إشكالية التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا في الجزائر

الأستاذ الدكتور: إبراهيم بلعادي،

جامعة قالمة، الجزائر.

الملخص:

يعتبر هذا المقال بمثابة تحليل نقدي لإشكالية التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا وذلك بالتساؤل حول المعايير التى تسمح بالتعرف على هؤلاء الأطفال، ليتبين في نهاية التحليل أن عملية التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا والتكفل بهم وبخاصة الحالات اللانمطية هى سيرورة تسوية تتنوع وتختلف باختلاف المنطق الذي يحكم ويوجه أفعال ونشاطات مختلف الفاعلين الاجتماعيين في هذا المجال.

Résumé :

Cet article représente une analyse critique de la problématique de l'identification des enfants handicapés mentaux en s'interrogeant sur les normes qui permettent d'identifier ces enfants. En fin d'analyse il apparait que l'identification et la prise en charge des enfants handicapés mentaux (notamment les cas atypiques) est un processus de normalisation qui obéit à différentes logiques qui orientent les actions des différents acteurs sociaux dans ce domaine.

مقدّمة:

إن التكفل بالأطفال المعاقين أصبح أمرا ضروريا بل حتمية أملتها مختلف التطورات الملاحظة في شتى المجالات: العلمية-المعرفية، الاجتماعية، الاقتصادية... والتي فرضت ضرورة الإيمان بقدرات وطاقات الأفراد على اختلاف خصائصهم ومميزاتهم، لأن عدم الاعتراف ببعض هذه القدرات يؤدي بالضرورة إلى تعطيل وسوء استغلال طاقات بشرية لا يستهان بها مما يجعلها عائق وثقل في وجه عملية التنمية الشاملة ناهيك عن تأثيرها السلبي على التوازن والانسجام الكلي داخل المجتمع.

ويرتبط التكفل"la prise en charge" بهؤلاء الأطفال المعاقين ذهنيا بإشكالية التعرف "La problématique de l'identification" عليهم وبخاصة الحالات اللانمطية "Atypiques" التي تطرح جملة من التساؤلات تذكرنا دوما بأن تاريخ التصنيفات والمصطلحات والمفاهيم المقترحة للتعرف على المعوقين ذهنيا يؤكد نسبية الأفكار والنماذج المستعملة للإحاطة بحقيقة هؤلاء الأشخاص المتعرف عليهم كمعوقين ذهنيا[1]. من هذا المنطلق سنتساءل في هذه المحاولة عن المعايير التي يتم على أساسها التعرف على الطفل المعوق ذهنيا وما تخفيه من تصورات ورهانات.

أولا: منظومة التكفل بالأطفال المعاقين والأصناف الخاصة:

لقد بادرت الجزائر تدريجيا منذ الاستقلال إلى إعداد ووضع منظومة تكفل خاصة بمختلف فئات المعاقين والأصناف الخاصة تهدف أساسا إلى إسعافهم، حمايتهم، إعادة تأهيلهم و إدماجهم في الحياة الاجتماعية. وبالرجوع للنصوص التشريعية المتعلقة بالأطفال المعاقين والأصناف الخاصة والتي تحتكم لها شبكة الهياكل والمؤسسات التي وضعت للتكفل بمختلف هذه الفئات فإننا نلاحظ أن منظومة التكفل هذه بنيت أساسا على ثلاث قطاعات:

- قطاع الإسعاف و المساعدة.

- قطاع الحماية.
- قطاع الإعاقة.

1- قطاع الإسعاف والمساعدة:

ويهتم بالطفولة، المرأة، الأسرة والمسنين.

بخصوص الطفولة فإنه يضم مؤسسات الطفولة المسعفة والمكلفة "باستقبال الأطفال المسعفين من الولادة إلى سن ثمانية عشر(18) والتكفل بهم ليلا ونهارا في انتظار وضعهم في وسط عائلي، غير أن المصالح المكلفة بالنشاط الاجتماعي المعنية تضمن من خلال تدابير ملائمة المرافقة والتكفل بهذه الفئة من السكان وعند الاقتضاء إلى ما بعد السن المحدد أعلاه بغرض إدماجهم الاجتماعي والمهني"[2].

كما يضم أيضا دور استقبال اليتامى ضحايا الإرهاب والمكلفة "باستقبال الأطفال والمراهقين اليتامى ضحايا الإرهاب والتكفل بهم وتربيتهم"[3].

بخصوص المرأة فنجد المراكز الوطنية التي تضمن "استقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف ومن هن في وضع صعب لفترة مؤقتة وإيوائهن والتكفل الطبي والاجتماعي والنفسي بهن"[4].إنها مؤسسات لإسعاف ومساعدة الفتيات والنساء عديمي الدخل وبدون روابط أسرية(النساء المتخلى عنهم، الأمهات العازبات..)البالغات ثمانية عشر(18) سنة فما فوق.[5]

بخصوص الأسرة فقد تم إحداث على مستوى المديريات الولائية للنشاط الاجتماعي "جهاز للاستقبال والإصغاء والتوجيه والمرافقة للأسر في وضع اجتماعي صعب من أجل حمايتها من المشاكل التي تهدد استقرارها وتماسكها"[6].

أما بخصوص الأشخاص المسنين فهناك دور الأشخاص المسنين "المكلفة باستقبال الأشخاص المسنين البالغون من العمر 65 سنة فما فوق ولاسيما منهم:

- الأشخاص المسنون المحرومون و/ أو بدون روابط أسرية.

- الأشخاص المسنون في وضعية اجتماعية صعبة و/أو بدون روابط أسرية"(7).

أخيرا وفي نفس القطاع أي قطاع الإسعاف والمساعدة نجد مؤسسات ديار الرحمة "والمكلفة باستقبال لفترة مؤقتة لا تتجاوز ستة(06) أشهر العديد من الفئات منهم:

- الأشخاص المسنين عديمي الدخل و/ أو بدون روابط عائلية.
- الأشخاص المحرومين المصابين بأمراض مزمنة.
- الأطفال والأشخاص البالغين الذين هم في وضعية اجتماعية هشة و/ أوالذين يواجهون صعوبات نفسية.
- كل شخص يحتاج لمساعدة محددة مبررة قانونا"(8).

2- قطاع الحماية:

وتتكفل مجموع مؤسسات هذا القطاع بالأطفال والمراهقين ممن قاموا بأفعال منحرفة أو ممن تبين أن الوسط الذي يعيشون فيه لا يمكن إلا أن يزيدهم انحرافا وبالتالي يجب إبعادهم عن هذا الوسط لحمايتهم إما بإدخالهم إلى مركز معين أو بوضعهم تحت الملاحظة والمتابعة التربوية في الوسط المفتوح، ولا يتم هذا إلا بقرار من طرف العدالة (قاضي الأحداث). فهو بذلك يضم المؤسسات المتخصصة في حماية الطفولة والمراهقة وهي التي تتولى "مهام ضمان التربية وإعادة التربية والحماية وإعادة الإدماج للأحداث الموضوعين من قبل الجهات القضائية للأحداث والسهر على صحتهم وأمنهم ورفاهيتهم وتنميتهم المنسجمة"(9).وهذه المؤسسات هي أربعة أصناف:

أ-مراكز متخصصة في إعادة التربية: "وتستقبل الأحداث الجانحين الذين تتراوح أعمارهم ما فوق أربعة عشر(14) سنة إلى ثمانية عشر(18) سنة قصد إعادة تربيتهم.

ب-مراكز متخصصة في الحماية: "وتستقبل الأحداث الذين هم في خطر معنوي وتتراوح أعمارهم من ستة(06) سنوات إلى أربعة عشر(14) سنة قصد تربيتهم وحمايتهم.

ج-المراكز المتعددة الخدمات لوقاية الشبيبة: "وتستقبل الأحداث الجانحين و/ أو في خطر معنوي قصد تربيتهم وحمايتهم وإعادة تربيتهم فهي بذلك تجمع بين المؤسستين المذكورتين أعلاه في فضاء واحد.

د-مصالح الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح: "وتسهر على متابعة الأحداث في خطر معنوي وفي حرية محروسة بأمر من قاضي الأحداث"[10].

3- قطاع الإعاقة:

وهو الذي خصص للأطفال المعوقين بشتى أنواعهم ويضم جملة من المؤسسات تتمثل مهامها "في ضمان التربية والتعليم المتخصص للأطفال والمراهقين المعوقين البالغين ثلاث(03)سنوات إلى نهاية مسارهم التربوي في الوسط المؤسساتي المتخصص و/ أوالوسط العادي وكذا السهر على صحتهم وسلامتهم ورفاهيتهم وتنميتهم"[11].وهذه المؤسسات هي كالآتي:

- ✓ مراكز لمن يعانون نقص في التنفس" وتتكفل هذه المراكز بالأطفال والمراهقين الذين يعانون من نقص في التنفس"[12].
- ✓ مدارس الأطفال المعوقين بصريا" وتستقبل هذه المدارس الأطفال والمراهقين المصابين بعمى كلي أو جزئي يمنعهم من ارتياد مؤسسة دراسية عادية بهدف إدماج مدرسي واجتماعي ومهني"[13].
- ✓ مدارس الأطفال المعوقين سمعيا "وتستقبل هذه المدارس الأطفال والمراهقين المصابين بصمم عميق أو متوسط بهدف إدماج مدرسي واجتماعي ومهني"[14].

المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين حركيا "وتستقبل هذه المراكز الأطفال والمراهقين المصابين بعجز حركي يحد من استقلاليتهم ويتطلب اللجوء إلى وسائل خاصة وللتربية والتعليم المتخصص والتكوين قصد الإدماج المدرسي الاجتماعي والمهني"[15].

المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين ذهنيا " وتستقبل هذه المراكز "الأطفال والمراهقين المصابين بتأخر ذهني الذين يحتاجون تربية خاصة تأخذ في الحسبان الجوانب النفسية"[16].

الأقسام الخاصة الممكن فتحها في الوسط المدرسي العادي ضمن المؤسسات التابعة للقطاع المكلف بالتربية الوطنية لفائدة الأطفال المعوقين بالاتصال مع القطاعات والإدارات المعنية. وتخصص هذه الأقسام الخاصة لاستقبال الأطفال المعوقين في سن التمدرس الإجباري بعد تحضير ما قبل التمدرس الذي تضمنه المؤسسات التابعة لوزارة التضامن الوطني[17]، والمتمثلة في مؤسسات ومراكز استقبال الطفولة الصغيرة البالغين أقل من خمس(05) سنوات أين يتم "استقبال الأطفال المعوقين على مستوى هذه المؤسسات ضمن وحدات مهيئة خصيصا لهم أو يدمجون في مجموعات الأطفال السليمين"[18].

ويمكن توزيع المؤسسات والمصالح التي وضعت للتكفل بهؤلاء الأصناف حسب كل قطاع كالآتي:

جدول يوضح توزيع مؤسسات التكفل حسب القطاعات

المـؤسســة	القطـاع
مؤسسات الطفولة المسعفة	**الإسعاف والمساعدة**
دور استقبال اليتامى ضحايا الإرهاب	
المراكز الوطنية لاستقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف ومن هن في وضع صعب	
دور الأشخاص المسنين	
ديار الرحمة	
جهاز الاستقبال والإصغاء والتوجيه والمرافقة للأسر في وضع اجتماعي صعب	
مراكز متخصصة في إعادة التربية	**الحمـاية**
مراكز متخصصة في الحماية	
مراكز متعددة الخدمات لوقاية الشبيبة	
مصالح الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح	
مراكز لمن يعانون نقص في التنفس	
مدارس الأطفال المعوقين بصريا	

مدارس الأطفال المعوقين سمعيا	**الإعــاقة**
المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين حركيا	
المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعوقين ذهنيا	
الوحدات المهيأة خصيصا للأطفال العاقين ضمن مؤسسات ومراكز استقبال الطفولة الصغيرة	
الأقسام الخاصة الممكن فتحها في الوسط المدرسي العادي	

ثانيا: إشكالية التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا

انطلاقا من هذا التصنيف ومن طبيعة مؤسسات ومصالح كل قطاع نستطيع ملاحظة الآتي:

1- **قطاع الإسعاف والمساعدة :**

وله الأسر التي تعيش أوضاعا اجتماعية صعبة تجعلها في حاجة للتوجيه والمرافقة والارشاد الأسري لمساعدتها على تجاوز المشاكل التي تهدد استقرارها وتماسكها، وله أيضا الأطفال والمراهقون والفتيات والنساء والمسنون الذين يشتركون أساسا في خاصية واحدة هي في الواقع عدم قدرتهم على تأمين معيشتهم وعدم وجود عائلة تضمن لهم العيش كباقي الأفراد الذين يعيشون وسط عائلاتهم. بعبارة أخرى إنهم المشردون اجتماعيا أي أولئك الذين بحكم أسباب

مختلفة ومتعددة وجدوا أنفسهم بدون عائلة ولا مورد ولا مأوى، وبالتالي فإن الأساس الذي يقوم عليه قطاع الإسعاف والمساعدة هو أساس اجتماعي.

2- قطاع الحماية:

وله كل الأطفال والمراهقين الذين تم الحكم عليهم قضائيا من طرف قاضي الأحداث بعد إلقاء القبض عليهم إثر قيامهم بأفعال منحرفة أو إثر التعرف عليهم من طرف العاملين الاجتماعيين "lestravailleurs sociaux" على أساس أنهم في وضعية خطر معنوي قد يقود إلى الانحراف بحكم الظروف التي يعيشون فيها (الظروف العائلية، الوسط الاجتماعي ...الخ).إن الانحراف هنا هو أساسا الخروج عن القانون والمساس بالنظام العام وبالتالي فإن الأساس الذي يقوم عليه قطاع الحماية هو أساس قضائي.

3- قطاع الإعاقة:

وله كل الأطفال والمراهقين غير المنحرفين وغير المتروكين اجتماعيا ولكن ممن تم التعرف عليهم من طرف مجموعة من الاختصاصيين (أطباء، أطباء الأمراض العقلية، اختصاصيين في علم النفس، مربين...الخ) كمعوقين، بمعنى أنهم "يعانون من نقص نفسي أو فيزيولوجي أو أنهم عاجزون عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري، أو لديهم عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها"(19).

وهنا نجد المجال مفتوح وقد تختلط بداخله مجموعة من المعايير: الطبية، النفسية، التربوية، الاجتماعية...الخ. فالأساس الذي يقوم عليه قطاع الإعاقة هو أساس متعدد الجوانب: طبي، نفسي، تربوي واجتماعي. لأنه و إن تفهمنا ببساطة إمكانية تحديد المعايير الطبية – الفيزيولوجية عند عملية التعرف على بعض أنواع الإعاقة المرتبطة بنقص فيزيولوجي أو وظيفي كالنقص في الجهاز التنفسي، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية والإعاقة الحركية فإننا نتساءل عن كيفية تحديد النقص النفسي وحدود النشاط العادي للكائن البشري ومعنى الحياة الاجتماعية العادية.

انطلاقا من هذه الملاحظة يتضح تماما بأن سيرورة التعرف على مختلف الأطفال المعاقين ذهنيا هي عملية موضوعة بين أيدي مجموعة من الفاعلين الاجتماعيين (مختلف الاختصاصيين...) خاصة عندما يتعلق الأمر بالأصناف اللانمطية "Atypiques".الكل يعلم مثلا أن في حقل الصحة العقلية عموما والإعاقة الذهنية خصوصا فإن التعرف على المعنيين وتحديدهم قد يخضع لمقاييس مختلفة من مجتمع لآخر ومن جماعة لأخرى ومن فاعل اجتماعي لآخر.

إذ تتوقف هذه المقاييس على التقاليد السائدة والأطر المرجعية والمنطلقات الفكرية والفلسفية المعتنقة. لذا لا توجد مجموعة من المقاييس يمكن الاتفاق عليها[20]، بل قد تكون خاضعة لأحكام قيمية آنية أو حتى إيديولوجية أكثر منه لمقاييس موضوعية دقيقة تزيح كل الشكوك حول الحالات المعاينة. إن هذه الأحكام قد تتداخل مع الحقائق الملاحظة ومنه يتوجب على الباحث في علم الاجتماع التساؤل حول هذه الظواهر حتى لو قدمت له تحت غطاء خطاب "وضعي – يقيني".

إن الإعاقة الذهنية وبخاصة الحالات اللانمطية تبقى بالنسبة لنا إنتاجات اجتماعية ينظر لها كحقائق مضبوطة ومسوية طبقا لقيم ومعاييرالنظم الاجتماعية السائدة وكحقائق مثبتة بفعل بعض الفاعلين الاجتماعيين(علميين، خبراء، مهنيين...) الذين يعترفون بها اجتماعيا ويعطونها وضع قانوني يشرعن التكفل بها إداريا، ماليا ومؤسساتيا[21].

إن الاكتفاء بتناول الإعاقة الذهنية، كحقيقة موضوعية قائمة بذاتها باعتبارها في غالب الأحيان ظاهرة واضحة ومحددة طبيا دون ربطها بالمحيط الاجتماعي الذي تظهر وتتطور فيه يؤدي إلى خلط فكري قد يستخدم فيه الطب وخاصة الطب العقلي لأغراض اجتماعية وقد يصب في النهاية في مصب "الاتجاه المتزايد نحو معالجة المشاكل الاجتماعية بأسلوب طبي حيث يمدد المختصون نطاق تخصصهم ليشمل مجالات لديهم معرفة أو قدرة ضئيلة بصددها"[22].

إنها المعالجة الطبية المتزايدة للمشكلات الاجتماعية أو ما يمكن تسميته بتدوية المشاكل الاجتماعية " La médicalisation des problèmes sociaux "، أي الاكتفاء بإعطاء إجابات طبية وبالدواء لمشاكل أصلا اجتماعية. إن العديد من الدراسات قد أشارت إلى إمكانية البحث عن بعض الأسباب الأولى للإعاقة الذهنية- وهذا حتى بالنسبة للمعوقين منذ الولادة- ضمن المحيط الاجتماعي و ظروفه: ظروف الحمل، ظروف الولادة، التغذية في السنوات الأولى...[23].

إن الخلط بين الإعاقة والمرض يعتبر انزلاق خطير جدا لأنه يبرر- بحجة العلاج داخل مؤسسات مختصة قصد إعادة التكيف- عزل كل من صعب تكيفه مع محيط معين مما يسمح بالمحافظة على هذا المحيط كما هو بنظمه وقيمه ورهاناته القائمة ليصبح الحديث يدور حول كيفية علاج هؤلاء الأشخاص باعتبارهم غير متكيفين ذاتيا بمعنى مرضى ومعوقين و يهمل الأساس ألا وهو التفكير حول هذه النظم والقيم والمعايير الاجتماعية السائدة وما مدى مسؤوليتها ومساهمتها في إنتاج اللاتكيف، وهل يجب العمل على تغييرها أم لا؟[24].

يقول ف.بلوك لينيF.Block-lainé)) "إن اللاتكيف بقدر ما يمكن أن يعزى إلى حالة الفرد فإنه قد يعزى أيضا لحالة المجتمع عندئذ يكون الوسط هو غير المكيف مع الأفراد"[25].

إن التساؤل حول كيفية التعرف على مختلف أصناف الأطفال المعاقين ذهنيا يقود بالضرورة إلى الكشف عن وجود تصورات عديدة يحتكم كل تصور منها لمنطق معين متمحور حول نظام ما، مقنن ومتغير بتغير الفاعلين الاجتماعيين الذين ينتجونه (اختصاصيين في علم النفس، علم النفس التربوي، الأطباء، أطباء الأمراض العقلية، العائلات ...الخ). إنه من المؤكد مثلا أن الضعف العقلي بكل مستوياته سواء: ضعف عقلي بسيط Débilité légère أو ضعف عقلي متوسط Débilité moyenne أو ضعف عقلي شديد Débilité profonde يظهر وترتفع نسبه مع إجبارية التعليم التي قد تسهل عملية الكشف عن هاته الفئات. في هذا المجال نذكر بما حدث في أوروبا عند توسيع دائرة تطبيق إجبارية التمدرس حيث

عرفت ظاهرة الضعف العقلي ارتفاعا عدديا هائلا ومعه تزايد في عدد أقسام التعليم الخاص "Les classes spéciales" المخصصة لهذه الفئات. قد تبدو مفارقة في كون توسيع دائرة التعليم وتعميمه وإجباريته يؤدي إلى ارتفاع عدد المصنفين كمعوقين ذهنيا.

لكن هذه المفارقة يجب فهمها في علاقة مع المعايير الاجتماعية-الثقافية وتغير عتبة التسامح "Seuil de tolerance" بحكم تغير الوسط الاجتماعي. إن الأطفال ممن ينعتون بالضعف العقلي البسيط أو المتوسط وكذلك من لهم بعض الصعوبات في توضيح الكلام هم أمثلة حية في هذا الميدان لأنهم قد يقبلوا في الأوساط التقليدية كأطفال أسوياء وعاديين، لكن بدخولهم المدرسة قد يصبحوا حالات خاصة يجب معالجتها والتكفل بها داخل هياكل متخصصة، ناهيك عن المعايير المعتمدة للتعرف عليهم والتي تختلف من مجتمع لآخر وفق التقاليد السائدة في ذلك المجتمع والفلسفة التي يعتنقها ومدى تقبله لهذه الظاهرة وطبيعة الهياكل والخدمات التي يقدمها.يقول س.طومكويتز (S.Tomkiewicz) "إن المعوقين الدراسيين المسمون بالمعوقين الاجتماعيين-الثقافيين يكثر عددهم إذا كان هدف المدرسة الابتدائية في تلك البلد هو تكوين عباقرة ويقل عددهم إذا كانت أولوية المدرسة هي توصيل الثقافة إلى أكبر عدد ممكن حتى لمن يصبحوا عمال مهنيين في المستقبل"**(26)**.

مثال آخر نستدل به عن تعدد المعايير التي تسمح بالتعرف على الطفل غيرالعادي الذي ينعت بالاختلال العقلي ومنه نتساءل عن طبيعتها وخصوصيتها واختلافها باختلاف الفاعلين الاجتماعيين، وهو الدراسة التي قام بها الدكتور بن حبيب (وهو طبيب مختص في الأمراض العقلية) في بلدية باب الواد بالجزائر العاصمة حول الصحة العقلية للأطفال حيث انتقى العينة المدروسة من ثلاثة (03) أفواج من الأطفال: الفوج الأول متكون من الأطفال الذين قدموا - لأسباب في غالبها بيداغوجية- من طرف المدرسة أو العائلة للفحص في مركز إرشاد وتوجيه الأطفال "Centre de guidance infantile"، أما الفوج الثاني فيضم

مجموعة من الأطفال تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين الأطفال الذين تم التعرف عليهم من طرف المؤسسات التربوية (المدرسة الأساسية) كأطفال في حالة رسوب مدرسي واضح أو في حالة لاتكيف حاد مع المدرسة ويعانون من اختلالات علائقية لا تسمح بالاحتفاظ بهم داخل المدارس. أما الفوج الثالث فيضم مجموعة من الأطفال ممن يعتبرون حسب المعلمين والمربين لا يعانون من أية صعوبة في الدراسة كونهم لم يرسبوا أبدا: أطفال مجتهدون ومثابرون لايتغيبون ولم يمسهم أبدا قرار تأديبي ولهم مستوى تربوي يجعلهم من الأوائل في أقسامهم(27). بعبارة أخرى يضم هذا الفوج أطفال عاديين بل نجباء في مدارسهم، لكن يضيف الكاتب أنه عند اختيار عينة من هؤلاء الأطفال(أطفال الفوج الثالث) تبين بعد المحادثة الإكلينيكية "Entretien clinique" بأن البعض منهم يعاني من اختلالات عقلية "Troubles-Mentaux" وبالتالي تم إقصاءهم من العينة ويوضح الكاتب بأن هذه الاختلالات لم تشد انتباه لا المدرسة ولا العائلة.

يتضح من خلال هذا المثال التباين الواضح بين المعايير المدرسية-الثقافية والعائلية والمعايير الطبية و دورها في التعرف على الاختلالات العقلية.

لقد سبق وأن لاحظنا[28] الخلاف الجوهري القائم بين مختلف الاختصاصيين المعنيين بالتعرف على هؤلاء الأطفال وبالتكفل بهم بحيث هناك من يفضلون استعمال مفهوم المرض العقلي ويرفضون تبني مقولة الإعاقة العقلية لأنها تسمح في رأيهم بإدماج أطفال مرضى عقليا داخل دوائر التربية والعمل العادية أو بالتكفل بهم داخل مؤسسات بدون علاج وبدون تداوي " Prise en charge démédicalisée"، وبالتالي يعتبرون" المراكز النفسية البيداغوجية* عموما معدومة النتائج" [29] لأنه في اعتقادهم "الأمر لا يتعلق بإعادة تأهيل معوقين وإنما بتقديم علاج لأطفال أذكياء لكن مرضى عقليا"[30].

وهناك مناصري التكفل بالمعوق عقليا أساسا من الجانب الاجتماعي والذين يرفضون إرجاع كل إعاقة أونقصان ما بالضرورة إلى مفهوم المرض. يتضح مرة أخرى كما قال م.زافيروبولوس (Zafiropoulous) "إن الإعاقة الذهنية من

الناحية المعرفية هي موضوع غامض ورهان سلطة بالنسبة لمختلف الاختصاصيين المتنافسين حول كسب الزبائن المتولديـن عن عمليات الوسم"[31].

لقد تبين لنا ميدانيا في أبحاث سابقة [32] أن هناك العديد من حالات الأطفال الذين وقع خلاف بشأنهم بين مختلف الاختصاصيين العاملين بالمراكز الخاصة بالأطفال المعوقين ذهنيا حول كيفية التعرف على إعاقتهم، وقد ظلت هذه الحالات محل خلاف واضح وحاد بين أعضاء المجلس النفسي البيداغوجي للمركز الذي يقرر قبول الطفل أو رفضه وفي حالة قبوله كيف يتم توجيهه. وقد يصل هذا الخلاف إلى حد حسم المسألة عن طريق التصويت لإرضاء الجميع.

لقد ذهبت بعض الدراسات إلى حد الكشف عما يمكن تسميته بهيمنة منطق مؤسسة التكفل على عملية تحديد نوعية الإعاقة للحالات المعروضة للوضع بداخلها،بمعنى تكييف تشخيص الإعاقة ليكون في توافق مع تخصص مؤسسة التكفل.فإن كانت المؤسسة مختصة مثلا في التكفل بالضعف العقلي المتوسط، فإن الحالات المعروضة يتم تشخيصها كذلك تسهيلا لاتخاذ قرار الوضع"Décision de placement.بمعنى أن قرار قبول الطفل يخضع لمنطق المؤسسة وما توفره من أماكن وما تريد كسبه من وراء هذا القرار أكثر منه لطبيعة وخصوصية الإعاقة التي يعاني منها هذا الطفل[33].

لقد أكد الأستاذ ج.ك.قويو(J.C.Guyot) أن ما يلفت الانتباه عند تحليل ملفات الوضع" Les dossiers de placement المدروسة من طرف اللجان الولائية للتربية الخاصة في فرنسا هو تغير التشخيصات الطبعقلية "Psychiatrique" للأطفال وفق الفئات العمرية. فإلى غاية سن السادسة عشر فان أغلبية الأطفال يصنفون كمصابين باضطرابات في الشخصية أو السلوك، لكن بعد هذا السن يدرجون في صنف الضعف العقلي المتوسط، وهي وضعية غير معقولة طبيا، ومنه يفترض الباحث أن التشخيص لا يتم على أساس معاينة حقيقة الصحة العقلية للأطفال وإنما على أساس الصنف الإداري للمؤسسات المرشحة لاستقبالهم بعد خروجهم من دوائر التربية. وبما أن هذه المؤسسات هي مؤسسات مؤهلة لاستقبال الضعف

العقلي المتوسط أو الشديد فإن تشخيص زبائنها يجب أن يكون حتما متطابق مع متطلبات البيروقراطية الإدارية التي تنحو هي كذلك لفرض معاييرها للعلاج(34).

على ضوء ما سبق فإن النتيجة المستخلصة هي أن سيرورة التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا والتكفل بهم هي في الواقع سيرورة تسوية "Processus de Normalisation" تتسم عمليا بالتنوع والاختلاف بتنوع واختلاف المنطق الذي يحكم الأفعال والنشاطات الناجمة عن كل مؤسسة، جماعة مهنية وحتى خصوصية الوضعية أو الحالة المطروحة للتسوية وللمضامين المعطاة للمفاهيم المرجعية كمفهوم المرضي، السوي، الإعاقة، الإعاقة الذهنية، التأخرالذهني، اللاتكيف الذهني..(35) خاصة عندما نعلم أن الغاية النهائية من وراء أي سيرورة تسوية أو أي فعل معياري ضابط تكمن في "محاولة فرض لزوم معين لوجود ما يعتبراختلافه وتباينه في نظر هذا اللزوم مغاير وغريب بل أكثر منه وكأنه معادٍ"(36).

خـاتمـة:

في ختام هذه المحاولة فإننا نؤكد أن الإعاقة الذهنية تأخذ معناها الحقيقي ضمن سيرورة التعرف عليها والتي تؤثر حتما على عملية التكفل. إن العديد من المعايير المعتمدة ضمن هذه السيرورة والتي تبدو ظاهريا ذات طبيعة تقنية قد تأخذ في نفس الوقت معاني ودلالات اجتماعية أو إيديولوجية. في هذا المجال فإن معايير تقييم المهارات الثقافية، الفكرية، التقييم النفسي... والالتباس المحاط بها لدليل واضح عن تعقد هذه الأنساق من المعايير وعن صعوبة التمييز بين مختلف دلالاتها دفعة واحدة. إن اختلاف المعايير و تعدد معانيها ودلالاتها يؤدي بالضرورة إلى تعقيد سيرورة التسوية التي تنتج عنها.

فهناك كما قلنا بعض المعايير قد تفرض نفسها إلزاميا وهناك البعض الآخر يكون موضوع تشاور واختلاف. لهذا فإن سيرورة التسوية تتحقق حتما وفق معايير معينة وضمن إطار معين بداخل نظام مألوف ومتعود عليه من طرف الفاعلين الاجتماعيين الذين يعطونه طابعه الرسمي الظاهر.

من هنا يتبين أن سيرورة التعرف على الأطفال المعاقين ذهنيا و التكفل بهم تختلف باختلاف القيم والمعايير السائدة في مجتمع معين وخاصة عند بعض الفاعلين الاجتماعيين الذين يوظفونها وفق تصورات خاصة لتشخيص هذه الظاهرة والتكفل بها. إن هذه التصورات قد تختلف وتتعدد بتعدد و اختلاف هؤلاء الفاعلين الاجتماعيين المعنيين بهذه السيرورة وقد يخضع كل تصور من هذه التصورات إلى منطق معين: منطق اجتماعي، منطق اقتصادي، منطق إداري، منطق علمي- مهني...(37) مندرج ضمن علاقات اجتماعية متنوعة وفق الرهانات الفردية والجماعية المرتبطة بهذه السيرورة.

❖ هوامش البحث

(1) A.Triomphe, S.Tomkiewicz : **«Les handicapés de la prime enfance»**, Paris, Puf, 1985, P62.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم12-04 مؤرخ في 04 يناير 2012،يتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات الطفولة المسعفة، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم05 الصادر بتاريخ 29 يناير2012، ص08.

(3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم99-48 مؤرخ في 13 فبراير 1999 ،يتضمن إحداث دور استقبال اليتامى ضحايا الإرهاب وتنظيمها وعملها، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم09 الصادر بتاريخ 17 فبراير 1999، ص20.

(4) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم04-182 مؤرخ في 24 يونيو2004، يتضمن إحداث مراكز وطنية لاستقبال الفتيات والنساء ضحايا العنف ومن هن في وضع صعب وتنظيمها وسيرها، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم41 الصادر بتاريخ 27 يونيو 2004، ص26.

(5) www.msnfcf.gov.dz Le 10/10/2014.

(6) **Ibid**.

(7) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم12-113 مؤرخ في 07 مارس2012، المحدد لشروط وضع المؤسسات المتخصصة وهياكل استقبال الأشخاص المسنين وكذا مهامها وتنظيمها وسيرها، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم16 الصادر بتاريخ 21 مارس 2012، ص5.

(8) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم02-178 مؤرخ في 20 مايو2002، يتضمن إحداث مؤسسات ديار الرحمة وتحديد قانونها الأساسي، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم37 الصادر بتاريخ 26 مايو2002، ص5.

(9) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم12-165 مؤرخ في 5 أبريل2012، يتضمن تعديل القانون الأساسي النموذجي للمؤسسات المتخصصة في حماية الطفولة والمراهقة، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم21 الصادر بتاريخ 11 أبريل 2012، ص11.

(10) أنظر:الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم75-64 مؤرخ في 26 سبتمبر1975، يتضمن إحداث المؤسسات والمصالح المكلفة بحماية الطفولة والمراهقة، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم81 الصادر بتاريخ 10 أكتوبر 1975، ص1090.

www.msnfcf.gov.dz Le 10/10/2014.

(11) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم12-05 مؤرخ في 4 يناير2012، يتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم05 الصادر بتاريخ 29 يناير 2012، ص14.

(12) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم87-228 مؤرخ في 27 أكتوبر1987، يتضمن إنشاء مراكز لمن يعانون نقصا في التنفس وتنظيمها وعملها، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم44 الصادر بتاريخ 28 أكتوبر 1987، ص1636.

(13) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم12-05 مؤرخ في 4 يناير2012، **مرجع سبق ذكره**، ص14.

(14) **المرجع السابق**، ص14.

(15) **المرجع السابق**، ص15.

(16) **المرجع السابق**، ص15.

(17) **المرجع السابق**، ص14.

(18) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: مرسوم تنفيذي رقم08-287 مؤرخ في 17 سبتمبر 2008، يحدد شروط إنشاء مؤسسات ومراكز استقبال الطفولة الصغيرة وتنظيمها وسيرها ومراقبتها، **الجريدة الرسمية**، العدد رقم53 الصادر بتاريخ 17 سبتمبر 2008، ص12-13.

(19) في هذا السياق نجد التعريف الذي ورد في القانون رقم85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها و لا سيما المادة 89 التي تعرف الشخص المعاق كالآتي:"يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يأتي:

- ✓ إما نقص نفسي أو فيزيولوجي.
- ✓ إما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري
- ✓ إما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها". أنظر:
- ✓ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية:" قانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها"،**الجريدة الرسمية**، عدد 08، الصادر بتاريخ 17 فبراير 1985، ص 184.

(20) عبد الرحمن العيسوي: "**سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية**"، الإسكندرية، دار الراتب الجامعية، 1977، ص80 – 81.

(21) بلعادي ابراهيم:"الإعاقة العقلية:عناصر تفكيرية في السوسيولوجيا"، **مجلة البحوث و الدراسات الإنسانية**، جامعة 20 أوت1955 سكيكدة، عدد06، نوفمبر2010، ص120.

(22) محمد علي محمد وآخرون:"**دراسات في علم الاجتماع الطبي**"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية،1987، ص 57.

(23) ابراهيم بلعادي: **مرجع سبق ذكره**، ص 120.

(24) ابراهيم بلعادي:"مفهوم الإعاقة: دراسة نقدية"،**الباحث الاجتماعي**،جامعة منتوري قسنطينة،**العدد** رقم07، مارس 2005،ص193-217.

(25) F.Block-Lainé : «Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées », Supplément aux notes et études documentaires, **la documentation française**, Paris, 1979, P19.

(26)S.Tomkiewicz: « Quelques réflexions sur la trilogie de Wood», in CTNERHI : « **Classification internationale des handicaps : du**

concept a l'application» Acte du colloque du 28-29.Nov 1988. Paris, Puf, 1988 . P 29.

(27)L.Benhabib: **«Bab-Eloued: Temoignage d'un pedo-psychiatre»**. Alger, Opu.1994, P.52.

(28) عند تناولنا للعلاقة بين الإعاقة العقلية و المرض العقلي. أنظر: ابراهيم بلعادي: "الإعاقة العقلية:عناصر تفكيرية في السوسيولوجيا"، **مرجع سبق ذكره،** ص 120.

*يقصد بها المراكز المخصصة للتكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا.

(29) Voir : B.Ziane: Psychiatrie de l'enfant: Le calvaire continue. « **Révolution Africaine** », N° 1364 du 19 au 25 avril 1990, P08.

(30) **Ibid.** : P 08

(31) M.Zafiropoulos: **«Les arriérés de l'asile à l'usine»**, Paris, Payot, 1981.

(32)A.Djellali et B.Belaadi : « Les obstacles a l'intégration des enfants handicapés mentaux »**, Annales des sciences sociales et humaines de l'université de guelma,** Université de guelma, N°4, Juin 2010, P13.

(33)B.Allemandou, B.Belaadi et Autres : « **La marginalité sociale en lot et garonne** », rapport intermédiaire de recherche sous la direction scientifique du Professeur J.C.Guyot, T2, Les professionnels, les clientèles, M.S.H.A, Bordeaux, 1985, P121.

(34) J.C Guyot : « **L'échec scolaire ça se soigne** »,toulouse,Privat,1985,P166.

(35) حول مفهوم الإعاقة أنظر:

- ✓ بلعادي ابراهيم:"مفهوم الإعاقة:دراسة نقدية"، **مرجع سبق ذكره، ص ص 195-217,**

- P. Pitaud: « Contribution à l'analyse du concept d'handicap », **Cahier du CTNERHI,** N°38, Avril – juin 1987.

- J.H. Stiker: « **Corps infirmes et société** », Paris, Montaigne, 1982.

(36) G.Ganguilhem: **«Le normal et le pathologique»**. Paris, P.u.f. 1972. 2éme.ed. P.177

(37) J.C. Guyot «Les normalisations scolaires, sociales et médico-sociales des jeunes handicapés», **Cahier de sociologie et de démographie médicale**, N°:02, Avril-Juin 1988, PP-134.