



# وضعية الإعاقة في المغرب

الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والتربوية

دراسات

تنسيق وتقديم  
خلود السباعي



وضعية الإعاقة في المغرب

الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والتربوية

وضعية الإعاقة في المغرب

مثل الاختلاف بسبب الإعاقة على مر التاريخ، مصدرا أساسيا لتمييز وإقصاء عدد كبير من البشر، وعلى رأسهم الأشخاص في وضعية إعاقة. وذلك استنادا إلى تصنيفات نمطية قائمة على ثنائية السواء/ اللاسواء، مما ساهم في عرقلة مسيرة تمكين هؤلاء، وربطهم بالعجز وعدم الاقتدار، وجعل منهم عبئا على الأسرة والمجتمع. إلا أن هذا النوع من التصنيف قد عرف مؤخرا طفرة نوعية دفعت بكل المنظمات الحقوقية الدولية إلى التأكيد على أهمية الرأس مال البشري، ومن ثمة الحرص على تطبيق مبدأ الديمقراطية والمساواة وتكافؤ الفرص في جميع مناحي الحياة. مما أصبحت معه الإعاقة عبارة عن "وضعية" ذات أبعاد اجتماعية، قانونية، اقتصادية، بيئية... الخ. تمثل فيها الخدمات المقدمة للأشخاص في وضعية إعاقة معطى أساسي في تقرير ظروف عيشهم، وبالتالي عنصرا حيويا في تسهيل أو عرقلة اندماجهم.



تصميم الفنان عزيز أزغاي



ISBN : 978-9954-751-12-1



9 789954 751121



الشن 70 درهما



FACULTE DES LETTRES ET DES  
SCIENCES HUMAINES MOHAMMEDIA  
www.fshm.tk



مختبر التفاعل الثقافي  
التواصل والحدثة

مسلك علم النفس  
ماستر:  
سيكوسوسولوجية الإعاقة

شعبة الفلسفة، الاجتماع  
وعلم النفس

# وضعية الإعاقة في المغرب

الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والتربوية

الأربعاء 19 أبريل 2017

## وضعية الإعاقة في المغرب

الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والتربوية



الكتاب: وضعية الإعاقة في المغرب الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والتربوية

المؤلف(ة): جماعي

تنسيق: دة. خلود السباعي

السلسلة: دراسات

الإيداع القانوني: 2017MO5392

ردمك: 978-9954-751-12-1

الناشر: مقاربات للنشر والصناعات الثقافية

العنوان: ص.ب. 2997 البريد المركزي - فاس- المملكة المغربية

الهاتف: الإدارة: 00212661214012 - 00212664640339

القسم الفني: 00212535736164 - 00212651288089

قسم التوزيع: 00212653600985

الفاكس: 00212535736164

البريد الإلكتروني: mokarabat@gmail.com

الموقع: www.moqarabat.com

لوحة الغلاف: الفنان المغربي جمال بوطيب

## برنامج اليوم الدراسي

### المحور الأول : الإعاقة والمراهقة

مسير الجلسة: د. خالد ابن الحسن : مدير المركز الوطني محمد السادس للأشخاص المعاقين - سلا  
❖ د. عبد الصمد الديالمي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية- الرباط  
الإعاقة، المراهقة والحياة الجنسية

### المحور الثاني : الإعاقة والمرافقة السيكولوجية

مسير الجلسة : رشيد الكونوني مدير مديرية النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة  
بوزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية  
❖ دة. مريا أوصلح : كلية الآداب والعلوم الإنسانية- الرباط  
Guidance parentale des personnes handicapées : Les parents co- thérapeute  
❖ دة. جمال الوفا : كلية الآداب والعلوم الإنسانية- الرباط  
Quel accompagnement auprès des parents d'enfants handicapés  
❖ دة . خلود السباعي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية  
الأسرة، الإعاقة، والدعم السيكوساجتماعي

### المحور الثالث : الأبعاد السيكوساجتماعية للإعاقة .

مسير الجلسة: د. عبد الله زيوزيو: طبيب نفسي  
❖ دة زينب النجاري: كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الجديدة  
وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي مدينة الرباط  
نموذجا  
❖ دة. أحمد البوعزاوي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط  
Handicap et exclusion : Eléments pour contribuer au débat.  
❖ دة. مونية الحمراوي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية- الرباط  
"Les Programmes Comportementaux pour la Prise en Charge de l'Autisme"

## فهرس

5.....	برنامج اليوم الدراسي
15.....	الأسرة، الإعاقة، والدعم السيكواجتماعي
	خلود السباعي
41.....	وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي الإعاقة الذهنية نموذجا
	زينب نجاري
75.....	تقدير الذات والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية
	الحسين باعدي
107.....	أثر الدمج المدرسي الشامل على شخصية الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر الأساتذة
	محمد مكاهوي
125.....	التفأؤل المقارن والاندماج المهني لدى الأفراد في وضعية إعاقة
	عادل غزالي
139.....	اضطرابات التعلم النوعية لدى الأطفال
	ليلي بن جلون
163.....	التدخل المبكر وأهميته في الدمج الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة
	سليمان العمري
183.....	الأسرة والأطر العاملة في مجال الإعاقة الذهنية: أية علاقة؟
	نوح رابي

## المحور الرابع : الأبعاد السيكوتربوية للإعاقة

مسير الجلسة : عزيزة زيوزيو : أخصائية نفسية

- ❖ د. الحسين باعدي: كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية  
المسرح التربوي والذاكرة لدى المتعلم في وضعية إعاقة
- ❖ ذ. محمد مكاهوي : مشرف تربوي - أكاديمية الرباط  
أثر الدمج المدرسي على شخصية الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر الأساتذة
- ❖ د. عادل غزالي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية  
التفأؤل المقارن والاندماج المهني لدى الأفراد في وضعية إعاقة
- ❖ عبد العزيز عرسي : كلية علوم التربية - الرباط  
« Education bilingue, une autre option pour les enfants sourds »
- ❖ ليلى بنجلون : كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط  
"اضطرابات التعلم النوعية لدى الأطفال: الإعاقة الصامتة".

## المحور الخامس : الإعاقة والمراكز التربوية

مسير الجلسة : عبد العزيز القصبي : كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية

- ❖ سليمان العمراني - مدير جمعية حنان - تطوان  
التدخل المبكر : أهميته وأبعاده
- ❖ نوح رابي : مربى مختص بالملحقة الجهوية للمركز الوطني محمد السادس للمعاقين - مراكش  
الأسرة والأطر العاملة في مجال الإعاقة الذهنية : أية علاقة ؟  
(دراسة ميدانية بالملحقة الجهوية للمركز الوطني محمد السادس للمعاقين - مراكش)

## مقدمة

مثل الاختلاف بسبب الإعاقة على مر التاريخ، مصدرا أساسيا لتهميش وإقصاء عدد كبير من البشر، وعلى رأسهم الأشخاص في وضعية إعاقة. وذلك استنادا إلى تصنيفات نمطية قائمة على ثنائية السواء/ اللاسواء. مما ساهم في عرقلة مسيرة تمكين هؤلاء، وربطهم بالعجز وعدم الاقتدار، وجعل منهم عبئا على الأسرة والمجتمع. إلا أن هذا النوع من التصنيف قد عرف مؤخرا طفرة نوعية دفعت بكل المنظمات الحقوقية الدولية إلى التأكيد على أهمية الرأس مال البشري، ومن ثمة الحرص على تطبيق مبدأ الديمقراطية والمساواة وتكافؤ الفرص في جميع مناحي الحياة. مما أصبحت معه الإعاقة عبارة عن "وضعية" ذات أبعاد اجتماعية، قانونية، اقتصادية، بيئية... الخ. تمثل فيها الخدمات المقدمة للأشخاص في وضعية إعاقة معطى أساسي في تقرير ظروف عيشهم، وبالتالي عنصرا حيويا في تسهيل أو عرقلة اندماجهم.

ومن هنا أصبح الحديث عن "وضعية الإعاقة" ينصب بالدرجة الأولى على "الحق في الاختلاف"، باعتباره تنوعا بشريا طبيعيا. هذا الاختلاف الذي يقوم على أساس مراعات خصوصيات نوعية الإعاقة ودرجتها من جهة، ثم طبيعة تفاعلها وسياقها السوسيواقتصادي تحقيقا للتأهيل والدمج من جهة ثانية. حيث يمنح لمفهوم التأهيل بعدا قانونيا واجتماعيا يفيد حق الشخص في أن يمنح أقصى استفادة ممكنة في جميع مجالات الحياة. مما يجعل منه مفهوما مركبا يتضمن مجموعة من الخدمات على مستويات متعددة تشمل الجانب الصحي، الاجتماعي، النفسي، القانوني، المهني... وذلك سعيا نحو تحقيق "الدمج" على المستوى الاجتماعي و"جودة الحياة" على المستوى السيكولوجي.

ولا يخرج المغرب عن هذه المنظومة الدولية العالمية، وذلك بمصادقته على عدد من الاتفاقيات والمواثيق الدولية المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة. وأيضا بسعيه خلال السنوات الأخيرة إلى إنشاء مجموعة من التدابير والإجراءات، التي تهدف إلى النهوض بأوضاع هذه العيانات من الأشخاص،

وضمن حقوقهم وكرامتهم كمواطنين. إلا أنه وبالرغم من كل هذه الجهود، تبقى ظروف الأشخاص في وضعية إعاقة في بلدنا، بعيدة عن المستوى المأمول. إذ لا يزال المغرب في حاجة إلى بذل مجهودات جبارة على مستويات متعددة، في مقدمتها السعي نحو أجراء وتفعيل مقتضيات عدد من المواثيق والاتفاقيات الدولية التي صادق عليها. كما يبقى في حاجة أيضا إلى الكثير من التدابير والإجراءات اللوجستية سواء في بعدها المادي المرتبط بالتجهيزات، البرامج، المعدات، والموارد البشرية ...، أو في بعدها الأكاديمي المرتبط بدراسة الواقع، فهمه، وتحليل مقتضياته وإكراهاته.

وفي هذا الصدد يأتي تنظيمنا لهذا اليوم الدراسي، والذي نحاول من خلاله طرح مجموعة من القضايا التي تهم وضعية الإعاقة في بلدنا، وفي مقدمتها:

- وضعية الإعاقة والحياة الجنسية للمراهقين
- وضعية الإعاقة وآليات الدعم والمرافقة السيكولوجية
- الأبعاد السيكوساجتماعية للإعاقة
- الأبعاد السيكوتربوية للإعاقة
- الإعاقة والمراكز التربوية التأهيلية

خلود السباعي  
منسقة اليوم الدراسي

الأسرة، الإعاقة، والدعم السيكوساجتماعي  
خلود السباعي

## الأسرة، الإعاقة، والدعم النفسي والاجتماعي

خلود السباعي

أستاذة باحثة في علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية

### Summary :

Among the most salient transformations that have affected the handicap studies, the way of dealing with the handicap as a situation. It means that it goes beyond the individual as a handicapped person to encompass all his environment in its material, human and familial dimensions. The family that has a person in handicapped situation is a family that is, as a whole, in a situation of handicap. Therefore, it is very probable that the situation of handicap of one family member might represent an obstacle in the life of other family members and a hindrance for their life quality. That is why this category of families need support as psychosocial strategy, along with its economic, political and civic dimensions. On this basis, we have tried, in this article, to shed light on the concept of family support in its psychosocial dimension, and define some operational steps that the professionals might be interested in.

تمثل الأسرة اللبنة الأساسية في بناء المجتمع، والوحدة السيكوساجتماعية الأولى التي يعهد إليها باحتضان الكائن البشري وتحويله من كائن طبيعي إلى كائن اجتماعي ثقافي. وبناء على ذلك مثلت الأسرة موضوع عدد من الدراسات ضمن تخصصات متعددة وفي مقدمتها علم النفس. هذا الأخير، الذي ركز ضمن مختلف فروع ونظرياته على أهمية العلاقات الأسرية في بناء شخصية الطفل، توازن المراهق، وتحقيق جودة الحياة بالنسبة للراشد أو المسن. فالأسرة من منظور سيكولوجي هي منبع الحياة العاطفية، أساس آليات الارتباط، التعلق، التوقف، والتفاعل في جميع أبعاده ودرجاته.

والأسرة باعتبارها وحدة بشرية، يبقى من المنطقي أن تتغير بتغير مكوناتها وظروف عيشها. فلكل أسرة تاريخ و "دورة حياة" Cycle de vie، تغير من بنائها، أدوارها، وظائفها، واحتياجاتها ...، كما أن الأحداث الطارئة عليها سوف تغير أيضا من طبيعة العلاقات العاطفية بين أفرادها. ومن بين أبرز هذه الأحداث الطارئة نجد المرض، الإعاقة، والموت، والتي تمثل تجارب حياتية تجعل الأسرة أمام أكبر التحديات. وتفيد الدراسات المعاصرة، بأن هذا النوع من التحديات المرتبط بالمرض، الإعاقة، الشيخوخة، سوف يحتد أكثر، مما سوف يجعل الأسرة معرضة بشكل أكبر لمواجهة هذه التحديات ومقاومتها بصعوبة أكبر<sup>1</sup>. وتعود الأسباب في ذلك إلى مجموعة من التحولات ذات الأبعاد العملية وفي مقدمتها تطور الطب، الذي أصبح يمنح إمكانية للتعايش مع الأمراض المزمنة، الأمراض المستعصية عن العلاج (السرطان/ السيدا، الشيخوخة/ الإعاقة ...). هذا فضلا عن التحولات ذات الأبعاد النفسية والاجتماعية، وفي مقدمتها ما أصبحت تعرفه الأسرة المعاصرة من تغير على مستوى الشكل والوظائف والأدوار. ففي كل مرة نخبرنا الدراسات الديموغرافية والسوسولوجية بتعدد أنماط الأسر (نووية، أسر أحادية، أسر مركبة...)، بازدياد وتيرة خروج النساء للعمل، التراجع المتصاعد لنسبة الولادات، الخ. هذا دون أن نتحدث عما أصبحت تعيشه أغلب الأسر على اختلاف انتماءاتها الاقتصادية، من إكراهات مادية ناتجة عن مقتضيات العلاج وتكاليفه الباهظة. على اعتبار أن التطورات التي عرفها المجال الطبي، لم تقلل أبدا من تكاليف العلاج، وإنما كثيرا ما نلمس إضافتها لتكاليف جديدة مرتبطة بوظائف العناية، المرافقة، والعلاجات الدائمة، أو تلك المرتبطة بما هو Paramédicale.

كل هذه التحولات، تفيد بان الأسر مرشحة في كل مرة أكثر إلى تحمل هذه التحديات، ومواجهتها بصعوبة أكبر. وكلما تعلق الأمر بتجربة مرضية ممتدة في الزمن، كلما بات من المحتمل أن تحتد التوترات في غياب الدعم السيكولوجي. وفي ظل هذا التعدد لأنواع الأسر وظروفها، يبقى من الصعب الحديث عن شروط أو ظروف موحدة للدعم أو المرافقة. إذ بتعدد أنواع الأسر تتعدد الأنماط التدبيرية، لاختلاف قدرات الأسر وكفاءاتها في مواجهة الوضع الصحي لأفرادها وتدييره. مما

<sup>1</sup> - Echeita, Gerardo, Educacion para la inclusion o educacion sin exclusiones, Ed. NARCEA, Madrid, 2015, P. 13.

يبقى من الصعب معه أيضا، الحديث عن سلوك مرفوض أو مقبول للدعم السيكولوجي، أو سلوك يمكن النصح به أو بالتخلي عنه بشكل مسبق. وبناء على ذلك، فإن أية استراتيجية لتقديم الدعم أو المرافقة السيكولوجية، إلا ويجب أن تنطلق من الأسرة كنسق خاص ومتميز، وذلك سواء على مستوى التشخيص أو التدخل.

وفي هذا السياق سوف نركز على علاقة الأسرة بالإعاقة، نظرا لما تتعرض له هذه الأخيرة من تحولات وما تعيشه من صعوبات تنطلق من فترة الإعلان عن إعاقة أحد أفرادها. حيث تمثل صدمة الإصابة بالإعاقة منبع حزن وإحباط وألم لا يقل في كثير من الأحيان عن ألم الإعلان عن الموت أو الفقدان. الشيء الذي سوف ينعكس على طبيعة العلاقات الأسرية سواء في بعدها الأفقي أو العمودي. مما يمكن أن يحول الأسرة إلى وسط داعم وممكن، أو إلى وسط مدمر ومعيق، قد يساهم في تفاقم الوضع وتعميق الألم وترسيخ العجز لدى الشخص في وضعية إعاقة طفلا كان أم راشدا.

وتفيد بعض الملاحظات العينية، بأنه غالبا ما يعيش الشخص في وضعية إعاقة وأسرته ضمن عالم مغلق ومحدود بسبب ما تولده وضعية الإعاقة من ضغوطات نفسية منها الصدمة، القلق، الإنكار، الاكتئاب، الغضب الداخلي، العدائية الخارجية، عدم التوافق، الشعور بالإقصاء... الخ. مما يستدعي الحاجة الملحة إلى تدعيم هذه الأسر وتمكينها ومرافقتها. علما بأن كل موقف تتخذه الأسرة تجاه الإعاقة، إلا وسوف يؤثر حتما على وضعية إعاقة الشخص المعني، وعلى إمكانية دمج وتحقيقه لاستقلالية. وبناء على هذه المقدمات نود في هذا المجال طرح بعض التساؤلات بخصوص علاقة الدعم السيكولوجي وحيثياتها:

- ماذا نقصد بالدعم السيكولوجي؟
- وما هي أبرز أشكال الدعم التي يمكن تقديمها لهذا النوع من الأسر؟
- ثم على أي أساس يمكننا أن نختار أشكالاً من الدعم دون أخرى؟

للإجابة عن هذه التساؤلات، سوف نتبنى المقاربة السيكولوجية، على اعتبار أن علم النفس الاجتماعي هو أحد أبرز التخصصات التي اهتمت بمسألة الدعم الاجتماعي في علاقته بالصحة وجودة الحياة، منطلقا من كون الإنسان كائن علائقي.

فمنذ البدايات الأولى لعلم النفس الاجتماعي مع كل من Sherif / Allport/ Asch تم التأكيد على أهمية العلاقات المابين شخصية، باعتبارها أحد أبرز الحاجات الحيوية للشخص. لما تمنحه للفرد من إمكانيات لتطوير قدراته وتحسين أوضاع حياته ومنحه الشعور بالانتماء وتحقيقه للاندماج<sup>2</sup>. فالإنسان كائن علائقي يحيى ويتطور وتتفتح إمكانياته في إطار العلاقات الاجتماعية، كما أنه يحبط ويكتئب ويقع في المرض بفعل افتقاده لهذه العلاقات.

وتبقى العلاقات المابين شخصية عديدة ومتنوعة من حيث الكم، الكيف، البنية، والوظيفة، ومن بين أبرزها علاقات "الدعم". ويقصد "بالدعم" لغة "السند" من فعل "أسنده" بمعنى قواه ومكنه بعد أن كان مهددا بالسقوط. أما اصطلاحا فالمقصود بالدعم هو علاقة ذات بعد نفسي اجتماعي، ترتبط دلالته في علم الاجتماع بنسبة ودرجة اتصالات الفرد وحجم تركيبة شبكة علاقاته الاجتماعية. بينما يتم ربطه في علم النفس بإدراكات الفرد وتقييماته لتلك العلاقات الاجتماعية. مما يمنح مفهوم الدعم بعدا سيكولوجيا واضحا، يرتبط بتمثلات الفرد لشبكتة الاجتماعية، ويمدى ثقته بها وارتياحه لها، ورغبته في اللجوء والعودة إليها عند مواجهته لصعوبات الحياة وضغوطاتها<sup>3</sup>. وبناء على ذلك، يمثل الشعور "بالدعم" أحد الركائز المحركة للسلوكات التي غالبا ما تدفع بالفرد نحو المواجهة والشعور بالقدرة على التحدي. الشيء الذي من شأنه أن يحميه من السقوط في الإحباط، ويمنع من وقوعه في العزلة، ويحول دون شعوره بالإقصاء والتهميش. مما يصبح معه مفهوم "الدعم" في علم النفس الاجتماعي، أحد دعائم الصحة النفسية، بسبب ما يمنحه للفرد من إحساس بالسعادة والاطمئنان، نتيجة إدراكه الإيجابي لمختلف أساليب المساعدة التي يتلقاها من محيطه، والمتمثلة في الرعاية، الاهتمام والتشجيع بكيفية تشبع حاجاته، ترفع من كفاءته وتغذي ثقته بذاته.

<sup>2</sup> - Martos Mendez M.José, Carmen Pozo Munos, Enrique Alonso Morillejo, Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica, Ed, Universidad De Almeria, Almeria, 2010, P.66.

<sup>3</sup> - Ovejero Bernal, Anastasio, Las relaciones humanas, Biblioteca Nueva, Madrid, 1998, P.177.

ومن بين أبرز وظائف الدعم السيكوجتماعي:

- تحقيق التوافق النفسي والتكيف الانفعالي نتيجة إشباع الحاجة إلى الانتماء وتقوية الهوية
- التمكين من مواجهة ضغوطات الحياة، ومنح الشعور بالأمن والاطمئنان
- حماية الذات ووقايتها من الأمراض<sup>4</sup>.

وبالنظر إلى أهمية هذه الأبعاد النفسية الاجتماعية، شكل الاهتمام بدراسة الدعم أحد الدعائم الأساسية للتنمية في بعدها الاقتصادي والاجتماعي والقانوني. مما أدى إلى بروز عدد من الدراسات التي بينت بأن عن الدعم أشكال متعددة، فهو يمكن أن يتخذ أوجها متعددة قد يكون فيها:

- ماديا أو معنويا
- مستمرا أو مؤقتا مرتبطا بظروف أو حالة الأزمة
- يمكن أن يقدم من طرف الأقارب والمعارف والأصدقاء، أو من طرف المختصين أو المؤسسات

كما اهتمت نفس الدراسات بإبراز تعدد أوجه الدعم واختلافها، باختلاف المصادر والجهات المدعمة وأيضا باختلاف زمن الدعم، مدته و الغاية منه. مما أضاف لمفهوم الدعم بعدا تقنيا يهتم بوضع استراتيجيات "تخطيط أشكال الدعم"<sup>5</sup> والتي تتكون من 5 مراحل كالآتي :

- 1 . تحديد الأهداف الحيوية المرغوب فيها بالنسبة للشخص
- 2 . تحديد مدى الاحتياج إلى الدعم
3. بلورة الخطة الفردية للدعم
- 4 . تتبع التقدم الحاصل بفعل الدعم

<sup>4</sup> - Ovejero Bernal, Anastasio, Ibid, P. 178.

<sup>5</sup> - Verdugo Migel Angel e L.Schalok, discapacidad e inclusion, Amaru, Salamca, 2013, P.102.

5. إجراء تقييم لسيرورة الدعم ونتائجه (والتي يبقى من المنتظر أن ترفع من جودة حياة الفرد).

و يبقى الدعم في بمختلف معانيه، بمثابة علاقة سيكواجتماعية تشاركية، ذات بعد بنوي وظيفي، متعددة الأطراف، ومنغرسه ضمن عدد من التمثلات والتقييمات الثقافية، مما يجعلها بعيدة كل البعد عن أية مقارنة علاجية أو مرضية. إنها علاقة قائمة على مقارنة نسقية تتناول بالدراسة الأفراد والجماعات اللذين يعيشون في أوضاع اجتماعية تخلق لديهم الإحساس بالألم وتمنعهم من الشعور بجودة الحياة<sup>6</sup>. والتدخل بالدعم يعني وضع خطة عملية بشراكة مع المعني، لأجل المساعدة على مواجهة الوضع والتخفيف من المعاناة، سعياً نحو الرفع من جودة الحياة. وخلافاً لذلك، فإن كل تدخل لأخصائي يعتبر نفسه ممتلكاً للمعرفة ملماً بالمهارات والكفاءات اللازمة، فإنه يبقى من المحتمل أن تصبح تعليماته بمثابة مصادر ضغوط إضافية بالنسبة للطرف المعني (فرداً كان أو جماعة) وليس مصدر مساعدة أو دعم.

وتبقى الخطوات الإجرائية للدعم السيكواجتماعي، متعددة بتعدد مجالات التدخل واختلافها، علماً بأن الأخصائي في الدعم هو أولاً وقبل كل شيء فاعل ضمن مجال الخدمة الاجتماعية. وتلك عملية تتمثل في سعيه نحو توفير مجموعة من الخدمات بناء على جمع المعلومات، تفهم شخصية العميل وظروفه الاجتماعية وعلاقاته مع بيئته، سعياً نحو مساعدته على استعادة توازنه الانفعالي والاجتماعي والعقلي والجسمي، وإعادة دمج ممارسته أدواره الاجتماعية الطبيعية<sup>7</sup>.

وسعياً نحو تعيين إجرائي لمفهوم "الدعم" ضمن مجال الإعاقة، فإنه يبقى من اللازم الانطلاق من مجموعة من الدراسات الميدانية والأدبيات النظرية التي اهتمت بدراسة سيكولوجية الإعاقة. مما ساهم في بلورة عدد من النظريات والتقنيات التي تهتم بمسألة الدعم والمرافقة السيكوتربوية للأسرة بشكل عام، وللآباء على وجه الخصوص. حيث أكدت كل هذه النظريات على مرور الأسرة عبر مراحل تطويرية،

<sup>6</sup> - Lara Sanchez, Francisco, El trabajo social y la ayuda psicosocial, Ed, ALJIBE, Málaga, 2005, P.133.

<sup>7</sup> - محمد سلامة محمد غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 132.

تنطلق من فترة الإعلان أو "الصدمة الإخبارية" عن الإعاقة، إلى الرفض والإنكار وعدم التقبل، ثم الانتفاض والعشوائية الانفعالية. وذلك إلى أن يصل الآباء تدريجياً إلى مرحلة يتم فيها تقبل الطفل الواقعي في مقابل الطفل المؤمل ( Faire le deuil). آنذاك يبدأ دور الأخصائي النفسي الاجتماعي، وذلك في الوقت الذي يتضح فيه "طلب" الآباء ورغبتهم في الحصول على المعلومات بخصوص إعاقة طفلهم، طرحهم للسؤال، حاجتهم إلى الفهم، وطلبهم للمساعدة والدعم من طرف الأخصائي<sup>8</sup>. عند هذه المرحلة بالضبط، يبدأ تدخل هذا الأخير بكيفية تضمن نجاح عمله، وذلك لما يصبح المناخ الأبوي بشكل خاص والأسري بشكل عام، مهيناً لمقاربة تشاركية فاعلة.

أما بخصوص طرق واستراتيجيات التدخل مع الآباء، فهي تبقى متعددة بتعدد المقاربات، والتي منها ما يركز على ما هو معرفي، ومنها ما يهتم بما هو عاطفي، ومنها ما يهتم بما هو تفاعلي. وبما أننا نتناول موضوع الدعم من زاوية سيكواجتماعية، فإننا نميل أكثر إلى تبني المقاربة النسقية الواردة مع Thomas Campbell منذ سنة 1986، La théorie générale des systèmes، والتي سوف تفرز فيما بعد ما يعرف بنظرية "العلاج النسقي الأسري". وتنطلق المقاربة النسقية من أن ولادة أو إصابة طفل بإعاقة، هو حدث سوف يمس كيان الأسرة ويخلخل توازنها، من أجل إعادة بلورة توازن جديد أكثر تناسبا مع الظروف المستجدة. وبصرف النظر عن بعض الاختلافات الجزئية، تتميز النظرية النسقية بتأكيداها على أهمية التفاعل من جهة، واشتغالها على تدعيم القدرات (في بعدها الشخصي والجماعي) على التكيف، من خلال التركيز على "الحدث الصادم" والممثل للإعاقة في هذا المجال. فأمام "الحدث الصادم"، تبقى قدرة الأفراد على معيشة الألم، تقاسمه، والحديث بخصوصه متفاوتة بين الأسر. إذ غالبا ما يتوقف الأمر على:

- مدى جودة الارتباطات داخل النسق الأسري
- طبيعة وظائف الأسرة وأدوارها
- الخاصيات المميزة للحياة السيكولوجية للأسرة كجماعة<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> - Nader-Grosbois, Natalie, Psychologie du handicap, de boeck, Bruxelles, 2015, P.50.

<sup>9</sup> - Nader-Grosbois, Natalie, Ibid, P.147.

مما يبرز أهمية التدخل بالدعم لتقوية فاعلية الأسرة، ومساعدتها على المواجهة والتحدي والانفتاح، من خلال تنمية قدرات أفرادها على المستوى المعرفي والتواصل للتعبير عن الانفعالات، وتحقيق نسبة أكبر من التضامن عن طريق إعادة توزيع الأدوار بين سائر أفرادها. وتحقيقا لذلك، سوف نتناول فيما يلي بعض الخطوات الإجرائية، الممثلة للدعم المقدم للأسر التي يوجد أحد أبنائها في وضعية إعاقة. حيث يتعين على كل أخصائي نفسي اجتماعي، أن ينطلق في هذا السياق من مجموعة من الأوليات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

### 1. "التدخل المبكر" مع الأسرة:

وتمثل النظرية "النسقية" بشكل عام، أحد أهم المقاربات المعاصرة، التي نبهت إلى أهمية الانتباه للأسرة باعتبارها نسقا. وبأن كل تحول يطرأ على أحد أفراد الأسرة إلا وسوف يمس بالأسرة في شموليتها. على اعتبار أن العلاقات ما بين الأفراد داخل الأسرة هي علاقات دائرية وليست أفقية، فكل حركة وكل تغير سوف ينتشر بين سائر الأفراد وسوف يحرّكهم ويغير من أوضاعهم. وبناء على ذلك، فإنه يبقى من اللازم استحضار كل أفراد الأسرة بعد تشخيص الحالة والإعلان عن الإعاقة، لأجل مناقشة وتوضيح كيف سوف تؤثر وضعية الإعاقة على الحياة الأسرية. علما بأن كل إعلان عن تشخيص لوضعية إعاقة، هو في الوقت ذاته إقرار بوجود وضع جديد سوف ينعكس على حياة كل أفراد الأسرة بدون استثناء. ولعل ذلك ما يفسر كيف أن بعض الأسر تتفكك وتحل بفعل الإعاقة وبعضها يتلاحم ويتقوى ويخرج من هذه الأزمات أكثر قوة وصلابة وتماسكا. فالأمر يتوقف بالدرجة الأولى على طبيعة العلاقات الأسرية.

فإذا كنا نتحدث عن ضرورة الكشف المبكر بالنسبة للمرض أو الإعاقة، فإنه علينا أن نتحدث أيضا عن التدخل المبكر للأسرة. وذلك يعني بأن أول خطوات الدعم السيكوجتماعي تتمثل في ضرورة الانطلاق من الاتصال والتواصل مع الأسرة ككل. وذلك تجاوزا وتصحيحا لبعض الأخطاء التي كانت شائعة إلى عهد قريب، ألا وهي تركيز الأخصائيين والدارسين والعاملين في مجال الإعاقة، على الفرد الحامل للإعاقة وتجاهل باقي أفراد الأسرة. لذلك فمن بين الأوليات التي يتعين على الأخصائي النفسي إدراكها على هذا المستوى :

- وعيه بأن العلاقات الشخصية داخل الأسرة، لا تقل أهمية عن "المشكلة" أو مضمونها.
- الانتباه لألم ومعاناة La souffrance كل أفراد الأسرة، بنفس القيمة والاهتمام الذي نوليه لألم ومعاناة الشخص في وضعية إعاقة.
- النظر إلى الأسرة كوحدة، وذلك كما أشار Elman<sup>10</sup>، الذي شبه الأسرة باللعبة المتحركة فوق سرير الطفل، إذا لمس أحد أطرافه، فإن بقية الأطراف تتحرك بالتبعية. فكل متغير في أي نظام أسري، إلا ويرتبط بالمتغيرات الأخرى ويتفاعل معها، ولا يمكن الفصل بين هذه المتغيرات.

وبناء على ذلك، فإن الحديث عن "التدخل المبكر" مع الأسر، لا يقصد به أن يتحمل الأفراد مسؤوليتهم بخصوص وضعية الإعاقة فحسب، وإنما يقصد به أولا وقبل كل شيء، الاعتراف "بالمعاناة" التي يستشعرها كل فرد من أفراد الأسرة بكيفية معلنة أو خفية. ومن هنا أهمية إقحام كل الأفراد والحرص على انخراطهم وعدم تهميشهم، لأننا بذلك نسعى إلى تحريك طاقتهم، بشكل يحولهم إلى وحدة سيكولوجية ضمن سيرورة التعامل مع الوضع، مواجهته وتحسينه.

### 2. الوقوف على "الهوية" الأسرية:

والمقصود بذلك سعي الأخصائي إلى معرفة كيف يتمثل الأفراد "اسرتهم" أو بالأحرى انتمائهم الأسري، من خلال الوقوف على طبيعة العلاقات التي تجمع بين بعضهم البعض كأفراد، وأيضا العلاقات التي تجمع بينهم كأسرة (كنسق) بمحيطهم الاجتماعي. وذلك من خلال أخذه بعين الاعتبار لتاريخية العلاقات بين الأفراد. ومن هنا أهمية الوقوف على تاريخية العلاقات بين الزوجين، وأيضا تاريخية العلاقات بين الآباء والأبناء، (خاصة لما يتعلق الأمر بإعاقة مكتسبة أو في سن متأخرة). حيث تمكن هذه المعرفة بتاريخية العلاقات فهم نسبة هامة من السلوكات والممارسات الآنية وفي مقدمتها مثلا، مسألة التحالفات الداخلية سواء بين الإخوة، أو بين الأبناء وأحد الآباء، كذلك مسألة تصفية الحسابات، الانتقام، العنف، الخ. على اعتبار أن طبيعة

<sup>10</sup> - أيمان فؤاد الكاشف، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار قباء للطباعة والنشر،

العلاقات الآنية، في غالبية الأحيان إن لم نقل في عموميتها نتاج سيرورة من التراكمات.

كما يتعين على الأخصائي في هذا المجال، الوقوف على الخبرات والتجارب السابقة في التعامل مع المرض، وضعية الإعاقة، خاصة لما يتعلق الأمر بإعاقة ترتبط بالعامل الوراثي. وهنا نستحضر أهمية مواقف كل من Folkman Lazarus / seligman ، اللذين أكدوا على ضرورة الاهتمام "بالحكي" La narration . حيث يبقى من المفيد بالنسبة للأخصائي أن يقف على كيفية سرد أو حكي كل من الشخص في وضعية إعاقة، أو الأفراد المحيطين عن الإعاقة كوضعية مألوفة أو معاشة سابقا ضمن السياق الأسري. وذلك من خلال الوقوف على الحكي في أبعاده المختلفة، سواء على مستوى الأسلوب، أو طرق الحكي ومضامينه (كيف تحكي الأسرة عن الوضع ، كيف يتم الانصات، بكيفية فردية أو جماعية. ثم كيف يتم سرد وتقييم الخبرات السابقة، هل يتم استحضارها وتذكرها بكيفية إيجابية أو بكيفية سلبية ومدمرة).

وفي إطار هذا التعامل مع تاريخية الأسرة، يجد الأخصائي نفسه مجبرا على المعرفة Les systèmes de croyances الأنساق الاعتقادية، منظومة القيم المتوارثة، والتي تعكس الكيفية التي تتمثل بها الأسرة الأزمة الصحية، كيف تفسرها وتقيمها. ومن هنا الاهتمام بنظرية "الإسناد" في علاقتها بتكوين المعتقدات بخصوص كيف يحصل المرض أو الإعاقة؟ ما دور الفرد ومسؤوليته فيما يحدث؟ هل هناك استحضار لدور القضاء والقدر؟ مدى حضور وفعالية التمثلات الدينية وفي مقدمتها فكرة "المومن مصاب" أو فكرة "إن الله يمهل ولا يهمل".

وفي ظل هذا الوقوف على "الأنساق الاعتقادية"، لا يفوتنا التنبيه إلى أهمية انتباه واستحضار الأخصائي لطبيعة العلاقات الجندرية. وذلك سواء على مستوى تمثّل الإعاقة بناء على متغير الجنس (إعاقة الذكر/ الأنثى) أو على مستوى طرق تدبيرها واقعيا ضمن المعيش اليومي. وذلك من خلال ملاحظته لكيفية توزيع الوظائف والأدوار لأجل العناية بالطفل في وضعية إعاقة. ومن بين الملاحظات الأكثر إثارة للانتباه في نسبة هامة من المجتمعات، هو إسناد مهام العناية بكل أشكال المرض أو العجز أو الإعاقة للنساء. حيث نجد ضمن عدد لا يستهان به من الثقافات، سيادة مجموعة من التقاليد والعادات تجعل من أساليب العناية والتمريض والمرافقة في

حالات المرض أو العجز، مسؤولية أنثوية خالصة تقصي الذكور وتمنعهم من التدخل لما في هذه الممارسات الخدماتية في اعتقادها من انتقاص لمفهوم الرجولة.

وتبقى الإحاطة بهذه الأبعاد الانثروبولوجية للصحة والمرض والإعاقة أمرا حيويا، يتعين على الأخصائي استحضاره عند حديثه مع الأسرة، وسعيه لأجل وضع خطة عملية تهدف إلى مواجهة الوضع الجديد والتكيف معه. حيث تمثل هذه "الأنساق الاعتقادية"، معطى أساسي في هيكله السلوكيات وتوجيهها، والتي على أساسها قد تصبح الأسرة وسطا فاعلا في التعامل مع الإعاقة أو معيقا يدفع نحو الانسحاب والتراجع. ومن هنا أهمية وضع الأخصائي لنوع من Chronogramme يحدد من خلاله كيفية تفاعل الأسرة مع وضعية الإعاقة ضمن "دورة الحياة"، يحدد من خلاله:

- كيفية تمثّل الإعاقة "كوضع" جديد

- كيفية تفاعل الأفراد ضمن هذا السياق الجديد

- القيم المصاحبة لمختلف هذه المراحل ومدى تغييرها وتكيفها مع وضع الإعاقة كواقع جديد.

### 3. رسم خارطة الاقتدار:

لعل ما يميز مجال الإعاقة عن المرض، هو أن المرض كثيرا ما يتم تدريجيا وذلك خلافا للإعاقة، والتي غالبا ما يتم الدخول إليها بكيفية مفاجئة، (ولادة، حادثة ...) مما يطرح صعوبات على مستوى المواجهة والتكيف. والذي يحتاج إلى استراتيجيات عاطفية معرفية وسلوكية ممتدة في الزمن حتى تستجيب للوضع الجديد وتتمكن من التأقلم معه. إلا أن الصعوبة الكامنة هنا، هو أنه كلما تعلق الأمر بوضع مفاجئ، كلما احتاج إلى تكيف سريع. وفي ظل هذه الخصوصيات، سوف تنحصر أو خطوات الدعم النفسي والاجتماعي في مجال الإعاقة، إلى سعي الأخصائي نحو المساعدة على وضع "خارطة طريق". إنها خارطة سيكواجتماعية أهم ما يميزها هو منح الأسرة ما يطلق عليه الباحثين "الشعور بالسيطرة على الوضع"، Le sentiment du contrôle .

ويبقى المقصود "بالشعور بالسيطرة على الوضع"، هو مساعدة كل من الشخص وأسرته، على منح وضعية الإعاقة كحدث جديد تفسيرا معرفيا واضحا يمنح الشعور بالمعرفة، ومن ثمة السيطرة على الوضع والتحكم فيه. وذلك علما بأن للإنسان ككائن سيكومعرفي، القدرة الذاتية على إدراك أوضاعه وتحليلها وفقا لتمثلات معينة

قد تكون علمية وواقعية، كما يمكن أن تكون خرافية أو ميتافيزيقية. كل هذه التمثيلات على اختلاف طبيعتها أو مضمونها، سوف توجه سلوكاته وتنعكس بشكل أكيد على كيفية تعامله مع واقعه وتدريبه لمستجدات حياته<sup>11</sup>. الشيء الذي من شأنه أن يساهم في توطيد العلاقات الأسرية ويسعى إلى نضجها، وتفجير طاقاتها أو العكس. ويقول Victor Frankh<sup>12</sup> في هذا المجال: "إن الجانب المعرفي للإنسان هو المجال الحقيقي للحرية. لأنه في أحلك الأوضاع وأكثرها عتمة وقتامة، يبقى بمقدور الشخص منح واقعه معاني خاصة من اختياره. لأنه لا وجود لواقع موضوعي بعيدا عن تجربة ذاتية تمت معاشتها بكيفية شخصية". وبناء على ذلك، يبقى الإنسان كائنا متميزا، إذ بالإضافة إلى بعده العلائقي الفطري الذي يتقاسمه ومختلف الكائنات، فهو كائن منتج للمعاني، ومن هنا أهمية الوقوف على المعنى الذي يمنحه الفرد للوقائع والأحداث. واستنادا إلى هذه الفكرة، برزت طريقة معينة في العلاج تدعى Logo thérapie، "العلاج من خلال المعنى". والتي تقوم على أساس إبراز مدى أهمية البنيات المعرفية، بما تتضمنه من قيم ومعتقدات، إسنادات شخصية لعدد من المعاني والدلالات التي يعتمدها الشخص في تدريبه لواقعه ومواجهته لأزمات الحياة. فكلما تم الاشتغال على البنيات المعرفية، وتقوية شعور الفرد بالسيطرة على الوضع، كلما تم تمكينه من مواجهة الوضع بشكل أفضل.

وببقى Le sentiment du contrôle شعور مزدوج، يجمع ما هو معرفي بما هو عاطفي بما هو سلوكي. إلا أنه يحتفظ عند ارتباطه بمجال الإعاقة ببعض الخصوصيات التي يمكن تلخيصها في أربع معطيات معرفية أساسية نسردها كالآتي:

- الفهم، الاستيعاب، والإدراك المعرفي والواقعي لوضعية الإعاقة، كوضع معقد يستبعد الشفاء.

<sup>11</sup> - Quiles del castillo, Maria nieves, y otros : Psicología social : procesos interpersonales, Ed, PIRAMIDE, Madrid, 1998, P.19.

<sup>12</sup> -Sandrin, Lciano, Psicología del enfermo, Ed, Sal Terrae, 2015, Cantabria, P.64.

- إدراك البعد الزمني للإعاقة باعتبارها وضع ممتد في الزمن. ولا أحد بما في ذلك الطاقم الطبي أو التربوي أو غيره، يمكنه أن يتكهن فيما إذا كان هذا الوضع الآني سوف يزداد حدة وعمقا أم العكس.
- ضرورة الاضطلاع والبحث عن المعلومات، والدراسة والتكوين أحيانا، لفهم نوعية الإعاقة وخصوصياتها، ملابساتها. ومن شأن هذا السعي نحو المعرفة والفهم بنوعية الإعاقة، تمكين الأسر من تجاوز الإحساس بالذنب أو لوم الذات، أو فكرة العقاب الإلهي. كما أنه من شأن المعرفة أيضا أن تؤدي إلى الواقعية وعدم تكوين آمال واهية، وتضييع الوقت والمال والجهد.
- السعي إلى التشاركية في بناء "خارطة الاقتدار" بين الأخصائي والأسرة. مما ينبغي أن يدفع نحو انخراط الآباء وابتعادهم عما يمكن تسميته "بالمرافقة السلبية". والتي يقصد بها الانسحاب "المعرفي" للآباء وتوكيل أمورهم للأطباء، المربين، المراكز، واستسلامهم، وموافقتهم على أي برنامج تربوي أو تعليمي معرفي ....، دون إبداء أي رد فعل، أو ملاحظة أو تقييم. علما بأن كل إعاقة هي حالة خاصة متغيرة، تقتضي مواكبة وإجراءات تتناسب وخصوصية الوضع وطبيعة التحولات الطارئة عليه. وهنا يتعين على الأخصائي تنمية هذا البعد التفاعلي والتشاركي، وإخراج الآباء من دور "الشريك السلبي" أو دور "المتشكي". موضحا بأن الأسرة هي الفاعل الأول، وبأن المنزل هو المجال الأساسي للتعلم والمنطلق الحيوي للادماج.

وتفيد بعض الملاحظات والتجارب العينية، بأن سعي بعض الآباء نحو البحث وتنمية مهاراتهم وفهمهم لإعاقات أبنائهم، قد جعل منهم أحد العناصر المحركة للمعرفة والبحث العلمي. فكثير من الخبراء في مجال الإعاقة، هم آباء أو أشخاص حاملين لإعاقات معينة. خاصة لما يتعلق الأمر ببعض الإعاقات المعقدة، التي أصبح بعض الآباء فيها يمثلون أحد المصادر المعرفية الأولية، نتيجة ملاحظاتهم وتدخلاتهم اليومية مع أبنائهم. ويقدر ما يكون هذا السعي إلى الفهم والتقبل صعبا، بقدر ما يمثل أحد الخطوات الأساسية التي يتعين على الأخصائي الاشتغال عليها مع الأسرة. إذ بدون هذه الجهود المعرفية، يبقى من المحتمل جدا أن يعم الخوف والعجز والانكسار، مما سوف يزيد من تعميق المعاناة من جهة، والانعكاس سلبا على وضعية الشخص الحامل للإعاقة من جهة ثانية. وكلما تعلق الأمر بالأطفال، كلما تعمقت

أشكال التعثر وتكثفت العراقيل والإكراهات سواء على مستوى التعلم أو الدمج أو حتى اكتساب الحقوق والتمتع بها.

#### 4. التعامل "الطبيعي" مع الإعاقة:

على هذا المستوى، يتولى الأخصائي النفسي الاجتماعي إلى جانب الطاقم الطبي، توضيح فكرة ضرورة التعامل مع وضعية الإعاقة بكيفية "طبيعية". و هنا يطرح السؤال : ما المقصود بالوضع الطبيعي؟ ثم إلى أي حد يمكننا الحديث عن وجود وضع طبيعي واحد أو موحد للتعامل مع الإعاقة ؟

للإجابة عن هذه التساؤلات نقول بأنه لا يمكن الحديث عن وجود نموذج واحد للتعامل مع وضعية الإعاقة، بكيفية يمكن تطبيقه على كل الأسر. قد نجد بعض التشابه بين الأسر، إلا أن ذلك لا ينفي بأن لكل أسرة طابعها الخاص، بناء على وضعها، إمكانياتها، دينامياتها العاطفية، المعرفية والسلوكية الخاصة بها، والمهيكل للعلاقات المابين شخصية ضمنها.

فلعل ما نقصده بالوضع الطبيعي هنا هو الانطلاق من خصوصية الأسرة وإمكانياتها، مع السعي إلى مساعدتها على الاستمرارية في متابعتها لنفس نمط حياتها السابق (أي قبل حصول الإعاقة) بأكبر درجة من "الطبيعية". فتبتعد الأسرة قدر الإمكان عن إحداث تغييرات جذرية في نمط حياتها. مثلا الاستقالة عن العمل، قطع الصلة بالأصدقاء أو المعارف، قطع الزيارات فلا تزور ولا تزار، تغيير السكن ... مما تصبح معه الإعاقة المحور الأساسي والمهيكل لحياة كل أفراد الأسرة. ولعل هذا المعيار، هو الذي يمكننا من التمييز ما بين الأسر المقتردة أو الوظيفية، والأسر ذات رد الفعل الباطولوجي.

صحيح أن الإعاقات أنواع قد تكون ولادية أو مكتسبة، قارة نسبيا أو متطورة مع الزمن، تحصل فيها أزمات أو ذات بعد روتيني.. الخ، كما أنه صحيح أيضا، بأن إمكانيات الأسر المادية والمعنوية تبقى متباينة بتباين مجموعة من المعطيات التي تخرج عن إرادة الأفراد ورغباتهم، إلا أن ذلك لا يلغي ضرورة استمرارية الحياة بالرغم من وقوع الإعاقة. وذلك علما بأن "وضعية الإعاقة" أمر يخضع لسيرورة زمنية متباينة، سوف تتغير حتما بتطور سن الأفراد وتغير من أدوارهم وقدراتهم.

ومن بين الأسس التي ينبغي للأخصائي التأكيد عليها تحقيقا لهذا "التعامل الطبيعي" مع وضعية الإعاقة، توضيح نوع، طبيعة، ونسبة الخدمات التي يمكن أن تقدمها الأسرة. هذه الخدمات التي ينبغي أن تبقى متناسبة والإمكانيات المادية والمعنوية للأسرة، وطبيعة توزيع الأدوار والوظائف بداخلها. وبناء على ذلك، يتعين على الأخصائي مناقشة طبيعة هذه الخدمات، وإقناع الآباء بأنها يجب أن تكون متوافقة مع "الحد الضروري" لطاقتهم، دون أن يتسبب ذلك في خلق أي إحساس باللوم أو تأنيب للضمير.

وتحقيقا لذلك، يتعين عليه أيضا تنبيه الأسرة إلى عامل الزمن، وإلى ضرورة أخذه بعين الاعتبار بالموازاة مع الإمكانيات المتوفرة للعناية بالشخص في وضعية إعاقة ودعمه والاستجابة لمطالبه واحتياجاته. فعلى الأخصائي، أن ينبه الأسر إلى عدم استنزاف كل طاقتها، لأنه مهما ارتفعت نسبة إمكانياتها وطاقتها على الدعم والعناية، فإن هذه الإمكانيات يبقى من المحتمل أن تتضاءل بفعل الزمن وليس العكس. إذ كثيرا ما تسعى بعض الأسر في المراحل الأولى لوقوع الإعاقة إلى استثمار كل إمكانياتها، وأحيانا بذل مجهودات مضيئة تفوق طاقتها المادية والمعنوية، متناسية أو غير منتبهة لعامل الزمن. الشيء الذي غالبا ما ينتهي بمثل هذه العينات من الأسر إلى الشعور بالإرهاك، ومن ثمة الوقوع في الإحباط وربما التراجع والانسحاب. ومن بين أخطر انعكاسات هذه الأوضاع المنهكة، هو البعد اللاواعي أو الغير معلن عنه لهذا التعب والإرهاك الذي قد يكون ماديا و معنويا في الوقت ذاته. إذ قلما يتم الإعلان والإفصاح عن التعب، خاصة لما يتعلق الأمر بالأمهات. مما ينعكس سلبا على الأسرة كمنسق، وعلى الشخص في وضعية الإعاقة على وجه الخصوص. لذلك يتعين أن يكون سقف الخدمات الأسرية واضحا، معقولا، ومتناسبا مع طاقة الأسرة المادية والمعنوية<sup>13</sup>. هذا بالإضافة إلى أهمية تنويع البرامج وتغييرها، تماشيا مع طبيعة سيرورة الحياة، تحقيقا للتوازن سواء في بعده الأسري، أو في بعده الشخصي المرتبط بكل فرد على حدة.

<sup>13</sup> - Rolland, John S, Familias, enfermedad y discapacidad, Ed, Gedisa, Barcelona, 2011, P.173.

## 5. التدقيق المعلوماتي:

يفيد التدقيق المعلوماتي، الحاجة إلى تأكد الأخصائي من مدى استيعاب الأسرة للتشخيص المقدم من لدن الطاقم الطبي، ومدى موافقتها واستعدادها للتقبل هذا التشخيص والموافقة عليه والتكيف معه. على اعتبار أنه إلى جانب كل تشخيص طبي، توجد مقارنة ذاتية للموضوع. قد تكون هذه المقاربة ناتجة عن سوء الفهم، كما يمكن أن تكون مبنية على خبرات سابقة أو معلومات مستقاة من منابع ثقافية أو معرفية أخرى (الثقافة الشعبية). وبناء على ذلك، فإن أول ما ينبغي أن يقوم به الأخصائي، هو طرح بعض التساؤلات للتأكد من مدى حصول الفهم المعرفي للوضع مثلا:

- مدى معرفة الآباء لنوع الإعاقة التي يعيشها الطفل
- مدى استيعابهم للمعلومات التي قدمها الطبيب بخصوص الحالة
- مدى معرفتهم بالتحويلات المستقبلية أو المحتملة حسب رأي الطبيب
- ثم أخيرا ملاحظته لمدى اتفاق أفراد الأسرة وتقبلهم واقتناعهم بالتشخيص المقدم من قبل الطاقم الطبي.

هذا بالإضافة إلى ضرورة انتباه الأخصائي ومرافقته للأسرة، في سيرورة علاقتها بالطاقم الطبي والمؤسسة الاستشفائية. (لوقوف على مدى ثقة الأسرة في كفاءة الطبيب،... الخ) ويبقى الهدف هنا، هو السعي إلى التقليل من حدة التوتر أو القلق الناتج عن الجهل المعرفي، سواء على مستوى تمكن أفراد الأسرة من الحصول على المعلومات المتعلقة بوضعية الحالة، أو فهمها أو إدراك مختلف الاحتمالات المستقبلية المرتبطة بها. كما أنه من شأن هذا التدقيق المعلوماتي أيضا، أن يخفف من مشاعر الذنب أو اللوم التي قد تسود بين أفراد الأسرة. فكلما كان هناك فهم ووعي يقظ بطبيعة الإعاقة، كلما كان ذلك مساعدا على والوضوح في الرؤيا، والتعامل بشكل واقعي مع وضعية الإعاقة والتكيف مع ملبساتها.

## 6. التعامل مع الطفل في وضعية إعاقة كشخص Sujet وليس كشيء Objet :

بعد التشخيص والإعلان عن وجود الإعاقة، كثيرا ما يميل الآباء إلى تمثل الطفل "كموضوع طبي"، حيث تختزل هوية الطفل في الإعاقة، ولا يتم إدراكه أو الحديث

عنه إلا من خلال الإعاقة وعبرها. مما يحوله إلى موضوع "مكسور" أبرز ما يميزه هو حاجته المستمرة إلى التدخل والترميم الطبي.

فبالرغم مما تقدمه أغلب الأسر للأطفال في وضعية الإعاقة من عناية واهتمام طبي، فإن ذلك لا ينفي احتمالية معاناة هذه العيانات من الأطفال من "الرفض" في غياب مساعدة الأسرة ودعمها. وتبقى المعطيات الكامنة وراء هذا الرفض متعددة، لأسباب مادية، نفسية واجتماعية. ومن بين أبرز الأسباب النفسية، تعارض هذا الطفل الواقعي مع صورة الطفل المنشود من جهة، ثم افتقاده "كإبن" في نظر نسبة هامة من الآباء لمشروع حياة مستقبلية. فالطفل الذي يوجد في وضعية إعاقة، هو في نظر الآباء شخص بدون مستقبل، وبالتالي فإنه لا يسجل ضمن خارطة الارتباط أو الانتماء العائلي بالمعنى الحقيقي أو الدقيق للكلمة. على اعتبار أن أول شروط الانتماء هي تحقيق الامتدادية للأسرة، من خلال تمكن الفرد من بناء هوية تمنحه الاستقلالية في بعدها الفردي والاجتماعي.

وفي ظل هذه المعطيات، تبرز أهمية مساعدة الآباء، والدفع بهم إلى إدراك الطفل والنظر إليه والتعامل معه "كشخص"، وذلك قبل النظر إلى وضعية الإعاقة التي يوجد عليها والتي لم يخلقها لنفسه. وذلك من خلال:

- مساعدة الآباء على تخطي الحلم بالطفل المأمول، وتجاوز الشعور بالأسف ولوم الذات.
- مرافقة الآباء لتجاوز "الجرح النرجسي"، المتمثل في فشلهم كأزواج وكآباء في إنجاب طفل غير معاق
- تدريب الآباء ومساعدتهم على إدراك طفلهم من خلال التركيز على قدراته وامكانياته، تقديرها، والانطلاق منها لتنميتها.

وذلك من خلال اشتغال الأخصائي على البنيات المعرفية سعيا نحو تغيير اتجاهات الآباء، تمثلاتهم وإسناداتهم، التي ينبغي أن تتجاوز ربط الطفل بأشكال العجز التي يعاني منها، سعيا نحو التركيز على أشكال التعلم وتثمينها قدر الإمكان. وذلك بشكل ينتقل فيه حديث الآباء من التركيز على "ما يعجز الطفل عن القيام به، إلى ما هو قادر على إنجازه".

## 7. إعادة الهيكلة والتوازن :

تنطلق النظرية النسقية من قيام كل نسق على ثلاث خاصيات حيوية، ألا وهي: التنظيم Organisation، التأقلم Adaptation، والتناغم Cohésion. مما يصبح معه كل حدث أو تغير يمس بأي جزء من أجزاء النسق، إلا ويقتضي تحرك هذه المعطيات الثلاث، وإعادة هيكلتها سعيا نحو تحقيق التوازن Homéostasie<sup>14</sup>. وبناء على ذلك فإن "وضع الإعاقة"، سوف يؤثر حتما على الأسرة كنسق، وعلى طبيعة العلاقات السائدة بداخلها سواء على مستوى الكم أو الكيف، سعيا نحو إعادة بناء التوازن وفقا للوضع الجديد. ومن هنا ضرورة انتباه الأخصائي إلى أشكال "التحالف" القائمة بين أعضاء الأسرة، ومحاولة فهمها وتفسيرها على ضوء التغيرات الحاصلة بفعل وضعية الإعاقة. على اعتبار أن وضعية الإعاقة قد تغير من طبيعة التحالفات، فإما أن تزيد في تعميقها، كما يمكن أن تؤدي إلى انحلالها وتعويضها بتحالفات جديدة. وتمثل "العلاقة الثلاثية"، أحد أهم الميكانيزمات التي يتعين على الأخصائي تحليل طبيعتها (والتي يمكن أن تكون إيجابية ووظيفية، كما يمكن أن تكون سلبية وهدامة) وتفيد التجارب الميدانية بأن الأسر ذات الارتباطات العاطفية القوية، كثيرا ما يكون من الصعب الاشتغال معها، إذ كثيرا ما ترفض تدخل الأخصائي، كما أنها غالبا ما تكون لها مشاكل مع الطاقم الطبي.

ومن بين أنواع الارتباطات والتحالفات الأسرية يمكننا أن نستحضر هنا على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- قد يحصل التقارب بين الزوجين من أجل مصلحة الطفل، بعد أن كانا مختلفين متخاصمين
- الزوجة / الأم تتحد مع الطفل في وضعية إعاقة ضد الزوج
- تولي الطفل الذي يوجد في وضعية إعاقة، مهمة دور الوسيط بين الآباء
- تدخل الأجداد في النسق الأسري بفعل وجود الطفل في وضعية إعاقة
- الخ

وبالنظر إلى مدى تأثير العلاقة بين الأزواج بولادة أو إصابة أحد الأطفال بالإعاقة، أصبحت "إعاقة الطفل"، بمثابة إحدى المؤشرات المعتمدة لاختبار مدى صلابته العلاقة الزوجية أو هشاشتها. إذ غالبا ما تؤثر وضعية الإعاقة على طبيعة العلاقة بين الزوجين وتجعلها في محك التجربة والاختبار. مما يفسر أسباب تكتل بعض الزوجات وتقاربها بفعل الإعاقة، في مقابل فشل بعضها الآخر وانفصالها. وسعيا نحو تدعيم الأسر، والأخذ بيدها لمواجهة ما تطرحه وضعية الإعاقة من تحديات، يتعين على الأخصائي تنبيه أفراد الأسرة إلى ضرورة إعادة توزيع الأدوار بينهم، إرساء لقواعد توازنات أكثر توافقا مع الأوضاع الجديدة. ومن بين التساؤلات التي ينبغي طرحها:

- إلى أي حد انتبه أفراد الأسرة إلى ضرورة إعادة توزيع الأدوار تماشيا مع الوضع الجديد؟
- في حال تغيرها، كيف تغيرت هذه الأدوار؟ كيف تعاش؟ من يتحمل القسط الأكبر من المسؤوليات؟ هل تم الاتفاق على ذلك؟

كما يتعين على الأخصائي ملاحظة معالم التناغم والتقارب الحاصلة داخل الأسرة في مقابل معالم الابتعاد ووضع الحدود. فيلاحظ أساليب الارتباط ودرجتها، احترام الاختلافات الفردية، درجة الاستقلالية، مراعاة الخصوصيات الشخصية، ثم مدى تطور هذه المعطيات بحسب تطور حياة الأسرة علما بأن لكل مرحلة وكل سن مظاهر معينة لأشكال التناغم. وفي هذا السياق، يتعين على الأخصائي الحرص على اقتسام وتوزيع المهام، إشراك الجميع، وعدم ترك الشخص المعاق تحت سيطرة طرف واحد، حتى وإن كان ذلك الطرف يحسن معاملة الطفل في وضعية إعاقة أو يرغب في التكلف والعناية به.

## 8. تعيين طبيعة التواصل داخل الأسرة:

إن لكل تواصل كما نعلم وظيفتين أساسيتين، هما تبليغ المعلومة أي الإخبار، وتحديد نوع العلاقة القائمة بين الطرفين (أمر، طلب، تحديد نوع السلطة، المكانة...). ومن بين أبرز شروط "تمكين" الأسر التي تعيش وضعية إعاقة، هو تمكن أفرادها من تحقيق تواصل إيجابي وفعال. فالأسر التي تتمكن من مواجهة الوضع والتأقلم معه، ليست تلك التي لا توجد فيها مشاكل أو صعوبات أو تلك التي تتوفر

<sup>14</sup> -Rolland, John S, Familias, enfermedad y discapacidad,Ed, Gedisa, Op.Cit, P. 58.

على إمكانيات مادية، وإنما تلك التي تتواصل بشكل جيد. وذلك علما بأن وجود الإعاقة غالبا ما يغير من طبيعة التواصل بين أفرادها.

وتجدر الإشارة إلى أنه كلما تعلق الأمر بوضع مزمن ممتد في الزمن كما هو الأمر مع الإعاقة، كلما خلق على المستوى السيكولوجي الغموض، الصعوبة، الخوف والقلق، سواء على المستوى الآني أو المستقبلي. مما ينتظر أن يولد داخل الأسرة شحنات قوية من التوتر والانفعال، والتي سوف تؤثر لا محالة على درجة ونوعية التواصل بين أفرادها. وبناء على ذلك، فعلى الأخصائي أن يهتم بمدى قدرة الأفراد على التواصل في بعده الأدوات المعرفي أو في بعده العاطفي، ويقوم بطرح بعض التساؤلات بخصوص:

- ما تأثيرات الإعاقة على التواصل؟
- هل يتم الحديث بين الأطراف حول موضوع الإعاقة؟ متى؟ ماهي المدة التي يستغرقها الحديث؟
- من الذي يؤثر الحديث؟
- هل يشارك المعني بالإعاقة في الحديث؟ هل يتم الحديث أمامه؟
- ما هي المشاعر الأكثر سيطرة على هذا التواصل؟
- من هي الأطراف الأكثر تواجدا بخصوص الإعاقة؟

ويستحسن على هذا المستوى المتعلق بالتواصل أن يطرح الأخصائي أسئلته بكيفية جماعية وفردية. فيميز بين المواضيع التي يمكن مناقشتها مع الجماعة وتلك التي يمكن مناقشتها مع الأفراد على انفراد (مثلا: هل هناك مواضيع تطرحها مع نفسك فقط؟ مع من يمكنك التواصل بخصوص هذه المواضيع لو فكرت في اقتسامها؟)

## 9. تعيين الشبكة الاجتماعية والدفع نحو الانفتاح:

من بين أبرز ما تشتمل عليه منه أغلب الأسر هو العزلة أو الإحساس بالعزلة. بينما تفيد كل النظريات والتجارب الميدانية، بأن التوازن السيكولوجي لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال التفاعل الإيجابي مع المحيط، وذلك سواء تعلق الأمر بالأفراد أو الجماعات. ومن هنا ضرورة انطلاق سيرورة الدعم من تعيين مجمل العلاقات الاجتماعية التي تتوفر عليها الأسرة (الأقارب، الجيرة، الأصدقاء، زملاء العمل، ...) وتحديد نوع المساعدة التي تمنحها أو يمكن أن تمنحها للأسرة سواء على المستوى الآني أو

المستقبلي. وفي هذا السياق، يتعين على الأخصائي أن يقوم بتعيين نوع وطبيعة الشبكة الاجتماعية على مستويات متعددة:

- على المستوى المعرفي: تحديد: عددها، كثافتها، انسجامها، درجة ووتيرة اللجوء إليها، مدى استفادته من هذه الشبكة على مستوى إرشاده، توجيهه، أو تزويده بالمعلومات الضرورية
- على المستوى المادي: تقييمه للمساعدات المادية المتوفرة في محيطه
- على المستوى العاطفي: تعيين كيفية إدراك هذه الشبكة وتقييمها من خلال مدى الشعور بالتفهم، التعاطف، التقبل، إحساس الشخص بأنه محبوب مرغوب فيه، الشعور بالثقة، تقاسم الأفكار، التبادلية
- على المستوى السلوكي: تقييمه وتفاعله مع السياق الذي يقدم فيه الدعم: هل هو اختياري أم مفروض، هل فيه مقابل، هل هناك استغلال من نوع ما... الخ.

وبالرغم مما يمكن أن يحيط بالشبكة الاجتماعية من إكراهات أو صعوبات، فإن حرص الأخصائي على ضرورة المساعدة على الانفتاح وتجاوز العزلة يبقى حيويا. لأن الإعاقة كثيرا ما تدفع نحو الانعزال الذي قد يكون بكيفية شعورية أو لا شعورية، نتاج اختيار أو إكراه. وتفيد أغلب الملاحظات والتجارب الميدانية إن لم نقل كلها، بأن النسق المغلق الذي يرفض أو يعجز عن الانفتاح، غالبا ما يعيش بفعل العزلة أشكالا إضافية من الإختلال والعجز، مما يساهم في تأجيج التوترات وانفجارها.

## خلاصة:

من خلال وقوفنا على بعض استراتيجيات الدعم السيكولوجي الاجتماعي لأسر الأطفال في وضعية إعاقة، نشير بأن كل دعم للأسر هو في الوقت ذاته تمكين لها. على اعتبار أن إشراك الوالدين في برامج رعاية الأطفال في وضعية إعاقة، يعد أمرا لازما لتحقيق التكامل والفاعلية لهذه البرامج<sup>15</sup>. إذا كانت كل النظريات السيكولوجية بدون استثناء، تؤكد على أهمية دور الأسرة باعتبارها المجال الأول والأساسي لاحتضان الشخص وتنشئته وتعليمه وتقوية قدراته لتحقيق اندماجه، فما بالنسبة للشخص الذي

<sup>15</sup> - سمية طه جميل، الإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 2005، ص 65.

يوجد في وضعية إعاقة. وذلك نظرا لما يتعين أن تؤديه التنشئة الأسرية للطفل في وضعية إعاقة من ورعايته تسهل من تمكينه وسيرورة ادماجه، في محيطه. وبناء على ذلك فإن تمكين الأسر التي تعيش وضعية إعاقة ينطلق من حاجتها الماسة إلى الدعم على مستويات متعددة نفسية، اجتماعية واقتصادية. الشيء الذي ينبغي أن ينبهنا إلى أهمية وحيوية العمل الذي يقوم به كل أخصائي نفسي اجتماعي في هذا المجال. هذا الأخير، الذي يتعين عليه أن يستحضر مختلف الأبعاد النفسية الاجتماعية الثقافية في تحليل الواقع العيني للأفراد والمساعدة على تدبيره. مما يقتضي انطلاقه من السيرورات المعرفية لكل من الشخص في وضعية إعاقة والأفراد المكلفين برعايته، للوقوف على كيفية تعيينهم وإدراكهم "لوضعية الإعاقة"، إتجاهاتهم نحوها كحدث "ضاغط"، وكيفية مواجهتها سعيا نحو إرساء قواعد التوازن النفسي والانفعالي للفرد واسرته. وبناء على ذلك، فمن بين الشروط الأساسية التي يتعين عليه الانتباه إليها ما يلي:

- الاحتياط من تصنيف الأسر إلى أسر "عادية" أو "غير عادية" في تعاملها مع الإعاقة. على اعتبار أن مفهوم "العادي" La normalité في الأسر أمر غير وارد. لأن الأسر هي أنساق تتفاعل مع محيطها، محاولة تحقيق التوافق مع وضعية الإعاقة، انطلاقا من قدراتها وإمكاناتها المادية والعاطفية.
- التعامل مع الأسرة كنسق، لا يمكن أن يحقق توازنه إلا من خلال إشراك كل أفرادها على اختلافهم (السن، الجنس، الأدوار...) وتواصلهم بشكل فعال.
- الوعي بأن الأسرة الناجحة هي تلك التي تتكيف مع الوضع وتعيش دورة الحياة Cycle de vie بنوع من المرونة حتى تتمكن من مواكبة تجدد الأزمات. فتعيش في تكيف مستمر، يراعي مختلف التحولات المعرفية والعاطفية سواء المتعلقة منها بدورة الحياة، أو تلك التي يمكن أن تطرأ بفعل وضعية الإعاقة أو المرض.

تلك هي أحد أبرز الشروط التي ينبغي مراعاتها عند تقديم الدعم، لكي نساهم كأخصائيين في تمكين النسق الأسري، وجعله نسقا متماسكا متعاوننا لمواجهة وضعية الإعاقة. فإذا كان الحديث عن "الدمج" قد أصبح يحظى بالأولوية ضمن مختلف المحافل والقرارات والوثائق الدولية، فعلىنا أن ندرك بأن سيرورة هذا الدمج تبدأ من الأسرة. إلا أنه لا يمكن للأسرة أن تصبح قنطرة للدمج في غياب

توفير أشكال الدعم والمساعدة لأفرادها. وبناء على ذلك، نشير بأنه قد آن الأوان لكي ننتقل من التصور الكلاسيكي الذي كان يتعامل مع الوظائف الأسرية كوظائف طبيعية أو فطرية، نحو تصور يعتبرها مهام اجتماعية بامتياز، ينبغي إدراجها ضمن مختلف السياسات والمشاريع والاستراتيجيات السياسية والاقتصادية للدولة.

### بيبليوغرافيا :

❖ أيمن فؤاد الكاشف، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 2001.

❖ محمد سلامة محمد غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.

❖ سميرة طه جميل، الإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 2005.

❖ Echeita, Gerardo, Educacion para la inclusion o educacion sin exclusiones, Ed. NARCEA, Madrid, 2015

❖ Lara Sanchez, Francisco, El trabajo social y la ayuda psicosocial, Ed, ALJIBE, Malaga, 2005, P.133

❖ Martos Mendez M.José, Carmen Pozo Munos, Enrique Alonso Morillejo, Enfermedades cronicas y adherencia terapéutica, Ed, Universidad De Almeria, Almeria, 2010.

❖ Nader-Grosbois, Natalie, Psychologie du handicap, de boeck, Bruxelles, 2015.

❖ Ovejero Bernal, Anastasio, Las relaciones humanas, Biblioteca Nueva, Madrid, 1998.

❖ Quiles del castillo, Maria nieves, y otros : Psicologia social :procesos interpersonales, Ed, PIRAMIDE, Madrid, 1998.

❖ Rolland, John S, Familias, enfermedad y discapacidad,Ed, Gedisa, Barcelona, 2011.

❖ Sandrin, Lciano, Psicologia del enfermo, Ed, Sal Terrae, Cantabria, 2015.

❖ Verdugo Migel Angel e L.Schalok, discapacidad e inclusion, Amaru, Salamca, 2013.

### وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي الإعاقة الذهنية نموذجا

زينب نجاري،

## وضعية الإعاقة ومؤشرات الفقر في الوسط الحضري المغربي الإعاقة الذهنية نموذجا

زينب نجاري،

أستاذة باحثة في علم الاجتماع

كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الجديدة

### ملخص

Le handicap est un phénomène mondial qui, selon des rapports attribués à des organismes internationaux, est particulièrement prévalent dans les pays en développement.

Au Maroc, et en dépit des efforts déployés pour comprendre ce phénomène et ses dimensions, afin de pouvoir y faire face de manière efficace, le contenu scientifique et les études quantitatives et qualitatives sur cette thématique restent assez limités.

Pour contribuer à enrichir ce contenu et fournir une base pour des études ultérieures, nous avons réalisé cette étude dans l'objectif de mettre en évidence la nature de la relation entre le handicap mental et les caractéristiques socioéconomiques, représentant les principaux indicateurs de la pauvreté, des familles concernées. Notre hypothèse de départ suppose l'existence d'un lien de causalité dans les deux sens entre la pauvreté et le handicap.

Nous avons pour cette fin mené une enquête au sein de quatre associations de soutien aux handicapés mentaux à Rabat et Fès, où nous avons interrogé les responsables, et les parents des personnes en situation d'handicap, durant la période entre mars et avril 2017.

À travers les interviews, nous avons collecté des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des familles, ainsi que les principaux indicateurs de la pauvreté qui sont le niveau d'instruction et les conditions de vie, notamment l'accès aux soins, le revenu et le logement.

Nous avons conclu que la relation entre la pauvreté et ses indicateurs et la situation d'handicap n'est pas forcément directe. Toutefois, mieux sont les conditions de vie, plus la personne en situation d'handicap est capable de mener une vie normale et contribuer à la société.

Les mots clés : situation d'handicap, handicap mental, pauvreté, indicateurs de pauvreté, associations de soutien.

## أولا- تقديم

أشارت كثير من الأبحاث والتقارير للبنك الدولي وغيره في الآونة الأخيرة إلى العلاقة القوية بين الإعاقة والفقر، حيث مما ورد فيها أن معدل انتشار الإعاقة في البلدان المنخفضة الدخل أعلى منه في البلدان ذات الدخل المرتفع<sup>16</sup>. وأن نسبة الإعاقة تنتشر أكثر في الفئات السكانية الأشد فقرا، وبين النساء والمسنين. وأن مخاطر التعرض للإعاقة تزداد أكثر بين تلك الفئات التي تعاني من وضعية الهشاشة كأصحاب الدخل المنخفض، أو العاطلين عن العمل، أو ذوي المؤهلات التعليمية الضعيفة<sup>17</sup>. فالعائلات التي تحضن فردا أو أفرادا في وضعية إعاقة، تتعرض إلى معدلات أعلى من الحرمان، ومنها عدم تأمين وتوفير الغذاء الصحي، والمسكن الملائم، والرعاية الصحية بسبب التكلفة العالية والمزمنة للعناية والخدمات التأهيلية<sup>18</sup>. وإن وجود طفل معاق داخل الأسرة معناه فقدان الاستقرار الاجتماعي والنفسي والاقتصادي. بل وقد تكون الإعاقة أهم عوامل التفكك الأسري. ولهذا فمعضلة الفقر تشكل إحدى أهم المشكلات التي يتحملها الأشخاص في وضعية إعاقة وأسرهم.

كل هذا أدى إلى حدوث تحول وتغير كبير في منهج التعامل مع قضية الإعاقة على المستوى الدولي خلال العقدين الماضيين، من منظور الرحمة والرأفة والشفقة إلى منهج حقوق الإنسان الذي يضمن المساواة في التمتع الفعلي بجميع الحقوق الواردة في الاتفاقيات الدولية لجميع البشر دون أي تمييز، وبما يضمن تحقيق مبادئ الديمقراطية والمساواة وتكافؤ الفرص والكرامة الإنسانية. وذلك لتمكين الأشخاص

<sup>16</sup> وجدت منظمة أوكسفام في إحدى دراساتها أنه كان من الممكن الوقاية أو علاج أكثر من نصف حالات العمى وضعف السمع في مرحلة الطفولة في إفريقيا وآسيا. وتوصلت هذه المنظمة إلى أن 100 مليون شخص يعيشون في فقر، وهم يعانون من إعاقات أصيبوا بها نتيجة سوء التغذية وعدم وجود نظام صحي سليم.

<sup>17</sup> البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية: موجز التقرير العالمي حول الإعاقة، 2011، ص 9.

<sup>18</sup> Nations Unies, CRPD : Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2014, p 4.

في وضعية إعاقة من العيش في استقلالية، والمشاركة بشكل كامل في جميع جوانب الحياة، ودمج أصواتهم بشكل أفضل في عملية صنع القرار. ومن ثمة أصبحت الإعاقة عبارة عن "وضعية" لها أبعاد سوسيو اقتصادية وقانونية وبيئية ونفسية، تمثل فيها الخدمات الموكبة للأشخاص في وضعية إعاقة عنصرا حيويا في تسهيل أو عرقلة اندماجهم على قدم المساواة مع غيرهم، وضمان استفادتهم من البيئة المادية المحيطة، ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات، والمرافق والخدمات الأخرى المتاحة لكل الناس<sup>19</sup>.

والمغرب لا يخرج عن هذا الإطار، فقد عرف خلال السنوات العشر الأخيرة اهتماما واضحا بالجانب الاجتماعي، بما فيها مجال الإعاقة، سواء من خلال العمل الحكومي، أو من خلال المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، أو من مساهمات مؤسسة محمد الخامس للتضامن، أو من تدخل بعض جمعيات المجتمع المدني، أو من تخصيص يوم وطني للأشخاص في وضعية إعاقة يصادف الثلاثين من مارس، مما كان له انعكاس إيجابي نسبيا على واقعهم. وفي هذا الصدد بينت نتائج البحث الوطني الثاني حول الإعاقة أن نسبة انتشارها على المستوى الوطني وصلت إلى 6.8 في المائة سنة 2014<sup>20</sup>، بالنسبة لمجموع عدد السكان. وهو ما يعني أن أسرة واحدة من بين أربعة أسر مغربية معنية بالإعاقة، ما يمثل نسبة 24.5 في المائة. وأن نسبة انتشار الإعاقة جد مرتفعة وسط مجموع الساكنة العامة للمغرب التي يتجاوز سنها ستون سنة، حيث وصلت إلى 33.7 في المائة. وهو ما يمثل معطى ديمغرافيا جديدا، نظرا لارتفاع معدل الشيخوخة، وما يترتب عن ذلك من أمراض تؤدي إلى الإعاقة. ولهذا نص الدستور المغربي على أن المغاربة كلهم سواء أمام القانون، كما نص على حقهم في الاستفادة من الرعاية الاجتماعية، والعناية الصحية والسكن اللائق. وشدد على التزام المغرب بحظر ومكافحة كل أشكال التمييز، بسبب الجنس

<sup>19</sup> الأمم المتحدة، الجمعية العامة : التقرير الختامي للجنة المخصصة لوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم، 2006، ص 14.

<sup>20</sup> وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية: البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014، ص 28.

أو اللون أو المعءءق أو الأءافة أو الأءءماء الأءءماعف أو الأءبوء؁ أو اللغة أو الإعاقة أو أف وضع شخصف مهما كان. كما ضمن السلامة الجسءفة والمعنوفة لءمع الأشخاص<sup>21</sup>.

وأذا كان الأشخاص فف وضعفة إعاقة فف المءءءع المغربف وءبره فءءلءون حسب نوع الإعاقة وءرءة ءءءءا؁ فأن ءءراءاء المهمءة بهءة القضافة؁ ءؤكد على ضرورة الأءصفف والأءشءفص من أجل أءءفار أفضل الطرق والأسالف للسلءطرة عليها؁ ولأءءءل والإءءماء؁ بأءءبار أن الإعاقة ءءنففة أكثرها صعوبة.

### 1- أهءاف ءءراءة وأهمفءها

ولهذا ءءءف هءة ءءراءة إلى الكشف عن العلاءة بفن الإعاقة؁ وخاصة ءءنففة؁ والأءصاءص الأءءماعفة والأءاففة للأسر؁ ومسءوؤ عفشهم؁ وطبفة المشكلاء الأءءصاءفة والأءءماعفة الأءءنون منها. وكذلك إبراز العلاءة بفن ءءنف المسمءوؤ الأءءمف ومسءوؤ الوعى الصءف للأباء؁ وبفن ءءور أو ءراءء ءءة الإعاقة. خاصة وأن سلوكاء بعض الأسر ءكون مسؤولة عن ءءوآ الإعاقة؁ وفف نفس الوءء المءءضر الأساسف من نءاءءها وآءارها السلبفة. وكل هءا من أجل إءءماء أفضل للأشخاص فف وضعفة إعاقفة ءءنففة ءءل المءءءع؁ بأءءبارهم رأسمالا بشرفا فمكنه المساهمة فف ءءمفءه؁ وءءبفر الأءاففة الساءءة والأءمءلاء عنه؁ والأءمكفن الأءءماعف له بفناء قءراءه وءأهفله ءءلمفما واقتصاءفا.

وآبرز أهمفة هءة ءءراءة فف كونها ءسعى إلى المساهمة فف إءراء المعرفة العلمفة والسوسفولوجفة ءول العلاءة بفن الأوءصاء الأءءصاءفة والأءءماعفة والأءاففة للأسر وبفن ءءة أوءصاء الأشخاص فف وضعفة إعاقفة؁ سواء كانت ءءنففة أو جسءفة؁ والآءار المءربفة عن هءة المشكلاء؁ والأءف ءعائف منها الأسرة والمءءءع. خاصة وأن المءلومااء المءوفرة عن ارءباط ءاءاء الإعاقة بالأءروف والأوءصاء المعفشفة المءءنففة فف المءءءع المغربف ءءبفر ناءرة. وكذلك مءاولفة الأءوصل إلى مءموءة من النءاءء العلمفة الأءف من شأنها أن ءساهم فف ءفسفر وفهم الظاهرة موضوع ءءراءة؁ وفءء المءال أمام ءراءاء سوسفولوجفة أخرى.

<sup>21</sup> المءلس الأءءصاءف والأءءماعف والببئف : ءفرفر عن الأشخاص المسفن فف المغرب؁ 2014.

## 2. الإشكال

ورغم المءبوءاء الملاءة فف مءال الإعاقة؁ والأءف ساهمء بشكل كبفر فف ءءور الأءءصاء الأءءماعف عن طرف المباءراء الرسمفة والعمل الجمعوف والأءعاونف؁ ورغم ما راكمه المغرب من ءءربة مهمة فف الأءاطف مع قضافا الإعاقة؁ كما أشرفنا إلى ءلك سابقا؁ فأن النءاءء ءبقف ضئفلة فف مواءة ارءفاء ظاهرة الشفءوآ وءءم القضاء على الفقر القروف والءضرف؁ والأءباطؤ فف وضع الإعاقة فف سفاساء ءءنمة الأءءصاءفة وبرامءها؁ فف ظل ما ءعرفه بلادنا من ءءولاء سفاسفة واقتصاءفة وأءءماعفة وءءاففة؁ الأمر الءف فءطلب إءءاء وءعم مزفء من البءوآ العلمفة والمفءائف المءعلقة بالإعاقة فف المغرب؁ وءكءفف المءبوء لإفءاء البفاناء اللازمة لفهم الظاهرة من زوافا مءءلفة؁ وإبراز طبفة العلاءة بفن الإعاقة والهشاشة الأءءماعفة والفقر؁ والإءابة عن إشكلاء مءءلفة فءرفها هءا الموضوع منها ما فلف:

- ما علاقة الإعاقة ءءنففة بالفقر ومؤشراءه فف المءءءع المغربف؟

- إلى أف ءء ءؤءف الأوءصاء السوسفواقتصاءفة السفئة إلى ءءوآ الإعاقة ءءنففة لءف الأسر؟

- ما هف أهم المشكلاء الأءءصاءفة والأءءماعفة للأسر؟

- ما هف أهم الأءءباءاء والأءءماء المءءلفة الأءف ءءءاءها الأسر لمواءة مشكلاء الإعاقة ءءنففة؟

- ما هف أهم المعفقاء الأءف ءقف فف وءه ءءور رفافة وإءماء هءة الفءاء فف المءءءع؟

- ما الأءوار الأءف فمكن أن فقوم بها المءءءع بكافة نءمه مؤسساءه لءمكفن الأشخاص فف وضعفة إعاقفة من المءارف والقفم والمهاراء الأءف ءسهل لهم المءشاركة وءقبل المءءءع لهم؟

### 3- الفرضية

للجواب عن هذه الأسئلة، انطلقنا من فرضية أساسية مفادها أن هناك علاقة قوية بين وضعية سوسيواقتصادية وهي الفقر، ووضعية ذهنية وجسدية وهي الإعاقة في المجتمع المغربي. فكلما تعددت مؤشرات الفقر، كلما زاد احتمال الوقوع في وضعية الإعاقة، والعكس صحيح، فكلما عانى شخص ما من وضعية إعاقة ذهنية / جسدية كلما أدى ذلك إلى فقره وفقر أسرته.

### 4- المنهجية

وللتحقق من الفرضية أعلاه اعتمدنا من الناحية النظرية على أهم المداخل السوسيوولوجية التي تطرقت لموضوع الإعاقة في بعدها السوسيواقتصادي، خاصة وأن قضايا الجسد والصحة والمرض احتلت مكانة هامة في السوسيوولوجيا عامة، وسوسيوولوجيا الصحة خاصة، مثل مقاربات تالكوت بارسونز وميشيل فوكو، وكلودين هيرزليتش وغيرهم، والتي اهتمت بتحليل وتفسير وفهم ما يمارسه المحيط الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والبيئي من تأثير على صحة الأفراد والجماعات والطبقات، معتبرة المرض ظاهرة اجتماعية تحمل الكثير من الدلالات والرموز في كل المجتمعات، حيث تتجه كل الجماعات البشرية إلى تأليف علاقة بين النظام البيولوجي للجسد، والنظام الاجتماعي والثقافي، ونمط العيش. كما اعتمدنا على تقارير دولية ووطنية وأبحاث أبرزت مختلف القضايا التي يطرحها هذا الموضوع المعقد.

واستندنا من الناحية العملية إلى معطيات ميدانية من مدينتي الرباط وفاس من خلال بعض الجمعيات الفاعلة في الإعاقة الذهنية، حيث تم تطبيق تقنيتي الملاحظة بالمشاركة والمقابلة على عدد من أرباب الأسر، وعلى بعض المسؤولين والفاعلين داخل هذه الجمعيات، وذلك بالتركيز على نوعين من الإعاقة الذهنية، وهي التثلث الصبغي 21 والتوحد، وعلى ثلاث مؤشرات للفقر، وهي نقص الدخل، نقص التعليم والصحة، وظروف السكن، الأمر الذي تطلب منا الاعتماد على مناهج كيفية للوصول إلى الهدف المنشود.

هكذا تمت مقابلة عشرين شخصا، تم اختيارهم من الجمعيات المعنية بالإعاقة خلال شهري مارس وأبريل 2017، وذلك كالتالي:

- 10 حالات لأرباب أسر يعاني أحد أبنائها من التثلث الصبغي من جمعيتين في مدينة الرباط<sup>22</sup>.

- 5 حالات لأرباب أسر يعاني أحد أبنائها من التوحد من جمعيتين من مدينة فاس<sup>23</sup>.

- 5 مسؤولين عن الجمعيات المذكورة.

## ثانيا. الإطار النظري

### 1- مفهوم الإعاقة

تعتبر الإعاقة وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية ظاهرة معقدة. نظرا لتعدد وإختلاف أبعاده وأشكاله ويقدر عدد المصابين عالميا بأحد أشكال الإعاقة بأكثر من مليار شخص أي حوالي 15 في المائة من سكان العالم. وقد اعتمد البحث الوطني الثاني حول الإعاقة<sup>24</sup> التعريف الدولي لها<sup>25</sup>، والذي ينص على أن مصطلح الأشخاص ذوي الإعاقة يشمل "كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل، حركية أو ذهنية أو إدراكية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين"<sup>26</sup>.

ومن خلال هذا التعريف يتبين أن الإعاقة أنواع كثيرة ومختلفة، مثل الإعاقة الحركية، والإعاقة الحسية، والإعاقة الذهنية، والإعاقة العقلية، والإعاقة المزدوجة

<sup>22</sup> - الجمعية المغربية لمساندة الأشخاص ذوي التثلث الصبغي (AMSAT).

- جمعية آباء وأولياء الأطفال ذوي التثلث الصبغي 21 (المسار).

<sup>23</sup> - جمعية مرآة للأطفال التوحديين بفاس.

- جمعية الصباح للأطفال التوحديين بفاس.

<sup>24</sup> وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية: مرجع ذكر سابقا.

<sup>25</sup> كما ورد في الاتفاقية الدولية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

<sup>26</sup> وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية: مرجع ذكر سابقا، ص 15.

والإعاقة المركبة<sup>27</sup>. وكل هذه الأنواع ناتجة عن التفاعل بين العوامل الشخصية التي تتمثل في كل أنواع القصور، والعوائق البيئية والاجتماعية التي يتعين على المجتمع إزالتها<sup>28</sup>. ومع التقدم في السن، تزداد احتمالات التعرض للمخاطر الجسدية والفكرية والاقتصادية، وكلها تشكل حالات إعاقة، حيث يعاني الشيوخ عموماً من أنواع متعددة من القصور، حركي، سمعي، بصري، جسدي، حشوي استقلابي. فالقصور والإعاقة يفيدان العجز عن العمل والاعتماد على الآخرين. والقصور والإعاقة يؤديان لا محالة إلى الفقر والهشاشة الاجتماعية.

ومن الإعاقات الذهنية التي ركزنا عليها في هذه الدراسة، إعاقة التوحد والتثلث الصبغي:

### 1.1- إعاقة التوحد:

التوحد هو ترجمة للكلمة اليونانية Autism، وتعني العزلة وليس الانطوائية<sup>29</sup>. وعرفته منظمة الصحة العالمية على أنه قصور يقود إلى محدودية في النشاط والمشاركة الاجتماعية. وقد أكدت معظم الدراسات الطبية والنفسية وغيرها أن التوحد اضطراب وإعاقة في النمو السليم للطفل. وتظهر أعراضه بشكل واضح في السنوات الثلاث الأولى من عمره. وله أسباب مختلفة، أهمها، ما هو جيني حيث يؤدي إلى تشوهات في بنية الدماغ، مما ينتج عنه قصور في اكتساب اللغة والتواصل الاجتماعي واللعب التخيلي. كما بينت الدراسات الأمريكية للطب النفسي أن من أعراض التوحد اختلالات كيفية ونوعية على مستوى التفاعل الاجتماعي المتبادل، وعلى مستوى اللغة والتواصل، إضافة إلى نمطية ومحدودية السلوكات والاهتمامات

<sup>27</sup> عبد الرحمان بوعبدلي: الإعاقة بالمغرب بين المواثيق الدولية والقوانين الوطنية، الدار البيضاء، ط1 2016، ص 13-14.

<sup>28</sup> الأمم المتحدة، الجمعية العامة: التقرير الختامي للجنة المخصصة لوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم، 2006، ص6.

<sup>29</sup> أحمد محمد اضبيعة: ذوو الاحتياجات الخاصة وكيفية التعامل معهم، ليبيا، ط1، 2010،

والأنشطة<sup>30</sup>. وأن شدة الإصابة بالمرض تتراوح ما بين الشديدة إلى الخفيفة ومن طفل لآخر، أي أنه ذو طيف من الأعراض تختلف ما بين الأطفال المصابين<sup>31</sup>. ويعتبر التشخيص المبكر للمرض ذو أهمية كبرى في التدخل المبكر للعلاج ولإدماج في المجتمع. ويعد عام 1943 الحد الفاصل بين التعامل مع الأطفال التوحديين بشكل عشوائي غير علمي والتعامل معهم بشكل علمي<sup>32</sup>.

غير أن الدراسات والأبحاث المعاصرة بينت أن التوحد ليس اضطراباً أو نقصاً أو مرضاً بل هو اختلاف وأسلوب آخر في الكينونة والوجود<sup>33</sup>، حيث بين لورون موترون " Laurent Mottron" في كتابه "التوحد ذكاء آخر" أن التوحد ليس مرضاً، وذلك بناءً على تجارب علمية مقارنة بين دماغ المتوحد ودماغ السوي، معتبراً أن الخصوصية الدماغية للمتوحد هي ما يفسر طريقة إدراك المعلومات عند التوحدي، والتي تركز على الدقة والتفصيل وتبتعد عن العمومية والتجريد، مما يجعل بعض التوحديين لهم قدرات أخرى هائلة كالقدرات البصرية، وإدراك الأجزاء والذكاء المنطقي والتذكر<sup>34</sup>.

### 2.1- إعاقة التثلث الصبغي 21، أو متلازمة داون:

هي اضطراب في توزيع الصبغيات، بغض النظر عن الظروف المادية والاجتماعية المؤدية إلى ذلك. وعادة ما تكون نتيجة لوجود صبغي إضافي، حيث يصبح هذا الشخص له 47 صبغية بدلا من 46. وبذلك تكون متلازمة داون هي حالة جينية ناتجة عن كروموزوم زائد في الخلية<sup>35</sup>. غير أن أسباب حدوث متلازمة داون لم تعرف، فهي تحدث لأسر من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية والعرقية. لكن هناك عوامل تزيد من احتمال وقوع الإصابة، مثل القابلية الوراثية

<sup>30</sup> عبد العزيز عليوي: عالم التوحد، مقارنة نفس-مرضية إكلينيكية لتوحد، إفريقيا الشرق 2015، ص 27-28.

<sup>31</sup> أحمد محمد اضبيعة: ذوو الاحتياجات الخاصة وكيفية التعامل معهم، ليبيا، ط1، 2010، ص 178.

<sup>32</sup> أحمد محمد اضبيعة: مرجع ذكر سابقاً، ص 169.

<sup>33</sup> عبد العزيز عليوي: مرجع ذكر سابقاً، ص 9.

<sup>34</sup> عبد العزيز عليوي: مرجع ذكر سابقاً، ص 12.

<sup>35</sup> أحمد محمد اضبيعة: مرجع ذكر سابقاً، ص 128-129.

والتعرض للأشعة، وتقدم الأم أو الأب في السن، وتعرض الأم لمشكلات نفسية وسوسيواقتصادية وغيرها من العوامل.

## 2. مؤشرات الفقر والهشاشة

تبنت الأمم المتحدة في البداية مفهوما ضيقا للفقر ينحصر في الفقر المادي، غير أنها اعتمدت فيما بعد مفهوما أشمل للفقر وللرفاه يستند إلى كتابات "أمارتيا سن" عن القدرة الإنسانية<sup>36</sup>. ثم تطورت المعالجة ضمن سلسلة تقارير التنمية البشرية التي صدرت عن البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، والتي تزامنت مع انعقاد عدة مؤتمرات عالمية في التسعينات تناولت موضوعي الفقر والتنمية<sup>37</sup>. وبذلك أصبح مفهوم التنمية منذ بداية التسعينات مرتبطا بالإنسان كصانع للتنمية وهدف لها، وليس فقط بما يحصل من خدمات مادية. وقد اعتبر البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة أن البشر هم الثروة الحقيقية للأمم، وأن التنمية البشرية هي عملية توسيع اختيارات البشر. ومن هذا المنطلق جاء مفهوم التنمية البشرية على أنه عملية لتوسيع خبرات الناس بزيادة القدرات البشرية. إضافة إلى كونها عملية متكاملة ذات أبعاد اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية، تهدف إلى تحقيق التحسن المتواصل لرفاهية الناس.

ومن أهم المؤشرات التي وضعها في مقاييسه مؤشر الدخل، والتوازن بين السكان والموارد، ومستوى الخدمات الصحية، ونسبة الأمل في الحياة، والتغطية الاجتماعية، وتوفير الغذاء المناسب، والحماية الاجتماعية للأمومة والطفولة والمعاقين والمسنين، ومستوى التمدرس ونسبة الأمية، ومدى إدماج المرأة في التنمية، ومدى مساهمة السكان في تدبير شؤونهم. إضافة إلى اعتماد معايير جديدة للتنمية ترتبط بالحرية وحقوق الإنسان، وأنظمة الحكم، والقوانين المحلية للدول، بل تجاوز ذلك الأمر

<sup>36</sup> أمارتيا سن: "التنمية حرة"، مؤسسات حرة وإنسان متحرر من الجهل والمرض والفقر، مجلة عالم المعرفة العدد 303، 2004.

<sup>37</sup> ياسيل يوسف: "الفقر وحقوق الإنسان"، منشور ضمن مؤلف: الفقر والغنى في الوطن

العربي، 2001، ص 67.

ليشمل ميادين الإبداع والفن<sup>38</sup>.

وهكذا أصبح تعريف "برنامج الأمم المتحدة الإنمائي" للفقر أنه "لا يعني قلة الدخل أو الفشل في الحصول على الحاجات الأساسية، أو قلة المنفعة بوجه عام، ولكنه يعني قصور القدرة الإنسانية... وحتى في منظور الدخل، فإن الفقر لا يعني قلة الدخل في حد ذاته، ولكن عدم وفاء الدخل بالنشاطات والتوظيفات التي تتولد عنها القدرة الإنسانية المناسبة للشخص"<sup>39</sup>.

وكذلك تعريف البنك الدولي للفقر، بأنه الحرمان الشديد من الحياة الرضية، فإن يكون المرء فقيرا معناه أن يعاني الجوع، وأن لا يجد المأوى والملبس، وأن يصاب بالمرض فلا يعتني به أحد، وأن يكون أميا ولا يلتحق بالمدرسة. والأمر أكثر من ذلك... فالفقراء الذين يعيشون أوضاع الفقر يتعرضون أكثر من غيرهم للمعاناة من الأحداث غير المواتية الخارجة عن سيطرتهم، وكثيرا ما يلقون معاملة جائرة من مؤسسات الدولة ومن المجتمع، ويستبعدون من إبداء الرأي والسلطة في تلك المؤسسات<sup>40</sup>.

إذن لم يعد الفقر يحدد بعوامل مادية، وإنما اتسع مفهومه ليشمل الفقر البشري الذي يهتم بالعجز والحرمان المسجل في ثلاث ميادين: أمد الحياة والتعليم ومستوى المعيشة. واتسع مفهومه ليشمل أيضا الإقصاء الاجتماعي الذي يدل على تراجع التضامن وانقطاع الروابط الاجتماعية.

أما مفهوم الهشاشة الاجتماعية فيشير إلى مجموعة الأشخاص الذين يوجدون فوق عتبة الفقر. ولكن يكونون مهددين بالوقوع في الفقر حين التعرض لأي خطر اجتماعي. أي احتمال تعرض الأسرة للفقر في المستقبل بسبب صدمات اقتصادية مفاجئة، أو فقدان الآليات لمواجهة الحالات الصعبة، كالمرض والإعاقة والبطالة والكوارث والأزمات.

<sup>38</sup> زينب نجاري: المحددات والأبعاد الاجتماعية للفقر بالوسط القروي، أطروحة جامعية لنيل

شهادة الدكتوراة، 2010، ص 42.

<sup>39</sup> برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: مكافحة وإزالة الفقر، مايو 1997، ص 13.

<sup>40</sup> البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم 2000 2001، ص 15.

### 3- الإعاقة بين البراد يغمين، الطبي والاجتماعي:

تجدد الإشارة إلى أن السوسولوجيا لم تعتبر الإعاقة ظاهرة اجتماعية إلا بعد الدراسات التي قام بها جورج كونغيليم، وميشيل فوكو حول العلاقة بين الوضعية العادية والسوية، والوضعية المرضية في المجال الطبي، حيث بين فوكو مثلا أن الأشخاص في وضعية حمق أو جنون ينتمون للفقراء المحبوسين في المستشفيات العمومية<sup>41</sup>، واستنتجا أن "السواء"، و"المرض" مفاهيم نسبية<sup>42</sup>.

كل هذا كان له تأثير على تطوير سوسولوجيا الإعاقة، وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1960 مع مدرسة شيكاغو، وخاصة مع ارفينغ كوفمان<sup>43</sup>.

وفي بداية 1980 نشر روبير مورفي كتابا تضمن تجربته الشخصية عن الإعاقة<sup>44</sup>. ثم تلاه كتاب جاك ستيكير الذي ناقش فيه الإدماج الرمزي للأشخاص المصنفين اجتماعيا في خانة الإعاقة، والذي يؤدي بهم لامحالة للإقصاء من الحياة الاجتماعية<sup>45</sup>. هذه الدراسات وغيرها ساهمت في تبلور براديغمين أساسيين حول الإعاقة، هما البراديغم الطبي والاجتماعي.

يركز البراديغم الطبي على البنية التكوينية للمريض وخصائصه العضوية التي تتميز بقصور وعجز تمنعه من الاستفادة والمشاركة في أنشطة الحياة الاجتماعية. وعلى علاج العضو المصاب، باعتبار أن الأشخاص في وضعية إعاقة هم مرضى لهم

أجساد غير عادية تعاني من عيوب خلقية تكوينية<sup>46</sup>. في حين أن البراديغم الاجتماعي يركز على المجتمع وأنساق القيم والمعتقدات والتمثلات السائدة فيه، والطريقة التي ينظر بها المجتمع للشخص في وضعية إعاقة<sup>47</sup>، فالجسد البشري بكل مكوناته العقلية والعضوية والنفسية ليس كيانا فيزيقيا ماديا يعيش خارج السياق الاجتماعي، وإنما يتأثر بالعوامل والمؤثرات السوسيواقتصادية. وهنا يبدو أن المجتمع هو سبب الإعاقة بمعنى أن المجتمع هو المعوق، وهو الذي لا يتكيف مع جميع أفراد<sup>48</sup>، لأن اللامساواة الصحية ترتبط بنمط العيش، وبالطبقة الاجتماعية وبالنوع وبالعمر، وبنوع التغذية، والأنماط الثقافية<sup>49</sup>. وهذه التمثلات تحول دون اشتراك ذوي الإعاقة في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية اليومية، وذلك بالميل إلى الوصم والتمييز<sup>50</sup>. إن العجز والإعاقة حسب هذا البراديغم ناتجان عن عدم رغبة المجتمع في الاعتراف بالاختلافات والفروق في الخصائص والإمكانات البدنية والعقلية بين ذوي الإعاقة وأقرانهم "العاديين"، مما يعرض هذه الشريحة من المجتمع إلى الإقصاء من فرص الشغل والتعليم، وغيرها. ويؤدي هذا الحرمان إلى الفقر الذي يؤدي بدوره إلى مزيد من الإعاقة. وأكدت منظمة الصحة العالمية أن كل فرد في المجتمع يمكن أن يفاجأ، ويصبح في وضعية إعاقة في لحظة من لحظات حياته، بمعنى أن جميع أفراد المجتمع معنيون بهذه الوضعية<sup>51</sup>.

<sup>46</sup> سي بشير كريمة: مدخل إلى سيكولوجية الإعاقة، ردمك، 2017، ص 21.

<sup>47</sup> Herzlich, Claudine : Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1984, 24.

<sup>48</sup> Mezyani Martial : Qu'entend-on par handicap, op cit, p, 153.

<sup>49</sup> أنتوني غيدنز، ترجمة فايز الصياغ: مرجع ذكر سابقا، ص 226.

<sup>50</sup> Goffman, Erving: Stigmate, les usages sociaux des handicaps, les éditions de Minuit, 2012, p 9.

<sup>51</sup> Mezyani Martial : op cit, p, 154.

<sup>41</sup> André Gueslin, Henri -Jacques Stiker : Gueslin, A. et Stiker, H.J.: Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX siècle, Paris, 2003. p 23.

<sup>42</sup> Mezyani Martial : la sociologie et le handicap: Quelles influences réciproques? In: Objectif Staps: Sociologie. Ellipses, 2017, p, 160.

<sup>43</sup> Mezyani Martial : Op cit, p 160-161.

<sup>44</sup> Murphy, R.F: Vivre à corps perdu: le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé.

<sup>45</sup> Stiker, J: Corps infirmes et sociétés. Essai d'anthropologie historique.

### ثالثا : نتائج الدراسة

#### 1- خصائص أرباب أسر الأطفال في وضعية إعاقة ذهنية

الجدول رقم 1 : توزيع أفراد العينة حسب النوع

أرباب الأسر	التكرار	النسبة
إناث	13	86.6
ذكور	2	13.3
المجموع	15	100

المصدر : البحث الميداني

من الأمور الأساسية التي لاحظناها وأكدها البحث الميداني هو تواجد الأمهات في الجمعيات المعنية بالأشخاص في وضعية إعاقة، حيث أن 86,6 في المائة من أفراد العينة إناث، فالأم هي المصاحبة وهي الرفيقة وهي الحاملة لهموم وأحزان الإصابة، كما عبرت عن ذلك بعضهن، وكأنهن هن المسؤولات عن ذلك. وقد صنفنا هؤلاء النساء أنواع الإعاقة، واعتبرن أن أسوأها هي الإعاقة الذهنية، نظرا لما تتطلبه من مواكبة ومصاحبة طويلة، لهذا نجد سن هؤلاء الأمهات يختلف من فئة إلى أخرى، كما يؤكد ذلك الجدول التالي:

الجدول رقم 2: توزيع أرباب الأسر حسب السن

سن أرباب الأسر	التكرار	النسبة في المائة
من 20 إلى 30	1	6.6
من 31 إلى 40	4	26.6
من 41 إلى 50	2	13.3
من 51 إلى 60	5	33.3
من 61 فما فوق	3	20
المجموع	15	100

المصدر: البحث الميداني

يظهر أن أغلب الأمهات قد تجاوزن سن الأربعين، مما يؤكد ثقل المسؤولية وطول مدة المصاحبة والتفرغ لها. كما نجد هؤلاء الأمهات مسؤولات عن أسر كثيرة العدد حيث تمنح الأم كل وقتها لابنها المعاق على حساب أفراد الأسرة الآخرين، إذ بينت النتائج أن حوالي 87 في المائة من الأسر لها ما بين 1 و6 أطفال، وأن 13 في المائة لهم سبعة أبناء فما فوق.

#### 2. محددات الإعاقة:

لا شك أن رصد المتغيرات والعوامل الأساسية المتعلقة بمسببات الإعاقة من شأنها أن تعين على تكوين رصيد معرفي حول المحددات المساهمة في إحداث الإعاقة من أجل دراستها وتحليلها عند وضع البرامج والخطط المستقبلية للوقاية منها، حيث يمكن أن يصبح الأطفال الذين يعانون من بعض أشكال العجز الجسدي أو الذهني معاقين إذا أدت عوائق سلوكية وبيئية إلى حرمانهم من حقوقهم الإنسانية، وإعاقة حصولهم على الخدمات الأساسية، ومنعهم من المشاركة على قدم المساواة مع الآخرين<sup>52</sup>، كسوء تغذية الأم والطفل أثناء فترة الحمل وتدني مستوى الوعي الصحي المرتبط بالولادة المتأخرة أو المبكرة، وظروف الولادة غير الصحية<sup>53</sup>. وذكر أحمد محمد اضبيعة عددا من الأسباب والسلوكيات المؤدية إلى الإعاقة بصفة عامة أهمها: الفقر، نقص فيتامين أ، عدم توفر المياه الصالحة للشرب، والمرافق الصحية المناسبة، الحوادث على الطرقات، وفي العمل وفي المنزل، الحروب والأغلام، الإجهاد المفرط للجسم، الحمل المتكرر والمتقارب، الامتناع عن الرضاعة الطبيعية، الإدمان على الكحول والعقاقير، العادات والتقاليد، الجهل والمواقف السلبية من الإعاقة، التمييز ضد المرأة، العوامل الوراثية و سوء استعمال الأدوية<sup>54</sup>. فهل يصدق هذا على عينتنا؟

<sup>52</sup> يونيسيف : حماية الطفل من العنف والاستغلال والإيذاء ، الأطفال ذوي الإعاقة،

[www.unicef.org/arabic/protection/24267\\_25754.html](http://www.unicef.org/arabic/protection/24267_25754.html) تاريخ الولوج 2017/3/25.

<sup>53</sup> رجاء ناجي : الأطفال المهمشون قضاياهم وحقوقهم منشورات الإيسيسكو، 1999، ص 48.

انظر كذلك:

- سي بشير كريمة: مدخل إلى سيكولوجية الإعاقة، الجزائر، ط 1، 2017، ص 110.

<sup>54</sup> - أحمد محمد اضبيعة: مجالات الرعاية الاجتماعية، ليبيا 2007، ص 187 إلى 189.

أرجعت بعض الأمهات تطور إعاقة ابنها (التوحد) إلى التأخر في التشخيص، بسبب رفض الزوج للفكرة وللحالة وكذلك جميع أفراد الأسرة. ولم تتأكد من الإصابة إلا بعد ملاحظتها لعدوانية ابنها المتزايدة وحركته المفرطة، وعدم النطق، وعدم التواصل بعد مضي سنتين من الولادة. غير أن ما أكدته أغلب الأمهات في حالة التوحد أن هناك أسباب موضوعية، وسلوكيات خاطئة مارستها الأسرة في تعاملها مع طفلها، منها تركه لوحده لساعات طويلة أمام التلفاز، كما جاء في إحدى الحالات، حيث أصبح الطفل يردد جملا باللغة العربية الفصحى خزنها في ذاكرته مما كان يسمعه. وأرجعت بعضهن سبب الإعاقة إلى شمه لروائح كريهة من الجيران تتعلق بالسحر والشعوذة. وهناك من رفضت استعمال كلمة الإعاقة واعتبرت الحالة "طييفا" للتوحد يمكن علاجه بكثير من العناية.

ومما أكدته بعض المسؤولين بناء على آراء طبية<sup>55</sup>، أن من أسباب الإعاقة وخاصة التثلث الصبغي 21 كبر سن الأم وظروف الحمل والولادة. وهذا ما لمسناه في العينة حيث صرحت إحداهن أنها أنجبت ابنها التاسع في حالة إعاقة، والبنت العاشرة في حالة سليمة، وأنها أنجبت كل أبنائها في منزلها بالبادية. كما صرحت أخرى أن سبب إعاقة ابنتها الأخيرة بعد خمس ولادات هو كبر السن.

غير أن إحداهن ذكرت أن سبب الإعاقة هو العنف الزوجي أثناء الحمل، إضافة إلى هجر الزوج. وهنا لابد من الإشارة إلى أن منظمة الصحة العالمية بينت أنه من بين الانعكاسات الخطيرة للعنف الزوجي على صحة المرأة العجز الدائم أو الإعاقة، وإصابات أثناء الحمل، والحمل الغير مرغوب فيه، أو في سن مبكر، والإجهاض، وغيرها<sup>56</sup>.

وقد عبر معظم الآباء عن شعورهم بالصدمة حينما تبينت لهم الإعاقة، وكانت أجوبتهم عن سببها تتراوح بين من أكدوا أهمية الظروف السوسيواقتصادية، وبين من اعتبروها شأنا يدخل في إطار القضاء والقدر.

<sup>55</sup> - تجدر الإشارة إلى أنه من الناحية الطبية يعتبر التقدم في السن من عوامل حدوث خلل في انقسام الخلية التناسلية.

<sup>56</sup> - خلود السباعي: المرأة والعنف، الدار البيضاء، 2016، ص 86.

وإذا كانت بعض التقارير الدولية والوطنية اعتبرت أن الإعاقة مشكلة متعددة الأسباب والأبعاد والنتائج، فإنه كلما اشتدت درجة الإعاقة، كلما زادت معيقات الاندماج الاجتماعي. ومن هنا يجب التساؤل عن المكانة التي يحتلها الشخص في وضعية إعاقة في علاقات الإنتاج وإعادة الإنتاج<sup>57</sup>.

### 3- الإعاقة ومؤشرات الفقر

تتفاوت العلاقة بين الإعاقة والفقر وتتطور داخل المجتمع الواحد، أو من مجتمع لآخر، حيث ذكر بعض المستجوبين في الجمعيات المعنية أن العلاقة بين هاتين المعضلتين ليست خطية، على الرغم من أن المؤشرات تشير إلى أن الأشخاص في وضعية إعاقة يظهرون أكثر في الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتدنية في جميع دول العالم بما فيها الدول الصناعية. وبما أن الفقر يتعدى الدخل المادي كي يشمل الحرمان من التعليم ومن الرعاية الصحية، ومن العزل والحرمان الاجتماعي، فإن الأشخاص في وضعية إعاقة هم الفئات الأقل استفادة من الفرص التي يتيحها المجتمع من أجل الدمج الاجتماعي.

وكنتيجة للإعاقة فإن العديد من الأطفال يتعرضون للوفاة، خاصة في المجتمعات الأشد فقرا، أو لظروف عيش قاسية تؤدي بهم إلى الحرمان من الحصول على فرص متساوية مع غيرهم.

وعموما لخصت منظمة اليونسيف المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر في مجموعة من العوامل منها ما يلي:

- انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
- وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع من الفئات الفقيرة والمحرومة التي لا تتلقى حدا أدنى من الخدمات الضرورية.
- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها عند غالبية أفراد المجتمع.

<sup>57</sup> Fassin, Didier : Les enjeux politiques de la santé. Editions Karthala, Paris,2000, p 36.

- وجود عوائق مادية وجغرافية مثل الفقر وعدم توفر الدعم المادي اللازم، وبعد المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة .

- عدم اعتبار الخدمات الاجتماعية للوقاية والمعالجة من الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية<sup>58</sup>.

### 1.3 الإعاقة وضعف المستوى التعليمي

اعتبر القانون المغربي الإطار رقم 97/13 لحماية الأشخاص في وضعية إعاقة أن 71.8 في المائة من الأشخاص في وضعية إعاقة ليس لهم أي مستوى تعليمي. وأن نسبة التمدرس في أوساط الأطفال في وضعية إعاقة لا تتجاوز 32.4 في المائة مقابل 92.6 في المائة في صفوف الأطفال الذين ليسوا في وضعية إعاقة<sup>59</sup>. ويعتبر عدم ولوج الأشخاص في وضعية إعاقة للتعليم بجميع أسلاكه من أهم العراقيل التي تواجههم . فهي تحرمهم من فرصة تنمية كاملة لملاكاتهم وقدراتهم على قدم المساواة مع الآخرين<sup>60</sup>.

وحسب معطيات البحث الوطني للإعاقة ، فإن 68 في المائة من الأطفال في وضعية إعاقة ما بين 4 إلى 15 سنة ليسوا بمدربين . ويعتبر 87 في المائة من أولياء الأطفال المعاقين غير المدربين أن الإعاقة تعتبر السبب الرئيسي. هذا ناهيك عن انتماء معظم هؤلاء الأشخاص لأوساط أسرية ليس لها حظ كبير من التعليم. ولعل الجدول التالي يوضح ذلك:

<sup>58</sup> مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر، الأردن ، ط1، 2011، ص

71.

<sup>59</sup> المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي : مرجع ذكر سابقا 2015، ص 10.

<sup>60</sup> البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية: مرجع ذكر سابقا، ص 12.

### الجدول رقم 6: توزيع أرباب الأسر حسب مستواهم التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي لأرباب الأسر
13.3	2	أمي
20	3	محو الأمية
13.3	2	الابتدائي
13.3	2	الإعدادي
13.3	2	الثانوي
26.6	4	جامعي
100	15	المجموع

المصدر: البحث الميداني

يبين الجدول أن 26.6 في المائة من أرباب الأسر لهم مستوى جامعي، بينما 73.3 في المائة يتراوح مستواهم التعليمي بين مستوى الأمية ومستوى الثانوي. ولا شك أن المستوى الثقافي للأسرة يؤثر على نظرتها وأساليب تعاملها مع الإبن المعاق. فالأشخاص في وضعية إعاقة الذين ينتمون إلى أسر تتمتع بمستوى مادي وثقافي مرتفع يستفيدون من فرص التعليم والتربية الخاصة المتاحة. لهذا يمكن القول أن انخفاض المستوى التعليمي للأمم مثلا يؤثر على درجة الوعي الصحي لديها مما يؤدي إلى ممارستها لسلوكات صحية خاطئة مسببة للإعاقة الذهنية ومنها الاستخدام الخاطئ للأدوية. إضافة إلى تفضيل بعض الأمهات الولادة بعيدا عن المراقبة الطبية بسبب الفقر أو الثقافة المحلية.. غير أن ما أكده بعض المسؤولين أن هذه العلاقة بين المستوى التعليمي للآباء وإعاقة الأبناء أيضا ليست خطية حيث لاحظوا أن هناك أرباب أسر ذوو دخل جيد ومستوى تعليمي عالي ولكن يهملون الإبن المعاق أو يتركونه لشخص آخر يتكلف به على اعتبار أن الإعاقة تعد وصما للأسرة.

وأثبتت دراسات أخرى أن الأمية الثقافية من العوامل الهامة في حدوث الإعاقة الذهنية فأغلب الحالات قد حدثت نتيجة العوامل البيئية المكتسبة بعد الميلاد. وتقوم الأم بدور إيجابي وسلبى في نفس الوقت في حدوث الإعاقة عامة والذهنية خاصة، إذ تعتبر علاقة الأم بالطفل من أهم العلاقات فهي تمثل أهم الأشخاص التي يرتبط بها، فهي تقدم له المساعدة والحب والحنان. وفي نفس الوقت قد تكون العامل الأساسي في حدوث الإعاقة وذلك لنقص المعرفة لديها<sup>61</sup>.

وعموما فإن عملية التكيف الاجتماعي عملية معقدة تتضمن القدرات السيكلوجية والأدائية للشخص في وضعية إعاقة ودرجة الدعم التي يتلقاها من محيطه الأسري والاجتماعي<sup>62</sup>.

### 2.3- الإعاقة والصحة والولوجيات

إذا كانت الصحة والمرض من المصطلحات التي يمكن تعريفها ثقافيا واجتماعيا باعتبار أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو صحي أو سوي<sup>63</sup>، فإن التمثلات الاجتماعية للمرض أو للصحة قد تزيد من حدة الإصابة حسب المعايير الاجتماعية والشبكة السيميائية المتداولة<sup>64</sup>.

وعلى الرغم من أن معطيات وزارة الصحة قد كشفت أن 34.1 في المائة من الأشخاص في وضعية إعاقة يتوفرون على تغطية صحية، من بينهم 60.8 في المائة يتوفرون على بطاقة راميد، وأن 15.4 في المائة منهم مسجلون بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وأن 12.7 في المائة منخرطون في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط

<sup>61</sup> مهدي محمد القصاص: التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية، في المؤتمر العربي الثاني: الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية،

[/http://dr-banderlotaibi.com/new/2016](http://dr-banderlotaibi.com/new/2016)

<sup>62</sup> محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر عمان، الطبعة الأولى 2011، ص83.

<sup>63</sup> أنتوني غيدنز: مرجع ذكر سابقا، ص233.

<sup>64</sup> Adam, Philippe et Herzlich, Claudine : Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, Paris, 1994, p64.

الاجتماعي<sup>65</sup>، فإن المعيش اليومي لهؤلاء الأشخاص يجعل منهم فئة تعيش على هامش المجتمع، حيث يعانون يوميا من الوصم، كما يعاني أولياء أمورهم حين يضطرون لمصاحبتهم طوال حياتهم، فالشوارع والمدن والقرى ليست مهيأة للولوج، وكذلك وسائل النقل العمومي..ولهذا عملت وزارة الصحة على وضع مخطط عمل وطني حول الصحة والإعاقة 2015-2021، يهدف إلى ضمان ولوج الأشخاص في وضعية إعاقة إلى خدمات صحية ذات جودة في مجال الوقاية والتكفل وإعادة التأهيل، مرتكزة على المقاربة الحقوقية وسياسة القرب. ويتضمن هذا المخطط عدة تدابير وإجراءات<sup>66</sup>. إلا أنه بالرغم من توفر بلدنا على قانون الولوجيات منذ سنة 2003، ورغم مجهودات القطاعات المعنية، فإن صعوبة الولوج إلى الرعاية الصحية والحصول عليها من أهم العوائق التي تقف أمام إدماج حقيقي للأشخاص في وضعية إعاقة.

### 3.3- الإعاقة ومستوى الدخل

وتتجلى في تخلي كثير من الأسر عن المواكبة والتتبع بسبب عدم قدرتهم على تحمل التكلفة، حيث اشتكت كثير من الأمهات من ارتفاع تكلفة العلاج سواء على المستوى المادي أو على المستوى المعنوي، أو على مستوى الفترة الزمنية التي تستغرقها هذه المواكبة، باعتبار أن الإعاقة هي حالة مزمنة. ولعل الجدول التالي يوضح أكثر هذه العلاقة.

الجدول رقم 7: توزيع أرباب الأسر حسب المهنة

مهنة أرباب الأسر	التكرار	النسبة
ربة بيت	12	80
عاملة مساعدة	1	6.6
متقاعد	2	13.3
آخر	0	0
المجموع	15	100

المصدر: البحث الميداني

<sup>65</sup> وزارة الصحة: مخطط العمل الوطني للصحة والإعاقة 2015-2021. الرباط 21 أكتوبر 2015.

<sup>66</sup> وزارة الصحة: مرجع ذكر سابقا.

يظهر من الجدول أن معظم الأمهات الراعيات لأبنائهن في وضعية إعاقة بدون مهنة أي بدون دخل قار يمكنهن من تلبية حاجيات أبنائهن، ولهذا فهن يعتمدن على أزواجهن. وأغلبهن يأتين من أحياء هامشية أو فقيرة. ومعظم الأزواج كما يوضح ذلك الجدول أسفله لهم مهن هشة باستثناء بعض الحالات .

الجدول رقم 8: توزيع أرباب الأسر حسب مهنة الزوج أو الزوجة

مهنة زوج أو زوجة رب الأسرة	التكرار	النسبة
محامي	1	6.6
إطار إداري	1	6.6
خياط	1	6.6
ربة بيت	2	13.3
موظف عادي	2	13.3
حارس مدرسة	1	6.6
عامل في البناء	1	6.6
متقاعد	1	6.6
عسكري	1	6.6
آخر	4	26.6
المجموع	15	100

المصدر: البحث الميداني

ولهذا صرح كل أفراد العينة عن مدى معاناتهم ماديا في سبيل توفير كل متطلبات ابنهم المعاق، فأقل ما يمكن أن تصله التكلفة 3000 درهم للترويض والتدريس والنقل والعناية الصحية الخاصة بكل حالة. لهذا فالمستوى الاقتصادي للأسرة له دور هام في العناية.

ولم يخف أحد الآباء معاناته مع ابنته المعاقة، فمعاشه لا يتجاوز 2000 درهم في الشهر، فكيف يمكن أن يعيل أسرة متعددة الأفراد مع تكاليف ابنته في وضعية إعاقة، وقال: "إني أكافح لكي أعول أسرتي، وطلبت الحصول على سيارة أجرة (لاكريما)، ولكن لم أحصل عليها".

واشتكى أب آخر من صعوبة توفير الدواء ومتطلبات ابنته في وضعية إعاقة وابنه الآخر المريض مرضا نفسيا.

وصرحت إحدى الأمهات أن أبناءها يساعدونها في تحمل نفقات ابنتها المعاقة، حيث قالت: "التحليلات والأدوية مكلفة، الله غالب، إذا لم يتوفر لدي الدخل الكافي فلا أقوم بالعلاج، لأن الأمر يتعلق بالترويض الطبي على مستوى السمع والنطق والحركة".

إضافة إلى ما ذكرناه سابقا، فإن مثل هذه الأوضاع الهشة التي يعاني منها الشخص في وضعية إعاقة وأسرته تجد تبريرها في وجود مجموعة من العوامل الأخرى، كالتمييز على مستوى النوع، حيث أبرزت بعض الدراسات أن نسبة تشغيل النساء في وضعية إعاقة بلغت فقط 8,9 في المائة، مقابل 91,1 في المائة للذكور. وبناء على هذه المعطيات تعاني الفتيات والنساء في وضعية إعاقة من لا مساواة مزدوجة، تمييز علة مستوى النوع، وتمييز على مستوى الإعاقة<sup>67</sup>.

### 4.3 الإعاقة ونوع السكن

أظهرت النتائج أن معظم أرباب الأسر الوافدين للجمعيات يقطنون في مدينة سلا في أحيائها الفقيرة كقرية سيدي موسى. وأنهم يتنقلون مرارا ومنذ سنوات طويلة صحبة أبنائهم في وضعية إعاقة إلى مدينة الرباط من أجل الاستفادة مما تقدمه الجمعيات المتخصصة من خدمات .

ومما جاء في شهادة أحد الآباء، أنه يسكن في قرية سيدي موسى وأنه غير المنازل (العتبة) ثلاث مرات لكي تتحسن حال أبنائه. وقال "إن الحالة ضعيفة".

وذكرت إحدى الأمهات أن سبب إعاقة ابنتها الكبرى هو خوفها الشديد أثناء الحمل، وذلك بسبب سكنها في حي فقير بمدينة الرباط (دوار الحاجة)، كثيرا ما يسمع فيه الصراخ والشجار بين الجيران، أو بين بائعي الخضار.

يضاف إلى هذا ما بينه البحث الوطني الثاني حول الإعاقة في المغرب أن 30 في المائة من الأشخاص في وضعية إعاقة يجدون صعوبات في الوصول بمفردهم إلى

<sup>67</sup> رشيد الكانوني: الإعاقة بالمغرب، عنف التمثلات وممكنات التغيير، الدار البيضاء،

منزلهم، خاصة وأن 60 في المائة منهم يقطنون في الوسط الحضري، حيث الأرصفة والبنية التحتية ومعظم التجهيزات لا تستجيب لخصوصيات هؤلاء<sup>68</sup>، فما بالك في المجال القروي.

#### 4- التمثلات والعوائق

عبرت معظم الأمهات عن النظرة السلبية التي يحملها المجتمع عن الأسر التي تحضن شخصا في وضعية إعاقة. وبينت النتائج أن تصريحات الأمهات والآباء ركزت على معاناتهم اليومية، وأنهم يواجهون عوائق على جميع المستويات، على مستوى الإدماج، والتعليم، تكوين الآباء والمربين والحصول على الأدوات شبه طبية، غير أن أكبر عائق هو الرفض.

#### 1.4- المعاناة من الرفض والإقصاء الاجتماعي

تشير العديد من الأبحاث إلى أن مشكلات الأشخاص في وضعية إعاقة لا تعود إلى الإعاقة في حد ذاتها، بل تعود بالأساس إلى الطريقة التي ينظر بها المجتمع إليهم، ومدى تقبل الاختلافات للمشاركة العادية في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية اليومية<sup>69</sup>. بل وذهبت بعض الدراسات إلى أن إعاقة التوحد غالبا ما تتفاقم بإحساس الطفل بالرفض من والديه، مما يؤدي به إلى الخوف والانسحاب من جو أسري مليء بالمشاكل، فضلا عن العوامل البيوكيميائية والأسباب الفسيولوجية. فالعزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي من أهم أسباب هذه المشكلة<sup>70</sup>، ذلك أن أهم ردود الفعل الشائعة لدى الوالدين هي القلق والشعور بالذنب والإحباط واليأس والعجز عن مواجهة الموقف، مما يؤدي إلى التأخر في التشخيص ثم العلاج<sup>71</sup>.

<sup>68</sup> رشيد الكانوني: مرجع ذكر سابقا، ص 131.

<sup>69</sup> مهدي محمد القصاص: التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية، في المؤتمر العربي الثاني: الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية، <http://dr-banderlotaibi.com/new/2016>

<sup>70</sup> سوسن شاكر الجلبي: التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، سوريا، 2005، ص 49.

<sup>71</sup> مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، ط1، 2011، ص 67.

ولا شك أن الرأسمال الاجتماعي المتمثل في جودة العلاقات الاجتماعية تعتبر محددًا رئيسيًا للرفاه الإنساني<sup>72</sup>.

إن البدء بعزل الأفراد المعاقين اجتماعيا واقتصاديا منذ الطفولة يكرس تعميق الفجوة بينهم وبين أقرانهم العاديين، ويقلل في نفس الوقت من فرص التغلب على هذه المعضلة. كما أنه ينمي تشكيل تمثلات سلبية نحو هؤلاء، تتجلى في النظر إليهم على أنهم أفرادا لا يمتلكون القدرة على المشاركة والمساهمة في بناء المجتمع، مع العلم أن المشاركة الأساسية للأسرة مع الدعم والتوجيه من أفضل برامج التدخل المبكر والتي تمكن الطفل خلال نموه من ممارسة أدوار إيجابية في الحياة اعتمادا على تطوير قدرات مختلفة وصولا إلى نضج اجتماعي وانفعالي<sup>73</sup>. وفي هذا الصدد صرحت إحدى المستجوبات أنها تربي ابنة أخيها التي رفضها أبواها، وهي التي تتحمل المصاريف الكثيرة. كما صرح بعض العاملين في الجمعيات أن هناك فئات غنية وترفض المعاق وتعمل على إخفائه.

#### 2.4- الوصم

ميز كوفمان "Goffman, Erving" في كتابه "الوصم"، عموما بين ثلاث أنواع من الوصم. فهناك الوصم الناتج عن "تشوهات" جسدية، ثم الوصم الناتج عن عيوب مرتبطة بخصائص معينة تظهر بالنسبة للآخرين معبرة عن نقص في الإرادة أو عدم القدرة على التحكم في ميولات غير طبيعية مثل مدمني المخدرات، والمثليين ومحاولي الانتحار وغيرهم. ثم النوع الثالث الذي يرتبط بالاختلاف العرقي أو الديني والذي ينتقل من جيل لجيل عبر التنشئة الاجتماعية<sup>74</sup>. ولعل نوع الوصم الذي يلحق

<sup>72</sup> ريتشارد غ. ولكنسون، ترجمة محمد منير الأصبحي: المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، الرياض 2003، ص 271.

<sup>73</sup> مصطفى نوري القمش: مرجع ذكر سابقا، ص 68.

<sup>74</sup> Goffman, Erving: Stigmaté, les usages sociaux des handicaps, les éditions de Minuit, 2012, p 14.

أبناء أفراد عينتنا مرتبط باختلاف هؤلاء الأشخاص عن ما ينبغي أن يكونوا عليه في التمثلات الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية وإلى التمييز<sup>75</sup>.

وفي هذا الصدد صرحت كثير من الأمهات أن أقوال الناس من أكبر العوائق للإدماج، حيث قالت إحداهن "إن أقوال الناس ألبت علي حماتي". وذكر أحد الآباء أن ابنته في وضعية إعاقة تتعرض للعنف البدني كالضرب والإهانة من طرف أبناء الحي. وقالت إحدى الأمهات "المجتمع قبيح، الناس يتغامزون على ابنتي المعاقة حتى في المسجد وأخاف عليها من الاغتصاب. إن نظرة المجتمع لازالت ناقصة، وقليل من ينظر نظرة العطف".

ولهذا يعد الوصم والتمييز والإقصاء والتهميش من أهم التحديات التي يواجهها الأشخاص في وضعية إعاقة على جميع المستويات. فرغم الجهود المبذولة فإن حقوق هؤلاء المنصوص عليها في الإعلانات والأدبيات الأممية تتعرض لانتهاكات عديدة تزكيتها التمثلات الاجتماعية والنظرة السلبية لهم. وقد حث تقرير اليونسيف<sup>76</sup> على مكافحتها بالإضافة إلى تعزيز الوعي حول الإعاقة بين عامة الناس وصناع القرار، وأولئك الذين يقدمون الخدمات الأساسية للأطفال والمراهقين، في مجالات مثل الصحة والتعليم والحماية.. ويتجنب التقرير التركيز على المفاهيم التقليدية مثل "إنقاذ" الطفل ليسلط الضوء على الاستثمار في إزالة الحواجز التي تعرقل وتعوق الاستفادة من حقوقه<sup>77</sup>.

## 5. الخوف من الفقر ومن المستقبل

عبرت معظم الأمهات عن خوفهن على مستقبل أبنائهن في حالة عدم وجود شغل أو من يتكفل بهم عند غيابهن، حيث قالت إحداهن: "عندما أموت الرزق على الله"

<sup>75</sup> Nations Unies, CRPD : Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2014, p.3.

<sup>76</sup> اليونسيف: تقرير "وضع الأطفال في العالم عام 2013"، والذي تعده منظمة الأمم المتحدة للطفولة، هو أول دراسة عالمية مخصصة للأطفال ذوي الإعاقة.

<sup>77</sup> مركز أنباء الأمم المتحدة: تقرير للأمم المتحدة: ذوو الإعاقة ضمن فئات الأطفال الأكثر ضعفاً والمحجوبين عن الأنظار في العالم.

"الله الذي خلقه لن يضيعه"، "ابني لا يستطيع أن يسير مشروعا لوحده لابد له من معين". وقالت أخرى: "أتمنى أن يكون لابنتي المعاقة مصدر عيش لأن لها أحلام، فهي تتمنى أن تكون مديرة شركة". كما أراد أحد الآباء أن يترك لابنته إرثا لكي يضمن مستقبلها الغامض.

ولا شك أنه على الرغم من بعض الجهود المتواضعة التي تبذل لتدريب معلمي التربية الخاصة من أجل تأهيل الأشخاص في وضعية إعاقة ذهنية للانخراط في سوق الشغل، فإنه لا زالت هناك كثير من العقبات منها الافتقار إلى الأسس العلمية للبرامج التدريبية للمعلمين في هذا المجال للرفع من كفاياتهم وبلوغهم أعلى مستويات الأداء المهني أثناء الخدمة الاجتماعية<sup>78</sup>.

لهذا تعتبر ولادة الطفل المعاق في المجتمعات الفقيرة مأساة أسرية واجتماعية. وعلى الرغم من حاجة هذا المولود إلى الرعاية الأساسية فإنه يترك لمواجهة مصيره دون توفير الحد الأدنى من الرعاية المطلوبة نظرا لما تتطلبه من تضحيات مادية مزمنة واضطرار كثير من الآباء وخاصة الأمهات للتخلي عن عملهم من أجل الرعاية مما يزيد من حدة المعاناة<sup>79</sup>.

## 6. دور جمعيات المجتمع المدني

لا شك أن المجتمع المدني أصبح فاعلا جديدا ومتميزا في تدبير ملف الإعاقة ببلدنا، بل وأصبح شريكا لا غنى عنه في طرح بدائل واستراتيجيات لأكثر من مليون معاق مغربي يعانون من التهميش والإقصاء داخل مجال وطني، الأمر الذي أدى إلى تعزيز المقاربات الحقوقية والاجتماعية<sup>80</sup>. وفي هذا الصدد صرحت الأمهات أن الفضل يرجع للجمعيات العاملة في هذا المجال في التخفيف من التطور السلبي للإعاقة، والتي لا تألو جهدا في سبيل تقديم الخدمات لهذه الفئات عن طريق التوعية بأهمية

<sup>78</sup> مصطفى نوري القمش وناجي منور السعيدة: قضايا ومشكلات معاصرة في التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان، ط1، ص 144-145.

<sup>79</sup> Nations Unies, CRPD : Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2014, p.4.

<sup>80</sup> عبد الرحمان بوعبدلي: مرجع ذكر سابقا، ص 55-56.

التدخل المبكر أو تقديم الخدمات المباشرة. ويقصد بالتدخل المبكر الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة للطفل في وضعية إعاقة والأسرة أيضا ، بل وتشمل حتى البيئة المحيطة والمجتمع المحلي<sup>81</sup>. ولهذا قالت إحداهن: "لقد تحاربت لأصل بابنتي لهذا المستوى، فهي اليوم مستقلة تعتمد على نفسها في قضاء أغراضها الشخصية، وأن معظم المستفيدات والمستفيدين يعرفون تحسنا". ولهذا فالخدمة الاجتماعية التي تقدمها هذه الجمعيات لها دور هام في تنشئة الأشخاص في وضعية إعاقة وتعديل سلوكهم إما بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة من خلال التدخل في البيئة والظروف الاجتماعية من أجل حمايتهم من التعرض للعنف أو للاستغلال الجنسي أو توظيفهم في أعمال إجرامية<sup>82</sup>.

### خلاصة وتوصيات

يتبين مما سبق أن هناك أسباب موضوعية تساهم في استفحال وضعية الإعاقة، فكلما تعددت مؤشرات الفقر، كلما زاد احتمال الوقوع في وضعية إعاقة، وكلما تم التغلب على تلك الأسباب والمؤشرات بالرعاية وتحسين الأوضاع السوسيواقتصادية للأسر كلما تحسنت حالة الأشخاص فيها، كما أكدنا ذلك في الفرضية التي انطلقنا منها.

إن الشخص في وضعية إعاقة سواء كان رجلا أو امرأة ، صغيرا أم في وضعية شيخوخة يواجه عقبات اجتماعية متعددة. فالمجتمع باتجاهاته السلبية وتمثلاته يضع قيودا تمنع الشخص في وضعية إعاقة من الاستفادة من حقوق مدنية كالحق في التعليم وفي الصحة، ومن ممارسة دوره الطبيعي في الحياة كالمساهمة في الإنتاج . ولاشك أن أجراة كافة مواد الاتفاقيات الدولية والقوانين الوطنية للأشخاص في وضعية إعاقة تقتضي مزيدا من التوعية والتحسيس لتغيير العقلية والتمثلات السلبية والتعبئة القطاعية الشاملة للقضاء على الأسباب والعوامل المؤدية للإعاقة كالتوعية الصحية والعناية الخاصة بظروف وشروط الولادة الصحية والحد من الأخطاء الطبية والولوج إلى العلاج العمومي والتعليم للجميع، والحد من زواج الأقارب

<sup>81</sup> مصطفى نوري القمش : مرجع ذكر سابقا، ص 71.

<sup>82</sup> Nations Unies, CRPD : Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2014,p7.

ومكافحة التطبيب التقليدي والشعوذة. إضافة إلى التخفيف من حوادث السير وتوفير السلامة والصحة داخل المعامل والحقول والمؤسسات العمومية<sup>83</sup>. هذا ناهيك عن تحسين الظروف الاجتماعية للأسر، ومن أهم التوصيات التي اقترحها بعض أفراد العينة وغيرهم ما يلي:

- يجب على المجتمع أن يغير نظرتة للإعاقة، بل ويجب تعويض كلمة الإعاقة، بالحق في الاختلاف.

- ضرورة تلقي الآباء للتكوين في طرق وتقنيات التعامل مع الشخص في وضعية إعاقة لأن هناك أخطاء فظيعة في التربية وفي التكوين النفسي إما بالحماية الزائدة أو الخوف من المستقبل أو الخوف من المجتمع.

- إدراج الأشخاص في وضعية إعاقة في جميع البرامج التنموية، والاستفادة من مساهمتهم فيها لكي لا يكونوا عالة على المجتمع.

- مكافحة الفقر والتمييز واللامساواة .

- ضرورة الفحص الطبي للراغبين في الزواج.

- العمل على تحسين الأوضاع السوسيواقتصادية والثقافية للأسر.

- الفحص الدوري أثناء الحمل.

- الحد من الأخطاء الطبية أثناء الوضع.

- استثمار وسائل الإعلام للتوعية بالإعاقة وأهمية الكشف المبكر وطرق الوقاية .

- إبراز أهمية وضعية الإعاقة في إنجاح برامج التدخل المبكر سواء على مستوى الوقاية أو العلاج، أو تنمية قدرات الشخص في وضعية إعاقة ودعم إدماجه في المجتمع.

<sup>83</sup> عبد الرحمان بوعبدلي: الإعاقة بالمغرب، بين المواثيق الدولية والقوانين الوطنية ، الدار

البيضاء، ط1، 2016، ص 11.

## بيبايوغرافيا

### باللغة العربية:

- أحمد محمد اضبيعة: ذوو الاحتياجات الخاصة وكيفية التعامل معهم، ليبيا، ط1، 2010.
- أحفوط رشيدة: قراءة أولية في مشروع القانون الإطار رقم 13-97 ومدى تكريسه لحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة في التشغيل، مداخلة ضمن منتدى " الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص في وضعية إعاقة ذهني: الجوانب القانونية والتنظيمية"، 31 مارس 2015.
- أنتوني غيدنز، ترجمة فايز الصياغ: علم الاجتماع، الطبعة الأولى بيروت 2005.
- أمارتيا سن: "التنمية حرة"، مؤسسات حرة وإنسان متحرر من الجهل والمرض والفقير، مجلة عالم المعرفة، ع 303، 2004.
- الأمم المتحدة، الجمعية العامة: التقرير الختامي للجنة المخصصة لوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم، 2006.
- باسيل يوسف: "الفقر وحقوق الإنسان"، منشور ضمن مؤلف: الفقر والغنى في الوطن العربي
- البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية: موجز التقرير العالمي حول الإعاقة، 2011.
- البنك الدولي: الإعاقة، 2006/2/11.
- البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم 2000 2001.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: مكافحة وإزالة الفقر، مايو 1997.
- رجا ناجي: الأطفال المهمشون قضاياهم وحقوقهم منشورات الإيسيسكو، 1999.
- رتشارد غ. ولكنسون، ترجمة محمد منير الأصبحي: المجتمعات غير الصحية، علل عدم المساواة، الرياض 2003.
- زينب نجاري: المحددات والأبعاد الاجتماعية للفقر بالوسط القروي، أطروحة جامعية لنيل شهادة الدكتوراة، 2010.
- عبد العزيز عليوي: عالم التوحد، مقاربة نفس - مرضية إكلينيكية لتوحد، إفريقيا الشرق 2015.
- سي بشير كريمة: مدخل إلى سيكولوجية الإعاقة، ردمك، 2017.
- السباعي خلود: السباعي: المرأة والعنف، الدار البيضاء، 2016.

- الكونوني رشيد، الإعاقة في المغرب، عنف التمثلات وممكنات التغيير، الدار البيضاء، ط1، 2017.
- مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، الأردن، ط1، 2011.
- مصطفى نوري القمش وناجي منور السعيدة: قضايا ومشكلات معاصرة في التربية الخاصة، عمان، ط1، 2014.
- مهدي محمد القصاص: التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية، في المؤتمر العربي الثاني: الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية.
- محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر عمان، الطبعة الأولى 2011.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي: رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في مشروع القانون الإطار رقم 13-97 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها. إحالة رقم 15/2015.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي: تقرير عن الأشخاص المسنين في المغرب- 2014
- منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمي حول الإعاقة، 2011.
- موسى شرف الدين، حقوق الإنسان والإعاقة الذهنية.
- يونيسيف: حماية الطفل من العنف والاستغلال والإيذاء، الأطفال ذوي الإعاقة.
- يونيسيف: تقرير "وضع الأطفال في العالم عام 2013"
- وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية: البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014.
- وزارة الصحة: مخطط العمل الوطني للصحة والإعاقة 2015-2021. الرباط 21 أكتوبر 2015
- مقابلات مع مسؤولين وآباء وأمهات الأطفال في وضعية إعاقة في الجمعيات التالية:
  - الجمعية المغربية لمساندة الأشخاص ذوي التثلث الصبغي (AMSAT).
  - جمعية آباء وأولياء الأطفال ذوي التثلث الصبغي 21 (المسار).
  - جمعية مرآة للأطفال التوحديين بفاس.
  - جمعية الأمل للأطفال الصم بفاس.
  - جمعية الصباح للأطفال التوحديين بفاس.
- مع جزيل شكري وامتناني.

## تقدير الذات والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية

الحسين باعدي

## باللغة الفرنسية

- Abdelkhelk ,T. La pauvreté au Maroc. Série Études de l'INSEA. Rabat, 1999.
- Adam, P. et Herzlich, C. : Sociologie de la maladie et de la médecine. Nathan, Paris, 1994.
- Banque mondiale : Royaume du Maroc, Rapport sur la pauvreté. Septembre 2004.
- Fassin, D. Les enjeux politiques de la santé. Editions Karthala, Paris, 2000.
- Goffman, E. Stigmate, les usages sociaux des handicaps. Les éditions de Minuit, 2012.
- Gueslin, A. et Stiker, H.J. : Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX siècle, Paris, 2003.
- Mezyani Martial : la sociologie et le handicap: Quelles influences réciproques? In: Objectif Staps: Sociologie. Ellipses, 2017, p, 160.
- Mezyani Martial : Op cit , p160-161.
- Murphy, R.F: Vivre à corps perdu: le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé.
- Nations Unies, CRPD : Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2014 .
- Paugam, S. : Les formes élémentaires de la pauvreté PUF Mars 2005
- Paugam, S. : La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté, Paris 2000
- Stiker, J: Corps infirmes et sociétés. Essai d' anthropologie historique.
- <http://dr-banderlotaibi.com/new/2016>
- [www.unicef.org/arabic/protection/24267\\_25754.html](http://www.unicef.org/arabic/protection/24267_25754.html)
- [www.cesa.ma](http://www.cesa.ma)

## تقدير الذات والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية

الحسين باعدي

أستاذ علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية - المحمدية

Research summary:

Self-esteem and creative thinking among adolescents in a hearing impairment situation.

The study aimed to identify the relationship between high positive self-esteem and creative thinking among a sample of adolescents who suffer from hearing impairment. The sample of this study included 103 adolescents from Salé and Casablanca. The researcher used the self-esteem scale then he used Paul Torrance's test for creative thinking. The results revealed that there's a relationship between positive self-esteem and formal creative thinking with its components ( formal fluency , formal flexibility, formal expansion). the results also revealed that there's no difference in creative thinking abilities between adolescents who suffer from hearing impairment and 'regular' ones.

Key concepts: Adolescents in hearing impairment situation, creative thinking, self-esteem.

Intervention: self-esteem and creative thinking among adolescents in a hearing impairment situation.

## مقدمة :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الأسس النفسية التي يمكن من خلالها الوقوف على مساعدة المراهق في وضعية إعاقة سمعية على الرفع من مستوى تقدير الذات لديه، لما لهذا الأخير من دور في تنمية التفكير الإبداعي. فالاستعدادات الإبداعية موجودة عند كل إنسان، ويمكن الكشف عنها مبكرا من أجل تنميتها.

والمراهق في وضعية إعاقة سمعية أولى بأن نوجه إليه الاهتمام من أجل منحه دفعة متميزة تفضي به إلى النمو والارتقاء، حيث أن هذا المراهق أيا كانت درجة الإعاقة التي لحقت به، يشعر بأن شيئا ما يقف في طريق نموه. ويقعده عن التعبير عن نفسه بصورة كاملة. ومن ثم فإنه يحس بمزيد من العجز في مواجهة العالم الذي يحيط به، ومن جانب آخر فإن الطفل المعوق سمعيا، من حيث إنه مصاب بدرجة أو بأخرى من درجات العجز فإنه محتاج لأن يبذل جهدا مضاعفا ليعوض ما به من نقص. فضلا عن أن الدافع إلى تحقيق الذات يرتبط بتقدير الذات (Rogers,1972,Maslow,1963).

زيادة على أن كلا من عملية تقدير وتحقيق الذات عند كل مراهق في وضعية إعاقة، تحتاج إلى استثمار كل طاقة متاحة، من أجل الوصول إلى أفضل مستوى في التفكير يمكن من خلاله التعامل مع معطيات البيئة الاجتماعية التي تزداد كل يوم تنوعا وتعقيدا. في مقابل ذلك يعد ضعف تقدير الذات سببا رئيسا لمعظم المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها حاليا كثير من الدول (Seligman, Csikszentmihaly and,2000,pp.5-14) لذلك فيمكن لتقدير الذات المرتفع أن ينمي الذكاء الاجتماعي بل أيضا القدرة على التفكير الإبداعي المتشعب لدى الفرد.

ومما لاشك فيه فإن التفكير الإبداعي كنوع من التفكير الإنساني ليس حكرا على العباقرة ، أو مرتبط بمرحلة عمرية محددة، وهو ليس خصائصا ينفرد بها أولئك الأفراد الذين ينتجون بالفعل منتجات إبداعية، حيث أن هؤلاء الأفراد قبل أن يصلوا إلى المكانة التي وصلوا إليها ، كانوا مجرد أفراد لهم تفكير تقاربي، أتيح لهم أن ينمو ما لديهم من استعدادات كامنة بطريقة أو بأخرى، حتى وإن كانوا متميزين فيما يتمتعون به من استعدادات إبداعية إلا أنهم لو لم تتح لهم فرصة النمو واكتساب الخبرات وممارسة السلوك الإبداعي لما كان لهم أن يصلوا إليه، ولما قدموا

لنا هذا الإنتاج الإبداعي الأصيل الذي تميزوا به وعرفوا عن طريقه. ويمكن ضرب المثال عن الأشخاص في وضعية إعاقة والذين نبغوا في مجالات عديدة، فهم من الكثرة بحيث يصعب حصرهم، ولكن ربما كان مثال "هيلين كيلر" من الأمثلة التي لا يختلف اثنان بشأنها من حيث التفوق والعبقرية والإبداع على الرغم من الإعاقات المتنوعة التي كانت تتصف بها .

كما يمكن الإشارة إلى المبدع بيتهوفن الذي تفوق في مجال الموسيقى رغم وضعية الإعاقة السمعية لديه. فعندما كان بيتهوفن يبلغ من العمر اثنين وثلاثين عاماً كتب: (لقد ولدت حاد المزاج مرهف الإحساس لمسرات الحياة والمجتمع، ولكنني سرعان ما اضطررت إلى الانسحاب من الحياة العامة واللجوء إلى الوحدة، وعندما كنت أحاول أحيانا التغلب على ذلك كنت أصد بقسوة ومع ذلك لم يكن بوسعي أن أقول للناس: (ارفعوا أصواتكم صيخوا فأنا أصم). وعندما أصبح بيتهوفن يتجنب الناس لجأ إلى الطبيعة، يدون فيها أنغامه وألحانه، فأبدع موسيقى تعبر تعبيرا صادقا عن إحساس الإنسان رغم وضعية الإعاقة السمعية لديه، حيث لم يستسلم "بيتهوفن" لإعاقته رغم تأثيرها القوي في نفسيته وعلاقته مع الحياة الخارجية، فألف بيتهوفن أقوى مقطوعاته وهو في وضعية إعاقة سمعية، وهي المقطوعات الأكثر شهرة في عالم الموسيقى الكلاسيكية. حتى بلغ فيها خياله وإحساسه بالموسيقى مقام أذنه.

ولربما يرى البعض أن الإعاقات التي لازمت كبار المبدعين الذين نستشهد بهم، هي نفسها التي وقفت حجر عثرة في سبيل نمو وارتقاء الآلاف من المعوقين الآخرين، ممن لم يتح لهم العيش في البيئة المتفهمة، أو ممن لم يؤتوا صلاحة وتقديرا في الذات أو إصرارا على التحدي. والإعاقة قد تكون عائقا لوأد أي بادرة من بوادر النبوغ إن لم تتميز شخصية المعوق ذاته بخصائص معينة ، وإن لم تتميز بيئة المعوق أيضا بخصائص مشجعة على التفكير الإبداعي.

وفي هذا الإطار يهتم علم نفس النمو بدراسة الأفراد في وضعية إعاقة عامة والإعاقة السمعية على وجه الخصوص، بهدف إبراز قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والكشف عن إبداعاتهم، وإذكاء روح التنافس بينهم، وتعزيز بيئة التفكير الإبداعي الفني والعلمي والرياضي لديهم، وتفعيل هذا التميز والإبداع في تعميق المسيرة التنموية لشخصيتهم. من هنا جاءت فكرة البحث في موضوع طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية.

يتكون البحث من ثلاث محاور رئيسة، الأول يتناول تحديد المفاهيم الرئيسية للبحث، والنظريات السيكلوجية التي قاربت الموضوع، ثم المحور الثاني نعرض فيه لأهم الخطوات والإجراءات المنهجية المتبعة والذي سنوضح من خلاله الإشكالية المركزية للبحث، والفرضيات التي انطلقنا منها، وفي الأخير يأتي المحور الثالث سنقدم فيه أهم النتائج التي توصلنا إليها مع التحليل والتفسير والمناقشة.

## 1- مفهوم الإعاقة السمعية : Hearing Impairment

### 1.1- تعريف الإعاقة السمعية :

تستخدم العديد من الدراسات التي تناولت تربية المعاقين سمعياً تسميات وتمثيلات متعددة عن الإعاقة السمعية، ومن هذه التسميات الصم البكم، المعاقون سمعياً، ضعاف السمع، الصمم الكلي، الصمم الجزئي، الصمم الوراثي، الصمم المكتسب.

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم (القيوتى وآخرون، 2001، ص. 102).

أما مورس (Moore, 2001) فقد عرف وضعية الإعاقة السمعية بأنها تشير إلى الفرد الذي يكون عاجزاً عن السمع لدرجة لا يستطيع معها فهم ما يقال من خلال الأذن وحدها مع أو بدون استخدام السماع الطبية. في حين يرى أن ضعف السمع هو الفرد الذي يواجه صعوبة في فهم الكلام، ولكن لا تحول هذه الصعوبة دون فهم ما يقال له من خلال الأذن وحدها مع أو بدون استخدام السماع الطبية.

يتضح من التعريف السابق أنه يمكن أن التمييز في مصطلح الإعاقة السمعية بين فئتين هما : المعوق سمعياً بدرجة شديدة وضعيف السمع. يشير مصطلح الأصم (Deaf) : إلى الشخص الذي لا يستطيع استخدام حاسة السمع بشكل وظيفي عندما يستعملها بمفردها أو بسماعة أو حتى بدون سماعة في الحياة اليومية. مثل هذا الشخص ربما قد ولد بإعاقة سمعية شديدة، ولم يطور لغة طبيعية أو تواصل طبيعياً، أو أصبح أصماً قبل تطور اللغة والكلام لديه وهذا يسمى صمم ما قبل اللغة

(Lingual-Pre) أو أصبح أصم بعد اكتساب اللغة والكلام، وهذا يسمى بالصمم ما بعد اللغة (Lingual-Post).

بينما ضعيف السمع: هو الشخص الذي تؤدي حاسة السمع عنده وظيفتها على الرغم من تلفها، وذلك باستخدام آلات سمعية أو بدون ذلك.

كذلك يمكن التعبير عن الإعاقة السمعية من خلال مدى قوة ما يمكن سماعه من صوت، باستخدام مقياس مستوى حدة السمع المعروف بالديسبل (DB)، حيث يبدأ السمع من قيمة صفر ديسبل، ثم يتحول ضغط الموجات الصوتية وحدتها إلى ألم عند 130 ديسبل. وهكذا يمكن أن تصنف الإعاقة وفق مدى الضعف السمعي إلى : إعاقة سمعية ضعيفة، أو متوسطة أو شديدة.

إذن فالإعاقة السمعية تشير إلى الفرد الذي يكون عاجزاً عن السمع لدرجة لا يستطيع معها فهم ما يقال من خلال الأذن وحدها مع أو بدون استخدام السماع الطبية.

## 2- مفهوم تقدير الذات:

تعددت تعاريف تقدير الذات من جانب الباحثين ولا سيما المهتمين بالشخصية، ويمكن أن نشير إلى جانب من هذه التعريفات على النحو التالي :

إن مفهوم تقدير الذات (Self-Esteem) مشتق من الكلمة اللاتينية "Estimo" والتي تعني "إنني ذو قيمة" إنها تدل على منح قيمة وتقدير لأنفسنا وشعورنا نحوها ومعرفة أننا بأفضل حال. فتقدير الذات هو أساس نجاح الطفل وطموحه وإنجازاته، بل إنه أساس وجود الفرد وبقائه، ومن يفتقد هذه القيمة لا يستطيع مواجهة أخطار وتحديات وجوده.

كما يدل مفهوم تقدير الذات على درجة حب الفرد واتجاهه نحو ذاته ومدى قبول وتقدير هذه الذات من الجوانب المختلفة، كالمركز الأسري أو المركز المهني وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع (Rogers, 1951).

وأشار إزاكس (Isaacs) بأن " تقدير الذات يعني الثقة بالنفس والرضى عنها واحترام الفرد لذاته ولإنجازاته واعتزازه برأيه وبنفسه وتقبله لها واقتناع الفرد بأن لديه من القدرة ما يجعله ندا للآخرين (Isaacs, 1982, p. 5).

ويرى ماسلو (Maslow) بأن تقدير الذات حاجة لابد من إشباعها عندما يشعر الفرد بأنه نافع، وله قيمة (valorisé)، وله مكانة مهمة، إنه إحساس الفرد بالاستقلالية (autonome) في تصرفاته وأيضا بالقدرة على تحقيق أهدافه. ويشعر الفرد كذلك بأنه محبوب من طرف الآخرين فتنشأ عنده الحاجة للاحترام، وهناك نوعان من حاجات الاحترام: احترام الذات لذاتها. والاحترام الذي يمنحه الآخرون للفرد.

كما يعرف تقدير الذات على أنه اتجاه إيجابي أو سلبي للفرد نحو الذات، إنه تعبير عن حالة الرضى، وإحساس الفرد بأنه ذو قيمة عالية، يحترم نفسه لما هو عليه، (Rosenberg, pp. 30-31).

ويعرف " كوبر سميث " (Coopersmith, 1967) تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه، ويتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته كما يوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر وهام وناجح وكفاء، أي أن تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة. كما تركز أغلب التعاريف على أهمية التفاعل مع الآخرين في تكوين تقدير الذات الإيجابي أو السلبي لدى الفرد. كما يقصد بتقدير الذات نظرة الفرد لذاته والفكرة التي لديه عن إدراك الآخرين لذاته، وتقييمهم له.

نخلص مما سبق بأن تقدير الذات عبارة عن حكم شخصي يتضمن اتجاهات الفرد المختلفة نحو ذاته ومدى اقتناع الفرد بأن لديه القدرة وأنه فرد له أهمية وله تقدير إيجابي وقبول الذات والرضا عنها، واحترام الفرد لإنجازاته واعتزازه برأيه، هذا ما ينتج عنه احترام وتقدير الآخرين له.

### 3- مستويات تقدير الذات :

هناك مستويين لتقدير الذات، يتميز كل واحد منها بخصائص تؤثر بدرجات متفاوتة على شخصية الفرد وسلوكه ، وبالتالي على حياته التفاعلية في المجتمع وهي كالتالي:

### 1.3 مستوى تقدير الذات المرتفع:

ينشأ تقدير الذات المرتفع عن الصورة الإيجابية للفرد حول ذاته المدعومة بالثقة وقوة الإرادة والتصميم، (حنان عبد العزيز، 2012، ص.35). وبتقبل الفرد لذاته ورضاه عنها حيث تظهر لمن يتمتع بمفهوم تقدير الذات الإيجابي صورا واضحة للذات يلمسها كل من يتعامل مع الفرد أو يحتك به، ويكشف عنها أسلوب تعامله مع الآخرين الذي يظهر فيه دائما الرغبة في احترام الذات وتقديرها والمحافظة على مكانتها الاجتماعية، ودورها وأهميتها والثقة الواضحة بالنفس والتمسك بالكرامة والاستقلال الذاتي مما يعبر عن تقبل الفرد لذاته ورضاه عنها ويعود قبول الذات لمن لديه مفهوم ايجابي عن ذاته إلى معرفة الذات والتبصر بها.

حسب كوبر سميث فان الأشخاص ذوي التقدير المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاص مهمين ولديهم فكرة محددة وكافية لما يظنون صوابا، كما أنهم يملكون فهما طيبا لنوع شخصياتهم، ويستمتعون بالتحدي ولا يضطربون عند الشدائد، وهو أميل إلى الثقة بأحكامهم وأقل تعرضا للقلق، ولديهم استعداد منخفض للاقتناع والتأثر بأراء الآخرين وهم أكثر ميلا لتحمل النقد في المناقشات الجماعية.

### 2.3 مستوى تقدير الذات المنخفض:

يشكل تقدير الذات المنخفض عائقا حقيقيا لصاحبه في نمو الشخصية، إذ يركز أصحاب هذا المستوى من تقدير الذات على عيوبهم، وصفاتهم غير الجيدة وهم أكثر ميلا للتأثر بضغط الجماعة والإنصات لأرائها وأحكامها، كما يضعون لأنفسهم توقعات أدنى من الواقع. (مريم سليم، 2003، ص.18)

كما يتميز الشخص من هذا النوع بفقدانه ثقته وقدراته والاضطراب الانفعالي لعدم قدرته على إيجاد حل للمشاكل، حيث يعززون فشلهم لأسباب ذاتية فلا يستخدمون المواجهة .

ويتميز أصحاب هذا المستوى بالشعور بالخجل، القلق الزائد، الخضوع السلبي للسلطة والشعور بالحزن، وعدم الارتياح في المناسبات الاجتماعية، إضافة إلى عدم

القدرة على مواجهة الظروف الاجتماعية اليومية مما يصعب على الفرد الاندماج في الأنشطة التي تتطلب تفاعلات اجتماعية مع المحيطين به.

#### 4- أبعاد تقدير الذات :

حسب ماسلو فإن للفرد حاجات يسعى دوما لتحقيقها وإذا لم يستطيع فإنه سيعيش حالة من الإحساس بالنقص م الشعور بالقلق ، ومن بين الحاجات العليا الحاجة إلى احترام وتقدير الذات وهي حاجة نفسية اجتماعية يرغب الشخص في الحصول على احترام وتقدير لشخصيته، سواء كان ذلك بفضل سمات جسمية أو أخلاقية . (عشوي،1990).

ويصنف ماسلو تقدير الذات في المستوى الخامس من الهرم الذي يشمل بعدين أساسيين يتضمن الأول الحاجة إلى احترام الذات والثاني الحاجة إلى تقدير من الآخرين

ويمكن تلخيص أبعاد تقدير الذات فيما يلي:

1-4 الرضا عن الذات: يتمثل في التوافق النفسي بين الصورة التي يرغب الفرد أن يكون عليها والصورة الواقعية التي يظهر عليها في المجتمع.

2-4 التكيف: إن عملية التكيف هي القدرة على التحكم في المحيط المادي والاجتماعي ، وهذا التحكم يولد لدى الفرد إحساس أنه قادر على التدخل في مجرى الأشياء والأحداث.

3-4 + صورة الفرد عن نفسه : إن الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه، مرتبطة بتقدير الذات، فإذا كانت هذه الصورة إيجابية يشعر أنه قادر على تحقيق أهدافه والتعبير عن مشاعره فيتوافق مع محيطه بشكل كبير، ويسهل عليه إدراك وفهم حب الآخرين له.

4-4 الثقة بالنفس: إن تقبل الذات والتعرف عليها شرطان أساسيان يوصلان الفرد إلى تحديد إمكانيات التغيير والتطوير الكامنة بداخله.

### 3- مفهوم التفكير الإبداعي:

يعرف تورانس (Torrance) التفكير الإبداعي على أنه عملية الإحساس بالصعوبات والمشكلات وإدراك الثغرات في المعلومات من اختلال أو عناصر مفقودة أو عدم اتساق والبحث عن دلائل ومؤشرات في الموقف للحصول على المعلومات ووضع الفروض واختبارها، ثم الربط بين النتائج وربما إدخال التعديلات على الفروض ثم إعادة اختبارها وأخيرا مشاركة وتبادل الإنتاج الابتكاري والحل مع الآخرين .

ويعرفه ( Honig, 2001) بأنه تفكير متشعب يعمل على تفكيك الأفكار ثم القيام بروابط وادخال أفكار جديدة تعمل على توليد أفكار وإنتاج جديد من خلال التفاعل الذهني بين الفرد وما يكتسبه من خبرات. كما يرتبط التفكير الإبداعي بسمات الشخصية المبدعة ويعتمد أيضا على بيئة ميسرة لهذا النوع من التفكير لتعطي في النهاية المحصلة الإبداعية وهي الإنتاج الإبداعي والحلول الإبداعية للمشكلة والتي تتميز بالأصالة والفائدة والقبول الاجتماعي، وفي نفس الوقت تثير الدهشة لدى الآخرين.

وقد أشار (Haskvitz, 2007) في مقال له بعنوان: "أحدى عشرة ميزة للمعلم الجيد" إلى وجود ميزات مشتركة تجمع بين المعلمين المميزين ومنها: سعة الاطلاع والمعرفة، واستمرارية التعلم والبحث عن الجديد، ووضع القواعد للتعامل مع الطلبة، ومعرفة ما يحتاجونه حاضرا ومستقبلا، والتوقعات العالية منهم، التي تدفعهم لتقديم أفضل ما لديهم، وبالتالي السعادة بإنجازاتهم، ومساعدتهم على الاستقلالية وتقدير الذات، والقدرة على التواصل، والمرونة في التعامل معهم، وتبسيط المادة التعليمية، واللطف والمرح واستخدام القصص المسلية الجاذبة لانتباههم.

أما "أمابيل" فتعرف التفكير الإبداعي بأنه القدرة على إنجاز إنتاج يكون جديدا ومتطابقا في نفس الوقت مع السياق الذي يظهر فيه (Amabile,1996).

نخلص إلى أن التفكير الإبداعي عملية ذهنية تعتمد على مجموعة من العمليات والقدرات الذهنية (الطلاقة، المرونة ، الأصالة، التوسيع) ، وذلك حسب المكونات التي يقيسها اختبار التفكير الإبداعي.

## - خصائص المبدعين :

درس علماء النفس المبدعين بطرق مختلفة وتوصلوا إلى جملة من الخصائص تميز الفرد المبدع ويمكن إجمالها فيما يلي :

- الدافعية : أهم دوافع المبدعين رغبتهم في الاستفادة من إمكاناتهم المعرفية والتعبيرية، أي أن للإبداع دافعيته الذاتية الداخلية ( من قبيل الدوافع المعرفية) بالإضافة إلى دوافع الاستطلاع وإلى عامل تقدير وتحقيق الذات.

- الذكاء : الفرد المبدع لا بد أن يكون على درجة عالية من الذكاء عادة ما تكون أعلى من المتوسط، فالذكاء شرط ضروري لكنه ليس كاف لوحده لإنتاج أفكار إبداعية.

- الاستقلالية : يميل الفرد المبدع إلى الاستقلالية وضعف في مساندة القوانين الاجتماعية، ويتميز كذلك بالتسامح مع الغموض والأفكار المختلفة، ثم التحرر النسبي من القلق ونقصان التصلب الوجداني والمعرفي.

## 4- تقدير الذات والتفكير الإبداعي :

إن تقدير الذات يمثل عاملا مهما من عوامل التشجيع على التفكير الإبداعي والنجاح فيه، وأن ضعف تقدير الذات أو انعدامه قد يؤديان إلى سيطرة الخوف على صاحبه من الإخفاق أو الفشل أو الإحراج أو التهكم أو الاستهزاء أو التحقير، مما قد يؤدي إلى تجنب المخاطرة أو المغامرة في القيام بالأعمال الإبداعية غير المألوفة أو غير المعروفة أو غير الشائعة، وهذا بالتالي يمكن أن يؤدي إلى إضعاف الفرصة بالأعمال والأنشطة الإبداعية ما دامت الثقة بالنفس ضعيفة لدى الفرد.

## 5. الإجراءات المنهجية للبحث :

### 1- إشكالية البحث :

في الوقت الحالي بدأ الاهتمام بالسيكولوجي بالأشخاص في وضعية إعاقة، خاصة الإعاقة السمعية بهدف التعرف على عوامل الإبداع لديهم بعد أن كان التركيز فقط على جوانب القصور والعجز لديهم، وبعد العلم والتأكد من وجود الإبداع لدى المعوقين سمعيا. وتعد مسألة تحديد المبدعين إحدى المشكلات التي يواجهها

المربون لأنهم يعتبرون من ذوي الاستثناءات المزدوجة كونهم معوقين من ناحية ومبدعين من ناحية أخرى (Dual exceptionalitie) ومن ثم يجب أن ندرك أن لهم إبداعات يجب صقلها ورعايتها، ويمكن الارتقاء بالتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية باستخدام مجموعة من الأنشطة العلمية والفنية المتنوعة وبطريقة تجذب اهتمامهم وتحصل على قبولهم لها ويتم تشجيع المراهقين في المؤسسات التربوية عن طريق تهيئة أنشطة يتطلب بعضها عملا ذهنيا ويتطلب الآخر مهارات حركية مع نشاط ذهني، فالأنشطة هي الوسيط الذي ينمو ويتطور التفكير الإبداعي عن طريقه. كما ينبغي تنمية المهارات الاجتماعية المتمثلة في تقدير الذات عبر الرفع من مستوى الثقة في الذات وفي الآخرين، ثم تنمية التواصل والذكاء العاطفي والاجتماعي للمراهقين.

وقد كشفت الدراسات السيكلوجية الحديثة بأن الإبداع غير اللفظي سمة مميزة للمعوقين سمعيا، إلى جانب الفن وخاصة الرسم، كما أكدت على أنه يمكن الارتقاء بمستوى التفكير الإبداعي لديهم من خلال مجموعة من الأنشطة المدرسية المتنوعة كالتمثيل الصامت والأنشطة الفنية وتأليف القصص التي تنمي التفكير الإبداعي (Lark, Betty, 2001).

بناء على ما سبق تمخضت فكرة البحث في موضوع طبيعة العلاقة بين مفهوم تقدير الذات والتفكير الإبداعي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية، والمراهقون الذين لديهم مفهوم إيجابي عن الذات والذين يقدرون أنفسهم تقدير عاليا أو معقولا قد يحققون نموا معرفيا أفضل من ذوي التقدير المنخفض للذات، وقد أظهرت دراسة سيرنيكا (sernic) على أن التفكير الإبداعي لدى الأطفال لديه علاقة إيجابية بمستوى تقدير الذات لديهم، فكلما ازداد تقدير الذات لدى الأطفال ازداد وتحسن التفكير الإبداعي لديهم، أما إذا كان مستوى تقدير الذات منخفضا، فسيكون التفكير الإبداعي هو الآخر منخفضا لديهم.

- وعلى ضوء ما تقدم تحددت إشكالية البحث في السؤال الرئيسي التالي:

- هل توجد علاقة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية؟

وينبثق عن هذا السؤال مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى الطلاقة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية ؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى المرونة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية ؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى الأصالة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية ؟
- 4- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى التوسيع الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية ؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والمراهقات في مستوى درجات اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لفائدة المراهقات؟

## 2- فرضيات البحث :

### الفرضية العامة :

- نفترض وجود علاقة موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.

### الفرضيات الفرعية، نفترض :

- 1- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى الطلاقة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية .
- 2- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى المرونة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية .
- 3- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى الأصالة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.
- 4- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات المرتفع والتفكير الإبداعي في مستوى التوسيع الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية .

- 5- وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في مستوى درجات اختبار التفكير الإبداعي الشكلي حيث نفترض أن يكون مستوى التفكير الإبداعي مرتفعا لفائدة المراهقات.

## 3- المفاهيم الإجرائية :

- 1-3. مفهوم المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية : مراهق(ة) لديه مدى واسع من درجات فقدان السمع يعوق استخدام الأذن في السمع وتعلم الكلام واللغة .
- 2-3. مفهوم التفكير الإبداعي : نقصد به تفكير يتميز بالأصالة والمرونة والطلاقة والتوسيع ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المراهق(ة) في اختبار تورانس للتفكير الإبداعي الشكلي والتي تعبر عن حاصل جمع الدرجات الذي حصل عليه في أبعاده الشكلية (الطلاقة، المرونة، الأصالة والتوسيع).
- وتحدد أبعاد التفكير الإبداعي لدى المراهقين حسب نظرية بول تورانس ب :  
الطلاقة(Fluency) : قدرة المراهقين على تقديم أكبر عدد من الأفكار حول الموضوع.

المرونة (Flexibility): قدرة المراهقين على الانتقال من مجال إلى آخر.

الأصالة(Originality) ( ) : قدرة المراهقين على تقديم أفكار جديدة لم تخطر على فكر أحد أفراد مجموعته،

التوسيع (Elaboratlin): قدرة المراهقين على الإثراء وإضافة أفكار ليجعل من الحل أكثر وضوحا.

3-3. مفهوم تقدير الذات : الحكم الشخصي للمراهق عن قيمته الذاتية والتي يعبر عنها من خلال اتجاهاته نحو ذاته، ثم الفكرة التي يدركها عن كيفية رؤية الآخرين وتقييمهم له. بمعنى يتضمن المفهوم بعدين إدراك المراهق لذاته، ثم التقدير الذي يتلقاه من طرف الغير، وهذا ما تقيسه أداة البحث( مقياس تقدير الذات). ويتضمن التقدير بعدين، تقدير مرتفع في مقابل تقدير منخفض.

## 4- منهج البحث :

للتحقق من فرضيات البحث اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم أولا بتحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة، ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها، ويعرف هذا المنهج على أنه أحد أشكال التحليل

والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو إشكالية سيكولوجية محددة وتصويرها كميًا عن طريق بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة السيكولوجية وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة.

1-4- أدوات قياس متغيرات البحث:

1-1-4- اختبار بول تورانس للتفكير الإبداعي ( الصورة أ ) إعداد تورانس، 1972:

ويستخدم هذا الاختبار لقياس القدرة على التفكير الإبداعي لدى الأفراد وهو يناسب جميع الفئات العمرية ابتداء من رياض الأطفال وحتى المرحلة الدراسية العليا ويمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي والمدة اللازمة لتطبيق الاختبار نصف ساعة ، موزعة بالتساوي على الأنشطة الثلاثة بواقع (10) دقائق لكل منها ويتكون اختبار التفكير

الإبداعي الشكلي من:

(1)- النشاط الأول تكوين الصور.

(2)- النشاط الثاني تكلمة الشكل .

(3)- النشاط الثالث تكلمة الخطوط

1-4-2- مقياس تقدير الذات للأطفال :

تم استخدام مقياس تقدير الذات للدكتور وحيد مصطفى، مقياس يتألف من (20) عبارة: (10) عبارات تقيس تقدير الذات في مجال المكانة الإيجابية للذات (احترام الذات)، و(10) عبارات تقيس تقدير الذات في مجال تقدير الذات من الآخرين. وبخصوص عملية التطبيق وإجراءات البحث فقد قام الباحث بتطبيق مقياس تقدير الذات على عينة البحث ثم بعد ذلك تطبيق اختبار التفكير الإبداعي لبول تورانس على نفس عينة البحث، تلتها مرحلة المعالجة ودراسة طبيعة العلاقة بين متغير تقدير الذات ومتغير التفكير الإبداعي لدى المراهقين.

## 5. مجتمع وعينة البحث :

1-5- مجتمع البحث: يتكون مجتمع البحث من مجموع الأطفال والمراهقين في وضعية إعاقة سمعية البالغ عددهم 432، بجمعية اليد في اليد للصم والبكم، الموجودة بمدرسة وادي الذهب للتعليم العمومي، سلا بطانة. البالغ عددهم 151 طفل موزع على ستة أقسام دراسية، وقسمين للتكوين المهني. ثم مجموع أطفال مؤسسة منى للأطفال الصم، بالدار البيضاء. البالغ عددهم 281 طفل.

جدول رقم (1) يوضح توزيع مجتمع البحث حسب المؤسسة التربوية والمدينة:

البيان	المدينة	التكرار	النسبة %
جمعية اليد في اليد للصم والبكم	سلا	151	34.96 %
مؤسسة منى للأطفال الصم	الدار البيضاء	281	65.04 %
المجموع		432	100 %

يتضح من الجدول أعلاه رقم (1) أن مجتمع البحث يتكون من مجموع الأطفال في وضعية إعاقة سمعية البالغ عددهم 432، منهم 151 طفل أي بنسبة 34.96 % من جمعية اليد في اليد للصم والبكم، الموجودة بمدرسة وادي الذهب للتعليم العمومي، حي للاعائشة تابريكت بطانة. موزعين على ستة أقسام دراسية، وقسمين للتكوين المهني. يتراوح سنهم ما بين من (6- 22 سنة). ثم 281 طفل أي بنسبة 65.04 % من مؤسسة منى للأطفال الصم، بالدار البيضاء. شارع الزيراوي، بمدينة الدار البيضاء. موزعين على الشكل التالي: مرحلة تعليم النطق : تضم 129 طفل منهم 82 فتیان و47 فتيات. ثم مرحلة التعليم الابتدائي : تضم 152 طفلاً منهم 86 فتى و66 فتيات. ويتراوح سنهم ما بين 4 سنوات إلى 17 سنة.

## 2.5. عينة البحث :

جدول رقم (2) يوضح توزيع عينة البحث حسب النوع الاجتماعي :

البيان	التكرار	النسبة %
المراهقين	72	69.91%
المراهقات	31	30.09%
المجموع	103	100 %

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أعلاه، أن مجموع عينة البحث يتحدد في 103 مراهق ومراهقة، موزعين إلى 72 مراهق بنسبة 69.91 % وهي نسبة أكبر مقارنة

مع عدد المراهقات، حيث لم يتجاوز عدد المراهقات 31 بنسبة 30.09 %، مما يوضح ارتفاع نسبة المراهقين الفتيان، وذلك يعود إلى النسبة المرتفعة للمراهقين الفتيان الذين يتابعون دراستهم في كلا المؤسسات مقارنة بعدد الفتيات.

## 6. نتائج البحث :

النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية رقم 1 :

- علاقة تقدير الذات بالتفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية :

- تذكير بنص الفرضية الفرعية رقم(1) : نفترض وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى الطلاقة الشكلية، كما يقيسها اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية.

### جدول رقم(3)

علاقة مستوى تقدير الذات بالطلاقة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية

البيان		تقدير الذات	الطلاقة الشكلية
درجات تقدير الذات	المتوسط	34.23	38.83
	الانحراف المعياري	12.19	9.76
مجموع المربعات		15162,408	6248,961
معامل الارتباط		1.00	0.51
مستوى الدلالة		-	0.01
N		103	103
درجة الحرية		101	

يتضح من قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (3) وجود ارتباط موجب بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى الطلاقة الشكلية بدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.51)، بالنسبة لدرجة الحرية 101، وهذا يدل على وجود ارتباط دال بين المتغيرين رغم أن هذا الارتباط متوسط لأنه لم يتجاوز 0.51. مما يعني أنه كلما زاد مستوى المراهق(ة) في تقدير الذات كلما زاد مستواه في الطلاقة الشكلية.

ومن خلال هذه النتيجة يتضح أن الفرضية الفرعية رقم(1) من الفرضية العامة الأولى قد تحققت، في وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع ومستوى الطلاقة الشكلية لدى الطفل في وضعية إعاقة سمعية كما تدل عليها المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة.

ويمكن تفسير ذلك بكون تقدير الذات الإيجابي لدى المراهق يساهم في تنمية التفكير الإبداعي، وبالضبط قدرة الطلاقة الشكلية، لأن احترام المراهق في وضعية إعاقة سمعية لذاته، وتقبل حدود ونقط الضعف المرتبطة بالسمع لديه، تجعله يكشف عن قدراته الإبداعية ويعوض الإدراك السمعي بالطلاقة الشكلية والإنتاج الإبداعي.

## النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية رقم 2 :

-1- تذكير بنص الفرضية الفرعية رقم(2) : نفترض وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى المرونة الشكلية، كما يقيسها اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.

سمعية لذاته، وتقبل الآخرين كذلك، مكنه من الانتقال من مجال فكري إلى مجال آخر، أي ساعد على نمو المرونة الشكلية لديه وقد اتضح ذلك من خلال اعتماد المراهق في وضعية إعاقة سمعية على عناصر قديمة ( خطوط ) ثم إحداث تغيير وإنتاج أشكال جديدة، مما أدى إلى الانتقال من موضوع إلى موضوع في الرسومات التي حملت معاني متنوعة وفريدة، وقد اعتمد المراهقين في ذلك الانجاز على مكونات اللون والحجم والمساحة والخطوط التي أبدعوا فيها وقدموا أفكار تنم عن مرونة التفكير لديهم.

كما يمكن تفسير نتيجة البحث بكون تقدير الذات الإيجابي يضم عملية التفاعل بين نمو الجانب الانفعالي ونمو الجانب المعرفي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية، إذ يمكن أن تظهر وتتبلور من خلال الذكاء الانفعالي المتميز بحب الذات وبناء تمثلات إيجابية حولها، صور سلوكية متعددة منها إدراك الانفعالات الذاتية، وإدراك انفعالات الآخرين، ثم القدرة على التخطيط والتفكير الإبداعي التباعدي. حيث تعتبر عواطف المراهق مصدرا مهما للمعلومات إذ أنها تساعده على التنظيم والتخطيط ومراقبة المعلومات مما يمكنه من إبداع أفكار جديدة ومتكيفة مع محيطه المدرسي. وفي هذا الصدد يذكر جولمان (Goleman, 2000) أن لدى الفرد عقليين هما: العقل الوجداني، والعقل المنطقي، وبينهما تنسيق دقيق، حيث أن المشاعر والأحاسيس ضرورية للتفكير، والتفكير ضروري للمشاعر والأحاسيس.

### النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية رقم 3 :

1- تذكير بنص الفرضية الفرعية رقم(3) : نفترض وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى الأصالة الشكلية، كما يقيسها اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.

### جدول رقم(4)

علاقة مستوى تقدير الذات بالمرونة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية

البيانات	تقدير الذات	المرونة الشكلية
درجات تقدير الذات	34,23	28,01
المتوسط	12.19	74.11
الانحراف المعياري	15162,408	9049,767
مجموع المربعات	1.00	0.62
معامل الارتباط	-	0.01
مستوى الدلالة	103	103
N	101	
درجة الحرية		

يتضح من قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (4) وجود ارتباط موجب بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى المرونة الشكلية بدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.62)، بالنسبة لدرجة الحرية 101، مما يعني أنه كلما ارتفع مستوى المراهق(ة) في تقدير الذات كلما ارتفع مستواه في المرونة الشكلية.

ومن خلال هذه النتيجة يتضح أن الفرضية الفرعية رقم(2) من الفرضية العامة الأولى قد تحققت، في وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع ومستوى المرونة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية كما تدل عليها المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة.

ويمكن تفسير ذلك بكون تقدير الذات الإيجابي لدى المراهق يساهم في تنمية التفكير الإبداعي، خاصة قدرة المرونة الشكلية، لأن احترام المراهق في وضعية إعاقة

جدول رقم(5)

علاقة مستوى تقدير الذات بالأصالة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية

الأصالة الشكلية	تقدير الذات	البيان	
24,20	34,23	المتوسط	درجات تقدير الذات
10,55	12.19	الانحراف المعياري	
5861,107	15162,408	مجموع المربعات	
0.44	1.00	معامل الارتباط	
0.01	-	مستوى الدلالة	
103	103	N	
101		درجة الحرية	

يتضح من قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (5) أن هناك ارتباطا موجبا بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى الأصالة الشكلية بدلالة 0.05، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.44)، بالنسبة لدرجة الحرية 101، مما يعني أنه كلما ارتفع مستوى المراهق(ة) في تقدير الذات كلما ارتفع مستواه في الأصالة الشكلية.

ومن خلال هذه النتيجة يتضح أن الفرضية الفرعية رقم(3) من الفرضية العامة الأولى قد تحققت، في وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومستوى الأصالة الشكلية لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية كما تدل عليها المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة. رغم أن مستوى الارتباط بين المتغيرين ضعيف لأنه لم يتجاوز (0.44).

ويمكن تفسير النتيجة أعلاه بأن تقدير الذات الإيجابي لدى المراهق(ة) لذاته ولنظرة الغير له، جعلته قادرا على التفكير بشكل إيجابي واكتساب الثقة في النفس، هذا ما مكنه ليس فقط من فهم الأفكار وتحليل المعلومات الواردة في

اختبار التفكير الإبداعي، بل سهل عليه استخدامها لتوليد وتوفير تفكير إبداعي شكلي أصيل يعتمد التنسيق بين الأشكال والألوان، ومحاولة إيجاد التوليفات الجديدة والمناسبة فيما بين الأشكال والتمكيفة مع البيئة التي تحيط به. كما يمكن تفسير ضعف مستوى الأصالة لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية، بكون المراهق(ة) يميل في هذه المرحلة العمرية إلى محاكاة القيم والمعايير والنماذج السائدة في محيطه، بالتالي تضعف لديه قدرة الأصالة في التفكير.

النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية رقم 4 :

1- تذكير بنص الفرضية الفرعية رقم(4) : نفترض وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى التوسيع الشكلي، كما يقيسها اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.

جدول رقم(4)

علاقة مستوى تقدير الذات بالتوسيع الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية

التوسيع الشكلي	تقدير الذات	البيان	
46,55	34,23	المتوسط	درجات تقدير الذات
19,39	12.19	الانحراف المعياري	
5861,107	15162,408	مجموع المربعات	
0.52	1.00	معامل الارتباط	
0.01	-	مستوى الدلالة	
103	103	N	
101		درجة الحرية	

جدول رقم(5)

علاقة مستوى تقدير الذات بمستوى التفكير الإبداعي الشكلي، لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية

التفكير الإبداعي الشكلي	تقدير الذات	البيان	
46,55	34,23	المتوسط	درجات تقدير الذات
39,88	12.19	الانحراف المعياري	
34178,388	15162,408	مجموع المربعات	
0.68	1.00	معامل الارتباط	
0.01	-	مستوى الدلالة	
103	103	N	
101		درجة الحرية	

يتضح من قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (5) أن هناك ارتباطا موجبا بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى التفكير الإبداعي الشكلي بدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.68)، بالنسبة لدرجة الحرية 101، مما يعني أنه كلما ارتفع مستوى المراهق(ة) في تقدير الذات كلما ارتفع مستواه في التفكير الإبداعي الشكلي.

ومن خلال هذه النتيجة يتضح أن الفرضية العامة قد تحققت، في وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع ومستوى التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية كما تدل عليها المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة.

ويمكن تفسير النتيجة أعلاه التي اتضح فيها وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات الإيجابي المرتفع للمراهق(ة) وتنمية التفكير الإبداعي الشكلي، بكون التقدير الإيجابي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية، والذي يتميز بتكوين فكرة

يتضح من قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (4) أن هناك ارتباطا موجبا بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى التوسيع الشكلي بدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين (0.52)، بالنسبة لدرجة الحرية 101، مما يعني أنه كلما ارتفع مستوى المراهق(ة) في تقدير الذات كلما ارتفع مستواه في التوسيع الشكلي.

ومن خلال هذه النتيجة يتضح أن الفرضية الفرعية رقم(4) من الفرضية العامة الأولى قد تحققت، في وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع ومستوى التوسيع الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية كما تدل عليها المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة.

ويمكننا تفسير النتيجة أعلاه، بكون التقدير الإيجابي المرتفع للمراهق(ة) لأبعاد شخصيته، انطلاقا من تقبل إمكانياته وحدود قدراته، تم تقبل الاختلاف الذي يميزه، شكل منطلقا وتحديا له من أجل تنمية عملية الاستبصار والإدراك الكلي للموضوعات، حيث تميز في الاختبار بالقدرة على تقديم التفاصيل الشكلية في الأشكال والرسوم التي قدمها، فتقدير الذات الإيجابي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية فتح له المجال لبلوغ إمكانيات متعددة في الفهم والإدراك والتفكير التباعدي المتشعب. كل هذا ساهم في نمو التفكير الإبداعي الشكلي المتعلق بالتوسيع والإطراء الشكلي.

النتائج الخاصة بالفرضية العامة : علاقة تقدير الذات المرتفع بالتفكير الإبداعي :

1- تذكير بنص الفرضية العامة : نفترض وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات المرتفع وبين مستوى التفكير الإبداعي الشكلي، كما يقيسها اختبار التفكير الإبداعي الشكلي لدى المراهق(ة) في وضعية إعاقة سمعية.

إيجابية حول صورة الجسد وحول أفكاره وعاطفته، كل ذلك يدفع المراهق إلى الاستقلالية والتفكير الإبداعي التشعبي، زيادة على ذلك فتقبل الغير وتعزيز العلاقة الإيجابية عبر ربط علاقة الصداقة والتعاون معه، كلها سلوكيات تساعد على نمو قدرات التفكير الإبداعي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية.

كما يمكن تفسير العلاقة الارتباطية بين تقدير الذات الإيجابي المرتفع ونمو التفكير الإبداعي لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية، بكون المراهق يعرف في هذه المرحلة العمرية النمائية تغيرات جسدية وما يرافقها من تحولات انفعالية ومعرفية وسلوكية، فإذا كان المراهق يثق في قدراته ويتقبل وضعية الإعاقة السمعية، فهو يتجه نحو التوازن والتوافق المدرسي وهذا ما يساعده على تنمية القدرات المعرفية خاصة التفكير الإبداعي بمختلف مكوناته.

### النتائج الخاصة بالفرضية الفرعية رقم 5 :

تذكير بالفرضية الفرعية الرابعة : نفترض وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في مستوى درجات اختبار التفكير الإبداعي الشكلي حيث نفترض أن يكون مستوى التفكير الإبداعي مرتفعا لفائدة المراهقات.

جدول رقم (6) المؤشرات الإحصائية للفروق في مستوى التفكير الإبداعي الشكلي بين مجموعتي المراهقين والمراهقات.

المؤشرات الإحصائية	المتوسط	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطات	الفرق بين الانحرافات	د.الحرية	قيمة ت'	مستوى الدلالة
المراهقين 72 =N	134,89	36,17	9.17	8.56	101	1.07	غير دال
المراهقات 31=N	144,06	47,43					

يتضح من خلال الجدول رقم(6) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعة المراهقين ومجموعة المراهقات، في درجات التفكير الإبداعي الشكلي، وذلك لأن قيمة "ت" الحسابية والتي لم تتجاوز (1.07) أصغر من قيمة "ت" " T " الجدولية التي بلغت(1.66)، عند درجة الحرية 101، وبما أن القيمة الحسابية ل"ت" أصغر من القيمة الجدولية ل "T" فليس هناك فروق دالة إحصائية بين المتوسطين عند مستوى الدلالة (0.05)، في درجات التفكير الإبداعي الشكلي بين المراهقات والمراهقين.

نستنتج من خلال تحليل المعطيات السابقة لكل من الطلاقة والمرونة والأصالة والتوسيع في التفكير الإبداعي الشكلي لكلا الجنسين عدم تحقق الفرضية الفرعية رقم(5) ، والتي نفترض فيها وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في درجات التفكير الإبداعي الشكلي(الطلاقة، المرونة، الأصالة)، حيث نفترض أن يكون مستوى التفكير الإبداعي الشكلي مرتفعا لفائدة المراهقات، وذلك لأن البيانات الإحصائية دلت على عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى التفكير الإبداعي الشكلي بين المراهقات والمراهقين.

زيادة على ذلك يمكن تفسير عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى التفكير الإبداعي الشكلي، في كون أن المراهقات لهن نفس مستوى درجات التفكير الإبداعي الشكلي مقارنة مع مستوى درجات المراهقين، وذلك يعود إلى وجود تشابه في طريقة إدراك مشكلات اختبار التفكير الإبداعي والتعامل مع وضعيات الاختبار رغم أن الإجابات كانت متنوعة في الأشكال والرسوم والأفكار التي قدمها مجموع المراهقين والمراهقات. بمعنى أن المراهقات والمراهقين لهم نفس طريقة التعامل مع الوضعيات الواردة في الاختبار الشكلي.

### مناقشة نتائج البحث :

- بخصوص الفرضية العامة تأكد من خلال نتائج البحث وجود علاقة بين تقدير الذات الإيجابي المرتفع والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية، بمعنى أن التقدير الإيجابي بما فيه حب الذات وتقبل جسمه وأفكاره، وأيضا التواصل والتفاعل مع الآخرين، كلها عوامل تكسب المراهق(ة) الثقة في النفس والقدرة على التفكير المختلف والتفكير الإبداعي. وهذا ما أكدت دراسات "ميهاالي" الذي أشار بدوره

إلى أن المبدعين يتميزون بانفتاح وحساسية وفرح عظيم والثقة في الذات والسعادة، لأنهم يشعرون بعمق اتجاه أعمالهم، هم يستطيعون التحول من الفرح إلى الحزن، ومصدر ذكائهم هو نفس المصدر لشقاؤهم ومعاناتهم العاطفية. وأكبر معاناة للمبدع ربما هو الإحساس بالنقص أو الفراغ عندما لا يستطيع العمل لسبب أو لآخر. وعندما يعمل في مجاله تزول كل المشوشات ليحل محلها الإحساس بالفرح والثقة في النفس (Mihaly, 1996, p.64).

ومن جهة أخرى تتوافق نتائج البحث مع ما توصل إليه كل من (Macknion, Roe, 1952) اللذان قاما بفحص سمات شخصية المبدع، فتم استخدام مناهج ترابطية، فتوصلت هذه الدراسة بأن العديد من السمات مرتبطة بالتفكير الإبداعي مثل تقدير الذات واستقلالية الحكم، أو حتى اللجوء إلى المخاطرة. (Lubart, 2015, 30). زيادة على ذلك أكد العالم ماسلو (Maslow, 1968) وكذلك كارل روجرز (Rogers, 1954) أن الإبداع وسيلة يحقق بها الفرد طاقته الكامنة أي تحقيق الذات، وهي تتضمن بعض السمات مثل: قبول الذات والشجاعة وحرية التفكير ثم بلوغ تقدير عال للذات.

وبخصوص علاقة تقدير الذات الإيجابي المرتفع بالأصالة في التفكير الإبداعي، تبين من خلال نتائج البحث، وجود ارتباط بين المتغيرين لكنه ضعيف، حيث أن أغلب الإنتاجات الإبداعية لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية لم تتميز بالأصالة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة لوبارت (Lubart) إذ قام بتفسير ضعف الترابط بين مستوى التقدير الإبداعي والأصالة لدى المراهق بمسببات بيئية، فهناك فرضية وجود فترة تقليدية في هذا العمر تدفع المراهق إلى التقيد بمختلف القواعد الاجتماعية ومن تم إلى كبت أصالته (Lubart, 2015, p.104). وفي جانب آخر أكد هاورد جاردنر على العلاقة الارتباطية بين الذكاءات المتعددة لدى الفرد، خاصة الذكاء العاطفي للطفل الذي يبدي فيه ضبطا وتحكما في مشاعره والذكاء المنطقي الرياضي. (Gardner, 2001).

وبالإضافة إلى ذلك، نجد دراسة أجراها "هيلدون" (Hellden, 2003, pp.205-217) تهتم بتطوير التمثلات حول الذات لدى التلاميذ ما بين 11 و19 سنة، نتائج هذا البحث الطولي بينت أن تمثل تقدير الذات لدى التلاميذ لا يختلف كثيرا مع مرور السنين، وهكذا إذا كانت تمثلات التلاميذ بنيت بسرعة، فإنه يتغير ذلك بشكل قليل

مع مرور الوقت، من المهم بالنسبة للنجاح الأكاديمي أن تكون لديهم صورة إيجابية عن ذواتهم، والتي لا تلزم المعلمين منحهم علامات جيدة: كما أنه لا علاقة للتمثل حول ذواتهم بمعدل الدرجات الممنوحة (Brighelli, 2006).

### خاتمة واقتراحات:

نستنتج من معطيات البحث وجود علاقة إيجابية بين تقدير الذات الإيجابي والتفكير الإبداعي لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية، بمعنى وجود فروق جوهرية دالة إحصائيا بين المراهقين ذوي المستوى المرتفع في تقدير الذات والمراهقين ذوي المستوى المنخفض في تقدير الذات، في التفكير الإبداعي (قدرات الطلاقة، المرونة، الأصالة، التوسيع) لصالح المجموعة الأولى.

كما نستنتج عدم وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في وضعية إعاقة سمعية، في قدرات التفكير الإبداعي الشكلي. لذلك ينبغي الاهتمام بالمراهقين في وضعية إعاقة سمعية عبر تنمية شخصيتهم ومساعدتهم على الكشف عن مواهبهم وقدراتهم الإبداعية، فالتفكير الإبداعي لا يمكن تنميته لديهم إلا نتيجة تضافر عدد كبير من ظروف السلوك والعوامل، فهو وإن كان أساساً بمثابة استعدادات معرفية إلا أن الجوانب العاطفية والدافعية تؤدي دوراً في إبرازه ونموه، فالفرد عموماً قادر على الإبداع إذا ما صححت أفكاره وتغيرت أو عدلت مدركاته ونمت معارفه وتعقلنت. كما أن الأبعاد الإيقاعية والتعبيرية التي تتعلق بشكل السلوك وإيقاعه ومداه تمنح الفرد قوة وتفرد، دون أن ننسى دور بيئة الأسرة وباقي المتغيرات البيئية في تنمية التفكير الإبداعي لديه. ويمكننا الحديث عن حدود الدراسة الميدانية، من خلال اقتراح قضايا لم نتمكن من معالجتها ميدانيا والتي يتحدد بعضها كالتالي:

### - اقتراحات:

1- نقترح إجراء هذا البحث بنفس متغيراته على عينات أخرى من المراهقين في وضعية إعاقة سمعية في مدن أخرى وفي بيئات مختلفة، بهدف الكشف عن طبيعة القدرات الإبداعية لدى هذه الفئة وتشجيعهم على تنميتها.

- Hellden, G.(2003).Personal context and continuity of human thought as recurrent themes in longitudinal study. scandinavian journal of educational research,47(2).
- Isaacs, A.F. (1982). Self Giftendness Talent Creativity and suicide. The creative child and adult quartory Vol. I.
- Moores, D. (2001). Educating the deaf: Psychology, principles, and p ractices (5th edition). Boston: Houghton Mifflin Company.-
- Rogers, C.R. (1951). Client Centered Therapy. Boston: Houghton, Mifflin
- Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55.
- TODD .L.(2015).La créativité de l'enfant; évaluation et développement. mardaga, éditions , Bruxelles, Belgique.

- 2- حث طلبة الماجستير والدكتوراه في علم النفس على إنجاز دراسات تسهم في معرفة العلاقة بين الذكاء العاطفي والتفكير الإبداعي لدى الأطفال والمراهقين في وضعية إعاقة سمعية .
- 3- إجراء بحوث سيكولوجية حول علاقة الذكاء العاطفي بخفض مستوى العدوانية لدى المراهقين في وضعية إعاقة سمعية.
- 4- إجراء بحوث حول علاقة التفكير الإبداعي بالمنهج الدراسي لتعليم الأطفال في وضعية إعاقة سمعية. ثم البحث في دور كل من الأستاذة) والإدارة التربوية في الرفع من مستوى تقدير الذات لدى المراهق في وضعية إعاقة سمعية.

#### المراجع :

- جولمان، دانيال. (2000). الذكاء العاطفي، ترجمة ليلى الجبالي، عالم المعرفة، الكويت.
- حنان، عبد العزيز. (2012).، نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طلبة بشار، الجزائر.
- سامي، محمد، ملحم.(2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط.1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان. الأردن.
- مريم، سليم. (2003). تقدير الذات والثقة بالنفس، دار النهضة العربية. الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.
- مصطفى، عشوي.(1990). مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- يوسف، القريوتي، جميل الصمادي، عبد العزيز السرطاوي. (2001). المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

- Amabile, T. M. (1996). Creativity In context: Update to the social psychology of creativity. Boulder, Colorado: Westview Press.usa .
- Brighelli, J.P.(2006). à Bonne ecole, jean claude Gawsewitch Paris, France.
- Gardner (H),(2001). Les formes de la créativité. Odile Jacob Paris, France.

أثر الدمج المدرسي الشامل على شخصية الأطفال ذوي  
الإعاقة  
من وجهة نظر الأساتذة

محمد مكوي

## أثر الدمج المدرسي الشامل على شخصية الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر الأساتذة

محمد مكاوي

مشرف تربوي

أكاديمية الرباط

### مقدمة

في إطار تجديد النماذج التربوية يسير المغرب كغيره من الدول في اتجاه إرساء تربية دامجة يحظى فيها المتعلمون ذوي الإعاقة بحقهم الكامل في التمدرس في الوسط المدرسي العادي، مع العمل على تكييف الحياة المدرسية لجعلها في خدمتهم:

إن دخول الأطفال ذوي الإعاقات للوسط العادي يعتبر اختبارا حقيقيا لمدى استعداد المدرسة للاعتراف بالتنوع من خلال المدخل البيداغوجي ومدى قدرة الأساتذة على التعامل مع هذه الفئة من الأطفال ومدى استعداد الأطفال غير المعاقين لاحتضان أندادهم من ذوي الإعاقات.

يتزامن هذا الاختبار مع تزايد أعداد المتعلمين في المؤسسات التعليمية العمومية وقلة الأطر وإشكالية التكوين المستمر للأطر الإدارية والتربوية.

أمام هذه الوضعية يمكن طرح الإشكال التالي:

- ما مدى تأثير اتجاهات أساتذة المدارس الابتدائية نحو دمج الأطفال في وضعية إعاقة مع أقرانهم بمستوى تكوينهم في المجال ومعرفتهم بالجوانب المعرفية المرتبطة بالإعاقة؟
- ماهي الولوجيات البيداغوجية التي يوظفها الأساتذة في أقسام الدمج المحتضنة لأطفال ذوي الإعاقات؟

### 1- أسئلة الدراسة

-يسعى البحث الى الإجابة عن التساؤلات التالية :

- أ- ما مدى تقبل الأساتذة والإداريين للدمج المدرسي للأطفال ذوي الإعاقة داخل المدرسة الابتدائية وبالضبط داخل الأقسام؟
- ب- ما الولوجيات البيداغوجية التي يوظفونها لتيسير الدمج؟
- ج- ما أبرز المشكلات التي تحول دون إدماج الأطفال المعاقين في المدارس الابتدائية؟

## 2- أهداف الدراسة :

- التعرف على اتجاه الأساتذة نحو الدمج المدرسي للأطفال ذوي الإعاقة
- حصر أثر متغير التكوين على تحسين الاتجاه
- التعرف على الولوجيات البيداغوجية في الممارسة المهنية الميسرة لدمج الأطفال ذوي الإعاقة مع أقرانهم.

## 3- عينة الدراسة :

يشمل البحث ست مؤسسات تجريبية للدمج المدرسي بجهة الرباط سلا القنيطرة موزعة على المديرية الإقليمية للصخيرات تمارة والمديرية الإقليمية للرباط والمديرية الإقليمية للخميسات

تم اختيار المؤسسات في إطار مشروع "نحو تحسين جودة التربية الدامجة للأطفال في وضعية إعاقة" بشراطة مع المنظمة إعاقة دولية خلال الموسم الدراسي 2016 2017

## 4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

انسجاما مع أهداف الدراسة وانطلاقا من مهام التتبع استخدمت شبكات تتبع لرصد الممارسات البيداغوجية الصفية مع إرفاقها بمقابلات مع الأساتذة تبيين أشكال التدخلات البيداغوجية المتبعة مع الأطفال ذوي الإعاقة؛

## 5- مفاهيم الدراسة:

- الدمج المدرسي: ونعني بها التعليم الدمجي الشامل الذي لا يستثني أحدا من التلاميذ بغض النظر عن الفروق الفردية والصعوبات والإعاقات التي تواجههم ويلبي الاحتياجات الفردية لكل منهم<sup>84</sup>
- الإعاقة<sup>85</sup>: الإعاقة تفاعل دينامي بين الظروف الصحية والعوامل الشخصية الأخرى (العمر، والجنس، ومستوى التعليم)، وكذلك العوامل الاجتماعية والبيئية والمادية )
- التعليم الابتدائي: وهو التعليم المكون من سلكين السلك الأول من أربع سنوات والسلك الثاني من أربع سنوات وينتهي بمستوى السادسة ابتدائي.
- الولوجيات البيداغوجية: هي مختلف الميسرات البيداغوجية التي يوظفها الأستاذ في عمليات تخطيط أو تدبير أو تقويم أو دعم ومعالجة التعلم لجعله ميسرا للأطفال في وضعية إعاقة

## 6- أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة أول دراسة ميدانية تتبع تجربة الدمج المدرسي للأطفال ذوي الإعاقة داخل الوسط العادي ومن شأن نتائجها الوقوف على التعثرات والنجاحات وتطوير المقاربات مع إمكانية مد الباحثين المهتمين ببعض المداخل الميسرة للدمج المدرسي أو تصحيحه.

<sup>84</sup> دمج الطفل العربي ذي الإعاقة في التعليم والمجتمع، المكون الأول: المفاهيم والمواثيق والتجارب ص 22، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مصر 2016

<sup>85</sup> تقرير احترام حقوق وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة ص 27، المجلس الاقتصادي والاجتماعي

## النتائج الميدانية

### 1- معطيات إحصائية حول الفحص والتتبع شبه طبي بالمؤسسات المستهدفة؛

المؤسسة التعليمية	المديرية الإقليمية	عدد التلاميذ الذين تم فحصهم	الإناث منهم
النور / تامسنة	الصخيرات تمارة	12	4
السلام / مرس الخير	الصخيرات تمارة	9	7
علال بن عبد الله / الرباط	الرباط	12	3
الناشئة المحمدية / الرباط	الرباط	10	2
ابن خلدون / تيفلت	الخميسات	8	4
مولاي عبد الله / المعازيز	الخميسات	5	3
المجموع	3	56	23

استفاد الأطفال في وضعية إعاقة داخل المؤسسات التعليمية من تتبع شبه طبي أطره كل من فريق المركز الوطني محمد السادس للمعاقين بسلا الجديدة وفريق الجمعية المغربية لدعم ومساندة ذوي التثلث الصبغي بالرباط وبحضور المفتش الجهوي للدمج المدرسي بالأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين وممثلي إعاقة دولية وأسر الأطفال والسادة مديري المؤسسات التعليمية . واتسمت مدرسة علال بن عبد الله / الرباط بحضور مكثف لمرافقات الحياة المدرسية ؛

شمل الفحص كل الأطفال الذين حضروا بمعوية أبائهم كما شمل بعض الأطفال الذين يتمدرسون داخل أقسام الدمج المدرسي في مدرستي الناشئة المحمدية ومدرسة السلام أو في الثانوي الإعدادي ( تلميذ واحد في مدرسة الناشئة المحمدية) أو غير متمدرس ( تلميذ واحد في مدرسة النور )

سنة عشر (16) من المتعلمين المفحوصين يتمدرسون في السنة الأولى ابتدائي من مجموع التلاميذ الذين تم فحصهم وفي السنة النهائية من التعليم الابتدائي بلغ العدد الإجمالي خمسة (5) متعلمين ومتعلمات .

لم يتم بعد بناء مشاريع تربوية فردية للمتعلمين المتمدرسين في وضعية الإعاقة.

### 2- النتائج الكيفية لتتبع المتعلمين في المؤسسات التعليمية التجريبية

تم تنظيم مجموعة من الزيارات للمؤسسات الدامجة وتجدر الإشارة إلى أن الأساتذة العاملين بالمؤسسات استفادوا بأعداد تمثيلية حددتها الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين بمعوية منظمة إعاقة دولية لمدة خمسة أيام في دورتين تكوينيتين مختلفتين باختلاف أسماء المؤسسات التعليمية. غير أنه لوحظ خلال الزيارات الميدانية ما يلي:

- بعض الأساتذة الذين استفادوا من التكوين انتقلوا من المؤسسات التعليمية التي كانوا يعملون بها.
- بعض الأساتذة الذين استفادوا من التكوين لم يستقبلوا أي طفل من الأطفال في وضعية إعاقة خلال هذا الموسم الدراسي.

وعلى الرغم من ذلك فقد لوحظ داخل جميع المؤسسات التعليمية التي استفاد أحد أساتذتها من الدورة التكوينية الاهتمام بفئة الأطفال في وضعية إعاقة .

- استفادة مديري المؤسسات التجريبية من الدورة التكوينية لمدة خمسة أيام ساهم كثيرا بدوره في تجويد استقبال ومصاحبة الأطفال في وضعية إعاقة داخل المؤسسات التجريبية.

- تم في بعض المؤسسات التعليمية ( مولاي عبد الله / المعازيز والناشئة المحمدية وعلال بن عبد الله والنور ) تحسيس جمعيات الآباء والجمعيات المحتضنة لأقسام الدمج المدرسي )

- جميع الأساتذة الذين استفادوا من التكوين يتقبلون هذه الفئة من الأطفال ويجدون في البحث عن ميسرات للدمج من خلال تطوير ممارساتهم المهنية رغم بعض المشكلات التي سيتم عرضها بالتفصيل بحسب المؤسسات التعليمية
- لم يتم الاكتفاء خلال الزيارات بالأساتذة الذين استفادوا من التكوين بل شمل كذلك جميع الأساتذة المحتضنين للأطفال في وضعية إعاقة قصد تشجيعهم على المبادرة.

## 1.2. النتائج الكيفية لمدرسة النور/ تامسنة

تحتوي مدرسة النور على أطر تربوية استفاد جلها من الدورة التكوينية المنظمة لفائدة الأساتذة لمدة خمسة أيام وبعض أطرها الآخر استفاد من القافلة التحسيسية المنظمة بمدرسة الصنوبر خلال الموسم المنصرم.

تستقبل المدرسة أطفالا من إعاقات مختلفة داخل المؤسسة التعليمية يحضون بالاحتضان في رحابها.

استفاد السيد المدير من الدورة التكوينية المنظمة لفائدتهم لمدة خمسة أيام خلال هذا الموسم الدراسي؛

## نتائج الممارسات المهنية

لوحظ من خلال الممارسات المهنية للأساتذة أن هناك تعاون كبير بين الأطر التعليمية والإدارة التربوية في دمج هذه الفئة من الأطفال؛ ويتضح من خلال التكييفات المقترحة مثلا من الأستاذة سمية مداح للتلميذ علي في المستوى الخامس المدمج مع 43 تلميذا " التلميذ في بداية التحاقه بالمؤسسة كانت له صعوبة في الاستجابة والادراك نظرا لإعاقة الحركية وعدم قدرته على الكتابة خاصة الملخصات

تم تخصيص سبورة صغيرة ليكتب عليها ويتمكن من المشاركة في الطاولة الاولى وتقريبها من السبورة

طبع والصاق بعض الملخصات بدل كتابتها " أنها تدرج في إطار التكييفات الميسرة لإدماج الطفل في قلب التعلّمات كما أنها تبين مدى حرص الأستاذة على ضمان حق المتعلم في التعلّم الجيد"

وهي نفس المداخل التي اقترحت على العديد من الأطفال في قلب المدرسة، كما أن التلميذ مصطفى أبان عن علو كعبه في تطوير تعلّمات مدرسية رغم حركيته المفرطة خلال هذا الموسم الدراسي "

واعتبر بعض الأساتذة أن فشل بعض الأطفال في الدمج المدرسي بالمدرسة يعود لعدم انخراط الأسرة أو غياب التتبع الوالدي ؛ وعبرت الأستاذة فاطمة بخصوص الطفل عمر بكل حسرة

« Adam est assez timide il reste toujours dans son coin il dort toujours pendant les cours de l'après-midi Ses parents n'ont pas un contact régulier avec l'école »

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
- اعتماد التواصل والتشجيع للأطفال في المستويات الدنيا - الجلوس في مقدمة الصف	- استمرار ظهور بعض المشكلات المرتبطة بالإعاقة وخاصة التوحد بطء التغيرات السلوكية لدى العديد من الأطفال في وضعية إعاقة صعوبة تكييف المراقبات المستمرة والامتحانات الإشهادية صعوبة التواصل مع الأسرة التغيب بسبب الأمراض المصاحبة للإعاقة.	- تكوين الأساتذة في آليات تكييف المراقبة والامتحانات -التواصل مع الأسرة -دعم أسر الأطفال الفقيرة لصعوبة المواكبة الدائمة لإبنائهم -توفير الوسائل التعليمية داخل المؤسسات التعليمية -تخفيف الاكتضاض

## 2.2 النتائج الكيفية لمدرسة السلام / مرس الخير

بعد زيارة مدرسة السلام /مرس الخير يمكن الخروج بما يلي:

شهدت عملية دمج الأطفال في مدرسة السلام تعاوننا كبيرا بين الإدارة التربوية وجميع الأساتذة وخاصة أولئك الذين استفادوا من التكوين وقد اتضح أن الأساتذة تطوروا تدريجيا في تعاملهم مع الأطفال فقد أكد أستاذ التلميذ مروان "أن المتعلم كان عصيبا في البداية لكن إعطاء الطفل الأولوية وإشراكه في الأنشطة والتشجيع المستمر وتقسيم العمل لفترات مختلفة جعلت المتعلم يتقدم بخطى هائلة " وهو نفس ما أكد أستاذ التلميذة لبنى الذي خلص إلى أن " أية تلميذة تحتاج فقط أن تعامل باحترام"

على مستوى التدابير التربوية والبيداغوجية فقد لوحظ أن الأساتذة يحرصون على إشراك المتعلمين في الأنشطة المدرسية بحسب إمكانياتهم ومن خلال تصفح الإنجازات الكتابية تبين أنهم في طور التقدم باستثناء التلميذ علي الذي تفوق كثيرا على رفاقه في القسم قراءة وكتابة ورسم وقد يعزى ذلك للتشجيع المستمر الذي يحظى به من لدن أئداده ومن الأستاذ ومن السيد المدير.

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
- جلوس المتعلمين ذوي الإعاقة في مقدمة الصف - المواظبة على التمدرس في القسم العادي - المشاركة في الأنشطة المدرسية	- استمرار ظهور بعض المشكلات المرتبطة بالإعاقة	- توفير فريق شبة طبي لمواكبة المشكلات المرتبطة بالإعاقة

## 3-2- النتائج الكيفية لمدرسة علال بن عبد الله / الرباط

تعتبر مدرسة علال بن عبد الله من أقدم المؤسسات التعليمية المحتضنة للأطفال في وضعية إعاقة: تتميز بتوفرها على جمعية داعمة لتمدرس الأطفال في وضعية إعاقة: عمدت لفتح أقسام للدمج المدرسي وفق مقاربة إدماجية في التعليمين الأولي والابتدائي ، كما أنها تتوفر على إدارة تربوية جيدة حيث خبر السيد المدير بشكل جيد آليات التعامل مع أسر الأطفال ذوي الإعاقة ، وتعتبر من المؤسسات التي تتوفر على أكبر عدد من مرافقات الحياة المدرسية اللواتي تعملن بكل يسر مع الأطفال ذوي طيف التوحد داخل الأقسام بمعية الأطفال غير المعاقين وتقدمن المساعدة لمن هم في حاجة لها. جميع الأستاذات العاملات بالمؤسسة التعليمية استفدن من تكوين في إطار الدورات المنظمة من طرف الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين ومنظمة إعاقة دولية. لوحظ أن الأستاذات تمكن من تطوير استراتيجيات التعامل مع الأطفال بمختلف وضعيات إعاقاتهم حيث تم تكييف أشكال التعلم معم ووضعهم في المكان المناسب في القسم كما أن بعضهم أظهر تفوقا كبيرا في التعلم .

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
وجود أطفال معاقين بمرافقات في القسم الدراسي موضوعة الأطفال في وضعية إعاقة في المكان المناسب في فضاء القسم تعامل الأستاذات جيد جدا تطبيقهم لبعض التوجيهات المقدمة لهم تكييف مهم للتعلمات لفائدة الأطفال ذوي الإعاقة	- عدم وجود مرافقات لبعض الأطفال ذوي الطيف التوحد - غياب التتبع الأسري لبعض الأطفال - كثرة الأطفال في وضعية إعاقة داخل القسم الواحد بطء التغييرات السلوكية لدى العديد من الأطفال في وضعية إعاقة . غياب المشاريع الفردية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة	- إشراك الأسر في تتبع تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة -تحسيس مرافقات الحياة المدرسية بأشكالية الإعاقة حيث لوحظ أن معظمهم لا يتوفر على أية معلومات حولها ولا يعرف أدواره

## 4.2 النتائج الكيفية لمدرسة الناشئة المحمدية / الرباط

تتسم مدرسة الناشئة المحمدية بالرباط بكونها من أقدم المؤسسات التعليمية بالرباط تتوفر على جمعية محتضنة لقسم مدمج للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية ، تلقى كل أطرها التعليمية تكوينا في إطار التربية الدامجة باستثناء أستاذ المستوى السادس الذي التحق بالمؤسسة في بداية هذا الموسم .  
العلاقات بين الأطر في إطار التربية الدامجة تتسم بالتعاون .  
يتوزع الأطفال في وضعيات إعاقة في المستويات الدراسية التالية :

الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس
2	3	2	3	0	2

يسجل من خلال تتبع الممارسات البيداغوجية وملاحظات الأساتذة أن معظم المتعلمين في طريق الاندماج وأن الأساتذة يعملون على تكييف الحياة المدرسية بحسب إعاقتهم فالتلميذ أيوب حسب أستاذة المستوى " تلميذ مشاغب كثير الحركة شارذ الانتباه .عنيف ثقيل الفهم ،لاحظت هذه الأيام أنه بدأ يكتب وذلك راجع لتحفيزه وتشجيعه كلما أحسن الكتابة"

يتضح في هذه المؤسسة أن الأساتذة يتتبعون بشكل جيد سلوكيات أطفالهم؛ ورغم المشكلات المرتبطة بالإعاقة فإن جميع الأستاذات ترحبن بفكرة الدمج المدرسي بل وتحرصن على ربط العلاقة مع الأسرة كما أن الإدارة التربوية تتبع عن كثب جميع الأطفال ذوي الإعاقة حيث إن السيد المدير يعرف حالات كل واحد من التلاميذ ويعلن مختلف الاستراتيجيات التي يقترح اتخاذها من أجل نجاح تجربة الدمج المدرسي للأطفال في وضعية إعاقة داخل

مؤسسته ويحبد في إطار الإصلاح والترميم الذي تعرفه المؤسسة جعلها دامجة معماريا لجميع المتعلمين.

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
- وجود أطفال في وضعيا إعاقة في الأقسام العادية - عدم التمييز في التعليم أو في التقبل - التفاعل بين الأطفال والمتعلم ذي الإعاقة - المشاركة في التعلّمات المدرسية وفي المشاركة الصفية للأطفال ذوي الإعاقة. - التحفيز والتشجيع الذي يلقاه الطفل في وضعية إعاقة	- غياب التتبع السيكلوجي وتتبع الفريق لبعض الحالات الصعبة - غياب التتبع الأسري لبعض الأطفال البرنامج الدراسي صعب بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة بطء التغييرات السلوكية لدى العديد من الأطفال في وضعية إعاقة - غياب المشاريع الفردية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة	- إشراك فريق متعدد التخصصات في دعم الأساتذة - دعم أسر الأطفال المعاقين الفقراء لتشجيعهم على المواظبة

## 5.2 النتائج الكيفية لمدرسة ابن خلدون / تيفلت

توجد مدرسة ابن خلدون الابتدائية بالمديرية الاقليمية الخميسات.

يتوزع المتعلمون في وضعيات إعاقة في المستويات الأولى والثاني والثالث والسادس حسب الجدول التالي:

المستوى	الأول	الثاني	الثالث	السادس
العدد	1	2	1	3
الجنس	أ	ذ	أ	ذ
	1	1	0	1
	0	1	1	2

## 6.2 النتائج الكيفية مدرسة مولاي عبد الله / المعازيز

تنتمي مدرسة مولاي عبد الله المعازيز إلى الوسط القروي يؤمها مجموعة من المتعلمات والمتعلمين من الجنسين، بعد الزيارة الأولى لفحص المتعلمين بمعية الفريق الشبه طبي للمركز الوطني محمد السادس للمعاقين وبعد تكوين السيد المدير في إطار التربية الدامجة عمد السيد المدير لتنظيم حملة تحسيسية داخل المؤسسة لتوعية الأطر العاملة فيها والمتعلمين علما أن معظم أطرها استفادوا من تكوين خلال الموسم المنصوم وقد تمكنت الحملة التحسيسية حسب تقرير السيد المدير من استقطاب خمسة أطفال في وضعية إعاقة وتم تسجيلهم بشكل رسمي ووزعوا على المستويات الدراسية ولوحظ من خلال التقرير وشهادات الأساتذة أن السيد المدير يقوم بزيارات تتبع للمتعلمين في وضعية إعاقة داخل الأقسام واستنتج ما يلي: 86

- المتعلمون في وضعية إعاقة بدأوا يندمجون تدريجيا سلوكيا وتعليميا بمواكبة الأساتذة ومساعدتهم؛
  - إن أغلبية الأطفال غير المعاقين الموجودين معهم في نفس القسم عبروا عن تقبلهم للمدرس معهم بل هناك من دافع عنهم؛
  - وختم السيد المدير تقريره ب"هذا شيء جميل يبشر بالخير ومثل هذه السلوكات ستدفعنا لبذل الجهود لتحقيق أفضل وخلق مناخ ملائم مع إرساء استراتيجيات لمحاربة الإقصاء وتوفير موارد إضافية لتسهيل تعليم الأطفال في وضعية إعاقة" لوحظ خلال الزيارات الصفية المكانة المهمة التي يحظى بها الأطفال في وضعية إعاقة وقد عبر أحد الأساتذة عن ذلك بقوله " لقد فتحت عيوننا منذ القافلة التحسيسية " وأتممت ذلك بالدورة التكوينية،
  - تعلّمت الأطفال ما تزال في بدايتها لكن اندماجهم داخل المؤسسة يحظى بأهمية بالغة ومن ارتسامات الأساتذة حول التلميذة نزهة
- « c' est une élève intelligente malgré son handicap elle fait des efforts , elle participe en classe »
- يستفيد الأطفال في وضعية إعاقة من تكييفات المكان داخل القسم حيث يجلسون في الصفوف الأولى ومن تكييف التعلم إذ إن الأساتذة يعملون على تخفيف المضامين

<sup>86</sup> تقرير السيد المدير بتاريخ 22-12-2016

معظم الأساتذة الذين عهد لهم بأطفال ذوي إعاقات لم يستفيدوا من أي تكوين لكن من خلال زيارات المؤسسة يبدو من الأنشطة المقدمة ومن دعم السيد المدير للفريق التربوي شروع الأطر التعليمية في تنفيذ مجموعة من الأنشطة ذات الارتباط بالموضوع .

يحظى المتعلمون في وضعية الإعاقة باهتمامات كبيرة في الممارسة التربوية سواء من حيث موضعهم في فضاء القسم أو إشراكهم في التعلّات وأكد الأساتذة المحتضنون لهذه الفئة أنه رغم جهلهم بنوع الإعاقة فإنهم يعملون ما في وسعهم من أجل ضمان اندماج المتعلمين وقد عبر بعضهم بما يلي:

" اندماج ملحوظ وسط المجموعة." بالنسبة للطفلة منى ، كما أن الأستاذة ربيعة عبرت عن انخراطها في تكييف التعلّات حسب حاجة التلميذة لوحظ أن المتعلمة تعاني من صعوبات والأستاذة حريصة على مساعدتها رغم أنها غير مكونة وقد عبرت عن المتعلمة بما يلي: " تندمج بسهولة مع صعوبات ذهنية.

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
- وجود أطفال في وضعية إعاقة في الأقسام العادية؛	- غياب المشاريع الفردية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة؛	- تنظيم دورات تكوينية للأطر من أجل احتضان تربوي للأطفال في وضعية إعاقة؛
- تقبل الأساتذة والأطفال للأطفال في وضعية إعاقة؛	- عدم استفادة الأطر التعليمية من الدورات التكوينية؛	- توفير الوسائل التعليمية وخاصة البرانيم الرقمية داخل المؤسسة؛
- استفادة الأطفال في وضعية إعاقة من تكييفات في التعلم والتقييم؛	- الوسط الذي توجد فيه المدرسة يؤثر سلبا على احتضان الأطفال في وضعية إعاقة بسبب غياب المواكبة الوالدية وقلة ذات اليد؛	- توفير المرافقة الوالدية لأسر الأطفال في وضعية إعاقة؛
- رضى الأساتذة على أداء المتعلمين في وضعية إعاقة؛		
- تطور مستويات المتعلمين في جوانب الشخصية؛		

## خلاصات واقتراحات

نستخلص من زيارات المتتبع والمواكبة ما يلي:

طور الأساتذة المحتضنون ممارساتهم المهنية في المؤسسات التربوية على مستويات عدة منها:

- تخطيط الأنشطة، حيث تبين من الزيارات ورود أنشطة خاصة بالأطفال ضمن الأنشطة الجماعية الموجهة للقسم وقد غطت المواد الآتية: القراءة، الكتابة، الرياضيات؛
  - تدبير الأنشطة: يتموضع معظم الأطفال في وضعية إعاقة في الصفوف الأمامية بعضهم مرفوق بند مجتهد يساعده في التعلم؛
  - يحرص الأساتذة الذين تمت زيارتهم على زيادة مشاركة المتعلم (ة) فرديا أو ضمن مجموعة في الأنشطة المدرسية؛
  - تقويم الأنشطة: معظم الأساتذة راجعوا أساليبهم التقويمية بالنسبة للأطفال المتمدرسين في وضعية إعاقة حيث اعتمدوا التشجيع والتحفير بذل النقطة العديدة المضرة بالمتعلم(ة)
  - بعض الأساتذة عمدوا لتكليف المضمون المستهدف بالتقويم ، ومع ذلك تبقى مشكلة التقويم تطرح نفسها اعتبارا لمنظومة مسار.
- وقد لوحظ كذلك أنه :

- مكن الدمج المدرسي من بحث الأساتذة عن أفضل الطرق لضمان انخراطهم والمساهمة في نجاح التجربة
- يزيد دمج الأطفال في وضعية إعاقة مع أندادهم في الأقسام العادية من شعور بأنهم قادرين على العطاء وتزداد ثقتهم في أنفسهم وفي إمكاناتهم وهذا ما أكده العديد من الأساتذة في المؤسسات التربوية.
- ساعد الدمج المدرسي في المؤسسات التربوية على خلق مهارات أكاديمية جديدة لدى المتعلمين من خلال اكتسابهم مهارات القراءة والكتابة والتواصل على الرغم من محدوديتها .
- زاد الدمج في المؤسسات التربوية من فرص التفاعل بين المتعلمين في وضعية إعاقة والمتعلمين غير المعاقين.

بما يناسب إمكاناتهم كما أن الأساتذة يجتهدون في تكييف التقويم لهذه الفئة من الأطفال ويتدرجون في إنجاح الدمج ويعتمدون التشجيع والتحفير والتتبع الأسري. تعتبر مؤسسة مولاي عبد الله من المؤسسات التربوية التي تكتلت أطرها في سبيل ضمان حق هذه الفئة من الأطفال يلاحظ هذا التمثل كلما تمت زيارة المؤسسة فهم سند قوي لحماية ودمج هذه الفئة من الأطفال .

نقط القوة	نقط الضعف	اقتراحات
- التعاون المتين بين الإدارة والأساتذة لخدمة هؤلاء الأطفال في وضعية إعاقة؛	- قلة الوسائل التعليمية	- الاحتفاظ على النظرة الإيجابية للأطفال في وضعية إعاقة داخل المؤسسة التعليمية؛
- التقبل الجيد من الأنداد داخل الأقسام	- بعد المدرسة عن مساكن بعض الأطفال في وضعية إعاقة؛	- التكوين في مجال تخطيط التعلم وتدريبه وتقويمه. لتطويع الدمج المدرسي في اتجاه الدمج المدرسي؛
- المشاركة في الأنشطة التعليمية	- التغيبات المتكررة للأطفال في وضعية إعاقة بسبب المرض أو البعد عن المؤسسة؛	- التكوين في المشروع التربوي الفردي الدامج داخل المؤسسة التعليمية .
- تشجيع الأساتذة للمتعلمين		
- استفادة الأساتذة والإدارة من التكوين كان له أثر إيجابي على تقبل الأطفال ذوي الإعاقة واندماجهم السلس		

- تشجيع الأطر التي شاركت في العمليات التجريبية بشهادات تنويه اعتبارا لانخراطها التطوعي في المشروع؛
- تشجيع الأطفال غير المعاقين على انخراطهم التلقائي وتنظيم ورشات بمعيتهم تحفيزا لهم على بذل المزيد من الجهد لبناء مدرسة القيم التي يسود فيها التعاون والتضامن والتسامح وتقبل الاختلاف وتضمن المشاركة والتعلم والنجاح للجميع.

#### المراجع المعتمدة:

- 1- احترام حقوق وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة ، المجلس الاقتصادي والاجتماعي 2012
- 2- دمج الطفل العربي ذي الإعاقة في التعليم والمجتمع، المجلس العربي للطفولة والتنمية 2016

- لوحظ أن الأطفال الذين كانوا في القسم المدمج والتحقوا بالقسم العادي ( مدرسة السلام/ مرس الخير ) تقدموا بشكل أفضل وتحسنت صورتهم عن ذواتهم؛
- بصفة عامة فإن:

- معظم الأساتذة الذين استفادوا من التكوين عبروا عن نجاح تجربة الدمج في الأقسام العادية رغم إكراهات البيئية التربوية؛
- جميع المديرين في المؤسسات التجريبية أكدوا فائدة الدمج على الأسرة والطفل والقسم؛

#### الإكراهات التي تعترض دمج الأطفال في وضعية إعاقة في المدارس التجريبية

- عدم إدراج المشروع التربوي الفردي تخطيطا وتدبيريا وتقويما بالنسبة للأطفال في وضعية إعاقة وقد يعزى ذلك لغياب الفريق متعدد التخصصات في المؤسسات التجريبية؛
- وجود بعض الإعاقات غير المشخصة؛ وصعوبة التعامل معها في القسم
- المنهاج الدراسي لا يأخذ بعين الاعتبار هذه الفئة من الأطفال؛
- الاكتضاض يؤثر سلبا على مشاركة المتعلمين في وضعية إعاقة داخل القسم،
- قلة الوسائل التعليمية في معظم المؤسسات التجريبية معيق للدمج المدرسي،
- مشكل المراقبة المستمرة والامتحان الإشهادي عبئا كبير على كل المتعلمين في وضعية إعاقة
- ضعف المرافقة الوالدية للأطفال في وضعية إعاقة ؛

#### اقتراحات

- من خلال الزيارات والمواكبة داخل الأقسام نقترح:
- تزويد المؤسسات التعليمية الدامجة بالوسائل التعليمية والبرامج الرقمية الميسرة لتدبير التعليمات،
- توفير فرق تربوية متعددة التخصصات لبناء المشاريع الفردية وتتبعها وتقويمها دعما لمجهودات الأساتذة؛
- تنظيم ورشات مع جمعيات آباء وأمهات المؤسسة التعليمية الدامجة لمزيد من التحسيس الوالدي ومزيد من الدمج في الأنشطة الاجتماعية؛

**التفاوت المقارن والاندماج المهني لدى الأفراد في وضعية  
إعاقة**

عادل غزالي

## التفاوت المقارن والاندماج المهني لدى الأفراد في وضعية إعاقة

عادل غزالي

أستاذ علم النفس

جامعة الحسن الثاني كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية

### Résumé :

Les études en psychologie sur le handicap révèlent la prédominance d'un stéréotype dite « mixte » ; d'une part, les gens ont tendance à manifester un sentiment d'empathie. Et d'autre part, on constate une sous-estimation de leurs compétences professionnelles, par rapport à autrui « supposé comme une personne normale ». ce qui explique le taux très faible de l'insertion professionnelle des personnes en situation d'handicap.

En optant pour une approche psychosociale de ce phénomène de l'insertion professionnelle. Cette étude vise la mise en évidence de l'optimisme comparatif chez ces personnes en situation d'handicap. Il s'agit d'un biais sociocognitif qui renvoie à la croyance que son avenir sera meilleur que l'avenir des autres (Milhabet, 2010). Autrement dit, les gens ont tendance à croire que les événements positifs vont leur arriver plus probablement qu'ils ne vont arriver aux autres Et, inversement, que les événements négatifs vont plus probablement arriver aux autres qu'à eux-mêmes (Milhabet, Desrichard, & Verlhac, 2002). Par ailleurs, cette étude vise également à montrer l'influence de quelques facteurs sociaux et professionnels sur ce processus d'optimisme comparatif.

Mots-clés : Optimisme comparatif- insertion professionnelle- handicap.

## تقديم:

تشير بعض الإحصائيات المتعلقة بالاندماج المهني إلى أن الأشخاص في وضعية إعاقة يمثلون إحدى الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة (كوهن، 2015). وفي نفس السياق تؤكد بعض الدراسات على أن هذه الفئة ينظر إليها باعتبارها أقل قدرة على الإنتاج، وعلى تحقيق الاستقلالية اجتماعيا ومهنيا ( لوفي، 2007). ومن بين الافتراضات التي يقوم عليها هذا المعطى المتعلق بضعف الاندماج المهني للأشخاص في وضعية إعاقة، هي وجود تراكم لمجموعة من الخصائص والمميزات التي تجعلهم أقل حظا لولوج عالم الشغل: فهذه الفئة غالبا ما تكون حاصلة على دبلومات أقل من المتوسط، وتنتمي لفئة عمرية متقدمة، وتتوفر على خبرات وتجارب مهنية أقل، مع سنوات طويلة من البطالة. لكن هل تكفي هذه الخصائص لتبرير ضعف الاندماج المهني أم أن هذه الفئة تشكل موضوع فكرة نمطية سائدة داخل المجتمع تنظر إليهم نظرة الشفقة والتعاطف أحيانا، ونظرة الدونية والسخرية أحيانا أخرى؟

من هنا تبدو أهمية المقاربة النفسية والاجتماعية لظاهرة الإعاقة من خلال رصد إدراك وتمثلات الأشخاص في وضعية إعاقة لسيروية إدماجهم المهني، باعتبارها تعبيرا عن هذه السيرورات النفس اجتماعية التي توجهها، في أفق منحها تفسيرا دالا في سياق التفاعلات الاجتماعية. وقد حاولنا في هذه الدراسة مقارنة هذه الإشكالية من خلال سيروية التفاؤل المقارن باعتباره انحرافا إدراكيا يسمح لنا بفهم ورصد أشكال الإدراكات الاجتماعية السائدة حول قدرات وكفاءات الأشخاص في وضعية إعاقة.

## 1. الإطار النظري

### 1.1 مفهوم التفاؤل المقارن

يحيل مفهوم التفاؤل المقارن *optimisme comparatif* على معتقد سائد بموجبه يرى الفرد بأن مستقبله أفضل من الآخرين (ميلابي، 2010). أو بعبارة أخرى، فإن الأفراد يعتقدون أن احتمال وقوع أحداث إيجابية كبير مقارنة بالآخرين. وبالعكس فإن احتمال وقوع أحداث أو وقائع سيئة ضعيف بالنسبة لهم وجد وارد حدوته للآخرين (ميلابي، وديريشار وفيرلياك، 2002). يستمد مفهوم التفاؤل المقارن أصوله النظرية من نظرية المقارنة الاجتماعية التي طورها عالم النفس

الاجتماعي ليون فيستنجر Léon Festinger خلال الخمسينات من القرن الماضي. تقوم هذه النظرية على فكرة محورية تفيد بأن كل إدراك أو حكم اجتماعي يستلزم بالأساس القيام بمقارنة اجتماعية (هورن، 2010). فلو افترضنا مثلا حصول طالب على معدل أقل من المتوسط في اختبار ما فإن هذه النتيجة ستبدو سيئة ومحبطة. لكن إذا علم هذا الطالب بأن معدله هو أعلى نقطة تم تحصيلها في هذا الاختبار سيصبح متفائلا وراضيا على أدائه.

تعود الدراسات الأولى التي اهتمت بمفهوم التفاؤل المقارن إلى سبعينات القرن الماضي تحت تسميات مختلفة ومتعددة؛ إما باعتباره أوهاما إيجابية *Illusions positives* (ليرنر، 1977؛ سير، 1983)، أو باعتباره تعبيرا ذاتيا عن الارتياح *bien-être* (ميلابي، 2010) أو كوهم الحصانة *illusion d'invulnérabilité* (بيرلوف، 1983؛ بيرلوف وفيدرز، 1986). وأخيرا باعتباره تفاؤلا غير واقعي (وينستين، 1980). هذا الأخير أي وينستين Weinstein يرجع له الفضل في إثارة الاهتمام بهذا المفهوم. فقد عرفه باعتباره: كميول لدى الافراد بموجبه يعتقدون أن حظوظهم أفضل من نظرائهم ليعيشوا أحداثا سعيدة مقابل احتمال أقل من الآخرين في وقوع أحداث سيئة لهم" (وينستين، 1980. ص. 147)

أثبتت عدة دراسات أن التفاؤل المقارن ظاهرة عابرة للثقافات باختلاف مكوناتها ومتغيراتها، فقد تم كشفها في الثقافة الغربية، والأمريكية والأفريقية والأسترالية (ميلابي، وديريشار وفيرلياك، 2002). وقد تبين أن الأفراد من مختلف الأعمار، والمهن والجنسين ومختلف الثقافات يعبرون عن نزعة تفاؤلية مقارنة بالآخرين. مقابل ذلك يبدو أن الدراسات التي أثبتت وجود نزعة تشاؤمية مقارنة نادرة جدا. نذكر مثال التجارب التي قام بها هين Heine وليمان Lehman (1995) على عينة من المجتمع الياباني. فاستخلصا وجود نزعة تشاؤمية لديهم مقارنة بالآخرين. ويعزى ذلك حسب ميلابي وآخرون إلى وجود عوامل ثقافية.

حسب ميلابي (2010) هناك ثلاث مقاربات يمكن من خلالها تناول التفاؤل

المقارن:

1- كسمة ثابتة لإدراك العالم والمستقبل. أو بعبارة أخرى، كسمة من سمات الشخصية وهذا التصور برز مع الباحثين شيبير Scheirer وكارفر Carver (1985):

- 2- كسيرورة للتنبؤ بالدافعية التنظيم الذاتي: وهذا التصور برز مع كل من عالم النفس باندورا (1977) Bandura، وشيبر Scheirer وكارفر Carver (1988)؛
- 3- كسيرورة للتنبؤ بالمعافاة الجسدية والنفسية: وهذا التصور برز مع شيبر Scheirer وكارفر Carver (1992) ووينستين Weinstein (1987). كما اقترحت ميلابي (2010) بعدا آخر بموجبه يعبر التفاؤل المقارن عن استجابة معرفية.

## 2.1 مفهوم الاندماج المهني

يحيل مفهوم الاندماج المهني على تلك السيرورة التي تسمح للفرد بأن يجد له موقعا أو وظيفة في مجال العمل. إنه الصلة التي تربط بين الفرد والمجال المهني أو السيرورة التي بموجبها يتم إعادة تأهيل الفرد ليستجيب لحاجياته سوق العمل. بهذا المعنى يشكل الاندماج المهني مدخلا أساسيا لتحقيق الاندماج الاجتماعي. علاوة على ذلك فإن المجال المهني بما يعرفه من علاقات اجتماعية وتواصلية بين العاملين تبرز من خلال التنافس والصراع والتعاون...تجعل من المقابلة مجالا للتفاعلات التي يعرفها المجتمع.

## 2. الإطار المنهجي للدراسة

### 1.2 منهجية البحث

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى التفاؤل المقارن عند عينة من الأشخاص في وضعية إعاقة. وقد اعتمدنا من أجل قياس التفاؤل المقارن على مقياس يتكون من 9 عبارات باللجوء إلى الطريقة المباشرة (وينستين، 1980) حيث يطلب من المبحوثين تقييم حظوظهم مقارنة بالأخرين "غير معاقين" مثل: أن تحصل على وظيفة ملائمة، وأن تندمج بسهولة في المجال المهني...والأجوبة تكون من خلال وضع علامة عند مستوى التقييم الذي يراه المبحوث وتتراوح هذه الأجوبة بين 5 مستويات (ضعيف جدا- ضعيف- متوسط- مرتفع- مرتفع جدا). أجريت هذه الدراسة من خلال مقابلة مباشرة مع المبحوثين سواع في فضاء بعض الجمعيات التي تعنى بالإعاقة أو في المحلات التي يشتغل فيها المبحوثين. بالنسبة لبعض المشاركين، قاموا بملء الاستمارة كتابيا، بالنسبة للبعض الآخر، تم قراءة الأسئلة شفاهيا وتسجيل أجوبة المشاركين. وقد تم تذكير المشاركين في هذا البحث بأن

اجوبتهم تبقى سرية ولا يمكن استعمالها إلا في مجال البحث العلمي حسب ما تقتضيه أخلاقيات البحث العلمي.

## 2.2 إشكالية البحث

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

- لماذا تسود نزعة تشاؤمية لدى الأفراد في وضعية إعاقة بخصوص قدراتهم لتحقيق الاندماج المهني؟
- كيف يؤثر التفاؤل المقارن لديهم على سيرورة الاندماج المهني؟
- كيف تؤثر العوامل الاجتماعية والمهنية على سيرورة التفاؤل المقارن؟

## 3.2 الفرضيات

لمقاربة هذه التساؤلات، قمنا بدراسة علمية كمحاولة للتأكد من الفرضيتين التاليتين:

- وجود نزعة تفاؤلية ضعيفة لدى الأشخاص في وضعية إعاقة بخصوص اندماجهم المهني؛
- تؤثر العوامل الاجتماعية (السن؛ الوضعية العائلية) والمهنية على مستوى التفاؤل المقارن لديهم.

## 4.2 عينة البحث

شملت هذه الدراسة عينة بحث تتكون من 139 شخص في وضعية إعاقة تم اختيارهم بشكل عشوائي، موزعين حسب الخصائص التالية:

النسبة المئوية	الجنس		السن			المهنة		
	ذكور	إناث	أقل من 25 سنة	26-45 سنة	أكبر من 46 سنة	بدون عمل	عمل غير قار	عمل قار
59.7	40.3	12.9	22.3	38.8	25.9	47.5	27.3	25.2

### جدول 1: توزيع العينة حسب الجنس والسن والمهنة

النسبة المئوية	الوضعية العائلية			طبيعة الإعاقة		
	متزوج(ة)	عازب(ة)	مطلق(ة)	حسية	حركية	حسية وحركية
28.8	64	7.2	32.4	64	3.6	

### جدول 2: توزيع العينة حسب الوضعية العائلية طبيعة الإعاقة

### 3. نتائج وخصائص

اعتمدنا في تحليل نتائج هذه الدراسة على برنامج SPSS.17، وعلى تحليل نتائج الاختبار التائي Test student t، من أجل التأكد من صحة الفرضيات.

#### 1.3 التفاؤل المقارن عند الأشخاص في وضعية إعاقة

يلخص الجدول 3 أسفله أهم النتائج التي تم استخلاصها بخصوص التفاؤل المقارن عند الأشخاص في وضعية إعاقة:

مقارنة بشخص آخر عادي، ما هو احتمال مواجهتك للوضعية التالية؟	ضعيف جدا %	ضعيف %	متوسط %	مرتفع %	مرتفع جدا %
---	---------------	-----------	------------	------------	----------------

1. أن تحصل على وظيفة ملائمة	46	20.1	18.7	7.2	7.9
2. أن تندمج بسهولة في المجال المهني	7.3	27.3	23	20.1	2.2
3. أن تكون عاملا فعالا ومنتجا	23.7	16.5	26.6	23	10.1
4. أن تحقق مردودية أفضل من الآخرين	31.7	24.5	23.7	12.9	7.2

15.8	44.6	23	14.4	2.2	5. أن تكتسب علاقات اجتماعية إيجابية مع زملائك في العمل
5	34.5	24.5	19.4	16.5	6. أن تفشل بسبب اعاقتك في العمل والاندماج
10.8	21.6	28.1	8.6	30.9	7. أن تكون موضوعا للشفقة أو السخرية من طرف زملائك
10.1	3.6	12.2	10.8	63.3	8. أن تكون سببا في الصراعات المهنية مع الزملاء أو المرتفقين
11.5	23	30.9	17.3	17.3	9. أن كفاءاتي تمكنني من مواجهة أغلب المشكلات المهنية

#### جدول 3: التفاؤل المقارن عند الأشخاص في وضعية إعاقة

إن تحليل هذه النتائج يسمح لنا بإبداء الملاحظات التالية:

- ضعف تقدير القدرات والكفاءات التي يمتلكها الأشخاص في وضعية إعاقة: حيث عبر أغلب المستجوبين عن عدم وجود استراتيجية ملائمة تسمح لهم بالحصول على مهنة ملائمة لقدراتهم، وتسمح لهم بالاندماج المهني بشكل ميسر، وتحقيق مردودية أفضل؛
- الإعاقة كتبرير للفشل المهني وسوء العلاقات الاجتماعية في المجال المهني: حيث اعتبر ثلثي المستجوبين أن الإعاقة تشكل بشكل أو بآخرى معطى للتعاظم الاجتماعي، مما يجعل الشخص في وضعية إعاقة يحس بأن لديه علاقات اجتماعية متميزة في المجال المهني. لكن في حالة سوء الإدماج المهني يمكن أن يعزو ذلك إلى إعاقته؛
- الإعاقة كعامل من عوامل الصراعات المهنية: بالرغم من اعتراف نصف المستجوبين تقريبا بأن الإعاقة قد تجعل منهم موضوع شفقة أو سخرية من طرف زملائهم، إلا أن ذلك قد لا يتحول إلى سبب للصراعات المهنية بين العمال.

### 1.2.3 التفاؤل المقارن حسب الجنس

يمثل الجدول 5 نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق بين الذكور والإناث على مستوى التفاؤل المقارن بينهما.

التفاؤل المقارن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن	قيمة ت	د.إ
ذكر	25.90	6.379	83		
أنثى	27.07	8.829	56	0.906	0.367

جدول 5: التفاؤل المقارن حسب الجنس

يتضح من تحليل نتائج الجدول أعلاه، أن الإناث أكثر تفاؤلاً من الذكور بخصوص قدراتهم وإمكاناتهم في تحقيق الاندماج المهني. لكن هذا الفرق ليس ذا دلالة إحصائية (ت=0.906؛ د=0.367 < 0.05).

### 2.2.3 التفاؤل المقارن حسب السن

يمثل الجدول 6 نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق على مستوى التفاؤل المقارن حسب السن.

السن	م.ح	م.ا	ن	اختبارات	د.إ
أقل من 25 سنة	28.56	6.964	18	3.452	0.001
ما بين 26 و35 سنة	21.35	7.083	31		
ما بين 36 و45 سنة	30.11	6.628	36	3.022	0.003
أكبر من 46 سنة				2.823	0.006

جدول 6: التفاؤل المقارن حسب السن

يبدو من النتائج السابقة وجود نزعة تفاؤلية ضعيفة عند الأشخاص في وضعية إعاقة بخصوص اندماجهم المهني، وإبراز هذا المعطى سنلجأ إلى تحليل الاختبار التائي، كما هو وارد في الجدول 4 أسفله:

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاختبار التائي	الدلالة الاحصائية	العينة
26.37	7.452	0.990	0.324	139

قيمة الاختبار = 27

جدول 4: الاختبار "ت" لمستوى التفاؤل المقارن

يظهر من خلال تحليل الجدول 4 أن مستوى التفاؤل المقارن عند عينة المستجوبين أقل من قيمة الاختبار. وبالتالي نسجل هنا وجود نزعة تفاؤلية ضعيفة عند الأشخاص في وضعية إعاقة بخصوص اندماجهم المهني. كما أن تحليل الاختبار "ت" يؤكد غياب فرق ذا دلالة إحصائية بين مستوى التفاؤل المقارن وبين قيمة الاختبار (ت=0.990؛ د=0.324 < 0.05).

### 2.3 أثر العوامل الاجتماعية والمهنية على التفاؤل المقارن

من بين العوامل التي حاولت هذه الدراسة إبراز أهمية تأثيرها على التفاؤل المقارن عند الأشخاص في وضعية إعاقة، يمكن أن نشير إلى العوامل الاجتماعية (السن، الجنس، الوضعية العائلية) والمهنية، بالإضافة إلى طبيعة الإعاقة. وسنحاول من خلال ما يلي الكشف عن تأثير هذه العوامل على التفاؤل المقارن من خلال تحليل الاختبار التائي.

### 4.2.3 التفاؤل المقارن حسب طبيعة الإعاقة

يمثل الجدول 8 نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق على مستوى التفاؤل المقارن حسب طبيعة الإعاقة.

الإعاقة	م.ح	م.ا	ن	اختبارات	د.إ
إعاقة حسية	26.96	6,540	45	0,673	.5020
إعاقة حركية	26.03	7,928	89		
إعاقة حسية وحركية	27.20	7,430	5	0,321	0.749

جدول 8: التفاؤل المقارن حسب طبيعة الإعاقة

يتضح من تحليل نتائج الجدول 8 أن طبيعة الإعاقة عامل غير مؤثر على سيرورة التفاؤل المقارن. لأن الفرق بين الفئات الثلاث غير دال إحصائيا بحسب ما تشير إليه قيمة الاختبار "ت" والدلالة الإحصائية للاختبار (قيمة  $d < 0.05$ ).

#### خلاصة:

كشفت هذه الدراسة التي اعتمدنا من خلالها على مقارنة إشكالية الإدماج المهني للأشخاص في وضعية إعاقة، على دراسة سيرورة التفاؤل المقارن باعتبارها انحرافا إدراكيا يسمح لنا برصد التشوهات التصورية التي يخضع لها مفهوم الإعاقة في إطار التفاعلات الاجتماعية، والتي تحدد على ضوءها الإدراكات الاجتماعية للقدرات والكفاءات التي يتمتع بها الأشخاص في وضعية إعاقة. والتي تنعكس كما أثبتنا بشكل سلمي على الإدماج المهني لهذه الفئة الهشة. فقد استخلصنا وجود نزعة تفاؤلية أقل من المتوسط عند هذه الفئة مقارنة بالأشخاص العاديين "غير المعاقين".

كما سمحت الدراسة بتوضيح أهمية بعض العوامل الاجتماعية (السن، الجنس) والمهنية (طبيعة المهنة)، بالإضافة إلى طبيعة الإعاقة على التفاؤل المقارن عند هذه

يتضح من تحليل نتائج الجدول أن المستجوبين الشباب (أقل من 25 سنة) والذين تتجاوز أعمارهم 46 سنة هما الفئتين العمريتين الأكثر تفاؤلا بخصوص إدماجهم المهني مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. وهذا الفرق يبدو دالا إحصائيا بحسب ما تشير إليه قيمة الاختبار "ت" والدلالة الإحصائية للاختبار (قيمة  $d > 0.05$ ).

### 3.2.3 التفاؤل المقارن حسب المهنة

يمثل الجدول 7 نتائج اختبار "ت" لدلالة الفرق على مستوى التفاؤل المقارن حسب طبيعة العمل وقد ميزنا في هذا الإطار بين 3 أصناف: صنف بون عمل، وأخر يمتلك عملا غير قار، وأخيرا صنف يمتلك عملا قارا.

المهنة	م.ح	م.ا	ن	اختبارات	د.إ
بدون عمل	21,91	6,670	66		
عمل قار	34,11	2,768	38	10,449	0.00
عمل غير قار	26,40	4,616	35		
				8,929	0.00

جدول 7: التفاؤل المقارن حسب المهنة

يتضح من تحليل نتائج الجدول 7 أن الأشخاص في وضعية إعاقة والذين يمتلكون عملا قارا هم الفئة الأكثر تفاؤلا ( $m = 34.11$ )، تليها فئة الأشخاص الذين لا يتوفرون على عمل قار ( $m = 26.40$ ) وأخيرا فئة الأشخاص العاطلين، وهي الفئة الأقل تفاؤلا. ( $m = 21.91$ ). وهذا الفرق بين الفئات الثلاث يبدو دالا إحصائيا بحسب ما تشير إليه قيمة الاختبار "ت" والدلالة الإحصائية للاختبار (قيمة  $d > 0.05$ ).

الفئة. هذه النتائج تقودنا إلى اعتبار الإدماج المهني كأفضل مدخل لتحقيق الاندماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة. وفي هذا الصدد، نؤكد من جهة على أهمية التدخل القبلي الذي يندرج في إطار المقاربة النفسية الوقائية لإشكالية الإدماج المهني. ومن جهة أخرى، تكييف مناصب الشغل مع طبيعة وخصائص الإعاقة.

### المراجع

- Bayle, N., & Curie, J. (2001). Recruter ou non des travailleurs handicapés ? De la prescription à la décision. In C. Lévy-Leboyer, M. Huteau, C. Louche & J.-P. Rolland (Eds.), *Ressources humaines : les apports de la psychologie du travail*(pp. 111-132). Paris : Éditions d'Organisation.
- Belhaj, A ., Ghazali, A. (2014). Optimisme comparatif et comportement préventif chez les conducteurs professionnels des grands véhicules. In *Psychologie du travail et développement des Pays du sud*. Edition Harmattan. Paris. P.229-239.
- COHEN, J.L. (2015). Conséquences de la valeur sociale accordée aux personnes en situation de handicap sur les autodescriptions, les performances et les buts poursuivis. Thèse de doctorat. Université de Reims Champagne –Ardenne. France.
- Delhomme, P., (2000). Optimisme comparatif chez les usagers de la route : une protection contre le risque? *Pratiques Psychologiques* 1, 99–109.
- Louvet, E., & Rohmer, O. (2010). Les travailleurs handicapés sont-ils perçus comme des travailleurs compétents ? *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16, 47-62. Louvet, E., & Rohmer, O. (2006). Le handicap physique : une catégorie de base ? *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 19, 215-234.
- Louvet, É., & Rohmer, O. (2000). Le rôle des réactions affectives dans la perception sociale des personnes handicapées physiques selon la familiarité avec le handicap. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 47-48, 95-109.
- Milhabet, I. (2010). L'optimisme comparatif. Edition PUG. Grenoble. France.
- Weinstein ND (1980). Unrealistic optimism about future life events. *J Pers Soc Psychol* 1980 ; 39 : 806-82. 27.

### اضطرابات التعلم النوعية لدى الأطفال

ليلى بن جلون

## اضطرابات التعلم النوعية لدى الأطفال

ليلى بن جلون

أستاذة علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط

### ملخص

تتناول الدراسة موضوع اضطرابات التعلم النوعية الذي أصبح الاهتمام به يتزايد في الآونة الأخيرة بسبب تزايد حالات الأطفال الذين يعانون من أنواع مختلفة من اضطرابات التعلم، والذي يترتب عنه بالإضافة للفشل الدراسي والهدر المدرسي، مشاكل نفسية وسلوكية. سنحاول من خلال هذه الدراسة، تسليط الضوء على هذا الموضوع وفقا لما توصلت إليه الدراسات التجريبية الحديثة من نتائج ساعدت على فهم أسس وأسباب هذه الاضطرابات. وسنعمل من خلال محاوره على تحديد المسار التاريخي لهذا الاضطراب، وتعريفه بشكل عام وتحديد أنواعه وتصنيفها، والتمييز بينه وبين صعوبات التعلم. كما سنوضح انعكاساته وتأثيره السلبي على المظاهر النفسية والمعرفية والاجتماعية للطفل.

### مقدمة

إن الاهتمام بموضوع اضطرابات التعلم راجع إلى الأهمية التي يكتسبها الموضوع على المستوى العلمي والعملي، من جهة لكونه يمس فئة عريضة من المتعلمين المحصورين داخل الفصول الدراسية دون أن معرفة كيفية التعامل معهم، فيحصلون الفشل الدراسي سنة بعد أخرى. ومن جهة ثانية كونه موضوعا متفرعا ومتشعبا، يحمل في طياته مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات النمائية التي تعترض النمو الطبيعي للطفل وتحول دون اندماجه المدرسي والاجتماعي على حد سواء.

وتكمن أهمية الموضوع كذلك في ارتباطه أولا بالمراحل النمائية لدى الأطفال، وبخصائص النمو والنضج في كل مرحلة، وذلك على مستوى النمو اللغوي، المعرفي، الاجتماعي، العاطفي، الحسي والحركي، وما قد تعرفه هذه الخصائص النمائية من اضطرابات تعوق نموها بشكل طبيعي، فيتعذر على الطفل تحقيق التقدم المطلوب لبلوغ المستويات العليا والكفاءات اللازمة للقيام بالوظائف النفسية والجسمية.

كما يرتبط موضوع اضطرابات التعلم بالمجال البيداغوجي لصلته المباشرة بالتعلم المدرسية الأولية والأساسية المتجلية في تعلم القراءة، الكتابة، الحساب والإملاء، وهي مهارات لا يكتسبها الطفل بشكل طبيعي تلقائي، وإنما تتطلب إجراءات وأنشطة بيداغوجية مقدمة وفق منهج محكم التنظيم، كما تتطلب استعدادا نفسا وبيولوجيا للمتعلم، بحيث لا يمكن للطفل أن يقرأ أو يكتب إلا إذا كانت بنياته المعرفية تحقق تطورا ونموا سليما، تطور تخوله العلاقة التفاعلية بين النضج البيولوجي العصبي، الذي يشكل السياق النمائي الداخلي للطفل، وبين السياق الخارجي المتمثل في المعطيات البيئية الاجتماعية التي يتم بفضلها تفعيل وصقل المعطيات البيوعصبية. ويعد المدرس والمادة الدراسية التي يقدمها من أهم حلقاتها. إلا أن المدرس قد يجد نفسه، في بعض الأحيان، عاجزا أمام طفل له مهارات متوسطة أو عالية في مجالات دراسية متنوعة، وقصور شديد في مجال دراسي بعينه، لا يفهم سبب هذا القصور ولا يعرف كيفية التصرف، فيعزو ذلك إلى الطفل، ويتهمه خطأ بالتقصير وعدم الاهتمام وعدم الرغبة في بذل الجهود والكسل والعناد وما إلى ذلك من شكاوي لا أساس لها من الصحة.

أما إذا تناولنا موضوع اضطرابات التعلم من الناحية السيكلوجية، فإن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التعلم، يواجهون على إثره صعوبات في تتبع السير الدراسي والإيقاع الطبيعي للتعليمات التعليمية، فيترتب عن ذلك، بالإضافة إلى التعثر الذي قد يؤدي إلى الفشل الدراسي والهدر المدرسي، المعاناة والألم النفسي الذي يتجلى في إحساس الطفل بالاختلاف عن أقرانه الذي لا يجد له مبررا ولا تفسيرا ولا سبيلا للخلاص، كما يتجلى في الإحساس الدائم بالفشل خصوصا عند مواجهة نظرات الآخر وانتقاداته المستمرة له وتأكيده على فشله في الإنجاز، فيكبر إحساسه بالدونية وعدم تقديره لذاته وإمكاناته. كما يتطور إحساسه بانعدام الأمن النفسي الناتج عن عدم تحكمه في آليات التواصل الفعال سواء مع أقرانه أو مع الراشدين المحيطين به، فيتعذر عليه إيجاد مكان له بينهم، ويصبح غير قادر على الاندماج المدرسي والاجتماعي. كما يصبح معيشه اليومي عبارة عن صراع نفسي بين قدراته الذاتية التي تعرف قصورا في بعض نواحيها، وبين متطلبات الحياة المدرسية والاجتماعية الشديدة التعقد، والتي تستدعي بشكل ملح المهارات المصاحبة بالقصور لدى الطفل.

أمام هذا الصراع المحتدم الذي يعيشه الطفل في محيط غير قادر على فهم صعوباته وتقدير معاناته، يصبح سجيما لمعاناته النفسية التي قد تترتب عنها بعض الاضطرابات السلوكية كالميل إلى السلوك العدواني بكل ما يشمله من مظاهر العنف والغضب والمعارضة كرد فعل تجاه الانتقادات الموجهة إليه، أو ظهور بعض الاضطرابات النفسية الجسدية من قبيل الأرق وفقدان الشهية والمغص والتقيؤ والتبول اللاإرادي... إلى غير ذلك من الاضطرابات التي تزيد الموقف تعقيدا وصعوبة.

وبناء على ما تقدم، ارتأينا أن نتطرق لموضوع اضطرابات التعلم نظرا لأهميته من الناحية النفسية والنفسية الاجتماعية والمعرفية والتربوية بالنسبة للطفل وكذلك بالنسبة للمحيطين به. وسنحاول، من خلاله، أن نزيل الغموض واللبس الذي يحيط بهذا النوع من الاضطراب في الأوساط الاجتماعية والتربوية. لذلك سنعمل على تقديم صورة عامة عن المسار التاريخي لهذا الاضطراب، وتحديد أهم المحطات التاريخية التي ساهمت في نشأته وتطوره، وإدراج بعض التعريفات التي قدمت له، ونشير إلى أهم التصنيفات التي حددت أعراضه وأسبابه وأنواع الاضطرابات التي يتضمنها. ولرفع اللبس والخلط الذي قد يحدث عند التعامل مع بعض الحالات التي تعاني من مشاكل في التعلم خلال المسار الدراسي، سنعمل على تحديد الاختلاف بين اضطرابات التعلم وبين صعوبات التعلم، ثم نشير إلى تداعيات هذه الاضطرابات على مستويات عدة.

### التطور التاريخي لاضطرابات التعلم

كانت بداية دراسة اضطراب التعلم في القرن التاسع عشر من منطلق طبي، وذلك من خلال اهتمام الأوساط الطبية بالدراسة الميدانية لبعض الحالات من الأطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل كبيرة في تعلم القراءة، دون أن يكون هناك مبررا واضحا يفسر سبب هذا الاضطراب. وقد أدى الاهتمام بهذه الحالات وبطرق وأساليب علاجها إلى ظهور توجهات نظرية اختلفت في تحديد أسباب هذا الاضطراب، واقتُرحت أساليب علاجية مبنية على معطيات تفسيرية مختلفة يمكن أن نوجزها فيما لي :

يرجع تاريخ الاهتمام بدراسة الآليات العصبية التي تتحكم في اللغة المنطوقة إلى الطبيب Broca الذي حدد سنة 1861 المنطقة التشريحية العصبية المسؤولة عن

الكلام، بحيث اعتبرها منطقة تخص المظهر الحركي للغة، بمعنى أنها المركز الذي يتم فيه برمجة الحركات وتنسيقها أثناء عملية تلفظ الأصوات التي تشكل اللغة. وفي سنة 1874 سلط الطبيب الألماني Carl Wernicke الضوء على منطقة أخرى تقع في الجانب العلوي من الفص الصدغي، مسؤولة عن فهم اللغة المنطوقة والمكتوبة، وتعد مركزا لتخزين الصور السمعية للكلمات. (Guillemin M. 2005 ص: 54)

وفي سنة 1887 كان الطبيب Rudolf Berlin أول من أطلق اسم عسر القراءة la dyslexie لوصف الأشخاص غير القادرين على تعلم القراءة.

وبعده نشر Hinshelwood (1895) بحثا يخص دراسة حالة مراهق يعاني مما سماه "العمى الشفهي الخلقي" «cécité verbale congénitale» يصف فيه حالة مراهق غير قادر على تعلم القراءة رغم أن قدراته العقلية سليمة.

ومن جهته استفاد الطبيب Morgan، من الأفكار التي جاءت في الدراسة السابقة الذكر، ونشر بدوره، في نفس السنة، بحثا يطرح فيه حالة مراهق، كان يعاني من مشاكل كبيرة في تعلم القراءة والكتابة رغم أنه كان يدرس في بيئة تعليمية جيدة، ورغم أن مستوى قدراته العقلية كانت عادية. وبهذا يكون Morgan أول من وضع وصفا دقيقا لاضطراب عسر القراءة.

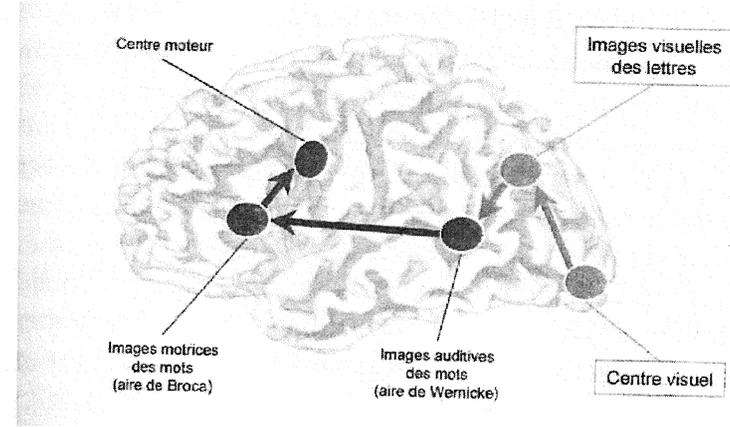
وإذا كان اسم الطبيب Morgan يرتبط تاريخيا بأول تحديد لأعراض عسر القراءة، فإنه يعزى للطبيب Hinshelwood المكانة الطبية والاجتماعية التي سيأخذها هذا الاضطراب فيما بعد، بحيث، نشر ما بين سنة 1896 و1911 سلسلة من التقارير عن دراسات ميدانية حول هذا الاضطراب الذي يعتبره ناتجا عن عيب خلقي وراثي في الدماغ مرتبط بالذاكرة البصرية للكلمات التي تكون غير قادرة على تخزين الحروف والكلمات بشكل سليم. كما ميز Hinshelwood بين اضطراب alexie (عدم القدرة على تعلم القراءة وفهم النص المكتوب) الذي يعاني منه الأطفال المتخلفين عقليا، والعمى الشفهي الذي يعد الصيغة الأكثر جسامة في اضطراب تعلم القراءة ثم عسر القراءة الذي اعتبره تأخرا فقط في اكتساب مهارة القراءة (Casalis S. وآخرون، 2013).

وذهب Norrie وبعده الطبيب النفسي Hallgren لدراسة الأسباب الوراثية لاضطراب عسر القراءة وتوصل هذا الأخير، من خلال الدراسة الميدانية التي قام بها

على 112 أسرة و276 طفل مصاب بعسر القراءة إلى إبراز دور العامل الوراثي في الإصابة بهذا الاضطراب.

كما اهتم Déjerine (1892) بدراسة اضطراب عسر القراءة لدى حالات من الراشدين الذين كان البعض منهم قادرين على الكتابة بدون ارتكاب أخطاء، وكانت لغتهم الشفهية سليمة، لا يعانون من أي مشاكل بصرية، وقادرين على التعرف على الأشياء والوجوه والرسومات وحتى الأرقام لكنهم كانوا عاجزين تماما على اكتساب مهارة القراءة، وحالات أخرى كانت قادرة على القراءة لكن بصعوبة كبيرة وأداء متدبب. وقد سمى Déjerine هذا الاضطراب "العمى الشفهي الصرف" «Cécité verbale pure». وقد أدت به هذه الملاحظات والمنهج التشريحي الذي اعتمده إلى التأكد من وجود مراكز في الدماغ مختصة بالقراءة وفهم النص المقروء، وأكد على وجود تضافر وترابط بين هذه المراكز أثناء عملية القراءة. بحيث

يرى الباحث أن الكلمة تخزن في الدماغ على شكل صورة سمعية وأخرى حركية وثالثة بصرية، وأثناء عملية القراءة، تتدخل مجموعة من المراكز: حيث تعمل منطقة بروكا aire de Broca على تفعيل الصور الحركية للكلمات المتعلقة بتلفظ الأصوات Images articulatoires، على اعتبار أنها المنطقة المسؤولة عن معالجة اللغة المنطوقة (الكلام). وتتدخل منطقة Wernicke لتفعيل الصور السمعية للكلمات Images auditives على اعتبار أنها المنطقة المسؤولة عن فهم اللغة الشفهية المسموعة، ثم تعمل المراكز البصرية على تفعيل الصور البصرية للكلمات Images visuelles des mots على اعتبار أنها المنطقة التي تخزن صور الحروف والكلمات. ولذلك يرى الباحث أن سبب اضطراب القراءة يعود إلى الخلل الذي قد يصيب إحدى المناطق أو يعيق عملية الترابط بينها فيؤدي ذلك إلى اضطراب في توصيل المعلومة. (Campolini C., Tollet F. وآخرون 2003، ص: 103).



في سنة 1925 وصف Samuel Torrey Orton الخلط بين الحروف المتشابهة في التخطيط (b - d) وسماها العلامات المعوجة « signes tordus » واعتبر أن هذه الصعوبة لا ترتبط بمشاكل بصرية، كما كانت تفسر في هذه الحقبة، وإنما يرجع سببها لعدم التماثل بين الفصين المخيين. فكان يبحث عن وسائل لتعليم القراءة تفعل التواصل بين الجانب الأيسر والجانب الأيمن من المخ. واستطاع، باشتراك مع الأخصائية في علم النفس Anna Gillingham، أن يقدم نموذجا تربويا خاصا بإعادة تربية حواس الأطفال الذين يعانون من عسر القراءة. (Casalis S. وآخرون، 2013)

كما ميز الباحث بين عسر القراءة المكتسب الناتج عن إصابة في الجهاز العصبي المركزي لدى أفراد كانوا يقرأون بشكل جيد قبل الإصابة، وبين عسر القراءة النمائي المرتبط بسيرورة التعلم.

إن تباين النظريات المفسرة لأسباب اضطراب عسر القراءة، جعلت البحث عن أساليب العلاج تختلف باختلافها، لكن رغم هذا التباين، فقد كانت جل الفرضيات تصب في محور واحد يركز على الإصابة الموقعية الطفيفة في الدماغ Lésion cérébrale minime المسؤولة عن الاضطراب، وبالتالي كانت البرامج المقترحة لإعادة تربية الاضطراب مبنية على هذه الافتراضات، وتسعى إلى إعادة تفعيل المناطق المصابة بالتلف، وذلك بتقديم تمارين تدريب الطفل على تركيز انتباهه على المستوى السمعي وتمارين أخرى تنمي الوعي الفونولوجي لديه.

وفي بداية الستينات من القرن الماضي، أصبحت الحاجة ملحة إلى تطوير أساليب التدخل في الأوساط التربوية، فكان Kirk أول من أكد على تحديد الأبعاد السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلم، فاقترح أول تعريف لهذا الاضطراب (Kirk 1962) الذي أصبح المنطلق الأساسي لكل التعريفات اللاحقة. واعتبر Kirk أن اضطراب التعلم يرتبط بالمشاكل النمائية الخاصة باللغة الشفهية ومهارة القراءة، كما يرتبط بقصور الكفايات التواصلية اللازمة للتفاعل الاجتماعي ولا يمكن أن نعزي هذا القصور إلى الإعاقة الحسية أو الذهنية. يتبين انطلاقا من هذا التعريف أن اضطرابات التعلم لا تصاحب الطفل خلال مراحل تعلمه المدرسي فقط، وإنما تتعدى ذلك لتستمر معه حتى سن الرشد.

وأشار Bateman (1965) إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم الذين يظهرون تناقضا وتباينا تعليميا بين قدرتهم العقلية العامة ومستوى إنجازهم الفعلي، وذلك من خلال ما يظهر عليهم من اضطرابات في عملية التعلم، وأن هذه الاضطرابات من المحتمل أن تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بخلل ظاهر في الجهاز العصبي المركزي، بينما لا ترجع اضطرابات التعلم لديهم إلى التخلف العقلي أو الحرمان الثقافي أو التعليمي أو اضطراب انفعالي شديد أو الإعاقة الحسية.

وبشكل تدريجي، تغير مسار البحث في السبعينات، الذي كان ينظر للباحث القشرية على أنها بنيات مستقلة في الوظيفة، وأصبح التوجه نحو المقاربة الترابطية التي تعتبر أن الباحث القشرية ترتبط مع بعضها البعض في شبكات اتصال جد معقدة - وهو النموذج الذي ستدعمه الدراسات في مجال علم النفس العصبي المعرفي - والذي يرى أن الوظائف الذهنية Les fonctions mentales تشتغل وفق شبكة من الاتصالات بين مناطق مختلفة في الدماغ. وقد قدم مجال علم النفس العصبي بفضل التقنيات الحديثة، أدلة وبراهين ملموسة على أن الفكر La pensée ينظم في الدماغ وفق وحدات مزدوجة ومترابطة: فهو من جهة يقوم على وحدات معرفية Modules cognitifs وهي عبارة عن تمثيلات مجردة لمختلف مجالات الفكر. ويقوم من جهة أخرى على وحدات دماغية Modules cérébraux وهي عبارة عن مسارات عصبية تخول العمل الطبيعي للوحدات المعرفية (Dehaene 2007 ص : 166). ويعد هذا التنظيم فطريا يسير وفق برنامج محدد جينيا. ولعل هذا الترابط بين وحدات التفكير هو ما يفسر الخلل الوظيفي في المسارات التي تجمع بين

الوحدات الدماغية العصبية والوحدات المعرفية ينتج عنه اضطرابات التعلم النوعي  
Troubles spécifiques d'apprentissage.

## تعريف اضطرابات التعلم

تم توظيف مصطلح "اضطرابات التعلم" لأول مرة سنة 1962 من طرف فريق أمريكي من الأخصائيين النفسيين تحت إشراف KIRK الذي أكد أن اضطرابات التعلم لا ترتبط بمستوى الذكاء لدى الأطفال، وإنما لها علاقة بالخلل في معالجة المعلومات، وتتجلى في تأخر النمو أو صعوبات على مستوى البنيات المعرفية مثل: الانتباه، الذاكرة، التفكير، التنسيق، التواصل، القراءة، الكتابة، الإملاء، الحساب والنضج الاجتماعي والعاطفي. (Kirk 1962 ص: 263).

يستعمل مصطلح الاضطراب لوصف حالة غياب أو فقدان أو تدهور الوظيفة الطبيعية للتواصل ومعالجة المعلومات. وقد عملت المنظمة العالمية للصحة (OMS) على تحديد ثلاثة مستويات من الاضطراب لوصف التغييرات التي تطرأ على الوظائف الإنسانية، فاعتبرت القصور La déficience، هو فقدان البنية أو الوظيفة السيكلولوجية أو الفيزيولوجية، مثل القصور في حاسة البصر أو القصور العاطفي والانفعالي أو القصور المعرفي. ويصبح هذا القصور عجزاً وعدم قدرة L'incapacité، عندما يكون الفرد مطالباً بإنجاز مهام، تتطلب استعمال الكفاءات والمعارف الذاتية المرتبطة بالمجالات المصابة بالقصور. أما الإعاقة Le handicap، فهي ما ينتج عن القصور والعجز من تأثيرات سلبية تحد من نشاط الفرد وتقلص مستوى مشاركته الاجتماعية واستقلاله الذاتي.

وانطلاقاً من هذا التمييز بين مستويات الاضطراب، عرفت المنظمة العالمية للصحة اضطراب التعلم على أنه مصطلح طبي، يدل على اضطراب عصبي دائم ومستمر. وهو إصابة تؤثر على الوظائف النفسية العصبية مما يخل بالقدرة على الاكتساب والفهم ومعالجة المعلومات واستعمالها. كما أكدت المنظمة أن اضطراب التعلم لا يحدث إثر إعاقة ذهنية أو عجز حسي (بصري أو سمعي)، أو نقص في التأطير المدرسي، أو غياب الدافع والرغبة في التعلم أو الحرمان البيئي (وضعية اقتصادية واجتماعية متدنية).

يعرف Rutter الاضطرابات النمائية للتعلم أنها "مجموعة من الصعوبات التي لا يمكن أن تعود إلى تأخر ذهني أو إعاقة جسمية أو ظروف بيئية عسيرة. تكون هذه الصعوبات غير متوقعة، تظهر بشكل مبكر وتتداخل مع سيرورة النمو الطبيعي للطفل، وغالباً ما تستمر بالظهور حتى سن الرشد" (Rutter 1989 ص: ).

وتعرف الجمعية الكندية لاضطرابات التعلم (AQETA) هذا الاضطراب على أنه "مجموعة من الاختلالات الوظيفية التي تؤثر على اكتساب وتنظيم واستبقاء وفهم أو معالجة المعلومة الشفوية أو غير الشفوية. وتؤثر هذه الاختلالات على تعلم الأشخاص الذين يمتازون بمهارات عقلية متوسطة ضرورية للتفكير أو الاستدلال المنطقي. وبذلك تتميز اضطرابات التعلم عن التخلف العقلي، ولا يمكن أن تعزى إلى مشاكل حسية بصرية أو سمعية، ولا إلى مشاكل سوسيواقتصادية، ولا إلى اختلاف ثقافي أو لغوي، ولا إلى غياب الحافز أو تعليم غير مناسب على الرغم من أن كل هذه العوامل قد تفاقم وضعية الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب" (St-Pierre M-C., ) (Dalpé V. 2010) وآخرون ص: 104).

إذا ما عملنا على تحليل هذه التعريفات التي قدمت لاضطرابات التعلم، نجدها تتضمن مجموعة من المعايير التي تميز اضطرابات التعلم النوعية Les troubles spécifiques de l'apprentissage (اضطرابات اللغة الشفهية، اضطرابات القراءة والكتابة والحساب) وتساعد على تشخيصها.

نحدد هذه المعايير فيما يلي:

**المعيار الأول:** التنافر في النتائج الدراسية التي يحصل عليها الطفل أثناء أدائه مهارات مرتبطة بمادة دراسية معينة، بحيث نجده يواجه صعوبات كثيرة في بعض المهارات، فيكون أدائه فيها ضعيفاً، بينما يكون أدائه عالياً في مهارات أخرى. كما يتجلى هذا التنافر في نتائج اختبارات الذكاء (QI) المقننة التي تطبق على الطفل أثناء التشخيص بشكل فردي، والتي يتضح من خلالها ضعف الأداء إما في البنود الخاصة بقياس القدرات اللغوية أو الأدائية أو الرياضية وذلك حسب الصعوبات التي يواجهها الطفل.

المعيار الثاني: لا تكون الاضطرابات بسبب تأخر ذهني أو إعاقة حسية أو محيط غير ملائم (بيداغوجية غير متكيفة، مستوى اجتماعي وثقافي متدني، التعدد اللغوي...).

المعيار الثالث: يرتبط بالمعيارين السابقين، بحيث يجب أن تكون أسباب الاضطراب داخلية المنشأ وليست خارجية، أي مرتبطة بذات الطفل. وبالتالي يؤكد هذا المعيار على الأصل البيولوجي العصبي لاضطرابات التعلم كما يؤكد على طابعها النمائي.

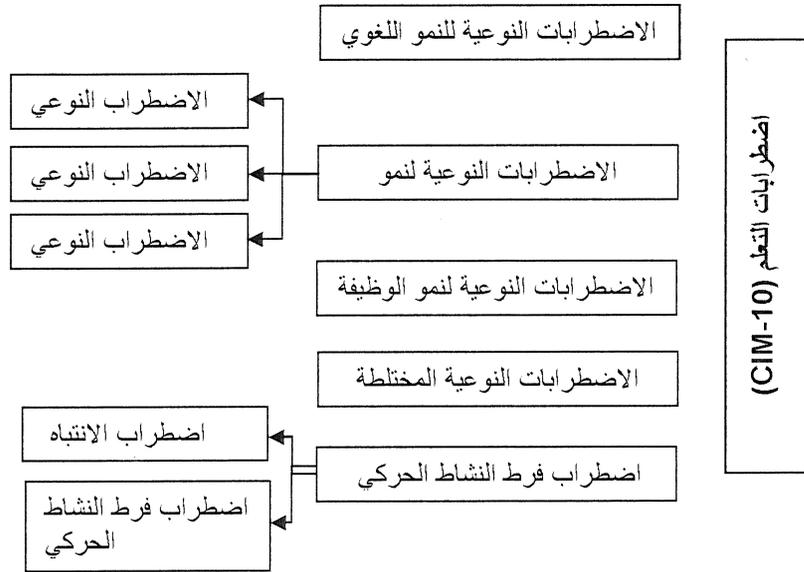
### تصنيف اضطرابات التعلم

قدمت عدة تصنيفات لاضطرابات التعلم حسب التوجهات النظرية للباحثين. وعلى الرغم من اختلافهم إلا أنهم يتفقون على أنه اضطراب يعيق بشكل كبير نمو الطفل وتكيفه مع المحيط، ويحتاج لتدخل خاص من طرف أخصائيين لمساعدة الطفل على التكيف مع إعاقته.

سنعتمد في هذه الدراسة على تصنيفين أساسيين، أحدهما جاء في التصنيف الدولي للأمراض Classification Internationale des Maladies في نسخته العاشرة (CIM-10)، وجاء التصنيف الثاني في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV TR).

### اضطرابات التعلم كما جاءت في التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10)

أدرجت هذه الاضطرابات في فصل خاص ب"اضطرابات النمو النفسي"، وذلك على النحو التالي:



الشكل رقم 1 : تصنيف اضطرابات التعلم حسب التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10)

يتناول الدليل اضطرابات التعلم النوعية Les troubles spécifiques d'apprentissage، ويقصد بكلمة نوعية Spécifique أن الاضطرابات تكون غير متجانسة Hétérogènes، تخص وظيفة معرفية بعينها مصابة بالاضطراب، فتكون اضطرابات التعلم خاصة بالوظيفة اللغوية أو بالانتباه أو تكون مرتبطة بكفاءات مدرسية محددة تخص القراءة والكتابة والإملاء والحساب.

الاضطرابات النوعية الخاصة بالنمو اللغوي والكلام: يظهر هذا الاضطراب في المراحل الأولى من النمو اللغوي لدى الطفل، ويمس الآليات الطبيعية التي تجعله قادرا على تعلم اللغة والكلام. لا ترتبط هذه الاضطرابات بشكل مباشر باضطرابات عصبية أو تشريحية تخص الجهاز الصوتي، ولا تكون نتيجة لاضطراب حسي أو تأخر عقلي أو عوامل بيئية. وغالبا ما ترتبط بمشاكل أخرى مثل صعوبات تعلم القراءة والإملاء واختلال في العلاقات الشخصية واضطرابات انفعالية واضطرابات في السلوك.

الاضطرابات النوعية الخاصة بنمو الكفاءات المدرسية: تكون هذه الاضطرابات نتيجة الخلل الذي يصيب الطرق المعتادة للتعلم، فيتعذر على الطفل التحصيل بشكل طبيعي وسلس في مجال من المجالات الدراسية مقارنة مع أقرانه، وبالتالي لا

## Troubles spécifiques mixte **الاضطرابات النمائية النوعية المختلطة** du développement

يشمل هذا الصنف الأطفال الذين يعانون من مجموعة من الاضطرابات النمائية على مستوى اللغة والحركة والحساب والانتباه، فيكون هناك تداخل بين الأعراض دون أن تكون الهيمنة لإحداها حتى تشكل نوعا بعينه.

وقد حدد الدليل التصنيفي الدولي للأمراض (CIM-10) المعايير المشتركة بين اضطرابات التعلم على النحو التالي:

- يجب أن تكون النقاط التي حصل عليها الطفل في الاختبارات التي تم تطبيقها بشكل فردي دون المستوى المتوقع وذلك بالنظر إلى عمره الزمني وإلى مستوى ذكائه.
- يجب أن تكون أعراض الاضطراب حاضرة بشكل دال في المهارات المدرسية أو أنشطة الحياة اليومية.
- لا يكون سبب الاضطراب إعاقة حسية.
- يكون التمدريس وفق المعايير الاعتيادية.
- يكون مستوى معامل الذكاء يساوي أو أعلى من 70.

## اضطرابات التعلم كما جاءت في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV TR)

صنف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV TR) اضطرابات التعلم في محور كبير خاص باضطرابات مرحلة الطفولة والمراهقة على النحو التالي :

يكون هذا الخلل نتيجة نقص في فرص التعليم الجيد أو تأخر في التعلم. وقد تم تحديد ثلاثة أنواع من اضطرابات التعلم الخاصة بالكفاءات المدرسية وهي:

### 1. اضطراب القراءة النوعي Trouble spécifique de la lecture

هو ضعف هام في اكتساب مهارة القراءة، حيث تكون قدرة الطفل على فهم النص المقروء ضعيفة، ويجد صعوبة في التعرف على الكلمات وتهجئة بعض الحروف بسبب ضعف في التمييز بين الأحرف المتشابهة في التخطيط، ونسجل كذلك صعوبة التوقع في النص، حيث يرتبك عند الانتقال من نهاية السطر إلى بداية السطر الذي يليه أثناء القراءة، إلى غير ذلك من الأعراض. وغالبا ما يكون هذا الاضطراب مصحوبا باضطرابات عاطفية انفعالية واضطراب في السلوك نلاحظه طول مراحل الدراسة.

### اضطراب الإملاء النوعي Trouble spécifique de l'orthographe

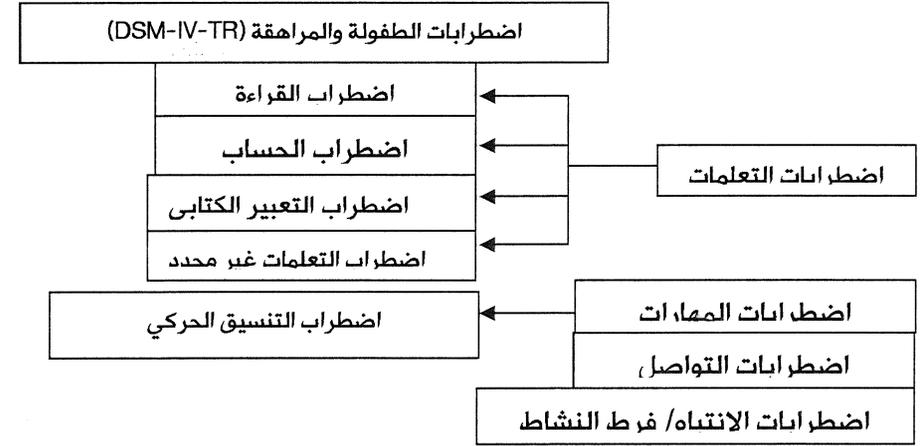
هو ضعف هام في اكتساب مهارة الإملاء، حيث يجد الطفل صعوبة كبيرة في تهجي الكلمات وكتابتها بدون أخطاء.

### 2. اضطراب الحساب النوعي Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique

هو ضعف كبير في اكتساب مهارة الحساب، يتجلى الضعف في الصعوبة التي يجدها الطفل في التعامل مع الأرقام والعمليات الحسابية مثل عملية الجمع والضرب والطرح والقسمة بالإضافة إلى الصعوبات التي يجدها في العمليات الرياضية الأكثر تجريدا المتعلقة بالجبر والهندسة.

### الاضطرابات النوعية الخاصة بنمو الوظيفة الحركية Troubles spécifiques du développement de la fonction motrice

يمس الاضطراب النمو الحركي بصفة عامة والقدرة على التنسيق الحركي، سواء على مستوى الحركة العامة للجسم La motrice globale أو الحركة الدقيقة لليد La motrice fine، بدون أن يكون سبب ذلك راجع إلى اضطراب عصبي خلقي أو مكتسب.



الشكل رقم 2 : تصنيف اضطرابات التعلم حسب الدليل التشخيصي الإحصائي لاضطرابات العقلية (DSM IV TR)

يشمل الدليل، كما هو موضح أعلاه، اضطراب القراءة والحساب، اضطراب التعبير

الكتابي واضطراب غير محدد للتعلمات Trouble des apprentissages non spécifiée. كما يشمل اضطرابات نمائية لها صلة مباشرة بالمهارات المطلوبة وتعد شرطا أساسيا للتعلم المدرسي وهي: اضطرابات التواصل المتعلقة باضطراب النمائي للغة الشفهية، واضطراب التنسيق الحركي الذي يؤثر على الأداء الحركي للطفل في مجالات دراسية عدة، وفي حياته اليومية. ويتضمن الدليل اضطراب الانتباه المصاحب لفرط النشاط الحركي أو المستقل عنه. ويعد الانتباه الدعامة الأساسية لكل التعلم المدرسية.

وقد عمل الدليل التصنيفي (DSM IV TR) على تحديد المعايير المشتركة بين اضطرابات التعلم وذلك على النحو التالي:

- يجب أن يكون الأداء في الاختبارات المقننة الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب دون المستوى المطلوب بكثير، بالنسبة لعمر الطفل الزمني، وكفاءاته العالية أو المتوسطة في المهارات المدرسية الأخرى، ولمستوى ذكائه.
- يجب أن يكون الاضطراب حاضرا بشكل دال في المهارات المدرسية أو في أنشطة الحياة اليومية المرتبطة بالقراءة والحساب والكتابة.

- إذا كان الطفل يعاني من عجز حسي، يجب أن تكون صعوبات التعلم أكبر من الصعوبات التي ترتبط عادة بهذا العجز.

نلاحظ مما سبق أن هناك نقط مشتركة بين الدليلين فيما يخص تحديد أنواع اضطرابات التعلم وتحديد معايير التشخيص، إلا أنهما يختلفان في تصنيف بعض النقط مثل اضطراب الإملاء النوعي Trouble spécifique de l'orthographe الذي حدد في التصنيف الدولي للأمراض CIM-10 بشكل مستقل ولكن تم دمجها ضمن محور اضطراب التعبير الكتابي في الدليل التشخيصي DSM-IV .

### التمييز بين اضطرابات التعلم وصعوبات التعلم

يعاني بعض الأطفال من صعوبات في التعلم خلال فترات محددة من مسارهم الدراسي، فيواجهون على إثرها تأخرا في التحصيل على مستوى القراءة أو الكتابة أو الحساب أو الإملاء، إلا أنهم يستطيعون في فترات لاحقة، ويتدخل من المحيط، تخطي هذه الصعوبات ومتابعة الدراسة بشكل عادي. من هنا جاء تساؤل بعض المختصين عن الفرق بين هؤلاء الأطفال وبين أولئك الذين يعانون من نفس الصعوبات الدراسية ولكنهم غير قادرين على تجاوزها مهما تعددت التدخلات. دراسة الاختلافات بين الفئة الأولى والثانية جعل الأخصائيين يميزون بين صعوبات التعلم وبين اضطرابات التعلم وذلك على النحو التالي :

### صعوبات التعلم:

- يكون نمو الطفل طبيعيا لكنه يسير بإيقاع متأخر زمنيا مقارنة مع باقي الأطفال من نفس العمر.
- ترتبط صعوبات التعلم بعدة عوامل أساسها مشاكل الحياة الاجتماعية التي يعيشها الطفل في محيطه: (طلاق، رحيل، وفاة، مرض، مشاكل مع الأسرة أو مع المدرس، غياب متكرر من المدرسة، غياب الدوافع والحوافز...).
- تكون الصعوبات آنية تظهر في الفترة الزمنية التي تحتد فيها المشاكل الاجتماعية المسببة لها.
- تكون الصعوبات عابرة تختفي إذا ما تم تعديل الظروف التي كانت سببا في ظهورها، وإذا ما قدمت للطفل الوسائل اللازمة التي تجعله قادرا على استدراك ما فاتته من تعلمات.

## اضطرابات التعلم:

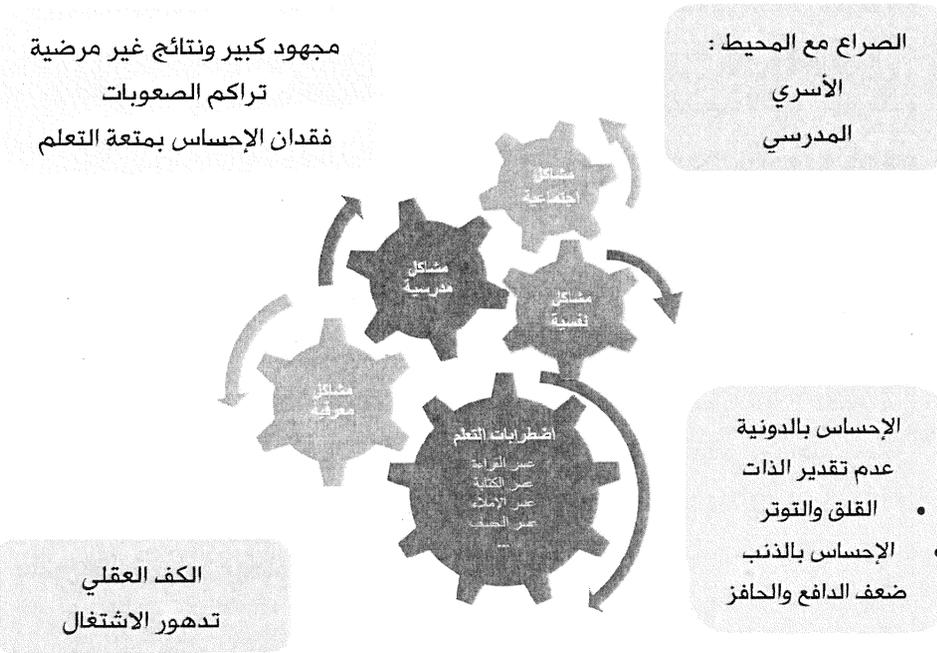
- يكون الاضطراب ناتجا عن خلل وظيفي في بعض البنيات العصبية ينتج عنه تأخر في النمو يترتب عنه صعوبات في تعلم المهارات المدرسية.
- تكون الصعوبات التي يواجهها الطفل المضطرب مهمة، ثابتة ومستمرة في الزمن. لا تختفي رغم تدخلات المتخصصين والمجهود الذي يبذله الطفل ومحيطه المدرسي والأسري.
- يتم تشخيص اضطرابات التعلم من طرف فريق متعدد التخصصات يتكون من الأخصائي في التقويم البيداغوجي (L'orthopédagogue) الذي يعمل على تقييم التعلمات المدرسية للطفل. ويعمل الأخصائي النفسي على تقييم القدرات المعرفية. وتكون مهمة مقوم النطق تقييم القدرات اللغوية للطفل. كما يتدخل عالم النفس العصبي لتقييم وظائف الدماغ الأساسية التي يقوم عليها التعلم مثل القدرة على الاستدلال والتفكير المنطقي، والقدرة على التجريد وسعة الذاكرة وقدرتها على التخزين والقدرة على الانتباه وعلى التنظيم وتدبير المعلومات... ويعتمد في ذلك على عدد من الاختبارات وعلى التقنيات الحديثة<sup>87</sup> التي تمكنه من تقييم العمليات العقلية التي يقوم بها الطفل في مواقف التعلم.
- يشخص الاضطراب بناء على التقارير المقدمة من طرف الأخصائيين، وكذلك وفق الأعراض المحددة في الدلائل الطبية الدولية ( CIM-10 و DSM-IV-TR).
- رغم التدخلات المتعددة لتقويم اضطرابات التعلم إلا أنه لا يمكنها أن تعالج وتختفي بشكل مطلق، كما هو الشأن بالنسبة لصعوبات التعلم. لكن هذا لا يعني أن الطفل المصاب بالاضطراب التعلم غير قادر على التعلم وبالتالي محكوم عليه بالفشل، وإنما هو طفل يحتاج دائما إلى بدل

<sup>87</sup> بفضل تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي، أصبح من الممكن رؤية المناطق العصبية التي تستثار عند القيام بعمليات عقلية مثل قراءة الكلمات أو الكتابة. وقد مكنت هذه التقنية من ملاحظة العمل غير الطبيعي للباحات المرتبطة بعملية القراءة أو الكتابة لدى الأطفال الذين يعانون من عسر القراءة أو عسر الإملاء.

جهد أكبر للتعلم، ويحتاج إلى بيداغوجية مناسبة، ومنهجية خاصة، ووسائل تعليمية ملائمة لصعوباته، تختلف عن الاستراتيجيات التربوية المعتادة وتجعله قادرا على تجاوز الاضطراب بشكل نسبي.

## تداعيات اضطرابات التعلم على حياة الطفل

يترتب عن اضطرابات التعلم نتائج وخيمة تؤثر على حياة الطفل من عدة نواحي. فهي عبارة عن حلقة مفرغة تتكون من معطيات نفسية عاطفية، معرفية واجتماعية، تتبادل التأثير فيما بينها وتجعل الطفل غير مؤهل لبناء شخصية متزنة قادرة على بلوغ التوافق النفسي بشقيه: التوافق الذاتي الذي من سماته الأساسية الشعور بالرضى عن النفس وتقدير الذات، والتوافق الاجتماعي القائم على القدرة على التكيف مع وضعيات اجتماعية والإحساس بالمتعة خلال التفاعلات الاجتماعية وتحقيق المكانة الاجتماعية. وسنحاول من خلال الخطاطة التالية أن نوجز أهم تداعيات اضطرابات التعلم على حياة الطفل



الشكل رقم 3 : خطاطة توزيع المشاكل المترتبة عن اضطرابات التعلم

بالنسبة لتداعيات اضطرابات التعلم فيمكن اعتبارها دوامة أو سلسلة متماسكة تتكون أطرافها من معطيات نفسية عاطفية، معرفية واجتماعية، تتبادل التأثير فيما بينها وتجعل الطفل غير مؤهل لبناء شخصية متزنة قادرة على بلوغ التوافق النفسي.

وفي قراءة للخطاطة، تشمل التداعيات النقاط التالية :

### تأثير اضطرابات التعلم على الجانب المعرفي للطفل :

يترتب عن الخلل الوظيفي في المسارات العصبية التي تجمع بين الوحدات المعرفية والوحدات العصبية التي تتدخل في عملية القراءة أو الكتابة أو التهجئة، صعوبة في معالجة المعلومة الحسية بشكل جيد. ويحدث لدى الطفل نوعا من الكف العقلي Blocage intellectuelle يجعله يركز فقط على صعوباته ولا يستطيع التفكير في شيء آخر سواها، فتضعف مهاراته الأخرى ويترتب عن ذلك تدهور واضح في اشتغاله المعرفي وانخفاض هام وعام في معدل تحصيله الدراسي.

### تأثير اضطرابات التعلم على الحياة المدرسية للطفل :

وبما أن اضطرابات التعلم لها صلة مباشرة بمواد دراسية أساسية (القراءة، الكتابة، الحساب) فهي تؤثر بشكل كبير على الحياة المدرسية للطفل. فرغم بدله مجهودا كبيرا ومتواصلا إلا أن نتائجه تكون غير مرضية ولا توازي المجهود المبذول. فتتراكم الصعوبات وتتكرر التعثرات ويكون التأخر ملحوظا في الأداء مقارنة بالأقران. فيفقد اهتمامه بالمادة وإحساسه بمتعة التعلم، ويبدأ الانسحاب بشكل تدريجي، بداية بعدم الاهتمام بالمادة المعنية بالاضطراب، نظرا لإحساسه بأن لا فائدة من بذل المجهود فيها، ثم تتراجع نتائجه في باقي المواد. وتؤثر هذه الوضعية بشكل كبير على الصحة النفسية للطفل.

### تأثير اضطرابات التعلم على الحياة النفسية للطفل :

يصبح الطفل سجيناً لمعاناته النفسية بسبب قلقه وتوتره الدائم في المواقف التعليمية التي تستدعي المهارات المضطربة. ويصبح إحساسه بالخوف من الفشل حاجزا نفسيا ومعرفيا يؤدي إلى إحساسه بالدونية وبسوء تقدير الذات، وفقدان الثقة

في النفس. وقد يترتب عن هذا الوضع بعض الاضطرابات السلوكية كالميل إلى السلوك العدواني بكل ما يشمله من مظاهر العنف والغضب والمعارضة كرد فعل تجاه الانتقادات الموجهة إليه، أو ظهور بعض الاضطرابات النفسية الجسدية من قبيل الأرق وفقدان الشهية والمغص والتقيؤ والتبول اللاإرادي... إلى غير ذلك من الاضطرابات التي تزيد الموقف تعقيدا وصعوبة.

### تأثير اضطرابات التعلم على الحياة الاجتماعية للطفل :

دخول الطفل في صراع مع محيطه الأسري والمدرسي بسبب النتائج غير المرضية التي يحصل عليها رغم توفره على مؤهلات كبيرة تخول له التفوق في مجالات دراسية أخرى، وهذا ما يجعل الآباء والمدرسين يعزون هذه النتائج إلى إهمال الطفل وعدم رغبته في العمل، فيزيدون من الضغط عليه باللجوء إلى أساليب متعددة تصل في غالب الأحيان إلى العقاب والحرمان مما يزيد الأمر تعقيدا.

دخول الطفل في صراع مع أقرانه إما بشكل معلن عندما يوجهون له الانتقادات وينعتونه بالكسل والقصور الذهني، أو بشكل ضمني عندما يقارن نفسه وأداءه بأداء الآخرين ويجد في كل مرة أن الهوة تتسع أكثر فأكثر، فيدفعه إحساسه بالنقص وبالذونية إلى الانسحاب وعدم الرغبة في المشاركة والتواصل معهم.

### الختام

اهتمت هذه الدراسة بطرح موضوع اضطرابات التعلم لأنه موضوع يستدعي الكثير من الاهتمام والبحث في هذا المجال، على اعتبار أن اضطرابات التعلم بشتى أنواعها، لا تؤثر فقط على حياة الطفل المدرسية وعلى قدرته على تعلم مهارات أكاديمية مثل القراءة والكتابة والحساب وإنما لها تداعيات كبيرة على كفاءته المعرفية والتواصلية وبالتالي تخل بتوازنه النفسي واندماجه الاجتماعي.

وإن معرفة أنواع هذا الاضطراب وأسبابه وتداعياته تجعل المتدخلين في مجال الطفولة، آباء كانوا أو مدرسين، يغيرون نظرة الاتهام ويكفون عن إلقاء اللوم على الطفل وننعتنه بالكسل والإهمال والفشل، ويفهمون أن المشاكل التي يعانيها في تعلم إحدى المهارات التعليمية لا ترجع إلى قصور ذهني أو مشاكل في التربية الأسرية، وإنما ترتبط باختلال في شبكة الاتصال العصبية المسؤولة عن القيام

- Dehaene S., (2007). Les neurones de la lecture. Odile Jacob 480 p.
- Guillemin M., (2005). Neurologie, neurochirurgie et soins infirmiers. De Boeck.
- Kirk SA., (1963). Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. Proceedings of the Conference on Eploration into the Problems of the Perceptually Handicapped Child.
- RUTTER M. (1989). Child psychiatric disorders in ICD-10. J Child Psychol Psychiatry.
- St-Pierre M-C., Dalpé V. et al. (2010). Difficultés de lecture et d'écriture. PUQ,.

بالعمليات المعرفية ومعالجة المعلومات المرتبطة بنوع الاضطراب، فتحدث أثرا بليغا ومستمرا في قدرة الطفل على اكتساب واستعمال مهارات في سياق تربوي.

وعلى الرغم من أن اضطرابات التعلم لا يمكن أن نعالجها بشكل قطعي وتستمر بالظهور حتى سن الرشد، إلا أن هذا الاستنتاج لا يجعل من الطفل كائنا غير قابل للتعلم، بل على العكس، بإمكانه أن يصبح راشدا مستقلا ناجحا اجتماعيا ومهنيا كما هو الشأن بالنسبة لعدد من الموهوبين والمشاهير الذين لم تحل اضطراباتهم في التعلم عن تحقيق كل ما قدموه من إنجازات تفيد البشرية، ولن يتسنى له ذلك إلا إذا تعلم كيفية التكيف والتعايش مع اضطراباته، رغم الصعوبات الكثيرة والمجهود الكبير والمستمر الذي يبذله. ولن ينجح في ذلك إلا إذا كان الوسط الذي يعيش فيه قادرا على التكفل به باعتماد مقاربة شمولية، يتم فيه التشخيص المبكر للاضطراب، والتدخل المتعدد الاختصاصات Pluridisciplinaire، والإعداد المحكم لبرامج تربوية خاصة بكل نوع من أنواع اضطرابات التعلم، وتكوين المدرسين تكوينا متخصصا، وتهيئ فضاءات وأدوات مناسبة للطفل تسمح له بتطوير المهارات التي تعاني من القصور وتنمية الكفاءات غير المضطربة، ودعم الآباء وتوعيتهم بأسباب الاضطراب بهدف الحد من التوتر والصراع بينهم وبين أطفالهم.

## المراجع

- Association Américaine de psychiatrie. (1994). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> éd., Traduction de l'anglais coordonnée par Guelfi JD. Paris, Masson. 1056 p.
- Billard, C., Touzin, M. (2004) Troubles spécifiques des apprentissages : L'état des connaissances, Les troubles du langage écrit, Signes Editions.
- Campolini C., Tollet F., Vansteelandt A., (2003) Dictionnaire de Logopédie. Les Troubles Acquis Du Langage, des gnosies et des praxies. Belgique : Peeters 291 p.
- Casalis S., Leloup G., Bois Parriaud F. (2013). Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant. Paris : Elsevier Masson. 192 p.

**التدخل المبكر وأهميته في الدمج الاجتماعي للأطفال ذوي  
الإعاقة**

سليمان العمراني

## التدخل المبكر وأهميته في الدمج الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة

سليمان العمراني  
جمعية حنان - تطوان

إن التدخل المبكر معترف به عالمياً كمجموعة من الأعمال الموجهة للوقاية والتدخل الاجتماعي مع الأطفال الذين يوجدون في وضعية خطر الإصابة باضطراب أو الذين يظهرون إعاقة ما. لكنه في نفس الوقت، مجموعة من التدخلات بهدف ضمان الشروط والاستجابة العائلية أمام ظروف في مختلف الأوساط الحيوية.

إن اضطرابات النمو لها مضاعفات جد خطيرة على الفرد، والأسرة، والمجتمع، مما يستوجب على السلطات العمومية تقديم إجابة تحول، قدر الإمكان، دون التمييز والمحدودية الناتجين على المشاكل التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة وأسرههم أو المهددون بخطر الإصابة بها. إن التزام مجتمعنا لحماية الطفولة، خاصة مع هؤلاء الذين يعدون في حالة خطر الإصابة باختلال في النمو، يستوجب عليه إشراك جميع القطاعات الاجتماعية لأنه قبل كل شيء موقف حضاري وتضامني. بذلك يتم ضمان تعويض التفاوتات الفردية وحق تحقيق نمو تطوري طبيعي، قدر الإمكان، وعيش كامل ومستقل.

إن نمو الطفل عملية جد معقدة تستند على التطور البيولوجي، والنفسي والاجتماعي. إذ تشكل السنوات الأولى من عمر الطفل مرحلة وجود حاسمة لأن فيها تتكون كفايات أو مهارات الفهم، والسلوك والحركة، والمعرفة، واللغة، والوجدان، ثم الكفاية الاجتماعية التي تؤدي كلها إلى تفاعل متوازن مع العالم المحيط.

إن التدخل المبكر، انطلاقاً من المبادئ العلمية التي يتأسس عليها: طب الأطفال، وعلوم الجهاز العصبي، وطب النفس وعلمه، وعلوم التربية، والتدخل الطبيعي وعلوم اللغة، إلخ، ترمي إلى منح الأطفال ذوي الإعاقة أو المهددين بالإصابة، مجموعة من العمليات التفاضلية والتعويضية، التي تسهل النضج المناسب في جميع المجالات وتسمح ببلوغ أقصى مستويات النمو الشخصي والاندماج

الاجتماعي. هو منهجية ملائمة؛ لتحسين جودة عيش الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم، ولفنادي وتقليل حالات الإقصاء الاجتماعي، ولتسهيل اندماجهم الكلي في المدارس العادية. يعني التدخل المبكر "مجموعة من التدخلات موجهة لأطفال بين الولادة 0 و6 سنوات، ولأسرهم ومحيطهم، بهدف الاستجابة، في أقرب وقت ممكن، للاحتياجات، سواء منها المؤقتة أم الدائمة، التي يحتاجها الأطفال ذوي اضطرابات في النمو أو المهددين بخطر الإصابة بها.

يجب على هذه التدخلات التي تأخذ في الاعتبار الطفل ككل، وأن تكون مصممة من طرف فريق من أخصائيي التوجيه المتعدد الاختصاصات أو عبر التخصصات.

### السند القانوني للتدخل المبكر

يستند برنامج التدخل المبكر قانونيا على الصكوك الدولية والوطنية التالية:

• المادة 23.4 من الاتفاقية الدولية لحقوق الأطفال لسنة 1989

• المادة 25 من الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة لسنة 2006.

- (ب) توفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديدا بسبب إعاقتهم من خدمات صحية، تشمل خدمات تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات ومنع حدوث المزيد منها.

• ديباجة الدستور المغربي والفصل 34 منه.

السند العلمي للتدخل المبكر : يتأسس التدخل المبكر على المسلمات العلمية لطب الأطفال وطب الجهاز العصبي، وعلم النفس وعلم التربية، والترويض الطبي، والتخاطب وتقويم النطق، والتربية نفس حركية والعمل الاجتماعي وبصفة عامة علوم الصحة والتربية. ولقد بينت الأبحاث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال في وضعية إعاقة بصفة جد كبيرة ومتقدمة، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من أي تدخل بعد سن 6 سنوات.

السند الاقتصادي للتدخل المبكر : إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر قبل إتمام الطفل ذي إعاقة عمر 6 ست سنوات، أفضل بكثير من التدخل الذي يأتي بعد

ذلك. وفي هذا الصدد، يقدر أن كل دولار واحد يستثمر في التدخل المبكر مع الطفولة ذات الإعاقة، يجعل البلاد تحصل بعد ذلك على 17 دولارا.

### أهداف التدخل المبكر

إن الهدف الرئيسي للتدخل المبكر هو أن يتلقى الأطفال، الذين يعانون من اضطرابات في نموهم أو لهم قابلية الإصابة بها، تدخلا وفق نموذج يعتبر المظاهر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، كل ما من شأنه، انطلاقا من الوقاية والتدخل الاجتماعي، أن يقوي قدرته على التطور والعيش الرغد ويسمح باندماجه الكلي في الوسط العائلي، والمدرسي، والاجتماعي، ويمكنه من الاعتماد على نفسه.

إن التدخل المبكر يجب أن يستفيد منه كل الأطفال الذين يعانون من أي شكل من أشكال الخلل أو الاضطراب في النمو، مهما كان نوعه جسميا أو نفسيا أو حسيا، أو الذين يعتبرون في حالة الخطر البيولوجي أو الاجتماعي. كل التدخلات التي تتم في التدخل المبكر يجب ألا تهتم فقط بالطفل وإنما أيضا بأسرته ومحيطه. وتستخلص من هذا الإطار الشاسع مجموعة من الأهداف الخاصة بالتدخل المبكر:

1. تخفيض مضاعفات عجز أو إعاقة على المجموع الكلي لعملية نمو الطفل.
2. تحسين، حسب الاستطاعة، مسار نمو الطفل.
3. إدخال الآليات اللازمة للتعويض، وإلغاء الحواجز، والملاءمة بين احتياجات معينة.
4. تفادي أو تخفيض ظهور نقص أو آثار ثانوية أو مرافقة ناتجة عن خلل أو وضعية جد خطيرة.
5. الاستجابة وتلبية احتياجات ومطالب الأسرة والمحيط حيث يعيش الطفل.
6. اعتبار الطفل فردا فاعلا للتدخل.

### التشخيص:

إن تشخيص اضطراب في النمو يتمثل في التعرف على طبيعته وعلى أسبابه وبالتالي معرفة ما يجب فعله والشروع في التدخل المناسب. وعند الشك في وجود اضطراب في نمو الطفل، يجب التفكير أساسا في إجراء تشخيص شاسع، تراعى فيه مختلف المجالات والمستويات، لأن الإشكالية التي يعاني منها تكون، في معظم الحالات، متعددة وتؤثر على مجالات مختلفة وذات أصل متعدد العوامل: ثمرة

تفاعل عوامل جينية، مظاهر صحية، التدخل النفسية - وجدانية وظروف الوسط بصفة عامة. إن تشخيص الصعوبات التي يقدمها طفل يصير النتيجة التي يجب أن تعتبر بشكل متكامل، مختلف التشخيصات الجزئية، والتعرف على التشخيصات الرئيسية والثانوية.

### مجالات التشخيص

إن التشخيص في التدخل المبكر يجب أن يراعي المجالات البيولوجية، والسيكولوجية، والاجتماعية، والتربوية، وتكون ضرورية مشاركة الأخصائيين في مختلف المواد والمجالات: طبية، نفسية، تربوية والعلوم الاجتماعية.

**مستويات التشخيص** : يجب عند تشخيص الاضطرابات مراعاة ثلاثة مستويات: الوظيفية، والأعراض المتلازمة وأسباب الإصابة.

**التشخيص الوظيفي** : يشكل التشخيص الوظيفي التحديد النوعي والكمي للاضطرابات أو الاختلالات الوظيفية. كما يشكل البيانات الأساسية المساعدة لفهم إشكالية الطفل، بالإضافة إلى اعتبار التفاعل العائلي وتفاعل محيطه الثقافي، وقدراته وإمكانية تطورها. بذلك يكون التشخيص الوظيفي ضروريا لتتم صياغة الأهداف وتحديد استراتيجيات التدخل.

**التشخيص المتلازمي** : يتشكل التشخيص المتلازمي من مجموعة من العلامات أو الأعراض التي تحدد مرضا معيناً. عادة ما يسمح لنا التعرف على متلازمة أو على مجموع أعراضها بمعرفة نوعية البنيات (العصبية، والنفسية أو الاجتماعية) المسؤولة عن الاضطراب ويوجهنا إلى أسبابه.

هذا النوع من التشخيص يوجهنا نحو المجالات التي علينا أن نستقي منها البيانات حتى نقيم تشخيصا لأسباب الاضطراب، كما يساعدنا على معرفة هل هي حالة مرضية قارة، أو مؤقتة أو تطويرية؟، ثم هل هي ذات أساس عضوي أو بيئي؟.

**التشخيص الإيتيولوجي ( أسباب الاضطراب )** : إن هذا النوع من التشخيص هو الذي يخبرنا عن أسباب الاضطرابات الوظيفية أو أسباب المتلازمة المشخصة ، سواء كانت ذات طبيعة بيولوجية أو نفسية - اجتماعية.

في كل الحالات سنحاول تحديد أسباب الاضطرابات المشخصة، مستحضرين دائما احتمال تعدد عواملها، ولذا يتم التعامل على نطاق واسع مع المظاهر البيولوجية، والسيكولوجية، والتربوية، والمحيط عموماً. فبالنسبة لإشكاليات مثل طيف التوحد واضطرابات اللغة، في أغلب الأحيان وباستمرار لا يكون ممكناً إنجاز بكل يقين ( التشخيص الإيتيولوجي) تشخيص الأسباب، لكن في كل الحالات نحاول وضع تشخيص احتمالي. إن تحديد الأسباب العضوية يقتضي، في معظم الحالات، إجراء اختبارات تكميلية مناسبة للفرضيات التشخيصية، باعتبار طبيعية تلك الاختبارات تكشف لنا غياب قاعدة عضوية لذلك الاضطراب.

إن حصر الإيتيولوجيا العضوية يقتضي، في معظم الأحيان، إجراء اختبارات تكميلية للفرضيات التشخيصية، غير أن سلبية تلك النتائج لا تعني بالضرورة غياب قاعدة عضوية للاضطراب. إن تعريف الإيتيولوجيا المترابطة، عندما تتصل بظروف المحيط، يقتضي معرفة مناسبة للظروف الاجتماعية، وللروابط المبكرة، ولتنظيم والتطلعات العائلية، إلخ. ويشكل التشخيص الوظيفي القاعدة الحتمية لتخطيط علاجي: فالتشخيصات المتلازمة والإيتيولوجية، تمكن العائلة بالحصول على معلومات بيولوجية - طبية وأحيانا ترشدها إلى التدخل المحدد.

### إيصال البيانات التشخيصية

إن الأسر تعير أهمية كبيرة للطريقة التي يتم بها تبليغهم بالتشخيص، إذ لا بد من أن تراعى في عملية الإشعار حضور الأخصائيين وحسن اختيار الزمان والمكان. إن التبليغ الجيد يهيئ الأسرة لتفهم واستيعاب واقع ابنها ويجعلها قادرة على تكييف المحيط لاحتياجاته وإمكاناته البدنية، والعقلية والاجتماعية. يستحسن أن يتم تبليغ الأب والأم نتيحة التشخيص بطريقة آنية، بعد أن يكونا قد زارا طفلهم، وإن أمكن بعد احتضانهما له.

إن الأخصائي أو المؤسسة يجب أن تخصص مقصورة تسمح بتحقيق السرية الضرورية حتى لا يشعر الأبوان بأدنى إحراج ويتمكنا من التعبير عن مشاعرهما ومواساة بعضهما البعض. مهم جدا عند الإشعار أن تتم مراعاة التطورات الأكثر احتمالاً، والتشخيص على المدى الطويل، ثم إمكانيات التدخل المبكر للطفل، هذا مع اعتبار أن كل أسرة تختلف عن الأخرى، فتراعى المتغيرات المختلفة مثل: الأحوال الشخصية

للزوجين وباقي أفراد الأسرة، المظاهر الخاصة بالمؤسسة العائلية، علاقاتها، وضعيتها المادية، عدد الأطفال، أصلها وثقافتها.. إلخ. لذا عند تبليغ التشخيص يجب استحضار هذا الواقع، ليس واقع الطفل وحده وإنما كذلك واقع أسرته ومحيطه الاجتماعي.

يستحسن اعتبار حالة تبليغ التشخيص أسلوبا وليس إجراء في حد ذاته. التشخيص يجعل الآباء في حيرة أمام المستقبل، وفي تيه من حاضرهم أو يشعرون بالإحساس بالذنب عن تصرفات سابقة. لابد من إظهار الاستعداد للقاءات جديدة يتمكن الآباء خلالها طلب توضيحات عن كل الشكوك التي تخامرهم والتعبير عن مخاوفهم أو همومهم. أما فيما يخص المعلومات في حد ذاتها، يستحسن تقديمها مباشرة، وتفادي استعمال مصطلحات تقنية غامضة، وإن كان لابد، ينصح ترجمتها إلى لغة مناسبة لكل أسرة. يستحسن إجراء عرض عام للإشكالية بدل تقديم جدول مفصل للمشاكل الحاضرة والمستقبلية. أسلوب التشخيص يجب أن يكون وصفيا وعمليا، فعندما يتم الإبلاغ عن إصابة معينة أو اضطراب، يحدد معناه الوظيفي ووعواقبه.

إن التشخيص الواضح "يهدي" حتى ولو كان خطير العواقب. لأن وجود شكوك حول مستقبل الطفل حالة، أحيانا، لا مفر منها في السنوات الأولى من حياته. وعندما يُشرع في التدخل دون أن يكون هناك تشخيص مؤكد وموثوق به، ربما يؤدي ذلك إلى الجزع، غير أن هذه الوضعية يمكن أن تكون أقل ضررا إذا تم وضع آجال أو فترات لإصدار التشخيص النهائي، وتفادي معلومات متناقضة وتوقعات غير مبررة. حين يكون التوقع أو التشخيص الوظيفي رصينا تبدأ الأسرة بتكوين تصور أو فكرة أكثر دقة للمستقبل القريب، مما يسهل عليها إعادة ترتيب أمورها، واتخاذ القرارات، ووضع توزيع منظم للأدوار الجديدة والمهام التي تساعد على الخروج من أزمتها. حين يطلع الآباء ويقرون بوجود إعاقة هامة لا مرد لها، كإعاقة السمعية، والبصرية، يكون أسهل عليهم البحث عن خيارات بديلة للتواصل والاتصال، من اتخاذ توقعات "للعلاج" بعيدة عن الواقع. تجدر الإشارة إلى أهمية اتخاذ الحيطة قبل إصدار قرارات نهائية يمكن أن تغلق أو تفتح، دون مبرر معقول، آفاق الطفل وأسرته.

يستحسن وجود أخصائي قار يتولى دور مرافقة الآباء خلال عملية التشخيص، رغم أن دوره، أحيانا، يبقى محصورا في الحضور فقط، بينما أخصائي آخر هو الذي يتحدث مع الأسرة. هذا الشخص عليه أن يقوم بالاتصال بالأخصائيين

الذين يشرفون على الطفل حين يحال عليهم، بهدف متابعة عملية التواصل والتبليغ بشكل صحيح ومنسق.

في الواقع، عندما يتم إبلاغ التشخيص تبتدئ بالنسبة للأسرة المرحلة الانتقالية الأولى، ربما هي الأهم، لأن عليها تتوقف، إلى حد كبير، قدرة الاستقبال وتقديم الإجابات المناسبة لخصوصيات واحتياجات عضوها الجديد. تقع مسؤولية هامة على الأخصائي الذي يتولى مهمة إبلاغ الآباء ببيانات التشخيص. يجب أن يكون لديه تكوين وتجربة مناسبة في هذا الموضوع، مهينا لفهم، وتحمل، والتحكم في مختلف العواطف التي يمكن أن تؤثر في الآباء، كذلك ضبط عواطفه (قلقه أمام تشخيص مرضي)، بهدف التمكن من إبقائه بعيدا وجدانيا وإبلاغ الآباء بطريقة تتسم بالحدو والواقعية وفي الوقت نفسه يظهر لهم التفهم والدعم.

إن المستوى الثالث للوقاية في التدخل المبكر يشمل كل الأنشطة الموجهة للطفل ولمحيطه بهدف تحسين ظروف نموه. إنها أنشطة موجهة للطفل، ولأسرته ولمحيطه. بها يجب تخفيف أو تجاوز اضطرابات أو اختلال النمو، التهيؤ لاضطرابات ثانوية، وتعديل عوامل الخطر في المحيط المباشر للطفل.

يجب أن يبدأ التدخل الموجه للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النمو، مباشرة بعد أن يتم رصد وجود انحراف في النمو. عندما يتم الرصد في وحدات المواليد الجدد. ونظرا لتواجد الطفل في المستشفى عند ولادته فإن التدخل يبدأ مباشرة في نفس الوحدة. عندما يتم الرصد بواسطة الفحوص التي يجريها طبيب الأطفال التابع للمدرسة أو المختار من طرف الآباء، فإن التدخل يبدأ في مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر أو في وحدات التدخل المبكر، التي تتولى استمرارية التدخل، عندما يكون هذا الأخير قد بدأ في وحدات المواليد الجدد.

إن التمكن من جعل الأسرة تعرف وتتفهم واقع طفلها، وقدراته وحدوده، يعد هدفا آخر أساسيا للتدخل، لأنه يكون بمثابة عامل فعال لنمو الطفل، وكيف محيطه واحتياجاته البدنية، والعقلية، والاجتماعية، محاولا تحسين ظروف عيشه ومسهلا اندماجه الاجتماعي. إن التدخل يجب أن يكون مخططا له بشكل شامل ومتعدد الاختصاصات، مراعي قدرات ومصاعب الطفل في مختلف مجالات النمو، تاريخه والعملية التطورية، وفي الوقت نفسه إمكانات واحتياجات باقي أعضاء الأسرة،

والموارد المتوفرة لديه؛ والمعرفة وأثره في المحيط الاجتماعي. عندما يحضر الطفل إلى المدرسة الأولية، تتوفر له هناك إمكانات هامة للتأثير إيجابيا في عملية النمو الاجتماعي والتعلم، لأنها تعمل على دعم وتقوية عملية التدخل المبكر، ولذا يعد أساسيا إقامة تنسيق ملائم.

### المجالات الرئيسية للعمل

**مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر :** إن مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر مصالغ مستقلة تهدف إلى التدخل مع الأطفال المتراوح سنهم بين الولادة 0 - 6 سنوات، الذين يظهرون اضطرابات في النمو أو يعدون مؤهلين لخطر الإصابة به. إن مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر تتدخل قبل كل شيء مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أو خلل في النمو، ويلبي احتياجات التدخل لأولئك الأطفال الذين كانوا أو هم في وضعية شديدة الخطر البيولوجي، أو السيكلوجي أو الاجتماعي.

يستحسن أن تكون مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر في أماكن يسهل على الأسر الوصول إليها وقريبة من مصالغ التدخل الأولي، كمدارس التعليم الأولي، أو المراكز الصحية أو المصالغ الاجتماعية. كل ذلك يسهل ما يلي: التواصل بين مختلف الأخصائيين، معرفة المحيط الطبيعي للأطفال الخاضعين للتدخل وأسره، ومعرفة الواقع المادي والاجتماعي للأسر. عندما تقتسم مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر مواقع وجودها أو بناياتها مع مصالغ أخرى، يجب أن تكون مميزة حتى يسهل التعرف عليها.

إن فريق مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر يكون متعدد الاختصاصات وذا توجيه متكامل، نظرا لأن التدخل يتضمن مظاهر ذاتية، وبيولوجية، وسيكلوجية واجتماعية وتربوية، كما يتضمن مظاهر تتجاوز الشخص وتتصل بمحيطه، كالأسرة، والمدرسة والثقافة. إن فريق التدخل يتشكل من اختصاصيين في التدخل المبكر قادمين من الحقل الطبي، والنفسي، والتربوي، والاجتماعي. إن أخصائيي التدخل المبكر، فضلا عن مؤهلهم العلمي، يتم تكوينهم في دورات تكوينية، كما أن التكوين المستمر يعد شرطا أساسيا في المهام التي يقوم بها كل عضو في الفريق.

**الوقاية الأولية والثانوية :** إن مهام كل مركز للتنشئة الطفولية والتدخل المبكر تشمل التحسيس، والوقاية، والرصد. إن مركز التدخل المبكر يتعاون مع مؤسسات، وهيئات وأخصائيين آخرين في المنطقة، فيشارك الجميع في إعداد برامج بهدف تحسيس المجتمع عموما أمام مظاهر الوقاية المتصلة بنمو الطفولة.

**برامج موجهة إلى أسر وأباء المستقل :** إنها برامج تشمل جميع تلك الأنشطة الهادفة إلى تقديم أكبر قدر ممكن من المعلومات والتوجيه للأسر وللمجتمع عموما بهدف تفادي ظهور انحرافات في النمو الطبيعي للطفل، وهي كالتالي:

- برامج تحسيسية موجهة للسكان التي هي في سن الخصوبة، حالات حمل المراهقات وحمل السانكة التي تعد في درجة عالية من خطر الإصابة.
- برامج الإعلام حول النمو الطبيعي للطفل، موجهة للأسر ولآباء المستقبل، وهي التي تتم في مراكز التدخل المبكر (مراكز الصحة والتخطيط العائلي)، مراكز المصالغ الاجتماعية، دور الحضانة ومدارس التعليم الأولي.

**برامج موجهة للأخصائيين :** إنها برامج تهدف إلى تقديم معلومات عملية إلى أولئك الأخصائيين الذين نظرا لعلاقتهم بالآباء يعدون في وضعية متميزة، حتى يكونوا أول من يهتم بالنهوض بصحة الطفل وتربيته، كذلك رصد اضطرابات محتملة في نموه الطبيعي، وهي موجهة إلى:

- أخصائيي الصحة.
- أخصائيي المصالغ الاجتماعية.
- أخصائيي التربية الطفولية.

ويتم تخطيط التدخل والبرامج بشكل فردي، حسب احتياجات وإمكانات كل طفل، وظروف وإمكانات أسرته والوسط المدرسي. إن البرنامج يجب أن يتضمن توقيتا للأهداف، والمنهجية وتقويم الأهداف المقترحة أو الناتجة عن تطبيق البرنامج. يبدأ التدخل في مركز التدخل المبكر عندما يتوصل المركز بطلب من الأسرة أو من طرف أي أخصائي أو مؤسسة. هذا التدخل يتشكل من مراحل مختلفة:

**عملية التقويم الأولي :** إن إجراء التقويم الأولي يعني دراسة عامة ومعقدة لنمو الطفل وتاريخه الشخصي والعائلي ومحيطه. لكي يتم إجراء التقويم بشكل مناسب وتام لابد من مشاركة أخصائيي مختلف التخصصات الذين يشكلون الفريق، كذلك مشاركة وتنسيق المؤسسات التي باشرت الحالة أو تلك التي شاركت في الفحوص والاختبارات التكميلية. في التقويم الأولي يمكن التمييز بين هذه المراحل الأربعة: جمع المعلومات، تقويم الطفل ومحيطه، صياغة فرضيات تشخيصية ووضع خطة التدخل، واللقاء بالأسرة وإبلاغها.

### 1. جمع المعلومات : لا شك أن الجمع المناسب للمعلومات يشكل العنصر الأكثر

أهمية في عملية التشخيص، إنه الأداة التي توجه خطوات عملية التقويم. نتلقى المعلومات عن طريق استقبال ما تم جمعه بشكل منهجي ومن مساهمات الأخصائيين الآخرين.

#### 1.1 استقبال

يشكل الاتصال الأول بالأسرة لحظة استقبال يبدأ فيها الأخصائي بالإصغاء وتسجيل ما يفصح عنه الأبوان من انشغالات، وذكريات، ومشاريع، وتوقعات، وصعوبات، وكل ما يعاني منه الطفل وهما معه، كما يتم تسجيل السوابق العائلية والشخصية للطفل.

إن اللقاء الذي يتم فيه الاستقبال، فضلا عن كونه أداة هامة تسمح بإجراء التقويم الأولي، فإنه يسيطر التوجيهات الأولى التي تراعى في خطة التدخل.

#### 2.1 الجمع المنهج للمعلومات

اعتمادا على المعلومات التي تم جمعها أثناء لقاء الاستقبال تجمع أيضا بشكل منهجي تلك البيانات التي أغفلت الأسرة تقديمها، باعتبارها مهمة ليتم الفهم المناسب لنمو الطفل ولوقته التطوري ومعرفة الأسباب المحتملة لاضطرابه.

### 3.1 بيانات الأخصائيين الآخرين

يتم تلقي المعلومات من الأخصائيين الآخرين الذين يعرفون الطفل وأسرته عبر تقارير مكتوبة أو مقابلات، ومن بين أولئك طبيب الأطفال، الأخصائي النفسي للمدرسة، المربي والعاملون في المصالح الاجتماعية وغيرهم.

إن البيانات يتم تنظيمها في سجل تاريخي عام، حتى تكون في متناول كل أخصائي يريد الاتصال بالأسرة متفاديا بذلك طلب معلومات سبقت الأسرة أن قدمتها لسابقه.

### 2 . تقويم الطفل ومحيطه: لإنجاز التقويم لدينا عدة أدوات نستعملها

بشكل تميزي مع كل طفل انطلاقا من الفرضيات الأولى المبنية على سجله التاريخي:

- ملاحظة السلوك التلقائي ورد الفعل أمام وضعيات ومحفزات حاضرة، ثم علاقة الطفل مع أبويه ومع الأخصائي الذي يقوم بالتقويم.
- العلاقة مع الأطفال الآخرين ومع المربي حين يكون الطفل ممدرسا.
- الاختبار البدني والتثمين العصبي والوظيفي للطفل.
- اختبارات عامة النسق ذات نموذج موحد.
- الملاحظة في البيت.
- اختبارات تكميلية ومقابلات متخصصة.

إن تطبيق هذه التقنيات يمدنا بالمعلومات التي تخص الأداء الوظيفي العام والخاص للطفل، سواء على المستوى البدني، أو الذهني أو الوجداني. هذه المعلومات لا تعكس فقط المحدودية والقصور المحتمل الملاحظ في الطفل، وإنما تعكس أيضا مجموع قدراته وإمكاناته.

### 3. صياغة فرضيات تشخيصية ووقت التدخل : بعد الانتهاء من مرحلة

جمع المعلومات، يقدم كل أخصائي، في اجتماع لفريق العمل، بيانات واستنتاجات تقويمه، بهدف إقامة، بشكل جماعي وباعتبار كل العوامل البيولوجية والسيكولوجية

والاجتماعية، التشخيصات أو الفرضيات التشخيصية، في المستويات الثلاث؛ الوظيفي والمتلازمي والإتيلوجي، التي تم تعريفها في الفصل السابق. يتم وضع احتياجات الطفل وأسرته والموارد المتوفرة في الجهة. إنه مهم جدا تحديد أسبقيات التدخل، التشخيصات المحتملة على المدى القريب، والمتوسط، والبعيد. يتم تجسيد أهداف التدخل العلاجي، وتدرجها، وتوقيتها، بتعيين الأخصائي أو الأخصائيين المسؤولين عن تنفيذها. هذه الخطة التدخلية الأولى تبقى خاضعة لرأي ولعناصر جديدة محتملة يمكن أن تقدمها الأسرة عند مقابلة الإبلاغ.

**4. مقابلة الإبلاغ:** عند هذه المقابلة يتم إبلاغ الآباء بالتشخيص المعد من طرف الفريق. إن الهدف الرئيسي من المقابلة هو إبلاغ الآباء، بلغة مناسبة ومفهومة، كل المعلومات التي تساعد على تفهم وضعية ابنهم الحاضرة، والتوقعات المستقبلية، ووسائل التدخل التي يمكننا تقديمها في المركز سواء لهم أو لابنهم، مقدمين لهم الدعم والمرافقة. يتم اقتراح وإقامة، بشكل جماعي، خطة عمل وتحدد المهمة أو المهام التي يمكن للآباء تحملها. يؤخذ بعين الاعتبار التنبؤ المحتمل وإمكانية عودة الاضطراب.

**5. التدخل العلاجي:** ويشمل هذا التدخل كل الأنشطة الموجهة للطفل ولمحيطه بهدف تحسين ظروف نموه. يتم تحديد مجالات العمل وأنواع التدخل حسب السن، والخصائص والاحتياجات، ونوع ودرجة الاضطراب، والأسرة، والفريق نفسه والتعاون المتاح مع القطاعات الاجتماعية الأخرى. إن التدخل يتم تخطيطه وبرمجته بشكل إجمالي وانفرادي، وبوضع مساطر محددة تتلاءم مع احتياجات كل طفل وأسرته في كل واحد من مجالات النمو. يجب أن يتضمن البرنامج توقيت الأهداف، وتقويمها وأساليب تنفيذها. إن التدخل العلاجي في التدخل المبكر يكون موجها إلى الطفل والأسرة، ومدرسة التعليم الأولى حين يكون ممدرسا، والمحيط الاجتماعي المؤسسي عامة.

**التدخل مع الطفل:** بعد الانتهاء من التقويم، يصير لدى كل طفل برنامج تدخل إجمالي وشخصي تراعى فيه كل الإسهامات المقدمة من لدن مختلف أخصائيي مصلحة التدخل العلاجي. إن هذا البرنامج ينجز، دائما قدر الإمكان، بمشاركة آباء وأولياء الأطفال، مما يسمح لهم باكتشاف موارده الخاصة، وفي الآن عينه تقوية الصلة بالابن، وهو مظهر جد هام لنموه المنضج والعاطفي. يمكن إجراء

التدخل، حسب احتياجات الطفل، إما في مركز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر أو في المنزل أو في مكان آخر مثل المركز التربوي أو المستشفى بالنسبة للمواليد الجدد الذين يعانون من مشاكل تقتضي بقاءهم مدة طويلة هناك، ويجب أن يكون لدى الأخصائيين الذين يباشرون الطفل تكوين خاص حسب نوع الاضطراب. ويبقى عدد الجلسات ومدة كل واحدة منها مرهونا باحتياجات الطفل، وأحيانا يمكن أن تتشكل الجلسات من مجموعات لا تتعدى ثلاثة أو أربعة أطفال، ذلك حسب سنهم وخصوصياتهم.

**التدخل مع الأسرة:** من بين المهام الرئيسية التي يجب على مركز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر اعتبارها ومعرفة احتياجات العائلة (الأبوان، الإخوة وباقي أفراد العائلة)، ونوع التدخل أو التدخلات التي يمكن أن تكون أكثر فعالية لتقديم علاج متماسك. إن التدخل مع العائلة يجب أن تكون غايته مساعدة الآباء على التفكير والتكيف مع الوضع الجديد، ومنحهم إمكانية فهم أفضل للوضع العام، وتفادي انحصار النظر إلى المشكل من زاوية الاضطراب الذي يعانيه الطفل. كل ذلك يعين المواقف الإيجابية المساعدة للطفل، يفسر سلوك هذا الأخير حسب معوقاته ومحاولة إعادة تذكر Feed-back علاقة أبوين - طفل. يجب تمكين العائلة من تكييف آمالها أو توقعاتها للإمكانات الواقعية للتدخل وتحديد بشكل صحيح، منذ البداية، دور الأخصائي والدور الذي عليهم أيضا اتخاذه.

إن التدخل مع العائلة يمكن أن تتم بشكل انفرادي أو في مجموعة، حسب الواقع والاحتياجات الأتية. يهدف التدخل الانفرادي بالدرجة الأولى إلى فتح فضاء يسمح للأخصائيين والآباء بالتحاور وتبادل معلومات تخص علاج الطفل، وديناميكية البيت، ومظاهر عائلية عامة أو مدرسية. هذا التدخل يمكن أن يكون الوسيلة المناسبة للأسرة لنقل العواطف، والمصاعب بالنسبة لاضطراب الابن، أو الآمال والأمان بالنسبة للتقدم المتوصل إليه.

من الأهمية بمكان ألا يقتصر عمل الأخصائيين فقط على مباشرة المظاهر المتصلة بالطفل، وإنما كذلك مباشرة تلك المطالب العائلية، التي ليست دائما سهلة البوح والظهور، لاتصالها بعلاقاتها الزوجية، وبالروابط مع الأبناء الآخرين، ومع العائلة بمفهومها الشاسع. إن الغاية من كل ذلك هي مساعدة أفراد الأسرة على تفهم عواطفهم ومعرفة كفاياتهم فيما يخص تربية الأبناء. يجب إخبار الآباء حسب

المادية أو الشخصية، للتمكن من تحقيق الأهداف المحددة مقدما. كذلك تستحسن المشاركة في عملية اتخاذ القرار حول نوعية التمدريس.

**التدخل في المحيط:** إن هذا التدخل، الذي يهدف إلى تجاوز الحواجز الفيزيائية والاجتماعية، يجب أن ينجز آخذا بعين الاعتبار المحيط الطبيعي لكل طفل وأسرته، ليتمكن بذلك من تحقيق اندماجه في الوسط الاجتماعي حيث يعيش. تتولى مراكز التنشئة الطفولية والتدخل المبكر مهمة التخطيط لاستراتيجيات قصد تكييف المحيط لاحتياجات الأطفال، فتعمل بشكل متناسق ليسهل الاندماج الاجتماعي - البيئي. يهدف هذا الإجراء إلى تجاوز الفوارق، وتغيير المواقف، وإلغاء الحواجز الفيزيائية والسوسيو ثقافية، بشكل يسمح بالمشاركة الفعالة في المجتمع لجميع أعضائه.

### التقويم والمتابعة :

إن التقويم عملية متكاملة بواسطته يتم تئمين التغيرات التي تحدث في نمو الطفل، وفي محيطه، وفعالية المناهج المتبعة. إن غايته هي مراقبة مدى ملائمة وفعالية برامج العمل للأهداف المسطرة. إن التقويم يجب أن يؤثر في كل مظاهر التدخل الذي يمكن أن يراعى فيه وقتان:

التقويم المستمر هو الذي يسمح بتعديل البرامج حسب الاحتياجات.

التقويم النهائي هو الذي يحدد إن كانت قد تحققت الأهداف المسطرة عند بداية التدخل، كما يصلح أيضا لبيان إن كانت تلك الأهداف قد تمت أو يجب إجراء إحالة. يجب على الفريق تحديد إجراءات التقويم والمتابعة لتكون موضوعية وقابلة التحقيق.

تنتهي فترة التدخل مع طفل في مصلحة التدخل المبكر حين يلاحظ أن تطوره الإيجابي لم يعد يحتاج إلى خدمات هذه المصلحة، أو لاعتبارات تعود إلى السن أو الكفايات، مما يقتضي أن تتم مباشرته من طرف جهاز التدخل آخر. في كلا الحالتين، من حق الأسرة أن تتلقى تقريرا شفويا ومكتوبا يلخص تطور الطفل ووضعه الحالي وحاجياته الضرورية. حين تجب متابعة التدخل من لدن فريق أو جهاز تدخل آخر، إن التنسيق بينهما يعد أساسيا، ودائما بعد إشعار الأسرة، يجب الخوض في نقل المعلومات بشكل مناسب. يجب أن يثمن ويخطط بدقة وقت وطريقة التحويل، مع مراعاة الروابط التي نشأت لدى العائلة والطفل بالمصلحة السابقة. إن

الأصول بأي تغيير له علاقة بالتدخل، مثلا، يخص الأهداف، أو المنهجية، أو مختلف الاتصالات التي تمت مع أخصائيين آخرين للصحة أو التربية.

كذلك يجب إخبارهم بكل الموارد الإدارية، سواء على مستوى التدخل، والمساعدات المادية والقانونية، التي يمكنهم الاعتماد عليها. تقدم لهم إمكانية الاتصال بمختلف جمعيات آباء أطفال يعانون من مصاعب والتي توجد في الجهة أو المنطقة، كذلك الاتصال بأخصائيين آخرين أو بآليات التدخل. لكل ذلك، يجب استعمال لغة مفهومة يراعى فيها الإطار الاجتماعي والثقافي لكل عائلة واحترام فوارقها. يمكن أن ينظم العمل في المجموعة كفضاء مفتوح حيث يساعد ويسمح بالتقاء عدد من الآباء، مانحا لهم فرصة التعبير وفي الوقت نفسه الإصغاء إلى التجارب، والعواطف، والمصاعب التي تفرزها هذه الوضعية.

### جدول تلخيصي للتدخل مع الأسر:

برامج الاستقبال	عند بداية برنامج التدخل المبكر	-الخبر الأولي -من الأسرة إلى الأسرة
-برامج التتبع الفردي	-خلال كل مدة التدخل	-المشاركة في الحصص الفردية -لقاءات محددة
برامج المجموعات	-أوقات معينة أو خلال فترات محددة	-مجموعة التكوين: الدعم النفسي والدعم الاجتماعي -المشاركة في أنشطة الترفيه والوقت الثالث

### التدخل في المدرسة : إن أخصائيي مراكز التنشئة الطفولية والتدخل

المبكر يجب عليهم إخبار المدرسة بوضعية الطفل وعائلته عند التحاقه بالمدرسة، بعد ذلك، وبالتعاون مع الفريق المدرسي والمربين يمكن تحديد فضاءات حيث تراجع أو تناقش الأهداف التربوية، واستراتيجيات التعلم، والاستعمال الكافي للموارد

تغير فريق الأخصائيين لا يجب أن يمثل أبداً عدم استمرارية التدخل مع الطفل والأسرة، بل يجب أن يضمن التناسق والاستمرارية انطلاقاً من ضرورة التنسيق بين الأخصائيين ومرونة الإجراءات الإدارية

#### المراجع:

- الكتاب الأبيض للتدخل المبكر المترجم للغة العربية، المؤلف: الإتحاد الإسباني لجمعيات أخصائيي التدخل المبكر (GAT) وثائق 55 / 2000
- دليل مسارات عمل فريق وحدة التدخل المبكر التابع لجمعية حنان لرعاية الأطفال المعاقين بتطوان، المؤلف: خيسوس مانويل طخيرو غونزاليز Jesús Manuel Tejero González، يوليو 2008
- مجموعة من المواقع الإلكترونية باللغة الإسبانية حول التدخل المبكر

الأسرة والأطر العاملة في مجال الإعاقة الذهنية :  
أية علاقة ؟

نوح رابي

## الأسرة والأطر العاملة في مجال الإعاقة الذهنية : أية علاقة ؟

نوح رابي

مربي مختص

المركز الوطني محمد السادس للمعاقين - مراكش

إن الوعي بحجم ظاهرة الإعاقة بالمغرب والاهتمام بها في جميع أشكالها كحق من حقوق الإنسان وواجب من واجبات الدولة والمجتمع، أبرز حاجة الأشخاص في وضعية إعاقة ذهنية إلى التربية والتعليم والتأهيل، كضرورة من ضرورة الحياة المعاصرة.

ويلاحظ أن تقنيات التربية والتعليم المستخدمة في مجال التربية الخاصة اليوم قد شهدت تطورا كبيرا في السنوات الأخيرة، إذ أدخلت على برامجها العديد من المستجدات التربوية لإغناء أساليب التعليم ووتحديثه. " وأصبح اليوم بالإمكان أن نسير بعيدا في تعليم الطفل في وضعية إعاقة وتأهيله. غير أن ما وصل إليه تعليم الطفل في وضعية إعاقة في معظم الدول المتقدمة، لم يفي بالغرض حيث لا زال العديد من الأطفال في وضعية إعاقة خصوصا في الدول النامية محروما منه. وذلك بسبب عدة صعوبات تواجه نقل المكتسبات العلمية المعرفية من لغة إلى لغة، أو بسبب عدم إمكان تعميم واستخدام تقنيات التعلم من قبل جميع الأطفال في وضعية إعاقة. كما أن هناك صعوبات أخرى تتعلق بمدى ارتفاع عدد الأشخاص في وضعية إعاقة، واحتياج تربيتهم وتعليمهم إلى مؤسسات مختصة ذات مستوى عالي من التجهيز والتطوير والديداكتيكيين، وما تستدعيه كذلك من كلفة في التأطير والتجهيز.... الخ.

"... ويلاحظ أغلب من يعمل في مجال تربية وتعليم الأشخاص في وضعية إعاقة ذهنية في وطننا العربي، مدى إفتقاره إلى إستراتيجيات تعليمية محددة واضحة المعالم وقائمة على الفهم الصحيح للسلوك المدخلي للطفل في وضعية إعاقة ذهنية. إذ لا يزال تأهيل هذه الفئة في كثير من مجتمعاتنا يتم خلال تعديل وتكييف أساليب تدريس مستخدمة في المدارس العادية. والمتتبع لتلك الأساليب

التربوية يجدها بعيدة عن التطبيقات المستخلصة من النظريات التي حاولت تفسير السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال في مواقف التعلم المختلفة.

ولقد اكد البحث الوطني حول الإعاقة بأن مسألة التعليم والتأهيل مسألة بالغة التعقيد ، لأنها متعددة في جوانبها المختلفة، سواء من حيث تعريفها، اشكالها، خصوصية الاشخاص المعنيين وأسرهم، الى جانب تحديد نوعية الفاعلين في هذا المجال. هذا دون أن نتحدث عن طبيعة التمثلات السائدة حول الاعاقة لدى افراد المجتمع ولدى الاشخاص في وضعية اعاقة انفسهم . ويبقى الشخص في وضعية إعاقة ذهنية غير معروف بكيفية دقيقة بالمغرب حسب الدكتوراة لطيفة السريغيني ،" نظرا لقلّة المعلومات والمعطيات الكافية ذات المصادقية وللواقع الثقافي الذي تعيشه الاسر حيث تكمن صعوبة الوصول الى المعلومات الدقيقة ،اضافة الى غياب مؤسسات متخصصة ومستقلة تساهم في التعريف بهذه الشريحة من السكان ."

كما حاول الدكتور رشيد الكونوني، في كتابه الذي صدر حديثا تحت عنوان: "الإعاقة بالمغرب... عنف التمثلات وممكنات التغيير"، تشرح وضعية الإعاقة بالمملكة؛ إذ يطرح أهم الإشكالات والتحديات التي يعرفها هذا المجال، وأهم مظاهر المشاركة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة. كما حاول رصد المعطيات الإحصائية الكمية والنوعية التي تتوفر عليها المملكة المغربية في الإعاقة المرتكزة على نتائج البحث الوطني الثاني حول الإعاقة لسنة 2014 . وكذلك الاتفاقيات والمواثيق بالإضافة إلى أهم النصوص القانونية والتنظيمية الوطنية ذات الصلة بالإعاقة، منذ القوانين التأسيسية في بداية ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي، وصولا إلى القانون الإطار 97،13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها.

رغم ما ذكرناه من مجهودات على جميع الأصعدة التشريعية والقانونية والبحوث العلمية وتدخلات المهنيين، تبقى نوعية التدخل في إطار مشروع متكامل لتأهيل الطفل في وضعية إعاقة تحوم حولها إشكالات عديدة، في مقدمتها غياب معطيات حول طبيعة العلاقة بين المهنيين والأسرة، وكذلك محدودية الفاعلين في مجال تربوية وتأهيل هذه الفئة وغياب التنسيق بينها.

والمتمثل في مجال رعاية وتربية الطفل في وضعية اعاقة ذهنية، يدرك أن جودة برامج التربية الخاصة مرتبط بجودة ودور الأسرة في برنامج الطفل. وكذا تطبيق أحدث التوجهات العلمية في المجال. الشيء الذي يتطلب بناء شراكة بين الأسرة والإختصاصيين في الميدان. حيث أن كثير من الدراسات أكدت على دور الأسرة في تفعيل وتطبيق البرنامج التربوي الفردي والدمج الشامل، وتطبيق مناهج التعليم وإبراز ما لدى أطفالهم من قدرات ومواهب إذا تم تهيئة البيئة الأسرية لإستثمار تلك المواهب والقدرات. علما بأن النظرة أكثر حضورا، هي التركيز على جوانب العجز والإعاقة وإهمال ما لدى تلك الفئة من قدرات. وهذا يتطلب إعادة تأهيل دور الأسرة وتبصيرها بحقوقها ودورها في بلورة برنامج طفلها. فالأسرة لها أدوار متعددة، (وظائف اقتصادية والرعاية اليومية والحاجات الصحية والوظائف الترويحية الترفيهية ووظائف التنشئة الإجتماعية ووظائف هوية الذات والوظائف الوجدانية...الخ.) والوظيفة التي أعتبرها الخيط الناظم لجميع الوظائف هو المشاركة في بناء برنامج تربوي مع الأخصائين لتطوير وتنمية ما قدمته للطفل منذ ولادته.

ومن هنا إختيارنا لهذا الموضوع، الذي جاء نتيجة لممارستي الميدانية في مجال الإعاقة الذهنية ، وملاحظتنا اليومية لما تعرفه أوضاع تربوية و تدريس الأطفال في وضعية إعاقة من صعوبات معرفية ومنهجية. وذلك بالرغم من الإهتمام الكبير من قبل الدولة بهذا المجال، ومصادقة المغرب على الإتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والبروتوكول الإختياري الملحق بها . هذه الإعتبارات دفعتنا إلى الإنخراط والمساهمة في رصد مكامن الضعف التي تعترض العمل المشترك بين الأسرة وأخصائي التربية الخاصة والمؤسسة في مجال تربوية وتعليم الطفل في وضعية إعاقة ذهنية. وبناء على ذلك، انطلقت في عملي هذا من مجموعة من التساؤلات من أبرزها :

- إلى أي حد يمكن خلق مشروع تربوي متجانس يجمع بين الأسرة والأطر العاملة في مجال الإعاقة الذهنية ؟
- هل تساهم أسر الأطفال في وضعية إعاقة ذهنية في بناء مشروع تربوي متجانس يجمع بين الأطر الفاعلة في الميدان وأسر الأطفال في وضعية إعاقة بالمركز ؟

• ما دور المؤسسة في قيادة وتنفيذ مشاريع التكفل بالأطفال في وضعية إعاقة ذهنية؟

ولقد اعتمدنا لإنجاز هذا البحث على تجميع معطيات كمية وكيفية، لأجل معالجتها وتحليلها. اعتمادا على أدوات متنوعة شملت شبكة للمقابلات، واستمارات، كما اعتمدنا تقنية Focus Group أو المجموعات البؤرية مع الآباء/ المربين، وبعض الفاعلين المهتمين بقضايا تربية الأطفال في وضعية إعاقة ذهنية.

لإنجاز هذه الدراسة مررنا عبر المراحل التالية:

- صياغة الإطار المرجعي للدراسة؛
- إنجاز أدوات البحث الميداني؛
- القيام بالمقابلات؛
- الحصول على المعطيات التي تم تصنيفها على شكل متغيرات تأخذ بعين الاعتبار جل الظواهر التي ترتبط بتربية الأطفال في وضعية إعاقة ذهنية وتطورهم؛
- في الأخير تمت معالجة كل المعطيات، وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

- ✓ ضعف مساهمة الأسر في العملية التربوية؛
- ✓ غياب مشروع تربوي نسقي متفاعل بين الأسرة والمهنيين؛
- ✓ نقص في التكوين المستمر للمربين في مجال التربية المتخصصة
- ✓ قلة الأطر في مجال التربية الخاصة لتغطية حجم المستفيدين
- ✓ قلة الحصص المقدمة للأطفال ضمن مجال التربية الخاصة

وبعدما أنهينا تحديد منهجية العمل انتقلنا إلى التأطير النظري للدراسة، والذي قسمناه إلى فصلين حاولنا في الفصل الأول الإحاطة ببعض الجوانب المرتبطة بمفهوم الأسرة ومكوناتها ودورها الفعال في مختلف المشاريع التربوية الخاصة بأبنائهم. وذلك من خلال تحديد أدوارهم بصفة إجرائية، تعيين أهمية هذه الأدوار في التتبع الدقيق لمراحل نمو أبنائهم. ثم انتقلنا إلى الفصل الثاني الذي خصصناه لتحديد مفهوم الإعاقة الذهنية، في كل من التشريعات المغربية والمواثيق الدولية. ثم مفهوم التربية الخاصة وكل ما يتعلق بها انطلاقا من مراحل تطورها

مرورا بأهدافها وفلسفتها، مع تحديد مفهوم المشروع التربوي الفردي للطفل في وضعية إعاقة ذهنية وانتهاء بتحديد فريق العمل في التربية الخاصة.

ومن أبرز النتائج التي تم الحصول عليها إنطلاقا من جمع المعطيات وتحليلها ومعالجتها، توصلت إلى ما يلي : هناك ثلاثة نماذج من الأسر : الأسر المتعاونة والأسر غير المتعاونة، ثم الأسر المستقلة أو الغير مشاركة.

## 1 - أسر متعاونة :

هي التي تساهم بشكل تشاركي في إتمام المشروع التربوي المنجز داخل المؤسسة من قبل الفريق المتعدد التخصصات وضمان سيرورته في المنزل، الشيء الذي يرفع ويحسن من قدرات ومهارات الطفل في وضعية إعاقة ذهنية.

حيث نلاحظ أن بعض الأسر تساهم في إنجاز المشروع التربوي مع الأطر عن طريق المشاركة المتواصلة في الأنشطة التربوية والترفيهية والمدوامة على إيقاع السنوي لمشروع المؤسسة. كما أن أغلب هذه الأسر لديها تكوين لابس به في مجال الإعاقة الذهنية، كما أن لها مستوى دراسي يؤهلها على معرفة دورها داخل المشروع التربوي للطفل.

## 2 . أسر غير متعاونة:

- هي التي لا تساهم في بناء المشروع التربوي وذلك لعدة أسباب منها :
- غياب الوعي بأهمية إتمام العملية التربوية داخل المنزل ونتائجها الإيجابية.
- إعتبار المؤسسة مصدر إراحة الأسرة من أعباء ومسؤولية أطفالها.
- طغيان التمثل الطبي .
- بالإضافة إلى وجود أسباب أخرى متداخلة فيما بينها :
- كضعف التغطية الصحية للطفل في وضعية إعاقة ذهنية.
- قلة الأطر المتخصصة في مجال الإعاقة الذهنية
- التكلفة التي تعاني منها الأسرة مما يشتت ذهن ومجهودات الأسر بين الأخصائين، بحثا عن كيفية التعامل مع حالة أبنائها.
- عدم تقبل بعض الأسر لأطفالهم مما يؤثر سلبا على الإنخراط الفعال في مشروع التربوي للمربي بالمؤسسة.

### 3. الأسر المستقبيلة أو التي لا تشارك أبدا :

وهي تلك التي يبقى الهدف من إدماج طفلها بالمؤسسة، هو إستراحة الأسرة من متطلبات الطفل وتسجيله في المؤسسة فقط، دون تتبع حالته أو المشاركة في عملية التأهيل. مما يساهم في تراجع مستوى الطفل في وضعية إعاقة ذهنية. وتعود الأسباب هنا إلى تدني المستوى الدراسي لبعض الأسر وعدم وعيها بالدور التأهيلي للآباء في تطوير قدرات أبنائهم. كما أن أغلب هؤلاء الآباء يعيشون إعاقة الطفل كمصدر لضغط نفسي واجتماعي، مما يدفعها إلى الرفض ويجعلها غائبة في المشروع المؤسسي بشكل عام، والمشروع الفردي لأبنائها داخل القسم بالنسبة للمربي المختص.

إنطلاقا من هذه المعطيات التي سبق ذكرها خلصت إلى بعض التوصيات إنطلاقا من المبحوثين بهدف تحسين الدور التربوي للفاعلين والأسرة في بناء مشروع متكامل لتأهيل أفضل للطفل في وضعية إعاقة ذهنية. نظرا لما تكتسيه اقتراحات البحوث من أهمية بالغة في نظري من من شأنها المساهمة في رسم بعض ملامح أفاق التجاوز ، ومن بين هذه التوصيات:

- \* إلزامية مشاركة أسر الطفل في إعداد وتنفيذ وتبعية وتقييم الخطة التربوية للطفل في وضعية إعاقة ذهنية
- \* تكوين الأسر، من خلال تنظيم ورشات ودورات تكوينية تعلم الآباء كيفية التعامل مع أطفالهم .
- \* الإنصات والدعم والمرافقة والتبعية النفسي والاجتماعي لأسر الأطفال المستفيدين بالمركز
- \* تكوين الأطر على المستوى الجامعي في مجال الإعاقة الذهنية .
- \* الإستفادة وتبادل الخبرات مع الأسر الناجحة مع أطفالهم في وضعية إعاقة ذهنية .
- \* التكوين والتكوين المستمر للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية.

يبقى هذا البحث محاولة تسليط الضوء على أهمية التنسيق بين دور أسر الأطفال المعاقين ذهنيا المستفيدين من خدمات الملحقة الجهوية للمركز الوطني محمد السادس للمعاقين بمراكش ، ودور المربين المختصين. وذلك في مختلف المشاريع التربوية الخاصة بأبنائهم من خلال تحديد أدوارهم بصفة إجرائية بغية إيجاد بعض الحلول وتحقيق النتائج البيداغوجية الناجحة. حيث انصب اهتمامنا حول واقع هذه العلاقات والتدخلات التنسيقية بين مختلف الفاعلين بالمركز من جهة والآباء من جهة ثانية. ومن بين النتائج التي استخلصناها من هذه الدراسة، أهمية التنسيق والعلاقة الثلاثية الأبعاد ، التي تنطلق من الطفل ثم الأسرة ثم المؤسسة من أجل خلق إندماج شامل ومتجانس لتحقيق التمكين الاجتماعي للأطفال في وضعية إعاقة ذهنية.

وختاما نشير، بأن حق الأشخاص ذوي الإعاقة في ضمان العيش الكريم الذي لا يمكن فصله طبعاً عن الحقوق الإنسانية غير القابلة للتجزئ مطلب ملح يجب الاشتغال عليه بعجل لتدارك التأخر الكبير لبلدنا في هذا الجانب احتراماً لموقع وطننا والتزاماته الحقوقية وعلى كافة جمعيات الأشخاص في وضعية إعاقة ومناصريهم العمل بشراكة مع جميع الأطراف المعنية سواء المجتمع والأسرة والمؤسسة والمربي في بناء مشروع تربوي واضح المعالم يمكن من تأهيل سليم ومتجانس للأطفال في وضعية إعاقة، من خلال سياسات وخطط إنماء تحترم وتستحضر حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إضافة إلى إذكاء الوعي لدى المعنيين وأصحاب القضية والمجتمعات المحلية بحقوق الأشخاص المعاقين، والسير بالجهود نحو إقرار حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والفئات المهمشة الأخرى في المشاركة الفاعلة في الحياة الاجتماعية، وإشراكهم في عملية صناعة القرارات لضمان تعزيز وحماية تمتعهم بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وتعزيز احترام كرامتهم أسوة ببقية المواطنين والانفتاح على الدراسات والبحوث الجامعية ، وكذلك تعد ولادة بعض الشعب الأكاديمية المهمة بهذا الحقل الاجتماعي بإمتياز ، أخص بالذكر ماستر سيكوسولوجيا الإعاقة الأول من نوعه بالمغرب يعتبر موجة مهمة في تحديد ملامح الإعاقة بالمغرب على مستويات عديدة نفسية واجتماعية وتربوية .... ومن شأن هذه الشعب الجديدة في الإعاقة أن تساهم في إذكاء الوعي بقضايا حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، وقد يجد المهتم أو الباحث إجابات عن بعض تساؤلاته، كما قد يساعده في طرح تساؤلات جديدة.

- McLaren, K. 1995. Literacy and deafness. A look of some dimensions of literacy among deaf children in a bilingual program. Orebro: SIH Laromedel.
- Metzger, M. (2000). *Bilingualism and Identity*. Washington DC: Gallaudet University Press.
- Reynolds, D. & Titus, A. (1992). Bilingual/bicultural education for deaf students: Changing the system. Bilingual considerations in the education of deaf students: ASL and English. Washington, D.C.: Gallaudet University. 48-53.
- Saunders, J. 1997. Educating deaf and hearing children in a bilingual/bicultural environment. CAEDHH/ACESM 23, no. 1: 61-8
- Singleton, J. & Morgan, D. (2005). Natural signed language acquisition within the social context of the classroom. In M. Marschark, B. Schick, & P.E. Spencer (Eds.), *Advances in sign language development by deaf children* (pp. 344-375). New York: Oxford University Press.
- Skliar, C. (2001) *Perspectivas politicas e pedagogicas da educacao bilingue para surdos*. In S. Silva and M. Vizim (eds) *Educacao Especial: Multiplas Leituras e Diferentes Significados* (pp. 85-110). Sao Paulo: Mercado Aberto.
- Strong, M. & Prinz, P. (2000). Is American Sign Language Skill Related to English Literacy? In C. Chamberlain, J. P. Morford, & R. Mayberry (Eds.), *Language acquisition by eye* (pp.131-142). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Timmermans, N. (2003) *A comparative analysis of the status of sign languages in Europe*. Strasbourg.
- Wilbur, R. (2000). Sign language and successful bilingual development of deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 5:1 Winter 81-104

## بيبلوغرافيا :

1. أبو الفتوح عطية حمدي: " منهجية البحث العلمي وتطبيقاته في الدراسات التربوية والنفسية"، دار النشر للجامعات، مص، 1999.
2. أحمد عبد الله: " أساليب ومناهج البحث في العلوم الاجتماعية"، دار البلاد للطباعة والنشر، جدة، 1992.
3. بدر أحمد: " أصول البحث العلمي ومناهجه"، وكالة المطبوعات، الطبعة السادسة، الكويت، 1982.
4. السيد عبد النبي السيد: "الأنشطة التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة"، مكتبة أنجلو المصرية، مطبعة عبد الكريم حسان، القاهرة، الطبعة الأولى، 2004.
5. رشيد كنوني : الإعاقة بالمغرب " عنف التمثلات وممكنات التغيير ".

## بحوث ودراسات :

1. إحسان محمد الحسن: " لمناهج البحث الاجتماعي"، دار الطليعة، بيروت، 1986. (أنظر: نزار مفرج، المرصد الوطني لحقوق الطفل- دراسة تحليلية لاستراتيجية المشروع المعتمد في مجال حماية الطفولة، بحث لنيل دبلوم المعهد الملكي لتكوين الأطر- سلك المفتشين- تخصص حماية الطفولة، تحت إشراف الأستاذ د. محمد نبيل غزوان، المعهد الملكي لتكوين الأطر- مركز تكوين أطر الشباب، الرباط، (97 - 1998).
2. كلية علوم التربية: الاتصال والعمل الجماعي، أشغال الورشة التكوينية الثانية... وحدة التربية السكانية، 1997.
3. لعمارتي أحمد: " الجمعيات المغربية في ظل قانون الحريات العامة" بحث لنيل دبلوم المعهد الملكي لتكوين أطر الشبيبة والرياضة، الرباط، السنة الجامعية (1982-1983).
4. منتصر محمد وآخرون: "الدور التربوي لمؤسسات المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية نموذجاً)"، بحث مقدم لنيل دبلوم مستشار في التوجيه التربوي، الرباط، السنة الجامعية (1999 - 2000).
5. بالأسرة والطفولة والأشخاص المعاقين: "البحث الوطني حول الإعاقة"، 2006، الرباط.

<b>BESOINS, PRATIQUES ET REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU MAROC</b> .....	5
Pr. Abdessamad Dialmy	
<b>Guidance parentale des personnes handicapées Des parents co-formateurs aux parents co-thérapeutes</b> .....	27
Pr.Ouchelh Maria	
<b>Quel accompagnement auprès des parents d'enfants handicapés ?</b> .....	47
Jamal ELOUAFI	
<b>HANDICAP ET EXCLUSION : ELEMENTS POUR CONTRIBUER AU DEBAT</b> ....	59
Ahmed El Bouazzaoui	
<b>Les Programmes Comportementaux pour la Prise en Charge de l'Autisme</b> .....	73
Mounia HAMRAOUI	
<b>Education bilingue Une option pour la scolarisation des enfants sourds au Maroc</b> .....	101
Abdelaziz Arssi	

## BESOINS, PRATIQUES ET REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU MAROC

Pr. Abdessamad Dialmy<sup>1</sup>

Ce texte présente quelques résultats sommaires de l'étude sur les « Besoins en matière de santé sexuelle et reproductive chez les personnes en situation de handicap au Maroc ». L'étude, réalisée par A. Dialmy entre septembre et novembre 2014, a été commanditée par le Ministère de la Santé et le FNUAP. Elle a porté sur 4 régions (Casablanca, Ouarzazate, Oujda et Rabat. Soixante-quatorze (74) personnes ont été interviewées dans ce cadre : 29 personnes en situation de handicap (PSH), 21 parents de PSH, 11 responsables institutionnels (Ministère de la Santé et Ministère de la Solidarité...), 10 responsables d'associations spécialisées dans le handicap, 3 personnes représentant des organisations internationales.

Les résultats présentés ici ne traitent que de l'activité sexuelle des PSH et ce à travers l'identification :

- I) de quelques travaux de la littérature internationale,
- II) de la situation des PSH au Maroc,
- III) des besoins et des pratiques sexuelles des PSH marocaines,
- IV) des barrières socioculturelles contre la sexualité des PSH marocaines.

### I- Revue de la littérature internationale

En France, le "Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle" avait lancé une étude<sup>2</sup> en 1981 sur la sexualité des personnes handicapées. L'objectif était d'analyser les réactions des éducateurs et des parents face à la vie affective et sexuelle des PSH mentales. L'étude a révélé que

<sup>1</sup> Sociologue, Ancien professeur d'université, Expert en genre et sexualité, Rabat.

<sup>2</sup> A. Giami, C. Humbert, D. Laval : *L'ange et la bête. Les représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, CTNERHI - 1996 (2ème édition).

la PSH est perçue par les parents comme asexuée et comme un éternel enfant. Cette représentation implique que la société ne conçoit pas de composante sexuelle au désir légitime d'être aimé que la PSH exprime. Par conséquent, la sexualité des handicapés bascule dans la clandestinité. Selon Simone Sausse<sup>3</sup>, «pour un parent, penser que sa fille ou son fils handicapé puisse être adulte, avoir des relations sexuelles, procréer, ramène douloureusement à la question de l'origine du handicap qui touche directement la sexualité des parents eux-mêmes, une sexualité qui serait alors vécue comme "anormale" et "monstrueuse" »<sup>4</sup>. Et dont les parents ont honte et craignent de voir se reproduire, avec ses conséquences, par leur « enfant » en situation de handicap.

En 2008, Giami et Colomby font une analyse secondaire de l'enquête française "Handicap, incapacités, dépendance"<sup>5</sup>. Cette analyse est partie de quatre hypothèses principales. La première avance qu'avoir une déficience est un obstacle (potentiel) à l'établissement de relations socio-sexuelles. La deuxième affirme que la nature du handicap et la dépendance qui en résulte sont des facteurs susceptibles de moduler la possibilité d'avoir des relations-socio-sexuelles. La troisième affirme que la résidence des PSH (en ménage ou en institution) influe sur l'existence et le type des relations socio-sexuelles. Enfin la quatrième affirme que la possibilité et la "fréquence" des relations socio-sexuelles varient également selon les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des PSH et selon leur participation à la citoyenneté. Cette analyse secondaire a confirmé en premier lieu que le rapport des PSH à la sexualité varie en fonction de la nature du handicap.

Ainsi, l'intérêt pour la sexualité du handicapé mental tourne autour des représentations des parents et des éducateurs<sup>6</sup> d'une part et

<sup>3</sup> Psychanalyste et auteur du « Miroir brisé », Paris, Hachette, 1996.

<sup>4</sup> A. Giami et al, *L'ange et la bête*, op.cit.

<sup>5</sup> Giami et Colomby, « Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête "Handicap, incapacités, dépendance" », op.cit.

<sup>6</sup> Giami, A. Humbert, C. Laval, D. (2001). *L'Ange et la Bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, op.cit.

les pratiques de stérilisation<sup>7</sup> d'autre part. En d'autres termes, la prise en charge de la sexualité des handicapés mentaux vise à contrôler, voire à réduire leur fonction reproductive<sup>8</sup>. Cette attitude de refus se base sur l'assertion que les handicapés mentaux sont incapables d'établir des relations amoureuses, et encore moins conjugales. Par conséquent, il est « établi » que les handicapés mentaux ne peuvent ni élever ni éduquer des enfants. Ils sont perçus, et déclarés, comme inaptes au rôle parental<sup>9</sup>. Dans ce cadre, la masturbation est considérée comme leur pratique sexuelle principale, voire exclusive<sup>10</sup>. Et de ce fait, cette pratique solitaire sert de preuve pour confirmer leur incapacité d'avoir des relations socio-sexuelles, maritales ou non maritales.

A l'opposé, la sexualité des handicapés physiques (moteurs, somatiques de manière plus générale) bénéficie d'une prise en charge médicale et sociale qui cible le rétablissement de leurs fonctions sexuelle et reproductive. Le souci de rétablir provient de l'impact négatif des déficiences motrices sur les relations sexuelles conjugales comme l'ont montré Roussel et Sanchez<sup>11</sup>, ce qui peut conduire à la rupture du lien marital.

La santé sexuelle des handicapés sensoriels n'est pas abordée dans cette analyse secondaire<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Diederich, N. (1998). *Stériliser le Handicap mental ?* Toulouse: Erès

<sup>8</sup> Lang, J-L. (1992). Note sur l'évolution des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40(2). 59-65.

<sup>9</sup> Dupras, A (2000). « Sexualité et handicap: de l'angélisation à la sexualisation de la personne handicapée physique », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13 (1), 173-189.

<sup>10</sup> Foucault, M. (1999). *Les anormaux - Cours au Collège de France 1974-75*. Paris: Gallimard, Le Seuil.

<sup>11</sup> Roussel, P., Sanchez, J. (2001). Déficiences motrices, incapacités et situations socio-familiales en institutions d'hébergement quels liens entre ces trois réalités. Document de travail, Séries Etudes, DREES, 299-316.

<sup>12</sup> A titre indicatif, Sénim Ben Abdallah affirme à propos des déficients visuels en Tunisie que, à cause du silence autour de la sexualité, « les jeunes (déficients visuels) seraient livrés à eux-mêmes et exposés à des comportements à risques... La masturbation, l'homosexualité, la prostitution, la pédophilie... permettent, dans plusieurs cas, de vivre une sexualité réprimée », in *La santé sexuelle et de la reproduction des jeunes déficients visuels en Tunisie*, op. cit.

En deuxième lieu, l'enquête a confirmé l'hypothèse selon laquelle les relations socio-sexuelles des PSH sont nettement moins fréquentes en institution qu'en ménage. La raison en est que la fréquence du célibat et des ruptures des unions légales est nettement plus grande dans les institutions spécialisées. Par conséquent, il est tout à fait normal que la fécondité des PSH institutionnalisés, c'est-à-dire vivant en institution, soit inférieure à celle des PSH qui vivent en ménage. En d'autres termes, l'institutionnalisation des PSH a un impact négatif sur leur sexualité, sur sa fréquence, voire sur sa possibilité même.

Cet impact négatif de l'institution sur la sexualité des PSH est tout à fait compréhensible dans la mesure où le placement des PSH en institution vise justement le contrôle, voire la neutralisation de leur sexualité. En effet, l'organisation institutionnelle de la sexualité « a pour effet d'exclure les personnes vivant en institution de la norme dominante et majoritaire d'organisation sociale de la sexualité (le couple) et d'instituer une dissociation entre les fonctions érotique et procréatrice de la sexualité, en favorisant, en tolérant ou en réprimant certaines formes d'activités sexuelles"<sup>13</sup>.

Aussi certains se demandent à juste titre si le placement des PSH en institution ne consolide pas leur "handicap", en les empêchant de vivre en couple. A ce propos, N. Diedrich évoque le désarroi des éducateurs face à un couple de PSH qui se forme dans une institution : « doivent-ils rapporter la situation à la direction afin qu'elle sévisse ? Doivent-ils « organiser » cette sexualité à l'extérieur de l'établissement, dans des hôtels, par exemple ? Doivent-ils « fermer les yeux » et monter bruyamment les escaliers pour prévenir qu'ils arrivent... ? »<sup>14</sup>. Aucune réponse n'est officiellement choisie comme la voie à suivre.

Il en découle que, dans le contexte institutionnel, les PSH ne reçoivent ni information ni éducation concernant leur sexualité, et encore moins une lecture de cette sexualité en termes de droits (sexuels et reproductifs). On ne leur fournit ni préservatifs ni contraceptifs ni tests de dépistage VIH, alors que les violences sexuelles (abus, viols...)

<sup>13</sup> Giami, A. (1999). Les organisations institutionnelles de la sexualité. *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, 83, 3-29, p. 4.

<sup>14</sup> Prinz et Diedrich, op.cit.

sont courantes dans ce contexte<sup>15</sup>, voire plus courantes qu'en milieu ordinaire.

Pour remédier à cette lacune, le service AVAS<sup>16</sup> (d'accompagnement à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées) en France a levé le tabou sur la sexualité des handicapés afin de « changer le regard » et « faire évoluer les pratiques ». L'enjeu est d'exiger de la société de fournir aux PSH une assistance sexuelle. Aux Pays-Bas, cet accompagnement est considéré comme un soin<sup>17</sup>.

Parmi les activités d'Avas, des cours d'éducation à la vie affective et sexuelle sont organisés sous forme de groupes de parole<sup>18</sup>. Là, la PSH « s'exprime librement, à sa façon et en fonction de ses capacités, sur ses sentiments, ses désirs, ses rêves, ses difficultés, mais aussi sur ses limites »<sup>19</sup>. Les objectifs de cette éducation vont de la libération de la parole à l'adoption d'attitudes de responsabilité individuelle et collective, « notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre », en passant par la connaissance de son corps et l'analyse des enjeux, des limites et des interdits. Sur le plan stratégique, il s'agit d'apprendre à la PSH de ne pas réduire la sexualité à sa composante biologique, et « d'intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine : biologique, affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique »<sup>20</sup>.

Allant plus loin dans ce processus de l'accompagnement, l'association suisse romande "Sexualité et Handicaps Pluriels" (SEHP) a élaboré une brochure intitulée « Vivre aussi ma sexualité »<sup>21</sup> à

<sup>15</sup> Promoting... op.cit.

<sup>16</sup> Avas : L'accompagnement à la vie affective et sexuelle : une question de dignité, Handicap international - programme France, 2007

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> A Rabat, l'association Hadaf reprend cette technique. Sa présidente a déclaré : « on organise des groupes de parole, les PSH s'expriment à propos de la sexualité, il ne faut pas les brimer, les casser ». C'est là une technique à recommander, à généraliser dans la totalité des centres médico-sociaux et des associations en charge des PSH.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Vivre aussi ma sexualité, Genève : SEHP, 2007, 68 p.

<http://www.sehp-suisse.ch/PDF/SEHP-brochure%2001.pdf>

l'intention des PSH, des soignants et des éducateurs à partir d'une enquête par questionnaire. Le postulat de départ est que le handicap physique n'empêche pas la sexualité, et « encore moins la puissance érotique et fantasmatique. Seul l'acte sexuel "classique" est parfois rendu difficile, voire impossible en tant que tel »<sup>22</sup>. La brochure s'adresse d'abord à toutes les personnes handicapées moteurs et à leur entourage. Parmi les retombées, l'accompagnement sexuel de PSH esseulées pour répondre à leurs besoins sexuels. Une manière de répondre à la solitude des corps. Pour atteindre son objectif, « la SEHP collabore déjà avec quelques travailleuses et travailleurs du sexe sensibilisés aux situations du handicap. Pour autant, les modalités de travail sont différentes de celles pratiquées dans la prostitution : l'accompagnant ne travaille jamais moins d'une heure, notamment parce que ces personnes ont souvent besoin de plus de temps, d'être aidées dans leurs déplacements et leur déshabillage. Autre différence, le tarif unique, indépendamment de la personne, de son handicap et des prestations offertes »<sup>23</sup>. Si cet accompagnement sexuel de la PSH se situe dans le cadre de la transparence, le statut de l'accompagnateur sexuel reste malgré tout problématique. Qu'est-il exactement : assistant, soignant, prostitué<sup>24</sup> ?

En fait, cet accompagnement sexuel de la PSH se fait en référence à un cadre éthique qui développe le concept de sphère d'intimité<sup>25</sup>. Cette notion renvoie à « un espace et un temps appartenant librement à la (aux) personne(s) concernée(s) et à l'intérieur desquels le personnel éducatif n'intervient qu'en cas de force majeure ou selon certaines règles d'intervention préétablies »<sup>26</sup>. Le droit des PSH à la sexualité est ainsi reconnu, voire préservé et mis en œuvre. Car « l'activité sexuelle

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> A. GALLAY : Sexualité et handicap : une réponse à la solitude des corps, Genève : SEHP, 2007. [http://www.360.ch/presse/2007/07/sexualite\\_et\\_handicap\\_une\\_reponse\\_a\\_la\\_solitude\\_des\\_corps.php](http://www.360.ch/presse/2007/07/sexualite_et_handicap_une_reponse_a_la_solitude_des_corps.php)

<sup>24</sup> C. Agthe Diserens, F. Vatre, D. Vaginay, J.F Malherbe : *Accompagnement érotique et handicaps : au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec cœur*, Lyon : Chronique Sociale, 2006,

<sup>25</sup> Amour, sexualité et handicap : Charte, Cadres, éthique, INSOS Genève 2012

<sup>26</sup> Ibid.

contribue au bien-être et au développement personnel »<sup>27</sup>. Ce droit à la sexualité est également droit à la procréation, à la parentalité et au mariage.

## II- La situation des PSH au Maroc

En 2009, le Maroc a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées et a adhéré au Protocole facultatif le 14 avril 2009. Ces deux textes ont été promulgués par le dahir 1-08-143 et publiés au Bulletin officiel le 2 août 2011. Mais de manière générale, « les textes juridiques relatifs aux personnes en situation du handicap, en vigueur au Maroc, bien qu'ils constituent une petite avancée pour les prise en compte des revendications et droits des personnes en situation de handicap, restent, néanmoins, marqués par une approche médicale et caritative et leur application s'est confrontée à des problèmes « techniques » et juridiques. Le cadre législatif actuel est constitué de lois spéciales qui ne sont pas en adéquation avec les nouvelles approches et avec le droit international »<sup>28</sup>.

En juillet 2011, la nouvelle constitution vient consolider l'arsenal juridique national existant, et par là, relancer le projet de loi relatif aux PSH en vue de mieux les prendre en charge. En effet, dans son préambule, la Constitution stipule que le Royaume du Maroc s'engage à « bannir et combattre toute discrimination à l'encontre de quiconque, en raison du sexe, de la couleur, des croyances, de la culture, de l'origine sociale ou régionale, de la langue, [du] handicap ou de quelque circonstance personnelle que ce soit ». De plus, l'article 34 de la Constitution oblige les pouvoirs publics à « réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous ».

En 2004, le « Secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées » (SEFEPH) qui a réalisé une « Enquête Nationale sur le Handicap » (ENH) avec l'assistance technique de « Handicap International ». Le mérite premier de l'ENH est de ne plus

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid. p. 12.

percevoir la déficience comme le seul facteur créateur d'une situation de handicap. Reprenant le concept de « processus de production du handicap », l'enquête commence par distinguer entre « causes primaires » et « causes secondaires ». Les causes primaires renvoient aux déficiences héréditaires, congénitales, périnatales, pathologiques, traumatiques. Quant aux causes secondaires, elles réfèrent aux difficultés comme le déficit d'accessibilité, l'exclusion de la vie sociale, le non accès aux droits à la santé, à l'éducation et à l'emploi, en un mot à la stigmatisation et à la marginalisation (discrimination).

L'ENH fait ressortir que 42,2% des PSH de plus de 15 ans sont mariées. Parmi les hommes, 52% sont mariés, pour seulement 31,6% des femmes. En milieu urbain, le handicap est cité comme cause de célibat ou de divorce dans 60,9% des cas. En milieu rural, ce taux atteint 79,2%. Le nombre moyen d'enfants par femme handicapée est de 0,6 enfants, contre 2,5 chez la non-handicapée. Comme on le voit, la nuptialité et le nombre d'enfants sont les seuls indicateurs (de bon aloi) adoptés pour traiter la sexualité des PSH. Il en sera de même dans l'enquête de 2014.

Quant à la santé sexuelle des PSH, elle est absente dans les données du « Recensement Général de la Population et de l'Habitat » (RGPH) de 2004 et dans « l'Enquête Nationale sur le Handicap » (2004). A son tour, le RGPH 2014 ne la prend pas en considération à travers les questions posées. Elle n'est également nulle part mentionnée ou prise en considération dans le rapport du « Conseil Economique, Social et Environnemental » (CESE) malgré le fait que celui-ci aborde la question des PSH en termes de droit<sup>29</sup>. Elle est enfin absente de l'« Enquête nationale sur le handicap 2014 » réalisée par le Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et du Développement Social ».

Seul un séminaire-atelier sur « La santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap au Maroc » a été organisé par l'UNFPA, le Ministère de la Santé, le Centre National Mohammed VI des Handicapés et les associations œuvrant dans le domaine du handicap. Cet atelier a eu lieu les 19-20 décembre 2011 avec comme sous-titre

<sup>29</sup> CESE: *Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap*, Rabat, Juillet 2012

« Population des personnes en situation de handicap au sein d'un monde de 7 milliards : quels besoins spécifiques pour un meilleur accès aux services de santé reproductive ? ».

En plus des recommandations générales relatives aux PSH en vue de leur intégration socioéconomique, l'atelier a élaboré des recommandations spécifiques traitant de la SSR des PSH aux niveaux de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement. Par exemple, 1) créer des cellules d'écoute pour les PSH dans les structures de soins et au niveau des ONG, 2) identifier la filière et le parcours de soins de SR pour les PSH, 3) formation des soignants en matière de prévention du handicap liée à la phase de grossesse et de l'accouchement... Au niveau de ces recommandations, la santé sexuelle s'efface devant la santé reproductive.

### III- Besoins et pratiques des PSH marocains en matière de sexualité

Ces besoins sont de trois ordres : un besoin de satisfaction sexuelle, un besoin psycho ou chimio thérapie calmante, un besoin de protection contre les violences sexuelles.

#### III-1 Le besoin de satisfaction sexuelle

Toutes les PSH interviewées ont exprimé un besoin d'affection, d'amour et de sexualité. Elles sont fières d'avoir une vie sexuelle.

*« Avant le mariage, le premier qui te propose de sortir avec lui, tu acceptes, la femme handicapée est fière d'avoir un compagnon qui l'attend et avec qui elle a des rapports sexuels ».*

*Femme handicapée physique, 42 ans, Casablanca*

Rares sont les PSH qui arrivent à avoir un partenaire, à avoir des rapports hétérosexuels réguliers et satisfaisants. D'où un sentiment de tristesse et de frustration, et par conséquent des pratiques sexuelles de substitution, compensatoires, la masturbation ou des rapports furtifs, des « fast-food » selon l'expression d'un non voyant à Casablanca. Un non voyant de Ouarzazate va même jusqu'à affirmer : « même les prostituées ne voulaient pas de moi, alors, j'ai découvert la masturbation ».

Toujours dans le cadre du besoin de satisfaction sexuelle, et notamment en ce qui concerne les handicaps physiques et sensoriels acquis suite à des accidents, le besoin d'un soutien psychologique et d'une rééducation sexuelle a été exprimé. Hommes et femmes accidentés ont des difficultés à reprendre leur activité sexuelle. Un besoin d'accompagnement est là, notamment chez l'homme qui a besoin d'être soutenu pour continuer à se sentir homme, viril et reproducteur. En fait, ce besoin de soutien psychologique relatif à la virilité se retrouve plus ou moins chez tous les hommes en situation de handicap, notamment physique.

Au niveau des parents, mères et pères affirment ne pas savoir si leur enfant a une activité sexuelle, principalement quand la PSH est célibataire. Le père d'un sourd muet à Oujda affirme : « nous sommes une société conservatrice, je ne sais rien de cela (sexualité) sur mon fils. Je sais seulement qu'il veut se marier ».

Pour aider leur enfant PSH à supporter la frustration sexuelle face à l'incapacité d'avoir des relations sexuelles (à la fois dites « normales » et maritales), certains parents se servent de la religion dans le sens où la religion permet et promet, selon eux, sexe et plaisir dans l'au-delà, au paradis. L'incapacité d'avoir des rapports sexuels, malgré la puissance érectile (observée par les parents chez leur fils handicapé), est expliquée comme une épreuve à laquelle Dieu soumet sa créature handicapée pour tester sa foi et sa patience.

Les parents qui reconnaissent le besoin de satisfaction sexuelle de leur enfant handicapé espèrent lui trouver un conjoint adéquat qui serve à la fois de partenaire sexuel, d'accompagnateur et de protecteur. Le besoin de marier la PSH exprime cette triple demande parentale.

En attendant de trouver la conjointe idéale (par exemple la femme qui accepte d'épouser un garçon autiste), des parents expriment le besoin de calmer les ardeurs sexuelles de leur enfant par des moyens chimiques ou psychologiques. Ils savent que leur enfant (ou frère) se masturbe et lui demandent de le faire en cachette, dans sa chambre ou dans les toilettes. Certaines mères apprennent elles-mêmes à leur enfant comment se masturber afin de leur éviter de se blesser, mais surtout pour les voir soulagés et calmés.

*« Il se masturbe depuis l'âge de 16 ans. Il a appris ça tout seul. On n'est pas contre, si ça le soulage. On est ouvert. On lui a appris à aller dans sa chambre pour le faire. Il se caresse devant tout le monde. Il se déshabille devant les gens. Il n'a jamais eu de rapport avec une femme. Il n'a jamais agressé une fille ».*

Mère d'un garçon autiste (de 27 ans), Casablanca

Par contre, quand la PSH est mariée, les parents, surtout les mères, n'hésitent pas à en parler. A ce propos, la mère d'une handicapée physique à Ouarzazate dit : « ma fille est mariée, elle est mère, heureuse, et tout se passe bien avec son mari, handicapé aussi ».

Pour les associations, il est nécessaire de prendre des mesures spécifiques selon le type de handicap et son degré de profondeur pour pouvoir satisfaire les besoins sexuels des PSH. L'Association des Handicapés Moteurs (AHM Rabat) confirme que le besoin de faire l'amour est présent malgré la difficulté physique. Un responsable associatif de l'AMH à Casablanca (Amicale Marocaine des Handicapés) donne l'exemple d'une handicapée physique qui contourne cette difficulté en se prostituant dans les bars. « Elle attend que les clients soient saouls avant de venir au bar pour qu'ils ne voient pas son handicap. Le lendemain, à la vue de son handicap, le client se sent coupable et lui donne plus d'argent ». Dans d'autres cas, « des frères louent les services d'une prostituée au profit de leur frère handicapé ».

Malgré cela, il est important de signaler que la question sexuelle dérange beaucoup les paraplégiques, les tétraplégiques et les myopathes. « Ils se sentent insultés quand on évoque cette question avec eux... Chez les accidentés, les amputés, c'est plus dur. Ils ont un grand besoin de réadaptation, de rééducation » selon un responsable de l'AMH.

Le besoin de marier l'homme handicapé est surtout exprimé par les parents afin de « se décharger sur l'épouse » de la gestion quotidienne de la PSH.

Ainsi, dans le monde rural, le handicapé léger est vite intégré, vite marié et travaille dans les champs. Quant au handicapé lourd, il est isolé, caché, réprimé. Bien entendu, les hommes handicapés se marient

plus facilement avec des femmes rurales très pauvres qui n'ont pas de projet de vie. Par contre, il est difficile de se marier pour une femme handicapée, même si elle est cadre. Les femmes handicapées sont plus stigmatisées. « Les femmes handicapées sont soit non regardées, soit violées, soit abandonnées, soit mariées à des handicapés dans le meilleur des cas ».

Par exemple, le mariage entre sourds serait devenu fréquent, selon l'AMH. Une sorte d'endogamie se constitue ainsi, signifiant que le mariage dans le groupe (type de handicap) est plus facile à réaliser car il respecte le principe d'un type d'égalité entre les conjoints.

Au niveau des institutions, le témoignage du CNMVIH (Centre National Mohammed VI pour Handicapés) laisse voir qu'il y a des agressions, des viols, « une défloration d'une fille par une autre », mais « aussi des histoires d'amour, des attirances sexuelles entre handicapés de même type... ». Le besoin d'amour et d'érotisme est donc présent. Le directeur du centre estime que « cette sexualité est légitime, mais qu'elle doit être adaptée à chaque type de handicap ». En d'autres termes, l'inaccessibilité d'un rapport sexuel « normal » ne doit pas conduire au rejet du désir sexuel de la PSH. Au contraire, il faut lui trouver des modes de satisfaction adaptés tant sur le plan social que « technique » (érotique).

Enfin, au niveau des organisations internationales, une agence des Nations Unies affirme que les parents voudraient voir leurs enfants handicapés se marier. Pour les parents, « c'est soit se marier, soit pas d'activité sexuelle, pour des raisons culturelles... Pour les PSH elles-mêmes, il ne faut pas parler de sexe. Pour elles, c'est un objet de frustration ». En général, elles n'arrivent à le satisfaire avec un/e partenaire ni hors mariage ni dans le cadre du mariage.

### III-2 Le besoin d'une thérapie sexuelle anti-excitante

Aucune PSH mentale interviewée n'a exprimé le besoin d'une thérapie anti-excitante eu égard à son incapacité de jauger de l'inadaptation et de la dangerosité de son désir.

Ce sont donc principalement les mères des autistes et des déficients mentaux qui se plaignent de la force du désir sexuel de leur enfant/fils. Des érections constantes, des attouchements quasi-masturbatoires en public... Ces mères expriment le besoin de voir leur

garçon handicapé mental suivre une psychothérapie ou subir une chimiothérapie susceptible de calmer ses ardeurs sexuelles.

L'Association Al Chabiba à Oujda confirme ce besoin : « la PSH mentale a surtout besoin de médicaments qui tempèrent son ardeur sexuelle car elle ne contrôle pas ses pulsions ». Une autre association à Oujda, Ibn Roshd, va dans le même sens en soutenant que le handicapé mental a besoin d'être contrôlé pour ne pas harceler les femmes.

### III-3 Le besoin de protection contre les violences sexuelles

Beaucoup d'histoires de violences sexuelles ont été rapportées par les PSH. Ces histoires concernent les PSH elles-mêmes ou racontent des violences sexuelles subies par d'autres PSH. A Ouarzazate, une sourde muette tombe enceinte suite à son viol. A Oujda, un passant viole une non-voyante qui lui a demandé de lui montrer une station de bus (le passant l'emmène ailleurs et la viole).

*« Le fils de nos voisins m'a prise de force, il m'a pénétrée. Ma mère m'a emmené à l'hôpital pour savoir si j'étais tombée enceinte. Je ne l'étais pas. Le médecin a affirmé à ma mère que j'étais toujours vierge »*

Déficiente mentale à Casablanca (40 ans)

*« J'ai vécu une expérience traumatisante quand j'avais 16 ans, une tentative de viol, c'était un ami de la famille, il avait presque 50 ans. La plupart des hommes ont voulu profiter de mon handicap ».*

Handicapée motrice (42 ans) à Shoul, région de Rabat

En effet, la femme handicapée est plus sujette aux violences sexuelles à cause de sa faiblesse physique, sensorielle ou mentale. Et ce même dans le cadre conjugal. Pour certaines handicapées, physiques notamment, la violence sexuelle est conjugale quand le mari les oblige à se laisser sodomiser ou quand la durée du coït est longue.

Des viols incestueux, parfois homosexuels, ont également lieu. Un déficient mental à Salé raconte : « mon oncle paternel, marié, m'a

attrapé sur la terrasse de la maison et m'a forcé à enlever mon slip, puis il a mis son sexe dans mon anus ; une autre fois, ce sont plusieurs garçons qui m'ont fait ça ».

Ces viols ont lieu parfois dans les institutions d'accueil des handicapés. Un non voyant à Casablanca affirme : « des maçons exploitaient sexuellement des enfants aveugles dans l'institution pour non-voyants où j'étudiais ».

La PSH est sexuellement violentée parce que considérée comme « moins que rien », et parce que dans la plupart des cas, elle ne parle pas, forcée au silence ou incapable de parler, voire enfermée et soustraite au regard des autres.

Par conséquent, deux besoins essentiels ont été exprimés dans ce domaine : le besoin d'une médiatisation de la lutte contre la violence sexuelle (conjugale aussi) à l'égard des femmes en situation de handicap. Et surtout le besoin de sécurité et de protection.

Bien entendu, les parents des PSH ont la hantise de voir leur enfant sexuellement violenté. Cette peur atteint parfois le stade l'obsession. A titre d'exemple, le père d'une jeune fille sourde-muette refuse qu'elle adhère à une association « de peur qu'elle ne soit violée ». Aussi tous les parents, mères, pères et frères, ne cessent-ils pas de mettre en garde leur PSH : ne pas accompagner des inconnus, ne pas sortir du quartier, faire attention à son « derrière », ne pas se laisser toucher...

Pour expliquer et justifier cette hantise obsessionnelle, la mère d'un garçon sourd-muet à Oujda affirme : « les gens pensent que les personnes handicapées ne souffrent pas et qu'ils sont juste des objets (sexuels) qu'on peut prendre quand on veut et qu'on jette quand on veut ».

Au niveau des associations, « Handicap International » affirme à son tour que les handicapés mentaux dans les centres d'enfants privés de famille subissent des violences sexuelles. Ces violences proviennent des enfants plus âgés. Il est nécessaire de protéger ces enfants parce qu'ils y restent à vie. « Ils ne sont pas adoptés ».

A Casablanca, l'AMH rapporte que beaucoup de violences sexuelles sont perpétrées par des clochards contre les filles handicapées mentales qui errent dans les rues de la ville.

#### IV-Les barrières socioculturelles : les représentations familiales et individuelles

Le premier type de barrières qui se dressent face à la satisfaction des besoins des PSH en matière de SSR est d'ordre socioculturel, familial et individuel. Le deuxième type, d'ordre institutionnel et associatif, ne sera pas exposé ici. Dans le cadre du premier type, il y a les représentations socioculturelles négatives de la sexualité des PSH, les barrières parentales et les inhibitions personnelles.

##### IV-1 La représentation socioculturelle négative de la sexualité des PSH

La société marocaine a développé et adopté une vision négative de la sexualité qui consiste à n'accepter que la sexualité conjugale (après la disparition de la sexualité concubine qui est également légale selon la *Shari'a*). La sexualité concubine a été interdite par le protectorat français en 1926 dans le cadre de l'interdiction de l'esclavage car elle en faisait partie. Par conséquent, une vision négative de la sexualité renvoie à un Islam sunnite qui assujettit la sexualité au mariage basé sur l'intention de la durabilité et de la constitution d'une famille. Cela signifie que le mariage temporaire de jouissance, légal aux yeux de l'islam shiite, est à son tour exclu par l'islam sunnite même s'il peut représenter une solution temporaire pour les personnes incapables de contracter un mariage durable (à l'image de certains handicapés en l'occurrence). Aussi toute sexualité en dehors du mariage sunnite durable est-elle définie comme fornication, c'est-à-dire comme impure et immorale, et par conséquent prohibée.

Quand il s'agit des PSH, le tabou de la sexualité est encore plus fort eu égard à leur soi-disant inaptitude aux responsabilités du mariage « durable » et de la parentalité, voire à la « monstruosité » des actes sexuels qu'ils peuvent accomplir. C'est ce qui a fait dire à « Handicap International » lors de l'interview que « la sexualité des PSH est hors champ de vision, refoulée, déclarée inexistante ». En effet, la société marocaine perçoit les PSH comme des êtres asexués. « L'Association des Handicapés Moteurs » va dans ce sens en affirmant que la plus grande

barrière, « ce sont les représentations des gens... les gens pensent que les handicapés n'ont rien à voir avec la sexualité et la reproduction ». Cette perception inhibitrice négative est intériorisée par les PSH elles-mêmes. Ainsi, et à titre d'exemple, une handicapée physique de Casablanca estime qu'«être handicapée et musulmane signifie pas de sexe. L'islam, les traditions et la famille, c'est plus fort que les besoins (sexuels)».

Cette représentation culturelle est encore plus marquée quand il s'agit des femmes. Les femmes en situation de handicap (physique notamment) déclarent en effet que la société voit d'un mauvais œil le fait que des femmes handicapées deviennent mères. Une handicapée physique à Oujda rapporte les dires des gens à son propos : «regardez, même cette déformée a fait un enfant». Plus précisément, les femmes handicapées accusent les hommes de penser que la femme handicapée est juste bonne pour « tirer un coup », à la sauvette, sans conséquence d'aucune sorte. « Après, on la jette comme on jette un objet usé ». Ces femmes ne sont regardées ni comme objets désirables ni comme sujets désirants. Et bien forcément ni comme épouses ni comme mères, incapables qu'elles sont de remplir les tâches domestiques, procréatives et éducatives « attendues » d'elles. Ainsi, la valorisation socioculturelle de l'inégalité de genre (entre hommes et femmes) se retrouve dans le cadre du handicap pour favoriser les hommes handicapés (au détriment des femmes handicapées).

#### IV-2 Les barrières parentales

Pour l'association APAEI (Casablanca), « la barrière, c'est la famille, la *hchouma* (pudeur), la peur des viols, la peur des grossesses involontaires ».

##### IV-2-1 La pudeur intrafamiliale

Les parents, de sexe masculin notamment, évoquent le respect qui règne (et qui doit régner) entre pères et fils, entre frères aînés et frères cadets. Ce respect empêche toute discussion sur les questions sexuelles et reproductives. Pour éviter tout embarras, un père à Oujda affirme tout simplement que son fils handicapé physique (âgé de 25 ans) ne sait rien sur la sexualité. Dans beaucoup de cas, l'entourage familial

est accusé par les PSH elles-mêmes de ne pas les informer, de ne rien leur dire, de ne rien leur conseiller. Ce silence parental est volontaire, car structurel. La logique sociale patriarcale l'impose car la sexualité des PSH est dénigrée, niée.

##### IV-2-2 Le refus parental de l'information SSR à l'adresse des PSH

Selon l'association Hadaf (Rabat), des parents s'opposent à ce que leurs enfants handicapés mentaux apprennent des choses sur la sexualité et les IST-Sida. « Pourquoi leur mettez-vous ces choses dans la tête alors qu'ils sont dénués de raison », disent-ils à l'adresse des associations. Ainsi, des parents avouent que, pour eux, il vaut mieux que la PSH ne sache pas, et ce « dans son propre intérêt » ajoutent-ils. Pourquoi cette volonté de non-savoir, de non-information ? A quoi bon informer des personnes qui ne pourront être ni amants ni parents (à la manière des personnes valides) ? Ce mode de raisonnement produit le handicap et le reproduit.

##### IV-2-3 L'image négative de l'enfant handicapé chez les parents

Les parents sont ici à classer en 3 catégories : 1) ceux qui estiment que la barrière, c'est la PSH elle-même qui n'a pas d'envies sexuelles eu égard à ses déficiences, 2) ceux qui estiment que la PSH est tellement frustrée qu'elle ne veut plus parler de sexe ou de mariage. Par conséquent, informer la PSH, c'est la conduire à ressentir de davantage de frustration et avoir des complexes suite à son incapacité d'avoir une activité sexuelle et reproductive « normale », 3) ceux qui n'admettent pas que leur PSH ait une vie sexuelle en dehors du mariage pour des raisons morales et religieuses. Et comme leur enfant ne pourra pas se marier, ils en concluent qu'il est inutile de l'informer en matière de sexualité et de reproduction.

##### IV-2-4 La surprotection parentale

De nombreux parents conseillent à leurs enfants handicapés (biologiquement matures) d'éviter les rencontres avec l'autre sexe. Ceci est encore plus vrai pour les handicapées de sexe féminin. Une mère conseille à sa fille handicapée physique de « s'éloigner des garçons ». « Elle n'a pas besoin de savoir ces choses », affirme-t-elle.

#### IV-2-5 Le manque d'information et de compétence des parents

Sur le plan pratique, les parents se déclarent incapables d'être des « informateurs » de leurs enfants en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), et ce pour différentes raisons. D'abord, les parents des PSH eux-mêmes se plaignent de ne pas savoir, de ne pas être informés en matière de SSR, et par là, de ne pas savoir répondre aux questions de leurs enfants handicapés, au cas où ceux-ci oseraient poser des questions en matière de sexualité et de reproduction.

Ensuite, la question de la langue de communication pose problème. Les parents ne savent pas comment communiquer avec le sourd-muet ou avec l'autiste. Dans d'autres cas, les parents ne savent pas comment se comporter. Les parents se trouvent ainsi isolés et démunis, perdus et livrés à eux-mêmes. Cela les conduit à se « désengager ». Dans certains cas, ils délèguent la tâche d'éducation SSR aux pouvoirs publics, dans d'autres, ils contestent le principe même de cette information éducative (qu'ils déclarent inutile et pathogène, et qu'ils ne possèdent pas en fait).

### IV-3 Les inhibitions individuelles

Ces inhibitions sont au nombre de trois, la faible estime de soi, l'intériorisation de la corrélation sexualité/mariage, l'indifférence à l'égard de l'information SSR.

#### IV-3-1 La faible estime de soi

De manière générale, les PSH développent une faible estime de soi, une image négative d'elles-mêmes. Elles accusent leur analphabétisme et manque de courage de les empêcher de poser les questions relatives à la sexualité et à la reproduction.

#### IV-3-2 L'intériorisation de la corrélation sexualité-mariage

Les PSH sont convaincues que l'activité sexuelle doit passer par le mariage. Elles sont loin de concevoir la sexualité comme un droit humain indépendant du mariage. Par conséquent, « pas de mariage, donc pas de sexualité ». Pour les PSH, le mariage signifie avant tout avoir un partenaire sexuel. Ceci est plus vrai pour les femmes.

*« Un homme peut se marier avec une femme normale, mais dans mon cas, ce n'est pas facile, personne ne veut de moi. J'aimerais bien connaître le sexe, l'accouchement, l'éducation des enfants. Ma vie sexuelle est dans mon silence. Je fais partie des meubles de la maison ».*

*Femme handicapée physique, 31 ans, Ouarzazate*

Certaines femmes handicapées concluent qu'elles n'ont pas le droit de penser à la sexualité et affirment qu'elles n'y pensent plus. Pour les hommes, la question est surtout liée à l'argent. Des hommes handicapés physiques ramènent leur incapacité à se marier à leur indigence plutôt qu'à leur déficience et incapacité physiques.

#### IV-3-3 L'indifférence à l'égard de l'information en SSR

Le plus souvent, les PSH expriment une indifférence à l'égard de l'information en matière de sexualité (érotisme et reproduction), une absence d'intérêt. A partir de leur croyance en leur incapacité d'avoir une activité sexuelle « normale » et/ou à fonder une famille, les PSH physiques (surtout) vivent un profond sentiment de frustration qu'elles cachent à travers le mépris de la sexualité. La sexualité non conjugale est condamnée, elle inspire le dégoût, elle est alors rejetée au nom de la morale patriarcale (dominante) et de l'islam (dominant). A quoi bon savoir par conséquent ? Pourquoi s'informer ? Cela ne servira qu'à aiguïser leur frustration, disent-ils. Par conséquent, l'information sexuelle et reproductive est déclarée ne pas être prioritaire. Elle est même posée comme anxiogène. La faiblesse, voire l'absence de l'activité sexuelle, rend inutile l'information en la matière et la relègue au second plan.

*« L'information reste un tabou et je ne dois pas poser de question en dehors de mariage. Un handicapé ne doit rien savoir, il n'en a pas besoin, et de la sexualité encore moins ».*

*Handicapé physique, 42 ans, Ouarzazate*

## Conclusion

Ce texte permet de tirer les conclusions suivantes.

1) Les PSH marocaines ont besoin d'être informées et convaincues qu'elles ont des droits sexuels et reproductifs à l'image des personnes valides. Dans ce cadre, il a été établi que l'information dont disposent les PSH en matière de SSR est faible, approximative et incomplète, voire fautive. Leurs connaissances sont partielles et parasitées parce que les informations SSR ne leur parviennent pas à travers des canaux spécifiques et adaptés. Certains vont même jusqu'à affirmer que cette information ne sert qu'à les frustrer et les angoisser.

2) Le besoin de plaisir sexuel, présent chez la grande majorité des PSH, est rarement réalisé. Dans la plupart des cas, il est conditionné par l'obligation de mariage pour des raisons culturelles et religieuses. Cela rend la satisfaction sexuelle plus problématique. La frustration sexuelle est plus grande chez les femmes handicapées. Dans ce domaine, les PSH ont également besoin d'être protégées contre la violence sexuelle dont elles sont souvent victimes.

3) Les obstacles qui se dressent face à la satisfaction des besoins SSR des PSH sont d'ordre social, parental et individuel. Ainsi, quand il s'agit des PSH, le tabou de la sexualité est plus fort eu égard à la soi-disant inaptitude des PSH aux responsabilités du mariage « durable » et de la parentalité, voire à la « monstruosité » des actes sexuels qu'ils peuvent accomplir. La famille reproduit le tabou de la sexualité des PSH et se traduit par un silence parental volontaire et structurel autour de la question. Ce silence organisé se traduit dans l'incompétence parentale à informer et à éduquer. Les barrières sociales et parentales sont intériorisées par la personne en situation de handicap. D'où sa faible estime de soi, son rejet de la sexualité, son indifférence à l'information SSR, sa non compréhension véritable de la parentalité et de la contraception, sa non accès inégal aux soins.

Notons enfin que les barrières contre la sexualité dépassent le seul niveau familial et individuel comme l'a montré l'étude. Elles sont également inhérentes aux politiques publiques et à l'action associative qui restent également emprisonnées du paradigme islamo-patriarcal conservateur, et cela malgré la ratification de la « Convention des

Internationale Droits des Personnes en Situation de Handicap » (CIDPSH) par les pouvoirs publics. En d'autres termes, la perception dominante (sociale, institutionnelle et associative) de la sexualité des PSH continue de les voir comme des anges ou des monstres sexuels. Or la « Convention... » reconnaît clairement aux PSH des droits sexuels et reproductifs égaux à ceux des personnes valides.

La réalisation de cette étude est un indicateur de la reconnaissance de principe des droits sexuels des PSH par les pouvoirs publics. Cette reconnaissance première est à institutionnaliser, à programmer, à mettre en œuvre suivant un plan d'action et à évaluer.

## Guidance parentale des personnes handicapées Des parents co-formateurs aux parents co-thérapeutes

**Pr.Ouchelh Maria**

Enseignante chercheure de Psychologie Clinique  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat

### Summary

**T**he traditional approach of disabled persons has long been a perception of the individual on the basis of his / her deficit, as if it would obliterate the other aspects that make up individuality and participate in the construction of the personality of the disabled subject .

In fact, the difficulties encountered by a person with a disability are defined, are situated and are concretized in the interaction between the subject and his / her environmental context, which includes both the specific data of the living environment and the specificity and qualities Of the social and psycho-affective relational sphere. Thus, it should be emphasized that the situations of limitation or constraint related to disability are experienced and felt very differently by each subject. From this, parental guidance has become a basic psychological work tool with disabled subjects, all the more readily as they are young. Nevertheless, the work of parental guidance appears to be able to use with regard to the adolescent and the child, still less in the case of young adult. However, it is a period of psychic life marked by its specificity, a phase of life that strongly solicits parents and parenthood. The guidance work is all the more intense because the disabled subject is strongly disturbed. For this reason, the psychological tools contained in the guidance differ according to the handicap, the psychological singularity of the disabled subject and the specificity of the environment parental.

Beyond the support of parents, parental guidance has specific and proper characteristics to the disabled subject and his / her family. Moreover, this work with parents can in many cases allow access to the care of the subject himself, whose frequent reticence is well known.

Today, the need for work with parents, we face various forms of guidance: training, accompaniment, therapeutic consultations with parents' participation, interviews with lone parents, family therapies, individual psychotherapy of parents. Helping parents to become co-therapists is to put confidence in psychic abilities while identifying limitations and impasses, although some parents do not have the necessary skills to develop, It is up to the guidance to take them where they are in order to help them develop their own possibilities for helping their children.

The more difficult the handicap, the more intense the projective mechanisms are, the harder the task, requiring an important task of identifying the unconscious mechanisms at work, defusing the situations of cleavage that the disabled subject will inevitably induce in his Working together with the various partners who care for him will also be the stakes of the guidance work.

In this sense, we will attempt to define these parameters from a more general perspective, while recalling the specificity of parental guidance in the disability situation through a vision that embraces its various modalities and aspects, from the announcement, Training, accompaniment, up to psychotherapy.

**Mots clés :** guidance parentale, parent Co-thérapeute, co-formateurs, accompagnement, handicap

**Key Words :** Parental guidance, parent Co-therapist, co-trainers, accompaniment, disability

## Introduction :

Le fardeau d'anticiper ce que le handicapé cherche à communiquer est un sujet souvent soulevé par certains parents des enfants handicapés. Ceux-ci ont appris à s'en occuper sans attendre le partage.

Ils ont poursuivi l'apprentissage, de la propreté et de l'agir, des longues années et ils ont patiemment lavé les traces de leurs souffrances en l'apprentissage sans fin. Pour cela on peut dire qu'en raison de leur frustration et leurs défaites qu'ils sont devenus des co- formateurs et même des co- thérapeutes.

Contrairement aux chercheurs, ces parents ne pouvaient pas laisser de côté des questions pour lesquelles aucune méthodologie n'avait été établie. Parfois, c'est eux qui apprennent aux spécialistes à remettre en cause leurs conceptions de l'évaluation et de la psychothérapie, à évoluer de l'expression des sentiments à la résolution de problèmes.

La guidance parentale des sujets handicapés n'est ni une liste des tâches à faire, ni des règles à appliquées, tant qu'il est possible de parler de la guidance au pluriel avec une palette de différences dans laquelle il ya de la place pour plusieurs variations individuelles en l'orientation et le suivi des handicapés, même s'ils sont porteurs du même handicap.

Face à la question, on quoi peut servir la vision, voir la stratégie du « co-parental » dans la guidance, on peut dire que l'implication des parents est fortement recommandée pour assurer la cohérence des interventions et des modes d'interactions communicationnels avec le handicapé. Ainsi, l'intervention psychologique doit être auprès du sujet handicapé et aussi de ses parents, voir même tous les membres de la famille.

Généralement, la guidance parentale vise comme objectif à proposer aux parents et à la famille des aides techniques et stratégies adaptatives, aussi d'éviter les handicaps additionnels, de soutenir les capacités

spécifiques du sujet handicapé. Afin d'assurer le développement du sujet handicapé, d'améliorer la qualité de sa vie et celle de sa famille.

Pour cette raison, la guidance parentale repose sur plusieurs actions :

- Accompagner les parents à une meilleure compréhension du fonctionnement de leur enfant et des techniques à mettre en place, ce qui suppose la formation des parents à la sémiologie du handicap que l'enfant porte et aux techniques développementales -comportementales.
- Valoriser, renforcer et faire émerger les compétences éducatives parentales à même de s'ajuster au handicap et de simuler au plus près le sujet handicapé. Ce qui nécessite la démonstration et la régulation des gestes et des réactions spécifiques au domicile, au cours de séances de travail régulières permettant aux parents de s'approprier les techniques visant à exercer l'attention conjointe, les interactions sociales, la communication, l'autonomie. Créer des espaces de parole pour tous les membres de la famille, y compris la fratrie et les grands parents, afin de permettre l'expression des besoins, des demandes, des difficultés rencontrées en lien avec le handicap. Ainsi, assurer la cohérence maximale avec une diversité des modes d'interactions avec le handicapé.
- Former les parents à des méthodes d'intervention spécifiques, pour éviter toutes attentes inappropriées et estimer les niveaux de développement de leurs enfants en ce qui concerne les fonctions langagière, sociale et cognitive. Pourtant, ces formations représentent un lien avec l'évaluation formelle et professionnelle du développement menée, ainsi que l'estimation proposé et présenté de la part des parents.

### L'Accompagnement des parents

L'accompagnement des parents est un besoin nécessité par la complexité des enjeux imposés par la singularité de chaque situation d'handicap et les besoins spécifiques qui prennent part. Ainsi, il est indispensable de s'appuyer sur des modèles d'intervention qui

permettent aux parents de mieux s'impliquer dans le sens conféré à cet accompagnement qui se construit en commun.

Du point de vue pratique, le travail est tout sauf simple, puisqu'il est nécessaire de reconnaître la complexité des éléments liés aux conséquences du handicap et aux difficultés de maîtrise que les parents confrontent, avec l'interaction de ce qui est éthique, relationnel, symbolique, social. Ainsi que tout incident capable de créer une rupture dans le système fonctionnel, relationnel ou interactionnel familial.

Le travail d'accompagnement vise avant tout la redéfinition du projet de vie des parents, en regard de repères qui manquent. Sans se limiter dans les lectures simples, qui n'ont qu'à plonger dans l'échec répétitif des processus de deuil et d'angoisse, l'accompagnement doit contenir la souffrance et permettre d'envisager les repères qui manquent, afin de tracer les limites des bonnes pratiques.

Le début de l'accompagnement est souvent lié à l'annonce du handicap, là où le temps s'arrête avec beaucoup d'énergie perdue pour que ce moment choc soit intégré dans la structure psychique des parents. L'annonce du handicap peut être définie comme une effraction, une désorganisation interne qui déborde toute l'unité du système psychique, voir même une sidération décrite par S. Ferenczi comme une annihilation de toutes les facultés mentales, à partir du moment où les parents ne sont pas préparés et là où ils sont au point de développer un syndrome de stress post traumatique(SSPT), d'être enfoncé dans une dépression majeure ou n'importe quelle anomalie. Mais ce n'est pas tout, l'annonce du handicap reste qu'un début d'un processus d'accompagnement long et difficile, on doit donc continuer à accompagner les parents et les assistés dans leur nouvelle vie pour une longue période, sur le plan psychologique et pédagogique.

Cependant, il faut s'attendre au temps perdus et aux efforts fournis, tant que cet événement peut être représenté comme traumatisant et tant qu'il doit « passé par des étapes qu'il est impossible d'accélérer » (S.Korff-Sausse, 1996, p38). De cela, il faut comprendre avant tous les attitudes parentales, qui en résultent, dans leurs ambiguïté, leurs ambivalence, leurs diversité, afin de les admettre comme mécanismes de défense face au choc et non pas comme

comportements violents, et ainsi les utilisés comme des données guides dans le processus d'accompagnement.

Dans ce sens, l'accompagnement des parents débute au moment où cette rupture dans les représentations parentales est capable de créer une sorte de discontinuité intense capable d'épuiser toutes les ressources psychiques des parents. Pour cela le travail d'accompagnement doit être basé sur les représentations parentales, en lien avec le temps et l'espace, par le suivi d'un processus qui permettra de faire aller - retour entre le présent et les représentations provenant du passé des parents. Ce processus de tissage peut nous aider à tracer dans le blanc du processus de mentalisation, un processus de deuil anticipé capable de protéger le fonctionnement psychique des parents de tout sentiment de culpabilité détruisant et mortifère, là où l'enfant devient sujet d'énigme, perçu comme étrange et étranger. Sachons qu'on doit faire face à une collision spécifique entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, et on doit prendre en considération les défenses utilisées à faire face à l'ambivalence des sentiments provoqués, telle la projection du désespoir et des antécédents faillies mouvées par l'atteinte massive du narcissisme des parents, puisque l'enfant handicapé renvoie à ses parents un message implicite traduit par vous êtes de mauvais géniteurs. Pour D. Decant(1989) le vécu des pères est marqué par l'atteinte dans leurs virilités que le triangle œdipien est cassé par l'annonce du handicap, et en ce qui concerne les mères S. Schauder et B. Durant(2004,p610) ont expliqué que leurs investissements de l'enfant oscille entre le rejet et la surprotection. Il s'agit d'une confrontation à l'absurdité profonde d'une pensée désignée comme intolérable et à la fois humiliante, ce qui laisse « la porte ouverte aux fantasmes d'une faute imaginaire » (S.Sausse , 1996, p109). Voire même la possibilité de sollicité des fantasmes de procréation fautive (l'inceste et toute sexualité anormale).

De cela, l'atteinte narcissique est provoquée chez les deux parents à degrés divers, tant que le handicap de leurs enfants est capable de susciter l'incapacité d'être des parents, « suffisamment bon », (D.W.Winnicott,1956). Au même temps qu'avoir un enfant non« suffisamment bon ». Puisque « le désir d'être parent précède le désir d'enfant » et que ces deux impulsions naissent de la

créativité présente en tout être humain» (T. B Brazelton, B. Cramer, 1991, p22). Ainsi, ce « suffisamment » doit être l'ajustage nécessaire dans l'étayage, tout au long du processus de deuil renforcé et orienté tout au cours de l'accompagnement des parents.

Orienter le processus de mentalisation vers un deuil positif, veut dire aller dans le sens du renforcement des mécanismes adaptatifs par étapes selon la personnalité des parents, leurs antécédents personnels (clinique ou autre).

A titre d'exemple le mécanisme de **déni**, comme une défense psychique la plus remarquable chez les parents d'enfants handicapés puisqu'elle est apte à répondre aux distorsions de la réalité, mais suivant ce travail d'accompagnement, elle peut être orienté dans ce processus de deuil comme élément de base pour un étayage positif.

C'est à travers l'accompagnement des parents à connaître l'handicap de leur enfant et ses conséquences, afin d'assimiler la réalité de la situation, et les encourager à prendre conscience même si d'une manière partielle ou fragmenté comme début: « vivre le jour le jour », croyance au destin fatal. Les parents reconnaîtront ensuite l'handicap de leurs enfants en admettant sa permanence, ses limites. Ainsi, le mécanisme du déni dans toutes ses formes devient un outil modéré selon l'objectif adaptatif. Tandis qu'un déni mal ou non orienté peut handicaper les parents et même les professionnels, car il peut créer un climat de conflits pathogènes et des tensions incontournables; Ce qui est le cas de certains parents exigeant et jamais satisfaits ne cessent pas de changer les thérapeutes, les écoles, les espaces d'accueil.

Dans ce cas d'un déni mal élaboré, ces parents cherchent à soulager leurs sentiments intenses de culpabilité, par l'assurance d'avoir tout fait sans se reprocher quelque chose dans l'avenir. Le même cas pour le mécanisme de l'hyper-protection et le mécanisme de rejet, tout deux ont le même sens (chercher à compenser la blessure narcissique), mais agissent de manières différentes : pour le premier cas l'enfant est limité par des attitudes qui le fragilisent, plus en réduisant ses capacités et des habitudes de dépendance s'installent de plus en plus réduisant toute possibilité vers l'autonomie ; tandis que pour le deuxième cas l'enfant n'est pas investi, marginalisé par l'irresponsabilité des parents au point que des imprudences graves peuvent être traduites par le désir

de mort de l'enfant, parfois l'enfant devient le bouc émissaire, le « mythe de survie », des malentendus des parents et de toute la famille qui justifie ses échecs par son existence, au point que le divorce du couple est démontré par la présence d'un handicapé non appartenant à la progéniture. Rejet ou hyper protection, deux mécanismes accompagnés d'une agressivité inconsciente détournée vers l'enfant et l'entourage.

Ainsi, l'accompagnement est décrit comme l'art d'accompagner les parents dans l'éducation de leur enfant handicapé à partir du moment de l'annonce, afin d'installer des rituels qui consistent à aménager et intégrer une place à l'enfant, qui ne présente aucun élément du profil de l'enfant imaginaire, pour faciliter le processus d'apprentissage et faire couler l'enfant handicapé dans tout moule visant son insertion et son adaptation. Notons que cet art inclus, d'une manière ou d'une autre, des règles pédagogiques spécifiques sous forme de rituels d'inclusion, qui tentent de redéfinir la représentation du nouvel arrivant et ainsi, d'une manière contraignante, son identité. Mais ce travail dynamique ne peut pas être échappé des contraintes liées aux mouvements et à la qualité des mécanismes mobilisés de la part du système psychique des parents, c'est pour cette raison que chaque étape d'accompagnement et d'orientation doit acquérir une sensibilisation suffisante aux représentations mentales, et « instaurer une contagion réciproque » J.Trémintin (2001). Là où la conflictualité dynamique assure l'appartenance, dans laquelle peut émerger une authentique subjectivité, cette dernière peut prendre un sens valorisé par la fonction de modalités de compromis impliqué dans le global du processus d'accompagnement, en termes de régulation dynamique et permanente du formel et de l'informel. Cependant, l'espace transitionnel entre norme et mythe familial traduit la spécificité de l'handicap, en lien avec le mode de vie de la famille dans son ensemble et la qualité de ses relations avec la société. Pour entreprendre les liens, pas mal de modèles peuvent être suivies en dépend du handicap et de la vulnérabilité des parents (le modèle social-constructionniste, le modèle constructiviste) par le biais d'une écoute inconditionnelle. Ainsi, il faut avant tout, comprendre la situation intérieure des parents pour pouvoir avancé l'accompagnement, dès le début et dans son for intérieur, dans le sens d'accepter l'autre tel qu'il est dans sa présentation initiale, comme

à chaque stade de son évolution, jusqu'au dénouement final. Il s'agit d'une « disposition intérieure de l'accompagnement qui habille son regard, ses gestes, ses mots » (Ducroux-Biass,1999,p.3).

### Former les parents/ Parents Co-formateurs

La formation des parents est d'une grande importance, elle occupe une place très importante au sein de la guidance, puisque le principe de l'éducation est de réviser la stratégie de l'éducation dès l'annonce de chaque naissance et à l'arrivée du nouveau née. Ici, les parents sont formés à être des Co- praticiens, pour connaître les principes éducatifs fondamentaux et aussi le développement psychique dans son ensemble, par rapport aux besoins et aux tendances spécifiques et singuliers de leur enfant. Dans ce sens l'agir dans la formation est référé aux diverses étapes de croissance, d'évolution personnelle des parents et de l'enfant dans la différenciation, pour un bon déroulement de l'agir. Bien à la lumière des fonctions dynamique qui dépassent le rapport à la référence, en termes de conformité selon les critères rigides et univoques, bien pensée dans un raisonnement d'espoir juste, de possibilité.

Les formations se font dans des objectifs éducatifs dynamiques, pour que les parents deviennent des bons Co- professionnels, là où l'enseignement des bonnes attitudes éducatives dépasse l'aide d'un savoir faire à l'élaboration des compétences adaptés à toute situation évolutive. Tout dans un climat de confiance, qui permet de comprendre les enjeux psychiques dynamiques et systémiques de la relation parents- enfants. D'ailleurs l'enfant qui est né handicapé, est aussi une ressource importante, malgré l'annonce du handicap certains parents nous ont confessé que leur enfant les a aidé à tenir le coup et avancé en enjambant leurs difficultés personnelles, voir même comprendre leurs systèmes familiaux, et comme le disent certaines mamans : « cet enfant nous a enseigné l'amour, le soutien l'un à l'autre, aussi à vivre le plus normalement possible ». Selon ce témoignage, on peut aussi ajouter que certains parents ont eux même besoin de l'enfant handicapé comme source d'aide, c'est pour cette raison et pour d'autres, qu'ils détournent ce besoin vers le sens matériel en utilisant leur enfant pour avoir de l'argent. Cependant, on peut discuter la nécessité de la formation

continue pour les parents, afin de valoriser leur estime de soi, mais en lien avec l'application rigoureuse des lois pénales dans le cas de la transgression de l'acte de parentalité.

Les parents ont donc besoin de ressources, pour s'adapter à leur rôle et ainsi développer et mettre en œuvre leurs compétences pour aller de l'avant, pour cela la formation concerne la mise en place des actes transactionnels des parents et de l'enfant, d'une manière dynamique et dans le sens d'un mieux vivre.

La formation dont les parents participent ne se décrit pas dans les programmes définis, limités par des critères déterministes que les parents sont obligés d'apprendre et d'appliquer comme des leçons scolaires à apprendre par cœur ou des connaissances techniques à mettre de façon quasi- automatique. D'après notre expérience pratique, ce genre de formation ne respecte pas, malheureusement, l'individualité de l'enfant handicapé et en plus que ça, avec le temps, il peut guider les parents à s'orienter vers un mode éducatif basé sur la construction d'un faux-self, voire même une fausse identité générée par des actes paradoxaux. En revanche, la formation offerte aux parents doit être créée sur une base de croissance singulière et spécifique, par rapport aux diverses situations. Tout dans un climat de confiance, qui permet à vivre l'acte de l'intérieure pour agir par la suite sur l'accomplissement personnel, vers un savoir faire et un savoir vivre personnel capable d'améliorer la fonction parentale, d'aider à disparaître ou à diminuer les difficultés éducatifs dans l'idée de bien traitance. C'est là où les parents sont formés à se comporter avec leurs enfants handicapés comme « des êtres de parole, de conscience et de symbole » (F.Dolto, 1971). Il s'agit de prise de conscience, de découverte que l'enfant peut comprendre ce qui se passe autour de lui à sa manière, au point qu'il peut élaborer sa propre conception de la vie, de la mort, de l'amour, de la haine, de la sexualité.

C'est pour cela que cette conscience offerte par la formation permet de créer un pont entre les investissements psychiques de l'enfant et ceux des parents, tout en détruisant les barrages inconscient qui empêchent les parents à exercer leurs fonctions parentales et à être les parents qu'ils souhaitent : ceux qui protègent leurs enfants contre leurs propres forces inconsciente destructrices et contre les jugements,

les répressions de la société. Françoise Dolto a affirmé qu'un enfant peut supporter beaucoup à condition qu'il y' aura des accroches symboliques, une adresse affective, des soins de parole, c'est dans cette optique que les parents doivent être formé pour une bonne pratique de la parentalité adéquate.

Le processus de la formation ne peut obtenir ses objectifs (améliorer les attitudes personnelles, développer la qualité de la fonction parentale) qu'à travers un espace transitionnel adéquat. L'espace de veuille bien structurer tout au long de la formation, et bien recommandé à l'accueil de l'enfant et de sa famille pour assurer la construction de l'autonomie et de l'identité d'appartenance. Il s'agit d'un espace d'échanges bien traitant, estimé en fonction des objectifs spécifiques bien étudiés et de la conception des actions bien tissées, en défi de la complexité des enjeux et de la singularité des configurations inhérentes aux différentes situations.

Ainsi, les entretiens semi directifs visent un travail induçviduel pour que les parents s'améliorent eux même, par la suite ils seront invités à participer aux ateliers de travail pratiques qui les aideront, par la participation au sein du groupe, à étayer les acquis individuels, les nouvelles attitudes parentales, en référence à une certaine normalité adéquate au temps et à l'espace psychique des parents et des enfants, comme aux conditions et aux variables de leur entourage, leur culture. Afin d'élaborer et de mettre en valeur leurs compétences, loin des risques de la normalisation qui risque d'augmenter leur sentiments de culpabilité et les dévaloriser par la suite, ou bien mettre les actions de la formation loin des conditions temporel- spatiale.

Sachant que la réussite de la formation, individuelle ou du groupe, est liée aux buts et aux objectifs cohérents, réalistes, avec des problématiques bien déterminées. C'est pour cela qu'il fallait bien comprendre le fonctionnement du système des parents à titre individuel: à la lumière des données obtenus par les entretiens individuel et par le biais de l'évolution des formations individuelles. Afin d'admettre l'intégration des parents dans un groupe et d'assurer la qualité de la formation du groupe, qui nécessite la participation de chaque famille, en présence des professionnels, dans les jeux de rôles, les simulations d'entretiens, les exposés participatifs (présentation des

situations réels), les échanges et les débats issus de l'expérience des participants (familles et professionnels), avec une documentation liée à la formation remise après l'activité; c'est dans ce sens que l'objectif de la formation s'évolue plus vers le sens qui mène les parents à être des bons Co-formateurs.

Les deux types de formation (individuelle, groupe) proposent une articulation bien étudiée des apports théoriques, pratiques et méthodologiques, en lien avec la singularité de chaque handicap et les conditions psychologiques, sociales, économiques de chaque famille, comme en articulation avec la spécificité du handicap à la société et à la culture marocaine.

En effet, d'après notre expérience, il est difficile de séparer les actions de l'accompagnement de celles de la formation puisque chacune complète l'autre. De même, les parents apprécient l'accompagnement appuyé par la formation, surtout que leurs participations (dans le collectif) est d'un grand appui pour les autres, et qu'ils bénéficient d'une manière interactive et chaleureuse du multidisciplinaire, grâce à la participation rassurante des professionnels qui leurs apportent des informations sur divers situations liées à l'handicap de leurs enfants, et l'écoute attentive qui apportent beaucoup d'encouragement avec soutien moral. Dans ce sens, la vision dynamique n'est pas uniquement présente dans la participation des professionnels au cours des formations, ou dans l'activité collective des parents, mais aussi dans l'évaluation continue de diverses situations qui permet de tisser les liens, non seulement entre l'accompagnement et la formation mais aussi entre la conception, la réalisation d'une formation et une autre.

Les professionnels de psychologie du handicap doivent croire en l'existence de compétences parentales à adapter à toute situation évolutive, afin que les parents deviennent des co-professionnels, des parents suffisamment bon. Mais que cette croyance en la profondeur des parents puise son énergie par la compréhension empathique des attitudes des parents tout au long de la formation, comme le disait C.R Roger (1959) « être empathique pour comprendre, c'est écouter en profondeur les mots, les pensées, les intonations, ce que cela signifie pour la personne qui parle, voire la signification qui se situe au dessous de l'intention qu'elle exprime. ». Pour cela, l'attente fondamentale des

parents est double dans son sens à la fois être compris et être relayés (C.Hannam, 1980). Être écouter signifie être compris par quelqu'un qui ne parle pas à leur place, et qu'il soit capable d'entendre le langage explicite et implicite (S.Tomkeiwicz, 1973, p132). Être relayé, c'est être aidé par les professionnels sans être destitué du rôle et de la responsabilité parentale, pour garder la maîtrise des décisions qui concernent l'enfant en retrouvant un rôle actif à l'intérieure des institutions : comme le droit à la parole au sein des formations. D'ailleurs, le processus de formation des parents d'enfant handicapé est imposé par la nécessité de dépasser le clivage conflictuel qui peut s'instaurer entre les actes des professionnels et ceux des parents, c'est pour cela qu'il inspire pour une grande part les pratiques actuelles dans l'esprit de la coopération mutuelle entre parents et professionnels.

#### **Psychothérapie avec la famille/ parents Co-thérapeute**

Récemment, dans notre société la psychothérapie avec la famille au sein du domaine du handicap, commence à avoir une reconnaissance importante, même de la part des parents non scolarisés. Ceci est probablement dû au développement de la formation en psychologie au Maroc dans divers spécialités, et à la place que la psychothérapie commence à préoccuper, en dépit de l'absence du statut du psychologue qui permettra à la psychologie du handicap à s'évoluer plus dans ses objectifs par rapport aux autres spécialités issues de la psychologie sociale.

Bien que les thérapies avec les familles concernent les troubles réactionnels du comportement et les troubles psychopathologiques avérés, le mode d'approche le plus fondé est celui où le sujet, porteur de la maladie ou du trouble psychique, est lié au système familial: l'handicap de l'enfant joue sur la dynamique familiale comme révélateur des investissements et des conflits préexistants. Ainsi, l'intérêt porte exclusivement sur les troubles réactionnels du comportement et les troubles psychopathologiques avérés. De même que le double enracinement des thérapies avec les familles dans la psychanalyse et dans la thérapie générale des systèmes, fait ressortir l'importance de la circularité des interactions aux deux écoles de pensée. Pour B. Cramer (1974) il est nécessaire de sortir du purisme analytique, puisque

l'intervention thérapeutique, d'après lui, doit être brève pour pouvoir mieux individualiser chaque membre de la famille par rapport aux autres. Dans ce sens Walrond-Skinner a révélé que le thérapeute fait partie intégrante des membres qu'il traite, c'est pour cela qu'il doit faire un bon usage de soi à l'égard des parents. Afin que les interventions soient stratégiques, structurales, contextuels, capables de toucher les niveaux visibles et invisibles du comportement et reposé sur l'identification d'un niveau de changement souhaité.

Pour qu'il soit plus conforme à ce changement et pour que la souffrance disparaisse, la thérapie vise à faire changer le système familial et émerger sa créativité, à travers la diminution de l'impact de secrets et des mythes contraignantes, l'amélioration de la communication, le développement des métarègles et l'assouplissement des expressions des loyautés. La référence dans la thérapie familiale se fait à une certaine normalité uniquement dans le cas de l'approche structurale, mais en la plupart du temps la référence se fait en lien aux ajustements sur la représentation du monde que possède la famille.

Dans ce sens on remarque que la thérapie se fait dans l'agir, là où l'acte est centré sur l'amélioration du sujet lui-même, envisagé sous l'angle de la croissance intérieure de l'agent. Les parents deviennent alors des Co-thérapeutes, dans le fait qu'ils participent en toutes les démarches thérapeutiques (les objectifs, les moyens, la référence), aussi que même dans l'évaluation thérapeutique qui ne se fait que par rapport aux signes de changement prédéfinis avec la famille. L'évaluation par l'intégration des parents, prend ici le sens du processus cognitif continu, par lequel les parents orienté par le psychologue évaluent la situation stressante, qu'ils rencontrent (évaluation primaire), ainsi que les ressources dont ils bénéficient pour y faire face (évaluation secondaire). Chaque modification de la relation entre les parents, l'enfant handicapé, leurs environnements et l'événement problématique (source de souffrance), va donner lieu à des réévaluations de la situation aversive et des ressources dont ils disposent.

Il s'agit d'une thérapie centrée sur le problème, l'émotion et la représentation liée à la souffrance. Cette double vision permet, soit de modifier le problème qui est à l'origine de la souffrance, soit de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. C'est pour cette

raison que la thérapie liée à la situation du handicap est d'une complexité spécifique, car lorsque les parents se retrouvent confrontée à une situation stressante, c'est dans le sens qu'on plus qu'elle est stressante elle est aussi liée à l'handicap en lui même. Ainsi, on est dans l'obligation de mettre en place une stratégie pour faire face à cette complexité, mais il est tout à fait possible qu'on utilise à la fois une stratégie centrée sur le problème et une centrée sur l'émotion, face au même événement.

La stratégie du travail thérapeutique centrée sur le problème (actif) peut donc être défini comme «une stratégie visant à réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face» (Bruchon-Schweitzer, 2001, page 71). Dans ce cas, il y a une modification de la situation et une résolution du problème, ce qui a pour conséquence d'agir sur les émotions. Ce type de travail comprend deux dimensions plus spécifiques : la résolution du problème et l'affrontement de la situation, ce qui nécessite des efforts et des actions directes pour modifier le problème. D'après notre expérience ce genre d'action a une efficacité à long terme, malgré qu'il demande beaucoup d'effort, de patience, d'empathie.

Quant à la stratégie thérapeutique centrée sur l'émotion (passif), elle «vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation» (BruchonSchweitzer, ibid., page 71). L'objectif est de diminuer la tension, mais ceci ne change rien au problème. De cela, la régulation émotionnelle peut se faire de différentes manières (émotionnelle, physiologique, cognitive ou comportementale). Aussi qu'elle comprend plusieurs facteurs, la minimisation de la situation liée au risque avec prise de distance, la réévaluation positive, l'autoaccusation et l'évitement ou la fuite, ainsi que la recherche d'un soutien émotionnel. Ce travail psychologique a une efficacité à court terme. Pour certains auteurs (Bouchard, de et al.), ce travail doit être envisagé dès l'annonce lorsque les parents apprennent que leur enfant est né avec un handicap, «ils devront alors développer des stratégies, afin d'arriver à un certain équilibre et à un certain bien-être, leur permettant ainsi une adaptation réaliste de leur enfant, dans sa différence» (page 21). Il a donc été démontrée, par des chercheurs (tel Lazarus(1984), que ce ne sont pas les caractéristiques «objectives» des événements, qui affectent

l'individu, mais bien la façon dont celui-ci les perçoit, les interprète, les évalue, dans ce sens c'est la façon dont les parents représentent l'handicap de leur enfant, puis les séquelles de cette représentation face aux diverses situations embarrassantes. On peut réaliser, par conséquent, que les situations vécues comme souffrantes n'ont pas tous le même impact sur les individus. D'autre part, la situation dérangeante sera modifiée en fonction non seulement, de l'expérience de chaque parent vis-à-vis du handicap de leur enfant, mais aussi par un ensemble de facteurs. Connaître la souffrance des parents en lien avec l'handicap de leur progéniture, au cours du processus thérapeutique, doit passer avant tout par une série de «filtres» propres à chacun, afin d'en profiter dans la modification de l'événement gênant et ainsi amplifier ou diminuer la réaction liée à la souffrance. La perception de certaines situations comme source de souffrance sera influencée objectivement par des déterminants environnementaux et situationnels de l'événement (nature et durée de l'événement à risque, imminence, ambiguïté, contrôlabilité d'éléments gênants, qualité et suffisance du soutien socioculturel). Ce qui permettra à la souffrance d'être modifiée par des déterminants personnels et cognitifs des parents (perception réaliste de l'événement, expérience antérieure, traits de personnalité : optimisme, estime de soi, endurance, résilience, capacités d'adaptation, leurs croyances, leurs ressources, leurs motivations, leurs valeurs), mais aussi par des déterminants biologiques, psychologiques de l'enfant (âge, état de santé physique et psychique, douleurs) et aussi de son handicap. Il est difficile dans la thérapie liée à l'handicap de se débarrasser définitivement de tous les problèmes sources de souffrance des parents, mais reste que leur coopération et participation dans la thérapie est d'une finalité adaptative et /ou réadaptative. La co-thérapie dans toutes ses stratégies reste adéquate et plus au moins efficace si elle permet à la famille et à l'enfant de maîtriser ou de diminuer les comportements stressants, ou réduire leurs impacts sur leur bien être. C'est pour cela que l'aide offerte aux parents, à travers les stratégies de travail, contient l'offre des outils nécessaires, capables de parvenir à réguler leurs émotions affaiblis par les comportements stressant de leur enfant handicapé et maîtriser leurs propre agir qui peut provoquer une vraie souffrance psychique. La thérapie est aussi mettre en évidence les

stratégies et les ressources que les parents utilisent pour faire face à certaines situations non adaptatives. Ainsi, la réussite de la thérapie nécessite parfois l'intégration de toute la famille dans le processus thérapeutique, pour cela la famille co-thérapeute signifie que dans toutes les étapes de la thérapie et dans toutes ses démarches la collaboration avec la famille dépasse l'intérêt aux individus qui parlent de la famille, en faisant référence à un modèle thérapeutique mixte qui intègre le modèle systémique relationnel avec certaines démarches psycho-dynamiques. Là où la thérapie ne doit pas être limitée dans les rôles parentaux, vu ses changements dans le temps, elle s'intéresse aussi à ses ressources intérieures et extérieures et qui peuvent être d'une grande importance thérapeutique, pour F. André-Fustier (1994, p 39) «écouter la souffrance de la famille, à ce niveau archaïque, c'est [...] réétayer le lien et jouer le rôle articulatoire entre lignée sociétal, espèce humaine et famille. Cette réaffiliation narcissique réinscrit ainsi la famille dans ses fonctions humanisantes».

Néanmoins en fonction de la complexité de certaines problématiques liées à l'handicap, à l'enfant porteur d'handicap, aux difficultés relationnelles inhérentes au système familiale, et selon les situations de crises répétitives, les modalités du travail et du fonctionnement thérapeutiques se diversifient, se spécifient tout en gardant le principe de la collaboration, de la participation dans un sens de Co-thérapie familiale et/ou thérapie avec la famille

La thérapie peut aussi donner une vision sur les difficultés personnelle de l'enfant handicapé et de sa famille, ainsi elle joue un rôle important dans le positionnement des professionnels pour traiter au mieux les dysfonctionnements et repérer au clair les rôles convenables dans le multidisciplinaire vis-à-vis de l'enfant handicapé. De même, un dispositif de soins psychothérapeutiques caractérisé par le fait qu'à coté de travail du psychologue clinicien, engagé dans la thérapie dynamique ou cognitivo-comportementale, une autre partie de cette thérapie bifocale est destinée à un autre intervenant comme le psychiatre qui prendra en charge la prescription médicamenteuse. Plusieurs chercheurs comme, A. Har et D.Roche Rabreau, ont argumenté la pertinence de la thérapie bifocale, là où la complémentarité entre la thérapie individuelle et familiale est conceptualisée comme une

potentialisation croisée par l'aide d'un second intervenant, afin d'associer le sujet et sa famille dans un travail en synergie sur la régulation des conduites, des comportements en individuel et en famille.

Dans cette vision thérapeutique ou la famille est présentée comme composante fondamentale, les limites des relations entre thérapie individuelle- thérapie familiale, parent- enfant, posent des questions et des débats sur les conditions optimum nécessaire pour une psychothérapie liée à l'handicap surtout lorsqu'il s'agit de relation parent- enfant en souffrance. Face à cette situation, la question qu'on peut aborder est la possibilité de travailler la relation d'un seul coup pour que chaque action thérapeutique aide dans le fait de s'emparer dans le changement, tout dans un mouvement relationnel et développemental de ce qui lui appartient et transiter sur lui-même. Ainsi, la thérapie individuelle et avec la famille dans les situations d'handicap est enrichi, depuis son apparition, par la clinique et les théories qui l'accompagnent, tout dans l'expérience de la mutualité de rencontre et de créativité en termes de compréhension, de réorganisation personnelle et interpersonnelle. En plus de l'alternativité dans une vision famille Co-thérapeute son utilisation respecte des limites et des normes liées aux spécificités de la psychologie de l'handicap, comme mentionné par J.Miermont (2010, pp 45-65) : « il s'agit de créer des contextes singuliers ajustés à la personne souffrante et à ses proches, par la réorganisation thérapeutique des dispositifs ».

## Bibliographie

- André-Fustier, F. *et al.*, « Écouter la souffrance familiale », *Gruppo*, 1994, n° 10, p. 39.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens*. Paris : Editions CalmannLévy.
- Décant D. (1987), Un certain regard, une possible rencontre. Effets de la découverte précoce d'un handicap sur la relation parents-enfant et la structuration du moi, *Lieux de l'Enfance*, Toulouse. Privat, N° 9-10, p.231-257.
- Dolto, F. *Psychanalyse et pédiatrie*, Éditions du Seuil, Paris, 1971.
- Dolto, F. *Tout est langage*, Edition Gallimard, 1995
- Ducroux-Biass F.(1999),L'écoute compréhensive, révision de "notes pour une conférence". Inédit.
- Ferenczi, S. 1932. « Réflexion sur le traumatisme », dans *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.
- Korff-Sausse, S. 1996. *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris, Fayard-Pluriel, 2011.
- Miermont, J. *Les tribulations d'un psychotherapeute. Petit bilan d'une recherche en psychothérapie*. Cah Crit Ther Fam Prat Res 2010 :45-65.
- Rogers C.R.(1959), « A theory of therapy, Personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework», in S.Koch(Ed.). *Psychology: A study of a science*, vol.III. Formulations of the person and the social context, McGraw-Hill, New York,pp.184-256.
- Schauder, S., & Durand, B. (2004). *Famille et handicap*. In P. Angel, P. Mazet, *Guérir les souffrances familiales*. Paris : Puf.
- Winnicott, D.W. (1956). *La préoccupation maternelle primaire*. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

## Quel accompagnement auprès des parents d'enfants handicapés ?

**Jamal ELOUAGA**

Enseignant chercheur de Psychologie Clinique et Sociale  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat

### Résumé:

L'objet de cette communication se propose de réfléchir à une aide adaptée à proposer aux parents dont l'enfant naît handicapé. Car lorsqu'un enfant handicapé vient au monde, la famille est soumise à rude épreuve. Les conséquences pour la vie de l'enfant de l'annonce de son handicap peuvent en effet devenir aussi traumatisantes que la réalité du handicap lui-même. Les parents ont besoins d'un accompagnement et d'un soutien dans le processus de parentalité et d'attachement.

**Mots clés :** Handicap, annonce, bouleversement, prise en charge, culpabilité, accompagnement, stratégies adaptatives.

## Introduction

Cet article a pour but de sensibiliser quiconque, concerné par les enjeux de l'annonce d'une déficience. Il est centré sur le contexte de la petite enfance et de la parentalité, dans la mesure où se conjuguent, en telle situation, une problématique complexe et un champ émotionnel vaste.

L'annonce du handicap est un moment important car il bouleverse la vie de la famille. La manière dont elle est faite, les mots employés, les vécus de chacun ont un impact sur la famille et sur la suite du travail d'accompagnement et de soutien par les professionnels.

C'est effectivement lors de l'annonce du handicap que l'accompagnement de la famille doit commencer. L'équipe médicale qui annonce le handicap est la première équipe de professionnels qui doit accompagner les parents et les diriger vers les différents services pour une prise en charge. Il n'y a pas de bonne annonce, mais il y a certains principes, certaines règles d'or à respecter pour que cela se passe au mieux pour les différentes personnes concernées.

On analysera dans cet article, la problématique de la prise en charge des parents d'enfants handicapés. Nous avons posés plusieurs questions pour répondre à notre problématique : Comment les parents vont faire face à cet événement, lorsqu'ils vont apprendre que leur enfant était né avec un handicap? Comment annoncer au mieux une nouvelle difficile à entendre? Comment accompagner les familles à la suite de ce moment? Pourtant, c'est une expérience qui déterminera toute une vie. Lorsqu'un enfant handicapé vient au monde, la famille est soumise à rude épreuve.

## La notion de Handicap

Au vu de la littérature, il s'avère difficile de trouver une définition du handicap sur laquelle tout le monde s'accorde. Le handicap peut donc être défini comme une déficience motrice ou mentale, avec parfois la réunion des deux, que l'on nomme polyhandicap.

Ces causes sont le plus souvent congénitales, mais elles peuvent également survenir au début de la vie de l'enfant. Certains handicaps auraient des causes inconnues, d'autres des causes prénatales ou encore génétiques. Ils peuvent parfois être dus à une prématurité importante, à une pathologie de l'accouchement ou encore à des causes postnatales.

Le mot handicap vient de l'expression anglaise hand in cap, ce qui signifie « la main dans la casquette ». Il s'agissait d'un jeu de hasard, les joueurs disposaient leurs paris dans un chapeau.

Etymologiquement, handicapé renvoie à une notion d'égalisation des chances. Cette notion a supplanté celle d'assistance. En effet, l'attitude de la société à l'égard de la personne handicapée a progressivement évolué : du rejet vers une reconnaissance puis une tentative d'intégration de la personne dans la société (Ringler, 2004).

Le handicap est déjà défini comme étant une notion vaste et complexe à cerner renvoyant essentiellement à une norme sociale. Il est un terme générique englobant des difficultés de nature psychiques, sensorielles, de configurations variées, handicaps associés et de causes très diverses (psychologiques, génétiques, traumatiques). (Zribi, 2002).

Le handicap y est aussi décrit comme un phénomène individuel et repose sur une logique médicale et causaliste, en négligeant ainsi la dimension environnementale (Michel, (2009). Le handicap d'un individu est « ainsi une restriction dans les rôles sociaux attendus, due aux limites de capacités de l'individu, mais aussi de son environnement physique et sociale » (Jecker-Parvex, 2007, p.113).

Il faut savoir qu'une famille qui a un enfant en situation de handicap est elle-même en situation de handicap. Elles sont alors bel et bien dans une situation de handicap. Une personne handicapée est une personne à part entière, à la fois ordinaire et singulière. Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les besoins de tous, elle dispose des droits de tous et elle accomplit les devoirs de tous. Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens, et qui sont la conséquence d'une ou de plusieurs déficiences.

## Le vécu de l'annonce du handicap et de ses conséquences pour la famille

La problématique de l'annonce du handicap est une rare complexité, tant elle engage des questionnements et des enjeux fondamentaux, à tous les échelons, et pour chacun des partenaires.

L'annonce d'un handicap dans la petite enfance, constitue certainement une des épreuves les plus éprouvantes, ou tout le moins

pour laquelle de nombreux facteurs existentiels entrent en ligne de compte.

L'attente d'un enfant est une période cruciale dans la vie d'un couple, et s'accompagne chez la future mère, d'un sentiment d'accomplissement et la satisfaction de voir de jour en jour se développer en elle une vie nouvelle. Quant à l'homme, « cette paternité imminente le comble de joie, sans compter qu'elle est la preuve de sa puissance sexuelle » (Lamarche, Constance, 1987, p. 21).

Lorsqu'arrive au monde un enfant pas comme les autres c'est tout l'univers d'une famille qui bascule. La révélation du handicap d'un enfant plonge brusquement la famille dans un monde où se bousculent « stress, angoisses, émotions » (Jalenques & Coudert, 1992).

Comme le souligne Korff-Sausse (2007) « *le handicap d'un enfant fait l'effet d'un tremblement de terre ou de l'explosion d'une bombe, qui entraînent des réactions en chaîne : bouleversement de tout le réseau relationnel à l'intérieur de la famille, retentissement sur l'équilibre psychique de chaque membre du groupe familial* ».

Les membres de la fratrie perçoivent en premier lieu le désarroi et la tristesse de leurs parents à l'annonce du diagnostic de la « différence », avant même de comprendre et de prendre conscience de cette différence (Ringler, 2004).

L'enfant handicapé va porter la différence entre enfant réel et enfant imaginaire à son paroxysme (Jalenques et Coudert, 1992). Les parents imaginent l'enfant, qu'ils aimeraient avoir. Cet enfant imaginaire est porteur des souhaits pour la descendance. C'est la raison pour laquelle, lors de l'annonce de la déficience, les parents vont passer de l'enfant du rêve à l'enfant du cauchemar. Il faut ajouter aussi que « *pour les parents, le handicap de l'enfant provoque une blessure narcissique, qui atteint l'enfant imaginaire, prolongement du narcissisme parental* » (Korff-Sausse, 2007).

D'après Simone Sausse (2000), « cet enfant merveilleux doit réaliser tous les souhaits secrets des parents et réparer leurs blessures anciennes » (Sausse, 2000, p. 43). D'une manière plus globale, le groupe familial va être amené à se réorganiser, le frère ou la sœur va se construire dans une ambiance familiale qui change brusquement et être amené à établir des relations spécifiques tant avec ses parents sur un

plan vertical, qu'avec son homologue handicapé sur un plan horizontal, qui porteront l'empreinte du handicap.

Lorsqu'un diagnostic est posé, il s'agit avant tout d'un constat de déficience, selon des normes. L'annonce du diagnostic est avant tout une rencontre singulière, dont le caractère particulier réside dans le sujet : la suspicion d'une déficience pouvant déboucher sur l'annonce d'un diagnostic chargé du mot handicap.

L'annonce d'un diagnostic de déficience peut avoir de nombreuses conséquences sociales en provoquant une quantité d'obstacles et de changements radicaux dans la vie de la famille.

L'annonce du handicap est un réel traumatisme pour les parents. Ils ne se reconnaissent pas comme des parents normaux. Une sidération, un sentiment d'incompétence, de la culpabilité, de l'injustice, une révolte, la peur, etc., peuvent envahir les parents.

Les émotions vécues par la personne ou sa famille lors de l'annonce sont nombreuses et varient en fonction de la personne et de son contexte de vie : la colère, la révolte, la tristesse, la culpabilité, la honte, la blessure narcissique, le rejet, le déni, la peur, le découragement et la dépression...etc. Face à ces émotions, des stratégies de défense peuvent apparaître aussi, besoin de répartition, d'expiration, de surprotection, de projection.

Le diagnostic permet de nommer la maladie, la malformation, le problème génétique, il permet de comprendre et de donner des repères. Cela peut leur permettre d'être actifs dans la prise en charge, de chercher les traitements appropriés avec l'aide des spécialistes.

Le diagnostic peut sonner la fin des illusions. Il permet de prendre la place de l'imaginaire construit en son absence. Les parents peuvent être confrontés à l'impuissance de ne pouvoir aider leur petit. Les diagnostics donnent aussi des éléments statistiques quand au pronostic.

Ces différentes fonctions du diagnostic nous permettent de mettre en lumière diverses manières de percevoir l'annonce, que ce soit de manière consciente ou inconsciente, et que ce soit par le professionnel, par le patient ou sa famille.

Dès que le nom de la déficience est posé, les personnes deviennent incapables d'entendre la suite des explications tant à la fois,

le choc est violent et tétanise l'esprit, et tant les questions se bousculent de manière désordonnée dans leur tête.

Enfin, l'annonce génère souvent une réaction subjective vis-à-vis du professionnel : quel sur soit la manière dont sera annoncé le diagnostic, celui qui apporte la mauvaise nouvelle sera souvent pris pour bouc émissaire. Mais au-delà du particularisme, l'annonce révèle une universalité dans l'épreuve, tant pour la personne et sa famille, que pour les professionnels. Suite à ce bouleversement, certains parents peuvent sombrer dans la dépression, la culpabilité, le déni et bien d'autres réactions qui affectent le bien-être psychologique (Green, 2003).

La naissance d'un handicapé pose donc un réel problème d'acceptation et de deuil pour les parents. Bien souvent, les parents se sentent coupables et responsables du handicap de leur enfant. Ils n'ont pas été capables de faire un enfant normal, en bonne santé. La naissance d'un enfant handicapé est un événement, qui est perçu par ces parents, comme étant menaçant pour leur bien-être physique et psychologique.

Les parents doivent faire le deuil de l'enfant idéalisé. Ils doivent accepter que leur enfant ne soit pas comme les autres, comme ils l'avaient rêvé. Ce deuil est répété, car il faut le dire à la fratrie, au reste de la famille, aux amis...les parents ne pourront reconstruire leur vie qu'en renonçant à leurs espoirs d'enfant idéalisé.

Le travail de deuil est un processus qui permet la compréhension ou la réalisation de la perte et réinvestissement d'une image de soi intégrant la perte.

Le travail de deuil n'est pas simple à traverser. Il faut du temps et beaucoup de soutien, mais aussi un grand respect face à la détresse des parents, lorsqu'ils découvrent, que leur enfant est né avec un handicap

Le deuil se fera petit à petit, mais ne sera jamais accompli totalement, car à chaque confrontation à un nouvel obstacle ou à une limite (apprentissage de la marche ou de la parole, entrée à la crèche, à l'école, puberté, majorité...), ils se sentiront différents, exclus et la douleur de l'annonce sera réactivée.

Mais, malgré tout, au fur et à mesure que l'enfant grandit, les parents doivent affronter des situations, qui les replacent en état de déséquilibre et leur font revivre des sentiments, qui s'apparentent à

ceux, qu'ils ont vécus à la naissance. Car cet enfant va progresser, acquérir des capacités, des qualités et des forces (Restoux, 2004, p.41).

Le handicap transforme profondément les relations fraternelles, les rivalités et les jalousies se jouent sur un tout autre registre. Les frères et sœurs se trouvent obligés de reconstruire leur relation avec les parents et d'en établir une nouvelle avec le bébé (Rufo, Marcel, 2002).

Pour mieux comprendre l'impact que peut avoir l'annonce d'une déficience, il faut rappeler que, bien avant d'exister physiquement, l'enfant à naître occupe déjà « une place dans l'univers psychologique de leurs parents » (Ringler, 2004).

Sa venue est « envisagée comme une aventure pleine d'émerveillements et de plaisir encline à rapprocher le couple (Castro, 2005). Avant ou après la naissance, les parents rêvent donc d'avoir un enfant proche de la perfection qui va les souder.

Il n'y a pas de bonne annonce, car il n'y a pas de façon réellement bonne d'annoncer une mauvaise nouvelle. Il y a des mots qui font plus ou moins mal lors de l'annonce d'un événement perturbateur. (Restoux, 2004, p.41).

Pouvoir s'exprimer, parler, communiquer à propos du handicap est donc essentiel pour le parent. Il est important de mettre en place un espace de parole pour les parents. Ainsi, la présence d'un psychologue lors de l'annonce et après celle-ci est donc capitale pour permettre la mise en mot du handicap.

Il faudrait avoir pour objectif de maintenir la communication avec les parents, de repérer les souffrances de chacun, d'accompagner les parents tout en respectant leurs défenses et de reconnaître à l'enfant son statut d'être humain.

Que l'annonce du handicap se fasse durant la grossesse, dès la naissance ou plus tard, au cours de l'enfance, celle-ci n'est jamais facile à faire ni à entendre. Il est vrai, que l'annonce du handicap fait partie du travail des médecins, mais il y a aussi le rôle que les professionnels infirmiers qu'ils ont un rôle très important, à jouer durant ces moments difficiles.

La mission de l'ensemble des professionnels des secteurs médical et associatif concerné consiste à mettre en place les dispositifs destinés à alléger la souffrance des parents, puis à les aider à construire

le projet de vie de leur enfant. Il y a des mots qui font plus ou moins mal lors de l'annonce d'un événement perturbateur. Il y a des comportements qui vont faire que les parents vont s'isoler, peut-être culpabiliser. Au contraire, il y a aussi des comportements qui protègent, font en sorte que les parents se sentent le moins mal possible et les aident à accepter la situation (Restoux, 2004).

Le rôle du psychologue et même du médecin est d'entendre et d'accepter les réactions parentales, de permettre leur expression, de temporiser et d'accompagner. Il doit également orienter les familles vers les professionnels et les organismes compétents. Il est préférable dans ce cas que l'annonce soit faite le plus tôt possible, dès que le diagnostic clinique est raisonnablement certain, par une équipe soignante familière aux parents.

Les mots utilisés doivent être très simples afin d'éviter un jargon médical incompréhensible des parents. Des propositions de prise en charge pour aider enfants et parents pourront être faites par le médecin responsable. La connaissance, le plus tôt possible, d'un maximum d'information est essentielle pour envisager le projet de vie de l'enfant et garantir son avenir. Les parents vivent avec une grande angoisse la série de tests qui leur est proposée afin de confirmer ou d'infirmier le pronostic initial.

Il semblerait donc opportun d'envisager une aide psychologique des familles confrontées à cette situation et d'instaurer un dialogue et une relation plus humaine trop souvent délaissée au profit de l'aspect strictement médical de cette phase de la grossesse. Donc il faut apporter aux parents une attention chaleureuse et soutenue par chaque membre de l'équipe. Chacun sera alors attentif à donner les réponses relevant de sa compétence et à effectuer un relais adapté pour les questions concernant un autre membre de l'équipe.

L'urgence consiste davantage à laisser le temps aux parents de verbaliser leurs émotions et de formuler leurs questions, et il s'agit alors de laisser parler autant que de parler.

Il est certain, que les médecins ne peuvent pas prédire l'avenir et doivent ainsi tenir compte de l'existence de vastes possibilités de développement, chez les enfants handicapés. Idéalement, une annonce se prépare et s'annonce en équipe avec un (e) assistant (e) social (e), un

(e) psychologue, un (e) infirmier (e) des collègues lors de déficiences multiples.

Il faudrait respecter certains principes pendant la prononciation de cette annonce, il faut annoncer la nouvelle aux deux parents réunis, écouter les sentiments des parents et entendre leurs attentes d'information, s'assurer de la compréhension, soutenir les capacités, le potentiel de l'enfant, car chaque enfant ayant un handicap va mobiliser plus ou moins d'énergie pour progresser et vivre avec son handicap, soutenir les capacités des parents à faire face, ensemble, à la situation, il faudrait avoir pour objectif de maintenir la communication avec les parents, de repérer les souffrances de chacun, d'accompagner les parents tout en respectant leurs défenses et de reconnaître à l'enfant son statut d'être humain.

Il faut rester le plus humain possible et être à l'écoute des émotions, de la souffrance, des attentes, des parents. Accompagner ces parents, c'est tendre à améliorer la qualité de vie de ces familles. Accompagner ces parents, c'est être présents à leurs côtés et les aider lors des moments clefs et dans les différents domaines de la vie de l'enfant : scolarité et question de l'enseignement spécialisé, loisirs et intégration sociale, santé, passage vers la vie active... Les parents ont besoin de se sentir soutenus et entourés par leurs proches. De plus, il est possible pour les parents de rencontrer d'autres parents entre autres via les associations du monde du handicap.

Au Maroc les personnes en situation de handicap sont confrontées à l'exclusion, faute de prise en charge et de moyens d'existence décentes. L'exclusion des personnes handicapées a un impact négatif sur elles et leur entourage. Ses familles se sentent diminuées dans leur citoyenneté.

Les associations font un travail remarquable dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Ces associations facilitent l'accès aux soins auprès de ces personnes. Car la vie associative dans notre pays a vu émerger une nouvelle d'acteurs non gouvernementaux capables de contribuer de façon concrète à la démocratisation et au développement humain.

Au Maroc l'absence de formation dans le cursus des professionnels universitaires de médecine et de psychologie, car le devoir d'annoncer un diagnostic de déficience est aussi une épreuve pour le professionnel. Les associations au Maroc doivent faire des formations adéquates à ses personnels leur permettant de mener à bien des actions répondant aux besoins exprimés et attentes formulées par les personnes en situation de handicap et leur famille. Il est nécessaire aussi de faire des formations aux professionnels qui travaillent dans les services concernés pour acquérir une culture commune.

### Conclusion

Pour les parents, l'entrée dans le monde du handicap est une aventure inquiétante, inconnue. Ils avancent sans repères. Ils ont besoin de reconnaissance, d'écoute et d'information.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle, en générale, n'est jamais une partie de plaisir que ce soit pour la personne qui annonce ou celle qui reçoit l'information. L'annonce doit se faire avec délicatesse, avec des mots simples, expliquer la situation générale de l'enfant, la vérité, au rythme des parents. Il est important de se montrer disponible pour les parents et la famille, de les accompagner par après, de les aider à faire le deuil d'un enfant idéalisé. Il faut soutenir les parents et la fratrie qui souffrent du choc de l'annonce.

L'annonce du handicap représente un traumatisme familial face auquel les membres de la famille vont mettre en place des aménagements défensifs. Les parents sont obligés de se battre et d'effectuer une multitude de démarches pour lui trouver une place et lui assurer une intégration sociale. Dans certains articles, on trouve l'expression de famille handicapée qui exprime l'idée que la famille dans son ensemble subit les conséquences du handicap.

Les parents trouvent des compromis pour intégrer le handicap dans une cellule familiale reconfigurée. Les parents doivent faire face à de multiples difficultés et sont obligés de trouver des compromis et d'élaborer de véritables stratégies pour intégrer leur enfant à leur quotidien et concilier leur vie familiale, sociale et professionnelle.

Le soutien et l'accompagnement de la famille qui vont se mettre en place suite à l'annonce du handicap peuvent venir de la part des

professionnels mais aussi de la part des proches, famille élargie et amis. Il apparaît plus que nécessaire qu'un psychologue ou un thérapeute assure le suivi sur un plan émotionnel.

Actuellement, le nombre d'enfant handicapés n'a pas tendance à diminuer, malgré l'avancée de la médecine et des techniques diagnostics. De plus, toutes les classes sociales, économiques et culturelles sont touchées de la même manière. La naissance d'un enfant handicapé n'épargne donc personne. Les parents ne sont alors pas du tout préparés à vivre cet événement.

### Bibliographie

- Castro, D. (2005). Ça va pas fort à la maison. L'enfant et les soucis des grands. Albain Michel.
- Green, S.E. (2003). What do you mean what's wrong with her?: stigma and the lives of families of children with disabilities. Soc Sci Med 57 (8): 1361-74.
- Jalenques, I et Coudert, A.-J. (1992). Stress et fratrie de l'handicapé. Psychologie médicale, 24,3, 273-274.
- Jecker-Parvex, Maurice (2007). Nouveau Lexique sur le retard mental et les déficiences intellectuelles. Editions du SPC/SZH.
- Korff-Sausse, S. (2007). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. Reliance, n°26, pages: 22-29.
- Lamarche, C. (1987). L'enfant inattendu : comment accueillir un enfant handicapé et favoriser son intégration à la vie familiale et communautaire. Montréal, Boréal.
- Michel, F. (2009). « Handicap mental : crime ou châtement? » Presse Universitaire de France, Paris.
- Restoux, P. 2004. Vivre avec un enfant différent, France, Edition Hachette.
- Ringler, M. (2004). Comprendre l'enfant handicapé et sa famille. Paris, Dunod.
- Rufo, M. (2002). Frères et sœurs, une maladie d'amour. Fayard, 2002.
- Sausse, S. (2000). Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Paris. Calmann-Lévy.
- Zribi, G. Poupée-Fontaine, D. (2002). Dictionnaire du handicap, Rennes, Editions ENSP.

## HANDICAP ET EXCLUSION : ELEMENTS POUR CONTRIBUER AU DEBAT

**Ahmed El Bouazzaoui**

Enseignant chercheur en Psychologie Sociale  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat

Les questions à propos des personnes en situation de handicap ont suscité ces dernières années un intérêt particulier au Maroc; essentiellement au niveau institutionnel avec la ratification de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) et son protocole facultatif depuis avril 2009. De plus, la constitution de 2011 a été marquée par l'adhésion du Maroc dans le processus d'interdiction et de lutte à l'encontre de toute forme de discrimination à l'égard des personnes en situation de handicap en garantissant la jouissance de leurs droits politiques, économiques et sociaux.

En matière de politique publique, nous avons noté l'adoption d'un projet de loi cadre relatif à la protection des personnes en situation de handicap (en octobre 2014 par le conseil des ministres et en juin 2015 par la chambre des conseillers).

La dernière décennie a été marquée, certes, par des efforts tant de la part des secteurs étatiques que des militants associatifs pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap. Cependant, notre société connaît des évolutions à plusieurs niveaux ce qui nécessite un changement d'approches, de stratégies et d'outils de bonne gestion pour appréhender les questions relatives au handicap.

Autrement dit, les situations de handicap exigent, à notre sens, des travaux de recherche actualisés ainsi que des pratiques professionnelles qui se renouvellent en permanence.

Le présent travail s'inscrit dans cette dynamique sociétale centrée sur les questions concernant les personnes en situation de handicap.

Il comporte trois parties fortement liées. Nous identifierons en premier lieu deux concepts clés: le handicap et l'exclusion et comment ils s'articulent. Nous analyserons par la suite les éléments quantitatifs

avancés par l'enquête nationale sur le handicap au Maroc effectuée en 2014. Enfin, dans une troisième partie nous proposerons des pistes pour traiter du handicap et de proposer des pistes de réajustement et/ou de remédiation susceptibles de faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap.

### Handicap et exclusion : Eléments de définition

#### *Le handicap*

Etymologiquement le terme « handicap » peut être dérivé du terme « hand in cap » qui désignait un jeu au XVIème siècle en Grande-Bretagne (des concurrents se disputaient des objets dont la mise se trouvait au fond d'un chapeau). Ensuite ce terme a désigné le fait d'handicaper un concurrent sur les champs de courses afin de minimiser ses chances de succès par différents moyens.

Dans ce sens, Guidetti et Tourette, 2002, précisait qu'il n'existe aucune explication du passage de la limitation des capacités des chevaux à celles des Hommes.

Une des définitions les plus connues du handicap figure dans rapport Bloch-Lainé de 1967, qui précise que les personnes handicapées sont des personnes inadaptées à la société dont elles font partie. Il s'agit d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui, pour différentes raisons, plus ou moins graves éprouvent des difficultés variables selon les situations, à être et à agir comme les autres. Le même rapport ajoute que ces mêmes personnes sont handicapées parce qu'elles ont, selon leur état physique, mental, caractériel ou même leur situation sociale, des troubles constituant des handicaps pour elles. Autrement dit, il s'agit des faiblesses, des servitudes spécifiques par rapport à la normale ; celle-ci peut-être définie comme la moyenne des capacités et des chances de la majorité des individus vivant dans la même société.

L'OMS a donné dans un document publié en 1988 une définition plus globale : « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son

autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ».

En effet, la classification internationale des handicapés (CIH) de 1988 comporte trois niveaux :

- La déficience : elle se définit par « la perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet » (Inserm, 1988, p.83). En effet, le champ de la déficience est constitué de neuf catégories comme l'ont précisé Guidetti et Tourette, 2002 : déficience intellectuelle et les autres liées au psychisme, déficience du langage et de la parole,....
- L'incapacité (selon la même source, Inserm, 1988, p. 24) : « l'incapacité est la réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain ». Par exemple, l'incapacité de marcher. Elle peut être permanente ou provisoire, réversible ou non, progressive, stable ou régressive. Elle est souvent caractérisée par des modifications du comportement et des autres fonctions normalement attendues. En effet, l'incapacité concerne surtout ce que tout individu peut réaliser dans les relations qu'il entretient avec son environnement. De plus, cette incapacité regroupe en général sept catégories : le comportement, la communication, les sens corporels, la locomotion, l'utilisation du corps dans certaines tâches, les maladresses, les intolérances à certaines situations et celles qui concernent les aptitudes spécifiques (Dalla Piazza, 2001).
- Le handicap est défini comme un désavantage « qui, pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » (op.cit.

p.28). Dans ce sens, Guidetti et Tourette, 2002, précisent que cette définition du handicap met en avant une caractéristique essentielle qui est la discordance entre la performance ou l'état d'un individu et ce qui est attendu de lui, ce qui représente donc les conséquences personnelles, sociales ou économiques de la déficience et de l'incapacité. Autrement dit, le handicap est une sorte de « désavantage » dans la mesure où la personne handicapée est souvent confrontée à des normes de fonctionnement auxquelles elle ne peut répondre totalement à l'école, au travail, dans les transports en commun, etc.... En effet, ce désavantage est étroitement lié à l'aspect situationnel comme c'est le cas dans l'inaccessibilité des locaux (Plaisance, 2009). En outre, le handicap comprend six dimensions essentielles : l'orientation dans son environnement, le maintien d'une existence indépendante, la mobilisation efficace du corps, l'occupation du temps d'une façon normale (ou plutôt normative) en respectant le sexe, l'âge et la culture, la participation et le maintien des relations sociales et l'exercice d'une activité socio-économique (Dalla Piazzza, 2001).

### **L'exclusion**

Le verbe « exclure » est emprunté du latin « ne pas laisser entrer », « ne pas admettre », de « ex » (qui marque l'extériorité) et de claudere qui signifie « fermer ». Au XVIème siècle le terme exclusion prenait le sens de « tenir (quelqu'un) à l'écart de ce à quoi il pourrait avoir droit ». Un exclu est celui qui est tenu à l'écart, celui qui est fermé dehors et ne profitant pas des droits comme les personnes incluses.

Les liens symboliques qui entretiennent les termes « ouverture ou fermeture » posent essentiellement la question de la limite du seuil ; autrement dit, « le lieu où les protagonistes (individus, groupes ou sociétés) dépassent les bornes, agissent de façon intolérable, inacceptable, illégitime au regard des représentations sociales et des valeurs et pratiques culturelles collectivement admises » (Tap, 2005, p.66).

Le même auteur ajoute qu'être exclu au sens strict renvoie au fait de perdre ou se voir retirer une place, voire une position au sein d'un groupe ou d'une institution sans épargner les avantages qui peuvent y être liés ou associés : exclusion du logement, exclusion du travail...

En évoquant l'exclusion sous cet angle, nous sommes devant, au minimum, deux confusions ; d'une part, entre pauvreté et exclusion et d'autre part, entre deux aspects différents de la définition même de l'exclusion : mettre dehors et interdire l'accès.

### **Quels liens entre handicap et exclusion ?**

Si dans le registre sociopolitique la confusion entre pauvreté et exclusion est facilement repérable (dans les écrits et les discours politiques et administratifs), une telle situation doit interpellier les chercheurs et les acteurs préoccupés par les conditions de vie des personnes en situation de handicap.

Est-ce que les personnes en situation de handicap sont des exclues ? Ou autrement formulé, font-elles partie de la catégorie des exclus socialement ?

Notre réponse est double, d'un côté nous sommes tentés de répondre par l'affirmative et d'un autre par la négative. En effet, l'ambiguïté que revêtent ces réponses se reflète dans une large mesure dans l'ambiguïté de la société marocaine à l'égard des personnes en situation de handicap.

Notre volonté d'articuler exclusion et handicap ne s'inscrit pas dans un déterminisme de n'importe quel abord ; pour deux raisons essentielles :

- La première repose sur l'idée que la notion d'exclusion comme celle de handicap suppose l'existence de déterminants et de processus internes et externes. Toute personne vit des conditions difficiles en fonction de pressions aussi bien objectives que subjectives : à titre d'exemple toute les personnes en situation de handicap ne vivent pas les situations de précarité économique de la même façon et ne sont pas non plus toutes précarisées ou vulnérabilisées.

- La deuxième est que nous assistons, au niveau institutionnel, à une évolution du traitement et des préoccupations des conditions de vie des personnes en situation de handicap mais il n'en demeure pas moins que ces institutions sont appelées d'urgence à admettre que les inégalités qui touchent des personnes plus que d'autres ne sont pas uniquement attribuables aux individus, à leurs compétences, à leurs dispositions ou à leurs motivations mais qu'elles dépendent aussi des conditions économiques, sociales et culturelles assurées, offertes et/ou imposées aux citoyens marocains.

Dans le contexte que nous venons de décrire, nous privilégions de poser la question des processus d'exclusion. Dans ce sens, nous rejoignons l'idée avancée par Passevant (1999) qui analyse le lien entre exclusion, violence urbaine et souffrance. Pour lui, l'exclusion ne s'opère pas, ne se manifeste pas et ne se propage pas non plus dans un milieu de vie unique.

Aujourd'hui, nous assistons certes au Maroc à une augmentation du nombre de personnes vivants des situations économiques difficiles et qui se trouvent confrontées à plusieurs égards à la dégradation de leurs conditions de vie. Or, ce qui devient alarmant c'est que parmi elles, notamment en ce qui concerne les personnes en situation de handicap, certaines font face non seulement à des difficultés de vie mais à des « stigmatisations identitaires ».

## Enquête nationale 2014 : le handicap au Maroc-Analyse des chiffres clés

### Premiers constats

Selon les sources officielles, le taux national de prévalence du handicap est de 6,8 %. En d'autres termes 2.264.672 personnes ont déclaré avoir des incapacités de divers types et degrés, sur une population totale estimée à 33.304.000 selon les projections fournies par le Haut commissariat au plan en 2014. De plus, un ménage sur 4 comporte une personne en situation de handicap sur un total de 7.193.542. En outre, les mêmes sources ajoutent qu'il n'existe pas d'écart significatif entre le taux national de prévalence du handicap selon le sexe (6,7 pour les

hommes et 6,8 pour les femmes), ni selon le milieu de résidence (urbain ou rural, respectivement 6,66 et 6,99). Ce taux de prévalence du handicap s'avère également très élevé chez les personnes âgées de plus de 60 ans (33,7 %) contre 8,8 % pour les moins de 15 ans et 4,8 % pour la tranche d'âge des 15-59 ans.

Vu d'un autre angle, d'autres éléments quantitatifs nous paraissent essentiels pour avoir une vision plus ou moins complète du handicap dans le contexte marocain. Il s'agit en effet de deux précisions : la première est que les personnes mal voyantes ou non voyantes ainsi que celles à mobilité réduite sont les plus nombreuses parmi celles souffrant de handicap ; la deuxième est que près du tiers de la totalité de ces personnes ne souffrent pas seulement d'un handicap mais de deux.

Ces précisions nous permettent de questionner les politiques mises en place pour garantir l'accessibilité à plusieurs milieux de vie en faveur de plus d'un million de personnes mais surtout, en ce qui nous concerne, de faire le lien entre certains antagonismes intégration/exclusion, accessibilité/inaccessibilité...

Dans le présent travail, nous analyserons les éléments quantitatifs fournis par l'enquête de 2014 en nous centrant sur l'exclusion et l'inaccessibilité dans trois milieux de vie ; à savoir : le milieu scolaire, le milieu professionnel et le milieu relatif aux soins.

### **La scolarisation des personnes en situation de handicap (PSH)**

Le premier élément qui interpelle le chercheur et le praticien est que la majorité des PSH est sans niveau d'instruction (66,1 % soit 1.476.000 personnes dont 66,6 % de femmes). 9,5 % ont un niveau secondaire et uniquement 8,8 % sont parvenus à l'enseignement supérieur.

Il est vrai que le degré d'incapacité des PSH est significativement lié à leur scolarisation ; à titre d'exemple pour la tranche d'âge des 6-17 ans ayant un léger degré d'incapacité, le taux de scolarisation s'élève à 85,7 % soit 52 000 enfants.

Ces chiffres nous permettent d'avancer certains éléments de compréhension et d'explication.

Tout d'abord, et sans vouloir creuser les causes effectives de telles situations, nous constatons que le rôle socialisant du milieu scolaire est défaillant pour cette catégorie sociale. En effet, l'intériorisation des

normes et valeurs de la société véhiculées dans le milieu scolaire en tant que milieu spécifique (dans son mode de fonctionnement, ses objectifs) s'avère inaccessible pour une majorité des PSH. Dans ce sens, on se demande comment la PSH peut-elle faire avec une incapacité (ou plusieurs) conjuguée à une inaccessibilité à un lieu primordial pour son développement psychosocial (Bailleul et al., 2009 et Haddiya, 2014).

Ensuite, un élément quantitatif significatif précise que 89 % des PSH scolarisées ont fréquenté une école ordinaire, elles sont seulement 4,5 % parmi elles qui ont pu bénéficier d'un encadrement éducatif spécialisé et/ou spécifique dans des classes intégrées. A ce propos les raisons sont multiples : faible nombre des établissements spécialisés, concentration géographique de ces mêmes établissements, coûts financiers élevés. Dans ce sens, et d'un point de vue socio-psychologique, nous pensons qu'il est pertinent d'adopter une stratégie d'inclusion intégrative ; c'est-à-dire une dynamique permettant à des personnes atteintes de déficiences de rencontrer des personnes valides dans différents lieux (éducation, travail, loisirs, habitat ordinaire). Cependant les conditions de réussite d'une telle stratégie nécessitent la mise en avant de plusieurs impératifs à savoir :

- Réhabilitation des établissements scolaires accueillant des PSH
- Formation initiale et continue des enseignants aux problématiques du handicap et motivation
- Mise en place de partenariat entre centres de recherches et associations ou autres entités de professionnels afin de clarifier les zones d'ombres liées à certaines personnes en situation de handicap permettant ainsi de prendre des décisions pertinentes.

### ***L'insertion professionnelles des PSH***

L'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi sont considérés par plusieurs chercheurs comme un indicateur fort du degré d'intégration des PSH dans la société. Au Maroc, le taux d'emploi des PSH en âge de travailler est de 13,6 % (soit plus de 83 000 personnes sur une population proche de 612000 personnes). En effet, le taux d'emploi national se situe à 50 % alors que celui des PSH est trois fois plus faible, soit 13 %, selon le HCP (Le Haut Commissariat au Plan).

De plus, alors que le taux de chômage national avoisinait les 10,6 % en 2014, celui des PSH était 4 fois supérieur, soit 47,65 %.

Ces éléments nous interpellent pour plusieurs raisons : tout d'abord nous constatons que presque la majorité des PSH sont sans emploi. Les raisons sont multiples : les conditions de travail non aménagées, les représentations que les employeurs se font de cette catégorie de travailleurs (comme des personnes exigeant un effort considérable d'adaptabilité que l'entreprise ne peut garantir pour diverses raisons), le lien étroit entre formation professionnelle spécifique dédiée aux PSH pour occuper des emplois bien définis....

Pour toutes ces raisons nous sommes en droit de nous poser la question : est-il envisageable au Maroc de prendre en charge activement des PSH depuis la prime enfance et ce tout au long de leur vie ?

D'autre part, ces chiffres nous amènent à réfléchir autrement les modalités d'accompagnement des PSH lors de la recherche d'une formation adaptée, l'inclusion dans un milieu professionnel adéquat et le maintien d'un emploi permettant épanouissement et réalisation de soi.

Enfin, et toujours dans le même sens, les éléments quantitatifs que nous questionnons nous montrent à quel point l'exclusion des PSH s'avère continue du milieu familial jusqu'au milieu professionnel en passant par le milieu scolaire. Autrement dit, à l'exclusion qui existe dans divers milieux s'ajoute un processus de précarisation incontestable.

### ***Accès des PSH à la protection sociale et aux soins***

A ce stade d'analyse il reste à préciser la pertinence de porter un éclairage spécifique aux chiffres suivants :

Uniquement 34,8 % des PSH bénéficient d'un régime de protection sociale (Ramed 60,8%, CNSS 15,4 % et CNOPS 12,7 %). 15,2 % des PSH ont perdu leurs droits sociaux du fait de leur situation de handicap.

Les soins généraux que le système de santé marocain offre sont inaccessibles pour 60,8 % des PSH dont 62,8 % pour des raisons financières et 8,8 % pour cause d'éloignement des structures de santé. Ces chiffres permettent une lecture critique à trois niveaux.

Le premier questionne le sort de plus de 2/3 des PSH sans protection sociale. En effet, une telle situation remet en question les solidarités

sociales, institutionnelles ou autres qui influencent à notre sens la valorisation de soi chez les PSH qui passe par la reconnaissance de l'autre. Autrement dit, la PSH bénéficie-t-elle d'une couverture sociale lui procurant une valorisation et/ou une reconnaissance sociale.

Le deuxième niveau de lecture met l'accent sur un fait alarmant ; il s'agit de la perte de droit à la protection sociale provoquée par la situation de handicap. Dans ce sens, l'enjeu psychosocial est de taille : la privation d'un droit vital peut provoquer des incertitudes, des doutes, des sentiments d'injustice et des déceptions profondes qui influencent fortement le développement psycho-social des PSH. Si on ajoute à cela une inaccessibilité aux soins (pour presque les 2/3 des PSH), l'état psychique de ces personnes est consternant.

Le dernier niveau met implicitement en avant le lien entre exclusion, précarité (précarisation) et PSH. Il s'agit en fait d'une exclusion et d'une précarisation à multiples polarités : le milieu scolaire, le milieu professionnel et le milieu relatif aux soins. Cette multipolarité amplifie la situation des PSH. Ce qui nécessite de revisiter d'autres éléments d'explication liés particulièrement à certains processus psycho-sociaux plus ou moins importants. Nous aborderons ces éléments dans la partie ultérieure de ce travail.

### De nouvelles pistes pour traiter du handicap

Nous assistons depuis quelques années à une dynamique incontestable de reconnaissance et d'intégration sociale des personnes handicapées. La société marocaine actuelle reconnaît l'obligation de traiter cette catégorie sociale en termes d'égalité et de dignité. Ce mouvement de reconnaissance sociale fait partie des enjeux démocratiques que le royaume relève en offrant aux personnes démunies les mêmes droits que tout autre citoyens et en prenant en charge leurs besoins par le biais de projets de solidarité civile.

La lecture de l'article 3 de la convention sur les droits des personnes handicapées (ONU 2006) permet une nouvelle articulation des processus d'exclusion et des PSH. Cette nouvelle piste de réflexion questionne les stigmatisations identitaires dont souffrent la majorité des PSH. Il s'agit en fait de certains facteurs s'inscrivant dans l'évolution

des pratiques sociales et des systèmes de valeurs au Maroc. Un thème peu abordé par les chercheurs en sciences humaines.

Un premier facteur auquel nous portons un intérêt particulier est un antagoniste : « être soi » ou « être comme tout le monde, la réponse d'une PSH à cette situation s'avère complexe voire douloureuse puisqu'elle nécessite de faire avec trois processus fondamentaux du développement psycho-social :

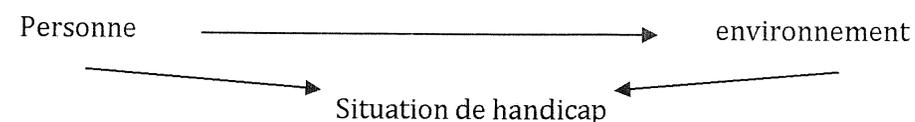
- Un processus d'identification et de banalisation c'est-à-dire être comme les autres
- Un processus de préservation de soi/de nous
- Une participation à plus que soi.

Si le caractère complexe d'une telle situation est facilement saisissable, la douleur parvient à notre sens quand la PSH rencontre et/ou affronte des situations qui comportent, explicitement ou implicitement, le refus de s'identifier à celui qui donne à voir de ses manques.

Un deuxième facteur qui découle du premier est l'ambiguïté voire l'ambivalence que revêt le regard des autres porté sur la PSH. En effet, plusieurs auteurs précisent, dans ce sens, que ce regard est souvent marqué par la curiosité, la pitié, la peur ou l'admiration. Si nous nous centrons sur les intervenants dans le domaine du handicap à titre d'exemple nous constatons que leur parcours commence par une sorte de curiosité. Certains parmi eux peuvent dépasser leur sentiment de pitié ou de compassion et parvenir aussi à se défaire de la peur d'être à la place de, d'être comme, de ne pas vouloir s'approcher d'une PSH.

Ces ressentis pluriels qui s'entremêlent parfois, n'empêchent pas l'admiration dont certains éducateurs spécialisés par exemple expriment à l'égard d'un exploit, d'une réussite, d'un acte héroïque effectué par une PSH.

Un dernier facteur permettant de porter un éclairage supplémentaire est que tout intervenant dans les divers domaines du handicap est appelé à creuser en permanence, à renouveler ses pratiques à la lumière d'un regard triadique.



Autrement dit, la prise en compte de la complexité du rapport de toute PSH à son handicap et aux différentes composantes de l'environnement dans lequel elle est appelée à évoluer.

De plus, tout intervenant est amené à démêler en permanence au moins trois polarités : l'identité personnelle des PSH et ses caractéristiques propres, les représentations d'autrui et la mise en mot de la situation : handicap, déficience, différence ou singularité et diversité.

Dans ce contexte complexe, nous préconisons une façon de faire centrée sur trois éléments interdépendants :

- Permettre à la PSH de donner sens et valeurs à ses propres expériences pour nourrir la volonté de confronter tout risque d'exclusion.
- Travailler avec la PSH la mise en avant, la capitalisation et la valorisation de ses compétences, ressources et potentialités.
- Cette démarche d'intégration globale peut se concrétiser par la mise en place de projets à la fois réalisables et ambitieux centrés essentiellement sur l'activité de PSH comme la personne concernée par excellence.

Les stratégies d'intégration des PSH permettant de confronter toute forme d'exclusion est un enjeu sociétal qui interpelle tous les acteurs sociaux au Maroc. Ainsi, de nouveaux travaux de recherches sont-ils envisageables pour préciser d'autres critères à prendre en compte avant la mise en place de toute démarche intégrative.

## .Bibliographie

- Bailleul, M. et al. (2009). *Ecole et handicap : de la coexistence à la reconnaissance*. Paris, SEDEL.
- Bloch-Lainé (1967). *Rapport sur le handicap*
- Dalla-Piazza, S. (2001). *Handicap et déficience de l'enfant*. Bruxelles, De Boek uiversité.
- Guidetti, M. et Tourette, C. (2002). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. A. Colin, Paris.
- Haddiya, E. (2014). *Jeunesse, éducation et changement social*. Rabat Net, Rabat.
- Haddiya, E. (1995). *Processus de la socialisation en milieu urbain au Maroc*. Faculté des lettres et sciences humaines. Rabat.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (1988). *Classification internationale des handicapés : déficiences, incapacités et désavantages*, traduction INSERM, Paris. CTNERHJ (diffusion PUP). 2<sup>ème</sup> édition 1993.
- ONU (Organisation des Nations Unies), (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. N° 19.
- Passavant, R. (1999). *Les flammes de l'exclusion*, Paris. Le temps des cerises.
- Plaisance, E. (2009). Former et accueillir les élèves en situation de handicap in *Recherche et formation*, n° 61, p. 59.
- *Rapport détaillé enquête 2014 sur le taux de prévalence du handicap au Maroc*. Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social.
- Tap, P. (2005). Identité et exclusion. *Connexions*, vol. n° 83, n° 1, 2005, pp. 53-78.

## Les Programmes Comportementaux pour la Prise en Charge de l'Autisme

**Mounia HAMRAOUI**

Professeure chercheuse en psychologie clinique  
Université Mohammed V, Rabat

### Résumé :

L'autisme est un handicap fréquent et majeur qui conduit, dans ses formes les plus graves, à un déficit important des capacités de relations, d'interactions sociales et de la communication verbale et non verbale, à des troubles du comportement, avec des modalités de comportement et des centres d'intérêt restreints et/ou stéréotypés et une peur à l'égard de l'imprévu et de l'inconnu. Malgré l'existence de caractéristiques communes, les syndromes autistiques se manifestent par une très grande hétérogénéité. Ainsi, à un extrême, le handicap peut être profond, avec une absence totale de communication verbale, et à un autre extrême, l'existence d'une relative autonomie à l'âge adulte peut être parfois associée à des capacités intellectuelles hors du commun.

Depuis quelques années, il suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie. L'autisme reste cependant délicat à aborder car il est au croisement de nombreux sujets tels l'intelligence, le langage, la communication, les interactions sociales et bien d'autres.

À l'heure actuelle, le traitement comportemental est celui qui est considéré par la communauté scientifique comme étant le plus efficace. Les programmes favorisant les interventions comportementales ne considèrent pas le trouble autistique comme un trouble intrapsychique mais comme un ensemble de comportements qui sont soit en déficit (imitation, langage, habiletés sociales...) ou en surplus (autostimulation, automutilation, crise de colère...). Ce sont les procédures opérantes qui sont utilisées lors de ces traitements pour aider les enfants à apprendre

les comportements appropriés et diminuer ou contrôler leurs comportements inadéquats.

Dans cette communication, nous traitons des programmes comportementaux pour la prise en charge des syndromes autistiques, en particulier :

- le programme U.C.L.A. Young Autism Model of Service Delivery de Lovaas qui est un programme de stimulation précoce pour les jeunes enfants autistes,
- le programme vocationnel pour adultes, élaboré par Smith, Belcher et Juhrs en 1995 qui aide les jeunes autistes à s'insérer dans un milieu de travail répondant à leurs besoins et favorisant leurs caractéristiques personnelles
- et l'A.B.A (Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement) qui se concentre sur le comportement manifeste plutôt que sur des états mentaux supposés, et cherche à identifier ce qui, dans l'environnement, influence le comportement des individus.

**Mots clé :** Syndromes autistiques, programmes comportementaux, A.B.A, méthode Lovaas

## Introduction

L'autisme, handicap fréquent et majeur, suscite depuis quelques années l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de la psychologie mais aussi le grand public (probablement plus fortement depuis le film *Rain Man* campé par Dustin Hoffman). L'autisme reste cependant délicat à aborder car il est au croisement de nombreux sujets tels l'intelligence, le langage, la communication, les interactions sociales et bien d'autres.

Aujourd'hui, plus de soixante ans après la première description de l'autisme, le pluriel (autismes) ou l'utilisation des termes "**syndromes autistiques**" ou "**troubles envahissants du développement**" sont considérés comme les plus appropriés pour désigner ce handicap.

Nous nous consacrerons ici particulièrement à l'autisme en tant que catégorie particulière des Troubles Envahissants du Développement qui comprennent également, selon les diverses classifications (DSMIV, CIM 10, ...), le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, l'Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le Syndrome d'Asperger et les autres troubles envahissants du développement.

Il reste que malgré l'existence de caractéristiques communes, les syndromes autistiques se manifestent par une très grande hétérogénéité. Ainsi, à un extrême, le handicap peut être profond, avec une absence totale de communication verbale, et à un autre extrême, l'existence d'une relative autonomie à l'âge adulte peut être parfois associée à des capacités intellectuelles hors du commun.

## Aspects cliniques de l'autisme

### Nosographie

Le mot autiste vient de la racine grecque *autos* qui signifie "soi-même". Il a été employé pour la première fois en 1911 par le psychiatre suisse E. BLEULER, lorsqu'il a décrit les symptômes de patients schizophrènes repliés sur eux-mêmes. Les troubles autistiques ont certainement été repérés bien avant leur description par KANNER et ASPERGER, comme en attestent les écrits sur les enfants qualifiés au XIXème siècle "idiots" ou encore comme atteints de démences précoces, voire précocissimes.

C'est finalement KANNER, éminent psychiatre américain, qui publie en 1943 un article princeps dans lequel figure la description clinique de 11 enfants présentant des troubles autistiques du contact affectif (KANNER, 1943). Ces enfants présentaient un ensemble de symptômes particuliers que Kanner a regroupé en sept caractéristiques essentielles : la solitude, les obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, l'écholalie, une sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limitée, une intelligence normale. Kanner utilise alors le terme d'autisme en référence à la sémiologie de la schizophrénie décrite par BLEULER. Tout en soulignant chez les enfants leur tendance extrême au repli sur soi malgré une apparence intelligence, KANNER la distingue immédiatement de celle observée dans la schizophrénie ou la rupture de contact est plus massive.

Peu de temps après, ASPERGER (1944), pédiatre autrichien (d'origine viennoise comme KANNER), publie sa thèse d'habilitation aux fonctions de professeur. Sans avoir, à priori, connaissance des cas publiés par KANNER, il y décrit les cas de quatre jeunes garçons chez qui il repère une maladresse et dans contexte où les enfants en difficulté étaient souvent laissés de côté. Asperger insiste sur la possibilité des enfants qu'il décrit d'accéder à l'éducation et de progresser socialement. La publication d'ASPERGER est restée longtemps méconnue, probablement du fait de sa rédaction en langue allemande mais aussi du contexte de guerre mondiale. C'est finalement WING (1981) qui fait connaître ce syndrome en décrivant plusieurs cas cliniques. Cette publication intervient juste après que l'autisme ait été classé par le DSM III comme un trouble global du développement et non plus comme une psychose.

Cette publication marque le début d'une croissance exponentielle des articles publiés sur l'autisme de haut niveau et des recherches effectuées sur les problématiques reliées. Plus tard, le DSM IV (1996) intègre l'autisme et le syndrome d'Asperger parmi les "troubles envahissants du développement", cette catégorisation étant également retrouvée dans la 10 version internationale des maladies (OMS CIM10, 1992), avec une bonne correspondance entre deux systèmes classificatoires. Plus récemment, la classification française des troubles mentaux et de l'adolescent (MISÈS, QUEMADA, BOTBOL et al., 2002) a fait

référence, elle aussi, aux notions de troubles envahissants du développement (TED), de syndrome d'Asperger.

L'autisme est présent dès les premières années de la vie, envahit tous les aspects du développement de l'enfant et dure toute la vie. Lorsqu'un individu présente les caractéristiques de l'autisme mais sans retard cognitif significatif ni retard de la langue, son "autisme" est appelé par convention syndrome d'Asperger. Lorsqu'un individu présente des caractéristiques propres à l'autisme, mais en nombre ou en intensité insuffisante, son "autisme" est qualifié TED (troubles envahissants du développement) non autrement spécifié.

L'autisme est donc caractérisé par une grande hétérogénéité syndromique, d'où le terme fréquent de trouble du spectre autistique qui recouvre l'autisme, le syndrome d'Asperger et les TED non autrement spécifiés.

Une grande partie de la variabilité phénotypique de l'autisme semble liée notamment au niveau d'efficacité intellectuelle (AUSSILLOUX, BAGHDADLI, 2008). Si Kanner dans sa publication princeps considérait que les enfants atteints de troubles autistiques du contact affectif étaient normalement intelligents, il a été montré depuis que beaucoup d'entre eux ont un retard mental, celui-ci pouvant être sévère. FOMBONNE (2003) indique que dans l'autisme, la proportion médiane de sujets avec retard profond est de 30% et qu'elle est de 40% pour les sujets avec retard profond.

Ce même auteur donne un taux médian de 30% pour les cas d'autisme sans retard mental. La prévalence du retard mental apparaît plus faible, autour de 12% dans les TED-Nas et, par définition, il n'y a pas de retard mental dans le syndrome d'Asperger [9]. Ainsi, comme cela a été rappelé récemment par la Haute Autorité de la Santé en France (HAS, 2010) la prévalence des TED sans déficiences intellectuelles est estimée actuellement autour 30/10.000, ces données étant issues d'études étrangères en l'absence d'études épidémiologiques françaises.

Le syndrome d'Asperger est actuellement inclus dans les classifications médicales parmi les TED comme une entité distincte de l'autisme (CIM10, DSM IV) sans que des différences cliniques significatives avec l'autisme sans retard mental soient démontrées (VOLKMAR, LORD, BAILEY,

SCHULTZ, KILN, 2004). Les différences entre syndrome d'Asperger et autisme de haut niveau apparaissent surtout quantitatives et ayant tendance à s'atténuer avec l'âge, les deux tableaux sont souvent englobés sous l'appellation de TED sans retard mental (TED-SRM) (DE SPIEGELEER, APPELBOOM (2007).

### Classification de l'autisme selon DSM IV et CIM 10

Dans deux systèmes de classification que sont le DSM IV et la CIM 10, l'autisme est défini par des altérations qualitatives dans les interactions sociales réciproques et les différents modes de communications, des intérêts au caractère restreint et des comportements, répétitifs et stéréotypés. Ces anomalies qualitatives sont habituellement associées à l'attention, l'agressivité ou encore l'agitation, qui renforcent les difficultés interactives.

#### Définition de l'autisme selon le DSM-IV

La définition mondialement reconnue de l'autisme s'inspire principalement du DSM-IV, publié en 1996. Les caractéristiques essentielles en sont "un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts". Les manifestations du trouble varient grandement selon le stade de développement et l'âge chronologique de la personne. Les personnes autistes qui fonctionnent à un niveau plus élevé continuent toutefois d'éprouver des problèmes dans les sphères de développement mentionnées plus haut.

A) Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3).

1. Altération qualitative des interactions sociales, comme témoignent deux des éléments suivants :
  - (a) altération marquée dans l'utilisation, pour régulariser les interactions sociales, les comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes;
  - (b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement;

- (c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par ex : il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent);
  - (d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.
2. Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
    - (a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique);
    - (b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui;
    - (c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique;
    - (d) absence d'un jeu de "faire semblant" varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.
  3. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
    - (a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation;
    - (b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels;
    - (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par ex : battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexe de tout le corps);
    - (d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.
- B) Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants : (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.
- C) La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ou de Trouble désintégré de l'enfance.

### Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84.0) CIM-10

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

- 1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;
- 2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques;
- 3) Jeu fonctionnel ou symbolique.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

- 1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :
  - a) Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales,
  - b) Incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions,
  - c) Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui, ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs,
  - d) Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple, ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent) ;
- 2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants
  - a) Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique,

- b) Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint),
  - c) Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases,
  - d) Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou, dans le jeune âge, absence de jeu d'imitation sociale ;
- 3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :
- a) Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation,
  - b) Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,
  - c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps),
  - d) Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).
- C. Le tableau clinique n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement : trouble spécifique de l'acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ou trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement ; schizophrénie (F20) de survenue inhabituellement précoce ; syndrome de Rett (F84.2).

### Evolution et facteurs pronostiques

La question de l'évolution et du pronostic des enfants qui reçoivent un diagnostic d'autisme est essentielle pour eux, leur famille et les

professionnels qui les accompagnent. Pourtant, l'évolution des personnes avec autisme est mal connue, probablement en raison du peu d'études prospectives permettant de suivre des cohortes sur de longues périodes et d'identifier leurs trajectoires évolutives depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Globalement, l'impression qui domine est celle de progrès pour la plupart des enfants, depuis l'heure du premier diagnostic (BAGHDADLI et al., 2008). Ces progrès pourraient être plus marqués pour les générations actuelles qui ont bénéficié de traitements plus précoces et plus spécifiques, c'est-à-dire davantage centrés sur leurs difficultés socio communicatives.

Cependant, les études disponibles confirment l'idée que l'autisme et ses conséquences en termes de handicap adaptatif sont durables, y compris dans les formes sans retard mental. Ainsi, si la plupart des enfants avec un autisme de haut niveau ou un syndrome d'Asperger ont eu accès à une scolarité ordinaire, très peu à l'âge adulte font des études supérieures, moins de la moitié exerce une activité professionnelle salariée et moins de 30% sont en habitat autonome (TSATSANIS, 2003). Ainsi, malgré les traitements proposés, le diagnostic reste stable pendant la vie, ce qui incite à une réflexion sur un accompagnement des personnes avec autisme, prenant en compte les spécificités de leur âge et de leurs tableaux cliniques.

Les facteurs pronostiques identifiés pour le moment sont le niveau d'intelligence mesuré dans l'enfance et la capacité d'utiliser un langage oral (BAGHDADLI et al., 2008). Ainsi, les enfants qui ont un retard sévère et pas de langage oral évoluent vers les formes les plus handicapantes du spectre autistique. Ces facteurs bien que consensuels restent globaux, pour ne pas dire grossiers, et n'expliquent qu'une petite partie de la variabilité des trajectoires évolutives. Le rôle de variables cognitives ou cliniques plus fines (par exemple, les capacités métacognitives ou encore la présence de co-morbidités médicales) n'est pas connu, car elles sont rarement intégrées dans les suivis de cohorte. En outre, l'impact des thérapeutiques sur l'évolution de personnes atteintes d'autisme reste l'objet du débat (BAGHDADLI, ibid.).

Les recherches sur la plasticité neuronale ont incité les professionnels à considérer les interventions précoces comme des facteurs susceptibles d'influencer le développement des enfants avec autisme. Depuis la

publication des travaux princeps de LOVAAS (1987), l'intensité des interventions précoces et le fait qu'elles se situent dans une approche comportementale sont aussi souvent présentés comme des aspects nécessaires à leur efficacité.

D'autres travaux mettent en avant l'intérêt de programmes construits en référence à l'approche cognitivo-comportementale (tel le programme TEACCH) (ALDRERD, GREEN, ADAMS, 2004). Plusieurs revues de la littérature [BAGHDADLI, PICOT, MICHELON et al., 2007] s'accordent à souligner l'utilité des interventions utilisant les principes de la psychologie cognitive et comportementale pour améliorer l'évolution des enfants avec autisme, mais aucune n'affirme que leur efficacité est supérieure à celle d'autres types d'interventions.

## Description Clinique

### Altération qualitative des modes de communications

Malgré la présence d'un langage pouvant être de bonne qualité sur le plan formel (bonne mobilité du stock lexical, construction syntaxique élaborée), les personnes avec TED-SRM sont souvent en grande difficulté dans l'organisation et la structuration de leurs échanges conversationnels.

Parmi les facteurs explicatifs, il faut souligner l'existence de problèmes de communication, tant sur le versant expressif que sur le versant réceptif (compréhension, perception) de celle-ci. En effet, les attitudes, les gestes, les regards et les mimiques faciales soutiennent et contribuent fortement à l'intelligibilité du discours et à la clarté de l'échange conversationnel. La capacité à les observer, à les décrypter et à les interpréter à bon escient est par conséquent indispensable. L'altération de ces comportements ou l'incapacité de les décoder, comme c'est le cas dans les TED-SRM, produisent des perturbations sévères des relations avec autrui. Ainsi, l'inadéquation ou parfois l'absence de regards, de mimiques faciales (ou les difficultés dans leur compréhension) ou encore une gestualité inappropriée, comme cela est observable chez les personnes avec autisme, court-circuitent leurs possibilités d'interaction sociale.

Les singularités vocales souvent présentes (au plan de la prosodie émotionnelle, du timbre de la voix ou de son intensité) ou encore un manque d'ajustement ou de flexibilité dans les aptitudes conversationnelles augmentent les difficultés relationnelles. La compréhension du langage est également souvent littérale, au premier degré et les notions implicites fréquentes dans une conversation ne sont pas perçues.

Les conséquences sont d'autant plus graves que ces perturbations s'installent tôt dans leur développement et que les enfants avec de telles difficultés vont perdre des opportunités d'interactions qui pourraient leur permettre un apprentissage social. S'installe alors un véritable "cercle vicieux", lié au fait que des difficultés interactives "innées" sont renforcées par l'évitement des situations sociales anxiogènes.

### **Intérêt restreint, comportements répétitifs**

Les personnes avec TED-SRM abordent le monde avec une curiosité singulière pouvant les conduire à se focaliser excessivement sur des intérêts qui prennent alors un caractère restreint. Elles développent également des comportements répétitifs, stéréotypés pouvant être perçus comme des troubles obsessionnels compulsifs.

Ces aspects peuvent être source de comportements non adaptés socialement et de troubles pragmatiques. A titre d'illustration, des thématiques récurrentes (intérêt restreint pour les insectes, par exemple) peuvent envahir le discours de la personne sans que le contexte et le statut social de l'interlocuteur soient pris en compte. Par ailleurs, des conduites motrices "gênantes" pour la personne ou son environnement peuvent survenir (mouvements de flapping des mains, balancements).

### **Fonctionnement sensoriel**

Les particularités perceptives des personnes avec autisme sont souvent sous-évaluées, alors qu'elles donnent lieu à beaucoup d'inconfort au plan sensoriel et sont probablement responsables de nombreux troubles du comportement et d'anxiété. Ces particularités sont liées à des troubles de la modulation sensorielle, c'est-à-dire des difficultés de régulation et d'organisation des comportements en réponse aux

informations sensorielles. De ce fait, peuvent exister des hyporéactivités (méconnaissance ou réponse lente à un stimulus), des hyperréactivités (réaction exagérée, prolongée à un stimulus) ou encore la recherche exagérée de stimulations sensorielles.

Toutes les fonctions sensorielles peuvent être concernées (somesthésique, visuelle, auditive, vestibulaire, tactile et gustative) et les troubles fonctionnels peuvent n'être compris par l'environnement que comme des troubles du comportement. Ainsi, les mains posées longuement sur les oreilles et une agitation peuvent traduire une hyperacousie, des mouvements latéraux de la tête une recherche de stimulations visuelles ou labyrinthiques, le retrait brutal de la main une irritation tactile. De façon peut être moins perceptible au plan des comportements observables, mais avec des conséquences négatives au plan cognitif, certaines personnes avec autisme souffrent excessivement du brouhaha dans une salle pleine de monde, une cour de récréation ou un grand magasin par exemple. Il s'ensuit souvent chez eux fatigue, anxiété et évitement.

Ces particularités dans la perception de l'état du corps nous semblent particulièrement importantes quand elles sont replacées dans le cadre théorique récent des émotions proposé par DAMASIO (2003). Ce neurologue américain a réactualisé les théories de JAMES-LANGE, d'abord très controversées puis oubliées, qui accordaient une place principale au corps dans la genèse des émotions. Pour DAMASIO (1995), le corps n'est pas bien sûr la seule entité sur laquelle se fonde l'expérience émotionnelle, un autre élément clé étant l'analyse cognitive. DAMASIO donne d'ailleurs des exemples cliniques de plusieurs patients souffrant d'asomatognosie (liée à des lésions cérébrales impliquées dans l'encartage des états du corps) et à laquelle sont associés des déficits émotionnels. Nous pouvons envisager la possibilité que les modifications de la perception de l'état du corps dans l'autisme soient également associées à une modification du niveau émotionnel.

### **Particularités des cognitions et des émotions**

Le fonctionnement intellectuel des personnes avec trouble envahissant du développement se situe dans la zone normale, c'est-à-dire que les notes de QI mesuré aux épreuves psychométriques conventionnelles

sont au-dessus d'une note de 70. Cette apparente normalité s'associe en réalité à une forte hétérogénéité entre les différentes dimensions de l'intelligence. Par ailleurs, les TED-SRM sont marqués par un retard adaptatif important caractérisé par des difficultés dans les dimensions de la socialisation, de la communication et de l'autonomie. Les hypothèses actuelles relient ces difficultés aux particularités du fonctionnement métacognitif (SPERANZA, M., 2009). Parmi ces particularités, il est spécialement souligné les troubles de l'expression émotionnelle, de la reconnaissance visuelle des émotions faciales ou encore ceux de la lecture des situations sociales (GOLAN, BARON-COHEN, 2008). Il est aussi évoqué le défaut de théorie de l'esprit, faisant ainsi référence aux difficultés d'attribution des états mentaux (intentions, croyances, désirs), mais ces difficultés ne sont pas spécifiques à l'autisme et sont retrouvées dans d'autres troubles du développement ou dans des pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie (HAS, 2010).

Les fonctions exécutives, c'est-à-dire la capacité à planifier mentalement les séquences d'une action, sont également troublées (HAS, 2010). D'autres particularités, notamment au plan de la perception sensorielle (GERRARD, RUGG, 2009), sont considérées comme liées aux troubles adaptatifs et susceptibles de se traduire par une forte anxiété.

### Les programmes comportementaux

Les succès qui semblent être les plus importants dans le traitement des autistes sont rapportés par les chercheurs qui utilisent les techniques comportementales comme mode de traitement : ANDERSON, CAMPBELL et O'MALLEY CANNON (1996); EGEL (1996); LOVAAS (1996) ; ROMANCZYK, MATEY et LOCKSHIN (1996).

Les programmes favorisant les interventions comportementales ne considèrent pas le trouble autistique comme un trouble intrapsychique mais comme un ensemble de comportements qui sont soit en déficit (imitation, langage, habiletés sociales...) ou en surplus (autostimulation, automutilation, crise de colère...). Ce sont les procédures opérantes qui sont utilisées lors de ces traitements pour aider les enfants à apprendre les comportements appropriés et diminuer ou contrôler leurs comportements inadéquats.

### Le Programme UCLA Young Autism Model of Service Delivery

#### Procédure UCLA - YAMSD

Le programme U.C.L.A. Young Autism Model of Service Delivery (UCLA-YAMSD) de LOVAAS est un programme de stimulation précoce pour les jeunes enfants autistes. Les enfants admis doivent être âgés de moins de 4 ans. Le programme est structuré et intensif, il s'échelonne sur plus de trois ans, 12 mois sur 12, à raison de 40 heures par semaine. Plusieurs évaluations sont effectuées : au début (Autism Diagnostic Interview Revised A.D.I.-R et Independant Diagnosis de Rutter et al) ; ensuite à 3 et 6 mois de traitement et à la fin de celui-ci (BAYLEY, WESCHLER, VINELAND entre autres). LOVAAS et ses collaborateurs ont créé un instrument d'évaluation permettant de mesurer le taux d'acquisition de l'enfant. Le Early Learning Measure (FIRESTONE, 1982) utilisé avant le traitement et trois mois plus tard, permet de préciser aux parents si les interventions privilégiées à l'intérieur du traitement fonctionnent ou non auprès de leur enfant.

Le traitement s'effectue au domicile de l'enfant lors des premières années ; par la suite, il s'étend dans la communauté. Les parents sont présents tout au cours du traitement, ils doivent appliquer le traitement auprès de leur enfant. Le traitement est géré par un psychologue clinicien, la supervision clinique s'effectue par les thérapeutes seniors et le travail auprès des enfants se fait par des éducateurs. Ceux-ci reçoivent une formation intensive de six mois comprenant l'apprentissage des techniques de modification du comportement et les objectifs du programme (il semble difficile de croire qu'une "méthode miracle" vienne à bout d'un syndrome si complexe que l'autisme en moins d'une année).

Suite au processus d'évaluation, le plan d'intervention est défini selon les forces et les faiblesses de l'enfant. Généralement, lors de la première année, le but du traitement consiste à :

- réduire l'automutilation et les comportements agressifs,
- apprendre à l'enfant comment faire des demandes verbales élémentaires,
- enseigner l'imitation,
- établir des jeux appropriés avec les jouets,

- promouvoir l'extension du traitement dans la famille.

Durant la seconde année, le traitement met l'accent sur l'enseignement du langage expressif et abstrait. Le traitement s'étend jusque dans la communauté de l'enfant en vue de l'intégrer dans un groupe préscolaire. Dans la troisième année, l'enfant apprend l'expression émotive et les tâches pré-académiques comme la lecture, l'écriture, les mathématiques et l'apprentissage par observation en vue d'être intégré dans une classe ordinaire. Au début du traitement, les séances sont individualisées, puis l'enfant est appelé à généraliser ses acquis avec des personnes différentes et à l'intérieur de différents contextes. Les comportements perturbateurs sont observés et analysés. Puis, des interventions spécifiques sont employées pour les réduire et les éliminer.

### Résultats du programme UCLA - YAMD

Les résultats du programme sont impressionnants s'ils sont pris au pied de la lettre. Neuf enfants appartenant au groupe expérimental sont parvenus à un fonctionnement normal dans une classe ordinaire, ils ne présentent aucun déficit intellectuel ou comportemental et leur langage est considéré comme fonctionnel (soit 47% des enfants). Huit enfants du même groupe ont été acceptés dans une classe de première année pour enfants ayant des problèmes d'aphasie perte de la parole ou de la compréhension du langage, (soit 42%). Ces huit enfants ont obtenu en moyenne un score d'intelligence de 70. Seulement deux enfants (soit 10%) sont placés dans une classe pour enfants autistes et ayant un retard intellectuel profond selon les études de LOVAAS de 1987. Cinq ans plus tard, une relance est effectuée et les résultats semblent se maintenir.

Suite aux impressionnants résultats obtenus, plusieurs chercheurs effectuent des critiques et mentionnent que les résultats ne reflètent pas l'amélioration du fonctionnement cognitif mais plutôt l'amélioration de la compréhension et l'obéissance aux consignes (SCHOPLER, SHORT et MESIBOV, 1989). Ces auteurs amènent des questions concernant la sélection des sujets : pas de diagnostic à partir de tests standards et âge de diagnostic trop précoce pour être fiable. Il semble donc impossible de déterminer si les changements notés sont attribués à une intervention individualisée ou à des techniques comportementales spécifiques.

Toujours selon ces auteurs, aucune reproduction comparable du projet d'étude de LOVAAS n'a été faite. Toutefois, EISEKETH (1995), qui reproduit totalement le programme de LOVAAS de 1987, précise que les enfants participant au Early Intervention Project à Oslo améliorent leurs comportements de 20% et ce en moins d'un an d'intervention. Tout comme le programme TEACCH, ce programme inclut tous les critères maximisant les interventions. Sans prétendre à une complète "guérison", ce qui est en totale contradiction avec la donnée universellement reconnue que presque aucun enfant autiste ne guérit de son état, on peut toutefois attendre certaines améliorations non négligeables de ce type de programme.

### Le programme vocationnel pour adultes.

Ce programme comportemental élaboré par SMITH, BELCHER et JUHRS en 1995 privilégie des interventions pour des patients adultes âgés de plus de 21 ans. Ce programme aide les jeunes autistes à s'insérer dans un milieu de travail répondant à leurs besoins et favorisant leurs caractéristiques personnelles. Les besoins des personnes autistes, mêmes s'ils ont des difficultés à les exprimer, sont les mêmes que ceux des autres personnes dites "normales". Ils ont besoin de sources d'intérêt, d'avoir la sensation de pouvoir faire quelque chose de leurs mains et de leur vie, d'avoir une certaine estime d'eux mêmes...Les milieux de travail sont divers tels que le travail de bureau, les ateliers de recyclage, les marches d'alimentation, les bibliothèques, etc.

Pour intégrer le programme, plusieurs évaluations sont effectuées telles que des évaluations standardisées mesurant les habiletés académiques, langagières, sociales, motrices et vocationnelles. Des rencontres avec les parents et l'observation des comportements de la personne autiste ont lieu afin d'orienter le patient vers un milieu de travail adéquat. Le programme est intensif, il peut s'effectuer sur cinq jours par semaine à raison de huit heures par jour. Plusieurs techniques de modification du comportement sont employées comme les consignes claires et précises, les jeux de rôle, les indices physiques, visuels et verbaux, la généralisation des apprentissages avec d'autres intervenants, d'autres moyens et dans d'autres milieux de travail.

Les renforçateurs sont aussi utilisés pour maintenir la motivation de la personne autiste. L'analyse comportementale appliquée est employée pour considérer les comportements perturbateurs. Pour ce faire, la problématique est ciblée, une évaluation fonctionnelle du comportement est faite et la sélection des stratégies est élaborée. Les antécédents comportementaux, l'environnement et les contingences sont contrôlés. Des stratégies alternatives aux comportements inadéquats sont mises en place et l'extinction des comportements inappropriés est favorisée. Une rétroaction concernant les comportements inadéquats est effectuée par la suite afin de prévenir de tels comportements.

Le programme est structuré et aide la personne autiste à gérer son travail et ses comportements. Premièrement le personnel travaillant avec la personne autiste est encadré et supervisé. Puis, plusieurs mesures sont favorisées pour aider le jeune autiste à effectuer son travail comme l'horaire de travail, la décomposition du travail en unités plus simples, la structure naturelle des lieux... Des techniques aidant à gérer les comportements sont implantées telles que l'auto-cotation de la production et de la précision du travail, l'autogestion des comportements et l'auto-renforcement.

Le plan d'intervention se base sur les sphères suivantes :

- les prérequis au travail,
- les habiletés de communication,
- les habiletés sociales,
- la réponse aux consignes verbales,
- les habiletés académiques fonctionnelles,
- le style d'apprentissage,
- les préférences vocationnelles,
- la gestion des comportements perturbateurs.

Ce programme étant assez récent, nous ne possédons pas les données à propos des résultats obtenus, des instruments d'évaluation utilisés ou des évolutions personnelles des différents individus, cependant il paraît clair que ce type de programme ne peut être qu'une avancée dans le domaine des adultes autistes.

## **Analyse Appliquée du Comportement (Applied Behavior Analysis ABA)**

### **L'ABA comme résultat de la psychologie comportementale**

L'analyse appliquée du comportement est une branche de la psychologie qui s'appuie sur les principes de l'apprentissage pour résoudre des problèmes de santé mentale et pour améliorer la façon dont les individus agissent au quotidien. L'ABA se concentre sur le comportement manifeste plutôt que sur des états mentaux supposés, et cherche à identifier ce qui, dans l'environnement, influence le comportement des individus. La relation fonctionnelle entre les événements spécifiques qui précèdent et suivent certains comportements est analysée afin de développer des procédures qui augmentent les comportements désirés et diminuent ceux qui ne le sont pas. L'ABA peut être utilisé dans tout type de situations, avec tout type de populations et de groupes d'âges et permet d'améliorer de nombreux comportements, parmi lesquels les compétences sociales.

L'ABA utilise des stratégies fondées sur la théorie de l'apprentissage. Le "conditionnement opérant", une forme d'apprentissage communément associé à Skinner, se fonde sur la manipulation systématique des conséquences des comportements pour changer leur taux d'apparition dans le futur. Le comportement qui est suivi d'une conséquence agréable (par ex. bonbons, éloges, ...) a plus de chance de se reproduire dans le futur ("renforcement", utiliser une récompense pour fournir de la motivation). Un comportement qui est suivi d'une conséquence désagréable (par ex. réprimandes, douleurs ou être ignoré) aura tendance à diminuer dans le futur.

L'ABA utilise également toute une variété de procédures d'enseignement parmi lesquelles l'enseignement par essais distincts, le jeu de rôle, le modelage, l'enseignement des interactions, ainsi que les techniques de gestion des comportements comme l'analyse fonctionnelle du comportement, le renforcement différentiel d'autres comportements (Differential Reinforcement of Other behavior DRO), l'extinction, la mise à l'écart, le façonnement, le "contrôle du stimulus" et l'estompage. La mise en place de stratégies fondées sur la théorie de l'apprentissage constitue le comportementalisme.

Le comportementalisme met l'accent sur le rôle de l'expérience avec l'environnement qui influence notre comportement, partant de la croyance que les comportements peuvent être appris, mais également être désappris à travers des changements environnementaux.

### L'ABA comme méthode scientifique

Le comportementalisme qui se fonde sur une méthodologie scientifique, diffère d'autres théories sur le comportement humain, en ce que les comportementalistes partent des comportements observables et tentent de rester objectifs, en s'appuyant sur des données pour prendre des décisions relatives aux traitements, plutôt que sur des interprétations subjectives. Ils cherchent à démontrer les relations causales par l'utilisation de plans expérimentaux qui réduisent les probabilités de chance ou de biais qui pourraient affecter les conclusions.

Les comportementalistes tiennent aussi compte des sentiments et émotions, mais décrivent ces expériences de façon spécifique et mesurable dans le but de les évaluer aussi précisément que possible, en ne se prononçant qu'avec beaucoup de prudence sur le succès des traitements, sauf si une recherche rigoureuse a été menée.

Cependant, l'utilisation du jargon comportemental, qui renvoie à un vocabulaire professionnel spécialisé, peut mettre mal à l'aise ceux pour qui il n'est pas familier. Cela peut défavoriser la méthode quand d'autres traitements sont mis qui visent à produire des sentiments réconfortants et ne s'appuient que sur un seul cas. Il s'agit d'un désavantage pour les parents quand ils doivent prendre des décisions sur le traitement de leur enfant.

Bien que l'ABA ne soit pas une approche maltraitante, ne déshumanise pas les enfants et ne produit pas d'enfants robotisés, elle a des difficultés à gagner de l'adhésion, souvent en raison d'expériences de mauvaises implantations, alors que mise en place correctement, c'est une approche qui vise à la généralisation et qui permet une utilisation des compétences bien au-delà d'une situation d'apprentissage en un pour un.

### L'Enseignement par essais distincts

Une des techniques d'apprentissage les plus communément utilisées par les praticiens en ABA est l'enseignement par essais distincts (Discrete

Trial Teaching DTT). Cette méthodologie instructionnelle spécifique, s'appuyant sur les principes de l'ABA, est un procédé d'enseignement utilisé pour développer une large gamme de compétences, dont les compétences cognitives, la communication, le jeu, les compétences sociales et l'autonomie. De plus, il s'agit d'une stratégie pour maximiser l'apprentissage à tout âge et chez toutes les populations.

L'enseignement par essais distincts implique :

1. d'identifier les compétences à acquérir;
2. de décomposer des compétences complexes en petits éléments
3. d'enseigner un élément de la compétence à la fois jusqu'à sa maîtrise;
4. de prévoir une pratique répétée durant une période de temps déterminée et intensive;
5. de fournir des guidances et un estompage de ces guidances lorsque c'est nécessaire;
6. d'utiliser des procédures de renforcement
7. de faciliter la généralisation des compétences dans l'environnement naturel. Bien que tous les praticiens n'incluent pas explicitement les étapes de la généralisation, la recherche montre qu'il s'agit d'une composante importante du traitement (STOKES & BAER, 1977).

L'unité d'enseignement de départ, appelée "essai" a un début et une fin distincts, d'où le nom "distinct". L'essai commence avec un signal clair, qui permet à l'élève de savoir ce qui est attendu. En termes techniques, on dira qu'il signale l'existence d'un renforcement qui pourra être délivré si un comportement donné est émis. Ce début peut consister en une question ("Que fait une vache?"), une consigne ("Compte jusqu'à 10") ou un événement (un autre enfant s'approche, ce qui indique qu'il faut entamer une réponse sociale). S'ensuit une possibilité limitée dans le temps pour répondre, en général quelques secondes. En DTT, une réponse active est attendue, requise et nécessaire. Il ne s'agit pas juste d'une activité passive comme écouter une leçon. Les conséquences, telles que récompenses ou feed-back, sont délivrées immédiatement après que l'enfant a tenté d'accomplir la tâche, de fournir une réponse à la question ou dès lors que la limite de temps est dépassée. Si la réponse

est émise correctement, on propose un renforcement sous forme de félicitation sociale, d'activités ou d'objets favoris, tandis que, si la tâche est accomplie incorrectement, on propose un feed-back correctif, ou alors on choisit simplement de ne pas renforcer la réponse.

L'apprentissage commence par une étape de la compétence, en recherchant le comportement le plus renforçant à apprendre, après avoir divisé la compétence en de petites unités (analyse de tâches). L'élève aura besoin de répéter cette étape de nombreuses fois par jour pour maximiser le taux d'acquisition de la compétence. Après qu'une étape a été maîtrisée, les étapes suivantes sont introduites.

Pendant les sessions d'apprentissage, l'élève recevra des guidances ou des incitations de manière à lui permettre de réaliser l'étape cible correctement. Cela assure un haut niveau de succès, ce qui rend le processus d'enseignement plus agréable pour l'élève. Tout au long de la session, pour lui apprendre à affiner ses réponses ou à associer les réponses et les situations qui vont ensemble, l'enfant reçoit un renforcement positif ou des feed-back (positifs ou correctifs) selon la qualité de sa performance. Au fur et à mesure que l'élève montre un haut niveau de réussite, les guidances sont estompées et un niveau de renforcement plus important est fourni lors des essais réussis sans guidance ou à un plus grand niveau d'indépendance, afin d'éliminer les incitations aussi rapidement que possible. Pour finir, une fois les étapes acquises dans les sessions d'apprentissage, la compétence devra être pratiquée dans des conditions moins structurées et plus naturelles. En travaillant de nombreuses étapes, et de manière successive, l'enfant acquiert d'autres compétences, ne passant à l'étape suivante que lorsque la précédente est acquise.

L'enseignement par essais distincts peut être différencié des essais continus ou d'autres méthodes d'enseignement qui présentent une grande quantité d'information aux enfants, sans avoir clairement identifié ou défini les réponses cibles.

Bien qu'il s'agisse d'une approche intensive, l'enseignement par essais distincts implique un renforcement abondant et les enfants en viennent rapidement à apprécier le processus d'apprentissage. Il est rapporté les élèves peuvent non seulement tolérer un nombre surprenant d'heures

de DTT au cours de la journée, mais également qu'ils en profitent et en viennent à apprécier ce processus d'apprentissage qui leur permet de découvrir un personnel amusant, respectueux, dynamique et appréciant leur compagnie.

### Eviter les côtés négatifs de l'ABA

L'A.B.A, bien qu'étant une approche jugée extrêmement efficace, peut aussi présenter des côtés négatifs qui peuvent être surmontés si l'intervention comportementale est réajustée de façon précise. Les effets indésirables suivants peuvent être évités en définissant un programme de traitement plus équilibré :

- L'égoïsme peut se retrouver chez un enfant dont les désirs sont satisfaits à l'extrême et à qui on ne demande jamais de faire passer les souhaits d'une autre personne avant les siens.
- La recherche d'attention peut apparaître lorsqu'un enfant est continuellement entouré de personnes qui sont uniquement présentes et disponibles pour lui. Cela l'amène à mal évaluer la quantité d'attention qu'il est en droit de recevoir. Si l'on veut éviter cela, il faut faire en sorte que l'attention dépende toujours d'un comportement approprié, soit délivrée en quantités raisonnables, et l'enfant devra systématiquement être exposé à des situations durant lesquelles il devra attendre avant d'obtenir de l'attention.
- La dépendance peut s'installer parce que les adultes sont trop rapides à fournir de l'aide et ne laissent pas à l'enfant l'opportunité de découvrir qu'il peut faire beaucoup de choses seul. L'intolérance à l'échec peut résulter du fait que l'accent est surtout mis sur les bonnes réponses, mais que les tentatives de réaliser des choses difficiles ne sont pas suffisamment valorisées.
- La résistance aux changements peut survenir lorsque les routines sont trop accentuées et que l'enfant n'est pas assez exposé à des situations multiples et variées.
- Les problèmes de généralisation de consignes peuvent survenir quand celles-ci sont posées de façon systématique, avec invariabilité, et dans un langage simplifié à l'extrême.

## La méthode Lovaas

Le docteur LOVAAS, psychologue, est reconnu comme l'un des pionniers dans le domaine de l'éducation, et principalement dans le traitement des enfants avec des troubles du spectre autistique. C'est au début des années 1960 que LOVAAS commence à étudier l'effet des procédures comportementales sur l'automutilation. Les enfants concernés par le traitement manifestaient des comportements extrêmement dangereux, comme se cogner la tête contre les murs, .... LOVAAS a démontré que l'ABA était efficace pour réduire, voire éliminer, ces types de comportements (LOVAAS, FREITAG, GOLD & KASSORLA 1965). Il propose d'ignorer les comportements considérés comme nuisibles et de fournir une quantité importante de renforcement positif pour chaque comportement alternatif approprié.

Cela s'est révélé efficace car les comportements problèmes qui étaient maintenus en raison de l'attention qui leur était accordée lorsqu'ils apparaissaient, ont disparu. Il faut cependant noter que la diminution des automutilations a été lente et que les comportements se sont maintenus avant de disparaître. LOVAAS a donc étudié l'ajout de procédures de punition dans le traitement, afin de supprimer plus rapidement les comportements d'automutilation. Ses résultats montrent clairement l'efficacité de la combinaison des procédures de punition et du renforcement positif : non seulement les comportements d'automutilation sont supprimés plus rapidement de l'expérimentation, mais l'effet s'étend à d'autres situations et à d'autres comportements perturbateurs comme les colères ou l'autostimulation, De plus, les résultats du traitement se sont maintenus dans le temps.

Selon LOVAAS, pour traiter efficacement des comportements perturbateurs, il fallait intégrer l'apprentissage d'un comportement approprié de remplacement, et que ce comportement alternatif soit maintenu par des renforçateurs naturels. Il reconnaît que les comportements perturbateurs ne sont pas aléatoires, mais qu'ils peuvent avoir un sens et un but spécifiques pour la personne qui les émet. LOVAAS soumet l'idée que ces comportements peuvent, par exemple, permettre à un enfant d'obtenir de l'attention, de communiquer un désir ou encore d'éviter une situation désagréable. Il

semble donc essentiel d'apprendre à l'enfant comment arriver au même résultat, mais de façon adaptée.

Ainsi, dès 1964, LOVAAS a mené des études sur l'apprentissage du langage et d'autres compétences adaptatives (par exemple, LOVAAS, BERBERICH, PERLOFF & SCHAEFFER, 1966; LOVAAS, FREITAG, KINDER, RUBENSTEIN, SCHAEFFER & SIMMONS, 1966; LOVAAS, FREITAS, NELSON & WHALEN 1967). Il a montré qu'en utilisant des procédures d'enseignement systématique (principalement DTT), les enfants pouvaient non seulement apprendre à parler, mais également apprendre d'autres compétences essentielles comme le jeu, les interactions sociales et l'autonomie.

Les recherches de LOVAAS sur l'ABA ont contribué de façon importante à l'amélioration de la qualité de vie des enfants atteints de troubles du spectre autistique. Avant cela, l'autisme était perçu comme une condamnation irréversible à un fonctionnement cognitif limité. LOVAAS a prouvé que ces enfants possédaient bien plus de potentiel que l'on ne pouvait l'imaginer et qu'il fallait en tenir compte.

Le renforcement, l'extinction, la punition pour réduire des comportements problèmes ou l'enseignement systématique sont des procédures utilisées depuis les années 1920. L'ABA avait donc montré son efficacité auprès d'autres populations avant les recherches de LOVAAS qui se sont construites sur les découvertes de ceux qui l'ont précédé dans le domaine, et on servi de bases à ceux qui l'ont suivi.

Les procédures utilisées par LOVAAS dans les années 1980 ont bien évolué et diffèrent de celles employées dans les années 1960. Les recherches et les expériences cliniques ont permis une évolution continue des méthodes de traitement. Ainsi, la punition a petit à petit été mise de côté, au profit de programmes comportementaux plus sophistiqués.

Les techniques d'enseignement sont devenues plus naturelles. L'ensemble du programme est devenu plus clair. En cela, le terme "thérapie Lovaas" peut sembler non approprié car figée. L'expression "traitement comportemental intensif" semble donc plus adaptée pour décrire les méthodes développées par LOVAAS et ses collaborateurs pour le traitement des enfants atteints de TSA.

## Conclusion

L'autisme reste avant tout une maladie lourde et très handicapante pour des milliers de sujets et leur famille, et une énigme en de nombreux points pour les professionnels et les chercheurs. Il subsiste encore beaucoup de questions à élucider et d'autres à améliorer. Les recherches continuent et les résultats arrivent petit à petit à une meilleure connaissance et donc une meilleure compréhension de la maladie.

L'évolution est elle aussi très variable, reflétant à la fois la grande hétérogénéité des syndromes autistiques, l'hétérogénéité probable de leur cause (qui restent sujettes à polémique en l'absence de marqueurs objectivement mesurables et quantifiables), mais aussi la disparité en matière de précocité de diagnostic et de prise en charge, et la disparité de modalités des prises en charge éducatives et thérapeutiques selon les préférences étiologiques et les écoles.

Dans les différents programmes proposés qui relèvent de l'analyse du comportement, aucune nouvelle procédure n'apparaît. L'agencement des apprentissages, la façon de séquencer les séances, d'aménager l'environnement peuvent être différents mais les principes fondamentaux ne sont en rien différents de ceux qui ont été présentés en analyse expérimentale du comportement. Dans tous ces programmes, l'objectif est que l'enfant apprenne à apprendre dans un environnement naturel comme tout enfant neurotypique : nous passons d'un environnement artificiel à un environnement naturel en fonction des compétences de l'enfant.

En conclusion, quelque soit l'approche adoptée, il est essentiel de garder à l'esprit que le principal objectif de la thérapie est de soulager les souffrances morales des autistes, de leur donner la possibilité d'envisager l'avenir de la façon la plus sereine possible en leur offrant ainsi qu'à leur entourage les meilleures chances pour parvenir à une autonomie maximale et une intégration dans une société qu'ils ne comprennent pas, pas plus que la société ne les comprend.

Par ailleurs, il est aisé d'admettre, compte tenu de la complexité de ce syndrome, qu'aucune discipline ne peut à elle seule venir à bout de l'autisme.

## Bibliographie

- Aldred C, Green J, Adams C. (2004): A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(8): 1420-43.
- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-1U. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, DC: American psychiatric Association.
- Asperger H (1944): Die "autistischen psychopathen" im kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 117(1) 76-136.
- Aussilloux C, Baghdadli A. (2008): Evolution du concept et actualité clinique du syndrome d'Asperger. *Revue Neurologique* 164(5):406-13.
- Baghdadli A, Darrou C, Coudurier C, Michelon C, Raysse P, Ledesert B et al. (2008): Durée des prises en charge d'enfants autistes et qualité de vie de leurs parents. *Pratiques et Organisation des soins*; 39(1):53-60.
- Baghdadli A, Picot MC, Michelon C and al. (2007): What happens to children with PDD when they grow up? Prospective follow-up of 219 children from preschool age to mid-childhood; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 115(5):403-12.
- Bleuler E. (1911): "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien", Leipzig-Vienne.
- CIM 10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, Organisation Mondiale de la Santé, Paris, Masson, 1994.
- Damasio AR (2003): Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions. Paris, Odile Jacob.
- Damasio AR, Sutherland S. (1995): Descartes' error: emotion, reason, and the human brain. Picador.
- De Spiegeleer N, Appelboom J. (2007): Le syndrome d'Asperger existe-t-il ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*; 55(3):137-43.
- DSM-IV (1996) : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris. Masson.
- Fombonne E. (2003): The prevalence of autism. *JAMA*; 289(1) 87.
- Gerrard S, Rugg G. (2009): Sensory impairments and autism: a re-examination of causal modelling. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39(10):1449-63.
- HAS (2010): Autisme et autres troubles envahissants du développement - Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. HAS.
- Kanner L (1943): Autistic disturbances of affective contact *Nervous child*; 2(2) 30-217.

- Lovaas O.I. et Simmons J.Q. (1969): Manipulations of self-destruction in three retarded children; *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2(3):143-157.
- Lovaas OI (1987): Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in bung autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 55(1):3-9.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment an normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.
- Lovaas, O.I. Freitag, C. Gold V.J. et Kassorla I.C. (1965): Experimental studies in childhood schizophrenia: analysis of self-destructive behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*; 2(1):67-84.
- Lovaas, O.I. Freitag, C. Kinder, M.I. Rubenstein, B. Schaeffer D B. et. Simmons J;Q (1966): Establishment of social reinforcers in two schizophrenic children on the basis of food; *Journal of Experimental Child Psychology*; 4(2): 109-125.
- Lovaas, O.I. Freitas. L. Nelson K. et Whalen C. (1967): The establishment of imitation and its use for the development of complex behavior in schizophrenic children; *Behavior Research and Therapy*, 22(6):5(3): 171-181.
- Lovaas, O.I., Berberich, J.P. Perloff B.F. et Shaeffer B. (1966): Acquisition of imitative speech by schizophrenic children; *Science*, 151:701-705.
- Misès R, Quemada N, Botbol M et al. (2002): CFTMEA 2000 nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques* 160(3):213-5.
- OMS CIM10 (1992) : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. (Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Rutter M. et Schopler E. (1991): "L'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement", Paris, PUF.
- SMITH, M. D., BELCHER, R.G., JUHRS, P. D., 1995, *A Guide to Successful Employment for Individuals with Autism*, Paul H. Brookes, Baltimore.
- Tsatsanis KD (2003): Outcome research in Asperger syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 12(1):47.
- Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Kiln A (2004): Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(1): 135-70.
- Wing L (1981): Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*; 11(01): 115-29

## Education bilingue Une option pour la scolarisation des enfants sourds au Maroc

**Abdelaziz Arssi,**

Doctorant Faculté des Sciences de l'éducation, Rabat

### Abstract :

**C**e document va essayer de décrire l'éducation bilingue, de discuter de la raison pour laquelle cette méthode a vu le jour et de tenir compte des objectifs de cette approche, et également de certains problèmes qui se posent dans la mise en œuvre de cette dernière. Ce sujet est présenté dans son contexte et prend en compte les recherches menées au cours des 40 dernières années. Nous considérons l'expansion du modèle bilingue-biculturel, les changements dans la représentation des personnes sourdes et de la surdité. En outre, nous décrivons certaines expériences bilingues telles qu'elles ont été évoquées par d'autres chercheurs ainsi que par des académiciens sourds au cours des deux dernières décennies. Finalement, on va conclure par la présentation de comment une telle approche pourrait être intégrée dans le système éducatif des sourds au Maroc.

**Mots clés :** Sourds, éducation bilingue, audition, handicap, langue des signes

## Introduction

l'éducation des sourds a toujours été caractérisée par la controverse entre les différentes approches, principalement par l'opposition entre ceux qui mettent l'accent sur le développement du langage oral, ce qui exclut l'utilisation de la langue des signes (ci-après LS) utilisée par la communauté des sourds dans chaque pays et ceux qui prônent une approche dans laquelle elle est reconnue comme la première langue des personnes sourdes, l'utiliser pour enseigner le contenu et le développement de la connaissance de la langue majoritaire comme 2<sup>e</sup> langue. D'autre part, la littérature sur l'éducation bilingue des sourds est de nos jours assez vaste et se répand dans de nombreuses revues, chapitres de livres, monographies, actes du congrès et littérature "grise". Bien que plusieurs définitions de l'éducation bilingue des sourds aient été proposées, il n'y a pas d'accord sur une définition unique ; Néanmoins, on retrouve un thème commun parmi toutes les définitions disponibles, c'est-à-dire que l'éducation bilingue repose sur un modèle socio-culturel de la surdité et un modèle de handicap social (ou «droits de l'homme») et incorpore deux éléments clés: ( 1) l'utilisation à la fois du signe et des langues orales comme aspects intégrés du programme d'enseignement, et (2) la reconnaissance des qualités distinctes des communautés sourdes locales en tant que minorités (de langue) avec leur propre culture (sourde). Plusieurs auteurs ont souligné les points de convergence et de divergence entre les programmes bilingues des sourds et ceux des entendants (Grosjean 2000).

*Le bilinguisme commence par l'hypothèse basique selon laquelle les enfants sourds sont des utilisateurs naturels d'une langue qui répond totalement à leurs capacités de compréhension et d'expression : la langue des signes. Il leur permet d'acquérir une langue de manière normale d'un point de vue chronologique. Par conséquent, nous considérons la langue des signes comme langue maternelle des élèves sourds (L1) de la communication et de l'apprentissage(Metzger, 2000.p.105)*

Tout comme l'éducation bilingue pour les enfants entendants, les expériences bilingues pour les enfants sourds montrent des différences d'un pays à l'autre et d'une école à l'autre dans le même pays. Par exemple, dans certains pays et régions au sein des pays, les

programmes bilingues des sourds ont été mandatés par la loi (par exemple, la Suède ou l'Islande), ou ont été reconnus et encouragés par des mesures juridiques telles que les actes d'éducation (Colombie, Grèce, Irlande, Norvège, Portugal, République Slovaque ou Afrique du Sud), dans d'autres, ils fonctionnent toujours sur une base volontaire, avec un financement limité (Foster et al 2003, Saunders 1997, Davies 1991). De plus, l'implémentation de programmes bilingues peut être trouvée suffisamment dans les écoles pour les sourds/malentendants que dans les écoles ordinaires. Ces programmes répondent aux besoins non seulement des enfants sourds, mais aussi des enfants sourds présentant des implants cochléaires, des enfants malentendants et entendants (Timmermans 2003). En outre, les programmes bilingues diffèrent considérablement de l'attention accordée à la composante culturelle, au soutien de l'administration et du personnel, au curriculum bilingue-biculturel et aux stratégies pédagogiques, au recrutement et à la formation des enseignants, au type de programme bilingue, l'histoire de l'école (par exemple, une école orale traditionnelle évoluant vers une école bilingue, une école passant officiellement d'une politique de communication totale à une éducation bilingue, un programme pilote bilingue coexistant avec d'autres modes d'enseignement, participation parentale et communautaire, ou collaboration avec des chercheurs (Davies, 1991). Pourtant, en dépit de ce changement vers une éducation inclusive élargie des enfants sourds, il y a encore beaucoup de barrières d'un point de vue mondial, national et local qui empêchent les individus et les organisations d'apprendre ces expériences (Komesaroff, 2000)

### 1. L'approche bilingue/biculturelle (bibli)

Au cours des 30 dernières années, de nombreux changements ont eu lieu dans l'éducation des sourds ; Concernant des questions telles que les conceptions idéologiques, l'organisation éducative, l'autonomisation des sourds, les personnes sourdes dans les équipes pédagogique des sourds, le statut de la langue de signes et la deuxième Langue, entre autres. Par conséquent, trois lectures différentes du modèle bilingue-biculturel appliqué à l'éducation des sourds peuvent être quêtées : Premièrement, une lecture méthodologique qui implique l'application du modèle en tant que système académique qui a remplacé

le modèle de Communication Totale par opposition à l'éducation orale, sans passer en revue les règles et le curriculum, et le rôle de la personne sourde dans le processus éducatif. Deuxièmement, une lecture linguistique ; et troisièmement, une lecture psycholinguistique. En outre, les points de vue linguistique et psycholinguistique de l'éducation bilingue concernent l'acquisition du langage et les relations lexicales, sémantiques et syntaxiques des différentes modalités des langues impliquées. Cette discussion très nécessaire et significative est cruciale pour l'éducation des sourds, même si elle peut aussi brouiller d'autres points importants tels que les programmes universitaires, l'alphabétisation, la relation entre l'éducation et emploi, l'autonomisation des sourds, l'éducation des nouveaux professionnels, les mécanismes d'exclusion/inclusion, et les relations de pouvoir. Il est intéressant de noter que toutes ces lectures ont conservé, et continuent de garder, un accent sur l'enfant sourd et ne considèrent pas les adolescents et les adultes.

D'autres part, Robert Johnson (1989) a visiblement discuté des problèmes que les éducateurs n'ont pas reconnus depuis des années, comme l'accès limité au curriculum en raison des mauvaises compétences en langue des signes de l'enseignant et des faibles attentes pour la capacité de lecture des élèves sourds. Ils ont proposé des changements pour l'éducation des sourds et ont décrit un programme modèle pour l'éducation des enfants sourds selon les principes directeurs suivants :

- Les enfants sourds apprendront s'ils ont accès à des éléments que nous voulons qu'ils apprennent.
- La première langue des enfants sourds devrait être une langue de signes naturelle.
- L'acquisition d'une langue de signes naturelle devrait commencer le plus tôt possible afin de profiter des périodes d'apprentissage critiques.
- Les meilleurs modèles pour l'acquisition de la langue des signes naturelle, le développement d'une identité sociale et l'amélioration de l'estime de soi pour les enfants sourds sont des personnes sourdes qui utilisent la langue avec compétence.

- La langue des signes naturelle acquise par un enfant sourd offre le meilleur accès au contenu éducatif.
- La langue des signes et la langue parlée ne sont pas les mêmes et doivent être séparées, à la fois dans l'utilisation et dans le curriculum.
- L'apprentissage d'une langue parlée pour un sourd est un processus d'apprentissage d'une seconde langue par l'alphabétisation (c'est-à-dire lecture et écriture).
- Le discours ne devrait pas être utilisé comme principal véhicule pour l'apprentissage d'une langue parlée pour les enfants sourds.
- Le développement des compétences liées à la parole doit être accompli grâce à un programme qui dispose d'une variété d'approches, chacune conçue pour une combinaison spécifique d'étiologie et de gravité de la perte auditive.

Les objectifs implicites de l'éducation bilingue dans le monde doivent être pris en considération. Les aspects tels que l'assimilation d'individus ou de groupes dans la société en général, visant à socialiser les gens dans leur pleine participation à la communauté et à unifier une communauté multilingue, s'efforçant l'unité dans une politique multiethnique ou multinationale linguistiquement diverse sont des exemples de ce qui peut être considéré comme la base du bilinguisme. En ce sens, cette stratégie a une double valeur : premièrement, en tant que construction historique, culturelle et sociale des perspectives sur la surdité qui sont basées sur des discours, ainsi que les relations de pouvoir et de connaissances dans le processus. Ensuite, nous pouvons trouver des politiques sourdes avec la langue, l'identité et les pressions corporelles (Davis, 1997).

Autrement dit, une approche bilingue englobe plus que des propositions simplement éducatives mais plutôt elle enquête sur les mécanismes du pouvoir et des relations à l'intérieur et à l'extérieur de l'école des sourds et l'éducation des sourds en général. De cette façon, l'éducation bilingue est une proposition liée aux droits de l'homme. La langue des signes, dans cette vue, est la langue des personnes sourdes et la langue de l'école. C'est le langage dans lequel l'enfant sourd va formuler des hypothèses sur le monde, critiquer, parler d'émotions et

discuter des questions, comme un droit. Ces idées s'opposent aux conceptions oralistes en vogue au début des années 80, mais ce n'est pas une simple opposition. Les significations et les systèmes symboliques produisent des représentations sur la surdité et sur l'éducation bilingue des sourds basées sur des conceptions traditionnelles, qui utilisent la langue des signes comme outil de diffusion de la culture et de la langue officielles. Skliar (2001) propose donc de définir la surdité selon les dimensions suivantes :

Dans la première dimension, la surdité comme différence politique, il est très fréquent de trouver différentes façons d'identifier les sourds en utilisant des euphémismes tels que « besoins spéciaux », « personnes ayant des besoins spéciaux », « diversité », « différence ». Ces termes semblent être des exemples de significations qui partagent diverses similitudes. Les personnes sourdes sont définies par des significations basées sur la normalité, en étant inventées, réinventées et produites par des personnes d'audience. Cela se produit parce que la norme est implicite et invisible ; et, en conséquence de cette invisibilité, il est considéré comme inexistant. Cela reflète une stratégie traditionnelle qui brouille le sens des différences culturelles. L'ambiguïté du terme « diversité » conduit, au mieux, à l'acceptation d'un certain degré de pluralité lié à la norme idéale. Cependant, tous ces termes ne sont que des moyens de minimiser les conceptions qui reproduisent encore les anciennes frontières de l'exclusion.

Pour Bhabha (1994) et McLaren(1995), la surdité peut se définir comme une différence politique, non seulement pour remplacer tous les adjectifs utilisés jusqu'ici, mais comme une option claire. Dans ce sens, la différence est construite politiquement, historiquement et socialement. Les différences pour Bhabha et McLaren sont toujours des différences, et des différences existent même s'il n'y a pas d'autorisation, d'acceptation, de respect ou d'autorisation de la normalité. La définition du handicap n'est pas la façon de penser aux personnes sourdes puisque même lorsque les sourds sont complètement contre l'idée de l'éducation spéciale, il faut considérer que cette définition a encore une forte influence sur les modèles d'éducation en place. Par conséquent, il est nécessaire de discuter de l'impossibilité d'adopter des propositions de planification qui considèrent les personnes sourdes comme

handicapées, et non pas comme une personne ayant des expériences visuelles, telles qu'elles ont été définies précédemment. Cela signifie que si les professionnels de l'éducation continuent leurs discours, en essayant de maintenir la notion d'éducation spéciale, il est impossible de penser à n'importe quels autres styles d'enseignement des sourds.

Après avoir défini la surdité, le dernier aspect mentionné par Skliar (2001) est une inversion épistémologique : le « problème » des sourds est en fait des « problèmes » de l'éducation des sourds. Cela implique la prise en compte des problèmes que rencontrent les personnes entendantes dans leurs interactions sociales, communicatives et linguistiques avec les personnes sourdes. Par exemple, du point de vue culturel, il y a le problème lié à la perception de qui sont les sourds ce qui entraîne que des spécialistes ou des enseignants ont des problèmes lors de la planification de leurs cours pour comprendre « l'autre », le sourde. En d'autres termes, au lieu de continuer à essayer de comprendre la déficience auditive, ils doivent comprendre le sens (politique) de l'audition de la normalité. Au lieu de penser que la langue des signes est un problème, ils doivent analyser le discours auditif qui représente cette langue comme un problème. Au lieu de penser que les sourds sont handicapés, ils doivent comprendre que les sourds vivent une expérience visuelle dans le monde.

## **2. Faiblesses dans l'approche orale**

D'une manière générale, l'éducation orale des sourds n'a pas très bien réussi à enseigner la lecture et l'écriture aux enfants sourds. Les recherches accomplies aux États-Unis et d'autres pays d'Europe montrent que la réussite scolaire, y compris la lecture des jeunes sourds qui quittent le système scolaire, est équivalente à ce qui est considéré pour les enfants entendants en moyenne de troisième ou quatrième année primaire (Power et Leight, 2000, Wilbur, 2000).

*Malgré des décennies d'efforts concertés, la plupart des enfants sourds ne progressent que sur une fraction du taux de leur pairs entendants en apprenant à lire. Les données actuelles indiquent que, en moyenne, les étudiants sourds âgés de 18 ans quittant l'école secondaire n'ont atteint qu'un niveau de quatrième à sixième année en compétences de lecture. Seulement environ 3 pour cent de ces élèves de 18 ans ont lu au même niveau que le*

*lecteur entendant moyen de 18 ans et plus de 30 pour cent des élèves sourds quittent l'école analphabète fonctionnellement* (Marschark, Lang et Albertini, 2002: 157)

Des résultats similaires ont été signalés en Suède en 1960 et en Angleterre en 1970. En dépit de l'évolution technologique rapide et importante de 1950, ce qui a donné lieu à des aides auditives et amélioration des équipements dans les écoles en classe, la capacité moyenne de lire le Suédois d'un jeune diplômé dans ce système de l'école des sourds était bien inférieur au niveau approprié à leur âge, comme les compétences linguistiques orales (Amcoff, 1973, 1969 Nordén, Svartholm, 1984). La principale explication des raisons pour lesquelles l'apprentissage d'une langue parlée est une grande difficulté pour les enfants sourds, est que pour un tel discours n'est pas associé principalement avec des sons, mais seulement de petits mouvements de la bouche. Ces mouvements que l'enfant peut voir, sont très semblables les uns aux autres et, par conséquent, très difficile à déchiffrer. Malgré cela, l'éducation des sourds a insisté sur de nombreux cas d'utilisation d'un langage oral comme base de tout apprentissage en classe (Moore, 1987).

Bien que la langue parlée fût axée sur la méthode orale dans l'enseignement de la lecture et l'écriture, les enseignants ont également eu recours à l'imitation des approches avec les élèves entendants. Pour beaucoup d'enfants sourds, ces activités n'ont pas réussi à développer des compétences en littérature (Lynas, 2005). À peu près du moment où les langues des signes étaient reconnues comme de vraies langues, le mécontentement de l'oralisme augmentait. L'étude sémantique de Conrad, qui a examiné une cohorte de sorties d'école des sourds dans les années 1970, a été cruciale pour cette insatisfaction. Il a constaté que les élèves sourds ont quitté l'école à l'âge de neuf ans avec une lecture médiane ; avec une mauvaise intelligibilité de la parole et des compétences en lecture sur les lèvres, pas mieux que celles des enfants entendants, malgré leur formation dans ce domaine (Conrad, 1979). De telles réalisations ont également été démontrées dans d'autres études d'autres pays.

### 3. Évolution de l'éducation bilingue

Avant la fin des années 1960 et au début des années 1970, les langues des signes n'étaient pas considérées comme des langues appropriées, mais comme des systèmes bruts de mime et de geste. Les Etats-Unis ont été les premiers à reconnaître La ASL (American Sign Language) après les recherches menées par William Stokoe dans les années 1970, et Mary Brennan, qui a inventé le terme BSL - ou British Sign Language. Cette reconnaissance signifie que, pour la première fois, l'utilisation de la langue des signes dans l'éducation est devenue une possibilité.

De plus, il y a eu de nombreuses études (Israélite, et al., 1989 ; Strong & Prinz, 2000; Wilbur, 2000) sur les performances des enfants sourds, dont certains ont indiqué que les enfants sourds de parents sourds ont eu un rendement scolaire supérieur par rapport aux enfants qui avaient des parents entendants. Ces résultats sont apparus dans les études sur la lecture, l'écriture et les résultats scolaires. L'attribuer à l'utilisation précoce de la langue des signes dans ces familles conduit à la conclusion que la langue des signes pourrait être bénéfique dans l'éducation des enfants sourds. La question est, bien sûr, plus complexe que cela. Par exemple, certains ont soutenu que cette plus grande réussite pourrait être due à la surdité à des causes génétiques, plutôt qu'à d'autres, qui étaient plus susceptibles d'être associées à d'autres handicaps supplémentaires. Alternativement, ou en plus, il se peut que les parents sourds soient mieux placés pour établir les compétences pré-linguistiques générales qui sont essentielles pour le développement ultérieur de la langue, ce qui facilite des niveaux plus élevés de réussite. Cependant, à tout le moins, on pourrait dire que l'utilisation précoce de la langue des signes chez les enfants sourds n'inhibe pas le développement intellectuel et linguistique. La recherche est renforcée dans d'autres études. Un livre récent publié aux États-Unis, basé sur une revue de 208 études impliquant 171 517 sourds, a révélé une supériorité de ceux qui sont nés chez des sourds sur un certain nombre d'échelles à partir de tests non verbaux de QI (Braden, 1995).

#### 4. Evaluation de la méthode bilingue

Shawn Mahshie (1995) relate les histoires de la réussite de l'éducation bilingues en Suède et au Danemark dans son livre intitulé *Éduquer les enfants sourds de façon bilingue*. Elle met l'accent sur les perspectives et les meilleures pratiques en pédagogie, ce qui aide les élèves sourds à atteindre un niveau de scolarité supérieur et aussi le niveau de scolarité attendu des élèves du même âge.

Singleton et Morgan (2005) ont déclaré que l'éducation bilingue consiste à offrir à un enfant l'acquisition des deux langues afin qu'il puisse négocier son chemin dans les deux mondes (c.-à-d., entendant et sourd). Un enfant ayant des compétences bilingues doit posséder une compétence linguistique et cognitive ainsi qu'une compréhension claire de son identité afin qu'il puisse choisir de participer à un groupe linguistique et culturel selon la situation. En outre, il est important de se rappeler que le placement scolaire du sourd ne concerne pas le suivi d'un enfant sourd dans l'un ou l'autre monde, mais plutôt l'accès aux deux.

Sue Livingston (1997) croit que le paradigme de « sourd comme étant un problème » dans l'éducation des enfants sourds est le problème lui-même. L'auteur souligne que cette mentalité doit être changée et qu'il n'y a pas de différence dans l'enseignement des étudiants sourds ou entendants. Elle montre combien il est important pour les étudiants sourds d'acquérir naturellement ASL et souligne que l'enseignement est plus efficace en utilisant leur langue maternelle. Elle a partagé des stratégies d'enseignement testées sur le terrain en utilisant à la fois l'ASL et l'Anglais écrit pour habiliter les étudiants sourds.

David Reynolds et Ann Titus (1992) ont reconnu que le système crée une oppression de manière non reconnue par la communauté dominante (c'est-à-dire les entendants). Cette oppression est l'un des nombreux facteurs qui entraînent le retard d'acceptation de la philosophie bilingue / biculturelle dans un milieu scolaire. Il existe plusieurs indicateurs, tels que l'accès limité à l'information par le personnel sourd dans le système lorsque l'information est diffusée par la langue parlée, les cas dans lesquels les personnes sourdes ne sont pas considérées comme égales en raison des effets résiduels du modèle pathologique / médical des enfants sourds, Et incorporant un

curriculum caché qui indique qu'il vaut mieux que les enfants sourds parlent et que leur succès dépend de leur capacité de parler plutôt que de leur capacité académique. Pour que le changement se produise, il faut que les deux parties, les oppresseurs et les opprimés, travaillent ensemble pour reconnaître les barrières de l'oppression, les éliminer et créer un environnement qui célèbre et respecte les cultures des entendants et des sourds.

Lane, H., Hoffmeister, R. & Bahan, B. (1996) dans le livre, *A Journey into the Deaf-World*, montrent que la langue des signes demeure la meilleure langue pour un enfant sourd à acquérir naturellement. Grâce à un accès complet, c'est un langage qu'un enfant sourd peut apprendre aussi facilement qu'un entendant peut acquérir une langue parlée. Cependant, les compétences en Anglais écrite des enfants sourds restera un défi, puisque certains écrits en Anglais sont basés sur les sons et les enfants sourds ne peuvent ne pas être en mesure de distinguer la différence entre certains sons. Par conséquent, l'Anglais sera leur 2<sup>e</sup> langue. Une fois que les éducateurs reconnaissent et acceptent la langue des signes et la culture de la communauté des sourds comme étant la langue et la culture naturelles des enfants sourds, les enfants auraient des niveaux d'estime de soi plus élevés et utiliseront leurs vigeurs dans la langue des signes pour acquérir la compréhension et la connaissance de la L2 écrite et parlée. Ils exhortent l'adoption des principes de l'éducation bilingue / biculturelle qui impliquent le respect de la langue de l'enfant, son héritage, l'utilisation de sa langue comme moyen d'enseignement ; L'augmentation de la connaissance métalinguistique de leur langue maternelle ; le développement des compétences de transfert d'une langue à l'autre ; et l'incorporation d'une solide connaissance métalinguistique de la L2.

Knors et Renting (2000) aux Pays-Bas ont mesuré le niveau d'implication dans les tâches éducatives pour six enfants sourds formés à titre d'enseignant comme indicateurs de la qualité de l'éducation. Les enquêteurs ont examiné plusieurs hypothèses :

- La langue des signes des Pays-Bas (SLN) est la langue maternelle des enfants sourds et est la seule langue accessible pour les enfants sourds. Cette langue native accessible offre des

possibilités de communication fluide et crée un développement cognitif optimal pour les enfants sourds.

- En raison du mode de communication unique des enfants sourds, une éducation bilingue devrait être en cours pour que ces enfants acquièrent SLN et néerlandais écrit / parlé.
- Les langues néerlandaises écrites et, si possible, parlées seront enseignées en L2.
- Les professionnels sourds travaillent avec des enfants sourds dans l'établissement scolaire pour créer un environnement éducatif bilingue.

##### **5. L'éducation bilingue, un model marocain; Es-ce possible ?**

Les résultats de l'éducation des sourds au Maroc, en particulier en ce qui concerne la lecture et l'écriture, sont loin d'être satisfaisants, estimant que les élèves sourds montrent une performance bien inférieure à celle attendue pour leur âge depuis sa création en 1952. À l'heure actuelle, dans les établissements scolaires, il existe une variété d'approches pédagogiques, correspondant à différentes idéologies sur l'éducation et sourds : L'oralisme, communication totale, le LPC et la communication biculturelle bilingue. L'attachement fort de oralisme, ainsi que son idéologie purement médicale au sujet des personnes sourdes et leur éducation, a mis beaucoup de résistance au changement.

Il convient de dire que l'introduction de l'enseignement bilingue au Maroc pourrait être qualifiée de revendication majeure. Une ère, où les enseignants seront ravis d'avoir des élèves avec qui ils pourront communiquer facilement et aussi d'avoir les possibilités ouvertes d'éducation des élèves sourds en termes de développement de l'alphabétisation et de l'accès au curriculum plus large est plus que souhaitable. Cependant, ce souhait ne s'avère pas aussi simple puisque l'éducation bilingue va soulever des problèmes complexes de pratique éducative, de formation et d'administration du personnel qui doivent être abordés. Ce n'est pas une expression de l'échec de l'approche bilingue, ni de la nécessité de la diluer, mais de la reconnaissance du travail nécessaire pour qu'elle continue de progresser. Car le principe de base de l'éducation bilingue est la connaissance de L1 (1<sup>e</sup> langue). La langue des signes peut donc, peut être transféré pour faciliter le

développement de L2 (la 2<sup>e</sup> langue). Cette notion découle du travail de Cummins(2000), entre autres, et est connu sous le nom de modèle d'interdépendance linguistique. Mais lorsque nous considérons le développement bilingue des élèves sourds, des questions se posent sur ce qui est transféré. Là où il y a deux langues parlées dans notre cas la Dareeja, l'Amazighe et l'Arabe c'est la parole dans une langue qui facilite le développement de la parole dans l'autre. Plus inhabituellement, l'écriture dans une langue facilite le développement de l'écriture dans l'autre.

L'éducation bilingue avec les enfants sourds suppose qu'il peut y avoir un transfert de compétences de l'utilisation de la langue des signes à la lecture et à l'écriture dans la 2<sup>e</sup> langue, mais il n'existe aucune preuve d'autres langues suggérant qu'un tel transfert est possible. Cependant, cela ne veut pas suggérer que ce transfert ne peut pas avoir lieu. Il pourrait y avoir une compétence linguistique générale, de sorte que le développement précoce du langage est lui-même important, indépendamment de la modalité. Il existe des preuves informelles pour cela car les enfants sourds de parents sourds sont signalés, dans de nombreuses études, comme faisant mieux, à la fois en termes linguistiques et académiques, que les enfants sourds des parents entendants. Cela pourrait impliquer qu'un transfert linguistique soit possible. D'où, la nécessité d'intégrer la participation d'utilisateurs natif de la langue des signes, la fourniture d'au moins certains sujets d'études en LSM et des approches explicites d'utilisation de LS pour développer des compétences de lecture et d'écriture. Ce qui signifie que, au mieux, nous serions tous en mesure de dire que nous œuvrons vers une éducation bilingue. De plus, la recherche a montré puisque la plupart des jeunes sourds ont des parents entendants, ils apprennent ainsi leur langue de signes à travers d'autres sourds. À l'école, la plupart de leurs enseignants sont entendants, et par conséquent, bien qu'ils aient de bonnes compétences de LS, ne sont pas des utilisateurs natifs de la langue. En outre, les personnes sourdes qui travaillent dans les écoles et qui sont des utilisateurs originaires de la langue peuvent ajuster leur signature pour tenir compte de l'audition des personnes avec lesquelles elles travaillent. Les autres enfants avec qui ils entrent en contact sont principalement dans la même position, et ils ne fournissent pas toujours

de bons modèles de la langue. Dans le passé, il a été supposé que l'exposition à la langue des signes fût suffisante et que les élèves l'avaient choisi si rapidement approuve cette vue. Cependant, si nous voulons développer la signature des élèves sourds à un niveau élevé, afin qu'ils puissent avoir accès aux idées complexes du programme, il faudra peut-être développer des méthodes d'enseignement spécifiques pour l'enseignement de la langue des signes. Il est salutaire de comparer l'attention accordée à l'enseignement de LS aux élèves sourds avec celles accordées à l'enseignement des langues étrangères aux enfants entendants.

D'ailleurs, un curriculum basé sur la langue des signes peut faciliter le développement de la langue des signes et de l'enseigner efficacement, nous avons besoin d'un programme de LSM, mais cela doit être basé sur des recherches qui n'existent pas actuellement. Nous devons le savoir afin de développer un programme d'études pour étirer les compétences de la langue des signes et pour corriger les erreurs de manière appropriée. La recherche dans ce domaine est complexe, car un projet de recherche rigoureux devrait être basé sur des enfants qui sont des utilisateurs natifs de l'apprentissage de la langue des signes. Ce qui signifie que nous recherchons deux, sinon trois générations de surdité dans la famille. Cela doit être une priorité lorsque nous examinons la recherche requise pour appuyer l'éducation bilingue. Nous devons également trouver des moyens d'évaluer le développement de cet apprentissage. À l'heure actuelle, une grande évaluation effectuée est inévitablement basée sur des procédures pour considérer les compétences linguistiques de l'élève en Arabe, mais ce n'est pas approprié. L'intervention dans les premières années si nous voulons atteindre un développement linguistique adapté à l'âge, nous devons commencer par les enfants le plus tôt possible. La recherche a démontré que la plupart des élèves arrivent à l'école avec des compétences cognitives et linguistiques limitées, voire inexistantes, et le travail initial avec eux devait se concentrer sur le développement linguistique de base. Inévitablement, cela les rendait derrière leurs pairs entendants dans d'autres aspects du programme. Notre objectif devrait être de parvenir à un développement linguistique adapté à l'âge de l'entrée à

l'école afin que les élèves sourds puissent accéder pleinement au programme scolaire.

D'autres parts, l'étape du travail dans la période préscolaire doit inclure le travail avec les parents pour développer leurs compétences linguistiques précoces chez leurs enfants. Lorsque les parents entendent et que la langue que leur enfant développe est une langue des signes, des problèmes particuliers peuvent survenir. La lecture, écriture et discours sont la principale façon dont l'éducation bilingue sera jugée est en termes d'accomplissement en Arabe, en particulier l'évaluation des compétences en littérature. Cela constitue un domaine crucial pour les programmes bilingues. Les recherches ont suggéré que, pour les élèves, il était plus facile, dès les premiers stades, de se concentrer sur l'écriture plutôt que sur la lecture. Il semble y avoir une explication possible de cette observation. Pour un enfant sourd dont la première langue est le LSM, leur permet de penser dans leur langue maternelle et de contrôler l'utilisation de la seconde puisqu'ils choisissent les éléments à écrire. La lecture, d'autre part, signifie avoir à travailler à partir de leur 2<sup>e</sup> langue, où ils n'ont aucun contrôle direct sur le matériel, puis traduisent leur langue maternelle. Bien sûr, de nombreuses approches de la lecture reconnaissent cela et veillent à ce que la première lecture d'un enfant soit matérielle qu'ils ont préparé. La lecture pose un certain nombre de questions sur la langue à utiliser. L'utilisation de la voix est-elle essentielle ou un enfant peut-il lire directement dans le LSM ? Une procédure vocale est-elle nécessaire d'abord ? En Suède, dans l'intérêt de l'égalité, la voix n'est pas autorisée dans la salle de classe bilingue. Est-ce que cela serait une aide ou un inconvénient ? Les études effectuées par des chercheurs Britannique sur les productions écrite en Anglais suggère que beaucoup d'erreurs que les enfants sourds sont liées au fait que la majorité des enfants se rattache à la structure de la langue des signes, suggérant que ce facteur pourrait avoir une influence sur ces compétences (Gregory, Wells et Smith, 1995).

De plus en plus, dans le cadre d'un curriculum national, les élèves sont encouragés à trouver des problèmes pour eux-mêmes et à explorer une variété de ressources, dont la plupart seront en Arabe. Les programmes bilingues doivent tenir compte de la manière dont les ressources nécessaires pour soutenir le programme national pourraient

être développées. Il est probable que cela nécessite le développement d'un matériel pour appuyer le curriculum sur la vidéo ou le CD ROM et l'utilisation du TICE auquel les élèves peuvent accéder et se servir eux-mêmes.

Finalement, si la recherche et la formation pour travailler dans des milieux bilingues pour que l'éducation bilingue continue de se développer, il faut augmenter le nombre de sessions de formations au profit des enseignants pour travailler dans le cadre d'une philosophie bilingue. Actuellement, il n'y a aucune formation dispensée pour former des enseignants de sourds. Cela comprend des éléments pertinents pour les enseignants qui souhaitent travailler ou qui travaillent déjà dans des milieux éducatifs bilingues. Il reste difficile pour les personnes sourdes d'entrer dans le métier d'enseignant. Il est nécessaire d'apporter des précisions sur la formation nécessaire pour tous ceux/celles qui travaillent dans des milieux éducatifs bilingues. Cela impliquerait également la formation du personnel de la coordination pédagogique et les responsables du curriculum, et l'implication des parents et l'utilisation de la technologie dans les salles de classe. Les thèmes peuvent aborder les théories bilingues, l'acquisition de la première et de la deuxième langue et le développement de la littératie. Les enseignants sauront comment développer des projets de recherche-action et pendant ce temps, ils auront également à développer des idées pour impliquer les parents et des stratégies pour une utilisation technologique maximale afin de développer l'alphabétisation en Arabe.

## 6. Considérations générales concernant l'organisation de la classe

Dans le cadre de l'éducation bilingue pour les sourds, il est important de considérer non seulement les stratégies d'enseignement/apprentissage spécifiques déployés par les enseignants, mais aussi les aspects à la fois l'organisation de la classe que les conditions et l'environnement dans lequel elle se développe. La structure générale de la classe est organisée de telle sorte que les enfants puissent fournir un cadre et des pré-questions à traiter et le contexte et le contenu. Dans un premier temps, les enseignants parlent avec les enfants sur les questions qui ont récemment vu où retenir une

activité importante qui se rapporte à la classe qui se produira. Ensuite, ils posent des questions pour savoir de quoi et de combien les élèves arrivent à se souvenir et puis ils peuvent introduire le sujet en indiquant ce qu'ils vont faire dans cette classe. Un domaine important à considérer est de veiller soigneusement à ce que les élèves puissent accéder au maximum d'informations. La répartition spatiale des élèves en classe, et le format des outils pédagogiques et des ressources de soutien qui sont utilisés en classe, permettent aux enfants d'accéder aisément aux instructions et à l'information visuelle et que la communication entre eux ne soient pas entravé. Les enfants sont assis en cercle ou demi-cercle face à l'enseignant alors qu'ils peuvent regarder tour à tour leurs coéquipiers. Les moyens de faciliter le travail collectif en lecture et en écriture sont recherchés, par exemple, le projet du texte écrit sur une carte ou sur rideau/écran comme soutien matériel visuel. De plus, les enseignants effectuent diverses actions pour que les enfants puissent suivre visuellement ce qui se passe devant eux et accéder à ce que disent leurs pairs. Par exemple, dire aux enfants de se déplacer à l'avant de la salle afin que les autres puissent les voir ainsi que pour attirer l'attention sur l'enfant qui communique quelque chose.

Un aspect important à voir avec les actions que les enseignants peuvent prendre pour faire en sorte que les enfants puissent toujours suivre la classe et ne pas perdre le fil au cours de ce processus. Il est extrêmement important que l'enseignant fasse toujours en sorte que les enfants aient une compréhension concrète de la structure de leçon, comme l'enfant sourd a une mémoire visuelle très courte, l'enseignant pourrait changer le sujet et l'enfant pourrait être perdus. Pour cela, différentes techniques telles que l'écriture de la structure de la leçon sur le tableau, indiquent la séquence des sujets et leur attribuer des numéros pour faire référence à ceux-ci dans la classe peuvent être utilisés. Une autre façon d'aider les enfants à ne pas perdre le fil de la classe est de compter sur les stratégies utilisées par les personnes sourdes de communiquer en LS. Par exemple, un moyen de localiser l'autre quand l'enseignant parle plus d'un sujet est d'utiliser ses doigts et si, par exemple, il y a quatre questions, il se réfère au premier point, pointant son doigt et ainsi de suite à l'aide des autres doigts pointant vers le doigt correspondant lorsqu'il se réfère à un sujet. Cette stratégie

a été fréquemment adoptée dans la LS Américaine, Suédoise et Norvégienne (Liddell et al., 2007). Un autre exemple est d'utiliser le signe « fini » quand un sujet est terminé, de telle sorte qu'il montre clairement qui est passé à un autre sujet.

### 7. Limites du bilinguisme

Il y a eu peu d'évaluation des programmes bilingues, et seulement des recherches limitées de la part de ceux qui ont eu des programmes bilingues pour une période plus longue. La Suède et le Danemark ont effectué une évaluation, ce qui suggère que l'éducation bilingue réussit à développer les compétences en littérature ainsi que la langue des signes de leur communauté. Cependant, il existe un certain nombre de difficultés pour évaluer l'éducation des sourds. L'utilisation des groupes de suivi pédagogique est difficile car il n'est pas possible de comparer des groupes d'élèves dans des programmes bilingues avec des groupes dans différents programmes. La raison de leur placement dans les différents programmes indique que les enfants sont susceptibles de différer les uns des autres de manière significative, ce qui affecterait les résultats de l'étude. Aussi la nature polémique d'une grande partie des travaux de recherche qui ont été menés auparavant ; l'idée que la raison de la recherche est de prouver qu'une approche particulière fonctionne, ou est préférable plutôt que d'évaluer ce qui se passe ; influence le climat de recherche. La nouveauté de l'éducation bilingue signifie que le but de la recherche est plus susceptible d'être un compte rendu de ce qui se produit lorsque l'éducation linguistique est introduite plutôt que la démonstration de résultats. Il y a un autre problème dans le fait que les objectifs de l'éducation bilingue peuvent varier en fonction de l'éducation orale / auditive, et les aspects sociaux et émotionnels peuvent donner plus de statut.

L'étude des forces, des faiblesses, des facteurs importants, tant internes qu'externes, affectant les pratiques bilingues actuelles qui favorisent ou empêchent les processus par lesquels une éducation plus inclusive (sans obstacle) pour les enfants sourds peut être mise en œuvre avec succès. Les principales forces ont souligné l'importance de la participation et de l'implication du personnel et d'autres personnes dans la communauté éducative. La principale faiblesse a été constatée

dans le manque d'un environnement d'apprentissage entièrement accessible aux enfants sourds. Les opportunités notables comprenaient une acceptation croissante du concept scolaire bilingue et inclusif par les administrations de l'éducation et les changements sociétaux et parentaux vers le bilinguisme et la langue des signes. L'absence de reconnaissance officielle de la langue des signes a été signalée comme une menace majeure. La compréhension de ces quatre facteurs inter-reliés internes et externes peut : (1) aider les initiés à réfléchir à leurs pratiques et à utiliser les résultats pour améliorer leurs pratiques ; (2) guider les décideurs politiques concernant l'adéquation des ressources et des capacités à l'environnement dans lequel opèrent les écoles qui accueillent les enfants sourds ; Et (3) fournir le point de départ sur lequel l'élaboration des politiques et d'autres recherches pourraient être construites. En France, Anne Valin (Burgat, 2009) remarque que le bilinguisme (avec la LSF comme langue d'enseignement) bien que paraissant la meilleure solution et la pratique éducative qui obtient en France les meilleurs taux de réussite en français écrit avec les enfants sourds locuteurs de la langue des signes est une pédagogie encore nettement améliorable. D'après Anne Valin plusieurs points sont à revoir :

- Les formateurs ne sont pas assez vigilants sur la qualité de l'expression qu'ils demandent en LSF, donc le niveau des enfants en LSF ne leur permet pas d'entrer dans toutes les subtilités de l'écrit.
- L'absence de culture en L2 (Français) des élèves sourds, entrave l'apprentissage de l'écrit.
- Les pédagogies et le rôle assigné à la LSF font que les élèves restent passifs et n'entrent pas dans la compréhension du fonctionnement de l'écrit.

### Conclusion

En parcourant l'histoire de l'éducation des sourds, l'éducation bilingue est en état d'évolution. Son développement continu dépendra de la façon dont il s'inscrit dans le système éducatif plus large. Il faut beaucoup de recherches, en particulier dans le développement de la langue des signes car le nombre d'études empiriques pour l'éducation

bilingue à l'éducation des sourds au Maroc reste faible. La probabilité d'une éducation des sourds rendant les transformations dans leurs pratiques devient plus élevée. L'éducation bilingue des sourds a aidé les enseignants et les administrateurs en rendant leur travail plus efficace. L'éducation bilingue comprend pleinement les deux langues et reconnaît l'importance du partenariat entre les deux communautés. Ainsi, il maximise l'intérêt des deux parties et reconnaît que le fait de guérir la « surdité » ou d'essayer de créer un entendant d'un enfant sourd est impossible. Les stratégies pour une école à utiliser dans la transformation ont été documentées et peuvent être utilisées par les écoles qui souhaitent devenir des prestataires de la pédagogie bilingue des sourds. Pourtant, la recherche disponible sur la façon dont un milieu éducatif peut fournir ou créer un climat d'éducation bilingue et sourde reste faible.

Le cœur et l'âme de l'éducation bilingue des sourds a toujours été l'environnement familial des enfants sourds de parents sourds. L'apprentissage précoce des langues naturelles, l'acceptation de l'état d'être sourd et l'implication de la communauté des sourds sont ce qui rend les enfants sourds de parents sourds supérieurs en performance scolaire. La persistance de cette différence au fil des décennies a incité les éducateurs à enquêter sur ce phénomène remarquable et les principes de l'éducation des sourds bilingues en tant que moyen d'enseignement.

## Références

- Bhabba, H. (1994) *The Location of Culture*. London: Routledge.
- Burgat, S. (2009). Un exemple atypique d'acquisition du langage écrit en contexte bilingue : l'enfant sourd locuteur de la langue des signes qui apprend à lire et à écrire en français. In *Actes du colloque AcquisiLyon* (pp. 1-4).
- Cummins, J. (2000). Language, power, and pedagogy: Bilingual children in the crossfire. Clevedon, England: Multilingual Matters.
- Davies, S.N. 1991. The transition toward bilingual education of deaf children in Sweden and Denmark: Perspectives on language. *Sign Language Studies* 7: 169-95.
- Davis, L. (1997) *Enforcing Normalcy. Disability, Deafness and the Body*. New York: Verso.
- Foster, S., Mudgett-Decaro, S., Bagga, L., Domfors, G., Emerton, V., Lampropoulou, S., Ouellette, and O. Welch. (2003) Cross-cultural definitions of inclusion for deaf students: A comparative analysis. *Deafness and Educational International* 5, no.
- Isaélite, N., Ewoldt, C., & Hoffmeister, R. (1989). Bilingual/bicultural education for deaf and hard-of-hearing students: A review of the literature on effective use of native sign language on the acquisition of a majority language by hearing-impaired students. Ontario: Ministry of Education.
- Johnson, R. E., Liddell, S. K., & Erting, C. J. (1989). *Unlocking the curriculum: Principles for achieving access in deaf education* (Gallaudet Research Institute Working Paper, 89-3). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Komesaroff, L. 2000. The politics behind language practices: the power to block or achieve change. In *Australian Association of the Deaf XIII World Congress of the World Federation of the Deaf 'Diversity and Unity'*. Proceedings. Vol. 1, Brisbane, Queensland, Australia, 25-31 July 1999. Brisbane: Copy Print Xpress, 288-305.
- Knoors, H. & Renting, B. (2000). Measuring the quality of education: the involvement of bilingually educated deaf children. *American Annals of the Deaf*, 145, 268-274
- Lane, H., Hoffmeister, R. & Bahan, B. (1996) *A Journey into the Deaf-World*. San Diego: Dawn Sign Press.
- Livingston, S. (1997). *Rethinking the Education of Deaf Students: Theory and Practice from a Teacher's Perspective*. Portsmouth, NH: Heinemann.
- Lynas, W. (2005). Controversies in the education of deaf children. *Current Pediatrics*, vol. 15, n. 3, 200-206.
- Mahshie, S. N. (1995). *Educating deaf children bilingually with insights and applications from Sweden and Denmark*. Washington, DC: Gallaudet University, Pre-College Programs
- Marschark, M., Lang, H. G., & Albertini, J. A. (2002). *Educating deaf students: From research to practice*. New York: Oxford University Press.

- McLaren, K. 1995. Literacy and deafness. A look of some dimensions of literacy among deaf children in a bilingual program. Orebro: SIH Laromedel.
- Metzger, M. (2000). *Bilingualism and Identity*. Washington DC: Gallaudet University Press.
- Reynolds, D. & Titus, A. (1992). Bilingual/bicultural education for deaf students: Changing the system. Bilingual considerations in the education of deaf students: ASL and English. Washington, D.C.: Gallaudet University. 48-53.
- Saunders, J. 1997. Educating deaf and hearing children in a bilingual/bicultural environment. CAEDHH/ACESM 23, no. 1: 61-8
- Singleton, J. & Morgan, D. (2005). Natural signed language acquisition within the social context of the classroom. In M. Marschark, B. Schick, & P.E. Spencer (Eds.), *Advances in sign language development by deaf children*. (pp. 344-375). New York: Oxford University Press.
- Skliar, C. (2001) *Perspectivas politicas pedagogicas da educacao bilingue para surdos*. In S. Silva and M. Vizim (eds) *Educacao Especial: Multiplas Leituras e Diferentes Significados* (pp. 85-110). Sao Paulo: Mercado Aberto.
- Strong, M. & Prinz, P. (2000). Is American Sign Language Skill Related to English Literacy? In C. Chamberlain, J. P. Morford, & R. Mayberry (Eds.), *Language acquisition by eye* (pp.131-142). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Timmermans, N. (2003) *A comparative analysis of the status of sign languages in Europe*. Strasbourg.
- Wilbur, R. (2000). Sign language and successful bilingual development of deaf children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 5:1 Winter 81-104