

The concept of disability: classification and perspective of inclusion

DOI: 10.57642/AJOPSY-9

Abdelmajid Qourrichi

abdelmajid.qourrichi@uit.ac.ma

Faculty of Letters and Human Sciences, Ibn Tofail University, Kenitra, Morocco.

Received: 08/04/2023

Accepted: 05/05/2023

Published: 30/06/2023

Abstract

This article illustrates the concept of disability, its transformation and evolution among different classifications and models. In particular, the international classification and the Quebec classification, without neglecting the legal approach adopted by the Moroccan legislator towards disabled people. Several conclusions and observations related to this field were also reported, such as the constraints that prevent accessibility and participation of those people in social roles and daily life activities, including the equitable access to school, work, and health care. This article also discusses negative attitudes and perceptions that are mostly attributed to people with disabilities, and to the concept of handicap, which calls for the adoption of the concept of disability (not handicap); the problem associated with the weakness and lack of adequate training program for specialists and practitioners who are supposed to support and educate people with impairment and disabilities. In addition, this analysis notes the persistence of different types of discrimination and the weakness of accessibility programs, which can hinder the goal of full inclusion.

Keywords: handicap; disability; impairment; social deprivation; inclusion.

مفهوم الإعاقة: التصنيف وأفق الإدماج

عبد المجيد قرشي

abdelmajid.qourrichi@uit.ac.ma

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن طفيل، القنيطرة، المغرب

النشر: 2023/06/30

القبول: 2023/05/05

الاستلام: 2023/04/08

ملخص

يتناول هذا المقال مفهوم الإعاقة ومراحل تطوره انطلاقاً من الوقوف على أهم المقاربات والتصنيفات التي خصته، بما في ذلك التصنيف الدولي والتصنيف الكيبكي، دون إهمال التصور والمقاربة القانونية التي اعتمدها المشرع المغربي تجاه الأشخاص في وضعية عجز. كما تمت الإشارة إلى العديد من الخلاصات والملاحظات التي تهم الفاعلين في هذا المجال، من قبيل الإكراهات التي تحول دون ولوج ومشاركة هذه الفئة في الأنشطة اليومية والأدوار الاجتماعية، خصوصاً عند الحديث عن الولوج إلى المدرسة والولوج إلى العمل. إلى جانب ذلك، فالتصورات والتمثيلات السلبية التي تحيط بمفهوم الإعاقة، تستدعي اعتماد مفهوم العجز بدل الإعاقة. كما أن الإشكال المرتبط بضعف وغياب تكوين الأشخاص الفاعلين والأطر المعهود لها بمهمة دعم وتأهيل ذوي القصور والعجز، إضافة إلى ضعف وغياب الولوجيات، قد يعيق الجهود والخطط المبدولة لإدماج هذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: الإعاقة؛ العجز؛ القصور؛ الحرمان الاجتماعي؛ الإدماج.

مقدمة

منظمة العالمية للصحة تعرف الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، وليس مجرد انعدام وجود المرض أو العجز" (WHO, 1948). وبحسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة فإن عدد الأشخاص الذين يعانون حالياً من الإعاقة يتجاوز مليار شخص (حوالي 15٪ من سكان العالم)، وتبقى هذه النسبة مرشحة للارتفاع مع تزايد نسب شيخوخة السكان وزيادة انتشار الأمراض غير السارية (السرطان، السكري، إلخ) (WHO, 2022). كما يعاني أزيد من 50 مليون أمريكي من الإعاقة، أي ما يقارب واحد من كل خمسة أمريكيين (U.S. Department of Education, 2007). ويتم تخصيص يوم 3 دجنبر من كل سنة للاحتفاء باليوم العالمي للأشخاص ذوي إعاقة.

بالرغم من التقدم الكبير الذي تم إحرازه لجعل العالم أكثر سهولة للأشخاص الذين يعانون من إعاقة، ما يزال هناك حاجة إلى مزيد من العمل لتلبية احتياجاتهم، خاصة مع افتقار معظم دول العالم للأليات المناسبة للاستجابة بشكل ملائم للأولويات والمتطلبات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة (WHO, 2022). كما تشير الدراسات إلى أن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون تمييزاً كبيراً على مستوى التوظيف والإسكان والتعليم والترفيه وتربية الأطفال والرعاية الصحية وخدمات الصحة العقلية (Stapleton, Burkhauser, & Houtenville, 2004; Crawshaw, 2002; Konur, 2000؛ وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، 2014؛ الكونوي، 2007). يضاف إلى ذلك استمرار نوع من الغموض والارتباك في استخدام مفهوم الإعاقة، نظراً لتعدد استخدامه واختلاف معانيه من سياق لآخر ومن مكان لآخر (Rossignol, 2010; Jover, 2014). فمفهوم الإعاقة يثير الفضول لدى البعض ومشاعر الخوف وعدم اليقين أو القلق لدى آخرين (Dunn, Fisher, & Beard, 2013)؛ وعادة ما يتم ربط الأشخاص في وضعية إعاقة بتمثيلات وتصورات سلبية (الكونوي، 2007؛ Chan, Livneh, Pruett, Wang, & Zheng, 2009).

تتجمل الإعاقة عن التفاعل بين الشروط أو الخصائص الصحية للفرد والعوامل البيئية (WHO, 2022). وتؤثر العوامل البيئية بشكل كبير في تجربة الإعاقة وحدتها، حيث تخلق البيئات التي تفتقر للتكنولوجيات حواجز غالباً ما تعيق المشاركة الكاملة والفعالة للأشخاص ذوي إعاقة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين (فرص أقل في التعليم والعمل، واحتمال أكبر للعيش في فقر) (Shakespeare & Watson, 1997; Barnes, 2000; WHO, 2022; Fougeyrollas, 2022). ويمكن الرفع من جودة المشاركة الاجتماعية من خلال معالجة هذه العوائق وتوفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الملائمة، وكذا تسهيل مشاركة الأشخاص ذوي إعاقة وممارستهم للأنشطة الحياتية اليومية (WHO, 2022; Campbell, 2007; Yeo & Moore, 2003; Crawshaw, 2002; Fougeyrollas, 2021). كل شخص معاق يعيش تجربته الخاصة والفريدة ويكون مفهوماً ومعنى خاص للإعاقة، اعتماداً على طبيعة الإعاقة ونوعية الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه في مقابل متطلبات وإكراهات الحياة (APA, 2012; Olkin & Pledger, 2003). في كثير من الأحيان يكون الأطفال ذوي عجز هم الأكثر عرضة للبيئات غير الداعمة (البيئات المعيقة)، مما يقلص من الفرص المتاحة لهم للتعلم والمشاركة بكل فعالية (APA, 2012). حيث تلعب هذه الدينامية (بين العوامل البيئية والعوامل الفردية) تأثيراً معيقاً للفرد، الأمر الذي يزيد من حدة تجربة الإعاقة. ولتجاوز هذا الإشكال يبقى من الضروري دراسة وفهم الإعاقة، حتى يتسنى وضع رؤية واضحة للتفاعلات بين الخصائص المميزة للفرد وتلك التي ترتبط بالبيئة المحيطة به (Rosa, Bogart, Bonnett, 2014; UNICEF, 2014; Yeo & Moore, 2003; Estill & Colton, 2016).

يعتبر موضوع الإعاقة من المواضيع الشائكة التي تنال اهتمام مختلف المتدخلين بما في ذلك المختصين في علم النفس، علم الاجتماع، الطب، القانون، البيولوجيا، الذكاء الاصطناعي وغيرهم من العلوم، كل من مجال تخصصه وزاوية تدخله. لكن رغم التقدم الحاصل على مستوى تصنيف وتصوير الإعاقة لا يزال هذا الموضوع يطرح العديد من الإشكالات سواء على مستوى التصنيف والتشخيص أو على مستوى التدخل؛ هل كل الأشخاص المعاقين هم معاقون بنفس النحو؟ لماذا هم كذلك أو لماذا ليسوا كذلك؟ كيف ينظر إليهم أولئك الذين لا يعانون من إعاقة؟ كيف ينظر هؤلاء الأفراد إلى أنفسهم؟ ماهي المعوقات التي تحول دون اندماجهم في وسطهم الاجتماعي والبيئي؟ ما انعكاسات الإعاقة وإكراهات الحياة على صحتهم النفسية والجسدية؟ مثل هذه الأسئلة تحظى باهتمام كبير من قبل المختصين في علم النفس. بحيث أن علم النفس لا يقتصر على التشخيص والتصنيف، وإنما يتجاوز ذلك إلى دراسة مختلف العوامل المتداخلة في الإعاقة وفهم تفاعلاتها لوضع برامج تدخلية ملائمة في تنسيق وتكامل مع أدوار باقي المتدخلين.

1. مفهوم الإعاقة

في الماضي كان يتم تفسير الإعاقة وفقاً للمحددات الثقافية والأخلاقية لكل مجتمع، منهم من كان ينظر إليها باعتبارها تجسيد للشر، أو عقاب على فعل أو تجاوز ارتكبه أحد أفراد الأسرة أو السلف، أو هبة إلهية، أو مصير أو اختبار للإيمان وفرصة للتغلب على التحديات (APA, 2012). في مقابل ذلك نجد أن المنظور الطبي أصبح يحظى بمكانة بالغة الأهمية من خلال تعاظمه مع الشخص المعاق كحالة مرضية وكمشكلة طبية تتحرف وتختلف عن القاعدة، وبالتالي وجب علاجها وتعديلها. يسعى هذا المنظور إلى علاج مكامن القصور أو العجز لدى الشخص بهدف القضاء على المرض واستعادة القدرة الوظيفية للفرد. كما تعتمد معظم العلاجات النفسية التقليدية (مثل السلوكية أو المعرفية السلوكية أو الديناميكية النفسية) على هذا النموذج لاستهداف وإزالة الأعراض أو التكيف مع الإعاقة (APA, 2012). غير أن هذه التصورات قد تلقت مجموعة

من الانتقادات لكونها تربط الإعاقة بالخصائص والشروط الفردية وتقلل من أهمية العوامل البيئية والاجتماعية (Fougeyrollas, 2021; Dunn, et al., 2013; Oliver, 2013)، الأمر الذي سيفتح المجال لظهور مجموعة من المقاربات الوظيفية والاجتماعية (Fougeyrollas, 2021; Oliver, 2013)، التي تقدم تصورا مغايرا لمفهوم الإعاقة؛ فالإعاقة تعني الاختلاف، أو على الأقل الاختلاف الملحوظ (Dunn, et al., 2013).

خلافا للتصور الطبي، تعتبر المقاربة الاجتماعية الإعاقة ناتجا للتفاعل المستمر بين الأفراد وبيئاتهم (fougeyrollas, 2006) إلى التفاعلات الديناميكية لخصائص الفرد (مثل الظروف والوضع الوظيفي والخصائص الشخصية والاجتماعية) مع البيئة والوسط الطبيعي والثقافي والاجتماعي (Shakespeare & Watson, 1997; Alston, 1993). وفقا لهذا التصور يمكن للبيئة أن تعرقل أو تسهل الأداء الفردي عن طريق إقامة أو إزالة الحواجز التي تحول دون مشاركته الكاملة في مختلف الأنشطة الحياتية (fougeyrollas, 2021). بما يشمل توفير الحلول التي تسمح للأفراد بالتنقل وولوج المنشآت، والسماح لذوي الإعاقة باتخاذ قراراتهم بأنفسهم، وتحسيس المجتمع بموضوع الإعاقة، بالإضافة إلى وضع ترسانة قانونية لضمان المساواة وحماية حقوق هذه الفئة (Dunn et al., 2013; Terzi, 2005; UNICEF, 2014).

ازدهر التصور الاجتماعي للإعاقة مع تطور النشاط السياسي للحركات المدافعة عن حقوق الأشخاص ذوي إعاقة (Terzi, 2005)، وكذلك مع الأعمال التي قام بها مجموعة من الباحثين ك فوجيرولاس Fougeyrollas و أولفير Oliver الذين كرسوا جل أعمالهم لدراسة الإعاقة وإبراز مدى أهمية العوامل الاجتماعية والبيئية فيها. هناك نوع من الانسجام بين المواقف النظرية لحركات الأشخاص ذوي إعاقة والأسس التي يقوم عليها هذا التصور (Oliver, 1990; Oliver, 1996; Fougeyrollas, Bergeron, Cloutier, St.Michel, Côté, 1998). إذ أن النموذج الاجتماعي "لا ينكر مشكلة الإعاقة ولكنه يحددها بشكل مباشر داخل المجتمع" (Oliver, 1996; Shakespeare & Watson, 2014). ارتبطت الإعاقة على مر التاريخ بالبنيات الاجتماعية والثقافية، فالأشخاص المعاقون معرضون للظلم والحرمان الاجتماعي في مقابل نوع من الاعتراف السياسي بالحقوق المدنية (Garland-Thomson, 2013). الإعاقة، على عكس القصور، تعتبر كشيء مفروض على الأشخاص ذوي عجز من خلال البنيات الاجتماعية ومؤسساتها القمعية والتمييزية؛ إذا كان القصور يحيل على فقدان جزء أو طرف أو آلية معينة في الجسم فإن الإعاقة ترجع بالأساس إلى حرمان أو تقييد النشاط الفردي من قبل التنظيم الاجتماعي المعاصر الذي لا يأخذ في الاعتبار خصائص الأشخاص ذوي الإعاقات، وبالتالي يتم استبعادهم من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية (Oliver, 1996; fougeyrollas, 2021; Terzi, 2005). بمعنى أن البنيات الاجتماعية، بمختلف تجلياتها، هي المسؤولة عن الإعاقة من خلال القيود والمعايير التي تضعها وتميز بناء عليها بين من هو معاق ومن هو طبيعي.

تعتبر الإعاقة عن وجود اضطراب في أداء العادات الحياتية للشخص، في علاقة بسنه وجنسه وهويته الاجتماعية والثقافية، ناتج من ناحية عن أوجه القصور وانعدام القدرة، ومن ناحية أخرى عن العوائق التي تسببها العوامل البيئية (Fougeyrollas, 2002). فالإعاقة ليست سمة من سمات الشخص، بل بالأحرى، "الأشخاص ذوو الإعاقة هم الأشخاص الذين يعانون من قصور جسدي أو عقلي أو ذهني أو حسي مستمر أو دائم، بحيث يكون التفاعل مع مختلف الحواجز والإكراهات عائقا قد يحد من مشاركتهم الفعالة داخل المجتمع بشكل متساو مع الآخرين" (Fougeyrollas, 2021). عموما فالتصور الاجتماعي للإعاقة يقوم على مبدأ أن الإعاقة هي بالأساس اجتماعية، وأن الخصائص الفردية الجسدية ليست هي المسؤولة عن الإعاقة، بحيث تصبح العوامل والمعايير الاجتماعية (الخارجية) هي المسؤولة عن معاناة الفرد من الإعاقة. لكن اهتمام المقاربات الاجتماعية بالوسط الاجتماعي والبيئي للفرد لا يجعلها خالية من العيوب ومحصنة من المؤاخذات، إذ يعاب على هذه المقاربات مبالغتها في تحميل المسؤولية للعوامل الاجتماعية مهمل، إلى حد ما، دور الخصائص والفروق الفردية في الإعاقة. وفي ظل هذا التوقع يصبح من الصعب الحديث عن معيار لأداء الأفراد (المعيار الذي يمكن الاحتكام إليه في تصنيف الأفراد بين من هو عادي ومن هو مريض) (Terzi, 2005).

أما المقاربة الوظيفية، فتتطلب للإعاقة باعتبارها نتيجة اجتماعية للعلاقة بين القدرات الوظيفية للفرد والقيود أو الصعوبات التي يواجهها (Smart, 2009; Chan et al., 2009; WHO, 2001). يفترض أن العلاقة بين الأداء والإعاقة يمكن فهمها بشكل أفضل في سياق المتطلبات الاجتماعية والمهنية. على سبيل المثال، قد يؤدي بتر الأصبع إلى إعاقة عازف الكمان عن ممارسة عمله، في حين أن حادثا كهذا قد لا يؤثر على الحياة المهنية لأشخاص يمارسون مهنة أخرى (APA, 2012). وفقا لهذا التصور، يمكن تسهيل وتحسين الأداء الوظيفي للفرد من خلال دعم وتطوير القدرات والاستراتيجيات التي تمكنه من تجاوز وضعه القصور أو الإعاقة (APA, 2011; WHO, 2001).

الإعاقة قد ترتبط بالخصائص الجسدية والعقلية و / أو الحسية وتؤثر على قدرة الشخص على الانخراط في أنشطة الحياة اليومية (U.S. Department of Health and Human Services, 2005). في مقابل ذلك يعرفها القانون الأمريكي (تعديل 2008) بأنها ضعف أو قصور جسدي أو عقلي يحد بشكل كبير من نشاط الفرد في الحياة، أو يسجل لديه نوع من القصور، أو يُنظر إليه على أنه يعاني من هذا القصور بسبب ضعف جسدي أو عقلي فعلي أو متصور. استجابات الأفراد تختلف وتتميز بنوع من الاستمرارية بين قطب الاستجابات الإيجابية وقطب الاستجابات السلبية، وفقا لقابلية الفرد على التكيف والتأقلم أو الخضوع والارتكاس (Alston, 1993). فبداية الإعاقة عادة ما تنير كلا النوعين من الاستجابات

لدى الأشخاص؛ إذ يتأرجح الأفراد بين التأقلم مع الإعاقة وتحديدها في مقابل الاستسلام لها، قبل التمتع في أحد القطبين، حيث يتكيفون وينسجمون مع التغييرات التي تفرضها وضعياتهم (Dunn et al., 2013). يبقى مفهوم الإعاقة مفهوماً شائكاً وذو أبعاد متعددة، يختلف من تصور إلى آخر ومن مجال إلى آخر، الأمر الذي يخلق صعوبة في تعريفه وتحديد العوامل المتدخلة فيه. وهنا تتجلى أهمية الارتكان إلى التعاريف ذات البعد الدولي بعيداً عن التعاريف التي تتبناها كل مقاربة على حدة. المادة 1 لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي إعاقة تعرف الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم "كل من يعانون من عجز طويل الأمد، بدني أو عقلي أو ذهني أو حسي، قد يمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين" (CRPD, 2006). و"تتج من الإعاقة عن التفاعل بين الشروط أو الخصائص الصحية للفرد (مثل الشلل الدماغي ومتلازمة داون والاكنتاب ...) والعوامل البيئية بما في ذلك المواقف السلبية وانعدام الدعم الاجتماعي، وغياب شروط الولوج لوسائل النقل والمؤسسات العامة" (WHO, 2022; Crawshaw, 2002).

تعتبر الإعاقة بمثابة تجربة إنسانية مشتركة تتخطى جميع الحدود الجغرافية والعرقية وتؤثر على الصغار والكبار، سواء كانوا ذكورا أو إناثا. ويتم التمييز في الإعاقة بين عدة أنواع يختلف تصنيفها باختلاف الباحثين والمنتخبين في هذا المجال، وقد ميز Smart (2009) بين ستة أنواع من الإعاقة تشمل كل من الإعاقة الصحية المزمنة، الإعاقة الإدراكية، الإعاقة الفكرية، الإعاقة الجسدية، ثم الإعاقة النفسية والحسية (Smart, 2009). أما المادة 1 من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي إعاقة فنجدها تحدد الإعاقة بناء على مدة العجز (طويل الأمد)، وطبيعة العجز (بدني أو عقلي أو ذهني أو حسي)، ثم مدى تأثيره على تفاعل الفرد ومشاركته في الحياة الاجتماعية (CRPD, 2006). بخلاف المقاربة الطبية التي تصنف الإعاقة انطلاقاً من حدة المرض أو القصور، وطبيعته وأعراضه (Jover, 2014)، نجد أن معظم المقاربات المعاصرة تركز في تحديدها وتصنيفها للإعاقة على الأبعاد النفسية، والاجتماعية، العضوية والوظيفية للفرد، على أساس أن الإعاقة ترتبط بالسيرورة التفاعلية للفرد مع محيطه وبيئته؛ قد يعاني الفرد من قصور بدني أو عقلي أو ذهني أو حسي لكن لا يتم تصنيفه على أنه معاق أو يعيش وضعية إعاقة إلا في حالة وجود عوائق تمنعه من المشاركة الفعالة داخل بيئته الاجتماعية.

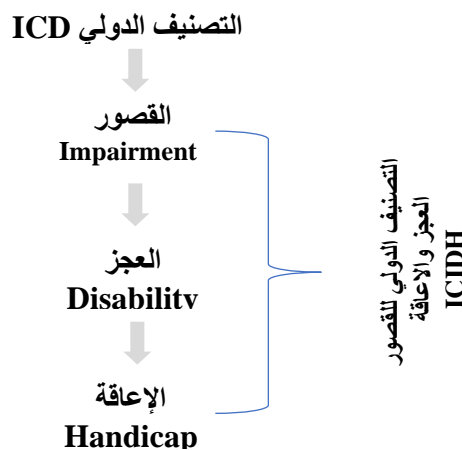
2. تصنيفات الإعاقة

1.2 التصنيف الدولي للقصور والعجز والإعاقة (1980)

يُميز التصنيف الدولي للقصور أو الإعاقة (International Classification of Impairment Disability and Handicap (ICIDH) بين ثلاثة مستويات أساسية للإعاقة تختلف حسب حدتها المعاشية، وهي القصور impairment والعجز disability والإعاقة handicap (WHO, 1980).

شكل 1.

نموذج التصنيف الدولي للقصور والعجز والإعاقة (ICD).



القصور impairment، يتجلى في فقدان الجوهر أو تغيير في البنية أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو العضوية. يمكن للقصور أن يكون مؤقتاً أو دائماً، خلقياً أو مكتسباً، ولا يعني بالضرورة أن الفرد يعتبر مريضاً. يمكن أن يكون القصور، على سبيل المثال، ضعفاً فكرياً أو ضعفاً في اليد أو ضعفاً في الإدراك أو ضعفاً في الحركة. ويشمل هذا النوع الإعاقات التالية: إعاقات ذهنية؛ وإعاقات ذهنية؛ وإعاقات اللغة والكلام؛ وضعف السمع؛ وضعف الجهاز البصري؛ والقصور في الأجهزة الأخرى؛ و قصور الهيكل العظمي والجهاز الداعم؛ والقصور الجمالي؛ وضعف الوظائف العامة، والضعف الحسي وغيرها.

أما العجز أو عدم القدرة disability فهو المستوى الثاني للإعاقة، وهو كل ضعف وانخفاض جزئي أو كلي للقدرة على أداء نشاط بطريقة تعتبر طبيعية واعتيادية بالنسبة للإنسان. ينتج العجز عن النقص أو القصور الذي يؤدي إلى حدوث اضطراب وظيفي (أي على المستوى الوظيفي للقصور). وبالتالي، يمكن أن يكون النقص أو القصور الحركي في الأطراف السفلية مسؤولاً عن العجز الحركي. ويشمل هذا النوع: العجز السلوكي؛ والعجز التواصلية؛ والعجز المتعلق بالرعاية الشخصية؛ والعجز المتعلق بالحركة؛ والعجز المتعلق باستعمال الجسد في بعض المهام؛ والعجز الذي تكشف عنه بعض الوضعيات؛ والعجز المتعلق بقدرات محددة؛ وقيود النشاط الأخرى.

أما المستوى الثالث فهو **الحرمان الذي يتوافق مع مفهوم الإعاقة Handicap** بالمعنى الدقيق للكلمة. الحرمان الاجتماعي ويعبر عن ضعف أو عجز يحد أو يحظر على الفرد القيام بدور طبيعي (ممارسة الأنشطة الحياتية) في علاقة بسنه وجنسه، واعتباراً للعوامل الاجتماعية والثقافية الخاصة به. وهذا المستوى يشكل الجانب الظرفي (situational) للإعاقة. قد تتعلق الإعاقة، على سبيل المثال، بالاستقلال الجسدي، حيث يتجلى العجز في التبعية والاعتماد على طرف ثالث. وتشمل كل من: إكراهات التوجيه، وإكراهات الاستقلال الجسدي، وإكراهات التنقل، وإكراهات العمل، وإكراهات الاندماج الاجتماعي، وإكراهات الاستقلال الاقتصادي، وغيرها من الإكراهات (WHO, 1980).

يقوم هذا التصنيف على مبدأ وجود علاقة سببية بين **القصور أو العيب** الذي قد يعاني منه الفرد، والعجز باعتباره مرتبط بالقيود التي تعيق قدرة الفرد على أداء المهام. حيث يتم ربط العجز بالمقام الأول بالشروط البيولوجية للفرد التي تخرج وتختلف عن الوظائف البشرية العادية وتسبب الإعاقة التي يعيشها الفرد كنوع من الحرمان. بمعنى أن هذا التصنيف يعزز الطرح الذي ينظر إلى العجز والحرمان المرتبط به كحالة فردية ناتجة عن أسباب طبيعية، مما يجعله عرضة لمجموعة من الانتقادات خاصة من قبل حركة الأشخاص المعاقين الذين اعتبروه بمثابة نموذج فردي للإعاقة يحجم من دور المجتمع في الإعاقة ويربط بين القصور أو العيب والإعاقة (Terzi, 2005).

وفقاً لهذا التصنيف، فإن وجود عيب أو قصور على مستوى البصر، باعتباره خروجاً عن المعايير والمقاييس البشرية، يؤدي إلى تقييد للنشاط الفردي، وبالتالي يسبب نوعاً من العجز الذي قد يؤدي بدوره إلى الإعاقة. بمعنى أن القصور، باعتباره خروجاً عن معايير الأداء البشري المتوسط، يؤدي إلى تقييد بعض أنشطة الفرد. نجد على سبيل المثال أن الأشخاص الذين يعانون قصوراً على مستوى البصر غير قادرين على القيادة، وفقدان القدرة على القيادة يشكل نوعاً من العجز، الذي يؤدي بدوره إلى نوع من الحرمان الاجتماعي (الحرمان من القيادة). العجز يترجم بانعدام القدرة على أداء مهام معينة من بين المهام اليومية، مثل إيصال الأطفال إلى المدرسة أحياناً، إلى ما هو أشمل مثل اختيار مهنة تتضمن القيادة (Terzi, 2005).

عموماً هذا التصنيف يقر بوجود علاقة سببية بين القصور (أو العيب) والعجز والإعاقة. وفقاً لذلك يتم النظر إلى الإعاقة كموضوع للعلاج وإعادة التأهيل بهدف تقريب الفرد قدر الإمكان من المعيار المعتاد أو الطبيعي (تأهيل قدرات الفرد وعلاجه حتى ينسجم مع معايير الأداء الاعتيادية)، دون إيلاء الأهمية للاختلاف والتنوع كمبدأ من المبادئ البشرية (Oliver, 1990).

2.2 التصنيف الدولي للأداء الوظيفي، العجز والصحة (WHO, 2001)

جاء التصنيف الدولي للأداء International Classification of Functioning, Disability and Health, الذي وضعته منظمة الصحة العالمية بخصوص الإعاقة والصحة (ICF) لتجاوز نواقص التصنيف السابق (ICFDH) التي تعرض لمجموعة من الانتقادات، ويقوم هذا التصنيف على الدمج بين الأبعاد الطبية والاجتماعية والوظيفية لمفهوم الإعاقة، ويوفر إطاراً إيجابياً يركز على الدعم والإدماج بدلاً من التركيز على الإعاقة باعتبارها مشكلاً يتطلب العلاج. فالإعاقة عبارة عن مشكل يقيد ويحد من تفاعل الفرد ومشاركته في الأنشطة الحياتية (WHO, 2001). ويقدم هذا التصنيف الإعاقة بناء على عدة أبعاد مثل وظيفة الجسم وبنيته، والنشاط والمشاركة في الحياة، بالإضافة إلى العوامل الشخصية والبيئية مثل الولوج إلى وسائل النقل. هكذا يتم تعريف الإعاقة وقياسها بشكل شامل يأخذ بعين الاعتبار العوامل المادية والاجتماعية والسلوكية (WHO, 2001).

هذا التصنيف يعتبر الإعاقة بمثابة نتاج للتفاعل بين بعدين رئيسيين، الأول يعبر عن الأداء الوظيفي والإعاقة، ويضم مكونين أساسيين هما وظائف الجسم وبنية الجسم بالإضافة إلى الأنشطة والمشاركة. أما البعد الثاني فهو العوامل السياقية، التي تضم كل من العوامل البيئية، والعوامل الشخصية (WHO, 2001).

❖ وظائف وبنية الجسم تضم كل من الوظائف العضوية والبنيات التشريحية:

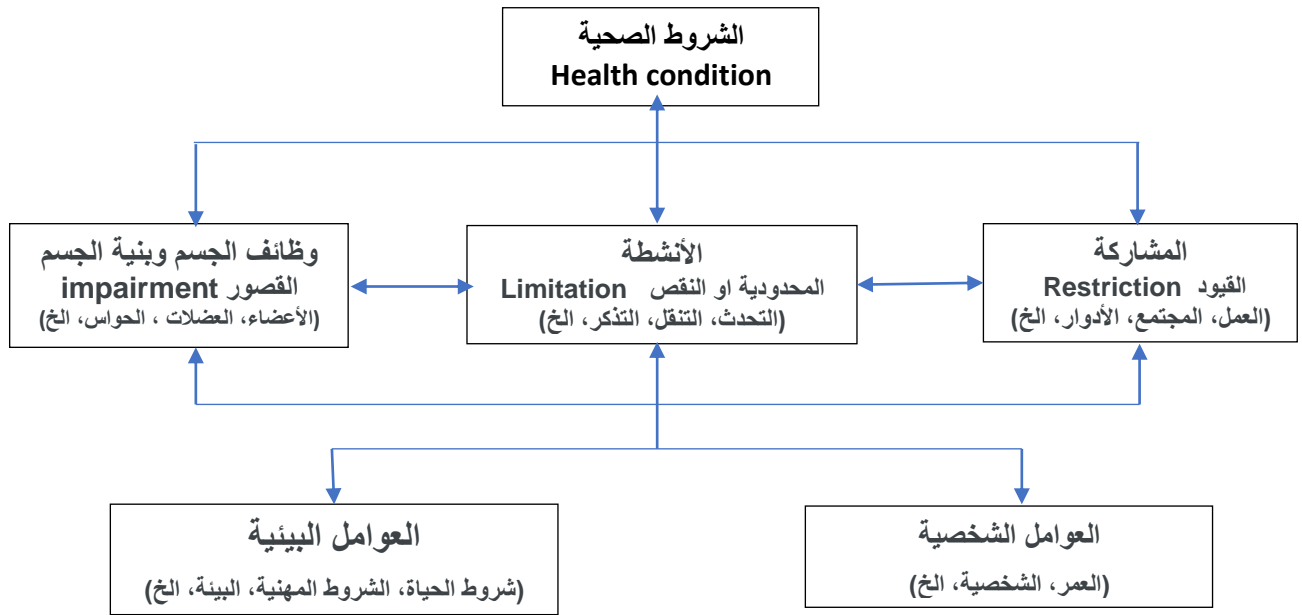
وظائف الجسم، وتشمل ما يلي: الوظائف الذهنية والتي تضم كل من الوظائف العقلية العامة (الوعي، والفكر، والتوجه، والنفسي الاجتماعية العامة...) والوظائف العقلية الخاصة (الذاكرة، والانتباه، والتفكير، والإدراك...); والوظائف الحسية والألم (وظائف الصوت، والكلام، والبصر، واللمس، والذوق...); ووظائف الكلام والجهاز الصوتي؛ ووظائف الجهاز القلبي الوعائي، الدموي، المناعي والجهاز التنفسي (القلب، والشرابين الدموية، وضغط الدم، والجهاز المناعي، والجهاز التنفسي...); ووظائف الجهاز الهضمي والاستقلابي والغدي (الجهاز الهضمي، والاستقلاب، والغدد الصماء); ووظائف الجهاز البولي التناسلي؛ ووظائف الجهاز العضلي والوظائف ذات الصلة بالحركة (العضلات، والعظام، والحركة); ووظائف الجلد والبنيات ذات الصلة (WHO, 2001).

البنيات التشريحية، وتشمل: بنية الجهاز العصبي، والعين والأذن والبنيات المرتبطة بهما، والبنية المتعلقة بالصوت والكلام، وبنية القلب والأوعية الدموية والجهاز المناعي والجهاز التنفسي، والبنية المتعلقة بالجهاز الهضمي والاستقلاب والغدد الصماء، والبنية المتعلقة بالجهاز البولي والتناسلي، والبنية المرتبطة بالحركة، ثم البنية المتعلقة بالجلد والبنيات ذات الصلة (WHO, 2001). **الأنشطة والمشاركة**، وتضم كل من: التعلم وتطبيق المعارف، والمهام والمتطلبات العامة، والتواصل، والتنقل، ورعاية الذات Self-care، والحياة المنزلية، والعلاقات والتفاعلات مع الآخرين، والمجالات العامة للحياة، ثم المشاركة في الحياة الاجتماعية والمدنية (WHO, 2001).

العوامل البيئية، وتحويل على: المنتجات والتكنولوجيا، والبيئة الطبيعية والتغيرات البيئية المحدثة، والدعم والعلاقات الاجتماعية، والمواقف، والخدمات والأنظمة والسياسات (WHO, 2001). **العوامل الشخصية**، وتشير إلى: العوامل والمحددات المرتبطة بالفرد مثل العمر، الجنس، الهوية، خصائص الشخصية، إلخ.

شكل 2.

نموذج التصنيف الدولي للأداء 2001 (ICF).



بعد التخلي عن المقاربة الطبية التي تنظر إلى الإعاقة من منطلق يتمحور حول رعاية الفرد وعلاجه حتى يتأقلم مع الوسط، تبنت منظمة الصحة العالمية هذا التصنيف سنة 2001 (التصنيف الدولي للأداء) بهدف تجاوز عيوب التصنيف الذي سبقه (التصنيف الدولي للإعاقة، 1980). وإعادة الاعتبار للروابط والتفاعلات بين خصائص الفرد ووسطه الاجتماعي والبيئي. وينعت هذا النموذج بـ "البيولوجي النفسي الاجتماعي"، حيث تؤخذ العوامل البيئية الفيزيائية والاجتماعية في الاعتبار لما لها من تأثير على الفرد، مثل الوصول إلى الخدمات والبرامج المتعلقة بالإعاقة، والضوابط والقيم الاجتماعية، والعوامل البيئية، بالإضافة إلى التطور التكنولوجي... وهذا التصنيف يأخذ بعين الاعتبار عناصر الدعم والمساعدة التي يتلقاها الفرد من الوسط الاجتماعي والبيئي وكذا الدور الذي يقوم به بهدف التكيف مع القصور الذي يعانيه منه. ومن هذا المنظور فإن هذا التصنيف يعطي أهمية كبيرة للتوافق بين الفرد والبيئة، بحيث لا يوجد "معوق" في حد ذاته "إنما هناك حالات إعاقة ناتجة عن تفاعل خصائص الفرد مع الخصائص الاجتماعية والفيزيائية لبيئته. في الأخير، وبالرغم من أهمية هذا النموذج فقد تلقى بدوره مجموعة من الانتقادات، كعدم تمييزه بين الوظائف النفسية والوظائف الذهنية، بحيث أن الوظائف الذهنية تعبر عن الأداء النفسي بشكل كامل (Jover, 2014).

3.2 التصنيف الكيبكي للإعاقة

يقوم التصنيف الكيبكي¹ على نموذج التنمية البشرية لسيرورة إنتاج الإعاقة Human Development Model Fougeyrollas, Bergeron, Cloutier, St.Michel, & Disability Creation Process (HDM-DCP) (Côté 1998) الذي تمت بلورته عبر نسختين أو مرحلتين:

يرجع إصدار النسخة الأولى من نموذج التنمية البشرية لسيرورة إنتاج الإعاقة سنة 1998، من قبل مجموعة من الباحثين على رأسهم الأنثروبولوجي Fougeyrollas، ثم تم تطويره بشكل مستمر من خلال أعمال هذا الأخير (تحديث 2010، 2018). وتعتبر الإعاقة، وفقا لهذا التصنيف، عن اضطراب في أداء العادات الحياتية للشخص، وفقاً لسنة وجنسه وهويته الاجتماعية والثقافية. حيث تنتج من ناحية عن أوجه القصور والعجز، ومن ناحية أخرى عن العوائق التي تسببها العوامل البيئية (Fougeyrollas, 2002; Fougeyrollas, 2021).

بحسب النموذج الأول لهذا التصنيف، الصادر سنة 1998، تعود الإعاقة إلى وجود اضطراب في ممارسة الأنشطة اليومية والأدوار الحياتية، كالأدوار الاجتماعية التي يمارسها الفرد في حياته اليومية، بحيث يكون هذا الاضطراب ناتج عن التفاعل بين العوامل الشخصية والعوامل البيئية (Fougeyrollas, 2002). هكذا يتم اعتبار جودة المشاركة الاجتماعية كنتاج للتفاعل بين العوامل الشخصية والعوامل البيئية. في مقابل ذلك نجد أن المرض، أو القصور، أو أي إصابة تهدد سلامة وصحة الفرد كلها عوامل خطر قد تؤدي إلى حالة إعاقة خاصة عندما يقابلها نوع من الإهمال والإقصاء من البيئة والوسط الاجتماعي (Fougeyrollas, 2002; Fougeyrollas et al., 1998).

تعتبر الإعاقة نتاجاً للتفاعل بين خصائص الفرد والعوامل الاجتماعية والبيئية المحيطة به. بمعنى أن الفرد الذي يعاني من ضعف أو قصور لا يعتبر معاقاً إلا في الحالة التي يكون فيها الوسط غير ملائم. وهنا تتجلى مسؤولية المجتمع بأسره في تكريس الإعاقة واستمراريتها (الإعاقة نتاج لسياسة المجتمع واتجاهاته). بمعنى أن القصور أو المرض يشكلان عوامل خطر risk factors قد تؤدي إلى الإعاقة. فالشخص المصاب بقصور أو مرض لا يعتبر بالضرورة معاقاً مادام يعيش في وسط اجتماعي وبيئي ملائم يشبع حاجاته الخاصة للدعم والمساعدة (Fougeyrollas, 2002). وتكمن أهمية البنات الاجتماعية في التقليل والقضاء على حالات الإعاقة، انطلاقاً من تحديد الصعوبات الفردية والقضاء عليها، من خلال القضاء على الحواجز الاجتماعية والنفسية والمادية والتقنية التي قد تعوق حياة الفرد وتحد من نشاطه اليومي (Jover, 2000; Crawshaw, 2002; konur, 2014).

النسخة الثانية من نموذج التنمية البشرية لسيرورة إنتاج الإعاقة HDM-DCP (2010, 2018) تعتبر امتداداً للنسخة الأولى لكنها أكثر دقة ووضوحاً، من حيث أنها تميز في العوامل الشخصية بين محددات الهوية، والبنية العضوية، وقدرات الشخص ومهاراته؛ أما العوامل البيئية (الفيزيائية والاجتماعية) فتتضمن كل من البيئة- المصغرة الشخصية personal micro-environment، والبيئة الاجتماعية المتوسطة the community meso-environment، والبيئة المجتمعية الكبرى societal macro-environment، ثم مجال العادات الحياتية الذي يضم الأنشطة الاعتيادية والأدوار الاجتماعية (Fougeyrollas, 2021). بمعنى أن التصور الأخير قدم فهماً أوسع لمفهوم للإعاقة محاولاً إلى حد ما تجريد الفرد من المسؤولية عن الإعاقة وعواقبها، واعتبر أن الإعاقة نتاج للتفاعل بين خصائص الفرد وخصائص وسطه المعيشي. ويقدم هذا النموذج رؤية نسقية تفاعلية تساعد في تحديد ووصف أسباب وعواقب الأمراض والصددمات والإصابات التي تؤثر على سلامة الفرد وتطوره. فغياب الاهتمام بالعوامل الشخصية وتنميتها وتطويرها (كالهوية، النظام العضوي والقدرات) من خلال الخدمات المقدمة للأشخاص الذين يعانون من قصور ولذويهم يمكن أن يؤدي إلى ظهور حالات الإعاقة وإكراهات المشاركة الاجتماعية أو الحرمان من الحقوق (Fougeyrollas, 2021).

العوامل الشخصية تضم ثلاثة محددات نسقية مترابطة، عوامل الهوية والنظام العضوي والقدرات والمهارات:

الهوية Identity ترتبط بمجموعة من الخصائص الفردية التي يكتسبها الفرد انطلاقاً من سيرورة بناء الهوية، كالمرونة، والمثابرة، والتمثال الاجتماعية، والمعارف والمعتقدات التي تعطي معنى لوجوده ومشروع حياته. فبناء الهوية يعتبر بمثابة سيرورة دينامية ومجتمعية لبناء الكائن الاجتماعي انطلاقاً من مؤهلاته وتجاربه ومعيشه الخاص داخل الوسط الاجتماعي والثقافي الذي قد يساعده في تطوير قدراته كما قد يحول دون ذلك (Fougeyrollas, 2021). وتعتبر عوامل الجنس، والعمر، والانتماء الثقافي والإثني، والانتماء الديني، واللغة، والتاريخ الفردي، والقيم والأهداف، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية، والمستوى التعليمي، ومكانة الأسرة بمثابة محددات للهوية تساعد في اندماج الفرد ومشاركته في الحياة الاجتماعية وكذا ممارسته لرغباته وهواياته، كما قد تحول دون ذلك وتكون عائقاً أمام اندماج الفرد ومشاركته الاجتماعية (Fougeyrollas, 2021).

الأنظمة العضوية Organic systems: تضم مجموعة من المكونات الجسدية التي ترتبط فيما بينها بوظيفة مشتركة، وتهم كل المكونات العضوية للجسد البشري، بحيث أن القصور أو العجز يعادل درجة الضعف التشريحي أو النسيجي أو الفيسيولوجي لنظام العضو (أو الجينات) (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas, et al., 2019).

- القصور التشريحي anatomical يشير إلى أن الصعوبة تتجلى على مستوى بنية العضو.
- القصور الخلوي histological يفيد أن الصعوبة تربط بالمكونات الخلوية (الخلايا الصغيرة) للعضو أو الجينات.

¹ نسبة إلى إقليم كيبك Quebec بكندا.

- القصور الفسيولوجي physiological يحيل إلى وجود صعوبة أو مشكل في الوظيفة الداخلية للجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال نقول بأن القصور يوجد على مستوى النواقل العصبية أو العصب البصري، إلخ). للإشارة فهذا النموذج يستبعد كل قدرة وظيفية للنظام العضوي معتبرا أن كل قصور وظيفي يرتبط بالأساس بجودة البنية الفسيولوجية الداخلية للأعضاء ومكوناتها الجسدية. وكننتيجة لذلك فقد تم استبعاد وعزل الوظائف النفسية والفكرية عن الأنظمة العضوية وتعويضها بمفهوم القدرات الوظيفية. هكذا أصبح مفهوم القصور يأخذ بعدا عضويا، في حين أن مفهوم العجز العقلي intellectual disability قد عوض مفهوم القصور في كل ما يتعلق بما هو ذهني ونفسي، كإعدام القدرة الفكرية، والذاكرة، والانتباه، والتفكير، والسلوك... (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas, Boucher, Edwards,)... (Grenier, & Noreau, 2019).

القدرات والعادات الحياتية: يقصد بالقدرة كفاءة الشخص على أداء نشاط بدني أو عقلي معين، لذلك يقترح هذا التصور تسميتها بالقدرات الوظيفية، بحيث تنطبق على جميع الأفراد ويتم تقييمها بمقياس يتدرج من القدرة المثلى إلى العجز التام، وتراعي القدرات العقلية والجسدية خصائص الفرد وقصوره، مثل المشي، والسباحة، والرؤية، والسمع، والفهم، والتذكر، والقيام بسلوك أو نشاط معين، إلخ (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas, et al, 2019).

- مجال العادات الحياتية

العادات الحياتية: فتعرف بكونها نشاط مشترك أو دور اجتماعي يحظى بالاهتمام والتقدير من قبل الشخص أو من وسطه الاجتماعي والثقافي، في علاقة بخصائص هويته (العمر، والجنس، والهوية الاجتماعية والثقافية، ومشروع الحياة، إلخ). ويمكن أن نذكر منها مثلا العادات المتعلقة بالنظافة، واللباس، والتواصل، والتنقل، وممارسة الأنشطة التربوية والإنتاجية المرتبطة بالمسؤوليات والعلاقات بين الأفراد (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas, et al, 2019).

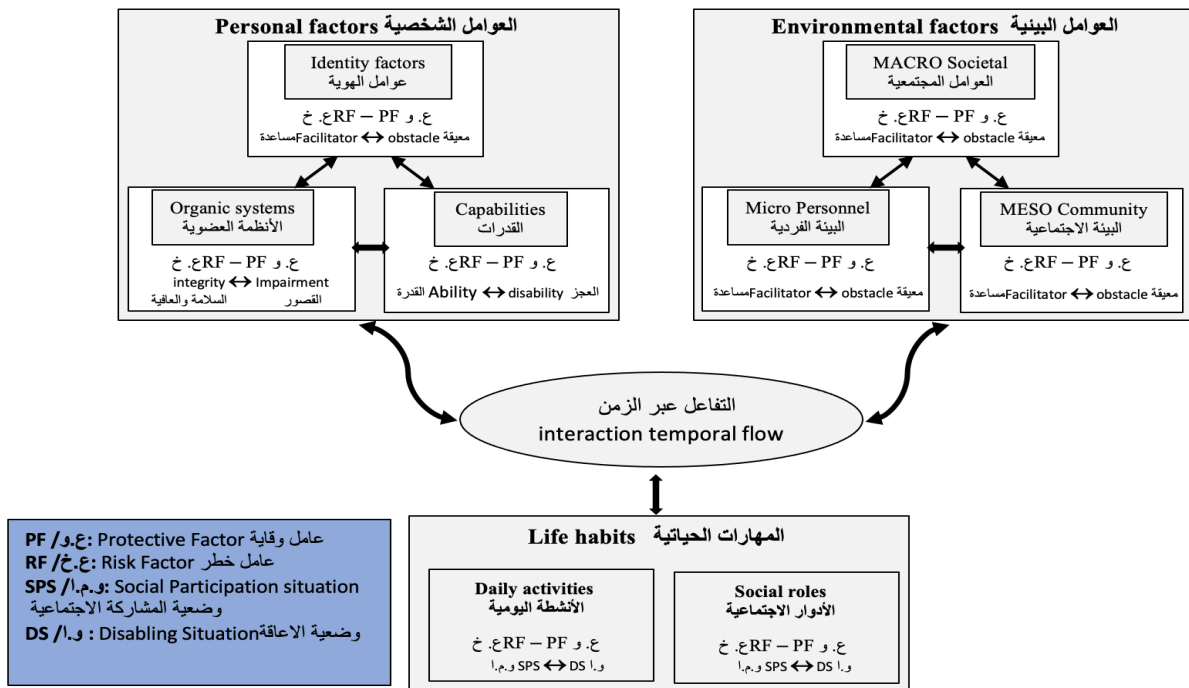
- العوامل البيئية، ويميز هذا النموذج بين ثلاث محددات للعوامل البيئية:

البيئة المصغرة الشخصية، وتشمل الوسط الشخصي الذي يمكن أن تتم ملائمته بشكل خاص مع حاجيات الفرد، بما في ذلك العائلة، والأقرباء، والمسكن، ومكان العمل، إلخ (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas, et al, 2019). والبيئة الاجتماعية المتوسطة، وتشمل كل الأوساط البيئية والاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد، بشكل مباشر، لتحقيق وممارسة عاداته اليومية كالمؤسسة التعليمية، والمسبح، والجماعة، ووسائل التنقل العمومية، إلخ. عموما يمكن القول بأن هذا المستوى يرتبط بالنطاق الجغرافي والاجتماعي الذي يتفاعل معه الفرد (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas et al., 2019).

والبيئة المجتمعية المكبرة، وهي تحيل على البعد المجتمعي الذي ينظم حياة الأفراد كالسياسات العمومية والقيم الثقافية، إلخ (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas et al., 2019).

شكل 3.

خطاطة مبسطة لنموذج التنمية البشرية لسيرورة إنتاج الإعاقة HDM-DCP (Fougeyrollas et al., 2019).



وفقا لهذا النموذج، الشخص الذي يعاني من قصور أو عجز يكون في حالة إعاقة فقط إذا لم يتم تكييف وملائمة الشروط البيئية التي يتفاعل معها. هكذا يتم ربط الإعاقة بمسؤولية المجتمع بأكمله في خلق الإعاقة والحفاظ عليها، بسبب العوائق والإكراهات التي يضعها أمام اندماج ومشاركة الأشخاص الذين يعانون من عجز أو قصور في محيطهم البيئي والاجتماعي. تجدر الإشارة إلى أن هذا النموذج قد قدم تصورا تفاعليا وشاملا للإعاقة، شأنه شأن التصنيف الدولي للأداء، مما يؤكد على مدى أهمية التفاعل بين المكونات الفردية والمكونات البيئية في تعزيز مشاركة الفرد واندماجه في أنشطة الحياة أو إعاقة وإقصائه. ولتنزيل هذا النموذج على أرض الواقع فقد تم وضع مجموعة من أدوات القياس التي من خلالها يتم تحديد مستوى ومجال الإعاقة كمقياس عادات الحياة (MHAVIE) الذي يقيس جودة المشاركة الاجتماعية ومقياس (MQE) الذي يقيس جودة البيئة (Fougeyrollas, 2021; Fougeyrollas et al., 2019). كما قدم تصورا متكاملًا يجمع بين مختلف العوامل المتدخل في الإعاقة مما يساعد في صياغة برامج الدعم والتدخل المتخصصة التي تساهم في اندماج الأفراد الذين يعانون من قصور أو عجز داخل المجتمع وتمكنهم من تجاوز الإكراهات الاجتماعية والبيئية التي قد تعيقهم. لكن رغم أهمية هذا النموذج يعاب عليه عدم إعطائه أهمية كبيرة للعامل النفسي للفرد رغم أهميته البالغة في سيرورة إنتاج الإعاقة وكذا في المواقبة والتدخل لتسهيل اندماج الأشخاص ذوي القصور داخل المنظومة الاجتماعية والبيئية.

رغم أهمية التصنيفات الدولية للإعاقة أو للأداء الوظيفي وغيرها من التصنيفات في تحديد مفهوم الإعاقة والعوامل المتدخل فيها، إلا أنها مازال قيد التحيين وموضوعا للانتقاد، ومن بين الانتقادات التي توجه لهذه التصنيفات كونها لم تميز بشكل واضح بين مختلف أشكال الإعاقة، بل هناك غموض كبير في استخدام مفهوم الإعاقة، خاصة عندما نتحدث عن الفرق بين كل من الإعاقة العقلية، والإعاقة النفسية والإعاقة الذهنية (Jover, 2014). يلاحظ أيضا أن استعمال مفهوم الإعاقة لا يزال ينطوي على حمولة من التصورات والتمثلات ذات الطابع السلبي (الكنوني، 2007) مما يساهم في تكريس نظرة الإقصاء والتهميش (Garland-Thomson, 2013; Rosa et al., 2016). وبالرغم من تخلي منظمة الصحة العالمية عن استخدام مصطلح الإعاقة واستبداله بمصطلح العجز disability في التصنيف الذي أصدرته سنة 2001، إلا أننا نلاحظ استمرار اعتماد اصطلاح الإعاقة في الترجمات الفرنسية والعربية، سواء على المستويات الرسمية والقانونية أو على المستوى العلمي.

3. الإعاقة حسب القانون المغربي

يعتبر المغرب من الدول الموقعة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي إعاقة التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 13 شتنبر 2006، حيث انضم إلى الدول المصادقة على هذه الاتفاقية بتاريخ 10 دجنبر 2008 مما يوجب عليه ويلزمه باحترام بنودها بما في ذلك ملائمة ووضع ترسانة قانونية كفيلا بحماية حقوق هذه الفئة وضمن مشاركتها في مختلف مناحي الحياة، بحيث جاء الظهير الشريف رقم 1.08.143 الصادر في فاتح رمضان 1432 الموافق ل 2 أغسطس 2011 بهدف نشر هذه الاتفاقية واعتمادها. كما نص المرسوم 2.14.278 الصادر في 8 شعبان 1435 الموافق ل 6 يونيو 2014 على إحداث لجنة وزارية تتكلف بتتبع وبتنفيذ الاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بالنهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.

في نفس السياق نجد أن المشرع عمل على وضع مجموعة من النصوص القانونية لرعاية حقوق الأشخاص ذوي إعاقة، بما يشمل الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة، كما هو الحال بالنسبة للقانون رقم 05.81 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للمكفوفين وضعاف البصر، ثم القانون رقم 07.92 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص المعاقين. وعمل المشرع كذلك على تمكين هذه الفئة من اللوجيات التي تساعد على تنقل هذه الفئة ولوجها لمختلف المرافق (القانون رقم 03.10 المتعلق بالولوجيات، منشور الوزير الأول رقم 96/16، منشور وزير الداخلية رقم 98، ظهير شريف رقم 1.15.18 الصادر في 29 من ربيع الثاني 1436 الموافق ل 19 فبراير 2015)، وعمل أيضا على حماية حق هذه الفئة في الولوج إلى الشغل (القانون رقم 65.99 المتعلق بمدونة الشغل، مرسوم رقم 2.04.682 الصادر في 16 من ذي القعدة 1425 الموافق ل 29 دجنبر 2004، قرار الوزير الأول رقم 3.130.00 الصادر في 7 ربيع الأول 1421 الموافق ل 10 يوليوز 2000) والمحتوى الإعلامي (القانون رقم 77.03 المتعلق بالاتصال السمعي البصري). واهتمام المغرب ورعايته للأشخاص في وضعية إعاقة جعله يقوم بإصدار مرسوم إحداث مندوبية سامية للعناية بهذه الفئة (مرسوم رقم 2.94.201 صادر في 13 من ذي الحجة 1414 الموافق ل 24 مايو 1994، ثم قرار الوزير الأول رقم 3.99.95 صادر في 6 محرم 1416 الموافق ل 5 يوليوز 1995)؛ قبل أن يتم التخلي عن هذا المشروع فيما بعد، قبل أن يدخل حيز التنفيذ.

سعى المشرع أيضا إلى وضع مقاييس لتصنيف الإعاقة وقياس حدتها، كما هو الشأن بالنسبة للقرار رقم 1977.98 الذي استصدره وزير الصحة في 2 رجب 1419 الموافق ل 23 أكتوبر 1998، حيث تم اعتماد مقاييس طبية لتحديد وقياس صفة شخص في وضعية إعاقة، تميز بالأساس بين خمسة أصناف أساسية للإعاقة (إعاقة بصرية، وإعاقة حركية، وإعاقة ذهنية، وإعاقة سمعية) مرتبطة بالأذن، والأنف والحنجرة)، ثم الإعاقة الصوتية) تختلف باختلاف درجة حدتها (عميقة، أو متوسطة، أو خفيفة). لكن عند الوقوف على مضمون هذا القرار نجد أنه اعتمد على أسس طبية محضة تختزل الإعاقة في البعد الطبي والسببية الفردية دون إيلاء أي أهمية للأبعاد الوظيفية والبيئية والاجتماعية للإعاقة.

في نقطة تحول جذرية للقطع مع المنظور السائد بهدف إيلاء الأشخاص ذوي إعاقة بالغ الأهمية في الاستراتيجيات والأهداف الحكومية، قام المغرب بتبني المقاربة التي تنهجها منظمة الصحة العالمية من خلال مصادقته عن الاتفاقية الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة بسنة 2006 واستصدار الظهير الشريف رقم 1.08.143 في فاتح رمضان 1432 الموافق ل 2 أغسطس 2011 بهدف نشر واعتماد بنودها. ليقدم بذلك تصورا مغايرا عما نص عليه قرار وزير الصحة (رقم 98.197) الذي اقتصر في تحديده وقياسه للإعاقة على بعض العاهات الجسدية. وهكذا تجاوز المشرع المغربي المقاربة الطبية وتبنى منظور منظمة الصحة العالمية الذي يركز بالأساس على البعد الوظيفي التفاعلي. ونص مضمون هذا الظهير على أن "الإعاقة تحدث بسبب التفاعل بين الأشخاص المصابين بعاهة، والحوادث في البيئات والمواقف المحيطة التي تحول دون مشاركتهم الكاملة والفعالة في مجتمعهم على قدم المساواة مع الآخرين". وبحسب المادة 1 من هذا الظهير "يشمل مصطلح الأشخاص ذوي إعاقة كل من يعانون عاهات طويلة الأمد بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين".

بموجب هذا الظهير، وبعد مصادقة المغرب على اتفاقية الأمم المتحدة للأشخاص ذوي إعاقة أصبح المشرع المغربي يكفل حقوق الأشخاص ذوي إعاقة في الولوج إلى مختلف مجالات الحياة (التعليم، والصحة، والعمل، إلخ)، كما يوفر مختلف أساليب التواصل والمواصلات التي تيسر ولوج هذه الفئة واندماجها الشامل، بما يضمن مشاركتهم في الميادين السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية ويحد من أي مظهر من مظاهر التمييز والإقصاء التي قد تحول دون مشاركتهم واندماجهم الشامل. وهذا ما حرص القانون الإطار رقم 13.97 الصادر سنة 2016 على ترسيخه بهدف حماية حقوق هذه الفئة وضمان حقها في الصحة والتعليم والتشغيل والمشاركة الاجتماعية.

4. مناقشة

تطور مقاربات مفهوم الإعاقة من مقاربة طبية تربط الإعاقة بالخصائص الفردية (WHO, 1980)، إلى مقاربة تفاعلية تركز على مختلف أبعاد الإعاقة (البيولوجي، والاجتماعي، والنفسي، إلخ)، وتم تغيير مصطلح الإعاقة بمصطلح العجز كما هو الأمر بالنسبة للتصنيف الدولي (WHO, 2001). بدل الاكتفاء بالتدخل على مستوى الفرد لعلاج أو تطوير قدراته حتى يستطيع الاندماج والتوافق مع خصائص المجتمع ومعاييرها، أصبح هناك توافق بين المختصين على مدى أهمية التدخل على مستوى البعد البيئي والاجتماعي بهدف الرفع من جودة المشاركة الاجتماعية؛ انطلاقا من معالجة مختلف العوائق وتوفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الملائمة، وكذا تسهيل مشاركة الأشخاص ذوي إعاقة وممارستهم للأنشطة الحياتية اليومية (WHO, 2022; UNICEF, 2014; Terzi, 2005; Smart, & Smart, 2006; Jover, 2014; Fougereyrollas, 2021; Campbell, 2007).

اهتم المغرب منذ القدم بعلاج المرضى والأشخاص الذين يعانون من اضطراب أو إصابة عقلية أو جسدية، حيث تم تأسيس مجموعة من البيمارستانات (أو المارستانات) للعناية بهذه الفئات وعلاجها انطلاقا من اعتماد طرق طبية وعلمية. ومن بين أهم البيمارستانات التي يزخر بها تاريخ المغرب نذكر: بيمارستان مراکش أو بيمارستان أمير المؤمنين المنصور أبي يوسف في القرن 12 ميلادي 6 هجري؛ ثم بيمارستان سيدي فرج بفاس سنة 685 هـ (1286)؛ وأيضا بيمارستان ابن عاشر بسلا بالقرن الثامن الهجري سنة 764 هـ، وغيرها من البيمارستانات التي يزخر بها تاريخ المغرب (عيسى، 2017). لكن بالمقارنة مع الوقت الحاضر، نلاحظ أن المغرب تأخر نسبيا في تكييف واعتماد المقاربات الحديثة في التعامل مع الأشخاص الذين يعانون من قصور و/أو عجز، وتجلي ذلك خصوصا في سيادة المقاربة الطبية لوقت طويل ولم يتم تجاوزها إلا بعد التوقيع على الاتفاقية الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة وصدر الظهير الشريف رقم 1.08.143 في فاتح رمضان 1432 الموافق ل 2 أغسطس 2011 بهدف توضيح مضامينها واعتمادها بشكل رسمي في التعاطي مع هذه الفئة.

تشير إحصائيات المنظمة العالمية للصحة بأن عدد الأشخاص الذين يعانون حاليا من الإعاقة يتجاوز مليار شخص (حوالي 15% من سكان العالم) (WHO, 2022)، أما الإحصائيات الصادرة عن وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية (2014)، والتي تم فيها اعتماد النسخة المصغرة للاستمارة المعتمدة وفقا لبروتوكول مجموعة واشنطن، فتوصلت إلى ما نسبته 6.8% من مجموع سكان المغرب الذين يوجدون في وضعية إعاقة؛ 33% بالنسبة للفئة العمرية ما فوق 60 سنة؛ 1.8% بالنسبة للفئة العمرية أقل من 15 سنة، و 4.5% بالنسبة للفئة التي يتراوح عمرها بين 15 و 59 سنة (وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، 2014). ويلاحظ أن هذه النسب تقل بكثير عن تلك الصادرة عن المنظمة العالمية للصحة، وعن تلك التي تم إحصاؤها في دول تتميز بوفرة الإمكانيات والتكنولوجيات كأمريكا، الأمر الذي قد يطرح الكثير من الأسئلة حول طبيعة وخصائص التصور الذي قامت عليه هذه الدراسة.

وبالرغم من الجهود المبذولة على هذا المستوى لتسهيل ولوج ومشاركة هذه الفئة إلا أن هناك العديد من الإكراهات التي تحول دون ذلك وتحد من ولوجهم ومشاركتهم الاجتماعية، خصوصا تلك المرتبطة بالولوج إلى المدرسة والولوج إلى العمل (وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، 2014). وإلى جانب التمثلات الاجتماعية السلبية للأشخاص ذوي إعاقة سواء من قبل الآباء أو الأطر التربوية (طفل ناقص؛ ضعيف؛ إضافة إلى كونه متعب وذو مشاكل كثيرة) (الكنوني، 2007، صص. 263-243; Chan et al., 2009)، هناك إشكالات أخرى مرتبطة بتكوين الأساتذة كضعف

وغياب التكوين الملائم للتعامل مع مختلف أنواع القصور التي قد تعاني منها هذه الفئة (مكاوي، 2017). إضافة إلى غياب وضعف الولوجيات، فالأشخاص ذوي إعاقة ما يزالون يعانون من التمييز على عدة مستويات كالعمل والإسكان والتعليم والترفيه والرعاية الصحية (Barnes, 2016; Rosa et al., 2016; Stapleton et al., 2004; Smart, & Smart, 2006). وفي كثير من الأحيان يكون الأطفال ذوي عجز هم الأكثر عرضة للبيئات غير الداعمة (البيئات المعيقة)، مما يقلص من فرصهم في التعلم والمشاركة الفعالة ويزيد من حدة تجربة الإعاقة. ولتجاوز هذه الإشكالية يبقى من الضروري فهم الإعاقة بمختلف تفاعلاتها وأبعادها الدينامية، واعتماد مقاربة إدماجية شاملة (Wilbur & UNICEF, 2014; Jones, 2014).

خلاصة

الحد من الإعاقة أو العجز يتطلب تضافر مجهود مجموعة من الفاعلين والمختصين الذين بإمكانهم إحداث تغيير على العوامل الفاعلة في الإعاقة، بما يشمل تطوير مؤهلات الفرد وقدراته عن طريق وضع برامج التأهيل والعلاج الملائمة والاستعانة بالوسائط والأجهزة التقنية التي تمكن الفرد من استعادة قدراته وتخطي العوائق التي قد تواجهه، بالإضافة إلى ضرورة التركيز على ملائمة الظروف البيئية والاجتماعية والخدماتية لتسهيل قيام الفرد بأنشطته اليومية وممارسة مهامه وأدواره الاجتماعية. بمعنى أعم يجب اعتماد مقاربة شاملة في إدماج الأشخاص الذين يعانون من قصور أو عجز مع العمل على إزاحة الحواجز والإكراهات البيئية والاجتماعية التي قد تحد من مشاركة الفرد وتحرمه من ممارسة أنشطته وأدواره. من خلال ما سبق يبدو من الأنسب اعتماد مصطلح العجز بدل الإعاقة، نظرا للحمولة السلبية التي تحيط بهذا الأخير، ونظر لكون المسنين يشكلون الفئة الاجتماعية الأكثر عرضة للعجز، على اعتبار أن نسب القصور والعجز تزداد مع التقدم في العمر مما يزيد من خطر الإعاقة. وفي الختام، هناك حاجة لإعادة بلورة مفهوم الإعاقة بما يسمح بإعادة بلورة اتجاهات وانطباعات وأحكام المجتمع عن الشخص الذي يعاني من قصور (عقلي، ذهني، حسي حركي، عضوي...)، والاهتمام باندماجه الكامل وفقا لمبدأ احترام التنوع والاختلاف. إضافة إلى أهمية وضع برامج مندمجة بهدف الرفع من مستوى مشاركة ومردودية الأشخاص في وضعية قصور.

المراجع

- عيسى أ. (2017). تاريخ اليمارستان في الإسلام. مؤسسة هنداوي للنشر المعرفة والثقافة.
الكنوني. ر. (2007) التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق، دراسة نفسية اجتماعية لقضايا الاندماج. منشورات فكر: الرباط.
مكاوي. م. (2017) أثر الدمج المدرسي الشامل على شخصية الأطفال ذوي إعاقة، من وجهة نظر الأساتذة. تنسيق السباعي، خ.
وضعية الإعاقة المغرب، الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية. مقاربات للنشر والصناعات الثقافية.
وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية (2014). البحث الوطني الثاني حول الإعاقة. خلاصة النتائج.
- Alston, R. J. (1993). Wright's constructs of psychosocial adjustment to physical disability as a framework for understanding adaptation to chemical dependency. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 24(3), 6-10.
- Americans with Disabilities Act (ADA) Amendments Act of 2008. Public Law 110-325. 42 USCA, 12101.
- APA (American Psychological Association). (2012). Guidelines for assessment of and intervention with persons with disabilities. *The American Psychologist*, 67(1), 43-62.
- APA, (2011). <https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities> , consulté le 25 Janvier 2022
- Barnes, C. (2000). A working social model? Disability, work and disability politics in the 21st century. *Critical social policy*, 20(4), 441-457. doi.org/10.1177/026101830002000402
- Campbell, F. A. K. (2007). States of Exceptionality: Provisional Disability, its Mitigation and Citizenship. *SocioLegal Review*, 3, 28-50. <http://www.sociolegalreview.com/states-of-exceptionality-provisional-disability-itsmitigation-and-citizenship/>.
- Chan, F., Livneh, H., Pruett, S. R., Wang, C.-C., & Zheng, L. X. (2009). Societal attitudes toward disability: Concepts, measurements, and interventions. In F. Chan, E. Da Silva Cardoso, & J. A. Chronister (Eds.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 333-367). Springer Publishing Co.
- Crawshaw, M. (2002). *Disabled people's access to social work education--ways and means of promoting environmental change*. *Social Work Education*, 21(5), 503-514. doi:10.1080/0261547022000015203
- Dunn, D. S., Fisher, D., & Beard, B. (2013). Disability as diversity rather than (in)difference: Understanding others' experiences through one's own. In D. S. Dunn, R. A. R. Gurung, K. Naufel, & J. H. Wilson (Eds.), *Controversy in the psychology classroom: Using hot topics to foster critical thinking* (pp. 209-223). Washington, DC: APA Books. doi: 10.1037/14038-013
- Fougeyrollas P, Bergeron H, Cloutier R, St.Michel G, Côté J. (1998) Classification québécoise: Processus de production du handicap. RIPPH.
- Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politiques et contributions québécoises. Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé, (4-2). <https://doi.org/10.4000/pistes.3663>
- Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap'(MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19.
- Fougeyrollas, P., Boucher, N., Edwards, G., Grenier, Y., & Noreau, L. (2019). The disability creation process model: a comprehensive explanation of disabling situations as a guide to developing policy and service programs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1). <https://doi.org/10.16993/sjdr.62>
- Garland-Thomson, R. (2013). Disability Studies: A Field Emerged. *American Quarterly*, 65(4), 915-926.
- Groce, N. (2005). *Immigrants, disability, and rehabilitation*. In J. Stone (Ed.), *Culture and Disability* (pp. 1-13). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jover, M. (2014). Concept de handicap. Définitions, classifications et utilisations. Paris: Dunod.
- Konur, O. (2000). Creating enforceable civil rights for disabled students in higher education: An institutional theory perspective. *Disability & Society*, 15(7), 1041-1063. doi:10.1080/713662018
- Martz, E., Livneh, H., & Wright, B. (2007). *Coping with chronic illness and disability*. Springer Science+ Business Media, LLC.
- Oliver, M. (1990). Disability definitions: the politics of meaning. In *The politics of disablement* (pp. 1-11). Palgrave: London.

- Oliver, M. (1996). *Fundamental Principles of Disability*. In: *Understanding Disability*. Palgrave: London. https://doi.org/10.1007/978-1-349-24269-6_3
- Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & society*, 28(7), 1024-1026.
- Olkin, R., & Pledger, C. (2003). Can disability studies and psychology join hands? *American Psychologist*, 58(4), 296–304. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.4.296>.
- Organisation Mondiale de la Santé (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris: CTNERHI-PUF.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève: OMS
- Rosa, N. M., Bogart, K. R., Bonnett, A. K., Estill, M. C., & Colton, C. E. (2016). Teaching about disability in psychology: An analysis of disability curricula in US undergraduate psychology programs. *Teaching of Psychology*, 43(1), 59-62.
- Rossignol, C. (2010). La notion de handicap: métaphore politique et point de ralliements des corporatismes. *Interactions*, 2, 1-13.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (1997). Defending the social model. *Disability & Society*, 12(2), 293-300. doi.org/10.1080/09687599727380
- Smart, J. F. (2009). The power of models of disability. *Journal of Rehabilitation*, 75(2), 3-11.
- Smart, J. F., & Smart, D. W. (2006). Models of disability: Implications for the counseling profession. *Journal of counseling & development*, 84(1), 29-40.
- Stapleton, D. C., Burkhauser, R. V., & Houtenville, A. J. (2004). Has the employment rate of people with disabilities declined. *Policy brief*. Ithaca, NY: Cornell University Institute for Policy Research.
- Terzi, L. (2005). A capability perspective on impairment, disability and special needs: Towards social justice in education. *Theory and research in education*, 3(2), 197-223. [doi:10.1177/1477878505053301](https://doi.org/10.1177/1477878505053301)
- U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, National Institute on Disability and Rehabilitation Research (2007). *NIDRR Long-Range Plan For Fiscal Years 2005–09: Executive Summary*. Washington, D.C., Retrieved November 1, 2009
- UNICEF (2014). *Definition and classification of disability*. Booklet: New York .
- WHO (1948) Constitution of the WHO. WHO Basic Documents: Geneva.
- WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*.
- WHO, (2022). https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 , consulté le 30 Janvier 2022
- Wilbur, J., & Jones, H. (2014). *Disability: making CLTS fully inclusive*. IDS.
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments. Disabilities and Handicaps; A manual of classification relating to the consequence of disease*.
- Yeo, R.A., & Moore, K. (2003). Including Disabled People in Poverty Reduction Work: "Nothing About Us, Without Us". *World Development*, 31, 571-590.