**التساؤلات والتحديات الكبرى حول إرساء نظام تقييم**

**جديد للإعاقة بالمغرب**

**رشيد الكنوني**

باحث في مجال علم النفس الاجتماعي

**ملخص**

شرعت الحكومة منذ سنتين في إعداد نظام جديد لتقييم الإعاقة، وهو ورش يترقب الأشخاص في وضعية إعاقة والفاعلون المعنيون مخرجاته لما يكتسيه من أهمية، ولما سيحدثه من آثار على مجال الإعاقة ببلادنا. ونظرا لأهمية هذا الورش وتداخل مكوناته وأبعاده التقنية والحقوقية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية، سنحاول في هذه الورقة العلمية مقاربة هذا الموضوع من خلال طرح عدد من التساؤلات والتحديات المتعلقة بإرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة ببلادنا. سنحاول بداية عرض الإطار المفاهيمي الموجه لأنظمة تقييم الإعاقة وأسسها العلمية قبل قراءة في النظام الحالي وعرض مرتكزاته ونقائصه وبعض الصعوبات التي حالت نجاحه. وبعد مناقشة دواعي ومرتكزات إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة، وعرض بعض التجارب الدولية المقارنة حول أنظمة تقييم الإعاقة، سنحاول الإجابة عن هذا التساؤل الكبير: أي نظام أنسب لتقييم الإعاقة ببلادنا؟

**كلمات المفتاح**: ا نظام لتقييم الإعاقة، الأشخاص في وضعية إعاقة، الفاعلون، نظام

**تقديم**

شرعت الحكومة منذ سنتين في إعداد نظام جديد لتقييم الإعاقة، وهو ورش يترقب الأشخاص في وضعية إعاقة والفاعلون المعنيون مخرجاته لما يكتسيه من أهمية، ولما سيحدثه من آثار على مجال الإعاقة ببلادنا. فقد اشتغلنا طيلة العقود السابقة وفق مقاربة طبية صرفه لم نستطع تغييرها بالرغم من التحولات التي عرفها العالم في مجالات حقوق الإنسان عامة وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص. ولم تفلح كل الجهود التي بذلتها حكومات متعاقبة من استصدار بطاقة الإعاقة التي النصوص القانونية والتنظيمية المؤطرة للنظام الحالي لتقييم الإعاقة.

ونظرا لأهمية هذا الورش وتداخل مكوناته وأبعاده التقنية والحقوقية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية، سنحاول في هذه الورقة العلمية مقاربة هذا الموضوع من خلال طرح عدد من التساؤلات والتحديات المتعلقة بإرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة ببلادنا. سنحاول بداية عرض الإطار المفاهيمي الموجه لأنظمة تقييم الإعاقة وأسسها العلمية قبل قراءة في النظام الحالي وعرض مرتكزاته ونقائصه وبعض الصعوبات التي حالت نجاحه. وبعد مناقشة دواعي ومرتكزات إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة، وعرض بعض التجارب الدولية المقارنة حول أنظمة تقييم الإعاقة، سنحاول الإجابة عن هذا التساؤل الكبير: أي نظام أنسب لتقييم الإعاقة ببلادنا؟

1**-الإطار المفاهيمي الموجه لأنظمة تقييم الإعاقة**

تعددت التعاريف الخاصة بالإعاقة بتعدد المجالات التي ترتبط بها حياة الشخص ذي الإعاقة؛ إذ نجد بعض الاختلاف في دلالات هدا المفهوم من الناحية الطبية أو الاجتماعية أو القانونية. لذلك، فمحاولة إعطاء تعريف لمفهوم الإعاقة تقتضي أن نأخذ بعين الاعتبار كل الميادين المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقات.

ولقد أصبح الاختلاف حول دلالات مفهوم الإعاقة والمقاربات المرتبطة بقضايا الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة، مع مرور الوقت، محط نقاش نظري كبير. وانتقل هدا النقاش ليطرح على مستوى منظمات الدفاع عن حقوق الإنسان والمنظمات العاملة في مجال الإعاقة؛ ومن ثم وجدت الدول نفسها أمام إشكالات جديدة لا تتمثل فقط في تقديم مجموعة من الخدمات لفائدة فئات من المجتمع، بل ما تطرحه هذه الإشكالات على مستوى المفاهيم والمقاربات المعتمدة.

في هذا السياق، اعتبر النموذج الطبي الإعاقة بكونها: "نقص أو عجز عقلي، جسدي أو حسي، جزئي أو كلي، مؤقت أو دائم، ناتج عن تلف في البنيات أو الوظائف السيكولوجية، الفيزيولوجية أو التشريحية وتؤدي إلـى ضرر اجتماعي".(1)

وفي سنة 1981، وضعت منظمة الصحة العالمية تصنيفا دوليا للإعاقات، ميزت فيه بين ثلاثة مستويات: القصور والعجز والإعاقة (2). وقد اعتبر هذا التصنيف الدولي آنذاك، أداة جديدة وغير مسبوقة في فهم كيف يتحول الشخص من شخص " عادي" إلى شخص " معاق"؛ حيث شكل هذا التصنيف إطارا نظريا موجها للعاملين في مجالات الوقاية من الإعاقة والتكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة.

لقد تم التعامل مع الإعاقة في البداية من وجهة نظر طبية خالصة من خلال نموذج التصنيف الدولي للإعاقة المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية، غير أنه لم يسلم من انتقادات كثيرة أهمها كونه يقترب في جوهره من النموذج البيو طبي خاصة في نظرته الأفقية للعلاقة بين القصور والإعاقة دون الأخذ بعين الاعتبار للعوامل البيئية.

مقابل هذه المقاربة الطبية، ظهرت أعمال لبعض الباحثين والخبراء الذين اعتمدوا على مقاربة اجتماعية لم تحصر دلالة الإعاقة في كونها خلل في أحد أعضاء جسم الإنسان أو حواسه أو قدراته، بل اعتبرت أن الإعاقة تشمل نواحي أخرى اجتماعية فضلا عن وجود متغيرات أخرى تتداخل معها مثل المتغيرات الفيزيولوجية والاقتصادية والثقافية.

نفهم من ذلك، أنه إذا كان المفهوم الطبي للإعاقة يعتبر الشخص في وضعية إعاقة شخص يعاني من مرض يجب معالجته، فإن المفهوم الاجتماعي يعتبر العوامل البيئية هي المصدر الأساسي للإعاقة بسبب العوائق الثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي تمنع الأشخاص في وضعية إعاقة من المشاركة في مناحي الحياة الاجتماعية وأن الأسباب الصحية هي بمثابة عوامل ثانوية في إنتاج الإعاقة.

مقابل هذا النموذج الاجتماعي، ظهر نموذج تفاعلي آخر يعتمد على مقاربة متعددة الأبعاد، يتم من خلالها النظر للإعاقة ليس كنتيجة وحيدة لمشكل صحي، بل كتفاعل لمحدودية القدرات الوظيفية الناجمة عن هذا المشكل الصحي، وكذا العوامل الشخصية (الهوية والوضع الاجتماعي الخ) والبيئة (وسط العيش والمحيط ... الخ) الخاصة بالشخص في وضعية إعاقة. وهذا ما يتضح من خلال خطاطة التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة لسنة 2001 (CIF) الذي يتبناه هذا النموذج.

لقد شهد العالم تطورا مفاهيميا في مجال الإعاقة انعكس بدوره على أنظمة تقييم الإعاقة. لذلك، اعتمدت كثير من الدول أنظمة جديدة واكبت هذه التحولات ارتكزت أساسا على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة لسنة 2001 (CIF).

أما بالنسبة لبلادنا، فإن نظام تقييم الإعاقةالمعتمد حاليا لا زاليرتكز على مقتضيات القانون 07/92 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة ومرسومه التطبيقي الذين يعتبران الشخص في وضعية إعاقة " كل شخص يوجد في حالة عجز أو عرقلة دائمة أو عارضة، ناتجة عن نقص أو عدم قدرة تمنعه من أداء وظائفه الحياتية لا فرق بين من ولد معاقا ومن عرضت له إعاقة بعد ذلك ". وهذا التعريف، كما نلاحظ، أصبح متجاوزا بعد المصادقة على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والقانون الإطار 97-13المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها الذي اعتمدته بلانا في سنة 2016 (3)، وهو تعريف يرتكز على مفهوم طبي للإعاقة يتبنى معيار القصور في تحديد نوع ودرجة الإعاقة، كما أنه يساوي بين كل الأشخاص في وضعية إعاقة مهما كانت نوعية إعاقاتهم ودرجاتها.

إن مصادقة بلادنا على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فرض عليها إعادة النظر في سياستها وترسانتها القانونية المؤطرة لهذا المجال. وتنص المادة الأولى من هذه الاتفاقية الدولية إلى أن مصطلح الأشخاص ذوي الإعاقة يشمل " كل من يعانون من اعتلالات 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".(3)

إن هده الاتفاقية لا تعرف في الواقع كلمة الإعاقة بشكل تقني دقيق، وجاء في ديباجة هذه الاتفاقيةوتحديدا في الفقرة الفرعية الخامسة أن ٍالإعاقةٍ مفهوم تطوري. كما تشير المادة الأولى منها إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشمل "كل من يعانون من اعتلالات طويلة الأجل، بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف العوائق من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين".

واعتمادا على المبادئ الكبرى لهذه الاتفاقية الدولية، أعتمد المغرب قانونا إطارارقم 97.13 متعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها، يتضمن تعريفا جديدا للشخص في وضعية إعاقة يتماشى والتعريف المعتمد من قبل الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ حيث " يعتبر في وضعية إعاقة في مدلول هذا القانون الإطار، كل شخص لديه قصور أو انحصار في قدراته البدنية أو العقلية أو النفسية أو الحسية، بصورة دائمة، سواء كانت مستقرة أو متطورة، قد يمنعه عند التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين ". (4)

واليوم، بعد استصدار هذا القانون الإطار أصبح من الضروري ارساء نظام لتقييم الإعاقة يأخذ بعين الاعتبار التعريف الجديد للإعاقة ويستجيب ايضا لالتزامات المغرب الدولية. وهذا ما تسعى إليه الحكومة منذ سنتين عبر الورش الذي تشرف عليه وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، والذي فتحت بشأنه مجموعة من المشاورات مع مجموعة من الشركاء والفاعلين وأعدت له بعض الدراسات.

ولأننا أمام ورش كبير بأبعاد وانعكاسات كبيرة على مجال حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، يلزمنا التفكير مليا وطرح كل التساؤلات الممكنة وإثارة كل القضايا والتحديات المتعلقة بإرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة ببلادنا والاستفادة من التجارب الدولية بل والاستفادة من الدروس التي يمكن استخلاصها من النظام الحالي الذي كان محط انتقادات كثيرة من حيث بنائه وحكامته والتي كانت وراء عدم إصدار بطاقة الإعاقة التي تثار في كل حين من طرف الأشخاص في وضعية إعاقة وأسرهم.

2**- قراءة في النظام الحالي لتقييم الإعاقة**

لقد ارتكز النظام الحالي لتقييم الإعاقة بالأساس على القانون رقم 05.81 المتعلق بالرعاية الاجتماعيةللمكفوفينوضعافالبصر، والقانون 07.92 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص المعاقين. وقد نصت المادة الثالثة من هذا القانون على أن تحديد صفة شخص معاق يتم بناء على مقاييس طبية وفنية والتي كانت موضوع قرار وزير الصحة رقم 1977.98بتاريخ 2 رجب 1419 (الموافق لـ23 أكتوبر 1998) والملحق المتعلق بالمقاييس الطبية والفنية المعتمدة من أجل تحديد صفة شخص معاق. (5)

وقد لاحظنا أن من بين الانتقادات التي وجهت دوما لهذا النظام هو اعتماده على المفهوم الطبي للإعاقة وأن قرار وزير الصحة رقم 1977.98 ركز على معيار القصور في تحديد نوع ودرجة الإعاقة ولم يأخذ بعين الاعتبار لعوامل المشاركة الاجتماعية في التقييم. وبناء على ذلك، فإن لجنة تقييم الإعاقة تتألف فقط من أطباء.

ورغم نقائص هذا النظام إلا أنه لم يستطع أن يوحد بين أنظمة التقييم الأخرى المعتمدة من طرف مجموعة من القطاعات؛ ذلك أن هذه الأخيرة اعتمدت على معايير متباينة تمكن من استفادة الأشخاص في وضعية إعاقة من بعض الخدمات. فوزارة الشغل والإدماج المهني تفرض الحصول على شهادة مسلمة من طرف طبيب طب الشغل للاستفادة من تعويضات العجز الناتجة عن حوادث الشغل.وبالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعيوالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعيفقد أقرا معايير خاصة بهما لتمكين منخرطيهما من أجل الاستفادة من الخدمات التي يقدمانها كالتعويضات العائلية للأبناء في وضعية إعاقة دون السن القانوني المحدد أو الاستفادة من التغطية الصحية مدي الحياة أو استفادة الأبناء، في وضعية إعاقة، للمؤمن من معاش التقاعد في حالة وفاته.

وفي نفس الإطار، نجد أن وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي تشترط لإعفاء الأساتذة الذين أصيبوا بقصور معين من مهام التدريس، ملفا بتضمن مجموعة من الوثائق من بينها شهادة الإعاقة ويبث المجلس الأعلى للصحة في هذه الطلبات.كما أنها تشترط لتكييف الامتحانات لفائدة التلاميذ في وضعية إعاقة تعبئة مطبوع خاص حسب نوعية الإعاقة بالإضافة إلى شهادة طبية مصادق عليها من طرف وزارة الصحة.بل إن وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة بالرغم من كونها هي التي تسلم شهادة الإعاقة، إلا أنها تعتمد على معايير أخرى لاستفادة الأشخاص في وضعية إعاقة من المعينات التقنية أو دعم إحداث الأنشطة المدرة للدخل أو دعم التمدرس. وأعتقد أن التأخر في استصدار بطاقة الإعاقة وقصور النظام الحالي للتقييم ساهم في جود أنظمة خاصة لدى بعض القطاعات بمعايير مختلفة.

لقد تأخرت بلادنا في تغيير نظام تقييم الإعاقة رغم أنه ولد شبه ميت ولم تنفع معه كل الوصفات التي اعتمدتها حكومات متعاقبة. وكان من الأجدى تغيير الإطار القانوني والتنظيمي المؤطر لتقييم الإعاقة آنذاك بدل الاعتماد على مقتضيات كل من القانون05/81 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للمكفوفين وضعاف البصر (5) والقانون 07/92 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص المعاقين (6)، ثم استصدار مرسومهما التطبيقي وقرار وزير الصحة رقم 1977.98. حيث أن هذا الإطار القانوني نص على إحداث لجنة تقنية مركزية واحدة على مستوى السلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة، تتكلف بدراسة الطلبات الرامية إلى الحصول على بطاقة شخص معاق أو تجديدها وكذا تحديد درجة ومدة الإعاقة وفقا للمقاييس الطبية والفنية التي تضمنها قرار وزير الصحة. وهذا الأمر كان مستحيلا رغم خلق خلايا جهوية لهذه اللجنة تساعد في دراسة هذه الملفات. فلا يعقل أن تتمكن لجنة مكونة أساسا من أطباء متعددي التخصصات لا يتعدى عددهم عشرين شخصا أن يتمكنوا من تقييم إعاقة أكثر من 6،8% من الساكنة.

من جهة أخرى، لم يكن لهذا النظام أن ينجح والسلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة سلطة ممركزة ليس لها تمثيليات لا على المستوى الجهوي أو الإقليمي؛ حيث كان الأشخاص في وضعية إعاقة مجبرون على التنقل أو إرسال ملفاتهم إلى الإدارة المركزية وانتظار منحهم بطاقة اعتبروها مفتاحا للحصول على مجموعة من الحقوق والامتيازات، وكأن التمكين لهذه الفئة يشترط إقرار صفة الإعاقة فقط. بل إن الدولة بدورها أرجأت منح هذه البطاقة لأنها لم تستطع توفير حقوق وامتيازات نصت عليها قوانين سابقة وظلت رهينة باستصدار بطاقة الإعاقة.

3**-دواعي ومرتكزات إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة**

لقد أشرنا سابقا إلى أن التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة لمنظمة الصحة العالمية لسنة 2001 جاء بمرجعية جديدة تأخذ بعين الاعتبار عوامل المحيط في تقييم الإعاقة؛ وهذه المرجعية هي التي اعتمد عليها في تعريف الإعاقة الذي تضمنه القانون الإطار رقم 13-97 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بهافي مادته الثانية. وما دام هذا القانون الإطار ينسخ مقتضيات قانوني الرعاية الاجتماعية المؤسسة للنظام القديم، فقد كان لزاما على بلادنا الشروع في تفعيل القانون الإطار واستصدار نصوصه التنظيمية والبدء أساسا بورش إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة.

ينبغي ألا ننسىأيضا أن بلادنا عرفت تحولات في مقاربتها لموضوع حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، منذ مصادقتها على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2009، تجلت في الرافعات الاستراتيجية التي اعتمدت في السياسة العمومية المندمجة التي صادقت عليها اللجنة الوزارية المكلفة بتتبع تنفيذ الاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة بتاريخ 24 نوفمبر 2015، وتتضح أكثر في مخطط العمل الوطني التنفيذي لهذه السياسة العمومية التي اعتمد من طرف نفس اللجنة بتاريخ 17 يوليوز 2017. وبالتالي كان لزاما أيضا على الحكومة الوفاء بالتزاماتها الدولية والوطنية وتفعيل مجموعة من البرامج والإجراءات التي اتخذت في هذا السياق.

من جهة أخرى، تشرف الحكومة على برامج للاستهداف المباشر للفئات في وضعية هشة، كبرنامج الدعم المالي المباشر للنساء الأرامل الحاضنات لأطفالهن ونظام المساعدة الطبية (RAMED)، وبرنامج "تيسير" للتحويلات المالية المشروطة للحد من ظاهرة الانقطاع المدرسي، وبرامج لدعم الأشخاص في وضعية إعاقة في إطار صندوق دعم التماسك الاجتماعي. كما أطلقت الحكومة ورشا كبيرا للحماية الاجتماعية ببلادنا، سيعتمد على إرساء "سجل اجتماعي موحد" (RSU)، وذلك لتحسين عملية الاستهداف فيما يخص الفئات المعنية بالاستفادة من برامج الحماية الاجتماعية.

في هذا السياق، يندرج مشروع إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة الذي سيمكن أولا من تحديد من هو الشخص في وضعية إعاقةببلادنا بناء على التعريف الجديد للقانون الإطار. وسيمكن من رصد حاجيات الأشخاص في وضعية إعاقة وتعبئة السياسات والبرامج القطاعية من أجل الاستجابة لها. كما يهدف هذا النظام إلى ترشيد العرض الاجتماعي للخدمات من خلال استهداف دقيق وفردي للمستفيدين والمستفيدات من الأشخاص في وضعية إعاقة، وتوحيد المفاهيم والمعايير الذي يجب اعتمادها لدى كل متدخل بالإضافة إلى التوفر على قاعدة للمعطيات الإحصائية من أجل التتبع.

أما بالنسبة إلى مرتكزات النظام الجديد لتقييم الإعاقة الذي تعمل الحكومة على إرسائه حاليا، فإن التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة(CIF)يشكل الركيزة الأساسية لإعداده، لأنهيأخذ بعين الاعتبار المعايير الطبية والاجتماعية لكل حالة، ويهتم بدراسة العوامل البيئية والشخصية وتصنيفها كعوائق أو مسهلات. كما يستطيع تحديد تأثير المرض على الأداء الوظيفي ويمكن من التعرف على القيود الوظيفية وبالتالي استعمال كل المعلومات لتخطيط عمليات التدخل وتنفيذها.

إنه عكس النظام الحالي، يأخذ بعين الاعتبار عوامل المشاركة الاجتماعية ويركز على التفاعل بين القصور وعوامل المحيط، كما يسعى إلى التقييم الشامل للشخص في وضعية إعاقة وتحديد احتياجاته الطبية والاجتماعية؛ الأمر الذي يمكنه من تحقيق استهداف ناجع وموحد وترشيد للموارد التي يتوفر عليها المجتمع ويساهم في الوصول إلى الالتقائية بين كل القطاعات والفاعلين المعنيين بالتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة وحماية حقوقهم.

إذا كانت هذه هي دواعي ومرتكزات إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة والتي لن نجد حولها اختلافا كبيرا بين الفاعلين في هذا المجال، فإن المكونات والكيفية والشكل النهائي لهذا النظام سيطرح مجموعة من التساؤلات التي ينبغي مقاربتها بنوع من العقلانية والواقعية حتى تتمكن بلادنا من الحسم في الاختيارات المطروحة أمامها، خاصة بعد أن أعدت السلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة مجموعة من الدراسات وأطلقت بعض المشاورات حول هذا الموضوع.

لمقاربة هذه التساؤلات، سأعمل بداية على تفكيك المكونات المحتملة أو الواجب توفرها في النظام الجديد لتقييم الإعاقة، ثم عرض بعض التجارب الدولية مع طرح الخيارات الممكنة وتحليل مكامن ضعفها وقوتها لنتمكن من الحسم في النظام الأنسب أو النموذج الذي يتلاءم مع المبادئ الأساسية للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة وبالتالي لتعريف كل من الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والقانون الإطار 97-13، وأيضا يتلاءم مع خصائص بلدنا وإمكانياته البشرية والمالية والمؤسساتية.

4**-المكونات الضرورية لإرساء النظام الجديد لتقييم الإعاقة**

يستلزم إرساء النظام الجديد مجموعة من المكونات يمكن تصنيفها على الشكل التالي:

* المكونات التقنية للنظام الجديد لتقييم الإعاقة:

يتعلق الأمر بمجموعة من المعايير وأدوات التقييم التي تترجم المبادئ العامة للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. وقد تشمل بطاقات للتنقيط وسلم للقياس وكل الأدوات التي سيتم استعمالها من طرف الجهات التي سيتم تحديدها لاحقا في عمليات تقييم الإعاقة. ولأننا أمام نموذج جديد، فسيحتاج الأمر إلى أداة أو أدوات مختلفة تتعلق بالبحث الاجتماعي المتعلق بالشخص في وضعية إعاقة ومحيطه وخاصة أسرته.

غير أننا ينبغي أن نحدد أي مجال نريد تقييمه في هذا النظام وأين سنتوقف؛ هل سنعتمد على كل المعايير الواردة في التصنيف الدولي أم سنقتصر على معايير التقييم الطبي، أم سنضيف إليه معايير التقييم الوظيفي، أم سنكون طموحين أكثر ونضيف معايير تقييم عوامل المحيط؟

* المكونات المؤسساتية والمرتبطة بالحكامة لتدبير النظام الجديد:

لضمان نجاح وفعالية لهذا النظام الجديد، يتعين وضع هياكل مؤسساتية وحكامة مسؤولة عن تدبير هذا النظام بدءا بمراحل الاستقبال والتوجيه ترابيا مرورا بمراحل دراسة الطلبات وتقييم اللجان المختصة للحالات المعروضة وانتقالا إلى مرحلة إقرار صفة الإعاقة وإنتاج ومنح بطاقة الإعاقة، دون أن ننسى مرحلة وآليات الطعن في القرارات الصادرة عن السلطة الحكومية التي تمنح بطاقة الإعاقة.

* المكونات المتعلقة بالموارد البشرية والمالية واللوجستيكية الضرورية لتدبير النظام الجديد للإعاقة:

لا شك أن نوعية النظام الجديد الذي نريد إرساءه سيتطلب موارد بشرية مؤهلة لتدبيره وخاصة الموارد البشرية التي ستتكلف بعمليات تقييم الإعاقة ترابيا ومركزيا؛ ذلك أننا لم نعد أمام نظام يكتفي بالتقييم الطبي، وسننتقل إلى تقييم الجوانب المرتبطة بالأنشطة والمشاركة الاجتماعية وقد يشمل التقييم الجوانب الوظيفية للشخص. وهذا الأمر يستدعي نوعية من الموارد البشرية لا تقتصر فقط على الأطر الطبية وشبه الطبية، بل سيحتاج الأمر إلى أخصائيين نفسيين واجتماعيين. وأعتقد أن بلادنا تحتاج إلى تكوين مكونين على معايير التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة(CIF)، يكون قاعدة لتكوين كل الموارد البشرية التي ستتكلف لاحقا بهذا النظام الجديد والتي تشمل بطاقات للتنقيط وسلم للقياس وكل الأدوات التي سيتم استعمالها في عمليات التقييم.

من جهة أخرى، لقد أظهر النظام القديم اختلالات كبيرة في هذا الجانب، تجلت بالأساس على الاعتماد على أطر طبية تابعة لقطاع الصحة، أطر غير قارة، تكوينها غير كاف كما أنها لم تكن محفزة ماديا للاشتغال في هذا المجال. أما ونحن أمام نظام مركب تتفاعل فيه الجوانب الطبية والاجتماعية والمجتمعية، فإن الاستثمار في الموارد البشرية التي ستدبر هذا النظام الجديد ينبغي أن يحظى بالأولوية وأن نوفر له الضمانات اللازمة مركزيا وخاصة على المستوى الترابي انسجاما مع سياسة اللاتمركز الإداري والقرب من المواطنين والمواطنات. ولأن السلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة لا تتوفر على تمثيليات ترابية، فإن بلادنا ملزمة بإيجاد حلول مبدعة لضمان القرب من الأشخاص في وضعية إعاقة وتيسير العمليات التي سينص عليها النظام الجديد.

لا شك أيضا أن بلادنا قد حسمت مع الخيار الرقمي الذي سيتعزز مستقبلا، وبالتالي يتعين أن يرتكز النظام الجديد على تبسيط المساطر الإدارية ورقمنتها وتوفير نظام معلوماتي مندمج يوفر مختلف المعلومات والمعطيات الضرورية المتعلقة بالأشخاص الذين يخضعون لهذا التقييم. كما ينبغي أن تكون بين هذا النظام وأنظمة أخرى نوع من الالتقائية والتوافقية بشكل يمكن من حماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة وتعزيزها؛ ويمكن أن نذكر في هذا الإطار أمثلة عن هذه الأنظمة المعلوماتية ذات الصلة الوثيقة مثل نظام مسار الخاص بالتربية والتكوين ومثل النظام المعلوماتي الخاص بالضمان الاجتماعي أو بالنظام المعلوماتي المتعلق بالسجل الاجتماعي الموحد ...إلخ.

إن هذه الموارد البشرية أو المعلوماتية أو غيرها تحتاج إلى توطين ترابيا ومركزيا. وأمام غياب تمثيليات للسلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة على المستوى الترابي، ألا يمكن توظيف مراكز الاستقبال والتوجيه ومساعدة الأشخاص في وضعية إعاقة (COAPH) التي أحدثتها وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة على الصعيد الإقليمي بمؤسسة التعاون الوطني، للاشتغال على الأقل في استقبال هؤلاء الأشخاص وتوجيههم وتعبئة طلباتهم والتنسيق مع المصالح الترابية الأخرى المعنية بتقييم الإعاقة؟

وفيما يتعلق بإنتاج بطاقة الإعاقة، هل سيتم ذلك داخل إدارة السلطة الحكومية المكلفة بالإعاقة مثلما أقدمت على ذلك سابقا، وهو الإجراء الذي كان محط انتقاد مجموعة من التقارير من بينها تقرير المجلس الأعلى للحسابات.

وبطبيعة الحال، إن ضمان نجاح نظام جديد لتقييم الإعاقة يتطلب تعبئة الإمكانيات المالية الضرورية لتوفير كل الموارد البشرية واللوجستيكية الضرورية التي سيحتاجها تدبير هذا النظام.

* المكونات القانونية والتنظيمية للنظام الجديد:

يتعلق الأمر بمقتضيات قانونية وتنظيمية ينبغي تضمينها في المرسوم التطبيقي الذي ينص عليه القانون الإطار في مادته 23؛ حيث سيمكن هذا النص التنظيمي من تحديد شروط ومسطرة الحصول على البطاقة الخاصة بالأشخاص في وضعية إعاقة والجهة المؤهلة لتسليمها.

وسيجيب هذا الجانب على مجموعة من الأسئلة ذات البعد القانوني والتنظيمي من قبيل شروط منح بطاقة الإعاقة والقرارات المتعلقة بمعايير التقييم، بالإضافة إلى الإطار المنظم للجان تقييم الإعاقة المحدد لمهامها، تركيبتها وتوطينها. كما يفترض أن نجد إجابات حول صلاحيات هذه البطاقة وما يمكنها أن تخوله من خدمات و"امتيازات" في إطار ما نسميه بالتمييز الإيجابي أو تكافؤ الفرص.

لقد وضعت المكونات القانونية والتنظيمية في المرتبة الأخيرة لأن الإجابة على الأسئلة المتعلقة بنوعية التقييم وبالمعايير التي سنتفق عليها وبطبيعة المكونات المؤسساتية والمرتبطة بالحكامة التي سنختارها لتدبير النظام الجديد، كما أن حجم ونوعية الموارد البشرية والمالية واللوجستيكية التي سيتم وضعها رهن إشارة هذا النظام هي التي ستحسم في الاختيارات الكبرى التي ستتم صياغتها في قالب قانوني وتنظيمي تعتمده الحكومة في المرحلة الأخيرة.

هذه إذن هي أهم المكونات التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار لإرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة. لكن قبل الحسم في الاختيارات الكبرى ينبغي الاستفادة من التجارب الدولية في هذا المجال. فكيف أرست بعض الدول أنظمتها لتقييم الإعاقة بناء على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة؟

**5-قراءة في بعض التجارب الدولية**

تختلف كثير من الدول في طريقة إرساء أنظمتها لتقييم الإعاقة وفي مرتكزات وأهداف وحكامة هذه الأنظمة، بالرغم من أن جلها تبنى فلسفة التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة في إرساء هذه الأنظمة. وفيما يلي بعض التجارب الدولية التي وقع اختيارنا عليها لتنوعها وإمكانية الاستفادة منها:

* نظام تقييم الإعاقة بتونس:

يعتمد نظام تقييم الإعاقة بتونس على نوعين من المعايير لتقييم الإعاقة: معايير التقييم الطبي ومعايير التقييم الوظيفي، ويتضمن ثمان مجالات للمشاركة الاجتماعية. ويهدف هذا النظام إلى إقرار صفة "شخص معاق" ومنح بطاقة الإعاقة وتوجيه الاشخاص المعاقين للاستفادة من مجموعة من الخدمات كالأجهزة والآلات التعويضية، خدمات التوجيه المدرسي والمهني وإعادة التأهيل، والتكفل أو الإيواء في مؤسسة الحماية الاجتماعية أو الاستفادة من خدمات رعائية بالبيت... كما يتم تحديد بعض الاحتياجات الخاصة للشخص في وضعية إعاقة (أدوية، تقويم، آلات، معينات تقنية، علاج، إعانة أو دعم بشري ونفسي...). ويقوم بهذه العملية فريق متعدد التخصصات على شكل لجان جهوية لتقييم الإعاقة محدثة لدى مركز كل ولاية؛ حيث يتم الاعتماد على أدوات تقييمية تتكون أساسا من شهادة طبية نموذجية مسلمة من الطبيب المباشر تتضمن المقاييس المتعلقة بالجوانب الطبية والوظيفية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، كما تتضمن جانب متعلق بتحديد الاحتياجات الخاصة بالشخص في وضعية إعاقة (أدوية، تقويم، آلات تعويضية، معينات تقنية، علاج، دعم نفسي وبشري...)، بالإضافة إلى "دراسة حالة" اجتماعيةواقتصادية وجدول لتقييم درجة الإعاقة.

كما يتم الاعتماد على معايير تقييميةترتبط بالجانب الطبي وتحدد الأمراض ودرجة إصابة الأعضاء بالإضافة إلى جانب مرتبط بالأنشطة والمساهمة. ويتم تقييم كذلك لحالة الوظائف الجسمية وانعكاساتها على الاستقلالية (التواصل، التحرك، الاعتناء بالنفس، الحياة المنزلية، التعامل والعلاقات مع الغير، الحياة الجماعية...).

يتضح من هذه التجربة التونسية، أن نظام تقييم الإعاقة يرتكز على تطبيق جزئي للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. يتميز ببساطته ويمكن من تحديد إعاقة الشخص على الصعيد المحلي من طرف لجان متعددة الاختصاصات بناء على ملف طبي وبحث اجتماعي. وبالتالي يمكن من منح بطاقة الإعاقة التي تخول للأشخاص ذوي الإعاقة بعض الخدمات التي تحددها اللجان المكلفة بالتقييم التي تشرف عليها المديريات الجهوية لوزارة الشؤون الاجتماعية.

* نظام تقييم الإعاقة بفرنسا:

يتميز نظام تقييم الإعاقة بفرنسا بأنه نظام مركب ومعقد خصصت له آليات مؤسساتية متعددة. وهو نظام تقييمي يعتمد على معايير للتقييم الطبي والوظيفي بالإضافة إلى تقييم لعوامل المحيط. كما أنه نظام يعمل على إقرار صفة الإعاقة لدى شخص معين ويمكنه من التعويض عن الإعاقة التي يعاني منها؛ ذلك أن الطلبات تقدم إلى الشباك الوحيد (دار الأشخاص ذوي الإعاقةMaison départemental du Handicap) للحصول على الحقوق والخدمات (التطبيب، التمدرس، التكوين، التشغيل...). وتتوفر "دار الأشخاص في وضعية إعاقة" على لجان داخلية متعددة الاختصاصات تقوم بدراسة الطلبات واحتياجات الشخص في وضعية إعاقة واقتراح خلاصاتها على اللجان المعنية بحقوق واستقلالية الأشخاص ذوي الإعاقة للإقرار في شأنها.

وتسهر اللجان متعددة الاختصاصات على عملية التقييم وفق نظام GEVA وتقدم اقتراحات بخصوصمشروع الحياة والاحتياجات والخدمات المتعلقة بكل شخص تقدم بطلب في الموضوع. كما يتم خلال عمليات التقييم تحديد نسبة العجز،وعلى ضوئها، يتم توفير ثلاثة أنواع من البطاقات: بطاقة العجز، بطاقة الأولوية وبطاقة لتيسير التوقف. ويتمز النموذج الفرنسي أيضا باتخاذ القرارات على المستوى المحلي والجهوي.

وتتكون أدوات التقييم من دليل وسلم لتقييم الإعاقة يهدف إلى تحديد معدل العجز للشخص بغض النظر عن السن وذلك عبر تحليل أوجه القصور وتأثيرها في مناحي حياته اليومية والمساوئ المترتبة عن ذلك. ويتضمن سلم تحديد درجة الإعاقة أو العجز مجالات بنسب مئوية مختلفة.كما تعتمد معايير تقييم الإعاقة على أوجه القصور وتأثيرها على القدرة على القيام بالوظائف الحياتية اليومية.

يتضح من خلال ما تقدم، أن فرنسا بنت نظاما خاصا بها لتقييم الإعاقة استفاد من بعض جوانب التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. وقد جندت لتدبيره مؤسسات وآليات وإمكانيات مالية ولوجستيكية هامة تمكن الأشخاص في وضعية إعاقة من مجموعة من الحقوق والخدمات.

* نظام تقييم الإعاقة ببلجيكا:

يتم تحديد صفة شخص في وضعية إعاقة بعد توجيه الشخص المعني بالأمر لطلب للإدارة العامة للأشخاص في وضعية إعاقة(DGPH). ويقوم الطبيب المتواجد بالمركز الجهوي المكلف بتقييم الإعاقة، بدراسة تأثيرات الإعاقة على الجانب البدني أو العقلي، فضلا عن تأثيرها على الحياة اليومية للطفل في وضعية إعاقة وعلى أسرته. ويمكن، عند تأكيد وجود الإعاقة، تقديم طلب للحصول على التعويض العائلي الإضافي.

وبالنسبة للبالغين من العمر 21 سنة فما فوق والذين يتقدمون بطلب الحصول على شهادة إثبات الاعاقة، أو تعويض الاندماج أو إعانة المساعدة للأشخاص المسنين، فيتم دراسة تأثير الإعاقة على القدرة على أداء الأنشطة اليومية (الاستقلالية)، حيث يقوم الطبيب بتقييم ستة أنشطة وهي: التنقل، الطبخ وتناول الطعام، الذهاب إلى المرحاض والغسل واللباس، القيام بالأعمال المنزلية، تقييم وتجنب الخطر والتواصل مع أشخاص آخرين.

ومن أجل الاستفادة من بعض الخدمات الأخرى كالحصول على إعانة التعويض عن الدخل أو بطاقة تيسير التوقف أو بطاقة تخفيض تسعيرة النقل العمومي أو الاستفادة من التخفيض الضريبي للسيارة الشخصية،يخضع الشخص المعني لتقييم إضافي يأخذ بعين الاعتبار نوعية ودرجة الإعاقة والظروف السوسيواقتصادية للشخص في وضعية إعاقة.

والجميل في التجربة البلجيكية أنه يمكن لأي شخص القيام بمحاكاة لتقييم إعاقته بصفة شخصية عبر أداة معلوماتية يقوم من خلالها بالإجابة عن مجموعة من الأسئلة تتعلق بقدرته عن القيام بمجموعة الأنشطة السالفة الذكر.

ولو استعرضنا تجارب دول أخرى، فسنجد تفاوتات واختلافات بينها في مدى استلهام مرتكزات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة في وضع أنظمتها لتقييم الإعاقة. فمصر مثلا تعتمد على معايير التقييم الطبي والتقييم الوظيفي في إقرار صفة الإعاقة التي تمكن الأشخاص المعنيين من بعض الخدمات. وتساهم لجان مختلفة في نظام تقييم الإعاقة بمصر خاصة لجان التقييم الطبي بالمستشفيات ولجان التقييم الوظيفي بمراكز التأهيل الوظيفي بمراكز التأهيل الاجتماعي التابعة لوزارة التضامن، كما يتم اللجوء للجان موضوعاتية قطاعية لاستكمال بعض جوانب التقييم الأخرى إذا استدعت الضرورة ذلك.

وبالنسبة لدولة الهند، فإن السلطات الهندية بها تسلم بطاقة العجز لكل شخص ثبت أن نسبة عجزه تفوق 40% وتدوم صلاحية هذه البطاقة خمس سنوات. وفي حالة استمرار إعاقته تسلم له بطاقة للعجز مدى الحياة. وتمكن هذه البطائق الأشخاص ذوي الإعاقة من الاستفادة من بعض الخدمات والامتيازات. وتسهر لجان لا ممركزة على نظام تقييم الإعاقة في كل أنحاء البلاد. كما تتوفر الهند على ترسانة قانونية تنص على مجموعة من الحقوق لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأيضا تنظم كيفية تقييم أنواع مختلفة للإعاقة.

أما بالنسبة لكندا، فإنها لا تتوفر على نظام موحد لتقييم الإعاقة على المستوى الفيدرالي؛ حيث يتم استعمال طرق مختلفة منها التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة (CIF) بشكل جزئي أو بالاعتماد على التصنيف الولي للأمراض (CIM-10)...إلخ؛ ذلك أن التشريعات الكندية لا تنص فقط على تقييم الإعاقة بناء على معايير (CIF).

ومن الناحية التنظيمية والمؤسساتية، يوجد بكندا عدد من المؤسسات الوطنية والإقليمية والمحلية التي تتكلف بكل الجوانب المرتبطة بالإعاقة. ويكفي الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى الوزارات المعنية بالإعاقة والتي لديها بنيات متخصصة، يوجد على المستوى الفيدرالي مكتب فيدرالي للأشخاص المعاقين الذي يقدم كل المعلومات حول البرامج والخدمات الفيدرالية الموجهة لهذه الفئة الاجتماعية، ناهيك عن مؤسسات أخرى مثل مكتب قضايا الإعاقة والموارد البشرية وتنمية المهارات في كندا(RHDCC)...إلخ.

وتعتبر تايوان نموذجا في مدى اعتمادها الكلي على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة(CIF)في إرساء نظام لتقييم الإعاقة. وتعد تايوان إقليما تابعا للصين، صادقت الحكومة التايوانية على الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة سنة 2006، كما تتوفر على ترسانة قانونية مهمة في مجال الإعاقة خاصة قانون الأشخاص المعاقين في سنة 2007 الذي تم التنصيص فيه على اختيار معايير (CIF) كأدوات لتقييم الإعاقة ابتداء من سنة 2012.

ولإرساء هذا النظام، كونت فريقا متعدد التخصصات تم تكوينه على مستوى عال في مجال التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. وقد عمل هذا الفريق على وضع هذا النظام الجديد يشمل مجموعة من المعايير والدلائل التطبيقية. وقد اختارت تايوان أن يرتكز نظامها على كل المعايير الواردة في التصنيف الدولي الذي يمكن من إقرار صفة الإعاقة وأيضا الاستجابة لحاجيات الأشخاص المعنيين، وطبعا جندت لذلك إمكانيات بشرية ومالية مهمة. وعلى مستوى هيكلة هذا النظام، تسهر لجان متعددة الاختصاصات للقيام بعمليات التقييم المحددة.

من خلال ما تقدم، يتضح أنه ليس هناك نظام تقييم موحد توحيدا مطلقا للإعاقة بالعالم، بل هناك أنظمة مختلفة تم إرساؤها من طرف كثير من الدول بالاعتماد على معايير التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة (CIF) بشكل متفاوت في مدى احترام عدد ونوعية هذه المعايير وأيضا كيفية أجرأتها وتطبيقها في نظام تقييم الإعاقة الذي تم إرساؤه، دون أن ننسى أن كل الدول تعتمد على التدرج في إرساء أنظمتها وتطورها عبر مراحل مختلفة.

وبطبيعة الحال، إن الاختيارات التي قامت بها هاته الدول تحكمت فيها عوامل متعددة ترتبط بتاريخ ومستوى حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بها، بنظامها المؤسساتي والتنظيمي المتعلق بتدبير مجال الإعاقة سواء على المستوى المركزي أو الترابي وسواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو القطاع الخاص أو بالمجتمع المدني. كما ترتبط هاته الاختيارات بنوعية الحقوق والخدمات والامتيازات التي توفرها الدول لهؤلاء الأشخاص، إضافة إلى حجم ونوعية الإمكانيات المالية واللوجستيكية التي توضع رهن إشارة أنظمة تقييم الإعاقة، دون أن ننسى الموارد البشرية المؤهلة للاشتغال في هاته الأنظمة؛ إذ لا يتعلق الأمر هنا، كما سبقت الإشارة إلى ذلك، لمختصين في المجال الطبي وشبه الطبي فقط، بل أيضا بأطر أخرى متخصصة في العلوم السيكولوجية والاجتماعية والاقتصادية.

**6-أي نظام أنسب لتقييم الإعاقة ببلادنا:**

انطلاقا مما تقدم، أي نظام لتقييم الإعاقة ينبغي إرساؤه ببلادنا؟ ما هو النموذج الصالح لنا؟ كيف ينبغي أن يكون شكله ومحدداته؟ ما هي الشروط التي ينبغي توفيرها لإنجاح إرسائه وضمان فعاليته؟

أعتقد بداية أنه ينبغي لبلادنا أن تبني نموذجا يتلاءم مع خصائصها وإمكانياتها ونظام حكامتهاوألا ننجرف وراء طموح مبالغ فيه عبر استيراد نموذج جاهز لدولة لديها من الإمكانيات والخبرات والتاريخ في مجال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ما مكنها من إرساء نظام خاص بها يترجم بشكل جزئي أو كلي معايير التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة (CIF). غير أنه لا ينبغي أن نضع نظاما لا يحترم معايير هذا التصنيف الدولي أو فلسفة الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتعريف الذي جاء به القانون الإطار 97-13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها. بل، ينبغي أن تكون هناك قطيعة بين النظام الجديد والمقاربة الطبية التي كانت سائدة سابقا.

وفي هذا الإطار، أرى أن تكون معايير تقييم النظام الجديد قادرة في مرحلة أولى على تقييم الجوانب الطبية، مع إضافة معايير تقيم الجوانب المرتبطة بالأنشطة والمشاركة الاجتماعية والتي تساهم بدورها في تحديد وضعية الإعاقة. وبذلك سنتمكن من تحديد نوعية الإعاقة ودرجتها عند شخص معين، وسنتمكن أيضا من تحديد احتياجاته ونوعية الخدمات والامتيازات التي يحق له الاستفادة منها.

وفي اعتقادي، ينبغي أن تقتصر بلادنا في هذه المرحلة على إدراج تقييم هاته الجوانب فقط في النظام الجديد دون أن يشمل الجانب الثالث الذي ينص عليه التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة والمتمثل في عوامل المحيط والعوامل الشخصية. ففي ذلك تغيير جذري للنظام الحالي وتعقيد له، وستجد مؤسسات الدولة صعوبة في استيعابه وأجرأته وتوفير آليات وموارد تنفيذه خاصة الموارد البشرية المؤهلة القادرة على تنزيله. كما أن الأشخاص في وضعية إعاقة لن يتمكنوا في الوقت الحالي من مواكبة التحول الجذري لنظام تقييم كانت الجوانب الطبية هي مكونها الوحيد والأوحد، فإذا بجوانب مرتبطة بالأنشطة والمشاركة الاجتماعية تظهر في هذا النظام الجديد وتصبح حاسمة في تحديد وضعية الإعاقة ودرجتها حتى وإن كان لدى نفس الشخصين نوع القصور ذاته ومن نفس الدرجة. وهذا ما لن يتقبله الكثيرون، خاصة إذا ما تم تحديد نسبة معينة للإعاقة كشرط للحصول على بعض الخدمات على غرار مجموعة من الدول.

ولأن النظام الجديد للتقييم لن يعمل فقط على إقرار صفة الإعاقة لدى الأشخاص المعنيين، بل تمكينهم من مجموعة من الخدمات، فينبغي أن تكون سلة هذه الخدمات مفتوحة ومتطورة، يتم أولا البدء بتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الخدمات القائمة حاليا ثم توسيع سلتها في مراحل لاحقة. وأعتقد أن على بلادنا أن تشتغل على إرساء نظام لتقييم الإعاقة وإرساء نظام للدعم الاجتماعي بشكل موازي لأن هذا النظام هو ما سيوسع سلة هذه الخدمات وينظمها ويحقق الالتقائية بين كل الجهات التي تقدم هذه الخدمات. ولا شك أنه سيكون هناك تكامل بين هاذين النظامين والسجل الاجتماعي الموحد الذي تستعد الحكومة لإعطاء انطلاقته مباشرة بعد الانتهاء من مناقشة مشروع القانون المتعلق به والمصادقة عليه من طرف البرلمان ونشره بالجريدة الرسمية. وبذلك، سيمكن النظام الجديد لتقييم الإعاقة فعلا من تقييم شامل وتحديد للاحتياجات الطبية والاجتماعية وضمان استهداف ناجع وموحد وبالتالي ترشيد للموارد مع تحقيق إلتقائية وتحسين التواصل بين مختلف القطاعات والمتدخلين في مجال الإعاقة.

تلكم إذن هي أهم مكونات نموذج نظام تقييم الإعاقة الذي أقترح إرساءه ببلادنا، نموذج يحترم روح التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، نموذج يتم إرساؤه بشكل متدرج لا يهدف فقط لإقرار صفة الإعاقة، بل ويضمن تمكين الأشخاص في وضعية إعاقة من مجموعة من الخدمات، يتم تحديد المستفيدين منها بناء على متغيرات عدة أهمها في نظري درجة القصور وحدته واستمراريته وكذا وضعية الهشاشة التي قد يكون الشخص المعني يعاني منها وتضاعف من وضعية إعاقته.

لكن كيف ندبر هذا النظام الجديد بشكل يكون قريبا من الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، ويمكن من استصدار بطاقة الإعاقة التي طال انتظارها؟ وما هي التدابير التي يتعين القيام بها لإنجاح الانتقال من النظام القديم إلى النظام الجديد وضمان فعاليته؟

أستطيع القول بعد كل التحولات التي عرفها مجال تدبير قضايا حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة ببلادنا ونظام حكامته، أننا نحتاج اليوم إلى هيكلة جديدة وحكامة مغايرة تكون قادرة على إعطاء نفس جديد لحقوق هذه الفئة من المجتمع بانتظاراتها وتحدياتها؛ إذ لا يمكن لوزارة ذات اختصاصات تنسيقية بالأساس وعبر مديرية مركزية واحدة ذات موارد بشرية محدودة أن تستجيب للانتظارات والتحديات التي تواجهها لتنزيل الرافعات الاستراتيجية للسياسة العمومية المندمجة للنهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة وتفعيل مقتضيات القانون الإطار 97-13 وما تضمناه من إجراءات وأوراش كبرى من قبيل إرساء نظام ناجع لتقييم الإعاقة ووضع نظام للدعم الاجتماعي يمكن هذه الفئة من مجموعة من الحقوق والخدمات الحالية واللاحقة.

في انتظار أن يطرأ تغيير على النظام المؤسساتي المدبر لمجال الإعاقة، أعتقد أن وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، نظرا لغياب تمثيليات ترابية لها، في حاجة لقطاعين أساسيين لا يمكن أن ينجح إرساء النظام الجديد لتقييم الإعاقة بدون مساهمتهما، وهما وزارة الصحة ووزارة الداخلية بالإضافة إلى مؤسسة التعاون الوطني التي توجد تحت وصايتها.

في هذا الإطار، أرى أنه ينبغي التمييز بين مستوى إقليمي يتم فيه خلق لجان متعددة التخصصات بالعمالات والأقاليم تسهر على دراسة الطلبات والبث فيها واتخاذ القرارات بشأن إقرار صفة الإعاقة ومنح الخدمات والامتيازات، وبين مستوى مركزي تسهر فيه لجنة مركزية تحدث بوزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرةعلى المصادقة النهائية على قرارات اللجان الإقليمية كما تتكلف بدراسة الطعون في هذه القرارات التي يتم التوصل بها، قبل المرور إلى مرحلة إنتاج واستصدار بطائق الإعاقة وتسليمها للمعنيين بالأمر على الصعيد الإقليمي.

من جهة أخرى، أعتقد أن مراكز الاستقبال والتوجيه ومساعدة الأشخاص في وضعية إعاقة التي أحدثتهم الوزارة بمؤسسة التعاون الوطني على صعيد كل عمالة وإقليم هي البنية الإدارية الأنسب التي يمكن تكليفها باستقبال هؤلاء الأشخاص وتوجيههم وتعبئة طلباتهم والتنسيق مع المصالح الترابية الأخرى المعنية بتقييم الإعاقة، وأن يسهر ممثلون عن هاته الوزارة بمهام الكتابة الدائمة للجان الإقليمية التي ينبغي أن توكل مهمة رئاستها في اعتقادي إلى وزارة الداخلية ممثلة في السادة العمال أو من يمثلهم؛ إذ هم الأقدر على تجميع كل المصالح الخارجية المعنية وتحقيق الالتقائية بينها. وقد أظهرت تجارب سابقة في تدبير برامج مثل تيسير لدعم الأسر من أجل محاربة الهدر المدرسي أو برنامج دعم الأرامل ... إلخ الدور الذي لعبته السلطات الترابية في إنجاح هذه البرامج.

هناك من يعتقد بأنه ينبغي أن يمنح دور للمستوى الجهوي في تدبير نظام تقييم الإعاقة، لكني أرى أن هذا النظام وآلياته يجب أن يكون أقرب إلى الأشخاص في وضعية إعاقة وأسرهم. ولأنه يصعب النزول إلى المستوى المحلي بوضع آليات محلية، فإن المستوى الإقليمي يظل الأكثر واقعية والقابل للتحقيق. كما أني أرى في المستوى الجهوي تعقيدا للنظام الجديد وعدم تبسيط مساطر تدبيره. وحتى لو أن للوزارة تمثيليات جهوية، فإن ما يمكنها القيام به هو تيسير وتسهيل العمل على المستوى الإقليمي ودعم عمل مراكز الاستقبال والتوجيه ومساعدة الأشخاص في وضعية إعاقة واللجان الإقليمية التي تدرس وتبث في طلبات الحصول على بطاقة الإعاقة.

إن هذا النموذج الذي أقترحه للنظام الجديد لتقييم الإعاقة ينبني على استثمار الإمكانيات التنظيمية والبشرية والمالية الممكنة والمتاحة ببلادنا؛ بحيث أنه لن يتم توظيف أطر طبية وشبه طبية للتكفل فقط بالتقييم الطبي، بل ينبغي توظيف جزء من الموارد البشرية التي تتوفر عليها وزارة الصحة لهذا الغرض، ويمكن اللجوء إلى التعاقد مع القطاع الخاص في حالة الضرورة إذا لم تتوفر وزارة الصحة على بعض التخصصات الطبية وشبه الطبية على صعيد بعض الأقاليم. كما سيتم الاستعانة بأطر قطاعات أخرى، متخصصة في المجال النفسي والاجتماعي قد تكون تابعة لوزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي أو وزارة التشغيل والإدماج المهني ومؤسساتها العمومية. ويمكن الاستعانة ببعض الأطر العاملة في بعض مؤسسات الرعاية الاجتماعية العاملة في مجال الإعاقة. وبطبيعة الحال، نجاح هؤلاء الأطر رهين بتوفير تكوين ملائم لاستيعاب النظام الجديد وآلياته وأدواته كما أنه رهين بمدى توفير التحفيزات الضرورية لانخراط هؤلاء الأطر في إنجاح هذا الورش المهيكل لمجال الإعاقة ببلادنا.

ولأن بعض القطاعات تتوفر على مساطر خاصة بها للتقييم كما سبق لنا أن أشرنا إلى ذلك سابقا، فإنه ينبغي الإدماج التدريجي لهذه المساطر في النظام الجديد وتوحيدها مستقبلا. لكن في انتظار ذلك، يمكن الاستعانة بهذه الأنظمة الخاصة من أجل تقييم إضافي لبعض الجوانب التي سيتم تحديدها وتكون موضع تكامل والتقائية بين كل القطاعات المعنية.

لضمان انخراط كل هاته القطاعات والمؤسسات، أعتقد أنه ينبغي الاقتناع من طرف الجميع بأن نظام تقييم الإعاقة ليس نظام قطاع دون آخر، بل هو نظام وطني تشرف عليه وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة لكن بتعاون وثيق مع القطاعات والمؤسسات التي ذكرناها سابقا والتي ينبغي أن تتملكه وتنخرط بمواردها وآلياتها لإرسائه وإنجاحه ويتعين على الحكومة تعبئة الإمكانيات الضرورية له.

إن إرساء نظام جديد لتقييم الإعاقة ببلادنا هو بنظري أهم ورش في الولاية الحكومية الحالية، ينبغي وضعه على أسس صلبة محسوبة بدقة، يكون فيها هامش الخطأ ضئيلا جدا حتى لا نكرر أخطاء الماضي التي حاولنا فيها سابقا وضع نظام تقييمي ولد شبه ميت لم تنفع معه الحلول والجهود التي بذلت لما يزيد عن عشرين سنة من دون أن يحقق الأهداف المتوخاة منه وأهمها إصدار بطاقة الإعاقة.

إنه مجرد رأي شخصي يحتمل الصواب والخطأ، لكنه رأي مبني على تحليل للتجارب الدولية في هذا المجال وأيضا مبني على ممارسة مهنية حول هذا الموضوع امتدت لأزيد من عقدين من الزمن، أردت أن أتقاسمها في هذه الورقة العلمية حتى لا نسلك طريقا خاطئا وحتى نتفادى إهدار مزيد من الوقت نحن في أمس الحاجة إليه لحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها ببلادنا.

**المراجع**

.البحث الوطني حول الإعاقة، خلاصة النتائج، كتابة الدولة المكلفة بالأسرة والطفولة والأشخاص المعاقين مارس 4200.

.التعليم الجامع: طريق المستقبل، وثيقة مرجعية. منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة، الدورة الثامنة والأربعون، جنيف، يونيو 2008.

.دليل مؤسسات الرعاية الاجتماعية، وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، نونبر 2013.

.دليل المعاهد التعليمية ومراكز التكوين التابعة للمنظمة العلوية لرعاية المكفوفين الرباط، 2005.

Aimard, P., 1982, L'enfant et son Langage, Villeurbanne : SIMEP Ajuriaguerra, J. de, 1972, « Désordres Psychopathologiques chez l'EnfantSourd », in : Psychiatrie de l'enfant (54)

Coll, J., 1979, L'enfant malentendant. Toulouse : Privat

Collin, C., 1979, Psychologie de l'enfant sourd. Masson 2 ed. Paris.

Conrad, R., 1979, The Deaf School Child. London : Harper Row Crystal, D. and V. Rosemary, 1998, Introduction to Language Pathology.Whurr Publishess Ltd. London.

Davis, H., 1947, Hearing and Deafness. Murray Hill Books.

Grosjean, F., 1993, « La Personne Bilingue et Biculturelle dans le Monde des Entendants et des Sourds », in : Nouvelles Pratiques Sociales, Vol. 6 N° 1, Dossier la Surdité, PUQ, Québec.

Jadir, A. (2014) "Deafness and Intercultural Communication: Developing Personal Relashionship and Mutual Understanding". Jadir, A. (eds.), Intercultural Communication and Tourism. Editions Bouregreg. Rabat

**رشيد الكنوني -** باحث في مجال علم النفس الاجتماعي