المملكة المغربية
وزارة التضامن و المرأة
و الأسرة و التنمية الإجتماعية

ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ ⴷ ⵜⵎⵙⵓⵔⵉⵜ
ⴷ ⵜⵎⵙⵙⵓⵔⵜ ⴷ ⵜⵎⵙⵙⵓⵔⵜ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ

Royaume du Maroc - Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social

البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014

خلاصة النتائج

www.social.gov.ma

فبراير 2015

البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014

المملكة المغربية
وزارة التضامن و المرأة
و الأسرة و التنمية الإجتماعية

ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ, ⵜⵉⵎⵔⴰⵡⵉⵏ ⴷ ⵜⵎⵓⵔⵜ ⴷ ⵜⵎⵙⵙⵓⵔⵉⵜ ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ
ⵏ ⵜⵎⵙⵙⵓⵔⵉⵜ ⴷ ⵜⵙⵏⵎⵉⵢⵜ ⵜⵉⵙⵓⵙⵢⵓⵍⵓⵊⵉⵜ

Royaume du Maroc - Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social

الفهـــرس

التقديم

1. السياق العام ودوافع وأهداف البحث

1.1. السياق العام

2.1. الدوافع

3.1. الأهداف

2. المرجعية والإطار المفاهيمي

1.2. المرجعيات الوطنية و الدولية

2.2 الإطار المفاهيمي و التعاريف الأساسية

3. منهجية البحث

1.3. تحديد عينة البحث الوطني

1.1.3. قاعدة إجراء البحث

2.1.3. منهجية تحديد العينة

3.1.3. حجم العينة

4.1.3. استمارة الأسرة

4. الخلاصة التركيبية لنتائج البحث

1.4. النسبة الوطنية لانتشار الإعاقة

2.4. نسبة انتشار الإعاقة حسب الجنس ومكان الإقامة والفئة العمرية

3.4. نسبة انتشار الإعاقة حسب الجهات

4.4. نسبة انتشار الإعاقة حسب مجالات العجز الوظيفي ودرجات الحدة

5. المعطيات السوسيوديموغرافية المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة من خفيفة إلى عميقة جدا

1.5. توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المستوى التعليمي

2.5. تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة

3.5. تشغيل الأشخاص في وضعية إعاقة من 15 إلى 60 سنة

6. ظروف عيش الأشخاص في وضعية إعاقة من متوسطة إلى عميقة جدا :
القصور-محدودية النشاط-المشاركة الاجتماعية

1.6. أنواع القصور السائدة لدى الأشخاص في وضعية إعاقة

2.6. محدودية القدرات الوظيفية

3.6. المشاركة الاجتماعية

1.3.6. البيئة الأسرية وأشكال المساعدة

2.3.6. الولوجيات

3.3.6. الانخراط في أنظمة الحماية الاجتماعية

4.3.6. الولوج إلى العلاج

5.3.6. المعينات التقنية

6.3.6. تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة

7.3.6. تشغيل الأشخاص في وضعية إعاقة

8.3.6. المواطنة

7. معطيات كيفية إضافية للمجموعات البؤرية واللقاءات المفتوحة

تقديـــم

بعد مرور عشر سنوات على إنجاز البحث الوطني الأول حول الإعاقة، أنجزت وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية البحث الوطني الثاني وفق الشروط العلمية والمعايير الوطنية والدولية المعمول بها في هذا النوع من البحوث، وذلك بهدف توفير معطيات إحصائية كمية ونوعية محينة حول الإعاقة ببلادنا ستمكن مختلف الفاعلين في هذا المجال من تحديد وتصنيف احتياجات الأشخاص في وضعية إعاقة، مما سيساهم في بلورة استراتيجيات جديدة تستجيب لهذه الاحتياجات، ووضع برامج ومشاريع أكثر فعالية ومردودية.

ويعرض هذا التقرير نتائج البحث الكمي، الذي أنجز خلال الفترة الزمنية ما بين فاتح أبريل و30 يونيو 2014، لدى عينة تشمل الأسر المغربية وطنيا بالمجالين القروي والحضري. كما يعرض أهم نتائج البحث النوعي، الذي أنجز خلال الفترة ما بين 25 يونيو و 15 يوليوز 2014، من خلال إجراء مقابلات مع مختلف الفاعلين المؤسساتيين، ويضم مجموعتي عمل شملت الجمعيات العاملة في مجال الإعاقة. وذلك بهدف فهم أعمق لقضايا الإعاقة المرتبطة بالتعليم والتكوين والصحة والتغطية الاجتماعية والولوجيات، وكذا أثر البرامج القطاعية على الحياة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة.

هذا، ويأتي إطلاق هذا البحث في إطار الدينامية الحقوقية التي يشهدها المغرب على مستوى حقوق الانسان بشكل عام، وحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها بشكل خاص، في ظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية التي عرفها المغرب خلال العشرية الأخيرة.

1. السياق العام ودوافع وأهداف

1.1 السياق العام

حظي موضوع النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة ببلادنا باهتمام كبير، سيما خلال السنوات الأخيرة، حيث يحيط جلالة الملك محمد السادس الأشخاص في وضعية إعاقة بعنايته السامية، فقد صادق المغرب، أبريل 2009، على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري الملحق بها، وجاء دستور 2011 ليكرس انخراط المغرب في مسلسل حظر ومكافحة كل أشكال التمييز بسبب الإعاقة، ويضمن تمكين الأشخاص في وضعية إعاقة من حقوقهم الشاملة، السياسية منها والاقتصادية والاجتماعية.

وتضمن البرنامج الحكومي التزامات واضحة وصريحة من شأنها ضمان المشاركة الكاملة للأشخاص في وضعية إعاقة، ترجمت مضامينها استراتيجية القطب الاجتماعي «4+4»، التي أعدتها وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، والتي شملت إعداد وتنفيذ برامج مهيكلة في مجال الإعاقة، وفي مقدمتها مشروع السياسة العمومية المندمجة في مجال النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، ومشروع القانون الإطار المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها الذي تمت المصادقة عليه بمجلس الوزراء يوم 13 أكتوبر 2014، وبمجلس المستشارين في 23 يونيو 2015، وإطلاق خدمات صندوق دعم التماسك الاجتماعي لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة.

كما تضمنت استراتيجية القطب الاجتماعي 4+4 وضع إطار استراتيجي جديد يرتكز على معطيات بحث وطني ثاني حول الإعاقة والذي ستمكن نتائجه من توفير الأرضية الموضوعاتية والعلمية لترشيد السياسات والبرامج في اتجاه تعزيز النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.

فلقد بذل المغرب مجهودات كبيرة خلال السنوات الأخيرة في سبيل النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، ساهم فيها كل الفاعلين من قطاعات حكومية ومؤسسات ومجتمع مدني. وقد مكنت هذه الجهود من تحقيق مكتسبات ومراكمة تجربة مهمة في التعاطي مع قضايا الإعاقة. إلا أن ما تعرفه بلادنا من تحولات سياسية واقتصادية واجتماعية وثقافية تقتضي النهوض بسبل الاشتغال ، سواء من حيث المقاربات أو الاستراتيجيات أو آليات الحكامة،حيث التنزيل الصحيح للمقتضيات الدستورية وتنفيذ البرنامج الحكومي والإعمال السليم لمقتضيات الاتفاقية الدولية يتطلب الاعتماد على دراسات وأبحاث علميةمحينةفي مجالات الإعاقة.

كما يتميز سياق إنجاز هذا البحث الوطني بتحولات اقتصادية واجتماعية، بما فيها التطور الديمغرافي والإبيدميولوجي (الوبائي)، حيث ارتفاع عدد الأشخاص المسنين الذين تتجاوز أعمارهم 60 سنة فما فوق بوتيرة سنوية ب3,4% ما بين 2010 و 2050 (المندوبية السامية للتخطيط – المؤشرات الاجتماعية في المغرب 2010) ، وهو المعطى الذي دققه البحث الوطني للسكان والصحة الأسرية لوزارة الصحة لسنة 2011، ذلك أن نسبة الأشخاصالذين يتجاوزون 65 سنة وصلت 6,9% من الساكنة مقابل 5,5% في سنة 2004، كما سجل امتداد أمد الحياة ، إذ انتقل من 47 سنة في 1962 إلى 74.8 سنة في 2011 (المندوبية السامية للتخطيط- - البحث الوطني الديمغرافي- 2009-2010). إضافة إلى هذا الانتقال الديمغرافي ،عرف المغرب في السنين الأخيرة تحولا إبيديومولوجيا (وبائيا)، خاصة عند الساكنة التي تتجاوز 65 سنة، إذ وصل معدل مرض السكري 28% ، ومعدل الإصابة بالضغط الدموي 14% (وزارة الصحة – البحث الوطني للسكان والصحة الأسرية 2011).

2.1 الدوافع

تعود المعطيات الإحصائية المتعلقة بمجال الإعاقة في المغرب إلى سنة 2004، إذ تصل نسبة انتشار الإعاقة، حسب البحث الوطني الأول حول الإعاقة لسنة 2004، إلى 5.12 بالمائة، كما أن نتائج الإحصاءات العامة للسكان والسكنى توفر معطيات إحصائية عامة لا تتناول بالدراسة والتحليل أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة من مختلف جوانبها. إضافة إلى أن بلادنا عرفت، بعد سنة 2004، سلسلة من التحولات السياسية والسوسيو اقتصادية، تحتم علينا اليوم التوفر على معطيات جديدة ومحينة لمواكبة تطور الإعاقة بالمغرب لمزيد من الفعالية والنجاعة.

3.1 الأهداف

إن الهدف الأساسي من إنجاز البحث الوطني الثاني حول الإعاقة هو توفير قاعدة جديدة للمعطيات الإحصائية للإعاقة بالمغرب، تسمح بقياس درجة انتشار الإعاقة على الصعيد الوطني و الجهوي، وكذا تحديد الأبعاد الكمية والنوعية لأوضاع الإعاقة ومختلف تجلياتها ببلادنا.

كما يروم هذا البحث إلى تقييم مدى استفادة الأشخاص في وضعية إعاقة من خدمات الصحة والتربية والتشغيل وغيرها من الخدمات، وتحديد أهم المعيقات التي تحول دون ولوجهم واستفادتهم منها. كما ستسمح نتائج البحث بتحديد احتياجات الأشخاص في وضعية إعاقة وانتظاراتهم.

2. المرجعية والإطار المفاهيمي

1.2. المرجعيات الدولية والوطنية

- المرجعية الوطنية

تتمثل المرجعية الوطنية الأولى للبحث الوطني الثاني حول الإعاقة بالمغرب في دستور (2011) الذي ينص في ديباجته على حظر كل أشكال التمييز المبنية على الإعاقة، وينص كذلك في الفصل 34 على أن « تقوم السلطات العمومية بوضع وتفعيل سياسات موجهة إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة». وأيضا التشريعات الوطنية المتعلقة بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.

- المرجعية الدولية

تتجلى المرجعية الدولية للبحث الوطني الثاني حول الإعاقة في المواثيق والاتفاقيات الدولية التي صادق عليها المغرب، والتي تهم مجالات حقوق الإنسان وحقوق الطفل، وخاصة:

- الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري التي صادق عليهما المغرب بتاريخ 28 أبريل 2009؛
- الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل التي صادق عليها المغرب بتاريخ 1989؛
- ميثاق أوتاوا في 21 نونبر 1986 الذي يدعو إلى إدماج الصحة في صلب السياسات العمومية.

2.2 الإطار المفاهيمي و التعاريف الأساسية

- الإطار المفاهيمي

يرتكز الإطار المفاهيمي المعتمد في البحث الوطني حول الإعاقة بالمغرب لسنة 2014 على مقاربة متعددة الأبعاد والتي تستحضر، بالإضافة إلى الجوانب الطبية، مجموع العوامل البيئية والخاصة بالأشخاص في وضعية إعاقة التي يمكنها أن تؤثر إيجابا أو سلبا على وضعيتهم.

ويستمد هذا الإطار المفاهيمي مرجعيته من النموذج الاجتماعي الذي لا ينظر إلى الإعاقة كنتيجة وحيدة لمشكل صحي خاص، بل كتفاعل لمحدودية القدرات الوظيفية الناجمة عن هذا المشكل الصحي، وكذا العوامل الشخصية والبيئية الخاصة بالشخص في وضعية إعاقة.

- التعاريف الأساسية

اعتمد البحث الوطني الثاني التعريف الدولي للإعاقة كما ورد في الاتفاقية الدولية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: «يشمل مصطلح الأشخاص ذوي الإعاقة كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين»، حيث يتموضع التعريف في إطار مقاربة نسقية تعتبر الإعاقة وضعية تنتج عن التفاعل بين القصور(كمكون عضوي للإعاقة) والعوامل البيئية (الحواجز السلوكية والبيئية وغيرها)، و التي يتعين على المجتمع التأثير فيها من خلال إزالتها أو تعديلها لتيسير التمتع الكامل بالحقوق.

إضافة إلى تعريف الإعاقة المعتمد أعلاه، فقد استمد البحث الوطني إطاره المنهجي من بروتوكول «مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة» WG)) كمرجع دولي للدراسات والإحصاءات في مجال الإعاقة. و تتبنى «مجموعة واشنطن» التصنيف الدولي لتأدية للوظائف والعجز والصحة (CIF)، الذي يتوافق مع مبادئ وممارسات الوكالات الوطنية للإحصاء، على الشكل المحدد من قبل اللجنة الإحصائية للأمم المتحدة.

حيث يتبع طريقة الاستهداف وجمع البيانات حول الإعاقة، واستعمال استمارة البحث التي وضعتها «مجموعة واشنطن» لتحديد الأشخاص في وضعية إعاقة تشمل ست وظائف رئيسية هي البصر، والسمع، والحركة، والذاكرة، والتركيز، والرعاية الذاتية (soins personnels) والتواصل.

ولقد اعتمد هذا البحث استمارة على مرحلتين لتحديد نسبة انتشار الإعاقة:

- **المجموعة الأولى مكونة من ستة أسئلة :**

وهي أسئلة للفرز، تخص الوظائف الستة المذكورة أعلاه، وتوجه إلى كل فرد من أفراد الأسرة، وتتحدد فيها مستويات القصور في أربع درجات: قصور بدون صعوبات، قصور مع بعض الصعوبات، قصور مع العديد من الصعوبات، والقصور التام.

- **المجموعة الثانية مكونة من 22 سؤالا تكميليا :**

تسعى هذه الأسئلة التكميلية إلى التدقيق في التصريحات الأولية، حيث يتم إخضاع الأشخاص، الذين سبق أن عبروا عن وجود صعوبات لديهم في إحدى الوظائف الستة المذكورة أعلاه، الإجابة على أسئلة فرز إضافية أكثر دقة، وهكذا يتم إعفاء الأشخاص الذين صرحوا بعدم وجود صعوبات معينة لديهم في المجالات التي تم التدقيق فيها، وعدم إحصائهم كأشخاص في وضعية إعاقة.

- التعاريف الأساسية التي تم توظيفها في هذا البحث هي :

أ- القصور

القصور هو فقدان أو اختلال لبنية أو وظيفة ذهنية أو نفسية أو فزيولوجية أو تشريحية. ويمكن أن يكون نتيجة المرض أو من أعراض المرض، وليس مرضا في حد ذاته.

ب- محدودية القدرات الوظيفية

تبين القدرات الوظيفية ما إذا كان الشخص قادرا أو قادرا جزئيا أو غير قادر تماما على القيام بنشاط ما. وهذه الأنشطة هي التعلم واستخدام المعلومات والتواصل والحركية والتنقل والرعاية الشخصية والأسرية والعلاقة مع الآخرين.

ج- المشاركة

يعالج هذا المفهوم الجوانب المتعلقة بإمكانية أو صعوبة انخراط الأشخاص في وضعية إعاقة في الحياة اليومية. وتتجلى هذه المشاركة من خلال ممارستهم لكل العادات الحياتية[*]، بمعنى القيام بجميع الأنشطة العادية والاضطلاع بالأدوار الاجتماعية المنوطة بكل شخص في إطار سياق سوسيو ثقافي وفقا للمتغيرات المرتبطة بالسن أو النوع الاجتماعي أو تلك المرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه.

[*] تستعمل عبارة «العادات الحياتية» Habitudes de vie: في النموذج المعروف ب «سيرورة إنتاج الإعاقة» . Processus de production du handicap PPH –، والذي شكل مرجعا للإطار المفاهيمي للتعريفات الدولية. وتمثل «العادات الحياتية» كل نشاط أو دور اجتماعي الذي يمنح للشخص الاندماج داخل مجتمعه. مثل: الرعاية الذاتية، التنقل لقضاء المآرب الشخصية...

3. منهجية البحث

تم الاعتماد على منهجية احتمالية تحدد عينة البحث بشكل يسمح لكل فرد من الساكنة أن يكون له احتمال في أن يصبح جزءا من العينة. وفي هذا الإطار صادقت لجنة تنسيق الدراسات والأبحاث الإحصائية (COCOES) التابعة للمندوبية السامية للتخطيط[1] على خطة البحث المعتمدة.

1.3 تحديد عينة البحث الوطني

1.1.3 قاعدة إجراء البحث

إن من أهم مميزات هذا البحث كون العينة تشمل مجموع التراب الوطني و تغطيتها لمختلف الفئات الاجتماعية. كما أن قاعدة إجراء البحث التي تم اعتمادها هي القاعدة المعتمدة من طرف المندوبية السامية للتخطيط لإنجاز الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014، كما أنها تغطي خرائطيا مجموع التراب الوطني الحضري والقروي، وقد تم تحديدها بتعاون مع مديرية الإحصاء لكي تتوافق مع التقسيم الإداري المعتمد في سنة 2009.

2.1.3 منهجية تحديد العينة

تم تحديد عينة البحث الوطني الثاني حول الإعاقة بالمغرب بتنسيق وتعاون تام مع المندوبية السامية للتخطيط. كما أن طريقة سحب العينة ارتكزت على درجتين للسحب، وشملت الطبقات الأربعة التالية:

- الجهات: 16 جهة؛
- مكان الإقامة: حضري ـ قروي؛
- السكن في المجال الحضري: فاخر وحديث، المدينة القديمة، السكن الاقتصادي والاجتماعي، سكن هش وعشوائي.
- خصوصيات المجال القروي : جبلي، سهلي، صحراوي .

- **الدرجة الأولى للسحب:**

تم سحب العينة الافتراضية لمناطق الإحصاء على مستوى كل طبقة من الطبقات المذكورة أعلاه. كما تم هذا السحب الأولي بشكل احتمالي تناسبي لعدد الأسر داخل كل طبقة.

- **الدرجة الثانية للسحب:**

بعد انتقاء مناطق الإحصاء، تم القيام بسحب ثان لعينة تتكون من 20 أسرة في كل منطقة إحصائية.

3.1.3 حجم العينة

إن تحديد حجم عينة الأسر يأخذ بعين الاعتبار المجالات المستهدفة من الدراسة، وذلك من أجل الحصول على تقديرات موثوقة للمؤشرات الضرورية، يكون الهدف منها استثمار معطيات في وضع سياسات تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الجهوية (حضري - قروي) والوسط الجغرافي للسكن. وقد تم في هذا الإطار الاعتماد على عينة تتألف من 16044 أسرة بعد تنسيق وتشاور مع مصالح المندوبية السامية للتخطيط.
وتجدر الإشارة إلى أن حجم هذه العينة يمثل ضعف عينة البحث الوطني الأول حول الإعاقة لسنة 2004، مما يضمن الحصول على نسبة دقة تصل إلى 95 في المائة، مع هامش للخطأ يتراوح ما بين 1 و3 في المائة حسب الجهات.

توزعت العينة العامة للبحث على الجهات الستة عشر للمملكة سواء في الوسط الحضري أو القروي. ولقد بلغ حجم العينة المستجوبة 14725 أسرة بنسبة إنجاز 97,4 % من العينة النظرية (التي كانت تعادل 16044 أسرة)، مما يشكل مستوى عال من الأداء.

.

[1] تأشيرة تحت رقم D.S./17/01

4.1.3 استمارة الأسرة

تعتبر استمارة المعتمدة في هذا البحث المصدر الأساسي للمعلومات المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة وأسرهم. وتستمد الاستمارة مضمونها من توصيات المنظمات الدولية وخاصة مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة و التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والصحة والإعاقة . وتتكون الاستمارة من ثلاثة مكونات:

المكون الأول: ظروف سكن الأسرة (نوع السكن ، تجهيزات،...)

المكون الثاني : تسجيل كل أفراد الأسرة ومميزاتهم السوسيوديمغرافية : القرابة مع مسؤول الأسرة، الجنس، العمر، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي،...

كما يتضمن هذا المكون أسئلة أولية وأسئلة تكميلية كما هي محددة من لدن مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة(انظر الإطار المفاهيمي). وتمكن هذه الأسئلة من تحديد الأشخاص في وضعية إعاقة.

المكون الثالث : يمكن من تجميع المعطيات الخاصة بالأشخاص في وضعية إعاقة متوسطة إلى عميقة جدا، حيث يتم تفصيل أنواع القصور، والمحدوديات الوظيفية والمشاركة الاجتماعية (البيئة الأسرية، الولوج إلى التربية والشغل وغيرها من الخدمات ...).

4. الخلاصة التركيبية لنتائج البحث

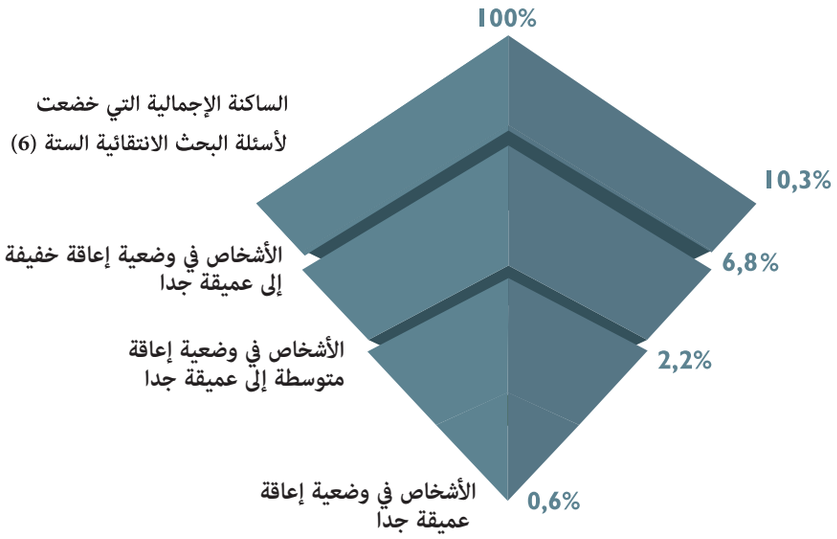
1.4 النسبة الوطنية لانتشار الإعاقة

لقد بينت نتائج البحث الوطني الثاني أن نسبة انتشار الإعاقة على المستوى الوطني وصلت إلى 6,8% سنة 2014. وبمقارنة هذه النسبة بمجموع السكان المرجعيين 33.304.400 مليون نسمة، حسب توقعات المندوبية السامية للتخطيط سنة 2014، قبل إنجاز الإحصاء العام للسكان والسكنى ، نجد أن هناك 2.264.672 شخصا، يصرحون بأن لديهم إعاقات تختلف أنواعها ودرجاتها.

كما أن كل أسرة واحدة من بين أربعة أسر لديها على الأقل شخص في وضعية إعاقة، وهي تمثل ما يقارب 24,5% من مجموع الأسر ببلادنا.

تصل نسبة انتشار الإعاقة الخفيفة والمتوسطة إلى 6,4%، أي **2131456** وهو ما يمثل 94,12% من مجموع الأشخاص في وضعية إعاقة، في حين تصل نسبة انتشار الإعاقة المتوسطة والعميقة جدا 2,2% من الساكنة، أي حوالي 732.688 شخصا. أما نسبة انتشار الإعاقة العميقة جدا فقد بلغت 0.6%، أي حوالي 199.824 شخصا.

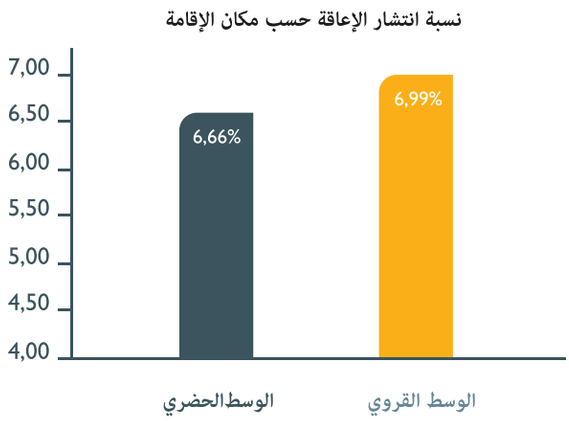
ويبين الرسم التوضيحي الآتي مختلف مراحل البحث، والنتائج المترتبة عنها.



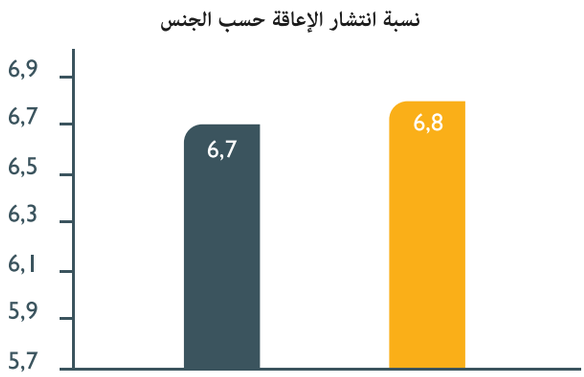
2.4 نسبة انتشار الإعاقة حسب الجنس ومكان الإقامة والفئة العمرية

لا تظهر نسبة انتشار الإعاقة فرقا دالا إحصائيا حسب مكان الإقامة و الجنس (الرسم المبياني رقم 1 و 2). ولكن هذا الفرق يلاحظ حسب السن

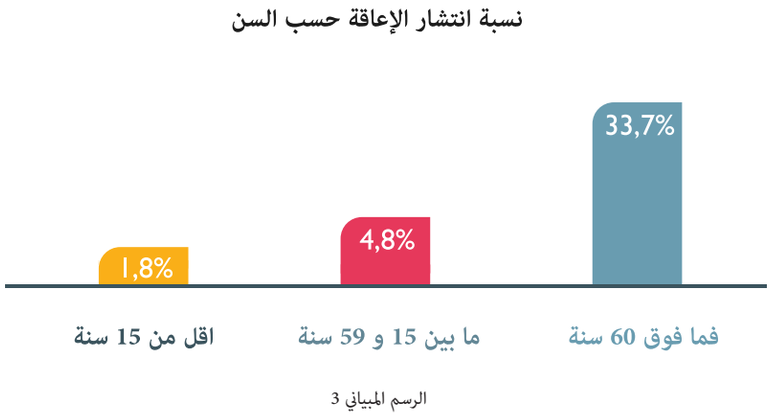
(الرسم المبياني رقم 3) ؛ و تتزايد نسبة انتشار الإعاقة بوضوح مع تقدم الأعمار، حيث أن شخصا واحدا من بين ثلاثة أشخاص يبلغ من العمر 60 سنة أو أكثر يوجد في وضعية إعاقة نسبة 33.7 %، في حين أن هذه النسبة في صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و59 سنة تصل إلى4,8 %، كما تصل هذه النسبة لدى الساكنة التي لا يتجاوز عمرها 15 سنة 1,8%، وهذا الأمر يستدعي تظافر الجهود في مجالات رعاية الأشخاص المسنين.



الرسم المبياني 1



الرسم المبياني 2



الرسم المبياني 3

يوضح المبيان أن نسبة انتشار الإعاقة جد مرتفعة وسط مجموع الساكنة العامة للمغرب التي يتجاوز سنها 60 سنة، وهو ما يمثل معطى ديمغرافيا جديدا في المغرب. كما يلاحظ اختلاف في نسب انتشار الإعاقة بين الفئات العمرية، ويمكن تفسير ذلك بمجموعة من الخصائص المميزة لكل فئة عمرية. فبالنسبة للفئة العمرية 60 سنة فما فوق، تعزى النسبة العالية لانتشار الإعاقة لعامل الشيخوخة الذي غالبا ما تترتب عنه أعراض لأمراض القلب والشرايين، أو الأمراض الاستقلابية والأمراض المزمنة، إلخ. ، وبالنسبة للفئة العمرية أقل من 15 سنة، تعزى النسبة المسجلة لتطور الأوضاع الصحية والاجتماعية بالمغرب خلال العقود الأخيرة بفضل تحسن علاج الأمراض المعدية والوبائية، وارتفاع الوقاية الصحية الناتجة عن تعميم التلقيح وعن التشخيص المبكر للأمراض، وتحسن الظروف المعيشية،...إلخ.

3.4 نسبة انتشار الإعاقة حسب الجهات

وفيما يتعلق بتوزيع نسب انتشار الإعاقة على المستوى الجهوي، فقد تبين أن هذه النسب ببعض الجهات تتجاوز المتوسط الوطني كما هو الحال في كل من جهات العيون بوجدور- الساقية الحمراء (13.4%)، وطنجة - تطوان (11.42%)، وتادلة - أزيلال (9.83%)، في حين أن نسب انتشار الإعاقة في جهات أخرى تقل عن المتوسط الوطني، ويتعلق الأمر بكل من جهات مراكش - تانسيفت - الحوز (3.94%)، الدار البيضاء الكبرى(3.96%)، والرباط – سلا- زمور- زعير (4.69%) ثم وادي الذهب - لكويرة (2.9%).

لقد بين هذا البحث بعد الدراسة والتحليل أن ارتفاع نسب انتشار الإعاقة ببعض الجهات يعود بالأساس إلى ارتفاع نسبة انتشار الإعاقة الخفيفة، ذلك أن جهة العيون- بوجدور الساقية الحمراء مثلا يتواجد بها 0.2% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة عميقة، وهي نسبة تجعلها أقل من المتوسط الوطني الذي يبلغ 0.6%.

	من خفيفة إلى عميقة جدا		من خفيفة إلى متوسطة		عميقة جدا	
واد الذهب- لكويرة	2,9%	2351	2,2%	1837	1,6%	1348
العيون-بوجدور-الساقية الحمراء	13,4%	42574	12,3%	38916	0,2%	689
كلميم السمارة	6,8%	32617	5,4%	25944	0,7%	3553
سوس ماسة درعة	8,8%	235237	7,3%	194751	1,1%	28613
الغرب شراردة - بني أحسن	4,8%	85654	3,6%	65059	0,3%	4899
الشاوية ورديغة	6,3%	124905	3,1%	61277	0,8%	16385
مراكش تانسيفت الحوز	3,9%	135235	2,5%	84194	0,8%	26744
الجهة الشرقية	7,0%	142624	5,6%	113732	0,2%	3381
الدار البيضاء الكبرى	4,0%	178326	1,4%	62804	0,5%	20399
الرباط - سلا- زمور- زعير	4,7%	133550	2,1%	60941	0,8%	23554
دكالة- عبدة	5,3%	119058	3,0%	67573	1,0%	23299
تادلة أزيلال	9,8%	153412	8,2%	127576	0,2%	2981
مكناس- تافيلالت	9,6%	243985	7,2%	183694	0,6%	15037
فاس- بولمان	7,7%	143967	4,0%	75000	0,4%	7690
تازة- الحسيمة- تاونات	7,5%	135448	3,6%	65289	0,3%	5887
طنجة- تطوان	11,4%	353952	9,3%	288397	0,3%	7772

الجدول 1: النسبة الجهوية لانتشار الإعاقة حسب درجة العجز الوظيفي

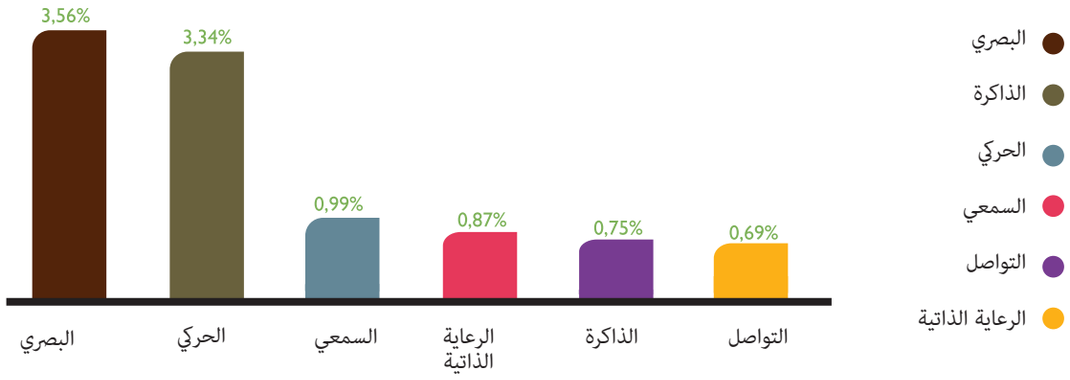
4.4 نسبة انتشار الإعاقة حسب مجالات العجز الوظيفي ودرجات الحدة

أما بالنسبة لدرجة حدة الإعاقة، فإن نسبة انتشار الإعاقة الخفيفة والمتوسطة تصل إلى 6,4%، أي ما يمثل 94,12 %من مجموع الأشخاص في وضعية إعاقة، في حين تصل نسبة انتشار الإعاقة العميقة جدا إلى 0,6 %.

وإذا استثنينا مظاهر الإعاقة الخفيفة، فإن نسبة انتشار الإعاقة المتوسطة والعميقة جدا تقدر ب 2,2% من الساكنة، أي حوالي 720.000 شخصا، وهذه الساكنة هي التي كانت محور الجزء الثاني من استمارة البحث الوطني حول الإعاقة المتعلقة بالظروف المعيشية للأشخاص في وضعية إعاقة.

وفي ما يتعلق بنسبة انتشار الإعاقة حسب درجة الحدة ومجال العجز الوظيفي، يتضح أن وظيفة البصر ووظيفة الحركة تحتلان قائمة مجالات العجز الوظيفي التي يعاني منها الأشخاص في وضعية إعاقة، بنسبة 3,56% بالنسبة لوظيفية البصر و3,34 % بالنسبة للحركية (الرسم المبياني رقم 4)

نسبة انتشار الإعاقة حسب محدودية النشاط الوظيفي



الرسم المبياني 4

وحول النسبة الوطنية لانتشار الإعاقة حسب عدد مجالات العجز الوظيفي (بصري- حركي- سمعي- ذهني- تواصلي - الرعاية بالذات)، فإنها تتوزع كالتالي:

- 4,45 % لديهم محدودية في النشاط الوظيفي في مجال واحد؛
- 1,6 % لديهم محدودية في النشاط الوظيفي في مجالين؛
- 0,75 % لديهم محدودية في ثلاثة مجالات أو أكثر.

5. المعطيات السوسيوديموغرافية المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة (من خفيفة إلى عميقة جدا)

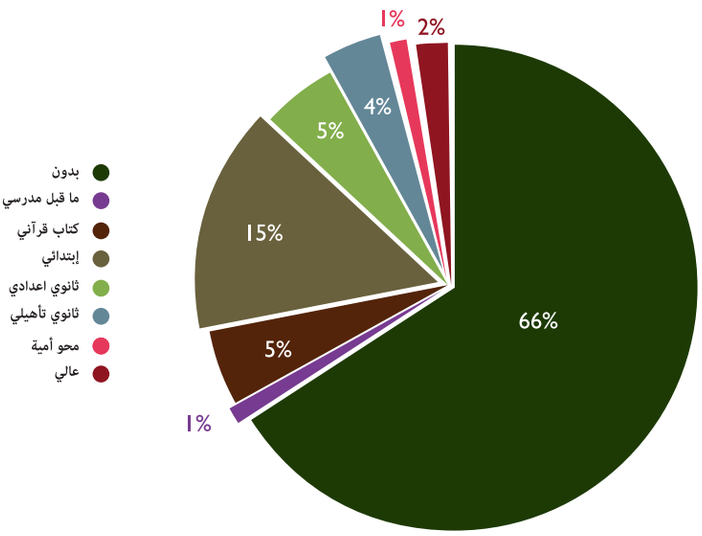
يَعرض هذا المبحث النتائج المتعلقة بالمعطيات السوسيوديموغرافية المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة الذين لهم محدودية في النشاط الوظيفي، تتراوح بين الخفيفة إلى العميقة جدا.

1.5 توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المستوى التعليمي

يلاحظ أن غالبية الأشخاص في وضعية إعاقة أي ما يمثل 66.1 % بدون مستوى تعليمي، وهو ما يعادل 1.476.000 شخص بمن فيهم 66.6% إناث. كما تتقارب نسب توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة غير المتمدرسين حسب مكان الإقامة: 50.6% منهم يعيشون في الوسط الحضري و49.4% يعيشون في الوسط القروي.

19.6% لديهم مستوى أولي من التعليم، 9.5% لديهم مستوى التعليم الثانوي و 1.8%فقط لديهم مستوى عالي.

توزيع الأشخاص في وضعية إعاقة حسب المستوى التعليمي



الرسم المبياني 5

2.5 تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة

نسب التمدرس				
الفئة العمرية	درجة الإعاقة	نسبة التمدرس	العدد	
من 6 إلى 17 سنة	من خفيفة إلى عميقة جدا	55,1%	85,000	2 من كل 4 أطفال
	خفيفة	85,7%	52,000	4 من كل 5 أطفال

الجدول 2 : نسب تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة

يبين البحث الوطني أن ما يقارب نصف عدد الأطفال في وضعية إعاقة (من خفيفة إلى عميقة جدا) ، لم يتمكنوا من ولوج التعليم ، وأن 60% من مجموع الأطفال الذين تمكنوا من التمدرس هم ذوو إعاقة خفيفة.

بين البحث الوطني أن 79% أن الأشخاص في وضعية إعاقة من 5 إلى 17 سنة لمى يتجاوزوا مستوى التعليم الابتدائي .

(تفاصيل تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة متوسطة إلى عميقة في الجدول 3).

3.5 تشغيل الأشخاص في وضعية إعاقة من 15 إلى 60 سنة

51,3% من الأشخاص في وضعية إعاقة (من خفيفة إلى عميقة جدا) أي 1.160.714 شخص هم في سن النشاط، من ضمنهم 27%، أي 313.948 شخص، صرحوا بأنهم يشتغلون بشكل مؤقت أو دائم ، في حين أن المعدل الوطني للبطالة ([2]) يقارب 50% بالنسبة لمجموع الساكنة المغربية.

بلغ معدل بطالة الأشخاص في وضعية إعاقة، من خفيفة إلى عميقة جدا، 47,65 %، أي 290000 شخصا ، وهو 4 مرات أعلى من المعدل الوطني للبطالة 10,6% ([3]).

[2] معدل التشغيل يمثل العلاقة بين الساكنة النشيطة المشغلة والساكنة في سن الشغل.

[3] المندوبية السامية للتخطيط – (أبريل- يونيو) 2014.

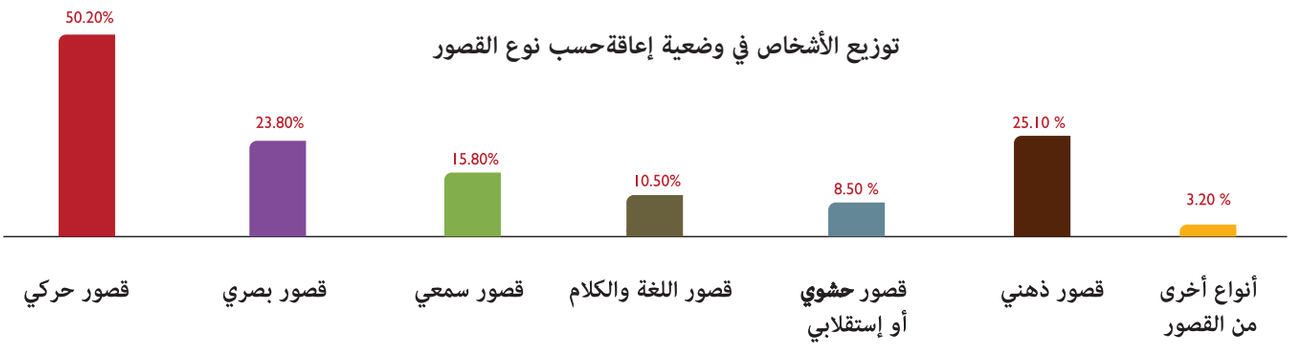
6. ظروف عيش الأشخاص في وضعية إعاقة من متوسطة إلى عميقة جدا : القصور-محدودية النشاط-المشاركة الاجتماعية

يَعرض هذا المبحث النتائج المتعلقة بالظروف المعيشية للأشخاص في وضعية إعاقة الذين لهم محدودية في النشاط الوظيفي، تتراوح بين الإعاقة المتوسطة إلى العميقة جدا، ويمثل هؤلاء % 2,2 من مجموع الساكنة المغربية أي ما يعادل 732.688 شخصا.

ركز البحث الوطني الثاني في دراسته لظروف عيش الأشخاص في وضعية إعاقة على ثلاثة محاور تتسم بها وضعية الإعاقة والتي أقرها التصنيف الدولي حول الإعاقة والصحة، وهي: القصور، ومحدودية القدرات الوظيفية، والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

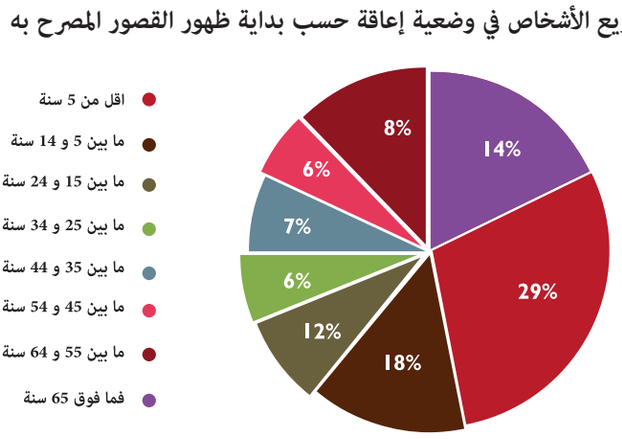
1.6 أنواع القصور السائدة لدى الأشخاص في وضعية إعاقة

لقد تبين أن القصور الحركي يعتبر الأكثر انتشارا في صفوف الأشخاص في وضعية إعاقة، بحيث أن شخصا واحدا من بين اثنين لديه قصور حركي، ويحتل القصور الذهني والبصري المرتبة الثانية بنسب تقارب 25% و 24% على التوالي :



الرسم المبياني 6

كما يتضح أن القصور يظهر بشكل مبكر، حيث أن 47% من المستجوبين صرحوا بأنهم أصيبوا بالقصور قبل 14 سنة، في حين أن 22% أصيبوا بعد بلوغ 60 سنة. ذلك أن شخصا واحدا من أصل أربعة (25.6%)لديه مشكل صحي مرتبط بالشيخوخة. ويعزى ارتفاع هذه النسبة على الأرجح إلى التحول الديموغرافي الذي يعيشه بلدنا، وهو ناتج عن ارتفاع أمد الحياة الذي يقارب حاليا 75 سنة، كما أن شيخوخة السكان تتميز بارتفاع الأمراض المزمنة و عدم الاستقلالية (أمراض القلب والشرايين، السكري، السرطان، القصور الكلوي، مرض الزهايمر، الخ...).



الرسم المبياني 7

2.6 محدودية القدرات الوظيفية

يظهر القصور عند الأشخاص في وضعية إعاقة على شكل قدرات وظيفية محدودة أو عجز عن القيام بنشاط ما حركي أو حسي أو تواصلي أو مرتبط بالذاكرة. وقد أظهر البحث أن القدرات الوظيفية الحركية المحدودة هي الأكثر انتشارا بنسبة تصل إلى 80.9%، وأن ثلث هؤلاء الأشخاص يحتاجون لمساعدة اجتماعية أو تقنية لممارسة نشاط معين.

وتحتل القدرات الوظيفية المحدودة المتعلقة بالذاكرة والتواصل (صعوبات في التكلم، وصعوبات في التفاعل مع الأشخاص) المرتبة الثانية بنسبة تتجاوز42%. أما نسبة القدرات الوظيفية المحدودة المرتبطة بالوظائف الحسية فتصل على التوالي إلى 40.9% بالنسبة للإعاقة البصرية و 22.1% بالنسبة للإعاقة السمعية. وتجدر الإشارة إلى أن 13.1% من بين الأشخاص الذين لديهم قصور بصري يعانون من قصور بصري تام ،وبالنسبة للأشخاص الذين لديهم قصور سمعي، فقد تبين أن شخصا واحدا من أصل خمسة أشخاص يعاني من قصور تام (الصمم) أي بنسبة 19.6%.

3.6 المشاركة الاجتماعية

نتناول في هذا الجزء مكوّنا من مكونات تعريف الإعاقة والإمكانيات والحواجز التي تواجه الشخص في وضعية إعاقة أثناء مزاولته للأنشطة اليومية (الحياة الأسرية والاجتماعية والمؤسساتية والتعليمية والمهنية...).

وتمكن دراسة هذه المكونات من معرفة وتقييم آثار القصور والمحدودية الوظيفية على إمكانية اندماج الأشخاص في وضعية إعاقة في الحياة العامة.

و يتناول هذا الجزء ستة مجالات أساسية للمشاركة الاجتماعية وهي: الوسط الأسري والمساعدة، الولوج إلى الخدمات الصحية، المعينات التقنية، التعليم والتكوين، التشغيل ، الدخل، التنشئة الاجتماعية والتمييز.

1.3.6 البيئة الأسرية وأشكال المساعدة

سجل البحث الوطني أن 1 من كل 15 شخصا (6,4 %من الأشخاص في وضعية إعاقة) أقل من 18 سنة، يتيم الأب أو الأم أو هما معا، كما أن 6,20% من الأطفال في وضعية إعاقة أيتام الأب.

2.3.6 الولوجيات

بعد تحليل الأسئلة المرتبطة بالولوجيات، تبين أن 30,5 % من الأشخاص في وضعية إعاقة يجدون صعوبات في الوصول بمفردهم إلى منازلهم عندما يكونون في الخارج. و60,1 % منهم يقطنون بالوسط الحضري. في حين أن 83,3% لا يتوفرون على أثاث منزلي أو تجهيزات ملائمة لوضعية إعاقتهم، حيث أن شخصا واحدا في وضعية إعاقة من بين كل ثلاثة أشخاص يعبر عن حاجته لهذا النوع من التجهيزات.

وبالنسبة للنقل الجماعي، فإن 25,7% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة يمكنهم الوصول إليه بدون صعوبة، وأن شخصا واحدا من أصل ثلاثة يصل إلى هذا النقل بصعوبة، في حين تصل نسبة الأشخاص في وضعية إعاقة الذين لا يستفيدون من هذا النقل إلى 21,1 %. وصرح 16,6% من الأشخاص في وضعية إعاقة بأن ولوج واستعمال مركبات النقل جد صعب بالنسبة لهم.

3.3.6 الاستفادة من أنظمة الحماية الاجتماعية

يستفيد 34.1% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة من أنظمة الحماية الاجتماعية،كما بين البحث أن ثلثي هؤلاء الأشخاص المؤمنين (60,8%) منخرطون في نظام المساعدة الطبية(RAMED)، أما الباقي فهم منخرطون أساسا في أنظمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(CNSS) بنسبة 15,4 % وفي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي(CNOPS) بنسبة 12,7 %. في حين أن الآخرين لم يتمكنوا من الاستفادة من التغطية الاجتماعية لأسباب متعددة منها: صعوبة الولوج لنظام المساعدة الطبية نظرا للإجراءات الإدارية المعقدة بالنسبة لشخصين من أصل ثلاثة أشخاص (66,9 %). كما أن الإكراهات المالية تشكل أيضا أحد العوامل التي لا تسمح للأشخاص في وضعية إعاقة بالانخراط في نظام الضمان الاجتماعي بنسبة 62,7 %، ينضاف إلى ذلك سبب ثالث يتمثل في فقدان بعض الأشخاص في وضعية إعاقة لحقوقهم الاجتماعية بسبب إعاقتهم بنسبة تصل إلى 15,2 %.

4.3.6 الولوج إلى العلاج

وبالنسبة للولوج إلى الخدمات الصحية، سجل البحث الوطني أن 60,8% من الأشخاص في وضعية إعاقة يواجهون صعوبات في الولوج للخدمات الصحية، كما أن 62,9% منهم لا يتمكنون من الاستفادة لأسباب مالية، وصرح 18,3% من الأشخاص في وضعية إعاقة بضعف الخدمات والبنيات الصحية المحلية ، فيما يمثل عامل البعد الجغرافي 8,8% من أسباب عدم الولوج للخدمات الصحية.

وتتمثل الانتظارات الأساسية التي عبر عنها الأشخاص في وضعية إعاقة في ضمان مجانية الخدمات الصحية والأدوية والمعينات التقنية وكذلك تحسين الحماية الاجتماعية.

5.3.6 المعينات التقنية

عبر 37,5 % من الأشخاص في وضعية إعاقة (من متوسطة إلى عميقة جدا) عن حاجتهم الملحة لاستعمال معينات تقنية ملائمة لنوعية العجز الوظيفي، كما أن (67,7%) منهم يعانون من قصور حركي (أي 170.000 شخص).

وقد بين البحث أن شخصا واحدا من أصل ثلاثة أي بنسبة (31,4%) يتوفر على معينات تقنية، منها 53,3% استطاعت، بوسائلها الذاتية، الحصول على المعينات التقنية، في حين أن 35,8% حصلت على المعينات التقنية بمساعدة عائلية، و 23,7% عن طريق الجمعيات، أما 23,4% فبمساعدة خيرية (محسنون). وبالنسبة لـ 10,2% من الأشخاص في وضعية إعاقة فقد تكفلت صناديق التغطية الاجتماعية بتوفير هذه المساعدات.

وبالنسبة لـ 4,4 %من الأشخاص في وضعية إعاقة فقد استفادوا من مؤسسة عمومية، أما النسبة الباقية من الأشخاص (31,9%) ، الذين لا يتوفرون على المعينات التقنية والمساعدة اللازمة، فإن (97,4%) منهم لم يتكمنوا من الاستفادة، لعدم توفر الإمكانيات المالية لديهم، أما (2,6%) فبسبب عدم تواجد هذا النوع من المعينات في الأسواق المحلية.

6.3.6 تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة

1.6.3.6 تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة من 6 إلى 17 سنة

كشفت نتائج البحث الوطني أن النسبة الوطنية لتمدرس الأطفال في وضعية إعاقة للفئة العمرية من 6 إلى 17 سنة، لم تتجاوز 41,8% (أي 33.000)، وتشهد تفاوتا ملحوظا ولا توازي الإحصائيات العامة لتمدرس الأطفال في المؤسسات التعليمية ([4]) ، ذلك أن نسبة تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة من الفئة العمرية 6-11 سنة، لم تتجاوز حسب نتائج البحث الوطني 37,8 %، في حين تبلغ النسبة الوطنية للتمدرس لنفس الفئة العمرية 99,5% ، وبالنسبة للأطفال في وضعية إعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 12-14 سنة، فقد سجل البحث الوطني نسبة التمدرس 50,1% ، في الوقت الذي بلغت النسبة الوطنية لنفس الفئة العمرية 87,6%، أما عن نسبة تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة للفئة العمرية 15-17 سنة، فقد بلغت حسب البحث الوطني 39,9% ، في حين أن النسبة الوطنية للتمدرس لنفس الفئة العمرية هي 61,1% .

[4] وزارة التربية الوطنية - موجز إحصائيات التربية -2014 2013 .

الفئة العمرية	نسبة تمدرس الأطفال في وضعية إعاقة (متوسطة إلى عميقة جدا)	التربية الوطنية حول تمدرس الأطفال **المعطيات الإحصائية العامة لوزارة التربية الوطنية**
من 6 إلى 17 سنة	41,8% (أي 33000 طفل في وضعية إعاقة)	
11-6 سنة	37,8 %	99,5%
14-12 سنة	50,1%	87,6%
17-15 سنة	39,9%	61,1%

الجدول 3 : تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة من 5 إلى 17 سنة

كما يسجل البحث الوطني أن 79% من الأطفال المتمدرسين في الفئة العمرية بين 5 و 17 سنة، لا يتجاوز مستواهم التعليمي المرحلة الابتدائية. إن الأطفال في وضعية إعاقة يعانون بذلك من تمييز مزدوج؛ فهم من جهة يتقاسمون مع الأطفال المنتمين لنفس الفئة العمرية مجموعة من المشاكل التي تحول دون ولوجهم إلى التعليم والاستمرار فيه (مثلا الصعوبات المتواجدة في العالم القروي، تمدرس الفتيات الصغيرات...). ومن جهة أخرى يعانون أيضا من صعوبات أخرى كانعدام الولوجيات العمران والاتصال وغيرها. وبالتالي فإن 85,7% من الأطفال الذين لم يلتحقوا بالمدرسة ، كان سببه وضعية الإعاقة، وترتفع هذه النسبة في الوسط الحضري 87,1% مقابل 83,9% في الوسط القروي.

2.6.3.6 تمدرس الأشخاص في وضعية إعاقة من 18 إلى 40 سنة :

كشفت نتائج البحث أن 39,6 % من الأشخاص في وضعية إعاقة الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و40 سنة تمكنوا من التمدرس، أما بالنسبة للباقي فغالبيتهم أي 60,4% لم تتمدرس بسبب غياب مؤسسات تعليمية تتلاءم واحتياجاتهم الخاصة. وقد اتضح أن 53,1% من الأشخاص في وضعية إعاقة من المتمدرسين يقطنون بالوسط الحضري مقابل 25.4% يقطنون في الوسط القروي. كما لوحظ عدم تكافؤ في الفرص بين الجنسين، حيث أن 54.1% من الذكور تمكنوا من ولوج المدرسة مقابل 16% فقط من الإناث.

وبالنسبة للإدماج المدرسي للأشخاص في وضعية إعاقة حسب نوعية المؤسسات التعليمية، فقد بينت نتائج البحث أن 89 % من الأشخاص في وضعية إعاقة ترددوا على مدرسة عادية في حين 4,5% فقط هم الذين تمكنوا من تأطير تربوي متخصص أو داخل أقسام مندمجة. أما نسبة الأطفال في وضعية إعاقة الذين يلجون المؤسسات التربوية المتخصصة فتصل فقط إلى8,1%، وتعزى النسبة المنخفضة إلى قلة هذه المؤسسات المتخصصة.

ومن بين الأشخاص الذين يلجون مؤسسة تعليمية أو تكوينية، 11% فقط استطاعوا الحصول على شهادة. ومن ناحية أخرى غادر الدراسة تسعة أشخاص من أصل عشرة دون الحصول على شهادة، مما يترتب عنه صعوبات في إيجاد شغل.

وحول اضطراب المسار التعليمي للأطفال في وضعية إعاقة، فقد أظهرت نتائج البحث أن 60,4% من هؤلاء الأطفال صرحوا بأن عدم تعليمهم يعود أساسا إلى غياب مؤسسات تعليمية قادرة على استقبالهم، بالإضافة إلى أسباب أخرى منها : الظروف الاقتصادية والبيئة القاسية و تعقد الإجراءات و المساطر الإدارية.

7.3.6 تشغيل الأشخاص في وضعية إعاقة

يشير البحث إلى كون معدل الشغل ([5]) لدى الأشخاص في وضعية إعاقة في سن النشاط يصل إلى 13,6%، أي ما يعادل 83.000 فردا من مجموع الأشخاص في وضعية إعاقة البالغ عددهم 612.000 من الفئة العمرية 15 سنة فما فوق، و تصل نسبة التشغيل 11,3% في الوسط الحضري مقابل 16,5% في الوسط القروي.

إن معدل تشغيل الأشخاص في وضعية إعاقة 13,6 % هو ثلاث مرات أضعف مقارنة مع المعدل الوطني للمندوبية السامية للتخطيط الذي يصل إلى 50 % برسم (أبريل- يونيو) من سنة 2014.

كما أظهرت نتائج البحث الوطني أن 67,75 % من الأشخاص في وضعية إعاقة، من متوسطة إلى عميقة جدا ، في سن النشاط عاطلون عن العمل([6])، أي 174.494 شخص ، وهو ست مرات أعلى من المعدل الوطني 10,6%([7]).

من جهة أخرى، يتبين أن عدم الاستقرار المهني يمس الأشخاص في وضعية إعاقة مهما كان نوع إعاقتهم كما توضح ذلك المعطيات التالية :

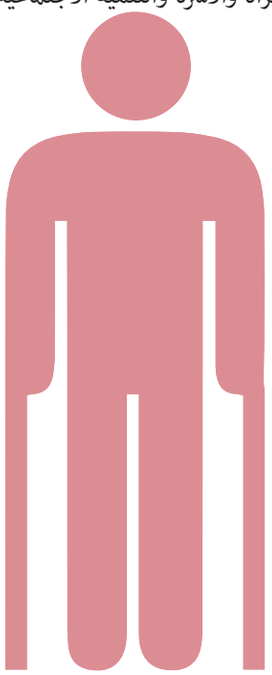
- 25.4% من الأشخاص في وضعية إعاقة اضطروالتغيير مهنتهم بسبب إعاقتهم؛
- 25.2% غيروا مقرات عملهم بسبب إعاقتهم؛
- 36.9% فقدوا عملهم بسبب إعاقتهم.

وحول انتظارات الأشخاص في وضعية إعاقة في مجال التشغيل يتبين أن 60.4% من هؤلاء الأشخاص يرغبون أساسا في ضمان حقهم في التشغيل و احترام الحصيص الإلزامي للتشغيل ، و60.1% يرغبون في تطوير فرص التشغيل والتكوين المهني بالمراكز التابعة لمكتب التكوين المهني وإنعاش الشغل.

8.3.6 المواطنة

من خلال نتائج هذا البحث، يتبين أن شخصا واحدا فقط من بين كل عشرة أشخاص في وضعية إعاقة أي ما يمثل 10.6 %صرح بكونه على معرفة تامة بجميع الحقوق الأساسية للأشخاص في وضعية إعاقة، والتي يخولها القانون المغربي في إطارتكافؤ الفرص: وهي الحق في التعليم، والحق في الشغل، والحق في الصحة والحق في الولوجيات. من جهة أخرى، فإن 13.5% فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة لهم دراية بالخدمات المقدمة لهم و لعائلاتهم من طرف الجمعيات العاملة في مجال الإعاقة، علما أن عدد هذه الجمعيات يتعدى الألف جمعية .

في حين أن 9.2 % فقط من الأشخاص في وضعية إعاقة على علم بالخدمات التي توفرها وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية.



(5) - معدل التشغيل يمثل العلاقة بين الساكنة النشيطة المشغلة والساكنة في سن الشغل.

(6) - معدل البطالة : نسبة العاطلين عن العمل البالغين من مجموع السكان النشيطين المنتمين.

(7) - المندوبية السامية للتخطيط – (أبريل- يونيو) 2014.

على مستوى تقوية القدرات :

- دمج بعد الإعاقة في التكوينات الأساس لكل التخصصات والمهن.
- دعم قدرات الموارد البشرية العاملة في مجال الإعاقة على مستوى القطاعات الحكومية والمؤسسات العمومية والهيآت المنتخبة.
- تقوية قدرات الفاعلين الجمعويين وأطر المراكز المتخصصة في مجال الإعاقة.

على مستوى العلاقة بين القطاع العام والخاص :

- إقرار إجراءات تحفيزية وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص.

على مستوى العلاقة مع المجتمع المدني :

- تعزيز المشاركة في بلورة المخططات والاستراتيجيات؛
- إرساء نظام للتعاقد؛
- التشجيع على التشبيك.

7. معطيات كيفية إضافية للمجموعات البؤرية واللقاءات المفتوحة

تم تنظيم «مجموعات بؤرية» مع الجمعيات العاملة في مجال الإعاقة كما تم التواصل مع مسؤولي بعض مصالح القطاعات الحكومية المعنية وذلك بهدف تسليط الضوء على مختلف المكتسبات والصعوبات المتعلقة بقضايا الإعاقة وكذا الوقوف عند انتظارات المتدخلين في المجال.

ففي منتصف يوليوز من سنة 2014، تم تنظيم مجموعتين بؤرتين مع عشرين جمعية وائتلاف عاملين في مجال النهوض بوضعية الأشخاص في وضعية إعاقة تولى تنشيطها أستاذ جامعي متخصص في علم الاجتماع.

كما تم التواصل مع ممثلين عن القطاعات الحكومية المعنية من قبيل وزارة الداخلية، وزارة العدل والحريات، وزارة الأوقاف والشؤون الاسلامية، وزارة الاقتصاد والمالية، وزارة السكنى وسياسة المدينة، وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني، وزارة التجهيز والنقل واللوجيستيك، وزارة الصحة، وزارة الاتصال، وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، وزارة الثقافة، وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية، الوزارة المنتدبة المكلفة بالشؤون العامة والحكامة.

ويمكننا تلخيص أهم التوصيات فيما يلي:

على مستوى التخطيط :

- وضع سياسة عمومية مندمجة للنهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة في إطار مخطط وطني، وذلك بناء على نتائج البحث الوطني الثاني وبنموذج تنموي حقوقي جديد؛
- تنزيل المخطط الوطني إلى مخططات جهوية تدمج البعد الترابي للإعاقة.

على المستوى التشريعي والتنظيمي :

- ملاءمة الترسانة التشريعية والتنظيمية الوطنية مع مقتضيات الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

على المستوى المؤسساتي والحكامة :

- وضع آلية للتقييم والتتبع وتقوية الالتقائية.
- إرساء نقط ارتكاز في كل القطاعات الحكومية تكون مهمتها السهر على تتبع إدراج التدخلات القطاعية في أجرأة المخطط الوطني لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة

على مستوى خدمات القرب :

- إرساء آليات للقرب وتدابير للدعم تسمح بالاستهداف الفردي والمجالي؛
- تقنين الخدمات الاجتماعية من خلال إجراءات مسطرية ومعايير مرجعية للجودة؛

- على مستوى تقوية القدرات:

- دمج بعد الإعاقة في التكوينات الأساس لكل التخصصات والمهن؛
- دعم قدرات الموارد البشرية العاملة في مجال الإعاقة على مستوى القطاعات الحكومية والمؤسسات العمومية والهيآت المنتخبة؛
- تقوية قدرات الفاعلين الجمعويين وأطر المراكز المتخصصة في مجال الإعاقة.

- على مستوى العلاقة بين القطاع العام والخاص:

- إقرار إجراءات تحفيزية وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص.

- على مستوى العلاقة مع المجتمع المدني:

- تعزيز مشاركة المجتمع المدني في بلورة المخططات والاستراتيجيات؛
- إرساء نظام للتعاقد؛
- التشجيع على التشبيك.

le point sur le i

وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية
47 شارع ابن سينا ,أكدال - الرباط
الهاتف: 0537.68.40.61 - 0537 67 31/32
الفاكس: 0537 67 19 67
www.social.gov.ma