشخص ذوي الإعاقة والدولة على حد سواء حيث يتمثل دور الأسرة في تعويد الطفل ذوي الإعاقة على تقبل إعاقته، وعدم الخجل والهروب من واقع الإعاقة والنظر إليها على أنها تنوع لا عيب، بالإضافة إلى عدم التمييز بين الطفل ذوي الإعاقة وإخوته، أما دور الدولة فيتمثل في التكفل المادي باحتياجات الطفل المعني (ليس عبر منحهم منحة محتشمة) حتى لا يكون عبئاً على الأسرة، تكوين دورات تدريبية لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة لتدريبهم على كيفية التعامل الإيجابي والبناء مع أطفالهم، ثم تتبّع وضعية الأطفال ذوي الإعاقة داخل أسرهم من خلال إرسال لجنة مختصة متنقلة عبر كافة أنحاء الوطن بما فيها المناطق النائية.

إن التكوين الجيد للأطفال ذوي الإعاقة منذ الصغر يزيد من فرص اكتسابهم لمؤهلات علمية ومهنية، تتيح لهم المشاركة في سوق العمل بصفة عادلة مقارنة بنظرائهم وترفع إمكانية حصولهم على مناصب عمل، وبالتالي يتم نجاح الدولة في تطبيق فكرة الإستثمار في الفرد منذ الصغر، حيث يتحول من شخص معال إلى آخر معيل، فيتمكن رغم إعاقته من خلق قيمة مضافة للمجتمع، وهو ما يعزز من فرص تحقيقه لاستقلالته الذاتية التي راهنت عليها الدول المتقدمة لامتناس تكلفة الإعاقة رغم أن نجاح ذلك الرهان لم يؤتي أكله إلا بعد صبر ومثابرة استمرت عشرات السنين.

خلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج بشقيها النظري والتطبيقي، وكانت على النحو التالي:

1- النتائج المتعلقة بالجانب النظري للدراسة.

يمكن تلخيص النتائج المتعلقة بالجانب النظري للدراسة فيما يلي:

- لقد نشأ وتطور مصطلح Handicap تحت مظلة مبدأ تكافؤ الفرص للجميع في ميدان السباق، غير أنه انحرف كلياً عن مساره لذلك لا بد من إعادته لسياقه الأصلي الذي نشأ فيه، من خلال رفع قدرات وإمكانيات الأشخاص ذوي الإعاقة حتى تُجابه إمكانيات باقي أفراد المجتمع، وهنا تتساوى فرص المشاركة في الحياة الاجتماعية للجميع.
- إن تطوير وتصميم نموذج شامل ومتكامل يجمع بين النموذجين البيوطبي والاجتماعي دون المخاطرة بتجزئة أي من هذه الإتجاهات وإعتمادها بشكل منفصل لتحليل الإعاقة، هو ما سيساهم فعليا في فهم جيد وأمثلة للإعاقة، وبذلك يتم الحصول على نموذج متفاعل يراعي التعقيد اللانهائي لظاهرة الإعاقة ليتم إعتماده من أجل بناء إستراتيجيات التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- يعتبر التصنيف العالمي للوظائف، الإعاقة والصحة CIF التصنيف المعترف والمعمول به دولياً (191 دولة موقعة عليه) كونه يتمتع برؤية أوسع وأشمل من النماذج المفاهيمية الأخرى.
- لا يمكن حصر مفهوم الإعاقة في مفهوم الإضطرابات الجسدية أو الحسية أو الذهنية التي تؤثر على ممارسة الشخص لنشاطاته اليومية، دون التغافل عن القيود التي يفرضها المجتمع بمختلف مؤسساته، والتي تحول دون قدرة الشخص ذوي الإعاقة على تأدية نشاطاته بصفة عادية.
- رغم وجود العديد من المعاهدات العالمية التي تعنى بتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH تبقى الإتفاقية الوحيدة التي نجحت في توفير الحماية الكافية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تسبب مفهوم التنمية في حدوث بعض التوترات في كبرى المحافل الدولية، أين أبدت بلدان الجنوب حاجتها إلى التعاون الدولي، في حين حافظت الدول الغربية على موقفها المتحفظ في محاولة منها للتقليل من دور التعاون الدولي حتى لا تتحول المساعدات الإنمائية إلى إلتزام قانوني منها.
- لقد لطفت قضية الإعاقة العلاقة بين التنمية وحقوق الإنسان، فكانت بمثابة جسر بين مفاهيم التنمية وحقوق الإنسان وهو ما أثرى من قيمة الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة،

- لأن تحقيق التنمية الشاملة وحده كفيل بالمساعدة في التحقيق الفعلي للمبادئ العامة للإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تتباين درجة تأثر الأشخاص بسبب الإعاقة وفقا لمجموعة من الخصائص وحتى يتم التكفل الأمثل بالأشخاص ذوي الإعاقة كل حسب نوع وكذا درجة وشدة إعاقته، لا بد من صياغة تصنيف موحد يهدف إلى تمكين ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة لتوفير إحتياجاتهم ومتطلباتهم وتسهيل إستفادتهم من نظام كامل ومتنوع من المزايا والخدمات.
 - زيادة على أنواع الإعاقة المتعارف عليها: البصرية، السمعية، الذهنية، الحركية تضمن التصنيف العالمي CIF إضطرابات صحية تم تصنيفها كأشكال من الإعاقة بناء على معايير معينة على غرار: وظائف الصوت والكلام، وظائف أنظمة القلب والأوعية الدموية، المناعة والتنفس، وظائف الجهاز الهضمي، التمثيل الغذائي والغدد الصماء، وظائف الجهاز البولي التناسلي، وظائف الجهاز العضلي المسؤول عن الحركة، ووظائف الجلد.
 - فيما تناقش دول العالم الثالث القضايا المتعلقة بإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة، يتم التركيز في بلدان العالم المتقدم على قضايا أخرى تتعلق بأجهزة الدعم المزودة بأخر الصيحات التكنولوجية، أحقية الحصول على تلك الأجهزة.
 - تعتبر ظاهرة تشيخ المعاقين ظاهرة حديثة تماما على المجتمعات المعاصرة وهو ما يتوجب تضافر الجهود من أجل إمطة اللثام عن خباياها، ينبغي ألا يتم التغافل والتغاضي عن أي جزء أو مكون من مكونات هذا العنصر الحديث الإكتشاف، حيث يستحق الأشخاص ذوي الإعاقة المتقدمين في السن الحصول على حياة كريمة مبنية على إحترام كامل لحقوقهم وحررياتهم الأساسية.

2- النتائج المتعلقة بالجانب التطبيقي للدراسة.

تم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى ما يلي:

أ- نتائج الدراسة المقارنة بين التحقيقين Mics₃ و Mics₄.

- أظهرت النتائج الوصفية لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ أن الفئة الأكثر تضررا من الإعاقة هي فئة الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15-59 سنة، كما بينت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أن ما يقارب 83% من الأشخاص ذوي الإعاقة متزوجين في مقابل 5% فقط عزاب، غير أن النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أظهرت أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة عزاب في مقابل 36% منهم متزوجين.
- بينت النتائج الوصفية لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة غير متمدرسين، كما أن نسبة الإناث ذوات الإعاقة غير المتمدرسات تفوق نظيرتها بالنسبة للذكور.
- أظهرت النتائج الوصفية لكلا التحقيين الوطنيين أن الإعاقة الحركية هي الأكثر انتشارا حسب تصريحات الأشخاص الذين شملتهم عينتي التحقيين.
- أظهرت النتائج الوصفية لكلا التحقيين الوطنيين بنفس الترتيب بين الوسطين الريفي والحضري (إعاقة حركية، ذهنية، بصرية ثم سمعية حسب كلا نتائج كلا التحقيين الوطنيين، كما يُلاحظ أيضا تقارب واضح بين نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية وكذا الذهنية الذين يقطنون الوسط الريفي حسب نتائج تحقيق Mics₄).
- بينت النتائج الوصفية أن نسب الأشخاص الذين يُعانون من الإعاقة متوسطة الخطورة يفوق نظيرهم الذين يُعانون من الإعاقة الشديدة حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين.
- كشفت النتائج الوصفية لكلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ أن السبب الأول للإعاقة مرده إلى عوامل وراثية أو تشوهات خلّقية بنسبة 29% و 40% على الترتيب، في حين يعود السبب الثاني للإعاقة إلى حادث/إصابات نفسية أو جسدية، كما تنتسب الأمراض المعدية أو الفيروسات في الإعاقة بنسبة 14% حسب تحقيق Mics₃ و 13% حسب تحقيق Mics₄.
- أظهرت النتائج الوصفية أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة يُعانون من مرض مزمن بالإضافة إلى إعاقتهم وهذا حسب نتائج كلا التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ (62% و 58%).
- أظهرت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أن ما نسبته أزيد من 39% من أشخاص ذوي الإعاقة كانت في وضعية نشاط خلال الشهر الذي سبق التحقيق، في مقابل 7% في وضعية بطالة، التحقيق الوطني Mics₄ كان أكثر تفصيلا ووضوحا عن سابقه، حيث فرق بين الشخص

البطلان chômeur و الشخص غير النشط inactif، حيث بينت نتائج ذات التحقيق أن نسبة الأشخاص في وضعية بطالة بلغت أزيد من 15%، في مقابل أكثر من 23% من الأشخاص ذوي الإعاقة غير نشطة.

- أفرزت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أن حوالي 2% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم من 15-29 سنة يشتغلون، وهي نسبة مخجلة جدا خاصة وكون فئة الشباب مقبلة على حياة بكامل ما تترتب على الكلمة من متطلبات سواء ما يتعلق منها بتأسيس أسرة، توفير مسكن...دون أن ننسى أن لهاته الشريحة احتياجات خاصة الصحية منها التي تُعنى بالإعاقة

- كشفت النتائج الوصفية أن نسبة الإناث العاملات لا تكاد تتجاوز 1% وهذا حسب نتائج كلا التحقيقين.

- بينت النتائج الوصفية أن ما نسبته 39% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمارسون نشاطا لا يجيدون حتى القراءة والكتابة حسب تحقيق Mics₃ في حين تبلغ ذات النسبة 13% حسب تحقيق Mics₄ يمكن التساؤل حول نوع النشاط الذي يمارسونه، كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة العمال من ذوي الإعاقة تنخفض بارتفاع مستواهم التعليمي، وهو ما يعبر عن رفض إدماجهم في المؤسسات رغم امتلاكهم شهادات ومؤهلات علمية.

- أفرزت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ أن 32% فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة استفادوا من عملية الربط بالغاز الطبيعي، بينما مازالت أزيد من 65% من فئة المعاقين تستخدم غاز البوتان للطهي، كما بينت النتائج أنه لا زالت إلى غاية 2006 فئة الأشخاص المعاقين تستعمل الخشب والفحم ووسائل تقليدية أخرى للطهي.

- أظهرت النتائج الوصفية للتحقيق الوطني Mics₃ صورة واضحة عن خصائص المسكن الذي يقطن فيه الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ أن خصائص مسكن المعاقين تفتقر تماما لكل مظاهر التقدم والعصرية، حيث تتسم غالبا بالبساطة بل بالبدائية أحيانا أخرى، حيث أن أزيد من 3% من الأشخاص ذوي الإعاقة يمتلكون مساكن أرضيتها مصنوعة من التراب أو الرمل، أزيد من 6% منهم ذو مساكن ذات سقف مصنوع من الزنك، كما بينت النتائج ذاتها أن ما يقارب 19% من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يمتلكون مرحاضا داخل مساكنهم، بل أزيد من 5% منهم لا يمتلكون مرحاضا أصلا، وقد اتضح أيضا أنه يستفيد فقط ما نسبته 54% من الأشخاص ذوي

الإعاقة من توفر المياه داخل مساكنهم بينما قرابة النصف الآخر من الأشخاص ذوي الإعاقة يلجئون إلى مصادر أخرى للحصول على المياه، كما كشفت نتائج تحقيق Mics₃ أن أزيد من 19% من هؤلاء الأشخاص محرومين من التوصيل بشبكة المياه، التحقيق ذاته بين أن أزيد من 13% من الأشخاص المعاقين يستعملون الكلور أو ماء جافيل لتصفية المياه وهي طريقة أثبتت الأبحاث العلمية خطورتها نسبيا شرط الانتظار نصف ساعة على الأقل قبل شرب الماء، كما أن هناك فئة أخرى لازالت تستعمل قطعة قماش لتصفية المياه.

- بينت النتائج الوصفية لكلا التحقيقين الوطنيين Mics₃ و Mics₄ أن الذكور أكثر فقرا مقارنة بالإناث كما كشفت النتائج أن الفقر المدقع ينتشر في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري وعلى العكس من ذلك ينتشر الغنى والثراء الفاحش في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي.

ب- نتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

- أظهرت نتائج الدراسة أن 93% من المبحوثين يملكون بطاقة معاق.
- أفرزت النتائج أن 83% من الأشخاص ذوي الإعاقة المبحوثين يمتلكون بطاقة الشفاء.
- أعرب ما يقارب 56% من الأشخاص ذوي الإعاقة عن مواجهتهم لصعوبات خلال مسارهم الدراسي، فيما إلتزمت ما نسبته 28% من المبحوثين الحياد.
- أغلبية المبحوثين أكدوا أنهم يعانون من صعوبة التنقل إلى أماكن دراستهم.
- فاقت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بعدم تجهيز المؤسسة التعليمية التي تعلموا بها 79%.
- أعربت فقط ما نسبته 28% من المبحوثين أن الإعاقة لم تؤثر على تحصيلهم الدراسي.
- أفاد أزيد من 42% من المبحوثين أنهم لا يتابعون أصلا حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.
- أفاد ما نسبته 24% فقط من المبحوثين أنهم يستهلكون نوعا من أنواع الأدوية التي تتعلق بإعاقتهم بشكل منتظم.
- أكد 33% فقط من المبحوثين أنهم يقومون بإجراء فحوصات وتحاليل تتعلق بنوع إعاقتهم بشكل دوري ومنتظم.
- أفاد أزيد من 42% من المبحوثين أنهم لا يتابعون أصلا حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.

- يتابع ما نسبته 54% من الأشخاص ذوي الإعاقة حالتهم الصحية في القطاع العام، أما 46% منهم فيتابعون حالتهم الصحية على مستوى القطاع الخاص.
- أفاد ما نسبته 54% من الأشخاص الذين يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة أنهم يلجئون للقطاع العام، أما 46% منهم فيتابعون حالتهم الصحية على مستوى القطاع الخاص.
- 15% فقط من الأشخاص المبحوثين أعربوا عن رضاهم عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي يتابعون على مستواه حالتهم الصحية المتعلقة بالإعاقة.
- أكد 29 من المبحوثين أنهم يعانون من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة، 58% منهم يتابعون حالتهم الصحية المتعلقة بالمرض المزمن.
- أكد 75% من المبحوثين أنهم يحتاجون لوسيلة من الوسائل التعويضية، 16% منهم لا يمتلكونها، كما أعرب 44% من الأشخاص الذين يمتلكون الوسيلة التعويضية أنها إعانة من الدولة.
- بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة عاطلين عن العمل، في مقابل ما نسبته تقريبا 27% منهم يمارسون نشاط، 5% متمدرس/طالب، 15% مأكثة بالبيت، في حين لم يتجاوز عدد المتقاعدين 1%.
- بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة العاطلين عن العمل الذين تم سؤالهم عن إمكانية قبولهم عرض العمل 87%.
- أكد ما يزيد عن 90% من المبحوثين عدم علمهم بمشاريع العمل التي خصصها المشرع الجزائري لصالح هاته الفئة، على غرار مؤسسات العمل عن طريق المساعدة، المزرعة البيداغوجية، مؤسسات العمل المحمي...، وهذا إن دل على شيء فهو يدل على عدم تخصيص دعاية إعلامية كافية بإيصال المعلومة للشخص ذوي الإعاقة.
- بين 31% من المبحوثين أنهم لا يستفيدون من إعانة مالية من طرف الدولة.
- أعرب 92% من المبحوثين أن منحة إعاقة التي تخصصها الدولة للأشخاص ذوي الإعاقة غير كافية لسد احتياجاتهم.
- أجاب ما نسبته 69% من الأشخاص ذوي الإعاقة أن مسكنهم غير مجهز بالتجهيزات التي تتناسب مع نوع إعاقتهم
- أظهرت الدراسة أن أزيد من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة فقراء.

- أكد ما نسبته 77% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم عينة الدراسة أن الإعاقة أثرت على مستواهم الإقتصادي.
- أعرب فقط 13% من المبحوثين أن إصابتهم بالإعاقة لم يؤثر بشكل مباشر على ممارستهم لنشاطاتهم اليومية.
- صرح 27% فقط من المبحوثين بأنهم ليسوا بحاجة لمساعدة من أجل ممارسة نشاطاتهم اليومية.
- 25% من المبحوثين فقط أكدوا عدم تلقيهم لأي مقاومة تحول دون الاعتراف بحقهم في الاستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد...
- أكد 58% من المبحوثين أنهم لا ينتمون لأي جمعية.
- ما يقارب 23% من المبحوثين أظهروا أنه لا يوجد لديهم أي علم بالحقوق التي يتمتعون بها .

ج- نتائج الدراسة الميدانية حول إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

- يتم التكفل بتسطير الإستراتيجية المتعلقة بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى وزارة التضامن الوطني، الأسرة وقضايا المرأة، على مستوى المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تشمل المديرية العامة لحماية وترقية الأشخاص ذوي الإعاقة 3 مديريات فرعية: مديريةية التعليم والتكوين المتخصصين، مديريةية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة ومديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.
- يتم التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة وفق مستويين: التعليم العادي والتكوين المتخصص.
- يتم التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة وفق مستوى التعليم العادي إما من خلال إما التكفل الجزئي أو التكفل الكلي.
- يتم التكفل الكلي بالأطفال ذوي الإعاقة من خلال دمجهم في الأقسام العادية داخل المؤسسة التعليمية مع أطفال لا يعانون من أي نوع من أنواع الإعاقة، سواء مع مرافق في الحياة المدرسية AVC (Auxiliaire de Vie Scolaire) أو بدونه، عندما تستدعي حالة الطفل ذوي الإعاقة ضرورة إرفاقه بما يسمى بمرافق الحياة المدرسية بناء على رأي مؤكد من الطبيب المعالج

- يتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة المدمجون جزئيا في الأقسام العادية الخاصة أساتذة ومعلمو التعليم المتخصص وكذا مستخدمو الدعم التابعون للأسلاك الخاصة بقطاع التضامن الوطني الذين تعينهم مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن.
- تواجه مديرية التربية والتعليم المتخصصين مشاكل جمة خلال تنفيذ إستراتيجية التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في مجال التعليم من بينها مشاكل تتعلق بنقص تأطير المختصين حيث يتواجد 3 مراكز تكوينية فقط موزعة عبر كافة التراب الوطني.
- يتم التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية والإدماج المهني وفق مستويين، يتمثل الأول في الإجراءات المتخذة للوقاية من الإصابة بالإعاقة، أما الثاني فيشمل الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تنقسم إستراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الوقاية من الإعاقة إلى قسمين: منع العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة بالتنسيق مع القطاعات المعنية ولاسيما القطاع الصحي، أما القسم الثاني للإستراتيجية فيتجلى من خلال الإجراءات: الطبية، الطبية-الاجتماعية، النفسية والتعليمية اللازمة لفائدة الأشخاص المعنيين وأسره من أجل تجنب مخاطر الإعاقة، بالإضافة إلى العلاج المبكر للمعاقين و/أو التدخل المتخصص المناسب...
- يتم تنفيذ إستراتيجية الإدماج المهني للأشخاص ذوي الإعاقة عبر مستويين: الإدماج في الوسط العادي والإدماج في الوسط المحمي.
- يتم تخصيص 3% من إجمالي مناصب الشغل في المؤسسات العمومية والمؤسسات الخاصة لصالح توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة، كما تعمل الدولة على منح الإعانات قصد تهيئة وتجهيز مناصب العمل للأشخاص المعوقين تتناسب ونوع إعاقاتهم.
- يتعلق مستوى الإدماج في الوسط المحمي بالأشخاص ذوي الإعاقة عديمي الشهادات أو الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المتدني، حيث فكر المشرع الجزائري في طريقة أو طرق إدماجهم حتى لا يتم إقصاؤهم من العملية التنموية.
- يشمل إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في الوسط المحمي: مؤسسات المساعدة عن طريق العمل، المزارع البيداغوجية، الورشة المحمية ومراكز توزيع العمل في المنزل.
- تنوي مديرية وقاية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة التوجه نحو المؤسسة الإقتصادية من خلال توقيع مذكرة اتفاق واستثمار مع أرباب العمل أو ما يسمى الكونفدراليات، يتراوح عدد الكونفدراليات

- من 3000 إلى 4000 كوندريالية، بحيث تضم الواحدة منها عددا كبيرا جدا من العمال وهو ما يتيح إدماج أكبر عدد ممكن من المعاقين في سوق العمل، وبذلك يمكن تجاوز أزمة تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة فعليا.
- يبدو جليا أن تعريف الإعاقة الذي تبنته الجزائر واعتمده في التشريع الرسمي يركز على نموذج طبي بحت يصنف الأشخاص المعاقين وفقا لنوع وسبب العجز الذي يعانون منه، هذا النموذج الذي ساد في دول العالم خلال ستينات القرن الماضي.
 - تعكف الجزائر على إعادة النظر لتفعيل القانون 02-09 بداية من تعريف الإعاقة عبر المضي قدما نحو تفعيل مشروع قرار وزاري مشترك بين وزارة الصحة من خلال المعهد الوطني للصحة العمومية UNDP ووزارة التضامن، من أجل تقنين المشروع المتمثل في صياغة ما يسمى بسلم تنقيط الإعاقة الذي هو عبارة عن تئمين ما جاء في الجانب الطبي وإرفاقه بالجانب الإجتماعي.
 - تبنت الجزائر استراتيجية واضحة للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة بداية عبر تخصيصها لترسانة قانونية داعمة لترقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر بما يتماشى وأهداف الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH، بالإضافة إلى عدة تدابير وسياسات منتهجة في ذلك الصدد.
 - لم تسلم الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة من إنتقادات منظمة الأمم المتحدة، هذه الأخيرة أعربت عن تخوفها وقلقها المتزايد حول الواقع غير المطمئن الذي يعيشه الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر، الذي لا يتماشى مع الأهداف المدرجة ضمن الإتفاقية العالمية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CIDPH في عدة مجالات، سواء في المجال التشريعي، في مجال الإحصاءات وجمع البيانات، في مجال التعليم، في مجال الصحة، في مجال الإدماج المهني والوظيفي، تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحيط المادي، الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي، في مجال الإعلام.

الإقتراحات المقدمة من أجل التكفل الأمثل بقضية الإعاقة في الجزائر.

- الإستعجال بإجراء تحقيق وطني شامل يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما يمثل المنطلق الذي يسهل رسم إستراتيجية واضحة المعالم للتكفل الأمثل بالأشخاص ذوي الإعاقة.

- تنصيب وزارة خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة فمن غير المعقول أن يكون للمجاهدين الذين يقل عددهم عن العدد الفعلي للمعاقين وزارة بينما لا توجد وزارة تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة أو على الأقل تنصيب كتابة دولة أو تمثيل برلماني يمثل هذه الشريحة.
- مراجعة القوانين المتعلقة بحماية وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بمشاركة الأشخاص المعنيين حتى تتماشى بما هو معمول به على المستوى العالمي، وسن قوانين ردعية أكثر ضبطا لكل من يخالف تلك القوانين.
- تطبيق القوانين المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة وتفعيلها على أرض الواقع حتى لا تبقى مجرد حبر على ورق، بل مراقبة مدى صيرورة تطبيق القوانين.
- عقد جلسات تحاور بين المسؤولين و الأشخاص ذوي الإعاقة لحل جميع المشاكل الخاصة بهم و إعطاءهم حقوقهم كاملة غير منقوصة.
- فتح قنوات تلفزيونية خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة يُديرونها بأنفسهم بالإضافة إلى عرض برامج تلفزيونية في القنوات العادية للتعريف أكثر بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وزيادة التوعية والتثقيف بكيفية التعامل الأنسب مع الأشخاص المعنيين.
- إدراج مادة التعامل مع الشخص ذوي الإعاقة في المناهج التربوية وغرس ثقافة احترام حقوقه.
- إرسال مساعدين إجتماعيين لمتتبع أحوال الأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى المنازل عبر كافة التراب الوطني.
- رفع منحة الأشخاص ذوي الإعاقة حتى تتوافق وقيمة الأجر القاعدي على أقل تقدير.
- إنشاء نقابة تُعنى بتتبع وضعية العمال ذوي الإعاقة.
- فتح أقسام تتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى مراكز التعليم والتكوين المهني.
- تهيئة الطريق والبنائيات العالية و المرافق الضرورية لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة و المسنين إليها (المرافق الصحية، المرافق التربوية، المرافق الترفيهية، المرافق العمومية، التجمعات السكنية، المتاجر الكبرى...) وفرض عقوبات على كل من يخالف تلك الإجراءات.
- فتح قنوات التنسيق والإتصال على مستوى الوزارة ، الولاية والبلدية لمواكبة التطورات وتذليل العقبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة.
- فتح مراكز صحية للتكفل في كل الدوائر وحتى البلديات للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة خاصة ذوي الإعاقات الشديدة، حيث يعاني عدد منهم في الجزائر العميقة من ظروف مزرية.

- إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم شهادات عليا والذين بإمكانهم العمل في المؤسسات، وإعطائهم الأولوية عند دفعهم لملفات ANSEM و ANSEJ مع نزع الفوائد.
- تطبيق أولوية الإستفادة من السكن الإجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة على أرض الواقع، وإعائتهم من دفع إيجار السكن الإجتماعي خاصة بالنسبة للأشخاص الذين لا دخل لهم سوى منحة إعاقة.
- تطبيق مجانية النقل، سواء النقل العمومي، النقل الحضري، الترامواي، وحتى النقل الجوي.
- توفير مختلف الأدوات المساعدة عالية الجودة التي يحتاج إليها الأشخاص ذوي الإعاقة وضمان الحصول عليها خاصة عند العطل، وتوفير أجهزة وآليات تمكن من توجه الشخص ذوي الإعاقة لصيانة الإعطاب وضمان إستبدالها في حالة صعوبة صيانتها.
- الحصول على امتيازات من التكنولوجيا الحديثة: انترنت مجانية، خصم من الإتصال لمعاملتي الهاتف النقال، خصم في فاتورة الكهرباء والغاز، نزع الخصم من كشف الحساب الجاري، الخصم من الفواتير الموجهة للمنفعة العامة.
- تحويل الزكاة السنوية للأشخاص ذوي الإعاقة في حالة انعدام أو نقص الموارد المالية الموجهة لهاته الفئة.
- إنشاء صندوق وطني لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة على الزواج.

تلخيص نتائج فرضيات الدراسة.

فيما يلي سيتم عرض النتائج المتوصل إليها بعد اختبار فرضيات الدراسة.

نتائج الفرضية الرئيسية الأولى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي تعزى إلى الخصائص العامة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics₄ فقط.

نتائج الفرضيات الجزئية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للأشخاص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير الجنس حسب نتائج كلا التحقيقين الوطنيين.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في المستوى التعليمي للشخص ذوي الإعاقة تعزى لمتغير درجة الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics4 فقط.

نتائج الفرضية الرئيسية الثانية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب حالتهم الصحية والخصائص العامة بالنسبة للتحقيقين الوطنيين Mics3 و Mics4.

نتائج الفرضيات الجزئية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب التحقيق الوطني Mics4.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الوضعية الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب التحقيقين الوطنيين Mics3 و Mics4.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب التحقيقين الوطنيين Mics3 و Mics4.

نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الإقتصادية والخصائص العامة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics4 فقط.

نتائج الفرضيات الجزئية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوع الإعاقة حسب نتائج التحقيق الوطني Mics4.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الحالة الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة وشدة الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيقين الوطنيين Mics3 و Mics4.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين مؤشر الغنى وجنس الأشخاص ذوي الإعاقة حسب نتائج كلا التحقيقين الوطنيين Mics3 و Mics4.

نتائج الفرضية الرئيسية الرابعة.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية والخصائص العامة وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

نتائج الفرضيات الجزئية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين الإعاقة الخلقية و صلة القرابة.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والجنس.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متابعة الوضعية الصحية المتعلقة بالإعاقة والسن.

نتائج الفرضية الرئيسية الخامسة.

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المعنوية 0,05 بين واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية-الإجتماعية والخصائص العامة، وفقا لنتائج الدراسة التطبيقية حول واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر.

نتائج الفرضيات الجزئية:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لنشاطاتهم اليومية والسن.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين تأثير الحالة الصحية على ممارسة النشاطات اليومية وشدة الإعاقة.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين قدرة الشخص ذوي الإعاقة على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها والجنس.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المقاومة التي يتعرض لها الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع بحقهم في الأولوية في الإستفادة من الخدمات الصحية، النقل، مراكز البريد...ومتغير الجنس.

نتائج الفرضية الرئيسية السادسة:

توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالمعاقين في الجزائر.

نتائج الفرضيات الجزئية:

- توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأطفال في مجال التعليم.
- توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الإدماج المهني.
- توجد توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الإدماج الإجتماعي.

المراجع

المراجع باللغة العربية.

1. أبراش إبراهيم، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الإجتماعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
2. أبو النصر مدحت محمد، الإعاقة النفسية: المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، مجموعة النيل العربية، مصر، 2005.
3. أبو النصر مدحت محمد، الإتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الإجتماعية الوقائية، مجموعة النيل العربية، مصر، 2007.
4. أبو النصر مدحت محمد، رعاية وتأهيل المعاقين من منظور تكاملي مع الإشارة إلى جهود بعض الدول العربية، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، مصر، 2009.
5. أبو سمرة محمود أحمد، محمد عبد الإله الطيطي، مناهج البحث العلمي من التبيين إلى التمكين، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2019.
6. الحانوتي سعدي موسى، الإضطرابات العصابية، العبيكان للنشر، ط1، المملكة العربية السعودية، 2016.
7. الحبوب خالد بن عايد، الرويلي أمينة بنت حمد، منهج التدريبات السلوكية للطلبة القابلين للتدريب من ذوي الإعاقة العقلية، دار اليازوري، الأردن، 2012.
8. الحمادي أنور، خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية، الدار العربية للعلوم ناشرون، ط1، لبنان، 2015.
9. الحوامدة أحمد محمود، إضطرابات السمع عند الأطفال، دار ابن النفيس للنشر والتوزيع، الأردن، 2019.
10. الخطيب جمال محمد، الحديدي منى صبحي، المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، ط1، الأردن، 2009.
11. السعيد هلا، الإعاقة السمعية: دليل علمي وعملي للأباء والمتخصصين، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2016.
12. الشريف عبد الفتاح عبد المجيد، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2011.

13. العزة حسني سعيد، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة: المفهوم-التشخيص-أساليب التدريس، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002.
14. الغزالي محمد نجاتي محمد، تغذية المعاقين، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2014.
15. الفايز فايزة الفايز عبد الله، مراكز مصادر التعلم والتكنولوجيا المساعدة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، دار الحامد، ط1، مصر، 2010.
16. القريطي عبد المطلب أمين، ذوو الإعاقة السمعية: تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم، عالم الكتب، مصر، 2013.
17. اللجنة الوطنية لإعداد مناهج التكفل التربوي بالأطفال المعاقين ذهنياً درجة خفيفة -القسم الخاص - مناهج مرحلة التعليم الابتدائي -الطور الأول- القسم الخاص بإعاقة ذهنية درجة خفيفة، المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين -قسنطينة CNFPH، الجزائر، 2017.
18. النشرة الرسمية للتربية الوطنية، القانون التوجيهي للتربية الوطنية رقم 08-04 المؤرخ في 23 جانفي 2008، عدد خاص، الجزائر، 2008.
19. الياصجين فرحان محمد، موضوعات في علم الخواص، دار المعتر للنشر والتوزيع، ج2، الأردن، 2017.
20. آن م كريغ، علم النفس المرضي، ترجمة: أمثال هادي حويلة وآخرون، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2016.
21. باهي مصطفى حسين وآخرون، المرجع في الإحصاء التطبيقي، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2018.
22. بروجين بولين وآخرون، دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في مشاريع التنمية، مطبعة نور العالم، هولندا، 2012.
23. جلال أحمد جابر أحمد، بهاء الدين، دليل مدرب التربية الخاصة لتخطيط برامج وطرق التدريس للأفراد المعاقين ذهنياً، دار العلوم للنشر والتوزيع، مصر، 2010.
24. سرحان وليد، الوسواس القهري، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
25. سرحان وليد، الفصام، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ط1، الأردن، 2009.

26. شقير سيدريك، الإدماج الإجتماعي والديموقراطية والشباب في العالم العربي، اليونيسكو، مكتب بيروت، لبنان، 2013.
27. طاهر إيمان، الإعاقة أنواعها وطرق التغلب عليها، وكالة الصحافة العربية (ناشرون)، مصر، 2017.
28. عبدات روجي مروح أحمد وآخرون، إضاءات على التقييم النفسي التربوي في التربية الخاصة، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2015.
29. - عبد الواحد الكبيسي، صيري بردان الحياي، مدخل إلى التربية الخاصة، مركز ديونو لتعليم التفكير، ط1، الأردن، 2014.
30. عكاشة أحمد، عكاشة طارق، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ط17، مصر، 2018.
31. عبد الغفور ياسمين عبد الله، إضاءات طبية، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2014.
32. عودة محمد محمد، فقيري ناهد شعيب، الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2016.
33. محمود أكرم محمد صبحي، التربية الخاصة لغير الإختصاص، الجنان للنشر والتوزيع، عمان، 2010.
34. موسى عبد الناصر، مرض الوسواس القهري: الأسباب، الأعراض، الوقاية والعلاج، دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع ودار خالد الحياي للنشر والتوزيع، الأردن، 2017.
35. نيسان خالدة، الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
36. نبيل سعد خليل، مداخل حديثة في إدارة المؤسسات التعليمية، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2015، ص. 24.
37. هاريسون ديفيد، الإدارة الإستراتيجية والتخطيط الإستراتيجي، ترجمة: علاء الدين ناطورية، دائرة المكتبة الوطنية، الأردن، 2009.

i. المجالات.

- 1- حصرومي مجدولين، حفاظ الطاهر، "الإعاقة في الجزائر: تحديات الانتقال من النموذج الطبي إلى النموذج الإجتماعي"، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 06، العدد 02، جويلية 2021.

2- حصرومي مجدولين، حفاظ الطاهر، "تقييم استراتيجية التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة في الجزائر في إطار بنود اتفاقية CIDPH"، *المجلة الجزائرية للأمن والتنمية*، المجلد 10، العدد 03، جويلية 2021.

3- ديلمي لخضر، محمد سحنون، "نظرية النهاية المركزية والإستدلال الإحصائي"، *مجلة الإقتصاد الصناعي*، العدد 4، جامعة الحاج لخضر باتنة 1، 2013.

4- غربي علي، "أهمية المفاهيم في البحث الإجتماعي بين الأطر النظرية والمحددات الواقعية"، *مجلة العلوم الإنسانية*، العدد 11، قسنطينة، 1999.

5- غانم مصلح بتول، "واقع الخدمات التربوية المقدمة للطلبة من ذوي الإحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة جنين من وجهة نظر العاملين"، *مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)*، المجلد 19، العدد 01، فلسطين، 2015.

6- بشماني شكيب، "دراسة تحليلية مقارنة للصيغ المستخدمة في حساب العينة العشوائية"، *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، المجلد 36، جامعة اللاذقية، العدد 05، 2014.

7- إيتوزا نيوز، *مجلة إخبارية لمؤسسة إيتوزا*، أبريل 2018.

ii. أطروحة دكتوراه.

1- حميدشت نبيل، "الواقع الإجتماعي للمعلم ومكانته الإجتماعية"، أطروحة دكتوراه، قسم علم الإجتماع والديموغرافيا، جامعة منتوري قسنطينة، 2002.

2- حمايدية علي، "التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن"، أطروحة دكتوراه، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف 2، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، الجزائر، 2016.

3- عامر حبيبة، *دور المؤسسات الإقتصادية في تحقيق التنمية المستدامة في ظل التكتلات الإقتصادية العالمية -دراسة حالة مجموعة من المؤسسات الإقتصادية الجزائرية-*، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016.

iii. الملتقيات.

1- شليحي رابح، "التكفل متعدد التخصصات للطفل التوحدي-كإنتاج حديث في التربية الخاصة-"، يوم دراسي حول واقع تشخيص الأطفال التوحديين في المجتمع الجزائري بين النظرية والتطبيق، جامعة الدكتور مولاي الطاهر-سعيدة-، الجزائر، 14-05-2018.

2- حسين محمد سعاد، "دور الصحافة المحلية في نشر ثقافة التطوع والمشاركة المجتمعية لقضايا المعاقين ذهنيا في محافظة بور سعيد"، المؤتمر العربي الثاني "الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية"، جامعة أسيوط، 14-15 ديسمبر 2004.

.iv. الجريدة الرسمية.

- 1- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 28، 2006.
- 2- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 80، 2006.
- 3- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، 2008.

Références.

i. Livres

- 1- Adjibade Aboudou Karimou et al, *L'enfant en Centrafrique: Famille, santé, scolarité, travail*, Unicef, Kartahala, France, 2004.
- 2- B Degros Eric, *Le droit du handicap et la gestion du patrimoine culturel: vers un model Européen?* Harmattan, France, 2014.
- 3- Belin Bernard, *les personnes handicapées vieillissantes*, Harmattan, France, 2001.
- 4- Chapireau François et al, *Handicap mental chez l'enfant: une synthèse neuve pour comprendre, agir, décider*, ESF Editeur, France, 1997.
- 5- Carlier Michèle, Ayoun Catherine, *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*, Edition Mardaga, Belgique, 2007.
- 6- Czernichow Pierre, *Santé et environnement, maladies transmissibles*, Elsevier Masson, France, 2006.
- 7- Dalla Piazza Senge, *Un enfant handicapé: égaliser des chances, aide et intervention précoces*, Harmattan, France, 2012.
- 8- Dambiel-Birepinte Elisabeth, Baudrit Alain, *Le handicap en classe: une place pour le tutorat scolaire?*, 1^{er} édition, De Boeck, Belgique, 2008.
- 9- Darras Bernard, Valente Dannyelle, *Handicap et communication*, Harmattan, France, 2013.
- 10- Devos Laurent et al, *Guide a la pratique de l'évaluation de la situation de Handicap des personnes cérébrolésées*, ARTC, CNSA, SQM, France, 2014.
- 11- Epelbaum Jacques, *Le vieillissement: rythmes biologiques et hormonaux*, Lavoisier, France, 2009.
- 12- Garenne Michel, *Indicateurs de richesse des ménages: Implication pour l'étude des relations avec les paramètres démographiques et la mesures des inégalités*, FERDI, France, 2014

- 13- Henry Louis, *Démographie: Analyse et modèles*, Edition de l'Institut National d'Etude Démographiques, France, 1984.
- 14- Jamoull Marc, *Introduction à la CIF Introduction critique à la Classification Internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*, UCL, Bruxelles, 2000.
- 15- Janssens Xavier et autres, *Pleins feux sur les rhumatis*, Edition Lannoo, Belgique, 2005.
- 16- Kavarski Caroline, *La malvoyance chez l'enfant*, Lavoisier Librairie, France, 2011.
- 17- Leclerc Charles, *Soins et handicap mental: relation Soignante et prise en charge*, John Libbey Eurotext, France, 2018.
- 18- Mager Stellman Jeanne, *Encyclopédie de sécurité et santé de travail*, 3^e édition, Organisation Internationale du Travail, Genève, 2000.
- 19- Meslé France, Vallin Jacques, *Effet de l'adoption de la CIM-10 sur la continuité statistique des décès par causes: le cas de la France*, INED, France, 2010.
- 20- Meyer Sylvie, *De l'activité à la participation*, De Boeck Supérieur, 1^{ère} édition, Belgique, 2013.
- 21- Nevid Jeffrey et al, *Psychopathologie*, 7^{ème} édition, Pearson Education, France, 2009.
- 22- Pinto Paula Campos et al, *Le droit à la protection sociale des personnes handicapées en Algérie*, Handicap international-Programme Magreb, 2016.
- 23- Rondal Jean Adolphe et autres, *Manuel de psychologie des handicaps: sémiologie et principes de remédiation*, Pierre Mardaga, Belgique, 2001
- 24- Seraphin Gilles, *Le handicap psychique chez les personnes majeures protégées: définition et indicateurs pour une recherche contextualisée*, Union Nationale des Associations Familiales, France, 2007.
- 25- Tisserant Guy, *Le handicap en entreprise: contrainte ou opportunité?*, Pearson, France, 2012.
- 26- Trouvé Eric, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*, Deboeck Supérieur, France, 2016.
- 27- Vallin Jacques, Meslé France, *de la transition épidémiologique a la transition sanitaire: l'improbable convergence générale*, UCL Presses Universitaire de Louvain, France, 2010.

ii. Guides et rapports:

- 1- APA, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV–TR, 4^{ème} édition, Masson, France, 2005.
- 2- Association Internationale Des Démographes De Langue Française, *Enfants D'aujourd'hui: Diversité des contextes pluralité des parcours*, Presses Universitaires de France, Tome 01, N 11, France, 2006.
- 3- CNEG, *Vieillesse*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, France, 2010.
- 4- CNCDH, CFHE, *La convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, les droits de l'homme en action: Guide pratique*, CNCDH, CFHE, 2018.

- 5- Collège Français d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Fiche ORL, Elsevier Masson, France, 2018.
- 6- CRPD-ONU, Rapports initiaux des états parties attendus en 2012: Algérie, comité des droits des personnes handicapées, Algérie, 2015.
- 7- CRPD-ONU, Observation finales sur le rapport initial de l'Algérie, Comité sur les droits des personnes handicapées, version initiale non éditée, ONU, 2018.
- 8- DGPPPH, Guide de l'emploi des personnes handicapées en milieu du travail ordinaire, ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, Algérie, 2016.
- 9- DGPPPH, Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH), guide pratique, Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, Algérie, 2016.
- 10- FAPH, 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, FAPH, Algérie, 2018.
- 11- FAPH, Réponses de la Fédération algérienne des personnes handicapées et ses associations membres à la Liste des points à traiter relatifs au rapport initial de l'Algérie, FAPH, Algérie, 2018.
- 12- MSPRH, UNICEF, UNFPA, Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS), MSPRH, Algérie, 2013.
- 13- OMS, Classification Internationale des Handicaps: Déficiences, Incapacités et Désavantages, OMS, 1988.
- 14- OMS, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Suisse, 2000.
- 15- ONU, Historique de l'élaboration de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif, United Nation Audiovisuel of International law.
- 16- ONU, Déclaration des droits du déficient mental, résolutions adoptées sur les rapports de la troisième commission, ONU, 1971.
- 17- ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations unies, 2006.
- 18- ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées: guide de formation, n°19, New York et Genève, 2014.
- 19- ONUSIDA, SCNU, UNICEF, UNFPA, Enquête Nationale à indicateurs multiples (MICS₃), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2006, Algérie, 2006.
- 20- UNICEF, Une question de capacité: explication de la convention relative aux droits des personnes handicapées, Fondation des Nations Unies pour l'Enfance UNICEF, 2008.
- 21- Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, Mise en œuvre de la résolution 26/20 du Conseil des Droits de l'Homme: Contribution de la Commission Nationale Consultative de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme, CNCPPDH, Algérie.

iii. Revues

- 1- Azéma Bernard, Martinez Nathalie, "Les personnes Handicapées vieillissantes: espérances de vie et de santé: qualité de vie", *Revue Française des affaires sociales*, n° 2, 2005.
- 2- Badeyan Gérard, Colin Cristel, "Les personnes âgées dans les années 90: perspectives démographiques, santé, et modes d'accueil", *DREES études et résultats*, n°40, 1999.
- 3- Cambois Emmanuelle et al, "Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap", *Gérontologie et société*, vol 27, n° 110, 2004.
- 4- Castelein Pierre, la participation sociale, "un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions", Institut Public la Persagotière, n° 63, 2015.
- 5- Chapiereau François, "la classification internationale du fonctionnement, handicap et de la santé", *Revue Gérontologie et société*, vol 4, n° 99, France, 2001.
- 6- Chiriacescu Diana et al, "analyser les procédures et les modalités d'évaluation du handicap a la lumière de la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées: proposition de guide méthodologique", *alter, European journal of disability, research* 9, 2015.
- 7- Colvez Alain, Robine Jean-Marie, "L'espérance de vie sans incapacité: indicateur de qualité des années vécues", *les cahiers médico-sociaux*, n° 4, Genève.
- 8- De LA Hougue Claire, "la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées", *Droits fondamentaux*, n° 6, 2006.
- 9- Denis Loik, "la convention Internationale des droits des personnes handicapées en bref...", *Juris*, Rio Grande, n°19, 2013.
- 10- De Reidmatten Raphael et al, "comprendre le handicap: du regard a l'action", *Interactif*, n° 10, 2012.
- 11- Fougeyrollas Patrick, "L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politiques et contributions Québécoises", *Perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé*, Vol. 04, 2002.
- 12- Fillion Emmanuelle et al, "Application de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées: quels concepts et indicateurs pour une politique inclusive?", *Alter, Européen journal of disability*, Vol 09, 2015.
- 13- Jamet Frank, "De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)", *La nouvelle revue de l' AIS*, n ° 22, 2^e trimestre, 2003.
- 14- Ravaud Jean-François, "Définition, classification et épidémiologie du handicap", *La Revue du Praticien*, vol 59, n° 8, 2009, p.2.
- 15- Rossignole Christian, "La Notion de Handicap: Métaphore politique et point de ralliement des corporatismes", *Revue Interactions*, vol 2, 2010, p.3.
- 16- Robine Jean-Marie et al, "Les indicateurs d'espérance de santé", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol 7, n°2, 1999.
- 17- Robine Jean-Marie et al, "Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité(EVSI): des indicateurs globaux de l'état de santé des populations", *Revue épidémiologie et santé publique*, n° 35.

iv. Thèses

- 1- Achachra Asma, "*Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie*", Thèse de doctorat, Université Paul Valéry-Montpellier, département de psychologie, France, 2014-2015.
- 2- Bouchloukh Mahfoud, "*Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs*", Thèse de doctorat, Université Mentouri Constantine, Faculté des sciences humaines et sciences sociales, Algérie, 2009.
- 3- Coulibaly Dielika, "*Etude de la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako*", Thèse de doctorat, faculté de médecine et d'odonto-stomatologie, Mali, 2013.
- 4- Fares Nour Elhouda, "*La qualité de vie des parents des enfants en situation du handicap dans la région Fès Meknès*", Thèse de doctorat, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Maroc, 2018.
- 5- Guessabia Nadia, "*Etude génétique du retard mental familial non spécifique*", Thèse de doctorat, Université Mouloud Mammeri Tizi Ouzou, Faculté des Sciences biologiques et des sciences agronomiques, Algérie, 2012.
- 6- HamoneClaude t, "*Handicapologie et anthropologie*", Thèse de doctorat, Université René Descartes, Paris v France, 1992.
- 7- Marlene Genelle, "*Prévention et handicap moteur: enquête auprès de 145 utilisateurs de fauteuil roulant*", Thèse de doctorat, Université Paris 07, Faculté de Médecine, France, 2015.
- 8- Mbele Jean Didier, "*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, 2008.
- 9- Plos Ornella, "*Innover pour et par le handicap: Méthodologie de conception de produits adaptée aux marché de niche: application au marché du handicap moteur*", Thèse de doctorat, Art et Métiers Paris Tech, Génie Industrielle, France, 2001.

v. Colloques

- 1- Colvez Alain, Jean-Marie Robine, "L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans: outil d'évaluation en santé publique", VII^e Colloque national de démographie, 5-7/05/1982.
- 2- Fougeyrollas Patrick, "Comprendre le processus de production du handicap (PPH) et agir pour la participation sociale, une responsabilité sociale et collective", Journée d'étude synthèse de la conférence prononcée lors de la journée d'étude organisée par l'ANDESI sur la loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits des chances, la participation et la citoyenneté de personne handicapées, 15/06/2005.
- 3- Robine Jean-Marie et al, "Comment mesurer les conséquences de l'augmentation les durées de vie sur l'état de la santé de la population?", Actes des colloques de l'Association internationale des démographes de langue française, morbidité mortalité problèmes mesure facteurs d'évolution essai prospective, 2-6/09/1996.

vi. Journal officiel

- 1- Journal officiel de la république Algérienne, n° 34, 2002.
- 2- Journal officiel de la république Algérienne, n° 02, 2008.
- 3- Journal officiel de la république Algérienne, n° 60, 2010.
- 4- Journal officiel de la république Algérienne, n° 45, 2014.
- 5- Journal officiel de la république Algérienne n° 47, 2014.
- 6- Journal officiel de la république Algérienne, n° 33, 2017.
- 7- Journal officiel de la république Algérienne, n° 71, 2017.

vii. Sit Web

1. Delcey Michel, Introduction aux causes de déficiences motrices, 2002. Disponible à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article320>, consulté le 16-04-2020.
2. Delcey Michel, Notion de situation de handicap (moteur): les classifications internationales du handicap, 2013, Disponible à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/>, consulté le 15-04-2020.
3. Daydé Aurélien, Fuchs Dorian, Handicap: à quoi sert la convention des nations unies?, 2009, Disponible à l'adresse <https://www.taurillon.org/Handicap-a-quoi-sert-la-convention-des-Nations-Unies?lang=fr>, Consulté le 16-04-2019.
4. Marchand Gilles, le handicap, enjeu de la société, Disponible à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/le-handicap-enjeu-de-societe_fr_13809.html, consulté le, 30-04-2020.
5. ONU, Déclaration des droits du déficient mental, résolutions adoptées sur les rapports de la troisième commission, ONU, 1971, Disponible à l'adresse https://www.2idhp.eu/images/onu-resolution-2857--20-decembre-1971_150616.pdf.
6. Rochat Lysiane, les conceptions et modèles principaux concernant le handicap", Bureau Fédéral pour l'égalité du handicap, BFEH, Berne, 2008. Disponible à l'adresse: http://edudoc.ch/record/112695/files/Rapport_mod%C3%A8les_handicap.pdf, Consulté le 15-04-2020.
7. Pare Mona, la convention relative aux droits des personnes handicapées: quel impact sur le droit international. Disponible à l'adresse <http://ssrn.com/abstract=2562532>, consulté le 30-04-2020.
8. Key Informant Interviews, UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH, found on the site https://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/Documents/tw_cba23.pdf, consulted the 25-08-2020.
9. UNICEF, Objectifs de développement durable, rapport de la Comité Suisse pour l'UNICEF, 2018, Disponible à l'adresse. site: file:///C:/Users/maison/Downloads/unicef_fs_sdgs_2018_fr.pdf, consulté le 30-04-2020.

10. WHO, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10), WHO, 2016. Trouver sur le site <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F00-F09>, Consulté le 21-04-2020.
11. <http://10.claude.hamoner.free.fr/>, consulté le 18-07-2020.
12. <http://www.ons.dz/IMG/pdf/pop-handic.pdf>, consulté le 07-05-2020.
13. <https://www.youtube.com/watch?v=IoHkilL3YnE>, consulté le 07-05-2020.
14. <https://www.djazairess.com/alfadjr/356512>, consulté le 07-05-2020.
15. Lavrakas Paul J, Key Informant, Encyclopedia of Survey Research Methods, found on the site <https://methods.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-survey-research-methods/n260.xml>, consulted the 25-08-2020.
16. <https://www.stats.gov.sa/ar/indicators/1>, consulté le 17/01/2020
17. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 17/01/2020
18. <https://wikiwater.fr/>, consulté le 19-01-2020.
19. https://www.msnfcf.gov.dz/?p=prot_integr_handicap, Consulté le 02-05-2020.
20. https://www.msnfcf.gov.dz/?p=dg-promotion_protection_ph, consulté le 06-05-2020.
21. <https://www.facebook.com/375565512499381/posts/430011503721448/>, consulté le 10-07-2020.
22. <http://premier-minister.gov.dz/>, consulté le 03-11-2019.
23. <http://mics.unicef.org/>, Consulté le 12-07-2020.

1

1

ملاحقہ

الملحق 01

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه LMD الموسومة ب: تحليل ديموغرافي لواقع المعاقين في الجزائر، تأمل الباحثة من الأشخاص المعنيين المساهمة في إتمام هذا البحث العلمي من خلال الإجابة على أسئلة الإستمارة المكتملة بكل صبر وموضوعية، مع العلم أن المعطيات الواردة ضمن الإستمارة لن تستخدم سوى لأغراض علمية. لكم منى جزيل الشكر على تعاونكم.

ملاحظة: بإمكان فرد مقرب من الشخص ذي الإعاقة الإجابة على الإستمارة خاصة فيما يتعلق بالأطفال، فئة الصم البكم، ذوي الإعاقات الذهنية، الأشخاص الذين يعانون من الشلل.

المحور الأول: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص الديموغرافية.

1- السن 0-14 سنة. 15-29 سنة. 30-44 سنة.

45-59 سنة. 60 سنة فأكثر.

2- الجنس ذكر. أنثى.

3- محل الإقامة ريف. حضر.

4- كم يبلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في الأسرة؟

5- الحالة العائلية (الأشخاص الأكبر من 15 سنة) عازب. متزوج.

مطلق أرمل.

6- إذا كنت متزوجا، كم عدد أبنائك؟

7- الحالة الفردية عاطل عن العمل. عامل. مأكثة بالبيت.

ممتدرس متقاعد. أخرى

8- إذا كنت عاطل عن العمل، هل تقبل العمل بما يتوافق ونوع إعاقتك؟

9- مع من تعيش؟ بيت الزوجية. الوالدين. الجد/الجددة.

الأخوال/الأعمام. أخرى.

10- ماذا يمثل الشخص ذي الإعاقة بالنسبة لرب الأسرة رب الأسرة. الزوج/الزوجة.

الأب/الأم. الإبن (ة). الأخ(ة). صلة قرابة أخرى.

11- كم كان يبلغ عمرك عندما أصبت بالإعاقة؟

12- هل تملك بطاقة معاق؟ نعم. لا.

13- إذا كانت إجابتك لا، أذكر السبب

14- هل تملك، بطاقة الشفاء؟ نعم. لا.

15- هل توجد صلة قرابة بين والديك؟ نعم. لا.

المحور الثاني: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بمستواهم التعليمي.

1- المستوى التعليمي للشخص ذي الإعاقة لا أعرف القراءة والكتابة. تحضيري.

ابتدائي. متوسط. ثانوي. عالي.

2- إذا كنت متعلما، أين تلقيت تعليمك؟ في قسم خاص. في قسم عادي.

3- هل واجهتك صعوبات خلال مسارك الدراسي؟ نعم. أحيانا. لا.

4- إذا كانت إجابتك نعم، أذكر مصدر الصعوبات: التنقل. صعوبات مادية.

معاملة المعلمين. التلاميذ. الإداريين. أخرى.

5- هل خضعت للتكوين في مركز لتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة؟ نعم. لا.

6- هل تعتقد أن المؤسسة التي درست فيها مجهزة بما يتوافق مع نوع إعاقتك؟

نعم أحيانا لا

7- إذا كنت درست وأنت تعاني من الإعاقة، هل تعتقد أن الإعاقة أثرت على تحصيلك الدراسي؟

نعم. أحيانا. لا.

المحور الثالث: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بحالتهم الصحية.

1- ماهو نوع الإعاقة التي تعاني منها؟ (بإمكانك الإجابة على أكثر من نوع):

بصرية. سمعية. ذهنية. نفسية. حركية. أخرى.

2- درجة الإعاقة: متوسطة. شديدة.

3- سبب الإعاقة: خلقية. إصابة أثناء الولادة. مرض معدي.

صدمة نفسية. حادث مرور. شيخوخة.

أخرى.

4- هل تستهلك نوع معين من الأدوية التي تخص إعاقتك؟ نعم. أحيانا. لا.

5- هل تواجهك صعوبات لشراء الأدوية؟ نعم. أحيانا. لا.

6- إذا كانت إجابتك نعم، حدد نوع الصعوبات التي تواجهك؟

7- هل تقوم بفحوصات دورية تتعلق بنوع إعاقتك؟ نعم. أحيانا. لا.

8- هل تواجهك صعوبات لإجراء الفحوصات؟ نعم. أحيانا. لا.

9- إذا كانت إجابتك نعم، حدد نوع الصعوبات التي تواجهك؟

10- أين تتابع وضعيتك الصحية المتعلقة بالإعاقة؟ لا أتابع.

في القطاع العام في القطاع الخاص.

11- هل أنت راض عن الخدمات الصحية المقدمة على مستوى القطاع الذي تتابع فيه؟

نعم. أحيانا. لا.

12- إذا كانت إجابتك لا، حدد السبب.

13- هل أنت راض عن كيفية تقديم الخدمات الصحية على مستوى القطاع الذي تتابع فيه؟

نعم. أحيانا. لا.

14- إذا كانت إجابتك لا، حدد الجهة المسؤولة عن التقصير (بإمكانك الإجابة على أكثر من خيار)

الأطباء. المرضى. لإداريين أخرى.

15- ماهي احتياجاتك الصحية غير الملباة التي تتعلق بإعاقتك؟

16- هل تعاني من مرض مزمن بالإضافة إلى الإعاقة؟ نعم. لا.

17- إذا كانت إجابتك نعم، هل تقوم بالمتابعة الطبية؟ نعم. لا.

18- هل تحتاج إلى وسيلة من الوسائل التعويضية؟ نعم. لا.

19- إذا كانت إجابتك نعم، أذكر نوعها كرسي متحرك. كرسي كهربائي.

سماعة الأذن. نظارة طبية. عكاز. طرف صناعي.

20- هل تملك وسيلة من وسائل المساعدة نعم. لا.

21- إذا كانت إجابتك لا أذكر السبب

22- إذا كانت إجابتك نعم، أذكر مصدر الحصول على هذه الوسيلة مالك خاص إعانة من

الدولة إعانة المحسنين. جمعية.

المحور الرابع: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم الاقتصادية.

1-الوضعية المهنية (الأشخاص الأكبر من 15 سنة): غير عامل. موظف حكومي.

عامل حر. أجير دائم. أجير مؤقت. حرفي.

2- إذا كنت عاملاً، هل تعتقد أن مكان عملك مجهز بما يتوافق مع نوع إعاقتك؟ نعم. لا.

3- إذا كانت إجابتك لا، ماهي نوع التجهيزات الواجب توفرها في مكان عملك التي تساعدك على تأدية

نشاطاتك؟

4- هل لديك علم أنه من حق الشخص ذي الإعاقة الحصول على 3% من إجمالي المناصب في

المؤسسات العمومية أو الخاصة؟ نعم. لا.

5- هل لديك فكرة حول ما يسمى بمؤسسات العمل المحمي؟ نعم. لا.

6- هل لديك فكرة حول ما يسمى بالمزارع البيداغوجية؟ نعم. لا.

7- هل لديك فكرة حول ما يسمى بمؤسسات العمل عن طريق المساعدة؟: نعم. لا.

8- هل تستفيد من إعانة مالية من طرف الدولة؟: نعم. لا.

9- إذا كانت إجابتك نعم، ماهو نوعها؟ منحة إعاقة. منحة عجز. إعانة حادث.

منحة تقاعد. أخرى.

10- هل تعتقد أن المنحة المالية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة التي تخصصها الدولة كافية لسد حاجاتهم؟ نعم أحيانا لا

12- إذا كانت إجابتك لا، حدد حسب إحتياجاتك قيمة المنحة المالية المناسبة لتغطية نفقاتك؟

13 حسب رأيك، ماهي الخدمات التي يجب على الدولة توفيرها لصالح المعاقين؟

14- نوع المسكن الذي تعيش فيه مسكن فردي. شقة. مسكن تقليدي.

مسكن مؤجر. آخر.

15- هل المسكن الذي تعيش فيه مجهز بما يتوافق مع نوع إعاقتك؟ نعم. لا.

16- ماهو تقييمك لمستواك المادي؟ غني. متوسط. فقير.

17- إذا كنت في سن العمل، هل تعتقد أن الإصابة بالإعاقة أثرت على مستواك المادي؟

نعم. نوعا ما. لا.

المحور الخامس: واقع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الخصائص المتعلقة بوضعيتهم النفسية والاجتماعية.

1- هل تعتقد أن الإعاقة تؤثر على ممارستك لنشاطاتك اليومية؟ نعم. أحيانا. لا.

2- هل تشعر بالتوتر بشكل دائم؟ نعم. أحيانا. لا.

5- إذا كانت إجابتك نعم، حدد مصدر التوتر؟ عائلة. لأصدقاء. جيران. أخرى.

6- هل أنت قادر على بناء علاقات إجتماعية والمحافظة عليها؟ نعم. أحيانا. لا.

7- إذا كانت إجابتك لا، حدد السبب.

8- هل تحتاج إلى مساعدة لتأدية نشاطاتك اليومية؟ نعم. أحيانا. لا.

9- إذا كانت إجابتك نعم، ماهو نوع النشاطات التي تحتاج فيها إلى مساعدة؟

الذهاب إلى المرحاض. العناية الشخصية. التنقل. أشغال المنزل.

أخرى.

10- ممن تطلب المساعدة؟

11- هل تجد مقاومة اثناء ممارستك لحقك في الأولوية في الاستفادة من الخدمات الصحية، الإجتماعية، النقل، مراكز البريد..؟ نعم. أحيانا. لا.

12- إذا كانت إجابتك نعم حدد مصدرها

13- كيف تقييم نظرة أفراد المجتمع لإعاقتك؟ (بإمكانك الإجابة على أكثر من خيار)

نظرة قبول. نظرة شفقة. نظرة استخفاف. أخرى.

14- كيف تحب أن يتعامل أن يتعامل أفراد المجتمع مع إعاقتك؟

15- هل تجد صعوبات أثناء استخدامك للنقل العمومي؟ لا أستخدام وسائل النقل. نعم.

أحيانا. لا.

16- هل تنتمي إلى جمعية معينة؟ نعم. لا.

17- إذا كانت إجابتك نعم، هل تشارك في نشاطات الجمعية؟ نعم. أحيانا. لا.

18- هل أنت راض عن الخدمات التي توفرها الجمعية؟ نعم. أحيانا. لا.

19- إذا كانت إجابتك لا، أذكر السبب

19- هل تعتقد أن الأشخاص ذوي الإعاقة يحظون بحماية كافية من الناحية القانونية؟

لا أعلم نعم. أحيانا لا.

20- من هي الجهة أو الجهات التي لا تؤدي واجبها أمام قضية المعاقين؟ العائلة.

الدولة. القطاع الخاص. المجتمع المدني. الجمعيات الخيرية.

21- ماهي الإقتراحات التي تقدمها من أجل التكفل الأمثل بقضية المعاقين؟

الملحق 02

قائمة الأساتذة المحكمين للإستمارة

الجامعة	الكلية	الدرجة العلمية	الأستاذ المحكم
جامعة باتنة 1	العلوم الإنسانية والاجتماعية	أستاذ التعليم العالي	حفاظ الطاهر
جامعة وهران 2	العلوم الإنسانية والاجتماعية	أستاذ التعليم العالي	دلاندة عيسى
جامعة باتنة 1	العلوم الإنسانية والاجتماعية	أستاذ مساعد أ	عبد المؤمن فؤاد
جامعة باتنة 1	العلوم الإنسانية والاجتماعية	أستاذ التعليم العالي	بن ساهل لخضر
جامعة باتنة 1	العلوم الإنسانية والاجتماعية	أستاذ محاضر أ	قنفود محي الدين

الملحق 03

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

- الاسم: مجدولين

الى السيد المدير العام لمطابق

- اللقب: حسروسي

- رقم الهاتف: 0665/44/94/89 الانتظام المعوقين

الموضوع: طلب تقديم تشييلات.

لي عظيم الشرف أن أقدم إلى سيادتكم المحترمة

بطلب هذا الاقتضيل في تقديم تشييلات لخدمة العلم

والبحث في إطار تحضير الدورة الدورات تخصص ديموغرافيا

الكان والتنمية وفيما يتعلق بموضوع البحث الممثل في:

تحليل ديموغرافي لواقع المعاصرة في الجزائر.

وتقبلوا مني أطيب التحية والتقدير والامتنان

CM
MA



الملحق 04



رقم 01 / 01 / 01 / 01 / 01

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

03 سبتمبر 2008

وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة



وزارة الصحة والسكان والإصلاح المستشفيات



وزارة التكوين والتعليم المهنيين



السيدات والسادة:

مديرو التربية، مديرو النشاط الاجتماعي والتضامن، مديرو التعليم والتكوين المهنيين، مديرو الصحة والسكان

الموضوع: منشور وزاري مشترك يتضمن تذكيرا بالتدابير والترتيبات المتعلقة بتدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم.

المراجع: - القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08/05/2002 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم؛

- القانون رقم 08-04 المؤرخ في 23/01/2008 المتضمن القانون التوجيهي للتربية الوطنية؛

- القانون رقم 08-07 المؤرخ في 23/02/2008 المتضمن القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين؛

- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018 المتعلق بالصحة؛

- المرسوم التنفيذي رقم 12-05 المؤرخ في 04/01/2012 يتضمن القانون الأساسي

النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين؛

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 17/05/2003 الذي يحدد كيفية تنظيم التقييم

والامتحانات المدرسية للتلاميذ المعوقين حسيًا؛

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13/03/2014 الذي يحدد كيفية فتح أقسام خاصة

للأطفال المعوقين ضمن مؤسسات التربية والتعليم العمومية التابعة لتطاع التربية الوطنية.

يشكل تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم انشغالا دائما للدولة من أجل تمكينهم من حقهم الدستوري في التربية والتعليم والتكوين، على غرار سائر الأطفال الجزائريين. وقد كرس هذا الحق القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08/05/2002 والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، حيث ينص هذا القانون في المادة الثالثة منه على ما يلي: "تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى [...] ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين".

كما ينص القانون رقم 04-08 المؤرخ في 23 يناير 2008 المتضمن القانون التوجيهي للتربية الوطنية في المادة 14 منه على ما يأتي: "تسهر الدولة على تمكين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من التمتع بحقوقهم في التعليم.

يسهر قطاع التربية الوطنية، بالتنسيق مع المؤسسات الاستشفائية وغيرها من الهياكل المعنية، على التكفل البيداغوجي الأنسب وعلى الإدماج المدرسي للتلاميذ المعوقين وذوي الأمراض المزمنة".

وقد بادرت كل من وزارة التربية الوطنية ووزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، ووزارة التكوين والتعليم المهنيين، كل فيما يعنيهها، باتخاذ جملة من الإجراءات والتدابير التي تتعلق بضمان التكفل بتدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتكوينهم.

وفي إطار التحضير للدخول المدرسي 2020/2019، نوافيكم بهذا المنشور الذي يذكر بالتدابير والترتيبات العملية الواجب احترامها والخطوات الواجب اتباعها من أجل تحسين تدريس هذه الفئة من الأطفال وتكوينهم، وذلك بالتنسيق التام والكامل مع مصالح مختلف القطاعات المعنية في هذا المجال.

1. تذكير بصيغ التكفل:

يتم التكفل بتدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حسب صيغتين أساسيتين:

1.1- التكفل في الوسط المؤسساتي المتخصص:

يقتصد بالوسط المؤسساتي المتخصص مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة التابعة لقطاع التضامن الوطني والأسرة، وتلك المسيرة من طرف الجمعيات والخواص.

2.1- التكفل في الوسط المدرسي العادي:

ويقتصد بالوسط المدرسي العادي مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التربية الوطنية، وهي المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانويات، وكذا مؤسسات التربية والتعليم الخاصة. ويتم ذلك إما بإدماج الطفل المعني إدماجاً كلياً في الأقسام العادية أو بإدماج جزئي في الأقسام الخاصة.

2. الترتيبات المتعلقة بالتسجيل والتوجيه:

على أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التترب من مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لتسجيل أبنائهم في مؤسسات التربية والتعليم التابعة لقطاع التربية الوطنية، أو في مؤسسات التربية والتعليم المتخصصة التابعة لقطاع التضامن الوطني والأسرة، حسب الحالة.

تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن دراسة ملفات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مستوى اللجنة الولائية المتخصصة أو المجلس النفسي البيداغوجي قصد تحديد صيغة التكفل الملائمة وتوجيه الأطفال نحو المؤسسات المتخصصة أو الأقسام الخاصة أو الأقسام العادية بعد إجراء الفحوصات اللازمة التي تنتضيها كل حالة.

وفضلاً عن ذلك، ولتحسين مستوى توجيه الأطفال، يتعين على مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تفعيل اللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني المنشأة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 03-333 المؤرخ في 08/10/2003 المتعلق باللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني.

3. الترتيبات المتعلقة بفتح قسم خاص:

يتم فتح قسم خاص حسب الآتي:

- انطلاقاً من نتائج تقييم التسجيلات، تعد مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن القوائم الاسمية للأطفال المعنيين حسب الإعاقة، لتشخيص الحاجة إلى فتح أقسام خاصة، بالتنسيق مع المؤسسات المكلنة بالتربية ما قبل المدرسية والجمعيات الناشطة في هذا المجال والأولياء.
- يتم التنسيق بين مصالح مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن ومديرية التربية لتعيين المؤسسة التعليمية التي يفتح بها القسم الخاص، ويرسم ذلك بمقرر مشترك يحدد المؤسسة المستقبلية وطبيعة الإعاقة والمستوى الدراسي للقسم.

للتذكير، فإن الإعاقات التي يتم التكلل بها في الأقسام الخاصة هي الإعاقة الحسية (البصرية والسمعية)، والإعاقة الذهنية الخفيفة بما فيها الترتومييا 21، واضطراب التوحد بدرجة خفيفة. كما أن الأقسام الخاصة تستقبل الأطفال المعوقين حسياً من مستوى تعليمي واحد، وعند الاقتضاء من مستويين تعليميين متتاليين من نفس المرحلة التعليمية، علماً أن عدد التلاميذ الذين يمكن أن يسجلوا في القسم الخاص يتراوح بين ثمانية (8) تلاميذ كحد أدنى واثني عشر (12) تلميذاً كحد أقصى بالنسبة للأطفال المعوقين سمياً أو بصرياً، وبين ستة (6) تلاميذ كحد أدنى و عشرة (10) تلاميذ كحد أقصى بالنسبة للأطفال ذوي إعاقة ذهنية خفيفة.

وبهذا الصدد، يتعين على مدير المؤسسة المستقبلية للقسم الخاص تخصيص قاعة بيداغوجية ملائمة تتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية، على غرار الأقسام العادية. كما يتعين عليه تسجيل القسم الخاص في الأرضية الرقمية لتقطاع التربية الوطنية. بينما تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن توفير الوسائل التعليمية والتجهيزات المتخصصة مع ضمان جردها وصيانتها.

4. تأطير الأقسام الخاصة:

يوظف الأقسام الخاصة أساتذة ومعلمو التعليم المتخصص ومستخدمو الدعم تابعون للأسلاك الخاصة بقطاع التضامن الوطني، تعيينهم مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، ويمارس هؤلاء الموظفون مهامهم تحت سلطة مدير المؤسسة التعليمية ويخضعون للنظام الداخلي لهذه الأخيرة.

وبهذا الصدد، يتعين على مدير النشاط الاجتماعي والتضامن السهر على عملية التوظيف في المناصب المالية المقترحة بعنوان سنة 2019 لتأطير الأقسام الخاصة، وتدعيم هذه العملية باستغلال أجهزة التشغيل المؤقت المتوفرة.

5. الترتيبات المتعلقة بالمرافقة

عندما تستدعي حالة الطفل النصاب بإعاقة أو اضطراب ضرورة مراقبته يرافق الحياة المدرسية، بناء على رأي مؤكّد من الطبيب المعالج، يودع ولي الطفل المعني طلباً بوضع مرافق تحت تصرفه لدى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، يكون مدعوماً بملف طبي يثبت حاجة التلميذ المعني إلى هذه المرافقة لضمان استمرارية التبررس الحسن. بعد دراسة الطلب وبناء على رأي المجلس النفسي البيداغوجي أو اللجنة الولائية المتخصصة، تتولى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تعيين المرافق وتطلب من مديرية التربية الترخيص له بالدخول إلى المؤسسة التعليمية المسجل بها التلميذ المعني.

يتولى مرافق الحياة المدرسية لاسيما ما يلي:

- مرافقة التلميذ في الدخول إلى المؤسسة التعليمية وإلى القسم والتنقل بين مرافقها،
- مساعدة التلميذ على تنظيم عمله،
- مساعدة التلميذ على إنجاز المهام التعليمية (الكتابة، التدوين، الرسم، تبسيط الأسئلة المطروحة وشرحها، توضيح ما يطلبه الأستاذ، المشاركة في أعمال الفوج، ...)
- مرافقة التلميذ في نشاط التربية البدنية والرياضية،
- مرافقة التلميذ في الاستراحة والتنقل عند حدوث أي طارئ للتلميذ المعنى،
- مرافقة التلميذ في الأنشطة الثقافية والرياضية والأنشطة الترفيهية وفي الخرجات الاستكشافية.

ويصنف عامة، بلعب مرافق الحياة المدرسية دورا هاما في مسار تعلم التلميذ وتفاعله مع زملائه والاندماج في الوسط المدرسي.

فضلا عن المهام التي يقوم بها مرافق الحياة المدرسية داخل المؤسسة التعليمية، يمكن له أن يكون همزة وصل بين التلميذ وبين أسرته فيما يخص الجوانب التربوية والعلائقية والتعليمية.

إن دخول مرافق الحياة المدرسية إلى المؤسسة التعليمية ونجاحه في مهمة المرافقة مرهون بالدعم الذي يجب أن يلقاه من قبل الأسرة البيداغوجية في المؤسسة التعليمية. فوجوده جاء لتخطي الحواجز التي تعيق تمرير التلميذ المصاب باضطراب أو إعاقة، وضمان تكافؤ الفرص في التعلم بين جميع التلاميذ.

لذلك، ونظرا إلى أن دخول مرافق الحياة المدرسية أمر مستجد في نظامنا التعليمي، وفي انتظار صدور نص يظن هنا الجانب، على مدير المؤسسة والأساتذة تسهيل مهمته ومساعدته في أدائها بتوفير الظروف المناسبة لعمله، من أجل التمدرس العادي للتلميذ المعنى.

6. الترتيبات المتعلقة بالرعاية الصحية وبالمرافقة النفسية:

طبقا لأحكام المادة 93 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018، والمذكور أعلاه، والتي تنص على أن الدولة تضمن الشروط الخاصة المتعلقة بالمراقبة والتكفل في مجال صحة الأطفال الموضوعين في المؤسسات، لاسيما منها تلك التابعة للوزارة المكلفة بالتنظيم الوطني، فإن التكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة يشمل التكفل الصحي والنفسي ومختلف العلاجات الضرورية التي يلقاها التلاميذ من هذه الفئة، كل حسب حالته وإعاقة، لاسيما إعادة تأهيل اضطرابات النطق وتحسين وظائفهم.

لذلك، يتعين على وحدات الكشف والمتابعة للصحة المدرسية تنظيم تدخل الأطباء والاختصاصيين، وبرمجة حصص إعادة التأهيل والمرافقة النفسية اللانقطة من أجل الاستفادة الكاملة منها، دون تفریط في الأنشطة التعليمية المدرسية المقررة.

7. الترتيبات المتعلقة بتكثيف الأنشطة البيداغوجية والأنشطة اللاصالية:

إذا كانت الأقسام الخاصة التي تستقبل التلاميذ ذوي إعاقة حسية تطبق البرامج الرسمية لوزارة التربية الوطنية، مع تكثيف الأنشطة التعليمية بها يتمشى وطبيعة الإعاقة، فإن الأقسام التي تستقبل التلاميذ ذوي إعاقة ذهنية خفيفة لا بد أن تطبق فيها البرامج المعدة لهذه الفئة من التلاميذ.

ومن جهة أخرى، وجب العمل على أن يستفيد التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، مهما كانت صيغة التكفل بهم، من مختلف الأنشطة الثقافية والرياضية، وتدعيم أنشطة اللعب والترفيه والتسالية، وقرينة نشاطات المتطالعة، وبرمجة الخرجات الميدانية الاستطلاعية التي تسمح لهم بالتفتح على المحيط الخارجي، بالتنسيق مع القطاعات المعنية، لاسيما قطاع الشباب والرياضة وقطاع الثقافة.

11. تكوين المؤطرين في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة:
يشكل التكوين أحد المحاور الأساسية في تحسين نوعية الخدمة والولوج التدريجي في الاحترافية فيما تعلق بالتكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة. لذلك، ومن أجل رفع مستوى الأداء وتحسين المعارف العلمية، يتعين الحرص على إشراك المؤطرين، سواء كانوا إداريين (مديرو المؤسسات التعليمية) أو بيداغوجيين (الأساتذة والمفتشون) في الدورات التكوينية التي تنظمها قطاعات التربية الوطنية والتضامن الوطني والأسرة والصحة والسكان.

كما يجب التنسيق بين أسلاك التفتيش التابعة للتربية الوطنية وبين المفتشين التقنيين البيداغوجيين التابعين لقطاع التضامن الوطني لوضع برامج زيارات ميدانية توجيبية وتكوينية لفائدة أساتذة ومعلمي الأقسام الخاصة للمعوقين سمعيا وبصريا. وتبقى مسؤولية متابعة الأقسام الخاصة بالتلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية الخفيفة لقطاع التضامن الوطني.

12. التدابير المتعلقة بالتكوين المهني للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية:
في إطار تطبيق أحكام القانون رقم 07-08 المؤرخ في 23 فبروري 2008 المتضمن القانون التوجيهي للتكوين والتعليم المهنيين، لا سيما المادة 04، تتكفل وزارة التكوين والتعليم المهنيين بضمان تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية قصد منحهم كفاءات مهنية تسمح لهم بالاندماج في سوق الشغل أو خلق مؤسسة اقتصادية.

1.12- طبيعة الإعاقة المتكفل بها :
يتيح التسجيل لمتابعة تكوين مهني للأشخاص:
- المعوقين حركيا (سوء التركيب الجسمي، التشنج المكتسب، عواقب حوادث المرور، التهاب العضلات، عجز ذو أصل دماغي، الشلل، الشلل النصفي)،
- المعوقين سمعيا (نقص السمع، الصمم البكم)،
- المعوقين بصريا (نقص البصر، والمكفوفون).

2.12 - تسجيل و توجيه الأشخاص المعوقين جسديا لمتابعة تكوين مهني:
فضلا عن ملف التسجيل، يجب أن يقدم الشخص المعاق جسديا ملفا طبييا يثبت الإعاقة مصدقا عليه من طرف الطبيب المعالج، وبناء على هذا الملف، يوجه المترشح المعاق جسديا نحو التخصص ونمط التكوين الملانعين لإعاقة، ويتم التوجيه من طرف لجنة متعددة المهام تضم كلا من طبيب، مستشار التوجيه، مختص نفسي وأستاذ مكزن بغرض مساعدة طالب التكوين للتوفيق بين قدراته الجسدية والفكرية مع متطلبات التخصص المرغوب.

3.12 - الأولوية لإدماج الأشخاص المعوقين جسديا في الفروع العادية للتكوين
تُعطي الأولوية لإدماج الأشخاص المعوقين جسديا في الفروع العادية بكل مؤسسات التكوين والتعليم المهنيين، ويوجه إلى المؤسسات المتخصصة الشباب المعوقون جسديا الذين يتطلب تكوينهم مرافقة خاصة وذلك طبقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 16-184 المؤرخ في 22 يونيو 2016، الذي يحدد مهام وكيفية تنظيم وسير مراكز التكوين المهني والتمهين المتخصصة للأشخاص المعوقين جسديا.

4.12 - التكوين في المراكز الجهوية المتخصصة للأشخاص المعوقين جسديا:
يوجه الشباب المعاق جسديا نحو أحد المراكز الجهوية المتخصصة المختصة المتواجدة بكل من ولايات الأغواط، الجزائر، سكيكدة، بومرداس وغيليزان.
وقصد تغطية كافة المناطق الجهوية، تم إلحاق الولايات المجاورة لهذه المراكز الجهوية بموجب القرار الوزاري المؤرخ في 09 جويلية 2018، والذي يحدد المقاطعات الجغرافية للمراكز المتخصصة في التكوين المهني والتمهين للأشخاص المعوقين جسديا بغية التكفل بتكوين الأشخاص المعوقين جسديا حسب كل منطقة بالشرق، الغرب، الوسط والجنوب، حسب قرب الولايات من المركز الجهوي.

الملحق 05

الرقم: 58 / 15/0.3.2.1

الجزائر في 01 أكتوبر 2015
2015/10/01
1093

مديرية التربية لولاية باتنة
الذمات الخاصة / البريد الوارد
التاريخ: 08. 10. 2015
الرقم: 242

السيدات و السادة مديري التربية بالولايات

الموضوع: ف/ي التكفل بتكدرس التلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.
المراجع:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 11 جمادى الأولى عام 1435 الموافق 13 مارس سنة 2014، يحدد كفايات فتح أقسام خاصة للأطفال المعوقين ضمن مؤسسات التربية والتعليم العمومية التابعة لقطاع التربية الوطنية؛
- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 ربيع الأول 1424 الموافق 17 ماي سنة 2003 الذي يحدد كفايات تنظيم التقييم والامتحانات المدرسية للتلاميذ المعوقين حسيًا؛
- المنشور رقم 1190/وت.و.أ.ع. المؤرخ في 25/10/1999 المتعلق بإجراءات لصالح التلاميذ المكفوفين في الامتحانات الرسمية؛
- المنشور الوزاري المشترك المؤرخ في 13/03/2006 والمتعلق بالمناخات التربوية والامتحانات المدرسية للتلاميذ المعوقين حسيًا.

أقد بلغني وبكل أسف أن بعض رؤساء المؤسسات التربوية يرفضون التكفل بالتلاميذ المعوقين رغم وجود نصوص تشريعية وتنظيمية التكفل بهذه الفئة من الأطفال، والتي تؤكد على الحق في التربية والتعليم لكل الأطفال الجزائريين دون تمييز، وقد كرس هذا الحق القانون التوجيهي للتربية الوطنية في المادة 14 التي تنص على ما يأتي:

- تسهر الدولة على تمكين الاطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة من التمتع بحقوقهم في التعليم.

والتعليم العمومية التي تفتح فيها
هذه الأقسام.

المادة 3 : تستقبل الأقسام الخاصة
الأطفال المعوقين سمعياً وبصرياً
وكذا الأطفال ذوي إعاقة ذهنية
خفيفة، الذين لا يمكن قبولهم في
الأقسام العادية طبقاً لأحكام المادة
4 أدناه.

X المادة 4 : يتم قبول وتوجيه
الأطفال المعوقين في الأقسام الخاصة
حسب طبيعة الإعاقة ودرجتها بعد
موافقة المجلس النفسي
البيداغوجي للمؤسسة المتخصصة
التابعة لقطاع التضامن الوطني أو
اللجنة الولائية المتخصصة المذكورة
في المادة 15 أدناه.

المادة 5 : يحدد عدد التلاميذ في
قسم خاص كما يأتي :

- من ثمانية (8) تلاميذ كحد أدنى
إلى اثني عشر (12) تلميذاً كحد
أقصى بالنسبة للأطفال المعوقين
سمعياً أو بصرياً،
- من ستة (6) تلاميذ كحد أدنى
إلى عشرة (10) تلاميذ كحد
أقصى بالنسبة للأطفال ذوي إعاقة
ذهنية خفيفة.

و بمقتضى القرار الوزاري المشترك
المؤرخ في 21 شعبان عام 1419
الموافق 10 ديسمبر سنة 1998
والمتضمن فتح أقسام خاصة
بالأطفال ضعيفي الحواس "ناقصي
السمع والمكفوفين" في المؤسسات
التعليمية التابعة لقطاع التربية
الوطنية،

يقران ما يأتي

المادة الأولى : تطبيقاً لأحكام المادة
7 من المرسوم التنفيذي رقم
05-12 المؤرخ في 10 صفر عام
1433 الموافق 4 يناير سنة 2012
والمذكور أعلاه، يهدف هذا القرار
إلى تحديد كفاءات فتح أقسام
خاصة للأطفال المعوقين ضمن
مؤسسات التربية والتعليم العمومية
التابعة لقطاع التربية الوطنية وتدعى
في صلب النص "الأقسام الخاصة"

المادة 2 : تفتح الأقسام الخاصة
بموجب مقرر مشترك بين مدير
النشاط الاجتماعي والتضامن
للولاية ومدير التربية للولاية. وتغلق
حسب الأشكال نفسها.

توضع الأقسام الخاصة تحت سلطة
ومسؤولية مدير مؤسسة التربية

المادة 6 : تستقبل الأقسام الخاصة
الأطفال المعوقين حسيا من مستوى
تعليمي واحد، وعند الحاجة، من
مستويين تعليميين متتاليين من نفس
الطور المدرسي.

المادة 7 : يضع قطاع التربية
الوطنية تحت تصرف قطاع
التضامن الوطني لاستقبال الأقسام
الخاصة قاعات بيداغوجية ملائمة
تتوفر على الوسائل والتجهيزات
الضرورية على غرار الأقسام
العادية.

المادة 8 : يضمن قطاع التضامن
الوطني توفير الوسائل التعليمية
والتجهيزات المتخصصة للأقسام
الخاصة.

المادة 9 : تطبق برامج التعليم
الرسمية لوزارة التربية الوطنية على
مستوى الأقسام الخاصة التي
تستقبل التلاميذ المعوقين سمعيا
وبصريا وفقا للطرق والوسائل
والتقنيات المكيفة حسب طبيعة كل
إعاقة.

المادة 10 : تتولى مصالح مديرية
النشاط الاجتماعي والتضامن
للولاية المتابعة البيداغوجية للتلاميذ
المعوقين المتمدرسين في الأقسام
الخاصة بالتنسيق مع مصالح مديرية
التربية للولاية.

المادة 11 : يخضع التلاميذ المعوقون
المتمدرسون في الأقسام الخاصة
لنفس الحقوق على غرار التلاميذ
العاديين وفقا للتشريع والتنظيم
المعمول بهما.

ويستفيد التلاميذ المعوقون
المتمدرسون في الأقسام الخاصة
والقاطنون في المناطق المعزولة
والبعيدة عن مؤسساتهم من النقل
المدرسي وكذا الإطعام.

ويمكن التلاميذ المعوقين سمعيا أو
بصريا القاطنين في المناطق المعزولة
والبعيدة عن مؤسساتهم الاستفادة
من الإيواء في الإقامة الداخلية
لمؤسسات التربية والتعليم العمومية.

تطبق برامج التربية والتعليم
المتخصصين لقطاع التضامن الوطني
على مستوى الأقسام الخاصة التي

يلزم أساتذة ومعلمو التعليم
المتخصص بالمشراكة في عمليات
التكوين المذكورة أعلاه.

✕ المادة 15 : تنشأ لجنة ولائية
متخصصة تدعى في صلب النص
"اللجنة المتخصصة"، تتولى على
الخصوص ما يأتي:

- توجيه الأطفال المعوقين نحو
الأقسام الخاصة أو نحو الأقسام
العادية وضمان متابعتهم
البيداغوجية،
- متابعة الأقسام الخاصة،
- مراقبة نشاط المؤطرين المكلفين
بالأقسام الخاصة،
- التقييم المستمر لنتائج التلاميذ في
الأقسام الخاصة.

✕ المادة 16 : تشكل اللجنة
المتخصصة التي يرأسها مدير
النشاط الاجتماعي والتضامن
للولاية، كما يأتي :

- ممثل عن مديرية التربية للولاية،
- مفتش تقني وبيداغوجي،

كما يمكن التلاميذ ذوي إعاقة
ذهنية خفيفة القاطنين في المناطق
المعزولة والبعيدة عن مؤسساتهم
الاستفادة من الإيواء، عند
الاقتضاء، على مستوى المؤسسات
الجوارية التابعة لقطاع التضامن
الوطني.

المادة 12 : يؤطر الأقسام الخاصة
أساتذة ومعلمو التعليم المتخصص
وكذا المستخدمون المتخصصون
المؤهلون التابعون للأسلاك الخاصة
بقطاع التضامن
الوطني.

المادة 13 : يخضع المستخدمون
الخاضعون للمادة 12 أعلاه إلى
النظام الداخلي لمؤسسة التربية
والتعليم العمومية التي تستقبل
الأقسام الخاصة.

المادة 14 : يستفيد أساتذة ومعلمو
التعليم المتخصص المكلفون
بالأقسام الخاصة من عمليات
التكوين التي ينظمها قطاع التربية
الوطنية.

المادة 18 : تجتمع اللجنة المتخصصة مرة واحدة كل ثلاثة (3) أشهر، في دورة عادية بناء على استدعاء من رئيسها، و. كن أن تجتمع في دورة غير عادية بناء على استدعاء من رئيسها أو بطلب من ثلثي (2/3) أعضائها.

يحدد النظام الداخلي للجنة المتخصصة قواعد تنظيمها وسيرها.
المادة 19 : تدون آراء واقتراحات اللجنة المتخصصة في محاضر يوقعها الرئيس وتسجل في سجل يرقمه ويؤشر عليه مدير النشاط الاجتماعي والتضامن للولاية.

تعد اللجنة المتخصصة تقريراً سنوياً تقيم فيه نشاطاتها وتترح التدابير التي من شأنها تحسين الظروف البشرية والمادية لحسن سير الأقسام الخاصة.

يرسل التقرير إلى كل من الوزارة المكلفة بالتضامن الوطني و الوزارة المكلفة بالتربية الوطنية.

- نفساني عيادي،
- نفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي،
- نفساني تربوي،
- مستشار للتوجيه والإرشاد المدرسي والمهني،
- أستاذ التعليم المتخصص،
- معلم التعليم المتخصص،
- مرب متخصص،
- مساعد اجتماعي.

يمكن اللجنة المتخصصة أن تستعين بكل شخص بإمكانه مساعدتها في أشغالها.

المادة 17 : يعين أعضاء اللجنة المتخصصة بموجب مقرر من مدير النشاط الاجتماعي والتضامن للولاية، بناء على اقتراح من السلطات التي يتبعونها لمدة ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد.

وفي حالة انقطاع عهدة أحد الأعضاء، يستخلف حسب الأشكال نفسها إلى غاية انتهاء العهدة.

المادة 22 : ينشر هذا القرار في
الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية
الدمقراطية الشعبية.

الجزائر في 13 مارس 2014
وزيرة التضامن الوطني والأسرة
وقضايا المرأة
سعاد بن جاب الله
وزير التربية الوطنية
عبد اللطيف بابا أحمد

المادة 20 : توضح أحكام هذا
القرار، عند الحاجة، منشور مشترك
بين الوزير المكلف بالتضامن الوطني
والوزير المكلف بالتربية الوطنية.

المادة 21 : تلغى أحكام القرار
الوزاري المشترك المؤرخ في 21
شعبان عام 1419 الموافق 10
ديسمبر سنة 1998 والمتضمن فتح
أقسام خاصة بالأطفال ضعيفي
الحواس " ناقصي السمع
والمكفوفين " في المؤسسات
التعليمية التابعة لقطاع التربية
الوطنية.

الملحق 06

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SOLIDARITE NATIONALE, DE LA FAMILLE
ET DE LA CONDITION DE LA FEMME

وزارة التضامن الوطني
والأسرة وقضايا المرأة

Photo d'identité

استمارة طلب بطاقة الشخص المعوق

Formulaire de demande de la carte de la personnes handicapée

Informations Générales

معلومات عامة

Prénom : الاسم :

Nom : اللقب :

Date de naissance تاريخ الميلاد :

Lieu de naissance مكان الميلاد :

Sexe : Masculin ذكر Féminin أنثى الجنس :

Adresse : العنوان :

Commune : البلدية :

wilaya : الولاية :

Téléphone الهاتف :

E-mail : البريد الإلكتروني :

Situation familiale

الوضعية العائلية

أرمل (ة)
Veuf (ve)

مطلق (ة)
Divorcé

متزوج (ة)
Marié(e)

أعزب / أعزباء
Célibataire

--

Informations personnelles des parents (en cas enfant handicapé)	المعلومات الخاصة بالأولياء (في حالة الطفل المعاق)
---	---

Prénom du père : : اسم الأب :

Profession du père : : مهنة الأب :

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : : رقم الإشتراك في الضمان الاجتماعي :

Nom et Prénom de la Mère : : إسم ولقب الأم :

Profession de la Mère : : مهنة الأم :

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : : رقم الإشتراك في الضمان الاجتماعي :

إستبيان طبي

(للملئ من طرف الطبيب المعالج)

.....: لقب وإسم الطبيب المعالج

.....: الإختصاص

.....: الهيئة المستخدمة

تشخيص الطبيب المعالج

الحالة المرضية المبررة للطلب:

--

أمراض أخرى مرتبطة بالحالة المرضية:

تاريخ المرض الدافع للطلب:

أصل وظروف ظهور المرض:

تاريخ ظهور المرض:

- عند الولادة.....
- منذ أقل من سنة:.....
- من 1 إلى 5 سنوات.....
- منذ أكثر من 5 سنوات.....

- وراثي: - مرض:
- حادث منزلي: - حادث عمل:
- مرض مهني.....

سوابق مرضية، جراحية، أثناء الولادة المرتبطة بالإعاقة:

بالنسبة للأطفال تحديد التأخر المحتمل وجوده خلال المكتسبات الأساسية (نمو نفسي حركي، اللغة....):

تكفل من نوع آخر:

- لا نعم..... إستشفاء متكرر أو مبرمج -
- لا نعم..... متابعة طبية خاصة -

- عناية صحية أو معالجة ليلية (إذا كان نعم ، حدد).....نعم لا
- أخرى (إذا كان نعم ، حدد).....نعم لا

الحياة الاجتماعية:



- الاستعانة بشخص آخر نعم لا
- تأثير الإعاقة على الحياة الاجتماعية والعائلية و/أو المهنية نعم لا
- اللجوء إلى مساعدة تقنية، (إذا كان نعم، حدّد) نعم لا

وثيقة محرّرة، بناء على طلب المريض، وتمّ تسليمها له بتاريخ:، ولاية:

إمضاء الشخص الطالب لبطاقة الشخص المعوق

الطبيب المعالج (إمضاء وختم الطبيب)

رأي اللجنة الطبية المختصة لولاية

طبيعة الإعاقة:

- ذهنية حركية متعدد الإعاقات
- بصرية سمعية

رأي بالموافقة نسبة الإعاقة %

مرفوض السبب

مؤجل السبب

إمضاء أعضاء اللجنة الطبية المختصة لولاية:

محرر بتاريخ:

الملحق 07



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .

الجمعية الولائية تواصل لأطفال التوحد باتنة .
عنوان مقر الجمعية : شارع 19 جوان 1965 حي النصر ، ملاصقة للمدرسة الابتدائية سمية باتنة .
المشهرة تحت رقم قيد : 39 / 2016 بتاريخ 18 / 10 / 2016 .
رقم الحساب البنكي : 00300344005189200045 باسم : جمعية تواصل لأطفال التوحد ، بنك الفلاحة و
التنمية الريفية باتنة BADR
هاتف : 0793104851

الى السيد : الوالي ولاية باتنة

الموضوع : طلب لقاء عاجل .

لي عظيم الشرف ان أتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلبي هذا و
المذكور أعلاه و المتمثل في برمجة يوم اجتماع في اقرب الأجال لبحث وضعية
الأطفال المصابين بالتوحد على مستوى ولاية باتنة .

1- نحيطكم علما بأنه يريدون غلق المركز الخاص لأطفال التوحد الموجود
بحملة-1 حيث يوجد حوالي 4000 طفل متوحد .

2- خلق المشاكل لطبيبة من اجل ترك وظيفتها حيث يفحص من 800 طفل
الى 1000 طفل شهريا من قبل هذه الطبيبة .

3- توجد مشاكل مع المديرين (التضامن التربيتاالصحة) وهذا لعدم الرد
على الطلبات و الهروب من المسؤولية حيث أن هذه المديريات تعمل مع هذه
الفئة من المعوقين .

ولذا نطلب من سيادتكم لقاء في اقرب الأجال مع أعضاء الجمعية
لحل مشاكل هذه الفئة من المعوقين رغم وجود قوانين و لكن لم يعملوا بها .
و القوا بها في الارض .

وفي الأخير نرجو اخذ طلبنا هذا بعين الاعتبار و في انتظار ردكم
الايجابي تقبلوا منا فائق الاحترام و التقدير .

فنانس رئيس الجمعية الإجتماعية
جلول العربي



الملحق 08

التلاميذ الموقنين المنجحين عدد - 2017 . 2018

مجموع	التلاميذ الموقنين المنجحين عدد			الأقسام مجموع	الأقسام الخاصة عدد			الولاية
	ذهنية	سعيدة	بصرية		ذهنية	سعيدة	بصرية	
44	6	20	18	5	1	2	2	أدرار
66	50	8	8	8	5	1	2	باتنة
64	30	34	0	10	5	5	0	بجاية
33	8	25	0	6	1	5	0	بسكرة
0	0	0	0	0	0	0	0	بشار
107	99	8	0	11	10	1	0	البيدة
60	60	0	0	5	5	0	0	البويرة
19	0	19	0	3	0	3	0	تمنراست
48	48	0	0	8	8	0	0	تيسة
30	0	30	0	5	0	5	0	تلمسان
12	8	4	0	3	2	1	0	تيارت
145	41	94	10	24	19	4	1	تيزي وزو
1472	961	511	0	181	122	59	0	الجزائر
15	9	6	0	2	1	1	0	الجلفة
33	21	12	0	5	3	2	0	جيجل
59	27	32	0	7	3	4	0	سطيف
12	3	9	0	3	1	2	0	سعيدة
116	95	21	0	12	10	2	0	سكيكدة
10	0	10	0	2	0	2	0	سيدي بلعباس
41	35	6	0	5	4	1	0	غابية
22	15	7	0	3	2	1	0	قالة

مجموع	التلاميذ المعوقين المدمجين عدد			الأقسام الخاصة عدد			الولاية
	ذهنية	سمعية	بصرية	الأقسام مجموع			
				ذهنية	سمعية	بصرية	
86	40	46	0	12	5	7	قسنطينة
38	0	38	0	5	0	5	المدية
3	0	3	0	1	0	1	مستغانم
57	57	0	0	6	6	0	المسيلة
0	0	0	0	0	0	0	معسكر
122	108	14	0	15	12	3	ورقلة
19	15	4	0	3	2	1	وهران
41	29	12	0	5	3	2	البيض
0	0	0	0	0	0	0	البيزي
102	102	0	0	8	8	0	برج بوعربريج
98	73	25	0	10	8	2	بومرداس
12	8	4	0	2	1	1	الطارف
0	0	0	0	0	0	0	تندوف
11	11	0	0	1	1	0	تسميلت
0	0	0	0	0	0	0	الوادي
39	0	39	0	5	0	5	خنشلة
9	5	4	0	2	1	1	سوق أهراس
36	31	5	0	5	4	1	تيزازة
83	48	35	0	13	7	6	ميلة
0	0	0	0	0	0	0	عين دقلی
4	4	0	0	1	1	0	النعام
28	0	28	0	3	0	3	عين تيمو شنت
9	0	9	0	2	0	2	غرداية
80	80	0	0	7	7	0	غيليزان
3585	2349	1193	43	455	297	152	المجموع

الملحق 09

الحوصلة النهائية لعملية إدماج الأطفال المعوقين في الأقسام الخاصة المفتوحة بالمؤسسات التعليمية
التابعة لقطاع التربية الوطنية - موقوفة في 31 ديسمبر 2018

المجموع الكلي	عدد التلاميذ المدمجين حسب طبيعة الإعاقة والجنس														عدد الأقسام	الولاية
	إعاقة ذهنية				إعاقة سمعية				إعاقة بصرية				ذكور			
	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور				
73	32	13	19	41	19	22	0	0	0	0	0	0	0	9	أدرار	
183	143	54	89	40	16	24	0	0	0	0	0	0	0	21	الشلف	
95	66	33	33	17	6	11	12	4	8	0	0	0	0	12	الأغواط	
50	20	6	14	30	8	22	0	0	0	0	0	0	0	8	أم البواقي	
105	89	24	65	7	3	4	9	4	5	0	0	0	0	17	باتنة	
62	32	7	25	30	16	14	0	0	0	0	0	0	0	7	بجاية	
47	14	6	8	33	12	21	0	0	0	0	0	0	0	8	بسكرة	
26	26	14	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	بشار	
155	146	45	101	9	3	6	0	0	0	0	0	0	0	16	البلدية	
70	70	25	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	البويرة	
27	27	3	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	تمنراست	
77	77	16	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	تبسة	
74	40	15	25	34	15	19	0	0	0	0	0	0	0	9	تلمسان	
33	33	11	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	تيارت	
196	147	50	97	49	27	22	0	0	0	0	0	0	0	31	تيزي وزو	
1447	990	366	624	457	208	249	0	0	0	0	0	0	0	187	الجزائر	
79	75	22	53	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6	الجلقة	
86	63	19	44	23	14	9	0	0	0	0	0	0	0	11	جيجل	
188	139	37	102	49	22	27	0	0	0	0	0	0	0	21	سطيف	
25	6	1	5	19	10	9	0	0	0	0	0	0	0	5	سعيدة	
150	110	42	68	40	20	20	0	0	0	0	0	0	0	20	سكيكدة	
27	15	0	15	12	5	7	0	0	0	0	0	0	0	4	سيدي بلعباس	
78	66	19	47	6	2	4	6	1	5	0	0	0	0	10	عداية	
129	122	33	89	7	3	4	0	0	0	0	0	0	0	15	قلمة	
153	93	33	60	60	18	42	0	0	0	0	0	0	0	25	قسنطينة	

المجموع الكلي	عدد التلاميذ المدمجين حسب طبيعة الإعاقة والجنس												عدد الأقسام	الولاية
	إعاقة ذهنية				إعاقة سمعية				إعاقة بصرية					
	مج	إناث	ذكور	مج	إناث	ذكور	مج	إناث	ذكور	مج	إناث	ذكور		
43	17	3	14	26	18	8	0	0	0	0	0	0	6	المدية
84	84	22	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	مستغانم
288	253	63	190	35	22	13	0	0	0	0	0	0	18	المسيلة
50	50	18	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	مصنر
204	158	63	95	46	20	26	0	0	0	0	0	0	31	ورقلة
27	27	10	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	وهران
41	32	7	25	9	4	5	0	0	0	0	0	0	6	البيض
7	7	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	الجزري
110	82	28	54	28	14	14	0	0	0	0	0	0	12	برج بوعربريج
102	73	27	46	29	8	21	0	0	0	0	0	0	18	بومرداس
18	13	3	10	5	1	4	0	0	0	0	0	0	3	الطارف
4	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	تندوف
67	67	35	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	تسميلت
66	54	11	43	12	3	9	0	0	0	0	0	0	7	الوادي
27	10	1	9	17	10	7	0	0	0	0	0	0	4	خنشلة
33	27	9	18	6	2	4	0	0	0	0	0	0	6	سوق أهراس
60	54	16	38	6	3	3	0	0	0	0	0	0	9	تيزارة
84	41	15	26	43	22	21	0	0	0	0	0	0	14	ميلة
84	84	35	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	عين دقلی
9	6	2	4	3	0	3	0	0	0	0	0	0	2	النعامة
36	36	9	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	عين نيموشنت
15	9	2	7	6	4	2	0	0	0	0	0	0	3	غرداية
170	158	59	99	12	4	8	0	0	0	0	0	0	17	غليزان
5264	3987	1335	2652	1250	564	686	27	9	18	27	9	18	665	المجموع

ملخص.

تناولت الدراسة موضوع واقع المعاقين في الجزائر. وتهدف إلى معرفة الوضعية التعليمية، الصحية، الاقتصادية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال الاعتماد على قاعدة معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄. كما تم إجراء تحقيق مكمل باستعمال استمارة إلكترونية وُزعت على عينة شملت 395 شخص ذوي إعاقة موزعين عبر كافة التراب الوطني، بالإضافة إلى إجراء زيارة ميدانية لعدة هيئات تُعنى بشكل مباشر بقضية الإعاقة، من أجل معرفة الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك بالاعتماد على طريقة المخبرين الرئيسيين *Personnes clés* لجمع المعطيات.

كشفت نتائج الدراسة عن الوضعية الصعبة التي تعيشها فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الميادين، على الرغم من وجود توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بهذه الفئة من السكان.

الكلمات المفتاحية.

الإعاقة، الوضعية الاجتماعية والاقتصادية، الأشخاص ذوي الإعاقة، إستراتيجية التكفل، الجزائر.

Résumé.

L'étude a porté sur la réalité des personnes handicapées en Algérie. Elle vise à connaître la situation scolaire, sanitaire, économique et sociale des personnes handicapées, en s'appuyant sur la base de données des deux enquêtes nationales Mics3 et Mics4. Une enquête complémentaire a également été menée à l'aide d'un questionnaire électronique distribué à un échantillon de 395 personnes handicapées réparties sur l'ensemble du territoire national. En plus d'une visite de terrain effectuée auprès de plusieurs organismes directement concernés par la question du handicap afin de connaître la stratégie que l'Algérie s'est dotée pour la prise en charge des personnes handicapées, en s'appuyant sur la méthode des *Personnes clés* pour la collecte des données.

Les résultats de l'étude ont révélé la situation difficile vécue par la catégorie des personnes handicapées dans tous les domaines, malgré la présence de tendances officielles vers l'adoption d'une stratégie positive pour la prise en charge de cette catégorie de la population.

Mots clés.

Handicap, situation sociale et économique, personnes handicapées, stratégie de prise en charge, Algérie.

Abstract.

The following study deals with the issue of the disabled reality in Algeria. It aims to identify the educational, health, economic and social situation of persons with disabilities, by relying on the database of the two national surveys Mics3 and Mics4. Moreover, a complementary survey was carried out using an electronic form distributed to a sample of 395 persons with disabilities from different states of the country. This is in addition to conducting a field visit to several bodies directly concerned with the issue of disability, in order to identify the strategy that Algeria has designed to provide for persons with disabilities, by relying on the method of Key informants to collect data. The study results reveal the difficult situation experienced by the category of persons with disabilities in all fields, despite the presence of official movements towards adopting a positive the strategy of taking charge of this population category.

Key words.

disability, social and economic situation, persons with disabilities, the strategy of taking charge, Algeria.

ملخص.

تناولت الدراسة موضوع واقع المعاقين في الجزائر. وتهدف إلى معرفة الوضعية التعليمية، الصحية، الاقتصادية والاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال الاعتماد على قاعدة معطيات التحقيين الوطنيين Mics₃ و Mics₄. كما تم إجراء تحقيق مكمل باستعمال استمارة إلكترونية وُزعت على عينة شملت 395 شخص ذوي إعاقة موزعين عبر كافة التراب الوطني، بالإضافة إلى إجراء زيارة ميدانية لعدة هيئات تُعنى بشكل مباشر بقضية الإعاقة، من أجل معرفة الإستراتيجية التي سطرته الجزائر للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك بالاعتماد على طريقة المخبرين الرئيسيين *Personnes clés* لجمع المعطيات.

كشفت نتائج الدراسة عن الوضعية الصعبة التي تعيشها فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الميادين، على الرغم من وجود توجهات رسمية نحو تبني إستراتيجية إيجابية للتكفل بهذه الفئة من السكان.

الكلمات المفتاحية.

الإعاقة، الوضعية الاجتماعية والاقتصادية، الأشخاص ذوي الإعاقة، إستراتيجية التكفل، الجزائر.

Abstract.

The following study deals with the issue of the disabled reality in Algeria. It aims to identify the educational, health, economic and social situation of persons with disabilities, by relying on the database of the two national surveys Mics3 and Mics4. Moreover, a complementary survey was carried out using an electronic form distributed to a sample of 395 persons with disabilities from different states of the country. This is in addition to conducting a field visit to several bodies directly concerned with the issue of disability, in order to identify the strategy that Algeria has designed to provide for persons with disabilities, by relying on the method of Key informants to collect data. The study results reveal the difficult situation experienced by the category of persons with disabilities in all fields, despite the presence of official movements towards adopting a positive the strategy of taking charge of this population category.

Key words.

disability, social and economic situation, persons with disabilities, the strategy of taking charge, Algeria.