



Adresse correspondance

GRAVIR asbl
rue Papenkasteel, 144
B - 1180 Bruxelles
Belgique

E-Mail

gravir@skynet.be

WEB

www.gravir.be

Contacts :

Pierre Castelein
Président



32.498.46.79.14

pierre.castelein@helb-prigogine.be

Créée en 1992, l'asbl
GRAVIR est membre

du **GIFFOCH**
Groupe International
Francophone pour les
Formations aux Classifications
du Handicap



du **RIPPH**
Réseau International du
Processus de Production du
Handicap (Québec)



RAPPORT DE LA MISSION

REALISEE DU 19 au 21 octobre 2015

*Pour l'Association La Colombe Blanche pour les Droits des Personnes
en Situation de Handicap au Maroc*



Mission réalisée dans le cadre du projet PPLI :

*Des Politiques Publiques Locales Inclusives pour un accès des personnes
en situation de handicap aux Droits effectifs*



Projet financé par l'Union européenne

Lieu et durée du projet
Région Tanger-Tétouan, Maroc
Fév. 2014 – Jan 2017

Projet réalisé en partenariat avec



Réseau d'Associations Œuvrant dans le domaine du Handicap au Nord du Maroc

**Rapport rédigé par Pierre Castelein
consultant de GRAVIR**

1. Objectif général du projet PPLI

Améliorer et consolider la participation des personnes en situation de handicap dans les réformes politiques et démocratiques du Maroc conformément aux principes de la Convention Relative aux Droits des Personnes en situation de Handicap (CRDPH).

1.1 Objectif spécifique

Améliorer la participation citoyenne à travers le plaidoyer pour l'intégration de la dimension du handicap dans le processus électoral, dans les politiques publiques locales et le renforcement du dialogue entre les Organisations des Personnes en Situation de Handicap (OPH) et les autorités locales dans la région du Nord.

1.2 Axes d'intervention

- Le renforcement des capacités des acteurs locaux et régionaux à travers un programme de formation en matière de plaidoyer, d'élaboration et suivi des politiques publiques locales selon les principes de la CRDPH ;
- L'amélioration de l'accès et la participation politique des personnes en situation de handicap dans le processus électoral, les instances de démocratie locale et les programmes des partis politiques ;
- L'intégration de la dimension de handicap dans les politiques publiques locales dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'accessibilité à travers le renforcement du dialogue et la concertation entre société civile et acteurs publics.

2. Les termes de référence de la mission :

2.1 Objectifs et démarche méthodologique

En vue d'inciter les pouvoirs publics au niveau de la région du Nord à prendre des mesures efficaces pour l'intégration de la problématique du handicap dans leurs actions, une première formation introductive autour des approches de handicap, en particulier, celle basée sur les Droits sera organisée le 19,20,21 Octobre 2015 à Tanger, Maroc.

Elle a pour objectif le changement des perceptions des cadres de développement local et de la planification à l'égard du handicap, et l'amélioration de la capacité d'analyse et d'intégration de la problématique du handicap dans leurs stratégies et projets publics de développement, depuis la programmation jusqu'à l'évaluation. Cette formation s'adresse à 25 cadres locaux des administrations publiques et des collectivités (Communes, provinces et Région) de la Région du Nord responsables de la planification et la gestion des projets et programmes publics au Nord du Maroc.

La formation sera animée d'une manière participative par un expert en la matière autour des approches de handicap, et en particulier celle basée sur les Droits handicap. Elle sera focalisée autour des éléments suivants :

- L'évolution conceptuelle à la notion du handicap (CIF, PPH)
- L'approche Droits du handicap par les participants
- Le processus de production du handicap

2.2 Expertise recherchée

La présente formation sera animée par un (e) consultant(e) justifiant les compétences et les expériences suivantes:

- Formation supérieure ;
- Expérience d'au moins 3 années en matière d'animation de formation sur le Processus de Production de handicap ;
- Connaissance du contexte marocain en lien avec le handicap ;
- Langues parlées : Français ;

2.3 Livrables

- Support et un rapport de formation ;
- L'évaluation de la formation.

2.4 Public cible de la formation

- Agence de Développement Social, Coordination de Tanger.
- Agence de Développement des Provinces du Nord du Maroc,
- Entraide Nationale
- Divisions de l'Action Sociale
- L'Académie Régionale de l'Education
- L'Agence Urbaine,
- L'inspection de l'habitat,
- Direction Régionale de la santé/Délégations de la santé
- Délégation du Ministère de la santé
- Délégation du Ministère du transport
- Délégation du Ministère de l'habitat et aménagement de territoire
- Délégation du Ministère de l'équipement
- Agence Urbaine de Tétouan
- Les cellules responsables des Plans Communaux de Développement des grandes villes,

3. Programme de la formation

1. Présentation des participants
2. Présentation des partenaires : GRAVIR, GIFFOCH, RIPPH, expériences dans le Maghreb (Tunisie, Algérie)
3. Mise en situation par groupe de travail :
Les participants reçoivent une situation d'une COLLECTIVITE « le village de BONDIAF » (2 pages) et ils sont invités à définir leurs priorités en termes de planification selon leur analyse de la situation des personnes handicapées de ce village (voir annexe 1)
Cette situation sera utilisée ensuite pour illustrer les concepts du PPH.

Analyse de la représentation du handicap par les participants pour dégager la typologie entre le modèle individuel (biomédical) et le modèle social.

En fin de journée, les concepts du modèle du PPH devraient commencer à être intégrés. Les exercices permettront de vérifier le niveau d'appropriation.

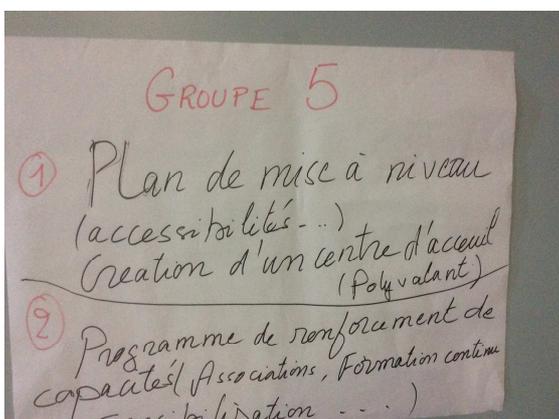
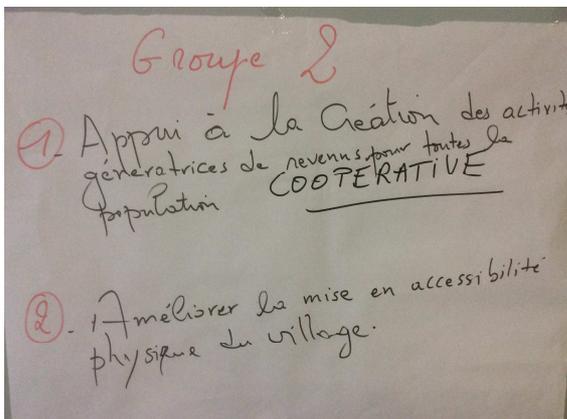
19/10/15

Bondiaf

<p>Population</p> <p>LES FACTEURS DE RISQUE / CAUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faibles revenus financiers ayant un impact sur le suivi médical. • Difficulté de rejoindre l'hôpital en cas d'urgence médicale et absence d'une assurance médicale régulière au niveau local. • Population handicapée présentant des risques de santé : déficiences respiratoires, crises d'épilepsie, insuffisance cardio-vasculaire, troubles du comportement affectant la sécurité, personnes diabétiques. • Risques d'accidents de travail en milieu agricole. • Risques liés au climat hivernal qui interviennent à l'arrêt médical. • Risques liés à la culture : manque d'un réseau structuré pour affecter certaines personnes fragiles : personnes diabétiques. <p>SES principales DEFICIENCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions de la médulla spinale (paraplégie, tétraplégie, spinales). • maladies neurologiques : myopathie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie. • lésions cérébrales : hémiparésie (parésie de la 1/2 du corps), traumatismes crâniens, D.C.C (démence) Morice. • Cécité. • surdités ou malentendantes : système oculaire. • personnes sourdes ou malentendantes : système auditif. • intolérance à et autres causes (glycémie, diabète, ...) • autisme, états psychologiques, stress post-traumatique, toxicomanie importante, dépression. • <i>(Source : personnes ...)</i> <p>LES APTITUDES</p> <p>Intellectuelles, langage, comportementales & affectives, sens et perception, motrices, résistance, ...</p> <p>INTELLECTUEL : Difficultés au niveau de l'attention, des mémoires, de l'orientation, du jugement, etc ...</p> <p>LANGAGE : Difficultés de communication orale et écrite</p> <p>SENS & PERCEPTION : Perte de la vision. Perte de l'audition.</p> <p>COMPORTEMENT : Difficulté pour assurer sa sécurité personnelle. Pertes des décisions. Manière des pulsions et tentations. Troubles importants du comportement, des conduites.</p> <p>MOTRICITE : Difficulté importante de locomotion et de mobilité des membres supérieurs.</p> <p>RESPIRATION : Difficultés respiratoires.</p> <p>RESISTANCE : Perte importante de résistance à l'effort physique.</p>	<p>SON ENVIRONNEMENT</p> <p>Sociaux Facilitateurs</p> <p>Service d'autobus quotidien en semaine 21 familles / 299 possèdent une voiture</p> <p>Association de parents organisée des activités éducatives et d'entraide</p> <p>Une école primaire : 6 classes, 6 instituteurs, un directeur, un éducateur</p> <p>Bienveillance de la population vis-à-vis de personnes déficientes intellectuelles</p> <p>Motivations du maire pour la situation des personnes handicapées</p> <p>Équipe de football</p> <p>Association d'un médecin pour malade, vieux</p> <p>Suivi médical hebdomadaire de base assuré par une infirmière</p> <p>Physiques</p> <p>Mis à disposition d'un bâtiment désaffecté par la commune</p> <p>Salle de fêtes et programme d'activités (cinéma, ...) elle est accessible mais absence de WC adaptés pour les personnes en fauteuil roulant.</p> <p>1. École primaire</p>	<p>Facteurs identitaires : Population rurale avec une majorité d'agriculteurs, éleveurs (75%) Niveau de vie moyen de 2,5€ par jour et par habitant 125 personnes handicapées dont 25% d'enfants, 50% d'adultes actifs et 25% de seniors Majorité de personnes pratiquantes de confession orthodoxe 1.234 habitants dont 299 familles Accès aisé à la scolarité primaire Bienveillance vis-à-vis des personnes handicapées mentales.</p> <p>Histoire du village : Pas d'informations?</p>
<p>LA Participation sociale</p> <p>LES HABITUDES VIE COURANTE</p> <p>nutrition, soins personnels, habillement, ménage, communication, déplacements, ...</p> <p>Un suivi médical de base hebdomadaire est organisé</p> <p>Les repas sont pris en famille autour d'une table basse + usage de couverts.</p> <p>LES Situations de handicap : Les personnes en fauteuil roulant se déplacent difficilement dans les rues et la difficulté est accrue en hiver. Le suivi médical de base est parfois interrompu en hiver et en cas d'urgence, aucune possibilité d'obtenir rapidement l'intervention d'un médecin. Une éducation est-elle organisée pour sensibiliser les personnes qui ne peuvent pas pratiquer un même alimentaire (diabétique, ...)?</p>	<p>LES ROLES SOCIAUX</p> <p>75 % de la population vit de l'élevage et de la culture. D'autres vivent du commerce ou d'un travail en ville</p> <p>Les enfants « valides » sont scolarisés ainsi qu'une minorité d'enfants handicapés</p> <p>Certains enfants handicapés bénéficient d'activités éducatives organisées par une association de parents. Surtout aux parents qui travaillent. Les adultes sourds sont davantage intégrés dans une activité professionnelle.</p> <p>Les personnes déficientes intellectuelles sont davantage intégrées dans la vie sociale de la communauté.</p> <p>Projet de coopérative artisanale pour les personnes handicapées. La population peut accéder une fois par semaine à des films et ponctuellement à d'autres activités festives. La population peut accéder à une bibliothèque, aux activités d'une fédération, d'un club de pétanque, à des soirées musicales d'été.</p> <p>Possibilité de pratiquer du football ou de supporter le club local. La population peut avoir accès à des services religieux</p> <p>LES Situations de handicap : La majorité des enfants handicapés ne sont pas scolarisés et demeurent à la charge de la famille Les personnes présentant un handicap moteur sont peu intégrées dans une activité professionnelle Les personnes avec des troubles du comportement fréquentent peu les espaces communautaires du fait des préjugés de la population Responsabilité pour les personnes en fauteuil roulant d'accéder aux services administratifs de la mairie Difficulté pour les personnes en fauteuil roulant d'assister complétement aux séances de cinéma et autres spectacles (VC ?) Absence d'un sport adapté aux possibilités des personnes handicapées</p>	

Synthèse de la situation des personnes handicapées du « village de Bondiaf » selon le modèle du PPH

5. Evolution des paradigmes du handicap et des classifications internationales : CIDIH (1980), PPH (1998 et 2010), CIF (OMS)
 6. Présentation du modèle du Développement Humain et du Processus de Production du Handicap – version 1998
- Chaque dimension du modèle sera présentée et ensuite directement appliquée dans l'analyse de la situation utilisée en introduction de la journée.
- Ces exercices permettront aux participants de prendre conscience des dimensions négligées lors de leur 1^{re} analyse.
- La présentation du modèle sera suivie par des exercices d'intégration des concepts du PPH afin de vérifier le niveau d'appropriation du modèle.



Exemple de programmations proposées par les groupes de travail pour la situation du « village de Bondiaf »

20/10/15	<p>1. Analyse des valeurs portées par le modèle du PPH : égalité des chances, autodétermination, inclusion <> intégration ...</p> <p>2. Les enjeux et obstacles de la participation sociale : sur le plan sociologique, juridique, politique, ...</p> <p>3. APPLICATIONS DU PPH :</p> <p>1. Sur le plan individuel : projets personnalisés d'intervention dans le cadre de la réadaptation, de l'éducation, de l'accès au travail, ...</p> <p>2. Sur le plan communautaire : diagnostic participatif de la qualité de la participation sociale, de l'environnement au niveau d'une collectivité.</p> <p>...3. Introduction à la méthodologie du DEVELOPPEMENT URBAIN INCLUSIF</p> <p>...4 Méthodologie d'analyse de la qualité de l'accès aux services</p> <p>EXERCICE PRATIQUE d'application de cette méthodologie sur l'analyse d'un service, d'une infrastructure, ...sélectionné par les participants. (voir annexe 2)</p>	<p>En fin de journée, les participants devraient mieux percevoir les applications du modèle du PPH dans le cadre de politiques inclusives et du développement urbain inclusif.</p>
		
	<p><i>Groupe au travail sur l'accès aux services d'une administration</i></p>	

21/10/15	<p>1. CIF : présentation succincte de la classification et de sa nomenclature</p> <p>2. CIF – PPH : convergences et divergences des concepts : atelier</p> <p>3. CDPH : présentation des principaux articles :</p> <p>Art 9 Accessibilité</p> <p>Art 12 Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité</p> <p>Art 23 Respect du domicile et de la famille</p> <p>Art 19 Autonomie de vie et inclusion dans la société</p> <p>Art 20 Mobilité personnelle</p> <p>Art 24 Education</p> <p>Art 27 Travail et emploi</p> <p>Exercice pratique : analyse d'un article par binômes afin d'en présenter l'essentiel au groupe et d'établir le niveau de conformité avec la législation marocaine.</p>	<p>Connaissance générale de la CIF</p> <p>Compréhension de l'évolution du handicap en termes de droits humains</p> <p>Compréhension de l'utilité des « outils » pour objectiver les situations de handicap d'une collectivité afin de planifier des politiques publiques ou d'en mesurer les effets.</p>
		
	<p><i>Binôme analysant l'article 9</i> <i>Responsable du développement urbain de la région de Tanger</i></p>	
	<p>Enjeux de la ratification pour l'évolution du cadre juridique marocain. Convention ratifiée le : 8 avril 2009</p> <p>Protocole ratifié le : 8 avril 2009</p> <p>4. Méthodologie d'analyse des mécanismes nationaux d'évaluation du handicap à la lumière de la CDPH : atelier.</p> <p>5. Application de la MHAVIE pour évaluer la qualité de la participation sociale d'un groupe et établir l'impact d'une intervention sur l'amélioration de la participation sociale.</p> <p>6. Application de la MQE sur une collectivité pour dégager les principaux obstacles et facilitateurs. (exemple enquête Kosovo)</p>	

Le programme s'est déroulé dans de très bonnes conditions après un ajustement du public après la 1^{re} journée pour des raisons diverses :

- Maîtrise insuffisante de la langue française
- Obligations professionnelles dues à une manifestation officielle
- Découverte du programme de formation
- Etc...

La formation s'est poursuivie avec un groupe stable de 15 participants :



4. Evaluation de la formation

L'évaluation a été réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme

Nombre de participants :	15	15 personnes ont participé aux 3 journées de formation
Nombre de questionnaires:	13	87 % (2 participants n'ont pas remis leur questionnaire)

1^{re} partie : appréciation du contenu et du déroulement de la formation

Des Politiques Publiques locales Inclusives pour un accès des Personnes en Situation de Handicap aux Droits Effectifs
Première formation introductive autour des approches du handicap, en particulier, celle basée sur les Droits

ACB - formation des 19, 20,21 octobre 2015 (TANGER)	MOYENNES
Initiation au modèle du PPH pour développer des politiques locales inclusives	
Qualité et pertinence du contenu de la formation	9,1
Qualité et pertinence de la méthodologie utilisée pour la formation	8,7
<i>Equilibre</i> entre les exposés et les exercices pratiques	7,2
Qualité et pertinence des supports pédagogiques	7,3
VOTRE APPRECIATION GENERALE DE LA FORMATION	9,0




Projet financé

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Très insatisfait(e)				← →						Très satisfait(e)

2^e partie : appréciation de l'utilité de la formation pour atteindre les objectifs de la mission

Cette formation vous a aidé à ...	
A comprendre le modèle du Processus de Production du Handicap et à comprendre le concept de PERSONNE EN SITUATIONS DE HANDICAP	8,7
A comprendre que les personnes en situationS de handicap disposent des mêmes droits que tous les citoyens marocains.	9,5
A comprendre que les politiques locales inclusives doivent se construire avec la participation active des associations de personnes handicapées	9,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
INUTILE				← →						TRES UTILE

3^e partie : appréciation du souhait des participants de poursuivre leur collaboration au projet PPLI

Je souhaite participer à la suite du projet des POLITIQUES LOCALES INCLUSIVES	66,7	%
Je NE souhaite PAS participer à la suite du projet des POLITIQUES LOCALES INCLUSIVES	0,0	%

66,7 % des 15 participants souhaitent participer à la suite du projet PPLI

Aucun participant indique son refus

33 % des participants n'ont pas exprimé un avis.

Indiquez le message principale que vous souhaitez communiquer auprès de vos responsables / de vos collègues après ces 3 journées de formation pour les aider à mieux comprendre le « handicap »
Part. 1: Proposer de rendre mon administration accessible et inclure le handicap dans notre projet de développement régional.
Part.2: il faut appliquer le PPH et il faut comprendre que les personnes handicapées ont les mêmes droits que tous les citoyens marocains
Part.3: concept du PPH, CIF, convention internationale sur les droits des P.S.H.
Part.4: les personnes handicapées ont les mêmes droits que les autres citoyens marocains; "rien sur nous sans nous"
Part.5: une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.
Part.6: le handicap est l'affaire de nous tous et nous sommes tous responsables et nous devons créer un monde meilleure pour toutes les personnes handicapées ou en situations de handicap.
Part.7: la personne handicapée a les mêmes droits que les autres; expliquer la "situation de handicap"
Part.8: il faut veiller à ce que les P.H. soient traitées et servies parce que cela relève de leurs droits.. Toutes sont peut-être amenées à vivre plusieurs situations de handicap et cela doit nous aider à identifier les difficultés et les obstacles qui pourraient entraver leurs activités quotidiennes ou rendre difficile la réalisation de leurs habitudes de vie
Part.9: il faut qu'on change de comportement envers les personnes en situations de handicap: leur faciliter la vie et pour cela, il faut agir sur les personnes et leur environnement puisque ce sont deux entités inséparables. Travailler sur le développement du facteur humain ainsi que sur l'environnement physique et social.
Par.10: je suis heureuse d'avoir participé car j'ai tant appris pendant ces 3 jours sur un domaine sensible et important !
Part.11: toutes les personnes peuvent être en situation de handicap; il ne faut pas fragmenter le handicap, il faut réfléchir et constater les situations de handicap; les personnes en situations de handicap ont les mêmes droits que les personnes valides; je leur parlerai de l'approche inclusive.
Part.12: comprendre le statut de personne handicapée et comprendre le concept de personne en situation de handicap.
Part.13: le handicap représente une situation parmi celles que la vie nous offre. Il faut la prendre en considération lors de l'élaboration et l'exécution des politiques publiques locales afin de construire une société inclusive par nature.

COMMENTAIRES GENERAUX DES PARTICIPANTS :

Part.6: M. Castelein est vraiment merveilleux et on a appris bcp de choses en un laps de temps. Merci pour ces 3 jours de formation. Part.7: cette formation m'a aidé à bien comprendre la différence entre la personne handicapée et la personne en situation de handicap. Part.9: je remercie M. Pierre pour la formation et toute l'équipe qui lui a facilité la tâche. L'objet de la formation est très intéressant puisque cela concerne toute la population.

L'analyse des 13 commentaires nous laisse à penser que :

- Le concept de « situation de handicap » est mieux compris au terme de la formation
- L'importance de prendre en compte la dimension environnementale est bien perçue

- Le respect des droits des personnes handicapées en tant que citoyens à part entière est assimilé par de nombreux participants

En conclusion, les 2 objectifs :

- *le changement des perceptions des cadres de développement local et de la planification à l'égard du handicap,*
- *l'amélioration de la capacité d'analyse et d'intégration de la problématique du handicap dans leurs stratégies et projets publics de développement, depuis la programmation jusqu'au l'évaluation.*

ont été abordés durant la formation et semblent en bonne voie d'intégration. Cependant, la programmation et l'évaluation des projets de développement devront encore faire l'objet d'actions de formation pour en approfondir la technicité. Les méthodologies d'évaluation ont été abordées le 3^e jour mais insuffisamment que pour prétendre un niveau de maîtrise de celles-ci.

Merci à toute l'équipe de l'ACB et à son Président pour la qualité de son accueil.

Bruxelles, le 27/10/2015

Pierre CASTELEIN

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Castelein', written over a horizontal line.

Enquête sur la situation des personnes handicapées dans le village de Bondiaf

Le village de Bondiaf compte 1.234 habitants, c'est surtout un village agricole qui regroupe 299 familles dont 75% vivent de l'élevage de moutons, chèvres et de la culture du blé, maïs,...

Les autres familles vivent du commerce ou du travail à la ville la plus proche.

Le village est situé dans une région qui souffre régulièrement de la sécheresse et par conséquent les récoltes ne sont pas abondantes.

Le niveau de vie moyen du village est de 2,5 € par jour et par habitant.

Le village est éloigné de 50 km de la ville la plus proche, la ville de Zenika, où se trouve l'hôpital publique. Un autobus fait un aller/retour par jour sauf le WE.

21 familles possèdent une voiture.

Grâce au travail d'une association locale de parents d'enfants handicapés, aidée par une ONG, on possède une estimation du nombre de personnes handicapées qui résident dans le village ou à proximité.

On estime le nombre à environ 125 personnes handicapées qui se répartissent de la manière suivante:

25% d'enfants en âge d'être scolarisés, 50% d'adultes en âge de travailler, 25% de personnes vieillissantes ne pouvant plus travailler.

- **25% de personnes victimes de lésions de la moelle épinière (paraplégique, tétraplégique, spina-bifida) soit d'origine congénitale soit à la suite d'accidents de travail. Ces personnes présentent surtout des difficultés au niveau de la locomotion mais également pour certaines au niveau de la motricité des membres supérieures. Elles se déplacent en fauteuil roulant mécaniques.**
- **11% de maladies neurologiques : myopathie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie,.... Ces personnes présentent de grosses difficultés motrices mais également des pertes importantes de résistance à l'effort physique ainsi que des difficultés respiratoires. Cette population doit être suivie médicalement car leur santé se dégrade régulièrement sur le plan cardio-vasculaire et neurologique (crises d'épilepsie, ...)**
- **23 % de personnes victimes d'une lésion cérébrale : hémiplégié (paralysie de la 1/2 du corps), traumatismes crâniens, IMC (Infirmité Motrice Cérébrale), ... : aux difficultés motrices, cette population présente également d'autres difficultés : limites intellectuelles (mémoire, attention, orientation, jugement, ...) difficultés de communication orale et écrite, difficultés comportementales (assurer sa sécurité, décision, maîtrise des émotions/pulsion, ...)**
- **12% de personnes aveugles ou malvoyantes**
- **8% de personnes sourdes ou malentendantes**
- **9 % de personnes présentant une déficience intellectuelle plus ou moins sévère : trisomie 21 et autres causes (phénylcétonurie, ...)**
- **12% de personnes qui présentent des troubles importants du comportement : autisme, états psychotiques, stress post traumatique, toxicomanie importante, dépression, ... Le village souffre d'un alcoolisme important chez de nombreux habitants. Cet alcoolisme est probablement une des causes de certains handicaps congénitaux.**

Le village accueille une seule école publique d'enseignement primaire. L'enseignement secondaire est organisé dans la ville de Zenica. L'école primaire compte une classe par niveau d'enseignement soit 6 classes et 6 enseignants, plus 1 directeur et un éducateur. L'école accueille les enfants handicapés à condition que ces derniers puissent marcher et n'aient pas de difficultés sensorielles, intellectuelles ou comportementales qui puissent gêner les apprentissages scolaires. L'école est dans un bâtiment sur 2 niveaux avec des escaliers. La majorité des enfants handicapés demeurent en famille. Certains parents se sont regroupés en association pour organiser des activités éducatives et surtout permettre de soulager les parents qui travaillent. La commune a donné un bâtiment désaffecté à cette association qui tente de recueillir des fonds privés pour aménager les locaux et acheter de l'équipement.

Les adultes handicapés exercent parfois un travail au sein de l'entreprise agricole familiale c'est surtout le cas des personnes sourdes et des personnes limitées intellectuellement qui semblent bénéficier d'une bienveillance de la population. Par contre, les autres personnes avec un handicap moteur exercent rarement un travail au sein de la communauté. Les personnes avec des troubles du comportement sont souvent victimes de préjugés et par conséquent, elles fréquentent peu les espaces communautaires.

Le maire du village est lui-même père d'une jeune fille IMC et par conséquent, il est très sensibilisé par la situation des personnes handicapées dans son village.

Il voudrait créer une petite coopérative artisanale qui permettrait aux personnes handicapées de participer à la production d'objets tissés avec la laine des moutons mais actuellement il n'a pas encore trouvé les moyens financiers et humains pour lancer son projet.

Les voiries ne comportent pas de trottoirs et les déplacements se font directement sur la chaussée dont le revêtement est très dégradé (trous, ...) et souvent encombrés par des déchets. Les déplacements en fauteuil roulant sont très difficiles d'autant que le relief du village est assez irrégulier puisque le village se trouve en région montagneuse. En hiver, le climat rigoureux rend les déplacements très difficiles.

La mairie n'est pas accessible aux personnes en fauteuil roulant sans faire appel à une aide humaine pour franchir les obstacles.

Le village possède une salle des fêtes qui organise chaque samedi des projections de films et divers groupes organisent des fêtes ouvertes aux habitants. La salle est accessible de plein pied mais ne comporte que 2 WC ordinaires alors que la salle peut accueillir jusqu'à 150 personnes. Il n'y a pas d'autres activités culturelles dans le village. Par contre, le village est très fier de son équipe de football junior et de son équipe senior. Le village possède son propre terrain de football. Parmi les groupes / associations du village, on compte un groupe d'entraide pour les malades et les vieux, une association de philatélistes, une bibliothèque, une fanfare.

Une fois par semaine, une infirmière passe dans le village pour assurer le suivi des maternités et assurer des soins de base notamment pour les personnes diabétiques.

En dehors de ce passage, les habitants doivent se rendre à l'hôpital de la ville de Zenica.

Les visites de l'infirmière sont souvent interrompues en hiver du fait des routes impraticables.



Le village est à majorité de confession orthodoxe et la pratique religieuse est assez présente dans la population. C'est ainsi que les rites du carême sont suivis très largement : le jeûne alimentaire prévoit un repas par jour sans nourriture d'origine animale et sans huile, ni vin.

Les repas se déroulent en général en famille autour d'une table basse ronde et l'usage des couverts est systématique.

CONSIGNES DE L'EXERCICE:

Répartissez-vous en groupes de 5 personnes

Votre groupe est chargé de formuler 2 priorités d'intervention pour améliorer la situation des personnes handicapées de cette communauté. Justifiez vos priorités

1^{re} étape : chaque membre du groupe lit seul la situation décrite et souligne les informations qui lui semblent prioritaires

2^e étape : lors d'un tour de table, chaque membre du groupe présente ses priorités et à cette occasion vous identifiez les convergences d'opinions.

3^e étape : le groupe doit dégager un consensus pour formuler ses 2 priorités d'action.

Ci-dessous : synthèse des informations selon le modèle du PPH (1998)

Bondiaf

Population

Les FACTEURS DE RISQUE / CAUSES

- Faibles revenus financiers ayant un impact sur le suivi médical
- Difficulté de rejoindre l'hôpital en cas d'urgence médicale et absence d'une assistance médicale régulière au niveau local
- Population handicapée présentant des risques de santé : difficultés respiratoires, crises d'épilepsie, insuffisance cardiovasculaire, troubles du comportement affectant la sécurité, personnes diabétiques
- Risques d'accidents de travail en milieu agricole
- Risques liés au climat hivernal qui interrompent le suivi médical
- Risques liés à la culture : pratique d'un jeûne strict pouvant affecter certaines personnes fragiles : personnes diabétiques.

SES principales DEFICIENCES

- lésions de la moelle épinière (paraplégique, tétraplégique, spina-bifida)
- maladies neurologiques : myopathie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie, ...
- lésion cérébrale : hémiplégie (paralysie de la 1/2 du corps), traumatismes crâniens, IMC (Infirmité Motrice Cérébrale),
- aveugles ou malvoyants : système oculaire
- personnes sourdes ou malentendantes : système auriculaire
- trisomie 21 et autres causes (phénylcétonurie, ...)
- autisme, états psychotiques, stress post traumatique, toxicomanie importante, dépression (crises organiques ???)

LES APTITUDES

Intellectuelles, langage, comportementales & affectives, sens et perception, motrices, résistance, ...

INTELLECTUEL :

Difficultés au niveau de l'attention, des mémoires, de l'orientation, du jugement, etc ...

LANGAGE :

Difficultés de communication orale et écrite

SENS & PERCEPTION:

Perte de la vision

Perte de l'audition

COMPORTEMENT :

Difficultés pour assurer sa sécurité personnelle

Prendre des décisions

Maîtriser ses pulsions et émotions

Troubles importants du comportement, des conduites

MOTRICITE:

Difficultés importantes de locomotion et de motricité des membres supérieurs

RESPIRATION :

Difficultés respiratoire

RESISTANCE :

Perte importance de résistance à l'effort physique

SON ENVIRONNEMENT

Sociaux

Service d'autobus quotidien en semaine
21 familles / 299 possèdent une voiture
ONG assiste une association de parents d'enfants handicapés
Association de parents organise des activités éducatives et d'entraide
Une école primaire : 6 classes, 6 instituteurs, un directeur, un éducateur
Bienveillance de la population vis-à-vis des personnes déficientes intellectuelles
Motivation du maire pour la situation des personnes handicapées
Equipe de football
Association d'entraide pour malade, vieux
Suivi médical hebdomadaire de base assuré par une infirmière

Facilitateurs

Physiques

Mise à disposition d'un bâtiment désaffecté par la commune

Salle des fêtes et programme d'activités (cinéma, ...), elle est accessible mais absence de WC adapté pour les personnes en fauteuil roulant.

L'école primaire

Sociaux

* Les horaires réduits du système d'autobus en semaine et WE
Faible revenu financier des habitants et de la mairie. Récoltes peu abondantes
Eloignement de l'hôpital, pas de médecin sur place.
Conditions d'accès des enfants handicapés à l'école
Absence d'école secondaire à proximité
Préjugé de la population vis-à-vis des personnes avec des troubles du comportement.
Service de ramassage des déchets.
Interruption du suivi médical hebdomadaire quand les routes sont impraticables en hiver. Service de déneigement ?

Obstacles

Physiques

Accessibilité de l'école primaire (2 niveaux)

Climat rude : conditions hivernales, sécheresse

Etat des voiries et accessibilité des bâtiments publics

Relief du territoire

Facteurs identitaires :

Population rurale avec une majorité d'agriculteurs, éleveurs (75%)
Niveau de vie moyen de 2,5€ par jour et par habitant
125 personnes handicapées dont 25% d'enfants, 50% d'adultes actifs et 25% de seniors
Majorité de personnes pratiquantes de confession orthodoxe.
1.234 habitants dont 299 familles
Accès aisé à la scolarité primaire
Bienveillance vis-à-vis des personnes handicapées mentales.

Histoire du village :

Pas d'informations ?

LA Participation sociale

LES HABITUDES VIE COURANTE

nutrition, soins personnels, habillement, ménage, communication, déplacements,

Un suivi médical de base hebdomadaire est organisé

Les repas sont pris en famille autour d'une table basse + usage des couverts.

Les Situations de handicap :

Les personnes en fauteuil roulant se déplacent difficilement dans les rues et la difficulté est accrue en hiver.

Le suivi médical de base est parfois interrompu en hiver et en cas d'urgence, aucune possibilité d'obtenir rapidement l'intervention d'un médecin.

Une éducation est-elle organisée pour sensibiliser les personnes qui ne peuvent pas pratiquer un jeûne alimentaire (diabétique, ...)?

LES ROLES SOCIAUX

75 % de la population vivent de l'élevage et de la culture. D'autres vivent du commerce ou d'un travail en ville

Les enfants « valides » sont scolarisés ainsi qu'une minorité d'enfants handicapés

Certains enfants handicapés bénéficient d'activités éducatives organisées par une association de parents. Soutien aux parents qui travaillent. Les adultes sourds sont davantage intégrés dans une activité professionnelle.

Les personnes déficientes intellectuelles sont davantage intégrées dans la vie sociale de la communauté.

Projet de coopérative artisanale pour les personnes handicapées. La population peut accéder une fois par semaine à des films et ponctuellement à d'autres activités festives. La population peut accéder à une bibliothèque, aux activités d'une fanfare, d'un club de philatéliste, à des activités bénévoles d'entraide.

Possibilité de pratiquer du football ou de supporter le club local. La population peut avoir accès à des services religieux

Les Situations de handicap :

La majorité des enfants handicapés ne sont pas scolarisés et demeurent à la charge de la famille

Les personnes présentant un handicap moteur sont peu intégrées dans une activité professionnelle

Les personnes avec des troubles du comportement fréquentent peu les espaces communautaires du fait des préjugés de la population

Impossibilité pour les personnes en fauteuil roulant d'accéder aux services administratifs de la mairie

Difficulté pour les personnes en fauteuil roulant d'assister complètement aux séances de cinéma et autres spectacles (WC ?)

Absence d'un sport adapté aux possibilités des personnes handicapées

DIMENSIONS	INDICATEURS	MESURE	Définitions des dimensions	Exemples
DISPONIBILITE	Présence (existence)	Nombre	= La possibilité, en nombre et en temps , qu'une personne ou un groupe de population puisse fréquenter ou utiliser dans son milieu de vie divers aménagements, technologies, infrastructures et services. La disponibilité vérifie la présence et la durée d'accès aux facilités.	Un système de transport collectif existe mais les horaires sont peu disponibles aux heures répondant aux besoins des usagers > la disponibilité n'est pas optimale.
	Temps (durée)	Jours et heures d'ouverture		
ACCESSIBILITE : * spatiale * physique (architecture, urbanisme, technologies, communication)	Localisation	Coordonnées géographiques	= L'accessibilité désigne la relation entre l'offre et la demande de services en fonction de la localisation, du temps et du mode de déplacement, de la distance et du coût. L'accessibilité désigne la qualité de l'environnement (infrastructures, services, technologies, ...) à pouvoir être utilisé par divers groupes de population afin de réaliser leurs activités de la vie quotidienne. Accessibilité spatiale ; Accessibilité architecturale Accessibilité aux technologies	Une personne ayant des incapacités motrices fréquente un centre de santé situé à 15 minutes de chez elle (1 km) , elle peut s'y rendre seule en fauteuil roulant car la chaussée est peu encombrée. Le centre comporte une rampe d'accès adaptée pour les personnes en fauteuil roulant > l'accessibilité est optimale
	Distance	KM/ M / CM		
	Temps de déplacement	Heures/ Minutes / secondes		
	Mode de déplacement	Moyen de transport		
	Normes (codes du bâtiment, ...)	Conformité <i>ou non-conformité</i> aux normes ergonomiques		
ACCEPTABILITE	Valeurs et Croyances	Attitudes	L'acceptabilité (dimension socioculturelle) signifie la relation entre les attitudes des prestataires de services envers les bénéficiaires et vice et versa. Il faut considérer les valeurs (attitudes et représentations sociales) et les connaissances (mesurables par les compétences) comme obstacles ou facilitateurs de l'accès aux services, aménagements et espaces communautaires.	Une personne IMC (paralysie cérébrale) subit des moqueries et est confrontée à des préjugés lorsqu'elle croise des passants quand elle se déplace en ville. Par méconnaissance, les passants la confondent avec une personne ivre. > l'acceptabilité est peu optimale
		Représentations sociales		
	Connaissances	Compétences		
ABORDABILITE	Coût : coût direct, coût indirect, capacité de payer	Monnaie locale (coûts supplémentaires, coûts sociaux, moyens financiers, ...)	Rapport entre le coût d'un service et les moyens financiers des usagers. Ce critère met en évidence la notion de « coût raisonnable » si il tient compte des moyens financiers des personnes et des populations.	Au prix d'achat d'un fauteuil roulant, il faut ajouter le coût supplémentaire lié à l'aménagement du domicile. Une subvention est calculée en fonction des revenus pour réduire l'intervention financière de l'utilisateur > « l'abordabilité » est optimale
UTILISABILITE	Efficacité <i>(= critère de performance qui analyse si le moyen mis en œuvre permet d'atteindre l'objectif)</i> Efficience <i>(= critère de performance qui analyse l'apport d'une mesure par rapport au niveau de complexité de la réalisation d'une tâche)</i>	Niveau de réalisation de la tâche	« L'utilisabilité » désigne la facilité avec laquelle une personne interagit avec son environnement, selon ses propres capacités. Ce concept porte aussi sur la qualité ergonomique de l'environnement micro-personnel ou méso communautaire Ce critère aborde une dimension plus subjective de la perception de l'utilisateur.	Une administration est équipée d'une rampe d'accès conforme aux normes minimales. La pente présente une inclinaison importante qui demande un effort physique très important pour une personne myopathe en fauteuil roulant mécanique. Cette personne a donc théoriquement accès au bâtiment mais elle devra fournir un effort physique très important ou demander une aide humaine. Elle éprouve un sentiment de frustration pour cet inconfort.
		Niveau d'effort physique		
		Facilité de compréhension		
		Facilité d'apprentissage		
	Temps (minutes/secondes)			
Satisfaction	Niveau de confort			
		Attractivité		

		Réutilisation/fréquence		> la qualité de « l'utilisabilité » de ce bâtiment est peu optimale
ADAPTABILITE	Effacité	Niveau de réalisation de la tâche	L'adaptabilité caractérise les ressources d'un lieu et de ses équipements pour répondre aux besoins particuliers d'une personne présentant des déficiences spécifiques. Ces aménagements doivent se faire au moindre coût et avec peu d'incidence sur l'environnement bâti et sur la vie des autres usagers. Chaque personne devrait être en mesure de trouver une adaptation disponible en fonction de ses capacités fonctionnelles et de ses besoins.	Une personne sourde est à l'hôpital et souhaite téléphoner à sa famille. Le téléphone présent dans le couloir n'est pas adapté à sa surdité car il ne comporte pas un écran texte pour écrire et décoder les messages. Un téléphone adapté de ce type est présent à l'accueil de l'hôpital. La personne peut s'y déplacer. > l'adaptabilité est satisfaisante.
	Efficience	Niveau d'effort physique		
		Facilité de compréhension		
		Temps (minutes/secondes)		
Satisfaction	Niveau de confort			

ANNEXE 2 : ANALYSE DE LA QUALITE DE L'ACCES AUX SERVICES, INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES, TECHNOLOGIES, ...de l'environnement MICRO personnel, MESO-communautaire