



الأمم المتحدة

الاشغال  
ESCWA

ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⴳⴷⴰⵏ  
ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⴷⴰⵢⴳⴰ ⵏ ⵜⴰⴷⴰⵢⴳⴰ  
ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⴷⴰⵢⴳⴰ ⵏ ⵜⴰⴷⴰⵢⴳⴰ



ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
DE L'ÉGALITÉ ET DE LA FAMILLE

المملكة المغربية  
التضامن والتنمية الاجتماعية  
والمساواة والأسرة

# تقرير تركيبي نحو صياغة إطار استراتيجي لحماية الأشخاص المسنين: المجالات وأولويات التدخل





ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⴰⴳⴷⴰⵢⵜ  
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ  
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ



ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
DE L'ÉGALITÉ ET DE LA FAMILLE

المملكة المغربية  
وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية  
والمساواة والأسرة

# تقرير تركيبي نحو صياغة إطار استراتيجي لحماية الأشخاص المسنين: المجالات وأولويات التدخل

بدعم من اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

© 2018 الأمم المتحدة

حقوق الطبع محفوظة

تقتضي إعادة طبع أو تصوير مقتطفات من هذه المطبوعة الإشارة الكاملة إلى المصدر.

توجه جميع الطلبات المتعلقة بالحقوق والأذون إلى اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)،  
البريد الإلكتروني: [publications-escwa@un.org](mailto:publications-escwa@un.org).

النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذه المطبوعة هي للمؤلفين، ولا تمثل بالضرورة الأمم المتحدة  
أو موظفيها أو الدول الأعضاء فيها، ولا ترتب أي مسؤولية عليها.

ليس في التسميات المستخدمة في هذه المطبوعة، ولا في طريقة عرض مادتها، ما يتضمن التعبير عن أي رأي  
كان من جانب الأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو سلطات أي منها، أو  
بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

الهدف من الروابط الإلكترونية الواردة في هذه المطبوعة تسهيل وصول القارئ إلى المعلومات وهي صحيحة  
في وقت استخدامها. ولا تتحمل الأمم المتحدة أي مسؤولية عن دقة هذه المعلومات مع مرور الوقت أو عن  
مضمون أي من المواقع الإلكترونية الخارجية المشار إليها.

جرى تدقيق المراجع حيثما أمكن.

لا يعني ذكر أسماء شركات أو منتجات تجارية أن الأمم المتحدة تدعمها.

المقصود بالدولار دولار الولايات المتحدة الأمريكية ما لم يُذكر غير ذلك.

تتألف رموز ووثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام باللغة الإنكليزية، والمقصود بذكر أي من هذه الرموز الإشارة  
إلى وثيقة من وثائق الأمم المتحدة.

مطبوعات للأمم المتحدة تصدر عن الإسكوا، بيت الأمم المتحدة، ساحة رياض الصلح،  
صندوق بريد: 8575-11، بيروت، لبنان.

الموقع الإلكتروني: [www.unescwa.org](http://www.unescwa.org).

مصادر الصور:

الغلاف: © iStock.com/fzant

ص. 5: © iStock.com/Juanmonino

ص. 11: © iStock.com/AlxeyPnferov

ص. 19: © iStock.com/Jojob

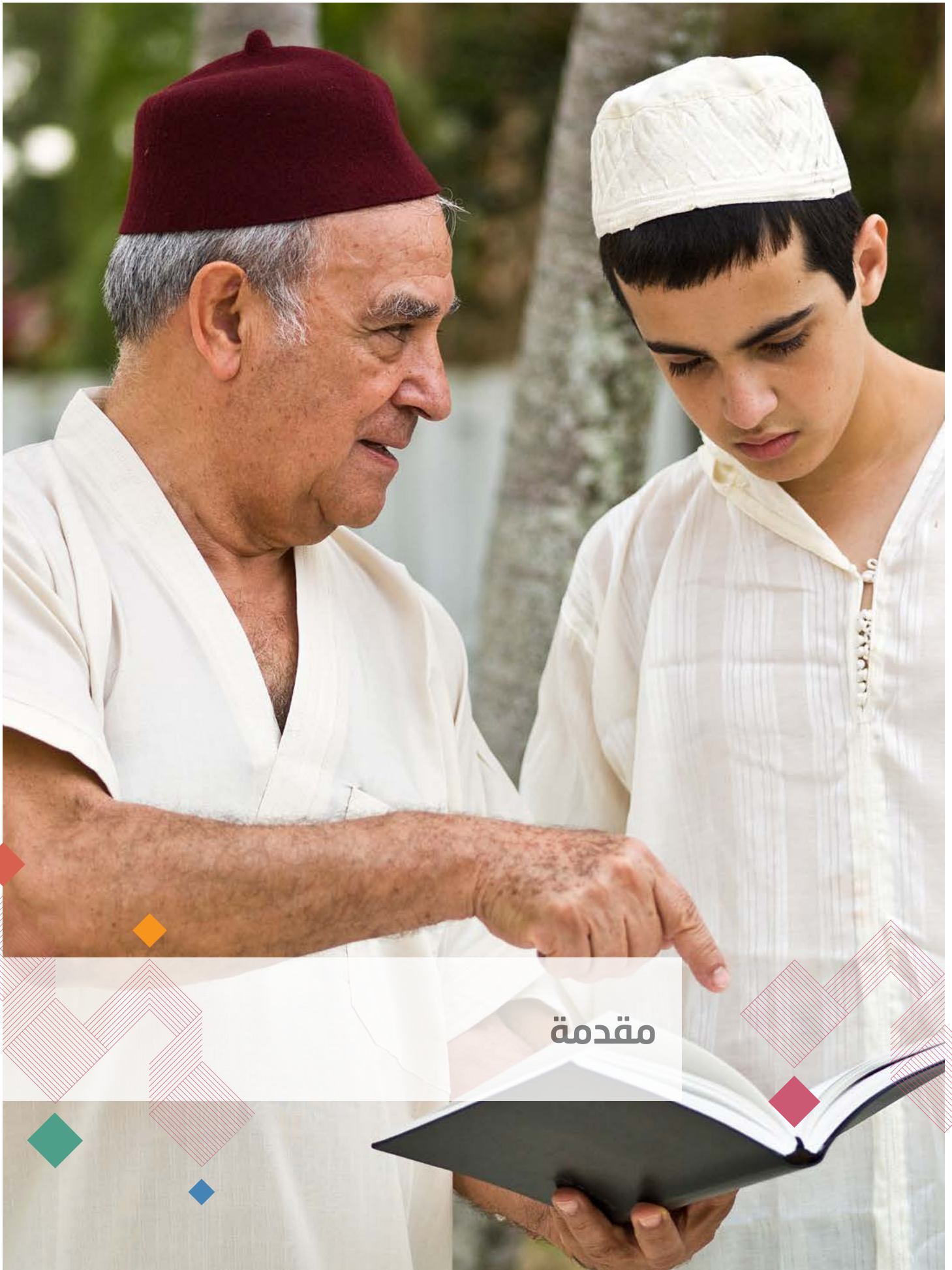
ص. 29: © iStock.com/JayKay57

ص. 47: © iStock.com/Peacefoo

# المحتويات

5	مقدمة
11	<b>1. عرض وتحليل الأطر الدولية والإقليمية لحماية حقوق الأشخاص المسنين ورعايتهم</b>
14	ألف. غياب صك دولي خاص بحماية حقوق الأشخاص المسنين
16	باء. تعدد آليات وهيئات المتابعة والرقابة
16	جيم. حماية حقوق كبار السن: نحو إطار مفاهيمي جديد؟
19	<b>2. بعض الممارسات الجيدة الدولية والإقليمية</b>
21	ألف. الأمن الاقتصادي للأشخاص المسنين
23	باء. الصحة، والاستقلالية والرفاه
26	جيم. البيئة الملائمة والداعمة
29	<b>3. مجالات التدخل ذات الأولوية والتوصيات</b>
31	ألف. المبادئ الأساسية
31	باء. مجالات التدخل ذات الأولوية
47	<b>4. الخلاصة</b>
51	المرفق الأول: قائمة المشاركين في ورش العمل والمقابلات
54	المرفق الثاني: المراجع الجغرافية
55	المرفق الثالث: لمحة تاريخية عن المبادرات العالمية حول الشيخوخة
57	المرفق الرابع: قائمة النصوص والصكوك الدولية والإقليمية الرئيسية حول حماية حقوق كبار السن
60	المرفق الخامس: تحليل مفصل للاتفاقيات الدولية الثلاث التي تتضمن إشارة صريحة إلى العمر أو إلى كبار السن
62	المرفق السادس: جدول المحتويات المفصل لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام 2002
65	المرفق السابع: ملخص أعمال الدورة الثالثة لاستعراض وتقييم خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام 2002
68	المرفق الثامن: نماذج تمويل الإعاقة في العالم
69	المرفق التاسع: لمحة عامة عن النظرة إلى كبار السن في العالم
75	المراجع
77	الحواشي





مقدمة



## مقدمة

### ألف. السياق العام

هيكلية، أصبح من الضروري التدخل على نحو استباقي للتصدي لانعكاسات هذه التحديات على تمويل معاشات التقاعد، والاستجابة للاحتياجات الصحية، وتوفير خدمات المساعدة والرعاية.

وينبغي أيضاً اعتماد نهج تشاركي متعدد الأطراف لمواجهة هذه التحديات من خلال تعبئة الفاعلين في مجال الشيخوخة في القطاعين العام والخاص أي الدولة، والجماعات الترابية، والمؤسسات الوطنية، وصناديق التقاعد، وشركات التأمين، والمؤسسات، ومديري الخدمات، والجمعيات، والأكاديميين والباحثين.

وفي هذا السياق، نظمت وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، بالتعاون مع اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، ورشة عمل لإعداد إطار استراتيجي للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين وتنظيم لقاءات تشاورية مع الفاعلين بهدف تحديد الأولويات<sup>1</sup>.

وتندرج هذه الورشة في إطار تنفيذ دستور المملكة المغربية لعام 2011 الذي ينص في الفصل 34 منه على أن تقوم السلطات العمومية بوضع وتفعيل سياسات موجّهة إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتندرج أيضاً في إطار تنفيذ البرنامج الحكومي 2016-2021، ولا سيما المحور الرابع منه المتعلق بتعزيز التنمية البشرية والتماسك الاجتماعي والمجالي من خلال:

يشهد المغرب، على غرار باقي الدول، تحولاً ديمغرافياً غير مسبوق، يطبعه انخفاض ملحوظ في الخصوبة وتسارع في شيخوخة السكان. ووفقاً للإحصاء العام للسكان والسكنى لعام 2014، فقد سجّل ارتفاع سريع في عدد الأشخاص المسنين البالغين من العمر 60 سنة فما فوق، حيث ازداد عددهم من 2,376 مليون في عام 2004 إلى 3,209 مليون في عام 2014، بزيادة 35 في المائة في فترة لا تتجاوز عشر سنوات. وقد ارتفعت نسبة الأشخاص المسنين من مجموع السكان من 6,3 في المائة في عام 1982 إلى 9,6 في المائة في عام 2014.

وتشير إسقاطات السكان والأسر للمندوبية السامية للتخطيط إلى أن المغرب سيشهد تزايداً مطرداً في عدد الأشخاص البالغين 60 سنة أو أكثر، ما بين عامي 2014 و2050، وذلك بوتيرة 3,3 في المائة سنوياً في المتوسط، بحيث ستتضاعف هذه الفئة السكانية بأكثر من ثلاث مرات لتزداد من 3,2 مليون إلى 10,1 مليون، وستمثل 23,2 في المائة من مجموع السكان.

ويمثل هذا التسارع في نسبة الشيخوخة تحدياً هاماً في السنوات القادمة، خصوصاً في ظل ما يشهده المجتمع من تقلبات عميقة تؤثر على الأسر، ودورها كمساعد أساسي للأشخاص المسنين. ونظراً لما يطرحه هذا التحول الديمغرافي من تحديات، وما يشوب نظام الحماية الاجتماعية من أوجه قصور



زيارات ميدانية لبعض المراكز، وذلك بهدف تحديد الأولويات وصياغة التوصيات واستعراض التحديات المتعلقة بالشيخوخة في المغرب، والاطلاع على أهم المبادرات التي قام بها الفاعلون في المجال، والتعرّف على الصعوبات التي تحول دون النهوض بأوضاع المسنين.

ويشير مصطلح المسنّ أو كبير السنّ المستخدم في هذه الدراسة إلى الأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً وأكثر، وهو التعريف الأكثر استخداماً في الاتفاقيات الدولية

## جيم. مرتكزات الدراسة

### 1. على المستوى الدولي

الشيخوخة مسألة يتم التداول بها في الأمم المتحدة منذ ما يناهز ثلاثة عقود، وترتكز حماية حقوق الأشخاص المسنين على الأسس التالية:

- الإعلان السياسي لمبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بالأشخاص المسنين (1991)؛
- خطة عمل مدريد للشيخوخة لسنة (2002)، وهي الإطار الدولي الوحيد الذي يُعنى بالأشخاص المسنين.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأطر تبقى مجردة من أي طابع ملزم، بحيث تبقى الصلاحية للدول الأعضاء في أن تقرّر بنفسها إدخالها حيز التنفيذ بما يتوافق مع أولوياتها ومواردها المتاحة. وبالنسبة إلى العديد من البلدان (مثل البلدان الأفريقية، والآسيوية، والبلدان العربية، والبلدان الأوروبية التي تمرّ بمرحلة انتقالية)، والتي تواجه تحديات مالية، واقتصادية، واجتماعية، وصحية، وسياسية في البعض منها، فإن القضايا المتعلقة بالشيخوخة لا تتصدر سلم الأولويات.

- وضع سياسة وطنية للأشخاص المسنين واعتماد إطار تنظيمي لتدخل الدولة والمجتمع المدني لضمان كرامتهم وحقوقهم، وتفعيل المرصد الوطني للأشخاص المسنين؛
- تطوير أساليب بديلة عن التكفل المؤسسي بالأشخاص المسنين؛
- تعزيز التكوين والتدريب في مهن الشيخوخة.

## باء. المنهجية

ترتكز منهجية الدراسة على محورين:

### 1. المحور الأول: بحث مكتبي لتحديد المبادئ والأطر الدولية ذات الصلة بأوضاع الأشخاص المسنين، من خلال:

- جرد وتحليل النصوص والصكوك (الاتفاقيات، والإعلانات، والمواثيق، وخطط وبرامج العمل)، والأطر، والآليات والهيئات القائمة على المستوى الدولي والإقليمي والمعنية بحماية حقوق الأشخاص المسنين ورعايتهم؛
- الاطلاع على الممارسات الجيدة في مجال حماية حقوق الأشخاص المسنين ورعايتهم؛
- تحديد وضعية الأشخاص المسنين في المغرب وعلى الساحة الدولية والإقليمية.

### 2. المحور الثاني: تنشيط ورشات تشاورية ولقاءات فردية

تنظيم لقاءات تشاورية مع ممثلي القطاعات الحكومية والمؤسسات الوطنية والخبراء والباحثين والجمعيات المسيرة لمراكز الرعاية الاجتماعية للأشخاص المسنين، والجمعيات العاملة في مجال حماية الأشخاص المسنين في 18 و19 و20 تموز/يوليو 2018، في مقر مديرية حماية الأسرة والطفولة والأشخاص المسنين، مع تنظيم

- إرادة سياسية وطنية مؤكدة في سبيل تحسين حماية الأشخاص المسنين؛
- إطار مؤسستي وقانوني؛
- طموح لدى الجميع لبناء شيخوخة جيدة للمواطنين المسنين؛
- وسط أسري داعم ومساعد، وبيئة اجتماعية داعمة؛
- نسيج جمعي متضامن وحيوي.

وقد ساهمت هذه العوامل في إطلاق ورش صياغة إطار استراتيجي للنهوض بأوضاع المسنين، انطلاقاً من تحديد الأولويات المتعلقة بحماية الأشخاص المسنين.

وبما أن وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية هي القطاع المعني بإعداد السياسات الحكومية وتنفيذها وتنسيقها في المجالات المتعلقة بالأسرة والمرأة والطفولة والمسنين والأشخاص في وضعية إعاقة، وغيرها من الفئات الاجتماعية الأخرى، عملت على تنفيذ العديد من الإجراءات، وهي:

- تعزيز التضامن بين الأجيال من خلال إطلاق الحملات التحسيسية السنوية لفائدة الأشخاص المسنين؛
- تأهيل مؤسسات الرعاية الاجتماعية للأشخاص المسنين عبر إعداد وتنفيذ البرنامج الوطني لتأهيل مؤسسات الرعاية الاجتماعية للأشخاص المسنين، الذي يتضمن ستة محاور أساسية ومحور داعم؛
- دعم مبادرات المجتمع المدني الهادفة إلى النهوض بحماية الأشخاص المسنين ورعايتهم؛
- إصدار القانون 65.15 المتعلق بمؤسسات الرعاية الاجتماعية؛
- تطوير المعرفة من خلال إحداث وتفعيل المرصد الوطني للأشخاص المسنين.

ولحد الآن لا توجد قوانين دولية مطبقة عالمياً ومعتمدة كمرجع لصياغة تشريعات وطنية ودولية بهدف حماية حقوق الأشخاص المسنين جميعاً.

## 2. على المستوى الإقليمي

إن الاهتمام بقضايا الشيخوخة على مستوى البلدان العربية، حديث العهد، ولم يكن بحجم التحديات المطروحة، كما أن معالجة قضايا الشيخوخة في بعض من هذه البلدان متفاوت بسبب عدم وجود أي إطار تنظيمي في هذا المجال.

## 3. على المستوى الوطني

تشهد البلاد وعياً ملحوظاً بشأن أوضاع الأشخاص المسنين، إلا أن معالجة هذه القضايا تتطلب المزيد من الجهود. فحسب مؤشرات التقييم التي وضعتها الجمعية الدولية للشيخوخة (Global Age Watch)<sup>2</sup>، جاء تصنيف المغرب على الساحة الدولية في وضعية غير مريحة، وذلك استناداً للمؤشرات المتعلقة بمستوى التعليم والتكوين، ومعدل الشغل، والتأمين المالي والتغطية الصحية، وأمد الحياة والشيخوخة السليمة وحرية الاختيار وغيرها، كما أن وضع المرأة المسنة غير مرض، نتيجة التمييز وعدم الإنصاف اللذين تواجههما المرأة في حياتها.

وقد تم تأكيد هذه الاستنتاجات من خلال تحليل البيانات الكمية والنوعية، واستناداً إلى خلاصات المقابلات الفردية وورشات العمل التشاورية التي شارك فيها الفاعلون في المجال. ويتطلب تحسين الوضع إرادة سياسية قوية، وتعبئة واسعة للفاعلين في القطاعين العام والخاص.

وفي هذا الإطار، يتميز المغرب بظروف ملائمة وعوامل مساعدة من أجل النهوض بأوضاع المسنين، وهي:

ويرتكز هذا المشروع على إبراز مجالات التدخل ذات الأولوية والتوصيات التي سيتم توجيهها، والتدابير المفعلة والمدققة المنبثقة عن الورشات التشاورية واللقاءات الفردية، والممارسات الفضلى والدراسات المقارنة في هذا المجال.

ويندرج إعداد الإطار الاستراتيجي الذي أطلقته وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية في إطار المشروع الإقليمي الذي تتولى الإسكوا تنفيذه، تحت عنوان "تعزيز القدرات الوطنية لتطوير سياسات سكانية متكاملة وشاملة في المنطقة العربية".



1. عرض وتحليل الأطر الدولية والإقليمية  
لحماية حقوق الأشخاص المسنين ورعايتهم



# 1. عرض وتحليل الأطر الدولية والإقليمية لحماية حقوق الأشخاص المسنين ورعايتهم

ارتفاع الوعي بتحديات الشيخوخة، وإرادة دولية قوية للتدخل في هذا المجال، لكن النتائج تبقى دون مستوى التطلعات، والإنجازات غير كافية وغير متساوية لدى الدول

إدراك التحديات المتعلقة بالشيخوخة على المستوى العالمي وفي طريقة الاستجابة لها.

فقد اقترح الإعلان وخطة عمل مدريد رؤية شاملة ودامجة من خلال الربط بين الشيخوخة وباقي أطر عمل الأمم المتحدة، ولا سيما تلك المتعلقة بالتنمية الاقتصادية، والاجتماعية والثقافية، وبالتمنية المستدامة، وحقوق الإنسان ومكافحة جميع أشكال التمييز<sup>3</sup>.

وتتضمن خطة عمل مدريد ثلاثة توجهات كبرى، وتحتوي هذه التوجهات على 18 قضية، و35 هدفاً، ويتضمن كل هدف تدابير وإجراءات (المرفق السادس). وتحت هذه الخطة الدول على توفير شروط تنفيذها وتنسيق متابعة المنجزات على المستوى الدولي والإقليمي والوطني.

وتعتبر هذه الخطة الدولية آلية لمساعدة وتوجيه الحكومات، والمؤسسات الوطنية العامة والخاصة، وهيئات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية،

لقد كان الاهتمام بقضايا الشيخوخة يقتصر على الدول المتقدمة فقط مثل أوروبا الغربية، وأمريكا الشمالية، واليابان. ومنذ عام 1980 وحتى عام 1990، أصبحت الشيخوخة قضية عالمية بفعل التحديات التي تطرحها والتغيرات الديمغرافية في العالم (المرفق الثالث). وقد تجلّى هذا الاهتمام في ثلاث مراحل رئيسية:

- **1982:** اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة (بموجب القرار 51/37) في إطار الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة؛
- **1991:** اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (بموجب القرار 46/91)؛
- **2002:** اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان مدريد السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (بموجب القرار 57/167) أثناء انعقاد الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة.

وقد حدد الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لسنة 2002، توجهاً جديداً في

المجال، أن الصكوك القائمة غير مجمعة وناقصة وغير ملزمة، ما يجعلها غير كافية، وأنه لا بد من اعتماد صك عالمي ملزم قانوناً، حرصاً على الفعالية والوضوح والتضامن بين البلدان المتقدمة والنامية.

ورداً على هذه الانتقادات، فوّضت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2012 "الفريق العامل المفتوح العضوية المعني بالشيخوخة" (بموجب القرار 65/182)، بهدف تجميع واستعراض النصوص والصكوك القائمة على المستوى الدولي والمعنية بحماية حقوق كبار السن، وتحديد الثغرات وأفضل الطرق لسدها، والنظر، عند الاقتضاء، في جدوى وضع المزيد من الصكوك والتدابير (انظر قائمة النصوص والصكوك الرئيسية في المرفق الثالث).

وقد حدّد الفريق العامل أربعة أنواع من الثغرات في الصكوك الدولية القائمة، هي الثغرات المعيارية، والثغرات في مجال نقل المعلومات، والثغرات المتعلقة بالمتابعة، والثغرات المتعلقة بالتنفيذ.

## الف. غياب صك دولي خاص بحماية حقوق الأشخاص المسنين

### الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

لم ينص الإطار المرجعي العالمي الأقدم في مجال حقوق الإنسان على السن في عرض معايير التمييز المحظورة، ولا سيما في المادة الثانية منه: "لكل إنسان حقّ التمتع بجميع الحقوق والحريات المذكورة في هذا الإعلان، دون تمييز من أي نوع، ولا سيما التمييز بسبب العنصر، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي سياسياً، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي، أو الثروة، أو المولد، أو أيّ وضع آخر".  
والمادة 25 في فقرتها الأولى هي المادة الوحيدة التي تشير إلى كبار السن، ولكن في مجال الحقوق

من أجل سنّ تشريعات واتخاذ إجراءات لصالح كبار السن على المستوى الوطني والإقليمي والدولي.

وبعد مرور 19 سنة على اعتماد مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن و15 سنة على اعتماد خطة عمل مدريد، يتضح أن الإنجازات تبقى غير كافية قياساً بالطموحات المعلنة والآمال المرجوة على العديد من المستويات:

- (أ) على مستوى الظروف المعيشية، والحصول على الخدمات، ولا سيما الرعاية الصحية والاجتماعية، وعلى مستوى حقوق كبار السن؛
- (ب) على مستوى المعرفة والبيانات المتعلقة بالشيخوخة، واحتياجات كبار السن وآثار تنفيذ خطة عمل مدريد؛
- (ج) على مستوى التنسيق الإقليمي والدولي، وتبادل الممارسات الجيدة.

وفي ما يتعلق بالصكوك الدولية، فهي غير ملزمة إذ يعود للدول أن تتخذ قراراً بتنفيذها بما يتوافق مع أولوياتها ومواردها المتاحة (انظر ملخص تقارير تقييم اللجان الإقليمية الاقتصادية والاجتماعية لعام 2017 في المرفق السابع). فبالنسبة إلى العديد من البلدان (مثل البلدان الآسيوية والأفريقية والأوروبية التي تمرّ بمرحلة انتقالية)، والتي تواجه تحديات مالية، واقتصادية، واجتماعية، وصحية، وسياسية في البعض منها، فإن قضايا الشيخوخة لا تتصدر سلم أولوياتها. وعلى الرغم من الحصيلة غير المرضية، فإن الأطر الدولية تُعتبر الآلية الوحيدة المكرّسة حصراً لكبار السن.

### حماية حقوق كبار السن: واقع حرج

اعتبرت المنظمات غير الحكومية<sup>4</sup> في مداخلاتها أمام هيئة الأمم المتحدة، مدعومة من بعض البلدان ولا سيما بلدان أمريكا اللاتينية الناشطة في هذا

النساء أكثر عرضة لمشاكل الشيخوخة: بما أن المرأة تعيش لفترة أطول من الرجل، تكون أكثر عرضة لمشاكل "التقدم في السن"؛ وبما أن سن المرأة عند الزواج أصغر من سن الرجل، تكون حالات الترمل أعلى لدى النساء، وتضطر المرأة إلى العيش بمفردها. وبما أن المرأة المسنة لديها مستوى تعليمي أدنى، ولم تستطع في صباها الانخراط في سوق العمل وفي نشاط مهني منظم، ولا تحظى بحماية اجتماعية (أي رعاية طبية، ومعاش تقاعد)، تصبح أكثر اعتماداً على دعم محيطها الأسري وعلى المساعدة الاجتماعية، وتقع في الفقر والهشاشة. وما تعانيه المرأة في حياتها من أمور سلبية وتميز تظهر آثاره في عمر الشيخوخة، الأمر الذي يستدعي ضرورة إحاطة النساء المسنات باهتمام السلطات العمومية والفاعلين في المجتمع المدني.

**السبب الثاني:** لا تزال اتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة وثيقة مرجعية في مجال الشيخوخة لأن "التقدم في السن" (أي بلوغ عمر الثمانين وأكثر) يترافق تدريجياً مع الإصابة بأمراض مزمنة أو فقدان الاستقلالية: مع أن الشيخوخة بحد ذاتها لا تشبه حالة الإعاقة، قد تؤدي بعض الأمراض إلى إعاقة مثل الألزهايمر، والباركنسون، والسكري، والأمراض القلبية الوعائية، وأمراض العظام، وهي العوامل الرئيسية لفقدان الاستقلالية. ويؤكد التقرير العالمي حول الإعاقة لعام 2011 (منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي) الترابط بين الشيخوخة والإعاقة في جميع المناطق، ويؤدي كل من هذه الحالات إلى قيود وظيفية تعيق النشاط اليومي وتستدعي تعويضات (مثل المساعدة البشرية، والمساعدة الفنية، وتكييف البيئة). وبسبب هذين العاملين الذين يفقدان الاستقلالية، يصبح الشخص المصاب بهما معاً أو بأحدهما معرضاً لشتى انتهاكات حقوق الإنسان، مثل انتهاك حرية الحركة بسبب العوائق المادية، أو الخضوع لعلاج طبي مفروض على المريض من دون

الاقتصادية والاجتماعية: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وعلى صعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه".

ولا يتضمن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والإعلانات والاتفاقيات والمواثيق الدولية الأخرى<sup>5</sup> أي إشارة صريحة إلى السن من بين دوافع التمييز المحظورة، باستثناء ثلاث اتفاقيات دولية، ولكن هذه الاتفاقيات موجهة إلى فئات سكانية معينة (انظر التحليل المفضل في المرفق الرابع):

- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (بموجب القرار 34/180 الصادر بتاريخ 18/12/1979)؛
- الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (بموجب القرار 45/158 الصادر بتاريخ 18/12/1990)؛
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (13/12/2006).

ومع أن هذه الاتفاقيات الثلاث تعالج مسألة السن وكبار السن بطريقة محدودة من حيث أهدافها ونطاقها، لأنها تركز أساساً على المساواة في الحصول على الحقوق، لا يمكن تجاهل الاهتمام الذي توليه إلى الأشخاص المسنين. وهذا ينطبق على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، وذلك لسببين:

**السبب الأول:** تُعالج قضية المساواة بين الجنسين ومكافحة التمييز ضد المرأة بالمعنى الكامل لأن



- اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.

موافقته الحرّة والمواكبة اللازمة، ولا سيما في مؤسسات الرعاية وفي حالات التكفل داخل الأسرة.

### 3. المنظمات الدولية التي تدرج قضايا المسنين في برامجها

- منظمة الصحة العالمية، والمنظمات الجهوية التابعة لها؛
- صندوق الأمم المتحدة للسكان؛
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي؛
- هيئة الأمم المتحدة للمرأة؛
- برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك بعض المنظمات السياسية والاقتصادية الإقليمية التي تنشط في مجال حماية حقوق الأشخاص المسنين على غرار الاتحاد الأوروبي، ومجلس أوروبا، ومنظمة الدول الأمريكية.

### جيم. حماية حقوق كبار السن: نحو إطار مفاهيمي جديد؟

في عام 2012، ذكرت المفوضة السامية لحقوق الإنسان في تقريرها السنوي المرفوع إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي: "بينما تنطبق معظم الصكوك الدولية لحقوق الإنسان على جميع الفئات العمرية، بما فيها فئة المسنين، فإن عدة قضايا من قضايا حقوق الإنسان التي لها صلة وثيقة بالمسنين، لم تولّ اهتماماً كافياً، إما في صياغة صكوك حقوق الإنسان القائمة أو في ممارسة الهيئات والآليات المعنية بحقوق الإنسان".

وقد أوصت المفوضة السامية بإنشاء ولاية جديدة بموجب الإجراءات الخاصة. وفي 27 أيلول/سبتمبر 2013، اعتمد مجلس حقوق الإنسان القرار 24/20 الذي ينشئ ولاية الخبير المستقل المكلف بتقييم وضع حقوق كبار السن في العالم وتنفيذ خطة عمل

### باء. تعدد آليات وهيئات المتابعة والرقابة

بما أن حماية كبار السن مسألة تنظّمها مجموعة من النصوص والاتفاقيات والأحكام العامة والمحددة، تتعدّد أيضاً الآليات والهيئات المعنية بالتنفيذ والمتابعة والرقابة على المستوى الدولي والإقليمي. وترد الأنشطة ذات الصلة التي تنفّذها هذه الهيئات في المرفقين الثاني والثالث.

#### 1. منظمة الأمم المتحدة

- هيئة الأمم المتحدة؛
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي، ولجنة التنمية الاجتماعية واللجان الإقليمية؛
- اللجنة الاقتصادية لأفريقيا؛
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ؛
- اللجنة الاقتصادية لأوروبا؛
- اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

#### 2. المفوضية السامية لحقوق الإنسان، ومجلس حقوق الإنسان وهيئات المعاهدات الرئيسية التابعة لها

- اللجنة المعنية بحقوق الإنسان؛
- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛
- اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة؛
- اللجنة المعنية بحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم؛

- اتفاقية البلدان الأمريكية بشأن حماية حقوق الإنسان لكبار السن، التي اعتمدها ستة بلدان من أمريكا اللاتينية منذ عام 2015؛
- البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب والمتعلق بحقوق المسنين في أفريقيا، الذي اعتمده الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي في عام 2016.

وهذان الميثاقان هما الصكان الوحيدان المعنيان خصيصاً بحماية حقوق كبار السن من بين الصكوك المعيارية الإقليمية، والهدف منهما تعزيز التماسك بين سياسات الدول الموقعة ونشاطها المعياري بموجب التزاماتها بشأن حقوق كبار السن وتنفيذ خطة عمل مدريد. وبما أن هذين الصكّين حديثان جداً، ولم تكتمل بعد المصادقة عليهما في بلدان المنطقتين المعنيتين، ولم تُفعل بعد آليات التنفيذ وهيئات المتابعة أو لا يزال عملها جزئياً، فإنه من السابق، لأوانه التحقق من تأثيرهما على حماية حقوق كبار السن وعلى تنفيذ خطة عمل مدريد.

وفي هذا الإطار، أشارت اللجنة الاقتصادية لأفريقيا واللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في تقريريهما لعام 2017 إلى استمرار العمل غير الرسمي والفقر والفوارق الاجتماعية التي تطال خصوصاً كبار السن، وتدني مستوى التغطية الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية ومعاشات التقاعد.

مدريد. وأشارت الخبيرة المستقلة، السيدة روزا كورنفيلد-ماتي، في تقريرها الأخير في عام 2016 إلى أن "إنشاء مجلس حقوق الإنسان لولاية الخبير المستقل المعني بمسألة تمتع المسنين بجميع حقوق الإنسان في عام 2013 يشكل نقلة نوعية من المنظور الاقتصادي والإنمائي السائد للشيخوخة إلى حتمية اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان، على اعتبار المسنين فئة ليسوا فقط مستفيدين، بل لهم حقوق محددة يتعين على الدول أن تكفل تمتعهم بها"<sup>6</sup>. وطالبت بوضوح بصياغة إطار عالمي ملزم قانوناً أي اتفاقية دولية لحقوق كبار السن.

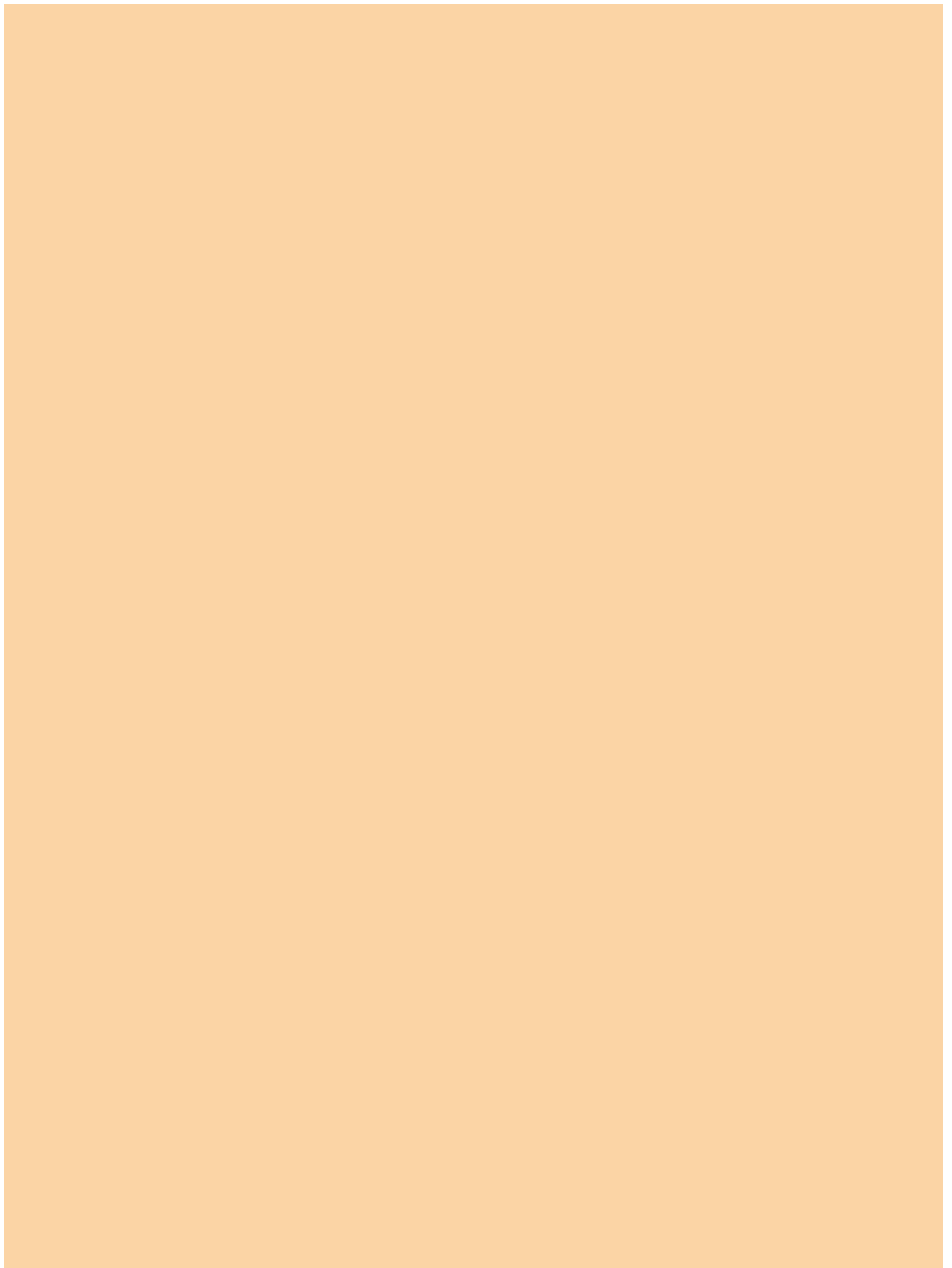
ومع أن الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة تتفق جميعها على الثغرات المطروحة في تنفيذ حقوق كبار السن وخطة عمل مدريد الدولية، تتباين وجهات النظر حول مبادئ وشروط العمل لسد هذه الثغرات. وتطالب الغالبية العظمى من البلدان، بما فيها تلك التي تسجل أعلى معدلات الشيخوخة (أمريكا الشمالية، وأوروبا، والصين، واليابان، إلخ) بتحسين أنظمة المعلومات حول حقوق كبار السن وتبادل الممارسات الجيدة، وتبدي بوضوح ترددها وحتى اعتراضها على صياغة "اتفاقية دولية لحقوق كبار السن".

وإلى حد الآن، شاركت في مبادرة إحداهن آلية دولية بعض دول أمريكا اللاتينية وجزر الكاريبي مثل الأرجنتين، والبرازيل، والسلفادور، وشيلي، وكوستاريكا، وقد انضم إليها في عام 2012 كل من السنغال وقطر. ومنذ ذلك الحين، أطلقت مبادرتان إقليميتان:





2. بعض الممارسات الجيدة الدولية والإقليمية



## 2. بعض الممارسات الجيدة الدولية والإقليمية

المائة و95 في المائة) على معاش تقاعدي مضمون وعلى مصادر دخل أخرى، وعلى مستوى دخل يماثل عائدات العمال النشطين اقتصادياً أحياناً. وفي أوروبا، يستفيد الأشخاص المسنون في وضعية صعبة من أنظمة المخصّصات الاجتماعية (مثل الحد الأدنى للمعاش التقاعدي، وإعانة السكن، والمساعدة الطبية، والدعم لتحمل تكاليف النقل، إلخ).

أما في سائر بلدان العالم، فيعيش كبار السن في ظروف أقلّ رخاءاً: ففي آسيا، تبلغ نسبة الأشخاص في سنّ التقاعد الذين يستفيدون من معاش تقاعدي (سواء كان قائماً أو غير قائم على دفع اشتراكات) 55,2 في المائة. وفي أفريقيا، لا تتجاوز هذه النسبة 29,6 في المائة، وهو المستوى الأدنى في العالم<sup>7</sup>.

والوضع في المنطقة العربية متفاوتٌ جداً: فالجزائر تتقدّم على سائر البلدان العربية حيث تتجاوز نسبة كبار السنّ الذين يتقاضون معاشات تقاعد فيها 70 في المائة، تليها تونس (60 في المائة)، والعراق، والمملكة العربية السعودية ومصر (مع نسبة تفوق 50 في المائة)، والبحرين، وليبيا، وقطر، والأردن والمغرب (مع نسبة تتراوح بين 30 في المائة و50 في المائة)، والكويت، وعمان، والجمهورية العربية السورية، ولبنان، واليمن وموريتانيا (مع نسبة تتراوح بين 10 في المائة و30 في المائة)، وأخيراً السودان ودولة فلسطين (أقل من 10 في المائة). وفي غالبية البلدان<sup>8</sup>، يحظى كبار السنّ، ولا سيما النساء والعاملون (سابقاً) في القطاع غير الرسمي وأفراد الجماعات الريفية بأقلّ مستوى من الحماية من بين الفئات

"تجارب ناجحة"، و"ممارسات مُلهمة"، و"ممارسات جيدة"، تتعدّد المصطلحات لتحديد مختلف أشكال التدخل التي تُعتبر نموذجية في بلد ما أو في منطقة ما، ومصدر إلهام لبلدان أو مناطق أخرى. وقد تكون هذه الإجراءات عبارة عن تشريعات، وسياسات عامة، واستراتيجيات وخطط عمل، وأطر تنظيمية ومؤسسية، واجتهادات، وممارسات إدارية، وتدريبات، وحملات إعلامية، ومبادرات من المجتمع المدني، وأدوات لجمع البيانات والمؤشرات، إلخ.

ويمكن أن تنفّذ هذه الممارسات النموذجية جهاتٌ مختلفة مثل الدولة، والجماعات الترابية، والإدارات العامة، ومنظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص، والجامعات، والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان أو المنظمات الدولية. ولكي تكون الممارسة "جيدة"، لا بد من أن تدرج توصيات خطة عمل مدريد ونهجاً قائماً على حقوق الإنسان.

وإنجاز ممارسة فضلى دولية على نحو شامل ووضع مقياس دولي شامل هما عملية مُضنية، تستدعي الكثير من الوقت والموارد. وفي ما يلي، بعض الأمثلة عن "الممارسات الجيدة" المصنّفة وفقاً لمواضيع خطة عمل مدريد ومحاورها الكبرى.

### الف. الأمن الاقتصادي للأشخاص المسنين

في بلدان أوروبا، وأمريكا الشمالية وآسيا الوسطى، تحصل الغالبية العظمى من كبار السنّ (بين 86 في

المسيرة المهنية، ما عدا في دولة قطر (حيث يتجاوز هذا المعدل 80 في المائة)، والإمارات العربية المتحدة (70 في المائة) والبحرين (60 في المائة)، تسجل الغالبية العظمى من البلدان العربية معدلات أقل من 50 في المائة (السودان، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، وموريتانيا والكويت)، وأقل من 40 في المائة (تونس، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، ودولة فلسطين، لبنان، وليبيا، واليمن)، وحتى أقل من 30 في المائة كما في الأردن والجزائر. أما بالنسبة إلى النساء من الفئة العمرية نفسها، فمعدل نشاطهن منخفض جداً عموماً: ويتراوح بين 20 في المائة و30 في المائة في البحرين والسودان وقطر والمغرب وموريتانيا، ويبلغ أقل من 10 في المائة في جميع البلدان الأخرى تقريباً<sup>9</sup>.

وفي المغرب، لا يزال شخص واحد من أصل خمسة أشخاص من الفئة العمرية 60 عاماً وأكثر (5,19 في المائة) يحافظ على النشاط المهني، وهو معدل مرتفع جداً مقارنةً بمعدلات البلدان المتقدمة. ويُعتبر هذا المعدل أعلى في المناطق الريفية (7,24 في المائة) ولدى الرجال (7,36 في المائة في المتوسط، و3,52 في المائة للفئة العمرية 60-64 عاماً)، وينخفض مع التقدّم في السنّ (7,15 في المائة للفئة العمرية 75 عاماً وأكثر)، والنساء المسنّات لديهنّ نشاط محدود (3,7 في المائة و1,7 في المائة على التوالي)<sup>10</sup>. ويُذكر أن سنّ تقاعد الموظفين العموميين قد ارتفع مؤخراً في المغرب من 60 عاماً إلى 63 عاماً، وبدأ تنفيذ هذا القرار في عام 2017<sup>11</sup>.

## 2. دعم إنشاء المقاولات أو الأنشطة المدرة للدخل

في حالات قليلة، تشجّع الدول أشخاصاً متقاعدین أو حتى أجراً مسنّين على إنشاء مقاولات أو أنشطة مدرة للدخل. فآليات المساعدة العامة، ومراكز المعلومات والتوجيه والدعم، والقروض البنكية وما إلى ذلك، تُمنح عموماً للشباب، إلا أن بعض البلدان (البرتغال، وبريطانيا

السكانية، وهم الأكثر عرضةً للفقر، ويمكن النظر في العديد من الإمكانيات لمعالجة وضع كبار السنّ من خلال الاسترشاد بممارسات نفذتها بلدان معينة.

## 1. ممارسة الأنشطة المهنية لفترة أطول

الهدف هو تشجيع بقاء المسنّين في العمل لأطول فترة ممكنة، ما يقتضي إزالة أوجه التمييز القائمة على السنّ، التي تحول دون بقاء الأجراء المسنّين في العمل ووصولهم إلى سوق العمل، وذلك من خلال: إصلاح معاشات التقاعد، ورفع سنّ التقاعد (الذي يتراوح حسب البلدان بين 60 سنة و67 سنة، وقد يصل إلى 70 سنة كما في اليابان)، وإتاحة إمكانية مراكمة معاش التقاعد والعائدات من الأنشطة، ومنح إعفاء ضريبي للمقاولات التي توظف أجراً مسنّين يعانون من بطالة طويلة الأجل، وإدارة الموارد البشرية. ويُطبّق هذا النوع من الاستراتيجيات في أمريكا الشمالية، وبلدان أوروبا، واليابان، ومنذ فترة قصيرة في روسيا، بعد أن بدأت جميع هذه البلدان تواجه شيخوخة سكانها، وإشكالية تمويل أنظمة الحماية الاجتماعية لديها (أي معاشات التقاعد) ونقص اليد العاملة.

وتشهد البلدان العربية تفاوتاً شديداً من حيث مشاركة كبار السنّ في الحياة المهنية حيث تم:

- تسجيل تمييز ولا مساواة ملحوظين بين الرجال والنساء في الوصول إلى سوق الشغل وإلى النشاط المهني؛
- ممارسة الأنشطة المهنية لفترة أطول، بنسبة عالية لدى الفئات التي تجاوزت سنّ التقاعد، ولا سيما الرجال، مقابل ضعف هيكلية في معدل تشغيل الأجراء المسنّين (من الفئة العمرية 55-64 عاماً).

وتنطبق هذه الخصائص على غالبية البلدان العربية مع بعض الاختلافات. وإذا ما أخذنا نسبة تشغيل الرجال المسنّين في الفئة العمرية 55-64 عاماً، كمؤشر لنهاية

لما يقارب 5,723 شخصاً مستأً، حيث تقدّم لهم الرعاية الشاملة (البيانات مستمدة من مؤسسة "التعاون الوطني"، نيسان/أبريل) 2018. وتوفّر منظمات غير حكومية أخرى أيضاً مساعدات لصالح كبار السنّ المحتاجين المقيمين في منازلهم، ويُتوقّع أن يتطوّر هذا القطاع.

#### 4. الحماية الاجتماعية الشاملة

في ظلّ محدودية الهياكل الاقتصادية وسوق العمل في حماية العاملين النشطين اقتصادياً والعاملين السابقين، ومحدودية إجراءات معينة مثل مكافحة الفقر، أطلقت بلدان أخرى مبادرات جديدة أكثر طموحاً ومراعاةً لكرامة الأشخاص المسنّين. وقد ذكرت منظمة العمل الدولية، في تقريرها العالمي الأخير للحماية الاجتماعية 2017-2019، أن العديد من البلدان المنخفضة أو المتوسطة الدخل يمكن أن تضمن لمواطنيها مستوى مناسباً من الحماية الاجتماعية من خلال توفير تغطية اجتماعية شاملة، بما في ذلك معاشات تقاعد للشيوخوخة تشمل تأميناً صحياً قائماً على دفع الاشتراكات ومساعدة اجتماعية مرتكزة على النظام الضريبي. وهذا ما يطبّق في بلدان مثل الأرجنتين، وأوزبكستان، وأوكرانيا، وبوتسوانا، وبوليفيا، وبيلاروس، وتنزانيا، وجنوب أفريقيا، وجورجيا، والرأس الأخضر، وسيشيل، والصين، وقيرغيزستان، وليسوتو، والمليديف، ومنغوليا، وموريشيوس، وناميبيا. وتلتزم بلدان أخرى نامية بتوفير هذه التغطية الاجتماعية الشاملة مثل أذربيجان، وأرمينيا، وأوروغواي، والبرازيل، وتايلند، وشيلي، وكازاخستان، ولا يرد أيّ بلد عربي في تقرير منظمة العمل الدولية.

#### باء. الصحة، والاستقلالية والرفاه

في ظلّ المتغيرات الديمغرافية وتحديات شيخوخة السكان، تواجه البلدان تحدياً رئيسياً وهو ضمان

العظمى، وفرنسا، وقبرص، وكوستاريكا، وليتوانيا، ومولدوفا، وهندوراس) قد أبدت انفتاحاً لتشجيع هذا المسار من خلال إحداث صفة "المقاول الذاتي" وتوفير تسهيلات إدارية ومالية، وتقديم الدعم مالي والمساندة إلى كبار السنّ لإنشاء المقاولات، وتسهيل حصولهم على القروض المصرفية المهنية. وليس في المغرب أي آلية محددة تشجّع كبار السنّ على إحداث أنشطة مهنية.

#### 3. محاربة الفقر

تتوفر آليات المساعدة المالية أو العينية لمساعدة السكان المحتاجين (أي الحد الأدنى للمعاش التقاعدي، والمساعدة الطبية والغذائية، وإعانة السكن والنقل، إلخ). وتتيح البلدان المتقدمة آليات لحماية الأشخاص المحتاجين، بما في ذلك كبار السنّ، في حين تقدّم بلدان نامية أخرى حلولاً متنوعة. فقد وضعت إثيوبيا، مثلاً، "سياسة وطنية للحماية الاجتماعية" بهدف مكافحة الفقر الذي يطال الفئات الضعيفة، بما في ذلك كبار السنّ، ووضعت غانا أيضاً برنامج "تمكين سبل كسب الرزق لمكافحة الفقر" (الذي يؤمّن دخلاً لمحاربة الفقر)، وهو نظام من التحويلات المالية إلى الأشخاص الأكثر فقراً وإلى الأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً وأكثر.

وتعدّ هذه البرامج عمليات تجريبية تمولها جهات مانحة، ومنظمات الأمم المتحدة، ومنظمات غير حكومية، واستدامتها غير مضمونة. وكثيراً ما تركز سياسات محاربة الفقر في البلدان النامية على الأسر التي تهتمّ بأطفال، وينبغي توسيعها لتشمل كبار السنّ الذين كثيراً ما يتكفلون بأسرهم في مجتمعاتهم المحلية.

وفي المغرب، فإن الأشخاص المسنّين الذين يفتقرون إلى الدعم الأسري وإلى السند العائلي يستفيدون من الرعاية الاجتماعية من خلال 62 مؤسسة اجتماعية تديرها منظمات غير حكومية وتدعمها الدولة. وتقدم هذه المؤسسات خدمات الإيواء والتطبيب والإطعام



وتوصي منظمة الصحة العالمية<sup>12</sup> باتخاذ إجراءات أولية تتعلق بمبادئ الوقاية، وتضمّ برامج معرفية وإرشادية ومواكبة، وقد وضعتها عدة بلدان (مثل الخطة الوطنية للوقاية من فقدان الاستقلالية في فرنسا، والخطة المتعلقة بالشيخوخة النشطة في أوروبا)<sup>13</sup>.

### (ب) الهشاشة

**كبار السن "في وضعية هشّة"** (الذين يمثلون ما يقرب نسبة 30 في المائة) هم الذين تركوا صفة "كبار السن النشطين اقتصادياً" (أي الاستقلالية، والحياة الأسرية، والحياة الاجتماعية، وأنشطة الشيخوخة الجيدة) ودخلوا مرحلة من حياتهم، تسودها مشاكل صحية وحركية، وأحياناً العزلة الاجتماعية.

وهذه الفئة من كبار السن هي من بين الفئات الأكثر لجوءاً إلى الخدمات الصحية مثل الاستشارات، والطوارئ، والاستشفاء، واستهلاك الأدوية. وكثيراً ما يترافق الضعف الجسدي مع الحوادث المنزلية مثل الإنفلونزا، والسقوط، والتسمم، والحوادث القلبية والوعائية ...، وهذه عوامل دافعة لفقدان الاستقلالية.

والتحدي الرئيسي بالنسبة إلى هذه الفئة من الأشخاص المسنين هو الوقاية من تفاقم الأمراض والقيود الوظيفية، ومن حوادث الحياة اليومية. ولا بدّ من توفير خدمات جديدة مثل التغذية، والأنشطة البدنية والإدراكية، وتكييف المسكن وتعزيز الأمن، وتسهيل الحصول على الخدمات المجتمعية، وتوفير الحلول الرقمية، وتوطيد الروابط مع الأقارب والمحيط الاجتماعي. ويُعدّ مجال الشيخوخة مجالاً يستدعي تدخل العديد من الجهات الفاعلة لدعم فئة الأشخاص المسنين مثل صناديق التقاعد، وشركات التأمين الصحي، وصناديق التعاضد، والجماعات

الشيخوخة بصحة جيّدة، سيما أن هذا التحول السكاني يترافق مع تحوّل وبائي: فالأمراض المعدية تتضاءل تدريجياً وتحلّ مكانها أمراض مزمنة تتزايد مع التقدّم في السنّ وتؤدي إلى فقدان الاستقلالية.

### 1. استراتيجية الوقاية والمواكبة

يمكن تحديد ثلاث مراحل في مسار التقدّم في السنّ: الاستقلالية – الهشاشة – فقدان الاستقلالية.

والتحدي الأساسي هو مضاعفة الجهود لتعزيز الصحة والاستقلالية لأطول فترة ممكنة، ودعم حالات الهشاشة على نحو أفضل، وإنقاذ خطر فقدان الاستقلالية. ولعلّ هذه المراحل الثلاث أهداف يمكن أن تسعى تدخلات ملائمة إلى تحقيقها.

### (أ) الاستقلالية

يتعلق الأمر بالأشخاص المسنين النشطين والمتقاعدين في صحة جيدة (60 في المائة)، والمستقلين، الذين يعيشون مع أسرهم ويقدمون مساهمات فعالة للمجتمع. والتحدّي الرئيسي بالنسبة إلى هذه الفئة هو الوقاية من الأمراض المزمنة (أي أمراض القلب والشرايين، والسرطان، والأمراض التنفسية، والسكري، والسمنة والعجز البدني والحسي والإدراكي، ...). والتحدّي الأساسي أمام الدول هو:

- **بالنسبة إلى النشطين اقتصادياً:** وضع إجراءات وقائية في المؤسسات بالشراكة مع شركات التأمين الصحي، وصناديق التعاضد، وصناديق معاشات التقاعد؛
- **بالنسبة إلى المتقاعدين:** وضع إجراءات وقائية على مستوى صناديق معاشات التقاعد بالشراكة مع شركات التأمين الصحي، وصناديق التعاضد.

حصول كبار السن على الرعاية والمساعدة، ووضع بروتوكولات التكفل بالمرضى (معايير، وشهادات، ورقابة) لتقييم الخدمات بهدف ضمان الجودة في رعاية كبار السن. ويمكن الاطلاع، في هذا الإطار، على النموذج الفرنسي في وضع إطار قانوني لرعاية الأشخاص المسنين فاقدوا الاستقلالية<sup>15</sup>.

## 2. التمويل وتنظيم الخدمات

### (أ) العلاجات

تتولى تمويل الجزء الأكبر من خدمات الرعاية في مختلف البلدان مؤسسات التأمين الصحي (سواء كان التأمين قائماً أو غير قائم على دفع اشتراكات) العام والخاص، والأساسي والتكميلي. ويسدّد المؤمنون كلفة عالية نسبياً حسب البلدان ونظام الحماية الاجتماعية واستراتيجية الصحة العامة فيها.

وعلى خلاف البلدان النامية، فإن أنظمة الحماية الاجتماعية لا تغطي سوى ثلث كبار السن، ولا يتاح بسهولة الوصول إلى الرعاية العامة المجانية. كما أن جودتها غير مضمونة، ولا سيما للأشخاص المسنين، نظراً لبعد خدمات الرعاية، ونقص المهنيين المتخصصين في علم الشيخوخة، وعدم تنظيم الخدمات على نحو يناسب كبار السن الذين يعانون من عدة صعوبات صحية. لذا، أصبح من الضروري توسيع التغطية الصحية لتشمل جميع الأشخاص المسنين المحتاجين وغير المؤمنين (بتمويل عام وخاص)، وتطوير تخصص علم الشيخوخة الذي يركز على الطب في المجتمع المحلي وفي المستشفيات.

ووفقاً لقرار جمعية الصحة العالمية (WHA67(13))، أعدت منظمة الصحة العالمية للفترة 2016-2020 استراتيجية وخطة عمل عالميين بشأن الشيخوخة والصحة، بالتشاور مع الدول الأعضاء وشركاء آخرين.

المحلية، ومراكز الخدمات الصحية والمساعدة المنزلية، والجمعيات، إلخ. وأصبحت فئة الأشخاص المسنين تستقطب مؤسسات ومقاولات لصنع الأجهزة الطبية والتكنولوجية وابتكارات في مجال الرعاية الصحية والأمنية والمساعدة في الحياة اليومية (المساعدة عن بعد، المراقبة عن بعد، الطب عن بعد، والأشياء المتصلة)<sup>14</sup>.

### (ج) فقدان الاستقلالية

تبلغ نسبة المسنين فاقدوا الاستقلالية 10 في المائة، ويعيش 70 في المائة منهم داخل الأسر ويحصلون على بعض الدعم في الخدمات الصحية والمعينات. وتعتبر الأسرة المكان الطبيعي والأفضل للمسن. والتحدّي الأساسي هو الملاءمة بين الخدمات الصحية (التي تقدّمها المدينة والمستشفى) والخدمات التي يقدمها المهنيون والأقارب داخل الأسر، وذلك للحد من أوضاع الانقطاع الناجمة عن الاستفادة من الخدمات. وعندما تنعدم مختلف الخدمات المنزلية وينعدم التكفل أو الإعالة المنزلية، يبقى التكفل داخل المؤسسات هو الملاذ الوحيد، حينها يكون الاستقبال في مؤسسة الرعاية الاجتماعية هو الحلّ الضروري والملائم، على أن تتيح هذه المؤسسات خدمات جيدة.

وقد تمكنت البلدان المتقدمة، الرائدة في مجال الشيخوخة، من توفير جميع مستلزمات الرعاية والمساعدة داخل الأسرة، بما في ذلك المساعدة على تلبية أعمال الحياة اليومية، والرعاية المنزلية، والرعاية الطبية لكبار السن والرعاية المخففة للآلام، والرعاية في المؤسسات الصحية. وتعتبر البلدان المتقدمة رائدة أيضاً في مجال تدريب المهنيين المتخصصين في رعاية المسنين، وخدمات الاستشفاء المنزلية والمساعدة المنزلية. وينبغي أخذ جوانب أخرى في الاعتبار مثل تنسيق الخدمات، وتسهيل

اليوم المحور الأساسي في تقديم المساعدة إلى الأشخاص المسنين. ولا بد من وضع سياسة عامة، وبناء شراكات مع الصناديق الوطنية والمؤسسات، وإيجاد حلول في السوق.

## جيم. البيئة الملائمة والداعمة

### 1. السكن والبيئة المعيشية

تعتمد محدّدات الصحة والرفاه والاستقلالية الوظيفية على البيئة المحيطة لدى كبار السنّ ولدى جميع الفئات العمرية، علماً بأنّ العمر هو بلا شكّ عاملٌ يحدّد طاقات الإنسان، أي تعتمد هذه المحدّدات على السكن والبيئة المعيشية، والأمن، والحصول على الخدمات المجتمعية، وخدمات الرعاية والمساعدة، والنقل، والترفيه، والحياة الأسرية والمشاركة الاجتماعية.

وأنّ أكثر المبادرات طموحاً وتنظيماً هي مبادرة "المدن الصديقة للمسنين" التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية في عام 2007 بمشاركة 33 مدينة من جميع قارات العالم. وتعتبر «المدينة الصديقة للمسنين» بيئة محلية حاضنة ومتاحة، يسهل على كبار السنّ الوصول إليها، وتركز على ثمانية مجالات رئيسية من الحياة، تشمل محدّدات الصحة والرفاه: أي المساحات والمباني الخارجية، ووسائل النقل، والسكن، والاحترام والاندماج في المجتمع، والمشاركة الاجتماعية، والشغل، والمجتمع المحلي وخدمات الصحة، والتواصل ونقل المعلومات.

وقد أُطلقت في عام 2010 "الشبكة العالمية للمدن والمجتمعات الصديقة للمسنين"، التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وتضمّ اليوم 500 مدينة ومجتمع محلي في 37 بلداً. وأطلقت منذ عام 2012، الشبكة الناطقة بالفرنسية للمدن الصديقة لكبار السنّ.

وتنسجم هذه الاستراتيجية مع أهداف التنمية المستدامة، وتستند إلى الصكّين السياسيين الدوليين المتعلّقين بالحق في الصحة وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002) من أجل تعزيز الشيخوخة بصحة جيدة على المستوى العالمي، وذلك لدعم الشيخوخة السليمة (2020-2030).

وفي هذا الإطار، تدعم منظمة الصحة العالمية البلدان النامية لتحسين أنظمة الرعاية لديها، وذلك باتخاذ إجراءات لتشجيع الشيخوخة بصحة جيدة (من خلال دعم إعداد الأدلة التوجيهية والتكوينات والتمويل). ويستفيد المغرب حالياً من هذا الدعم من خلال وزارة الصحة المغربية في إطار دعم إعداد خطة العمل الوطنية للصحة للفترة 2019-2025.

### (ب) خدمات المساعدة على ممارسة الحياة اليومية للمسنين

يشكل هذا المحور إشكالية صعبة من حيث التمويل والتنظيم، نظراً للموارد والخيارات الجماعية المحددة لكل بلد أي الدولة، والسوق، والأسرة. وتوجد عدة نماذج للتمويل والتنظيم لرعاية كبار السنّ المتكفل بهم، (انظر نماذج تمويل التكفل في العالم في المرفق السابع):

- الأسرة: وهو النموذج الأكثر انتشاراً في البلدان النامية (أفريقيا، وجنوب آسيا، وغربي آسيا)؛
- الدولة والأسرة: آسيا وأمريكا اللاتينية؛
- الدولة والسوق والأسرة: آسيا الوسطى، وأوروبا الغربية، واليابان؛
- الدولة والسوق: أمريكا الشمالية، وشمال أوروبا، وبريطانيا العظمى.

ولا تنبثق عن هذه الخيارات النتائج نفسها على الجماعات المحلية، والاقتصاد والأسر المعيشية. وبالنسبة إلى المغرب، لا يزال المحيط الأسري حتى

الأمن، وخدمة بواب، وخدمات الحياة اليومية، والمساعدة...): المساكن المشتركة، والمساكن المختلطة بين الأجيال (أي كبار السن، والأسر التي لديها أطفال صغار السن، والطلاب)، والمساكن المزودة بخدمات لكبار السن، إلخ.

## 2. مشاركة كبار السن في حياة المدينة

لا يخلو التقدم في السن من المخاطر على المشاركة الاجتماعية، وتتجلى المشاركة الاجتماعية في جميع مجالات الحياة (في المساكن، والمرافق الاجتماعية والثقافية، والجمعيات، والأحياء، والمدن) وتتخذ عدة أشكال: الروابط الاجتماعية والمخالطة المجتمعية، والمشاركة في المبادرات الجماعية المتعلقة بشتى مواضيع الحياة اليومية، والتعايش، والمجتمع المحلي، والبيئة، والتضامن مع الفئات المحرومة الأخرى، والمواطنة، إلخ. ويمكن تعبئة الجهات المعنية (الجماعات المحلية، ومراكز الخدمات الاجتماعية والثقافية، والجمعيات، وصناديق التقاعد، والمؤسسات، والمدارس، إلخ) تأييداً لمشاركة كبار السن في الحياة الاجتماعية<sup>16</sup>. ويمكن أن يشارك كبار السن، من خلال تجمعات غير رسمية أو جمعيات، في الهيئات المعنية بالاستشارة والتداول والمتابعة والتقييم للسياسات العامة المحلية والوطنية<sup>17</sup>.

## 3. دعم مقدمي الخدمات الأسرية<sup>18</sup>

تعتمد رعاية كبار السن فاقدى الاستقلالية داخل الأسر، إلى حد كبير على الأقارب المساعدين، والزوج أو الزوجة، والأبناء والوالدين، وأحياناً الأصدقاء، والجيران، والمتطوعين.

وفي هذا السياق، ينبغي أن تعمل السياسة العامة المتعلقة بكبار السن الفاقدين للاستقلالية على دعم

وعلى نطاق ضيق، وتحديداً في حالة كبار السن الذين يعانون من قيود وظيفية، فإن التحدي الأساسي هو تشجيع بقائهم في المنزل لأطول فترة ممكنة وفي أفضل الظروف.

وإضافة إلى توفير خدمات الرعاية والمساعدة المنزلية، لا بد أيضاً من العمل على تفادي العزلة، وحوادث الحياة اليومية ولا سيما السقوط، وخيانة الأمانة، وسوء المعاملة التي كثيراً ما تحصل في منازل الأشخاص المسنين.

ولتحقيق هذا الهدف، لا بد من اتخاذ إجراءات حازمة بشأن السكن وتفاعله مع البيئة المحيطة أي ضمان الأمن والراحة فيه، وتكييفه، وتعزيز تواصله مع البيئة المحيطة، وتسهيل الوصول إليه.

وقد اتخذت تدابير ابتكارية ملحوظة في ما يتعلق بالحياة اليومية وباحتياجات الأشخاص المسنين مثل تحسين مساحات الحياة والتنقل والأنشطة، والمعدات، والأجهزة الذكية والحلول الرقمية (مثل أجهزة الاستشعار، والخدمات عن بعد). ويمكن توفير هذه الحلول المبتكرة في المساكن الجديدة والقديمة، والخاصة والجماعية.

وقد وضعت عدة بلدان تواجه شيخوخة سكانية متزايدة مجموعة من المعايير والعلامات التي تشجع بناء المساكن الملائمة للأشخاص في وضعية إعاقة وكبار السن فاقدى الاستقلالية، لكي يعتمدوا المقاولون والحرفيون في البناء، والصناعيون، والمؤسسات الصناعية.

وفي ما يتعلق بكبار السن في وضعية عزلة أو الذين هم بحاجة إلى رعاية معتدلة، ولا ليس لهم معيل ولا سند، وإلى جانب المؤسسات الطبية، يمكن توفير المساكن الجماعية الملائمة والمزودة بالخدمات (مثل

#### 4. الإهمال، وسوء المعاملة، والعنف

الإهمال وسوء المعاملة والعنف هي من أكثر المواضيع تأثيراً على صحة كبار السن ورفاههم وحتى صحتهم أحياناً، وهو من أكثر النواحي تداولاً في خطة مدريد وفي المناقشات الدولية والوطنية حول حقوق كبار السن. ويتجلى سوء المعاملة في أشكال مختلفة<sup>20</sup>: إما نفسية، أو بدنية، أو مالية، أو طبية، أو مدنية ... وقد يكون سوء المعاملة "غير مقصود" أيضاً من خلال الإهمال السلبي أو "متعمداً"، وقد كانت الجمعيات رائدة في التصدي لهذه المشكلة مع متطوعيها، حتى قبل أن تقرر الدول التدخل في هذا المجال أحياناً. ووضعت البلدان المتقدمة المهتمة بهذه الإشكالية قبل غيرها من البلدان، آليات عامة مخصصة لمعالجة مشكلة الإهمال وسوء المعاملة، بالشراكة مع الجماعات المحلية، ومراكز الخدمات الاجتماعية والخدمات المنزلية والتكفل عن بُعد، ومؤسسات الإيواء، والمنظمات غير الحكومية، إلخ. وتتيح هذه الآليات توفير المعلومات، وتعزيز الأطر القانونية، وتدريب المحترفين المتخصصين في مجال الرعاية والمساعدة المنزلية والإيواء في المؤسسات، ووضع آليات التبليغ عن حالات سوء المعاملة والمتابعة وتوفير الدعم للضحايا (الرقم الأخضر للاتصال المجاني، ومنصات الإصغاء، ومراكز التحقيق (الشرطة، والدرك، والقضاء)، وخدمات الطوارئ، والخدمات الاجتماعية). ولدى فرنسا مجموعة متكاملة من الآليات القانونية وأدوات المكافحة والوقاية من سوء معاملة الأشخاص الضعفاء بمن فيهم الأشخاص المسنون في الوسط الأسري وفي مؤسسات الرعاية المتخصصة. وفي أمريكا اللاتينية، تُقدّم خدمات قضائية إلى الأشخاص المسنين (من خلال تعيين نائب عام للبت في قضاياهم). وقد وضعت كل من الأردن، ودولة فلسطين، وقطر برامج مخصصة لمكافحة العنف ضد كبار السن.

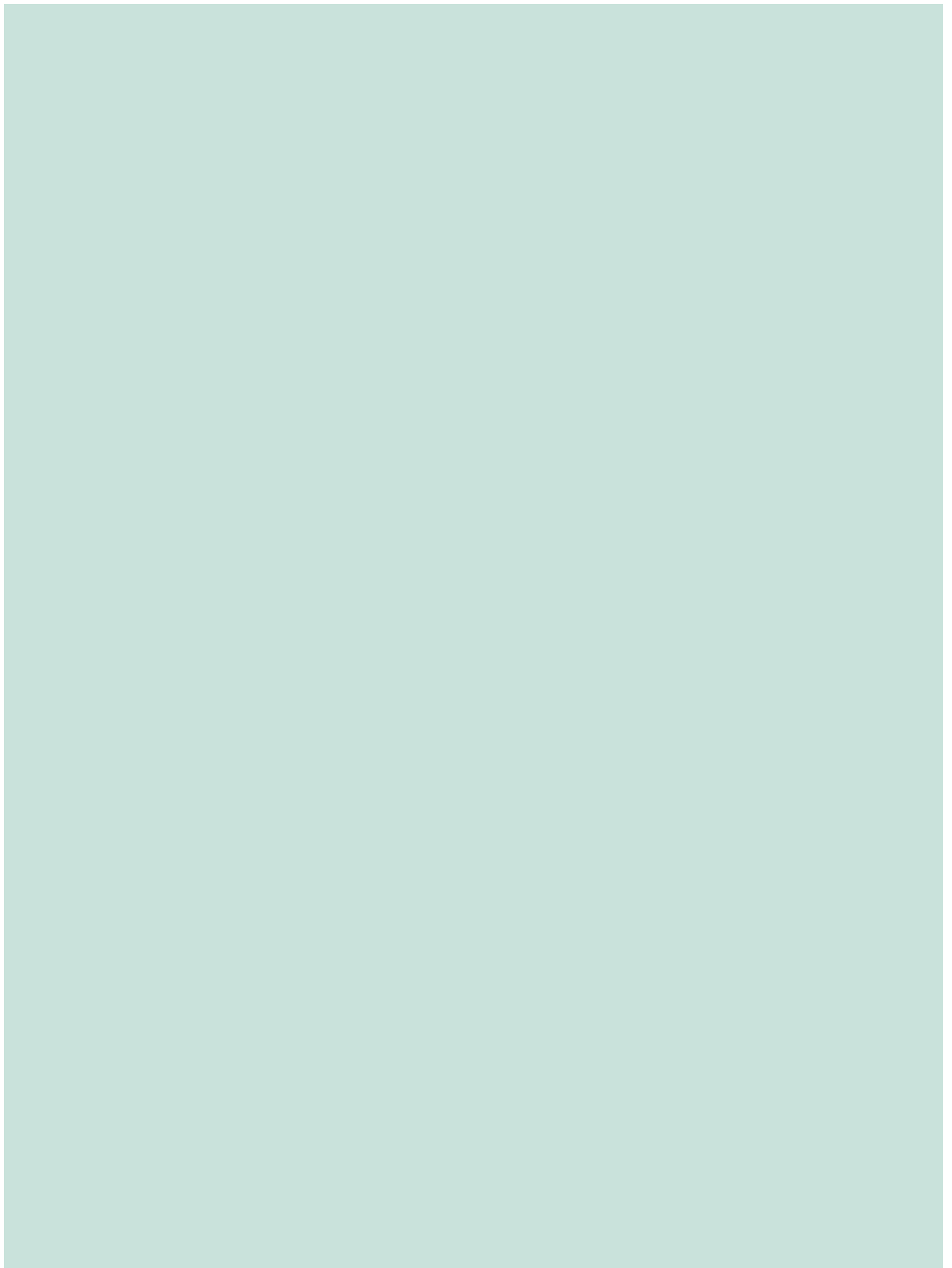
مساعدة الأقارب من خلال استعادة دورهم كأشخاص فاعلين ومشاركين في القرار. ولا تقل احتياجات المساعدين شرعية عن احتياجات الأشخاص الذي يتلقون المساعدة، وليس جميع المساعدين بحاجة إلى المساعدة نفسها: فبعضهم يريد الاحتفاظ بدور المساعد لقريبه، والبعض الآخر لا يريد تقديم المساعدة أو فقط بطريقة محدودة (طبيعة المساعدة ووتيرتها) أو عرضية (العطل والمناسبات العائلية). وينبغي للمساعدين المنزليين المحترفين أن يراعوا مكانة الأقارب المساعدين ودورهم في صياغة خطة المساعدة. هذا هو التقييم الشامل الذي سيتيح الاستجابة لجميع الاحتياجات، والتعريف على احتياجات المساعدين، واقتراح حلول مناسبة في شكل مساعدات مباشرة أو غير مباشرة<sup>19</sup>:

- نقل المعلومات/تقديم المشورة/التوجيه؛
- التبليغ عن الصعوبات الصحية الطارئة وسوء المعاملة، وتدهور الحالة؛
- تخفيف العبء من خلال إيجاد حلول لبعث الراحة في الحياة اليومية؛
- تشجيع الحفاظ على الحياة الاجتماعية والمهنية؛
- كسر العزلة.

ومؤخراً، أبدت المقاولات انشغالاً كبيراً بصحة ورفاه الأجراء الذين يقدمون المساعدة لذويهم في سن الشيخوخة وبتداعيات ذلك على المؤسسة وتنظيمها (الغياب، وجودة العمل، والعلاقات الاجتماعية). وأصبحت تُدمج هذه المقاولات في سياساتها المتعلقة بمسؤوليتها الاجتماعية لإجراءات داعمة للأجراء العاملين لديها والذين لديهم شخص قريب مريض أو عاجز أو في وضعية إعاقة أو مُعال (من خلال توفير المعلومات، والمشورة، والتدريب، وتحسين أوقات العمل، وإتاحة العمل بدوام جزئي، ومنح العطل المخصصة للمساعدين ...).



3. مجالات التدخل ذات الأولوية والتوصيات



## 3. مجالات التدخل ذات الأولوية والتوصيات

### ألف. المبادئ الأساسية

#### 1. من هم الأشخاص الذين نتحدث عنهم؟

يُشار إلى الشخص المتقدم في السنِّ بمصطلحات مختلفة مثل "متقاعد"، "شيخ"، "مسن"، "شيباني"، "عجوز" إلخ، وتُستخدم هذه المصطلحات للدلالة على حالات غير متجانسة من حيث العمر، والمركز المهني (شخص نشط أو غير نشط اقتصادياً)، والوضع المؤسسي (متقاعد أو غير متقاعد) والأهلي (متزوج أو مطلق أو أعزب أو أرمل)، ومكان الإقامة (في المنزل أو في مؤسسة الرعاية)، والوضع الأسري (يعيش مع الزوج/الزوجة أو مع الأسرة أو وحده)، والوضع الصحي، ودرجة الاستقلالية، ومستوى المشاركة الاجتماعية، إلخ. وقد اعتمد المصطلح "مسن" (أو كبير السن) للإشارة إلى الشخص البالغ من العمر 60 عاماً وأكثر، لأنه يشمل جميع الحالات المذكورة ولأنه يرد كثيراً في الاتفاقيات الدولية.

#### 2. ضرورة مراعاة خصائص الشيخوخة في المغرب

ينبغي أن ترتكز صياغة السياسة العمومية الوطنية على المرتكزات والمعايير والممارسات الجيدة الدولية، وأن تأخذ في الاعتبار الخصائص الاجتماعية السكانية، والاقتصادية، والصحية، والاجتماعية للشيخوخة في المغرب، وتنظيمها البيئي، وخيارات المجتمع والقيم الثقافية الوطنية.

### 3. تبني مقاربة إيجابية ودامجة

ينبغي أن تحرص السياسات العامة على محاربة نشر الصورة النمطية للأشخاص المسنين، لأن التقدم في السنِّ ليس مرادفاً للمرض أو الإعاقة أو العوز أو العزلة، ودعمهم من أجل تحقيق استقلاليتهم، وتعزيز دورهم الحيوي في محيطهم الأسري والمجتمعي، وضمان مساهمتهم في تحقيق المنفعة العامة وممارستهم حقوقهم الأساسية في حالات المرض أو الإعاقة أو العوز.

### باء. مجالات التدخل ذات الأولوية

أتاح تحليل وضعية الأشخاص المسنين والشيخوخة في المغرب، وتموقع المغرب في الساحة الدولية، والنقاش المتبادل ومخرجات اللقاءات التشاورية، والمقابلات الفردية تحديد ثمانية مجالات تستحق الأولوية في التدخل، وتنقسم إلى عدّة تدابير ملموسة:

1. تطوير المعرفة العلمية حول الشيخوخة.
2. ضمان الأمن الاقتصادي، ومحاربة الفقر عند المسنين.
3. تعميم التغطية الصحية للأشخاص المسنين غير المؤمنين وتحسين الولوج إلى العلاجات والخدمات الطبية.
4. تعزيز شيخوخة نشطة مدعومة بصحة جيدة.



## التوصيات

### 1-1 تطوير المعلومات والمعرفة العلمية بشأن الشيخوخة وتجلياتها في جميع مجالات الحياة في المجتمع:

- 1-1-1 تعزيز البيانات الموجودة وتحسين استغلالها: الإحصاء العام للسكان والسكنى والمسوح الوطنية (المسح الوطني السكاني، والمسح الوطني حول المستوى المعيشي للأسر، واستهلاك الأسر وإنفاقها، والسكان وصحة الأسرة، ومعدل انتشار الإعاقة، وكبار السن، ومعدل انتشار العنف ضد المرأة)؛
- 2-1-1 وضع أنظمة معلومات أي جمع البيانات الكمية والنوعية في القطاعات الهامة، مثل البيانات المتعلقة بالأمراض، وحوادث الحياة اليومية، وحالات الإعاقة، والنفقات على الصحة، ومواطن الضعف الاجتماعية مثل الفقر والترمل والعزلة والعنف، والسلوكيات المنزلية لكبار السن المغاربة المقيمين في الخارج، وكبار السن ذوي الإعاقة، وكبار السن في مؤسسات الحماية الاجتماعية، وكبار السن المحتجزين؛
- 3-1-1 دعم إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بالشيخوخة في جميع التخصصات والقطاعات المعنية من أجل جمع بيانات معمقة وتاريخية واستشرافية؛
- 4-1-1 تكييف الأساليب والمعايير والمؤشرات الدولية في التقييم والتصنيف مع خصوصيات المغرب من أجل إبراز مواطن القوة التي ينبغي تقويتها، والتقدم الذي ينبغي تدعيمه، ومواطن الضعف التي ينبغي معالجتها.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة، ووزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية

5. تعزيز الرعاية المنزلية عن بعد ودعم مقدمي الرعاية.
6. النهوض بطب الشيخوخة بهدف تقديم رعاية صحية جيدة لفائدة المرضى المسنين.
7. تعزيز المشاركة الاجتماعية والثقافية لفائدة الأشخاص المسنين.
8. ضمان احترام الحقوق الإنسانية للأشخاص المسنين.

وهذه المجالات ذات الأولوية مستمدة من رؤية إيجابية وشاملة حول التقدم في السن، وتعكس نهجاً وقائياً ملموساً على طول "دورة الحياة" بناء على القيم الأساسية للشيخوخة الجيدة في مجتمع متضامن.

### 1. تطوير المعرفة العلمية حول الشيخوخة

يُعتبر الأشخاص المسنون البالغون 60 عاماً وأكثر فئة اجتماعية غير متجانسة، فهم ينتمون إلى جيلين على الأقل (الجيل الثالث والجيل الرابع). وتختلف أحوالهم واحتياجاتهم حسب عوامل فردية وأسرية واجتماعية شتى مختلفة مثل الجنس، والعمر، والصحة، والمستوى التعليمي، والفئة الاجتماعية المهنية، والدخل، والإرث، والوضع الأهلي والأسري، والهجرة، والمسكن، وأسلوب العيش والاستهلاك، إلخ.

وتختلف الأحوال الفردية والاجتماعية أيضاً حسب عوامل بيئية مثل مناطق السكن (المدن أو ضواحيها أو الأرياف)، والهياكل الأساسية (شبكات النقل والاتصالات)، والمرافق العامة (الخدمات العامة، والمستشفيات، والخدمات الاجتماعية، والمحلات التجارية، إلخ). ومن أجل تحديد الاحتياجات ذات الأولوية، والتعرف على المستفيدين والمناطق المستهدفة، وصياغة استراتيجيات وبرامج عمل وتوجيهها وتقييمها، لا بد من جمع بيانات إحصائية وتحليل نوعية متعددة التخصصات ودقيقة ومحدثة.

دفعوا اشتراكات غير كافية، مشاكل في تلبية احتياجاتهم وتغطية النفقات الناجمة عن الشيخوخة.

فما هي الحلول التي ينبغي اختيارها أو تصورها، وما هي المقارنات بين ما يرتبط بالمسؤولية الفردية (الحفاظ على النشاط المهني، والادخار، والإرث)، وبالتضامن الأسري (الواجب الغذائي، والتضامن)، وبنظام الحماية الاجتماعية المهنية، وبالمساعدة الاجتماعية (الدولة، والجماعات المحلية) أو بالتعاقد الاجتماعي (الجمعيات والمؤسسات والأعمال الخيرية)؟ وينبغي أن تستجيب هذه الخيارات والمقارنات لأوضاع كبار السن واحتياجاتهم، وأن تتطلع إلى مستقبل الشباب والأشخاص النشطين اقتصادياً الذين سيشكلون الجيل المقبل من كبار السن.

### التوصيات

**1-2 التحدي الرئيسي على المدى المتوسط والبعيد هو زيادة معدل التشغيل لدى السكان النشطين ولا سيما النساء، والحفاظ على المسار المهني للأشخاص المسنين المشتغلين:**

- 1-1-2 تحسين معدل التشغيل لدى السكان النشطين ضمان بيئة اقتصادية ملائمة بهدف خلق وتعزيز فرص الشغل من خلال ملائمة التكوينات مع متطلبات سوق الشغل، ودعم إنشاء المقاولات (التوجيه، القروض المصرفية، الدعم المالي العام، الإعفاءات الضريبية)، ووضع الأطر القانونية والتنظيمية إضافة إلى صياغة ووضع سياسات عامة للاستثمار؛
- 2-1-2 تشجيع الاستقلالية والأمن الاقتصاديين للمرأة: زيادة انخراط المرأة في سوق العمل وفي المهن والأنشطة الاقتصادية المستقلة، وتشجيع إنشاء المؤسسات من خلال إتاحة

- الاجتماعية، والإسكان، والعدل، والداخلية، والوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين في الخارج؛
- الوكالات والمؤسسات الوطنية: المندوبية السامية للتخطيط، ومراكز الدراسات والبحوث السكانية، والمرصد الوطني للتنمية البشرية؛
  - مراكز البحث، والجامعات؛
  - الصناديق الوطنية للصحة، ومعاشات التقاعد، والادخار.

## 2. ضمان الأمن الاقتصادي ومكافحة الفقر عند المسنين

ينخفض معدل النشاط الاقتصادي مع التقدم في السن بغض النظر عن الجنس ومكان الإقامة. ولا يزال أقل من شخص واحد نشيطاً اقتصادياً من كل شخصين من الفئة العمرية 55-64 عاماً (45 في المائة)، ولكن شخصاً واحداً من كل خمسة أشخاص سنهم أكثر من 60 عاماً (19,5 في المائة) لا يزال يشتغل. والمسنون الذين يشتغلون هم أساساً رجال (36,7 في المائة مقابل 2,8 في المائة من النساء)، وكبار السن في الأرياف (47,3 في المائة من الرجال مقابل 2,6 في المائة من النساء). ويبلغ معدل كبار السن من الفئة العمرية 60 عاماً وأكثر والحاصلين على معاشات تقاعدية أقل من شخص واحد من كل خمسة أشخاص (17 في المائة)، 25 في المائة من سكان المدن مقابل 4,5 في المائة من سكان الأرياف. ويفتقر أكثر من 8 أشخاص مسنين من كل 10 أشخاص إلى المعاشات التقاعدية، وتواجه المرأة أوجه ضعف متراكمة طيلة حياتها وتسجل معدلاً متدنياً في النشاط المهني (2,8 في المائة) بغض النظر عن مكان إقامتها، ولا تتجاوز نسبة النساء المستفيدات من معاشات تقاعدية 4 في المائة. وحالياً، يواجه كبار السن غير النشطين اقتصادياً من الفئة العمرية 60 عاماً وأكثر، والذين لم يسبق أن دفعوا اشتراكات في صناديق المعاشات التقاعدية أو

- التجمّعات المهنية للعقال بدون أجر: الهيئات المهنية، والاتحادات، والنقابات، والجمعيات؛
- صناديق معاشات التقاعد الوطنية؛
- المصارف.

## 2-2 على المدى القريب، تقديم دعم مادي للأشخاص المسنين ليتمكنوا من العيش بكرامة:

يكمن الهدف من خلال هذه الآلية في القضاء على الفقر المدقع الذي يطال أعداداً كبيرة من كبار السن من خلال تحديد الحد الأدنى لسنّ غير النشطين اقتصادياً والذين لا يتقاضون دخلاً (أي عائدات من نشاط معين، أو معاشاً تقاعدياً، أو ادخاراً، أو إرثاً). ولا ينبغي أن تكون هذه التدابير الاجتماعية مشروطة بغياب الدعم الأسري لتفادي خطر النزاعات في المحيط الأسري، والتخلي عن كبار السن بطريقة احتيالية. وسواء كانت هذه الاستحقاقات نقدية أو عينية، ينبغي أن تغطي التكاليف الأساسية (ولا بد من تحديد سلّة نفقات: السكن والمصاريف، والتغذية، والأدوية، إلخ).

وينبغي تحديد شروط الأهلية الاجتماعية من خلال وضع نظام معلومات موثوق<sup>21</sup> (يتيح التعرّف على كبار السن المحتاجين، ومعالجة الطلبات، والتقيّد بشروط الاستفادة، والمتابعة، والرقابة، وتقييم الأثر). وتُدار هذه الاستحقاقات وفقاً لما يختاره المستفيدون سواء تعلق الأمر بمساعدات نقدية أو عينية. وفي هذه الحالة الأخيرة، سيكون للجماعات المحلية والجهات الفاعلة الميدانية دور هام. ويمكن تمويل الاستحقاقات من خلال الضرائب (الدولة والجماعات المحلية)، أو الضرائب والاشتراكات معاً (صندوق تعاضد تموله الصناديق الوطنية)، أو الضريبة المخصّصة للاستحقاقات مثل "الزكاة الإلزامية" المطبّقة في إندونيسيا، أو الضريبة على السيارات التي اعتمدت في فرنسا في الستينات، أي توفير "تغطية اجتماعية شاملة"، وهي آلية تدعو إلى تطبيقها عدة بلدان نامية بتشجيع من المؤسسات الدولية (منظمة الأمم المتحدة،

العوامل الداعمة مثل التعليم والتدريب وتكافؤ الفرص ومكافحة التمييز، ودعم الأنشطة المدرة للدخل وإنشاء المقاولات؛  
3-1-2 التشجيع على الاستمرارية في العمل بالنسبة للأشخاص المسنين حتى عند تجاوزهم سنّ التقاعد وتمكينهم من الاستفادة من معاش تقاعدي كامل أو تشجيع مراكمة المعاش التقاعدي إلى جانب مواولة نشاط مدفوع لزيادة دخلهم، ولا سيما في حالة المتقاعدين الذين يحصلون على "معاشات تقاعدية محدودة". وهذا يتطلّب تعزيز مرونة سوق العمل، والقضاء على الأحكام المسبقة وأشكال التمييز التي تطال كبار السن النشطين اقتصادياً، وإزالة سنّ التقاعد الإلزامي؛

4-1-2 بالنسبة للعمال بدون أجر البالغين أكثر من 60 سنة، فإنهم يستمرّون في العمل لفترة أطول ويتمركزون بشكل أكبر في المجال القروي والحضري أيضاً. وتهدف مواكبتهم طيلة مسارهم المهني في تفادي حالات الانقطاع المفاجئ عن العمل. ولا بد أيضاً من وضع آليات لدعم المقاولات سواء كانت تابعة للقطاعين العام أو الخاص من خلال منح قروض مصرفية، ومساعدات مالية، وتسهيلات إدارية وإعفاءات ضريبية.

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، ووزارة الشغل والإدماج المهني، والفلاحة، والصيد البحري والتنمية القروية، والصناعة التقليدية والاقتصاد الاجتماعي، والسياحة، والتربية الوطنية، والتكوين المهني والتعليم العالي ...؛
- الجماعات المحلية (الأقاليم، والمحافظات، والبلديات)؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات، والأجراء)؛

المهنية غير المتجانسة (مثل كتاب العدل، والمحامين، والأطباء، والممرضين، والمهندسين، والتجار، وعمال النقل، والفلاحين، والبائعين المتجولين) خارج نظام الحماية الاجتماعية حتى اليوم. وبعد مرور سنة على اعتماد القانون 98-15 المتعلق بالتأمين الطبي الإلزامي للمستقلين، اعتمدت الحكومة قانوناً جديداً (99-15) يتضمن نظاماً تقاعدياً إلزامياً. ولا ينبغي لهذا الهدف ذات الأولوية بشأن توسيع الحماية الاجتماعية لتشمل جميع العمال، المأجورين وغير المأجورين، أن يحجب هدفاً آخر لا يقل أهمية، وهو الحد من عدم المساواة في الظروف والحقوق والاستحقاقات وفقاً للأنظمة والفئات الاجتماعية المهنية..

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والشغل والإدماج المهني، والصحة، والعدل، والنقل، والفلاحة، والصيد البحري والتنمية القروية، والصناعة التقليدية والاقتصاد الاجتماعي، والسياحة؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات والأجراء)؛
- التجمعات المهنية للعمال بدون أجر: الهيئات المهنية، والاتحادات، والنقابات، والجمعيات؛
- الصناديق الوطنية للتقاعد والادخار.

### 4-2 تشجيع الحلول الاختيارية للادخار الطويل الأجل:

يستثمر عددٌ كبير من المغاربة في العقار، ولا سيما القطاع العقاري السكني، من أجل تحسين دخلهم المادي. ويبقى هذا الحل خيار فردي وغير قائم على المساواة الاجتماعية وغير ناجع اقتصادياً (إذ يترتب عليه ارتفاع في الأسعار، وخطر أزمة العقار، وصعوبات في البيع عند الاقتضاء، إلخ).

والبنك الدولي، ومنظمة العمل الدولية). وأخيراً، ينبغي أن تُدرج هذه الاستحقاقات المخصصة لكبار السن المحتاجين في مشروع إصلاح شامل لنظام الحماية الاجتماعية، وهو مشروع استراتيجي للسنوات القادمة..

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، والداخلية، والأوقاف والشؤون الإسلامية؛
- الجماعات المحلية (الأقاليم، والمحافظات، والبلديات)؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات والأجراء)؛
- التجمعات المهنية للعمال بدون أجر: الهيئات المهنية، والاتحادات، والنقابات، والجمعيات؛
- الصناديق الوطنية لمعاشات التقاعد والادخار، والمؤسسات الخيرية.

### 3-2 على المدى المتوسط والبعيد، توسيع تغطية التأمين التقاعدي على جميع النشطين اقتصادياً (الذي يعملون بأجر وبدون أجر):

يكمن الهدف الأساسي في تعميم نظام الحماية الاجتماعية، ولا سيما "معاشات التقاعد"، لتشمل جميع العمال الذين سيصبحون مستنئين غير نشطين اقتصادياً (متقاعدين) غداً من أجل القضاء على الفقر المرتبط بالشيخوخة. ومع أن الأجراء في القطاع العام والخاص يحصلون على الحماية الاجتماعية (معاشات التقاعد) منذ فترة طويلة، يواجه الأجراء ظروف عمل غير مستقرة في القطاع العام (الخدمات العامة، الجماعات المحلية...)، ولا يُصرح بالأجراء في القطاع الخاص. ولا بد من توسيع تغطية الحماية الاجتماعية، ولا سيما معاشات التقاعد، إلى جميع الأجراء. ولا تزال فئة واسعة من اليد العاملة ذات الأحوال الاجتماعية

الطبية (التأمين الطبي الإلزامي (AMO)، ونظام المساعدة الطبية (RAMED)، والتأمين الخاص). وأكثر من نصف كبار السن المصابين بأمراض تخلوا عن الخدمات الصحية بسبب صعوبات في الوصول إليها (المسافة البعيدة التي تفصلهم عن مراكز الرعاية وتكاليف النقل، والبطء في تحديد مواعيد الزيارات)، وارتفاع الإنفاق الشخصي على مصاريف الصحة (28 في المائة في عام 2010، و35 في المائة في عام 2016 وفقاً للوكالة الوطنية للتأمين الصحي)، والجودة غير الكافية للرعاية المقدمة في المستشفى.

### التوصيات

#### 3-1 تعميم وصول جميع الأشخاص المسنين المحتاجين وغير المؤمنين إلى نظام المساعدة الطبية وتحسين جودة الخدمات الصحية:

- إعادة النظر في معايير الاستفادة، وتبسيط الإجراءات الإدارية، وتسريع معالجة الطلبات التي تُعتبر بطيئة جداً (وكثيراً ما تُقدّم الطلبات بشكل طارئ)؛
- تسهيل الوصول إلى خدمات الرعاية المقدمة في المستشفيات العامة وتحسين جودتها.

#### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والداخلية والصحة.

#### 3-2 الحد من الإنفاق الشخصي لكبار السن المؤمنين وللمستفيدين من نظام المساعدة الطبية:

- تحسين تمويل التكفل المالي (استرداد الأموال، والمساعدة الطبية)، والخدمات الصحية (الاستشارات، والفحوصات الطبية، والإجراءات الطبية، والأدوية، والأجهزة الطبية)؛

وفي هذا الإطار، يقترح القطاع البنكي حلاً متنوعاً وملائمة نسبياً لتمويل احتياجات الشيخوخة من خلال توفير رأس مال أو معاش سنوي، وتأمين ومساعدة: الادخار التقاعدي، وتأمين الاستشفاء، وتغطية حالات الوفاة والعجز، والاستثمارات المالية، إلخ. ويمكن أن يستفيد من هذه الحلول العمال بأجر وبدون أجر، ذوو الدخل المرتفع والمتوسط وحتى المحدود. ولا بد من تشجيع هذه التدابير من خلال تزويد المعلومات والمشورة إلى فئة عمرية محددة من العمال (40 عاماً وأكثر)، وإتاحة الحوافز الضريبية، وبناء الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتشجيع الابتكار. ويمكن أن تضطلع المؤسسات أيضاً بدور هام في هذا المجال من خلال اقتراح حلول تناسب الاحتياجات المستقبلية لأجرائها (الدخل، والصحة، والاستقلالية). ويتميز قطاع التأمين المصرفي المغربي بأداء جيد يصلح أن يكون دافعاً لاستراتيجية الادخار الطويل الأجل التي ينبغي توجيهها نحو القطاع المنتج (الاستثمارات، واستحداث الثروات والوظائف).

#### الجهات المعنية

- وزارة الاقتصاد والمالية؛
- الشركاء الاجتماعيون (المقاولات والأجراء)؛
- التجمعات المهنية للعمال بدون أجر: النقابات المهنية، والاتحادات، والجمعيات؛
- شركات التأمين المصرفي.

#### 3. توسيع التغطية الطبية إلى كبار السن غير المؤمنين وتسهيل وصولهم إلى الخدمات الصحية

تتزايد الاحتياجات والنفقات المتعلقة بالرعاية مع التقدم في السن بسبب إصابة كبار السن بأمراض مزمنة ودخولهم المتكرر إلى المستشفى. ويبيّن المسح الوطني لسنة 2015 أن ما يقارب نصف الأشخاص المسنين (4,4 في المائة) يفتقرون إلى التغطية

التزم المغرب باستراتيجية تتعلق بتعميم التغطية الطبية الأساسية وفقاً لنظامين: نظام التأمين (أي التأمين الطبي الإلزامي) ونظام المساعدة (أي نظام المساعدة الطبية). والهدف من ذلك هو ضمان تغطية صحية أساسية لجميع المواطنين، تشمل مخاطر الرعاية الصحية ونفقاتها في حالة المرض، والحوادث، والأمومة وإعادة التأهيل البدني والوظيفي.

- القانون رقم 65-00 (2002): الذي ينص على: "توفير التأمين الطبي الإلزامي الأساسي على جميع الأجراء والمستفيدين من معاشات تقاعدية في القطاعين العام والخاص، والهدف من ذلك هو القضاء على العمل في القطاع غير المهيكلي؛
- القانون رقم 15-98 (2017): الذي ينص على توسيع التأمين الطبي الإلزامي ليشمل العمال بدون أجر. ومع أن هذا القانون موجه أولاً إلى المهن الحرة (مثل المحامين والكتاب العدل ...) والمهن المنظمة (مثل الأطباء والصيدلة، إلخ)، يقترح توسيع الإصلاح إلى المهن غير المنظمة (مثل الحرفيين، والتجار، والمزارعين، إلخ).

وتوفير التغطية الطبية الأساسية لجميع الأشخاص النشطين اقتصادياً والمتقاعدين محوراً استراتيجي هام، سيتيح لاحقاً التخفيف من الهشاشة الطبية الحالية، وتمويل نمو النفقات الصحية، وتحسين جودة الرعاية في المستشفيات.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي والتعاضديات؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات، ونقابات العمال بأجر)؛
- النقابات المهنية للعمال بدون أجر: الهيئات المهنية، والاتحادات، والنقابات، والجمعيات.

- الحد من كلفة الأدوية والأجهزة الطبية؛
- توسيع وتسهيل الوصول إلى التأمين الصحي التكميلي وتوسيع نطاقه.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، التعاضديات وشركات التأمين؛
- التجمعات المهنية واتحادات الصناعات الصحية.

### 3-3 تسهيل الوصول إلى الرعاية برفع الحواجز والصعوبات المرتبطة "بتسديد سلفة النفقات الصحية":

- تعميم نظام التكفل المباشر في جميع إجراءات الرعاية (العلاج الطبي المحلي، والفحوصات المخبرية، والتصوير الإشعاعي، والأدوية) للمؤمنين في النظام العام؛
- إزالة أي سلفة على النفقات الصحية للمؤمنين الذي لديهم تأمين صحي تكميلي أو رعاية صحية كاملة بنسبة 100 في المائة بفضل رقمنة العلاقات بين مزودي خدمات التأمين والمؤمنين.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، والصناديق التعاضدية وشركات التأمين؛
- النقابات المهنية الصحية (المستشفيات، والعيادات، ومراكز الطب المحلي، والصيدليات).

### 4-3 توسيع التغطية الطبية الأساسية على جميع الأشخاص النشطين اقتصادياً حالياً، الذين سيصبحون كبار السن في الغد:

### 5-3 زيادة حصة النفقات الصحية في الناتج المحلي الإجمالي وضمان الاستخدام الأمثل للموارد:

الأمرض والعاهاات التي تصيب الأشخاص في الصغر. ويعاني 64,4 في المائة من كبار السنّ البالغين 60 عاماً وأكثر من مرض مزمن واحد على الأقل، مثل السكري (20 في المائة) وضغط الدم المرتفع (34 في المائة) إضافة إلى الإصابات الشائعة الأخرى التي تطل كبار السنّ مثل الضعف السمعي والبصري، وآلام أسفل الظهر وآلام العنق، والتهاب المفاصل، إلخ. ويُذكر أن 13,3 في المائة من كبار السنّ البالغين 60 عاماً وأكثر يفقدون استقلاليتهم، وهذه نسبة متزايدة وفقاً لبيانات وزارة الصحة (2018)، وأسباب فقدان الاستقلالية متعدّدة ومعروفة: المستوى التعليمي، والموارد الاقتصادية، والأسلوب المعيشي والاستهلاكي، والخمول البدني، والفوارق الاجتماعية والجغرافية في الوصول إلى الرعاية، إلخ.

ويلاحظ عموماً أن ثقافة الوقاية ضعيفة على المستوى الفردي والجماعي أي لدى الأسر والمدارس، والمؤسسات، والخدمات العامة، والمرافق الاجتماعية والثقافية والترفيهية. ومع أن الشيخوخة ظاهرة طبيعية، تترتب عليها انعكاسات سلبية إن تمّت في ظروف سيئة. وتقتضي الشيخوخة الجيدة اتباع روتين صحي مسبق، وبيئة تمكينية داعمة والوقاية.

وفي هذا السياق، يمثل أمد الحياة المتوقع بصحة جيدة وبعيداً عن فقدان الاستقلالية تحدياً رئيسياً في مجال الصحة العامة، سيما أن 75 في المائة من كبار السنّ هم دون سنّ الخامسة والسبعين، ويمكن تحقيق مكاسب هامة من حيث تحسين جودة الحياة. والتحدي الرئيسي على المستوى الوطني يتمثل في تعزيز "الوقاية الشاملة" التي تُعتبر "رأس مال الصحة والاستقلالية" لدى الأفراد أو مجموعات الأفراد. وتتطلب ثقافة الوقاية سياسةً وطنية شاملة بين مختلف المجالات بما يتوافق مع تنوع القضايا، ومركزة على الجهات الميدانية المختصة من خلال تحديد إطار عمل هذه الجهات وأهدافها ووسائل عملها.

يعرف المغرب تحوُّلاً وبائياً نحو الأمراض غير المنقولة، ولا سيما الأمراض المزمنة التي تظهر مع التقدم في السنّ. ويفرض هذا الوضع ضغوطاً شديدة على النظام الصحي على جميع المستويات (التمويل، وتنظيم الخدمات، وإدارة الموارد المادية والبشرية) في ظل تزايد الطلب على الحماية الاجتماعية والطبية. ومن الضروري ملاءمة المحاور الهيكلية للنظام الصحي مع هذه المعطيات: والهدف الأول (الكمي) هو زيادة التمويل الذي يبلغ حالياً 6,5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي إلى نسبة تتراوح بين 8 و10 في المائة؛ والهدف الثاني (النوعي) هو الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة من خلال تعزيز الوقاية الصحية، وتنسيق رعاية كبار السنّ، وتحسين إدارة النظام الصحي على المستوى الوطني والمحلي، وتقييم أداء المنظمات والممارسات.

#### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات، ونقابات الأجراء)؛
- النقابات المهنية للعمال بدون أجر: الهيئات المهنية، والاتحادات، والنقابات، والجمعيات؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، والصناديق التعاقدية، وشركات التأمين.

#### 4. تعزيز الشيخوخة النشطة وبصحة جيدة

الشيخوخة هي فرصةٌ بحدّ ذاتها شرط أن يحظى كبار السنّ بشيخوخة جيدة، إلا أن هذا الطموح المشروع لا يتحقق لدى مختلف الأشخاص المسنين بسبب

## التوصيات

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الصحة، والأسرة والتضامن، والرياضة، والثقافة، والشؤون الدينية؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، والتقاعد والادخار، والتعاضديات، وشركات التأمين؛
- الجماعات المحلية (الأقاليم، والمحافظات، والبلديات)؛
- المهنيون (مراكز الطب المحلي والصيدليات)؛
- جمعيات المرضى والمتقاعدين وكبار السن، والجمعيات الأخرى.

- 3-4 توعية المهنيين الصحيين، والاجتماعيين، والأطباء وتدريبهم على الوقاية الصحية والاستقلالية (أطباء الصحة العامة، والأطباء المتخصصون، والأطباء في مكان العمل، والممرضون، والممرضون المساعدون، والمساعدون الشخصيون، والمساعدون الاجتماعيون، والعاملون في الجمعيات).

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الصحة، والأسرة والتضامن؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، والصناديق التعاضدية، وشركات التأمين.

- 4-4 تطوير البحث وتقييم أثر الوقاية على جودة وأمد الحياة وكذلك على التكاليف الصحية.

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الصحة، والبحث العلمي، والشغل، والأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية؛
- مراكز البحوث العلمية والدراسات، والجامعات.

- 1-4 العمل في المراحل الأولى من الشيخوخة من خلال التركيز على الفئة العمرية 40-45 عاماً وأكثر حيث تظهر البوادر الأولى لفقدان الاستقلالية (الوزن الزائد، والعجز البدني والحسي والإدراكي، والأمراض المزمنة والقلبية الوعائية، والسرطان، إلخ) من خلال تعبئة الخدمات الطبية في مكان العمل واستراتيجيات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات (نقل المعلومات، والتوجيه، وتقديم المشورة، والفحص، والرعاية، والتدريب، والتحصير للتقاعد (مجال الوقاية والصحة والاستقلالية)).

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الصحة والشغل؛
- الشركاء الاجتماعيون (المؤسسات، ونقابات الأجراء)؛
- النقابات المهنية للعمال بدون أجر: الهيئات المهنية والاتحادات، والنقابات، والجمعيات؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي والتقاعد والادخار، والصناديق التعاضدية، وشركات التأمين.

- 2-4 بالنسبة إلى الأشخاص المسنين، الهدف هو الحفاظ على "رأس مال الصحة والاستقلالية" من خلال نشر ثقافة "الشيخوخة الجيدة" (الأنشطة البدنية، والتغذية، والعناية بالجسم، والروابط الأسرية والاجتماعية، والثقافة والترفيه، إلخ)، والوقاية الصحية (الفحص، والتلقيح، والحد من الإدمان، والأمراض المزمنة، والإعاقة الوظيفية، وحوادث الحياة اليومية، والإفراط في تناول الأدوية ...).



## 5. تشجيع بقاء كبار السن في المنزل ودعم الأقراب المساعدين

ما من جواب أكيد. وما هي احتياجات الأقراب مقدمي الخدمات وتطلعاتهم، وكيف يمكن دعمهم على نحو أفضل في تأدية دورهم كمساعدين؟ وما هي الحلول البديلة أو المكملة التي ينبغي إيجادها: المساعدة المهنية في المنزل، أو الرعاية النهارية، أو الإيواء المؤقت، أو الرعاية الأسرية مقابل أجر، أو الرعاية في مراكز الإقامة أو في المؤسسات المتخصصة؟ وإزاء هذه الاحتياجات التي يمكن تلبيتها جزئياً، وإزاء تناميها المتوقع في المستقبل، من الملاحظ أن العروض المقدمة ضئيلة. فما هي العراقيل والحواجز أمام إيجاد هذه العروض أو تقديمها في السوق؟

### التوصيات

#### 1-5 وضع الأقراب ومقدمي الخدمات في صلب السياسات العامة:

- 1-1-5 الاعتراف بدور الأقراب المساعدين ووضعهم (تحديد معايير الأهلية، والحقوق الاجتماعية، والمساعدات، إلخ)؛
- 2-1-5 تحديد الأقراب والمساعدين مقدمي الخدمات وتقييم احتياجاتهم وتطلعاتهم؛
- 3-1-5 إنشاء مركز لدعم المساعدين مثل مكتب للاستعلام والمشورة من أجل مساعدتهم على فهم أوضاعهم، والتعرف على الحلول القائمة، والقيام بالخيارات المناسبة، والحصول على حقوقهم، وتسهيل الإجراءات المطلوبة، وتوفير الوساطة العائلية، إلخ؛
- 4-1-5 توفير خدمات الرعاية المنزلية للوقاية من المخاطر، وتأمين الرعاية الملائمة، وتفاذي الاستشفاء لكبار السن الذين يتلقون المساعدة، إن لم يكن ضرورياً (انظر المرفق الخامس)؛
- 5-1-5 توفير خدمات الرعاية المخففة (الرعاية المنزلية المؤقتة، والرعاية النهارية، والإيواء

يطمح عددٌ كبير من الأشخاص المسنين إلى مواصلة العيش في وسطهم الأسري وفي بيئتهم الاعتيادية حيث يكونون محاطين بأقاربهم. فهذا طموحٌ سائدٌ وراسخٌ في الثقافة والتقاليد المغربية، حيث يعيش 58 في المائة من الأشخاص المسنين ضمن أسر مركبة، ويعيش 35 في المائة مع الزوج أو الزوجة ومع أطفال أو من دونهم، ويعيش 6,8 في المائة فقط بمفردهم، وغالبيتهم من النساء الأرمال أو العازبات. وهذا أيضاً اتجاهٌ أساسي في السياسات العامة لأنَّ إيواء كبار السن في مؤسسات الحماية الاجتماعية هو الحل الذي يلجأ إليه الأشخاص المستون بدون مأوى ولا سند عائلي، الذين يفتقرون إلى الدعم الأسري ويعانون من الإعاقة أحياناً. ولا يكون البقاء في المنزل فعالاً إلا إذا ترافق مع توفير الرعاية (انظر المرفق الخامس)، والدعم اللازم في الحياة اليومية، والحفاظ على الروابط الاجتماعية. وفي ما عدا الدعم الأسري، لا تتكفل أي هيئة مؤسسية أو مهنية، عامة أو خاصة، بتمويل التكفل بالمسنين، فهذه كلفة بشرية ومالية ملقاة على عاتق أفراد الأسرة المساعدين، ولا سيما المرأة التي لا تزال تتحمل عبء الرعاية في أغلب الأحيان. وسيكون لارتفاع العمر المتوقع وتزايد الأجيال التي ستتقدم في السن (80 عاماً وأكثر) أثرٌ على تزايد عدد كبار السن الفاقدين للاستقلالية. وسيؤثر هذا التطور سلباً على التضامن الأسري في سياق ما يشهده المجتمع من تحولات عميقة أي التباعد الجغرافي للأسر، وتقلص حجم الأسر المعيشية، وتطور أساليب العيش وتمذنها، وعمل المرأة، وتغير السلوكيات الفردية، إلخ.

السؤال المطروح: هل يمكن الاعتماد الدائم على مساعدة الأقراب في جميع الأحوال بغض النظر عن طبيعة الأمراض ودرجة التكفل، وفي جميع الأوساط الاجتماعية، وأماكن الإقامة والأقاليم؟

المحلية، والصناديق الوطنية، والصناديق التعااضدية، وشركات التأمين، والمؤسسات، والجمعيات) من أجل إطلاق سوق الخدمات المنزلية؛

- 3-2-5 تعزيز مهنية المساعدين المنزليين (أو المساعدين الشخصيين) من خلال تقدير خبرتهم وتكوينهم (الأولي والمستمر)؛
- 4-2-5 تطوير المهن الأخرى المعنية ببقاء كبار السن في المنزل (المقيم، والمعالج النفسي الحركي، والمعالج المهني، إلخ).

المؤقت، ومراكز أنشطة الشيخوخة الجيدة، والروابط الاجتماعية) ووضع نموذج ملائم ومستدام للتمويل (الدولة، والجماعات المحلية، والصناديق الوطنية، والصناديق التعااضدية، وشركات التأمين، والأسر المعيشية والمؤسسات)؛

6-1-5 تقديم استشارة طبية سنوية للأقارب المساعدين (من خلال أطباء الصحة العامة، وتوفير الاستشارة والمتابعة).

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الصحة، والأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية؛
- الصناديق الوطنية للتأمين الصحي، والتقاعد والادخار، والصناديق التعااضدية وشركات التأمين؛
- الجماعات المحلية (الأقاليم، والمحافظات، والبلديات)؛
- المهنيون الصحيون (الأطباء المحليون والصيدال)؛
- جمعيات المرضى والمتقاعدين وكبار السن، والجمعيات الأخرى.

## 2-5 تطوير تخصص خدمات المساعدة المنزلية:

### 3-5 تشجيع الحلول البديلة والمبتكرة

لا ينبغي أن تكون الحلول المقترحة على كبار السن مقتصرة على بقائهم في المنزل شرط أن يحصلوا على دعم الأقارب المساعدين، أو رعايتهم في مؤسسات الحماية الاجتماعية من دون دعم أسري. ويوسع القانون رقم 15-65 نطاق خدمات الرعاية والإيواء لكبار السن في القطاع الخاص وغير الربحي. وينبغي أن يشجع هذا الإطار القانوني الجديد على إيجاد حلول متنوعة للاستجابة على نحو أفضل لتنوع

- 1-2-5 تحديد الإطار القانوني والتنظيمي للخدمات المنزلية لكبار السن الفاقدين للاستقلالية: نطاق الخدمات، والكفاءات، ومعايير الأمن والجودة، والحصول على تأييد المشغلين، وحشد المساعدات المالية، وإنشاء مكتب الاستعلام من أجل كسب ثقة المستخدمين وإيجاد الطلب؛
- 2-2-5 ضمان الملاءمة المالية من حيث الطلب على الخدمات المنزلية (الدولة، والجماعات

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الإسكان، والأسرة، والشغل، والداخلية، والعدل؛
- الجماعات المحلية (الأقاليم والمحافظات والبلديات)؛
- الجمعيات التي تدير خدمات الرعاية والإيواء، وجمعيات الدعم المنزلي لكبار السن؛
- مقدمو خدمات السكن الاجتماعي؛
- المؤسسات الراعية، والجمعيات، والجهات المانحة.

## 6. تطوير تخصص علم الشيخوخة لتحسين رعاية كبار السن

لا يتناسب النظام الصحي لكبار السن المصابين بأمراض مزمنة أو المتكفل بهم مع وضعهم. وهذا ينطبق على أوضاع المستشفيات بدءاً من أخذ المواعيد، والاستقبال في المستعجلات، وصولاً إلى الرعاية (الاستشفائية وما بعدها) والعودة إلى المساكن. وتجدر الإشارة إلى أن الخدمات الاستشفائية المتخصصة في علم الشيخوخة (لفترات الإقامة القصيرة والطويلة) في المستشفيات الجامعية والمستشفيات المحلية شبه غائبة، وأن عدد علماء الشيخوخة الذين يزاولون الطب الباطني محدود جداً، وأن شبكات الرعاية المنزلية لكبار السن المتكفل بهم غائبة أيضاً. ورغم الاعتراف بأن علم الشيخوخة تخصص طبي (بموجب الجريدة الرسمية رقم 5292 المؤرخة 17 شباط/فبراير 2005)، يلاحظ غياب التدريب الأساسي للأطباء المتخصصين في أمراض الشيخوخة. ولا يوجد تنسيق بين المهنيين الصحيين في المستشفيات والأطباء المحليين (أي أطباء الصحة العامة والأطباء المتخصصين). ويتسبب هذا الوضع بمعاناة إنسانية، وبهدر للفرص أحياناً، وبتكلفة باهظة للمرضى وأقاربهم ولشركات التأمين والجماعات المحلية.

الأوضاع، والاحتياجات، والتطلعات والموارد الخاصة بكبار السن وبأقاربهم في مختلف الأقاليم، واحترام حريتهم في الاختيار.

1-3-5 دعم وتنظيم جمعيات التضامن التي تشجع كبار السن المحتاجين، والذين يعيشون بمفردهم ويفتقرون إلى دعم أسري على البقاء في المنزل؛

2-3-5 تشجيع الرعاية الأسرية مقابل أجر: تحديد صفة الشخص الذي يقدم الرعاية في المنزل، ودفتر الشروط، وتحديد الأجر، والتمويل، إلخ؛

3-3-5 اختبار الحلول المبتكرة للمساكن الاجتماعية المشتركة (كبار السن، والأسر المعيشية مع أطفال، والطلاب): الشقق الكبيرة (المؤلفة من 5 إلى 6 غرف) التي يمكن أن يعيش فيها (في غرف خاصة) 4 إلى 5 أشخاص من كبار السن، مع مساحات مشتركة (المطبخ، وغرفة الطعام، وغرفة الجلوس، والحمام، والشرفة، والفناء، والحديقة) تحت إشراف "مدبرة المنزل"، والمساكن الاجتماعية لكبار السن المحتاجين أو ذوي الدخل المحدود والمتوسط: الشقق الخاصة (المؤلفة من غرفة واحدة أو غرفتين) مع مساحات مشتركة (مثل غرفة الاستقبال، وغرفة الجلوس، والمقهى، وغرفة الغسيل، والفناء، والحديقة، إلخ) تحت إشراف شخص مسؤول عن الإدارة مع فريقه، المساكن الاجتماعية المختلطة بين الأجيال: التي يعيش فيها إما أسر مع أطفال صغار السن أو طلاب متخصصون في مهن الصحة، والإسعاف الطبي، والعمل الاجتماعي بموجب عقد "Bonjour voisin" الذي يعزز الروابط الاجتماعية والتضامن بين السكان من كبار السن وجيرانهم الأصغر سناً (السهر، والمساعدة، إلخ).

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الاقتصاد والمالية، والصحة، والشغل، والتعليم العالي والتكوين المهني، وإعداد التراب الوطني والتعمير؛
- الجماعات المحلية (الجهات والأقاليم، والعمالات)؛
- الجمعيات المهنية الصحية (النقابات، والاتحادات)؛
- الجامعات، ومعاهد التدريب.

## 7. تشجيع مشاركة الأشخاص المسنين في الحياة الاجتماعية والثقافية والمدنية

يؤثر التقدم في السن على المشاركة الاجتماعية من حيث ضعف الأدوار الأسرية والاجتماعية المرتبطة بالحياة الأسرية، وبالحياة النشيطة، والعمل داخل الجمعيات أو الحياة السياسية، ولكن رفاه الأشخاص المسنين واستقلاليتهم يعتمدان أيضاً على مشاركتهم الاجتماعية. وتحصل هذه المشاركة عبر قنوات مختلفة: القنوات غير الرسمية (الجيران والأصدقاء والمجتمع المحلي) أو القنوات المنظمة مثل المرافق الاجتماعية والثقافية، والجمعيات. وتتوجه الهيئات المعنية بالمشاركة الاجتماعية والثقافية والرياضية والترفيهية والجمعيات الوطنية إلى الأطفال والشباب والنساء، ولا تُدرج الأشخاص المسنين في جداول أعمالها. وبالنسبة إلى الغالبية العظمى من الأشخاص المسنين، ينحصر أسلوب حياتهم في ثلاثة مواقع: المنزل والمسجد والسوق. وتتولى جمعيات ذات طابع اجتماعي أو خيربي إدارة مؤسسات لإيواء كبار السن المحتاجين (62 مؤسسة، يستفيد منها 5929 شخصاً) منها 8 مؤسسة للرعاية النهارية تديرها جمعيات و27 جمعية عاملة في المجال تقدم خدمات التكفل عن بعد. ويستفيد كبار السن من خدمات جمعيات المتقاعدين البالغ عددها 22 والمصنفة حسب الاختصاص، ويتمحور اهتمامها حول الدفاع عن الحقوق الاجتماعية للمتقاعدين، ولا سيما القدرة الشرائية

والتحدي الرئيسي في المغرب هو الحد من تأثير الأمراض المزمنة على النفقات الصحية في نظام الصحة العامة الذي يعرف صعوبات شديدة (مثل التمويل، والهيكل الأساسية، والتنظيم، والموارد البشرية).

## التوصيات

- 1-6 تعميم البنيات الأساسية والخدمات الاستشفائية المتخصصة في علم الشيخوخة (المستشفيات الجامعية والمستشفيات في الأقاليم والجهات) في جميع المناطق (ووضع برنامج لتوفير التجهيزات المطلوبة لكل 100,000 شخص من الفئة العمرية 75 عاماً وأكثر)؛
- 2-6 تطوير التدريب (الأولي والمستمر) في مجال طب الشيخوخة للمهنيين الصحيين (أي الأطباء، والمتخصصين في علم الشيخوخة، والممرضين، والممرضين المساعدين، وعلماء النفس، والأطباء النفسانيين، والمعالجين النفسيين الحركيين، والمعالجين المهنيين، والمساعدين الاجتماعيين، إلخ)؛
- 3-6 تطوير خدمات الرعاية المنزلية: خدمات الإسعاف، والفرق المتنقلة والمتخصصة في علم الشيخوخة، والرعاية المخففة للآلام، والرعاية في آخر مراحل الحياة؛
- 4-6 وضع آلية للمهنيين الصحيين (مثل الأطباء العاميين والممرضين) من أجل تشخيص الحالات ومواكبة الأشخاص المسنين في وضعية صعبة؛
- 5-6 إعداد سجل خاص بالأشخاص المسنين في وضعية هشّة والتكفل بهم سواء في المستشفيات أو المصحات؛
- 6-6 وضع آلية لتنسيق المسار العلاجي على الصعيد الترابي بالنسبة للأشخاص المسنين في وضعية هشّة.

- للمعاشات التقاعدية وتحسين التغطية الصحية.
- وتقترح بعض الجمعيات على أعضائها أنشطة تساعدهم على تحقيق ذواتهم (مثل السفر والترفيه)، إلى جانب أنشطة تضامنية تطوعية في حالات نادرة. وفي جميع الأحوال، لا تطل هذه الأنشطة سوى أقلية (أقل من 20 في المائة) من كبار السن.
- الجمعيات المحلية (الأقاليم، والمحافظات، والبلديات)؛
- صناديق التقاعد الوطنية؛
- المرافق الاجتماعية والثقافية والرياضية؛
- هيئات إدارة الخدمات المنزلية وخدمات المؤسسات؛
- جمعيات المتقاعدين، وكبار السن، وجمعيات التضامن، والجمعيات الاجتماعية الثقافية، والترفيهية.

## التوصيات

### 8. الحرص على احترام حقوق الإنسان لكبار السن

استناداً إلى الدستور المغربي لعام 2011<sup>22</sup>، وتحديداً إلى المادة 31 منه، تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة جميع الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات على قدم المساواة من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتنص المادة 34 على أن تقوم السلطات العمومية بوضع وتفعيل سياسات موجهة إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة، بمن فيهم الأشخاص المسنون. وبموجب الظهير رقم 1-11-19 الصادر في الأول من شهر آذار/مارس 2011 بشأن إحداث المجلس الوطني لحقوق الإنسان، تهدف هذه المؤسسة الدستورية إلى الحفاظ على الكرامة والحقوق والحريات الفردية والجماعية للمواطنين بما يتوافق مع المراجع الوطنية والدولية. وتعزيز احترام حقوق كبار السن وكرامتهم هو جزء لا يتجزأ من مهام المجلس الوطني لحقوق الإنسان.

وبما أن السلطات العامة المغربية صادقت على الاتفاقيات الثلاث المحددة<sup>23</sup> (انظر الفصل الثاني) التي تذكر السن من بين معايير التمييز المحظورة، ينبغي أن تعكس التزاماتها في النصوص التشريعية والتنظيمية، وفي البرامج السياسية، وفي آليات وهيئات التنفيذ. ومع أن هذه الاتفاقيات الثلاث تتناول مسألة الشيخوخة

- 1-7 توعية الجهات الفاعلة (الجماعات المحلية، ومراكز الخدمات العامة، والمرافق الاجتماعية والثقافية والرياضية والترفيهية، والجمعيات، إلخ) وإطلاعها على ضرورة إتاحة المشاركة في أنشطتها لكبار السن؛
- 2-7 تشجيع إنشاء الجمعيات المحلية والوطنية للأشخاص المسنين، التي يمكن أن تقدم المعلومات والتوجيه، وتتيح ملتقى لكبار السن وأنشطة متعلقة بالشيخوخة الجيدة، وتكون أداة للتضامن في المجتمع المحلي؛
- 3-7 تشجيع تطوع كبار السن في جميع مجالات الحياة الجماعية أي دعم المجتمع المحلي، ودعم الشباب، ومحو الأمية، والوقاية الصحية، والثقافة، والترفيه، والتراث، إلخ؛
- 4-7 تقدير قيمة التراث الثقافي لكبار السن وخبراتهم وذكرياتهم، وتسهيل نقلها إلى الفئات الأصغر سناً؛
- 5-7 تشكيل "مجالس الحكماء" المؤلفة من متقاعدين وكبار سن متطوعين لدعم الجمعيات المحلية في وضع السياسات العامة المناسبة لكبار السن في إطار الإصلاح الإقليمي الجاري.

## الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الأسرة والتضامن، والثقافة، والأوقاف والشؤون الإسلامية، والداخلية؛

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الأسرة والتضامن، والشغل والإدماج المهني، والاقتصاد، والصناعة، والتجارة والاقتصاد الرقمي، والداخلية والعدل؛
- المندوبية الوزارية المكلفة بحقوق الإنسان؛
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛
- جمعيات الدفاع عن حقوق الإنسان، والمرضى، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن.

### 2-8 الحرص على احترام المساواة بين الجنسين ومكافحة التمييز ضد المرأة:

- 1-2-8 تشجيع تكافؤ الفرص ومكافحة التمييز ضد المرأة على طول مسار الحياة وفي جميع المجالات (التعليم، والصحة، والترفيه، والثقافة، والتدريب، والتوظيف، والحماية الاجتماعية، والحقوق الفردية، والحقوق الاجتماعية، والحقوق المدنية، إلخ) من أجل تحسين وضع المرأة أثناء التقدم في السن؛
- 2-2-8 صياغة مشروع قانون يعطي الحق للزوج (أو الزوجة) الذي ما زال على قيد الحياة في استخدام المُلْك السكني وتجهيزاته إلى حين مغادرته الطوعية، أو التحاقه بمؤسسة للرعاية الصحية أو الطبية الاجتماعية، أو وفاته؛ وتُعنى هذه الآلية القانونية تحديداً بالمرأة التي كثيراً ما تكون أرملةً ولا تملك مسكنها وتكون ضحيةً للتمييز في الميراث.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، وسائر الوزارات المعنية؛
- المندوبية الوزارية المكلفة بحقوق الإنسان؛
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛

بطريقة محدودة من حيث الأهداف والنطاق، لا يمكن إغفال الاهتمام الذي توليه إلى كبار السن، كما في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة.

### التوصيات

#### 1-8 الحرص على احترام حقوق الإنسان لكبار السن:

- 1-1-8 تعزيز الحملات التي تنظمها وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية لتعزيز التضامن بين الأجيال لفائدة الأشخاص المسنين؛
- 2-1-8 تكوين الأطر الإدارية للمؤسسات والخدمات العامة (من خلال نقل المعلومات والتدريب) بشأن حقوق الأجراء من كبار السن، وحقوق كبار السن في الوصول إلى الخدمات الخاصة والعامة؛
- 3-1-8 مكافحة سوء معاملة كبار السن واستغلال ضعفهم في المنازل والمساحات العامة (التشريعات والتنظيمات، والرعاية والمساعدة القانونية، والرقابة والمعاقبة)؛
- 4-1-8 الحرص على احترام حقوق كبار السن والقضاء على التمييز وسوء المعاملة في مؤسسات الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية وفي المؤسسات العقابية من خلال نقل المعلومات إلى القادة والموظفين وتدريبهم، ووضع الأدوات الداخلية (أي التنظيمات، ومدونة قواعد السلوك، ومدونة الأخلاقيات)، وإجراءات المتابعة والرقابة في المؤسسات (السلطات العامة، والمجلس الوطني لحقوق الإنسان، والجمعيات)؛
- 5-1-8 دعم جمعيات الدفاع عن حقوق الإنسان لكبار السن.

• جمعيات الدفاع عن حقوق الإنسان والنساء وكبار السن.

### 3-8 الحرص على احترام حقوق كبار السن ذوي الإعاقة أو فاقدى الاستقلالية:

- 1-3-8 إنشاء بيئة (مادية، ومؤسسية، واجتماعية، وثقافية مواتية لممارسة حقوق الإنسان لكبار السن ذوي الإعاقة أو فاقدى الاستقلالية (حرية الحركة، وحرية الاختيار، والمساواة في المعاملة، إلخ)؛
- 2-3-8 تكريس الالتزام بإتاحة جميع الوسائل لكبار السن المستضعفين لكي يعبروا بصراحة عن موافقتهم الحرة والمستنيرة على جميع أشكال الرعاية الطبية أو الاجتماعية.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الأسرة والتضامن، وإعداد التراب الوطني والتعمير والإسكان، والتجهيز والنقل واللوجستيك، والصحة، والعدل، وإصلاح الإدارة والوظيفة العمومية؛
- المندوبية الوزارية المكلفة بحقوق الإنسان؛
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛
- جمعيات الدفاع عن حقوق الإنسان، والمرضى، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن.

### 4-8 تحديد موقف المغرب في ما يتعلق بالبروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب والمتعلق بحقوق المسنين في أفريقيا:

بما أن مملكة المغرب قد انضمت مؤخراً إلى الاتحاد الأفريقي، ينبغي أن تتخذ السلطات العامة مواقفها على ضوء الميثاق الأفريقي لحقوق كبار السن وآليات التنفيذ والمتابعة والتقييم ذات الصلة.

### التوصيات

- 1-4-8 تقييم آثار اعتماد الميثاق الأفريقي لحقوق كبار السن على التشريعات الوطنية والسياسات العامة المعنية بحماية حقوق كبار السن في المغرب، وفرص التعاون مع البلدان الأفريقية في هذا المجال.

### الجهات المعنية

- القطاعات الحكومية: الشؤون الخارجية والاتصال، والأسرة والتضامن؛
- المندوبية الوزارية المكلفة بحقوق الإنسان؛
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛
- جمعيات الدفاع عن حقوق الإنسان، والمرضى، والأشخاص ذوي الإعاقة، وكبار السن.



4. الخلاصة





## 4. الخلاصة

يتميز المغرب بعدة خصائص إيجابية ومكتسبات ينبغي استثمارها لمواجهة التحولات الديمغرافية وشيخوخة السكان. ومن بين هذه الخصائص المواطنين أنفسهم، والأشخاص المسنون الذين يتوقون إلى العيش في شيخوخة آمنة وسليمة ومحيط أسري داعم. وقيم التضامن بين الأجيال راسخة لفائدة الأشخاص المسنين الذين ساهموا في بناء البلاد.

ويحث هذا الأمر صانعي القرار والفاعلين السياسيين والمؤسسات الوطنية والاقتصادية على اتخاذ تدابير وتنفيذ برامج لمواجهة التحديات المطروحة التي تؤثر على أوضاع الأجيال القادمة. ولا بد من حشد جميع الطاقات لمساعدة الأشخاص المسنين الذي يعيشون في أوضاع صعبة والأكثر ضعفاً. وتبدي جمعيات المجتمع المدني روح المبادرة والابتكار على نحو ملحوظ، إلا أنه ينبغي تعزيز التواصل معها ودعمها لتستطيع تنمية قدرتها على العمل وزيادة قيمتها المضافة.

وتزخر المغرب بجهات فاعلة سياسية، ومؤسسية، واقتصادية، ومهنية، وبجامعيين وباحثين، يمكنهم جميعاً المساهمة في التصدي لتحديات الشيخوخة.

ويتميز المغرب أيضاً بخصائص سياسية ومؤسسية تتيح إطلاق آلية طموحة وبناء مستقبل أفضل، سيما أن الدستور الجديد لسنة 2011 يؤكد بوضوح على المساواة في الحقوق، وعلى مكافحة التمييز، وعلى ضرورة العمل لصالح كبار السن الضعفاء. وللحكومة

المغربية أيضاً إرادة سياسية واضحة تجلّت في البرنامج الحكومي للفترة 2016-2021، ولا سيما المحور الرابع منه الذي يهدف إلى "وضع سياسة وطنية للأشخاص المسنين، واعتماد إطار تنظيمي لتدخل الدولة والمجتمع المدني". ويجري العمل حالياً على مشروع استراتيجي يتعلّق بتوفير الحماية الاجتماعية لجميع المواطنين، ومشروع الجهوية الموسعة الذي يُعدّ مكسباً لا بد من الاستفادة منه كدافع لتنفيذ السياسات العامة الداعمة لكبار السن، ونشرها وتنسيقها في جميع المناطق مع مراعاة الاتجاهات الوطنية، والاحتياجات، والموارد والجهات الفاعلة المحلية. وتساهم استراتيجية وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية في تفعيل البرامج المعنية بالأشخاص المسنين وتنسيقها، وقد أنشأت الوزارة آلية لليقظة والرصد، هي المرصد الوطني للأشخاص المسنين. ويبقى أن تُحوّل هذه المزايا إلى رافعات وبرامج عمل في المرحلة الراهنة، ونقترح مخطط عمل يمكن تنفيذه في مرحلتين:

### (أ) عرض المقترحات ومناقشتها

يُقترح عرض محاور ومجالات التدخل ذات الأولوية والتوصيات الواردة في هذا التقرير على المشاركين في ورش العمل والمقابلات السابقة، وتنقيحها وعرضها أيضاً على مجموعة واسعة من الجهات العامة والخاصة المعنية بقضايا الشيخوخة. وفي هذا الإطار، تُنظّم جولة ثانية من ورش العمل المواضيعية لالنتهاء من صياغة خارطة الطريق الاستراتيجية.

## (ب) تحديد إطار مشترك بين الوزارات

الهدف هو إدراج تحديات الشيخوخة وخارطة الطريق في جميع السياسات العامة. ويُقترح وضع إطار مشترك بين الوزارات لملاءمة استراتيجيات الوزارات المعنية، وتوحيد تدخلاتها، واستخدام مواردها على النحو الأمثل، وتحقيق التناغم والتنسيق بين السياسات والبرامج للأشخاص المسنين.

وفي هذا الإطار، يُقترح تشكيل "لجنة توجيهية استراتيجية" تتكفل بتحديد استراتيجية عمل مشتركة، بالتركيز على المحاور والتدابير ذات الأولوية، التي ينبغي تنفيذها في الأجل القريب والمتوسط والبعيد.

ويمكن أن تركز هذه اللجنة التوجيهية الاستراتيجية، التي تقودها وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، على "لجان مواضيعية" تضم ممثلين عن مختلف الوزارات المعنية. وستتولى اللجان المواضيعية إعداد برنامج عمل موحد بين الشركاء والقطاعات الحكومية والقطاع الخاص والعمل من أجل ترجمة المحاور والتدابير إلى إجراءات ملموسة وتحديد الشروط والموارد اللازمة لتحقيقها. ويمكن تنظيم ندوة وطنية لإطلاق هذه الآلية المشتركة بين الوزارات وتحضير المراحل اللاحقة (أي إطلاق خطة وطنية لكبار السن). إذًا، فلنعمل يدًا بيدًا لصالح آبائنا وأمهاتنا اليوم، ولصالحنا نحن غدًا.

# المرفقات

## المرفق الأول قائمة المشاركين في ورش العمل والمقابلات

مقابلات المرحلة الأولى حول الممارسات الفضلى	
متخصصة في الأمراض السرطانية لدى كبار السن - مستشفى نيس الجامعي	الدكتورة ربيعة بو الاحساس
متخصص في علم الشيخوخة - جامعة دكار في السنغال	الأستاذ مامادو كوم
متخصص في علم الشيخوخة - مستشفى نيس الجامعي	الأستاذ ألان فرانكو
المجلس الوطني لحقوق الإنسان - الرباط، المغرب	عبد الرفيع حمدي
الفدرالية الدولية لجمعيات الأشخاص المسنين (FIAPA) - باريس، فرنسا	ألان كوسكاس
مديرة منبر أوروبا للشيخوخة، بروكسل - بلجيكا	آن-صوفي باران
المشاركون في ورشات العمل في 18 و19 و20 تموز/يوليو 2018	
جمعية فضاء لرعاية الأشخاص المسنين بالمغرب	أحمد عديوي
مركز استقبال الأشخاص المسنين	عزيز عنان
المركز الاجتماعي للأشخاص المسنين	الحسن الإدريسي
المجلس الوطني لحقوق الإنسان	بشرى العمراني
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	حفيظة العربي
وزارة العدل	فاطمة برقاني
وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان	حنان بدران
الصندوق المغربي للتقاعد	محمد بن عكور
وزارة الداخلية وإعداد التراب الوطني	بشرى بو عباد
المنذوبية السامية للتخطيط	عصام الشياذمي

وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية	حسنة شبيبة
وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الدولي	مريم الضو
الصندوق المغربي للتقاعد	عائشة الفارسي
الوكالة الوطنية للتأمين الصحي	كريم الفمري
جمعية قدماء موظفي في البرلمان	الحسين المتوكل
مركز استقبال المسنين بوقنادل	مصطفى الهلالي
وزارة الشغل والإدماج المهني	زهور المعيدي
المركز الاجتماعي للأشخاص المسنين النهضة – الرباط	عبدالله العزاوي
صندوق الإيداع والتدبير	وفاء فحلاوي
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	كريمة حاضرة
الوكالة الوطنية لمحاربة الأمية	هند حكو
المرصد الوطني للأشخاص المسنين	توفيق لحلو
الصندوق المهني المغربي للتقاعد	جواد المرابطي
وكالة التنمية الاجتماعية	عبد الوهاب نكر
الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي	جميلة وهبي
وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية	سكينة اليابوري
وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية	مليكة قلبي
وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية	خالد التومي
وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية	محمد أمين رمضاني
وزارة الثقافة	سعاد الرويجل
وزارة التربية الوطنية	سامية سودري
الوكالة الوطنية لمحاربة الأمية	حياة ستيتو
جمعية أمل لإدارة مؤسسات الحماية الاجتماعية	عبد السلام تنناريت
المرصد الوطني للتنمية البشرية	عبد القادر طيطو
الوكالة الوطنية للتأمين الصحي	أمل ياسين
المنذوبية السامية لقدماء المقاومين	محمد الزيناتي

المقابلات والزيارات الميدانية	
رئيس المركز الاجتماعي بوسافو – تطوان	أبو بكر بنونة
رئيس مصلحة إعادة التأهيل والشيخوخة في وزارة الصحة في الرباط سابقاً	محمد خالد الديوري
جامعة الحسن الأول والمعهد العالي لعلوم الصحة – سطات	الأستاذ نور الدين الخدري
وكالة LACOMOTIV	أنيسة بن جلون التويمي
البريد بنك	محمد الموسوي
شركة الوفاء للتأمين	عبد الرحمن إيتاس
مدير المركز الاجتماعي النهضة – الرباط	محمد كفاف
متخصصة في طب الشيخوخة، مستشفى ابن سينا – الرباط	منى معمر
رئيسة جمعية الأيادي البيضاء للتنمية – الدار البيضاء	السيدة الرايس
رئيسة نادي المسنين، الرياض – الرباط	لطيفة السبتي
شركة الوفاء للتأمين	خالد الطبل

## المرفق الثاني المراجع البليوغرافية

### مراجع عن الشيخوخة والأشخاص المسنين في المغرب

- الدليل العالمي للمدن الصديقة للعلم، منظمة الصحة العالمية، 2007.
- ميثاق الحقوق الأساسية، الاتحاد الأوروبي، 2000.
- الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا، 2017.
- الخطة الوطنية للوقاية من فقدان الاستقلالية، فرنسا، 2015.
- ساكنة العالم، السكان والمجتمع، أيلول/سبتمبر 2017.
- مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن، 1991.
- تقرير المفوض السامي لهيئة الأمم المتحدة المكلفة بحقوق الإنسان، 2012.
- تقرير الأمم المتحدة عن الشيخوخة، فيينا، 1982.
- تقرير مؤشر العمر العالمي، 2013 و 2015.
- التقرير العالمي عن الشيخوخة، منظمة الصحة العالمية، 2015.
- تقرير الحماية الاجتماعية في العالم، منظمة العمل الدولية والبنك الدولي، 2017.
- تقرير متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، SG-ONU، 2011.
- تقارير تقييم خطة مدريد: الجولة الأولى من مراجعة وتقييم خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2007؛ الدورة الثانية لمراجعة وتقييم خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2012؛ الدورة الثالثة لمراجعة وتقييم خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2017.
- تقارير الخبير المستقل: حقوق المسنين، الأمم المتحدة، 2014؛ الحكم الذاتي ورعاية المسنين، الأمم المتحدة، 2015؛ حقوق المسنين، الأمم المتحدة، 2016.
- توصيات المؤتمر العربي "كبار السن بين الأسرة والمؤسسة"، مراكش، المغرب، 2015.
- تعزيز حقوق كبار السن في جميع أنحاء العالم، التحالف العالمي، 2015.
- القرار 1369/67 "نحو صك دولي عالمي ومتكامل لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم"، الفريق العامل التابع للأمم المتحدة، 2012/12/20.
- ES EESC، كبار السن في المغرب، 2015.
- مؤسسة الحسن الثاني للمغاربة المقيمون بالخارج، العمر الثالث، 2006.
- Age Watch مؤشر Age العالمي، المغرب بيانات الشيخوخة، 2015.
- CP HCP، المسح الوطني لكبار السن، 2006.
- CP HCP، المغرب: توقعات السكان والأسر 2014-2050، CERED، 2017.
- CP HCP، النتائج الرئيسية لتعداد السكان لعام 2014.
- CP HCP، شيخوخة السكان المغاربة: الآثار على الوضع المالي لنظام التقاعد والتطور الاقتصادي، 2017.
- الدستور، 2011، SGG.
- المشاركة الاجتماعية لكبار السن، آذار/مارس 2018.
- LFARAKH A، تقرير موجز "الوضع والتحليل المستقبلي والمؤسسي للسياسات والبرامج المتعلقة بالمسنين"، 2017.
- ONDH، كبار السن في المغرب، 2017.
- البرنامج الحكومي 2016-2021.
- ### حماية الموارد الدولية وحقوق المسنين
- توصيات مجلس أوروبا حول الشيخوخة النشطة، 2010.
- إعلان لشبونة الوزاري "مجتمع مستدام لجميع الأعمار"، 2010.
- إعلان مدريد السياسي والخطة الدولية للشيخوخة، 2002.
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة، 1947.
- مكاوي نجاة، "الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن، السياسات العامة ودور المجتمع المدني"، CNFH، 2018.

## المرفق الثالث

### لمحة تاريخية عن المبادرات العالمية حول الشيخوخة

في عام 1982، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة، بموجب قرارها 51/37، خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة التي اعتمدت في إطار الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة.

في عام 1991، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة، بموجب قرارها 91/46، مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن.

في عام 2002، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة، بموجب قرارها 57/167، إعلان مدريد السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، المُعتمدين في إطار الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. وقد وجهت هذه الخطة صياغة تشريعات وسياسات اجتماعية في مجالات رئيسية على المستوى الوطني والدولي.

في عام 2009، قدّمت اللجنة الاستشارية لمجلس حقوق الإنسان وثيقة العمل (A/HRC/AC/4/CRP.1) إلى مجلس حقوق الإنسان بشأن ضرورة اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان وآلية فعالة للأمم المتحدة في ما يتعلق بحقوق الإنسان لكبار السن. وقد شددت اللجنة الاستشارية في الوثيقة على أهمية إجراء دراسة حول التمييز ضد كبار السن بهدف وضع اتفاقية دولية حول حقوق الإنسان لكبار السن.

في عام 2010، خصّصت الخبيرة المستقلة المعنية بمسألة حقوق الإنسان والفقر المدقع تقريرها السنوي لمناقشة أهمية أنظمة الحماية الاجتماعية في الحد من الفقر المدقع وفي أعمال حقوق الإنسان لكبار السن.

في أيلول/سبتمبر 2010، طلب مجلس حقوق الإنسان، بموجب القرار 15/22، إلى المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية إعداد دراسة مواضيعية بشأن أعمال حق المسنين في الصحة، تتناول الصعوبات الحالية وتقتترح الممارسات اللازمة. وبناء على هذه الدراسة، عُقدت حلقة نقاش في إطار الدورة الثامنة عشرة لمجلس حقوق الإنسان، في أيلول/سبتمبر 2011، بشأن حق كبار السن في الصحة، والتحديات والممارسات الجيدة ذات الصلة.

في كانون الأول/ديسمبر 2010، أنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة، بموجب قرارها 65/182، الفريق العامل المفتوح العضوية المعني بالشيخوخة، بهدف تعزيز حماية حقوق الإنسان لكبار السن. وهي الهيئة الدولية الأولى التي تتعلق ولايتها بهذه الفئة من الأشخاص. ويتولى الفريق العامل النظر في الإطار الدولي القائم لتحديد الثغرات الممكنة وأفضل الطرق لسدّها، بسبل منها النظر عند الاقتضاء في جدوى وضع مزيد من الصكوك واتخاذ مزيد من التدابير.

في عام 2011، ساهمت مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان في وضع تقرير الأمين العام "متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة" الذي قدّم إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة. وقد أُرسِل استبيان إلى الدول الأعضاء والجهات المعنية المختلفة للاستفسار عن آرائها ومعلوماتها حول القوانين والسياسات والبرامج المتعلقة بحقوق كبار السن. ويعطي التقرير لمحة عن الصعوبات التي



"بينما تنطبق معظم الصكوك الدولية لحقوق الإنسان على جميع الفئات العمرية، بما فيها فئة المسنين، فإن عدة قضايا من قضايا حقوق الإنسان التي لها صلة وثيقة بالمسنين لم تول اهتماماً كافياً، إما في صياغة صكوك حقوق الإنسان القائمة أو في ممارسة الهيئات والليات المعنية بحقوق الإنسان".

في 27 أيلول/سبتمبر 2013، اعتمد مجلس حقوق الإنسان، من دون تصويت، القرار 24/20 الذي أنشأ ولاية "الخبير المستقل المعني بمسألة تمتع المسنين بجميع حقوق الإنسان".

في نيسان/أبريل 2014، وبموجب القرار 24/25 لمجلس حقوق الإنسان، نُظِمَ المحفل الاجتماعي بشأن "حقوق كبار السن، بما في ذلك الممارسات الفضلى في هذا الصدد".

في اليوم الثاني من حزيران/يونيو 2014، تولت "الخبيرة المستقلة المعنية بمسألة تمتع المسنين بجميع حقوق الإنسان" مهامها.

يواجهها كبار السن في ممارسة حقوقهم، ويورد أمثلة عن إجراءات عامة اتخذت في هذا المجال.

في عام 2012، تناول التقرير السنوي الذي رفعته المفوضة السامية لحقوق الإنسان إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي وضع كبار السن من منظور حقوق الإنسان، وتتضمن تحليلاً للصكوك الدولية المطبقة والثغرات في نظام الحماية. وتتضمن التقرير مجموعة من التوصيات، منها إنشاء ولاية جديدة بموجب الإجراءات الخاصة.

في نيسان/أبريل 2013، عقدت مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، بموجب القرار 21/23 لمجلس حقوق الإنسان، مشاوراً عامة بشأن تعزيز وحماية حقوق الإنسان للمسنين بهدف جمع المعلومات وتشارك الممارسات الجيدة في هذا المجال. وفي الدورة الرابعة والعشرين لمجلس حقوق الإنسان المنعقدة في أيلول/سبتمبر 2013، قُدم تقرير موجز عن المناقشات التي جرت في تلك المشاورة. وخلصت المشاورة إلى الاستنتاج الرئيسي التالي:

## المرفق الرابع

### قائمة النصوص والصكوك الدولية والإقليمية الرئيسية حول حماية حقوق كبار السن

- **الصكوك الدولية الرئيسية**
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.
- مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن.
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.
- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري.
- الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم.
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي.
- الاتفاقية رقم 128 بشأن إعانات العجز والشيخوخة والورثة.
- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 19 بشأن الحق في الحماية الاجتماعية.
- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 20 بشأن عدم التمييز في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 21 بشأن حق كل فرد في أن يشارك في الحياة الثقافية.
- اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 18 بشأن عدم التمييز.
- اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم 1 بشأن المادة 12: الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون.
- اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم 2 بشأن المادة 9: إمكانية الوصول.
- منظمة العمل الدولية، التوصية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية.
- منظمة العمل الدولية، التوصية رقم 166 بشأن إنهاء الاستخدام.
- منظمة العمل الدولية، التوصية رقم 162 بشأن العمال المسنين.
- منظمة العمل الدولية، التوصية رقم 131 بشأن إعانات العجز والشيخوخة والورثة.
- **التعليقات العامة والتوصيات المعتمدة من هيئات معاهدات منظمة العمل الدولية**
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم 27 بشأن المسنات وحماية حقوقهن الإنسانية.
- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 6 بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكبار السن.
- لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14 بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.
- **وثائق أخرى من الأمم المتحدة**
- خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002.
- خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة، 1982.

## قرارات الأمم المتحدة

- تقرير الأمين العام، "الدورة الثانية لاستعراض وتقييم خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002"، E/CN.5/2013/6، (2013).
- تقرير الأمين العام، "متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، A/66/173، (2011).
- تقرير الأمين العام، "سوء معاملة كبار السن: الاعتراف بسوء معاملة كبار السن وعلاجه في سياق عالمي"، E/CN.5/2002/PC/2، (2002).
- القرار A/HRC/RES/24/20، مجلس حقوق الإنسان، (2013).
- القرار A/HRC/RES/21/23، مجلس حقوق الإنسان، (2012).
- القرار A/RES/67/139، الجمعية العامة، (2012).
- القرار A/RES/66/127، الجمعية العامة، (2011).
- القرار A/RES/65/182، الجمعية العامة (2010).
- القرار E/2010/14، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، (2010) (باللغة الإنكليزية).

## مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان

- تقرير المحفل الاجتماعي لعام 2014، A/HRC/26/46، (2014).
- تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان "ملخص المشاورات بشأن تعزيز وحماية حقوق الإنسان لكبار السن"، A/HRC/24/25، (2013).

- تقرير تحليلي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان بشأن كبار السن، (2012) (باللغة الإنكليزية).

- تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، E/2012/51، (2012).
- مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، "حقوق الإنسان لكبار السن: المبادئ والمعايير الدولية لحقوق الإنسان"، ورقة معلومات أساسية، منقحة ومحدثة، الفريق العامل المفتوح العضوية، (2011).

## الإجراءات الخاصة للأمم المتحدة

- دراسة موضوعاتية للمقرر الخاص المعني بحقوق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، A/HRC/18/37، (2011).
- تقرير الخبيرة المستقلة المعنية بمسألة حقوق الإنسان والفقير المدقع، A/HRC/14/31، (2010).

## تقارير الأمم المتحدة

### الأمين العام

- تقرير الأمين العام، "متابعة السنة الدولية لكبار السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، A/70/185، (2015).
- تقرير الأمين العام، "متابعة السنة الدولية لكبار السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، A/69/180، (2014).
- تقرير الأمين العام، "مواصلة تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002"، E/CN.5/2014/4، (2014).
- تقرير الأمين العام، "متابعة السنة الدولية لكبار السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة"، A/68/167، (2013).

## الصكوك الإقليمية الرئيسية

- ميثاق دول الأنديز لتعزيز وحماية حقوق الإنسان.
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان.
- ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي.
- اتفاقية البلدان الأمريكية بشأن حماية حقوق الإنسان لكبار السن.
- إعلان حقوق الإنسان لرابطة أمم جنوب شرق آسيا.
- البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب والمتعلق بحقوق المسنين في أفريقيا.
- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب.
- البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن حقوق المرأة في أفريقيا (بروتوكول مابوتو).
- الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان.
- البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور).

## المرفق الخامس

### تحليل مفصل للاتفاقيات الدولية الثلاث التي تتضمن إشارة صريحة إلى العمر أو إلى كبار السن

- إلغاء القوانين والقواعد والأعراف التي تمسّ بحقوق المسنات، والعمل على جمع البيانات ذات الصلة وتحليلها ونشرها.

#### الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (القرار 158/45 المؤرخ 1990/12/18)

تجدر الإشارة إلى العمر في هذه الاتفاقية منذ المادة الأولى، ولكن من أجل تحديد نطاق انطباق الاتفاقية: "المادة 1-1. تنطبق هذه الاتفاقية، باستثناء ما ينص عليه خلافاً لذلك فيما بعد، على جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم دون تمييز من أي نوع مثل التمييز بسبب الجنس، أو العنصر، أو اللون، أو اللغة، أو الدين أو المعتقد، أو الرأي السياسي أو غيره، أو الأصل القومي أو العرقي أو الاجتماعي، أو الجنسية، أو العمر، أو الوضع الاقتصادي، أو الملكية، أو الحالة الزوجية، أو المولد، أو أي حالة أخرى"، وفي المادة السابعة تحديداً في الجزء الثاني من الاتفاقية (عدم التمييز في الحقوق)، يُذكر العمر من بين عوامل التمييز: "تتعهد الدول الأطراف، وفقاً للصكوك الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان، باحترام الحقوق المنصوص عليها في هذه الاتفاقية وتأمينها لجميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (...). دون تمييز من أي نوع، مثل التمييز بسبب الجنس، أو العنصر، أو اللون، أو اللغة، أو الدين أو المعتقد، أو الرأي السياسي أو غيره، أو الأصل القومي، أو العرقي، أو الاجتماعي، أو الجنسية، أو العمر...".

تذكر منظمة العمل الدولية العمر من بين الدوافع غير المشروعة للتمييز في قرارين، هما: التوصية 162 لعام

#### اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (القرار 180/34 المؤرخ 1979/12/18)

كثيراً ما تذكر المادة 11 (هـ) "الحق في الحماية الاجتماعية، ولا سيما في حالات التقاعد والبطالة والمرض والعجز والشيخوخة وغير ذلك من حالات عدم الأهلية للعمل، وكذلك الحق في إجازة مدفوعة الأجر". ولكن هذه المادة تقتصر على المساواة بين الرجل والمرأة، ولا تنص على أي أحكام مرتبطة بالعمر بوصفه دافعاً محدداً للتمييز. والمرة الوحيدة التي يُذكر فيها العمر في هذه الاتفاقية هي في المادة 16-2 حول "السن الأدنى للزواج".

وتقر أيضاً التوصية العامة رقم 25 بشأن الفقرة 1 من المادة 4 من الاتفاقية (التدابير الخاصة المؤقتة) بأن السن أحد العوامل التي تعاني النساء بسببها تمييزاً متعدد الجوانب<sup>24</sup>. وفي عام 2010، اعتمدت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة التوصية العامة رقم 27 بشأن المسنات وحماية حقوقهن الإنسانية. واعترفت اللجنة بالبعد الجنساني للشيخوخة وبالتمييز الذي يطال بشكل خاص النساء المسنات. وقدمت اللجنة إلى الدول الأطراف التوصيات التالية:

- بذل جهود حثيثة لإعطاء الأولوية في السياسات إلى دمج المسنات؛
- وضع تدابير خاصة ومؤقتة لتعزيز مشاركة المسنات في الحياة الاجتماعية في جميع المجالات؛
- تعزيز الصكوك القانونية التي تهدف إلى حماية حقوق المسنات بموجب الاتفاقية؛

الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتعرضون لأشكال متعددة أو مشددة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي وغيره من الآراء أو الأصل الوطني أو العرقي أو الاجتماعي أو الملكية أو المولد أو السن أو أي مركز آخر"، ثم يُذكر "كبار السن" في عدة فقرات من هذه الاتفاقية: في الفقرة الفرعية (ب) من المادة 25 المتعلقة بالصحة؛ وفي الفقرة الفرعية (ب) من الفقرة الثانية من المادة 28 التي تتناول مبدأ المستوى المعيشي اللائق والحماية الاجتماعية. وتشير الاتفاقية أيضاً إلى إمكانية اللجوء إلى القضاء "بما يتناسب مع العمر" في المادة 13، وإلى تدابير الحماية التي تراعي السن في المادة 16.

1980 بشأن العمال المسنين (المساواة في الوصول إلى الوظائف والمهن بغض النظر عن العمر)، والتوصية 166 لعام 1982 بشأن إنهاء الاستخدام (لا ينبغي أن يشكل السن سبباً وجيهاً لإنهاء الخدمة، رهناً بالقانون الوطني والممارسة الوطنية في ما يتعلق بالتقاعد).

#### اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2006/12/13)، المواد 8 و13 و16

تجدر الإشارة إلى العمر في هذه الاتفاقية من بين الدوافع غير المشروعة للتمييز منذ الديباجة: وإذ يساورها القلق إزاء الظروف الصعبة التي يواجهها

## المرفق السادس

### جدول المحتويات المفصل لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام 2002

<p>الهدف 2: الاستغلال التام لقدرات الناس من جميع الأعمار وخبراتهم الفنية، مع الاعتراف بالمكاسب التي تتحقق من زيادة الخبرة مع تقدم السن.</p>	<p><b>التوجه الأول ذات الأولوية: كبار السن والتنمية</b></p>
<p><b>القضية 5: التضامن بين الأجيال</b></p>	<p><b>القضية 1: المشاركة النشطة لكبار السن في المجتمع وفي التنمية</b></p>
<p>الهدف 1: تعزيز التضامن من خلال المساواة والمعاملة بالمثل بين الأجيال.</p>	<p>الهدف 1: الاعتراف بالمساهمات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية لكبار السن؛ الهدف 2: مشاركة كبار السن في عمليات صنع القرار على جميع المستويات.</p>
<p><b>القضية 6: القضاء على الفقر</b></p>	<p><b>القضية 2: العمل وشيخوخة قوة العمل</b></p>
<p>الهدف 1: خفض نسبة الفقر بين كبار السن.</p>	<p>الهدف 1: توفير فرص العمل لكل شخص راغب في العمل من بين كبار السن.</p>
<p><b>القضية 7: تأمين الدخل والحماية الاجتماعية أو الضمان الاجتماعي والوقاية من الفقر</b></p>	<p><b>القضية 3: التنمية الريفية والهجرة والتحول الحضري</b></p>
<p>الهدف 1: تنفيذ برامج ترمي إلى تمكين جميع العمال من الحصول على الحماية الاجتماعية الأساسية أو الضمان الاجتماعي الأساسي، على أن يشمل ذلك، متى أمكن، تقديم معاشات تقاعدية وتأمين ضد العجز واستحقاقات صحية؛ الهدف 2: تأمين دخل أدنى كاف لجميع كبار السن، وإيلاء عناية خاصة للفئات المحرومة اجتماعياً واقتصادياً.</p>	<p>الهدف 1: تحسين ظروف العيش والهياكل الأساسية في المناطق الريفية؛ الهدف 2: الحد من تهيمش كبار السن في المناطق الريفية؛ الهدف 3: إدماج المهاجرين الأكبر سناً في مجتمعاتهم المحلية الجديدة.</p>
<p><b>القضية 8: حالات الطوارئ</b></p>	<p><b>القضية 4: الوصول إلى المعرفة والتعليم والتدريب</b></p>
<p>الهدف 1: حصول كبار السن على الغذاء والمأوى والرعاية الصحية وغيرها من الخدمات في حالات الكوارث الطبيعية وغيرها من حالات الطوارئ الإنسانية وما يحدث بعدها؛</p>	<p>الهدف 1: كفالة المساواة في الفرص مدى الحياة في ما يتعلق باستمرار التعليم والتدريب وإعادة التدريب، وكذلك التوجيه المهني وخدمات التنسيب؛</p>

### القضية 3: كبار السنّ وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

الهدف 1: تحسين عملية تقييم أثر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على صحة كبار السنّ، سواء بالنسبة للمصابين أو كبار السنّ الذين يقدّمون الرعاية للمصابين أو لمن يخلفونهم من أفراد الأسرة؛

الهدف 2: إتاحة المعلومات الملائمة والتدريب على مهارات تقديم الرعاية والعلاج والرعاية الطبية والدعم الاجتماعي لكبار السنّ المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومن يقدمون الرعاية لهم؛

الهدف 3: تعزيز مساهمة كبار السنّ في التنمية والاعتراف بتلك المساهمة في إطار دورهم كرجال الرعاية للأطفال المصابين بأمراض مزمنة بما فيها مرض الإيدز، وكأهل بدلاء.

### القضية 4: تدريب مقدمي الرعاية والمختصين الصحيين

الهدف 1: توفير معلومات أفضل وتدريب أحسن للمختصين في مجال الصحة ومساعدتهم في ما يتعلق باحتياجات كبار السنّ.

### القضية 5: احتياجات كبار السنّ في مجال الصحة العقلية

الهدف 1: تطوير خدمات الرعاية الشاملة في مجال الصحة العقلية بدءاً بالوقاية وصولاً إلى العلاج المبكر، وتوفير الخدمات العلاجية وإدارة مشاكل الصحة العقلية لدى كبار السنّ.

الهدف 2: تعزيز مساهمات كبار السنّ في إنعاش المجتمعات المحلية وإعمارها والعمل على تلاحم النسيج الاجتماعي من جديد في أعقاب حالات الطوارئ.

### التوجه الثاني ذات الأولوية: توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة

#### القضية 1: تعزيز الصحة والرفاه طوال الحياة

الهدف 1: خفض الآثار المتركمة للعوامل التي تزيد من خطر المرض ومن ثم الاعتماد على الغير في سنّ الشيخوخة؛

الهدف 2: وضع سياسات لوقاية كبار السنّ من الاعتلال؛

الهدف 3: توفير التغذية الملائمة لجميع كبار السنّ.

#### القضية 2: توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواة

الهدف 1: إزالة أوجه التفاوت الاقتصادي والاجتماعي القائمة على أساس السنّ أو الجنس أو أي أسباب أخرى بما في ذلك الحواجز اللغوية، لكفالة استفادة كبار السنّ من الرعاية الصحية على قدم المساواة مع الآخرين؛

الهدف 2: تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية وتعزيزها لتلبية احتياجات كبار السنّ وتشجيع دمجهم في هذه العملية؛

الهدف 3: توفير سلسلة من خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات كبار السنّ؛

الهدف 4: إشراك كبار السنّ في وضع وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية والطويلة الأجل.



## القضية 6: كبار السن والإعاقة

الهدف 1: المحافظة على الحد الأقصى من القدرات الوظيفية لكبار السن ذوي الإعاقة طوال حياتهم وتشجيعهم على المشاركة الكاملة في المجتمع.

التوجه الثالث ذات الأولوية: كفالة تهيئة بيئة تمكينية وداعمة

## القضية 1: البيئة السكنية والمعيشية

الهدف 1: الترويج لفكرة "بقاء المسنين في أماكنهم" في المجتمع المحلي مع مراعاة الأفضليات الشخصية وتوفير البدائل السكنية بتكلفة مناسبة لكبار السن؛

الهدف 2: تحسين تصميم المساكن والبيئة المحيطة لتشجيع المعيشة المستقلة عن طريق مراعاة احتياجات كبار السن ولا سيما ذوي الإعاقة منهم؛  
الهدف 3: إتاحة وسائل النقل الميسرة وذات الأجرة المناسبة لكبار السن.

## القضية 2: الرعاية ودعم مقدمي الرعاية

الهدف 1: توفير سلسلة متواصلة من خدمات الرعاية لكبار السن من مختلف المصادر وتقديم الدعم للقائمين بالرعاية؛

الهدف 2: دعم دور تقديم الرعاية الذي يضطلع به كبار السن، لا سيما المسنات.

## القضية 3: الإهمال وسوء المعاملة والعنف

الهدف 1: القضاء على جميع أشكال الإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد كبار السن؛  
الهدف 2: إنشاء خدمات دعم لمواجهة إساءة معاملة كبار السن.

## القضية 4: الصور المتعلقة بالشيخوخة

الهدف الأول: تعزيز الاعتراف العام بنفوذ كبار السن وحكمتهم وإنتاجيتهم ومساهماتهم الكبيرة الأخرى.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على:

[https://social.un.org/ageing-working-](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-ar.pdf)

[group/documents/mipaa-ar.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-ar.pdf)

<https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-sociales-2006-4-page-683.htm>

## المرفق السابع

### ملخص أعمال الدورة الثالثة لاستعراض وتقييم خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام 2002

#### اللجنة الاقتصادية الأفريقية

أجرت اللجنة الاقتصادية الأفريقية دراسةً شاملةً (تضمنت استبياناً، ودراسة وثائق): وبيّنت هذه الدراسة أن البلدان الأفريقية أحرزت تقدماً في صياغة السياسات عموماً، ولكن مستوى تنفيذ هذه السياسات يبقى متفاوتاً بين البلدان. وتعتمد بعض البلدان مقارنةً شاملة قائمة على زيادة الموارد الوطنية المخصصة لحماية السكان عموماً من دون التركيز على كبار السن (كما في زامبيا، وكينيا، والمغرب، إلخ) من خلال توفير الدعم المالي، وإمكانية الحصول على الخدمات الصحية وعلى الائتمانات المالية.

وتضع بلدان أخرى نظاماً تقاعدياً شاملاً لكبار السن البالغين من العمر 70 عاماً وأكثر. وبدلاً من العمل على هيكل سوق العمل والعلاقات المهنية، تتجه البلدان عموماً نحو توسيع أنظمة التقاعد غير القائمة على دفع الاشتراكات من أجل اتخاذ الإجراءات المناسبة لكبار السن.

وتشير اللجنة الاقتصادية الأفريقية إلى بعض العراقيل والحواجز في تنفيذ ما تنص عليه خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة مثل نقص البيانات الاجتماعية الديمغرافية والصحية المصنفة حسب العمر والجنس، ونقص التمويل المخصص لتنفيذ الخطة، وأخيراً نقص آليات التتبع والتقييم.

#### اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ

أعدت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ وثيقتين، من أجل الاجتماع الحكومي الدولي لآسيا والمحيط الهادئ بشأن الاستعراض الثالث المتعلق بتقييم خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة (أيلول/سبتمبر 2017). وتضمنت الوثيقتان نتائج الاستعراض والتقييم، وتحليلاً لمسألة شيخوخة السكان من منظور تنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وأشارت اللجنة في الوثيقتين إلى أن المنطقة أحرزت تقدماً متفاوتاً بين بلدانها وبين المجالات ذات الأولوية في خطة عمل مدريد. وتعكس السياسات والتشريعات الوطنية إدراكاً متزايداً لمسألة شيخوخة السكان، لكنها تبقى مختلفة ولا تتوافق أحياناً مع خطط تتبع التنفيذ. ولا يزال التقدم ضعيفاً في مجال الحماية الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية للفئات في وضعية صعبة، ولا سيما المسنات اللواتي يسجلن أعلى نسبة من المستفيدين من هذا النوع من المساعدات. ولا يزال الوصول الشامل والمجاني إلى الرعاية الصحية أمراً صعباً، حيث يبقى عدد مراكز الأشخاص المسنين محدوداً في الدول الأعضاء المرتفعة الدخل.

وقد اعتمدت الدول الأعضاء وثيقة ختامية، حدّدت فيها التدابير ذات الأولوية التي ستتخذها في الأعوام الخمسة المقبلة للمضي قدماً في تنفيذ خطة عمل مدريد.

## اللجنة الاقتصادية لأوروبا

تبقى أوروبا الأكثر تقدماً في العالم من حيث تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة.

### اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

أشارت الإسكوا، في التقرير الذي نشرته في عام 2017<sup>25</sup>، إلى تفاوت كبير في الأوضاع الديمغرافية، والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، وأيضاً السياسية بين البلدان الأعضاء. ولاحظت أن المناقشات العامة في المنطقة لا تنطرق جميعها إلى مسألة الشيخوخة نتيجة التباين في التطور الديمغرافي بين البلدان: فبعض البلدان تشهد ارتفاعاً في معدل شيخوخة السكان (كما في تونس ولبنان)، أو مرحلة انتقالية نحو شيخوخة السكان (كما في البحرين، وليبيا، والمغرب، والمملكة العربية السعودية...)؛ في حين أن بلداناً أخرى لا تزال تشهد حركة ديمغرافية نشطة جداً (كما في السودان، ومصر، والعراق، وموريتانيا، واليمن).

وأشارت الإسكوا أيضاً إلى التنوع الشديد في سياسات التوظيف والتقاعد حسب موارد البلدان والخيارات السياسية للحكومات. ولاحظت أن البرامج المعنوية بالضمان الاجتماعي وبعانات الدخل قد تكاثرت في الأعوام الخمسة الماضية، ولكن عددها لا يزال محدوداً، ولا يزال توزيعها غير متساوٍ في المنطقة، وليست موجهة تحديداً إلى كبار السن.

كما ذكرت أن البلدان الأعضاء تشدد على ضرورة بقاء كبار السن في المنزل وعلى دور محطيهم الأسري، إلا أن السياسات الداعمة لكبار السن ولأسرهم غائبة أو مختلفة جداً بين بلد وآخر (من حيث دعم الأسر، والرعاية والخدمات المنزلية، والرعاية في مؤسسات متخصصة).

وضعت اللجنة الاقتصادية لأوروبا وثيقة تجميعية تضمّن تحليلاً للتقدم المحرز في تحقيق الأهداف، وعرضتها في مؤتمر وزاري عُقد في لشبونة في أيلول/سبتمبر 2017 بعنوان: "مجتمع مستدام لجميع الأعمار: تحقيق إمكانات العيش عمراً أطول". ولقد دأب أعضاء اللجنة الاقتصادية لأوروبا على اتخاذ تدابير تتعلق بإطالة فترة العمل في الحياة والحفاظ على القدرات الوظيفية؛ وتعزيز المشاركة، وعدم التمييز، والإدماج الاجتماعي؛ وتعزيز الكرامة والصحة والاستقلالية في سن الشيخوخة؛ والحفاظ على التضامن بين الأجيال وتعزيزه. واعتبرت أن مكافحة الفقر لدى كبار السن هدف ذات الأولوية في المنطقة، ويمكن تحقيقه من خلال توفير الحد الأدنى للمعاش التقاعدي والمساعدة العامة للتأمين التقاعدي في بلدان جنوب أوروبا وشرقها.

واعتمدت الدول الأعضاء إعلاناً وزارياً في لشبونة (2017/09/22) تعهدت فيه بتحسين الحماية لكبار السن بالاستناد إلى محاور خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. ولكن هذا الإعلان يبقى عاماً نتيجة غياب توافق الآراء بين الدول الأعضاء التي لا تشارك النهج والأطر التشريعية والسياسات العامة نفسها في مجال مكافحة التمييز، ورعاية الأشخاص في وضعية إعاقة وتوفير الرعاية في نهاية العمر، إلخ. ويذكر أن البلدان الأوروبية تعمل حالياً على وضع توجه جديد حول التمييز على أساس السن، من شأنه استكمال مجموعة الأدوات القانونية والتنظيمية القائمة بشأن التمييز (على أساس العرق، والجنس، والإعاقة، والميل الجنسي، والدين).

ومع أن أوروبا شهدت تباطؤاً نتيجة التبعات المالية والاقتصادية والاجتماعية بسبب الأزمة المالية لعام 2008، ولا سيما في بلدان جنوب أوروبا وشرقها،

الإنسان وكبار السن سواء الحقوق المدنية، والسياسية، والاقتصادية، والاجتماعية والثقافية تنفيذاً لخطة عمل مدريد. وأشارت اللجنة في تقريرها الصادر في عام 2017 إلى استمرار مشاكل كبار السن خاصة الاشتغال في القطاع غير المهيكل، والفقر، واللامساواة، التي تطل هذه الفئة، وتدني مستوى الحماية الاجتماعية في مجال الصحة والتقاعد، إلخ. أما في عام 2012، فقد برز توجه نحو تحسين الحماية الاجتماعية (الصحة، والتقاعد) وإتاحة خيارات محدّدة (مثل النظام القائم أو غير القائم على دفع اشتراكات)، إلى جانب النواحي الاجتماعية الاقتصادية. كما تطرقت اللجنة في تقريرها إلى عدة مسائل جديدة ومهمة لحماية الحقوق الأساسية لكبار السن: مثل ضمان المساواة وعدم التمييز في الاستفادة من الائتمانات، وتوفير الرعاية الطويلة الأجل، ومكافحة سوء معاملة كبار السن، وضمان الحق في الرعاية المخففة للألام في نهاية العمر وفي وفاة كريمة.

وفي الختام، فإن اعتماد الاتفاقية المتعلقة بحقوق كبار السن تبقى خطوة هامة في ضمان حقوقهم، غير أنه يجب أن تترافق مع سياسات عمومية وقطاعية ومع آليات وهيئات تنفيذية على المستوى الوطني والإقليمي.

وقد أبرز التقرير أيضاً التفاوت بين البلدان في إجراء الدراسات حول الشيخوخة وفي جمع البيانات المصنّفة حسب العمر والجنس، بسبب غياب استراتيجية عامة وأدوات تشجّع على تطوير المعرفة في هذا المجال (أي الدراسات الاستقصائية، والمراسد) وبسبب الاهتمام المحدود بهذه المسألة في الأوساط الأكاديمية، ولا سيما في قطاع البحوث العلمية. وذكرت الإسكوا أن أحد أبرز العوائق أمام تنفيذ برامج الشيخوخة في البلدان التي أبدت إرادة سياسية في هذا المجال، يكمن في ضعف آليات وهيئات تنفيذ هذه السياسات ميدانياً. وأشارت ختاماً إلى الدور الضعيف للمنظمات التي تمثل كبار السن وللمجتمع المدني في صياغة هذه السياسات.

### اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة بحر الكاريبي

أجرت اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة بحر الكاريبي استعراضاً وتقييماً لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بالاستناد إلى أولويات ميثاق سان خوسيه بشأن حقوق كبار السن في أمريكا اللاتينية ومنطقة بحر الكاريبي (2012)، وهي مبادرة رائدة في العالم. ويتضمّن هذا الميثاق إجراءات مكفّلة ومرتبطة بحقوق

## المرفق الثامن

### نماذج تمويل الإعاقة في العالم

النموذج	الإصلاح النظامي	البلد
نموذج المساعدة (ممول من الميزانية الوطنية والجماعات المستقلة)	قانون عام 2006	إسبانيا
نموذج التأمين (فرع جديد معني بالحماية الاجتماعية) يُضاف إلى نموذج التأمين الصحي ("نظام مزدوج")	قانون عام 1994 (المنقح في عام 2008)	ألمانيا
التأميم (يُضاف إلى نموذج التأمين الصحي)	بانتظار الإصلاح منذ سنة 2007 (الصفقة العادلة)	أيرلندا
نموذج التأمين (بدفع اشتراكات منذ سن السادسة والعشرين)	مرسوم سنة 1999	بلجيكا (الإقليم الفلمندي)
تأمين إلزامي لجميع الأشخاص من الفئة العمرية 40-69 عاما تتولى الإدارة شركات تأمين خاصة	خطة "إلدرشيلد" (Eldersshield) لسنة 2002	سنغافورة
فرع جديد معني بالحماية الاجتماعية يُضاف إلى نموذج التأمين الصحي (لمن تجاوز سن الخامسة والستين)	قانون تموز/يوليو 2008	كوريا
نموذج التأمين (فرع جديد معني بالحماية الاجتماعية)	قانون عام 1998 (المعدّل في عام 2005)	لكسمبرغ
التأميم (يُضاف إلى نموذج التأمين الصحي)	بانتظار الإصلاح منذ سنة 2010	المملكة المتحدة
نموذج الرعاية (ممول من الميزانية الفدرالية ومن المقاطعات التسع)	قانون سنة 1993	النمسا
نموذج التأمين (الأساسي القائم على التضامن + التأمين التكميلي) اشتراكات إلزامية لمن تجاوز سن الأربعين آلية مراجعة كل 5 أعوام	القانون المؤرخ 17 كانون الأول/ديسمبر 1997 (والذي يبدأ تنفيذه في 2000/01/01) بعد الخطة الذهبية (Golden Plan)	اليابان

## المرفق التاسع

### لمحة عامة عن النظرة إلى كبار السنّ في العالم

استقلاليتهم. وتقتضي العديد من الأديان في أمريكا احترام كبار السنّ، ويكثر عدد المتطوعين لرعاية كبار السنّ في المراكز المتخصصة وفي المجتمع المحلي. وتسعى السلطات إلى توعية السكان الأصغر سناً بالمكانة الهامة لكبار السنّ في المجتمع من خلال تنظيم يوم تحسيسي لكبار السنّ الأمريكيين.

**الصين:** نظراً للاحترام السائد لكبار السنّ في الصين، جرى صياغة قانون خاص بالمسنّين، يتيح هذا لكبار السنّ اللجوء إلى المحاكم للمطالبة بالتعويض المادي والمعنوي. ويتعيّن على المؤسسات أيضاً منح أيام عطلة لموظفيها لكي يستطيعوا زيارة والديهم المسنّين، ورعاية كبار السنّ تعتمد بدرجة عالية على رعاية الأسر. ومن المتوقع أن يبلغ عدد الأشخاص من الفئة العمرية 50 عاماً وأكثر في الصين 636 مليون شخص بحلول عام 2050، أي حوالي 50 في المائة من مجموع السكان، مقابل 25 في المائة في عام 2010، وفقاً لدراسة نشرتها صحيفة "يو إس إيه توداي" (USA Today). فإن الصين كرّست الالتزام برعاية كبار السنّ من خلال التشريع، وتحت الثقافة الصينية على ضرورة احترام كبار السنّ.

**اليابان:** تعترف الثقافة اليابانية بقيمة كبار السنّ، ويندرج احترام كبار السنّ على نحو طبيعي في الحياة اليومية للأسر والأبناء، ما يجعل اليابان من أكثر البلدان ملاءمةً لكبار السنّ. ويُعتبر الوسط الأسري بمثابة الوسط الطبيعي لعيش الشخص المسنّ، حيث تعيش عدة أجيال تحت سقف واحد. فهل يبزّر هذا الأسلوب المعيشي طول العمر لدى اليابانيين؟ في جميع الأحوال، يسجل المجتمع الياباني أحد أعلى معدلات الشيخوخة في العالم، فعدد الأشخاص في

تُعتبر شيخوخة السكان ظاهرةً عالمية، فمعظم بلدان العالم تشهد ارتفاعاً مطرداً في عدد كبار السن. وشيخوخة السكان هي نتاج التحوّلات الاجتماعية التي شهدتها القرن الواحد والعشرون، ولديها انعكاسات على جميع المستويات ولا سيما سوق الشغل، والأسواق المالية من حيث الطلب على السلع والخدمات مثل السكن والنقل والحماية الاجتماعية. وتترك شيخوخة السكان أيضاً أثراً عميقاً على البنات الأسرية والعلاقات بين الأجيال في جميع مناطق العالم من دون استثناء. ونذكر في هذا الصدد بعض النماذج.

**أوروبا الغربية:** لا يحظى كبار السنّ بدرجة عالية من التقدير في المجتمعات الغربية التي تغلب فيها الفردانية على جميع القيم الأخرى، حيث يتعرّض كبار السنّ للإهمال لأنهم يُعتبرون أقلّ جاذبيةً. ويسود التمييز ضدّ كبار السنّ وتنتشر الصور السلبية عن الشيخوخة، وهي صور نمطية مرتبطة بالمرض، وعدم الجدوى، وفقدان الجاذبية، وتراجع القدرات العقلية، والفقر، والاكئاب. لذلك من الضروري العمل على تغيير الثقافة السائدة في مجتمعات بلدان أوروبا الغربية قدر المستطاع.

**الولايات المتحدة الأمريكية:** يشعر كبار السنّ من الأمريكيين بسعادة أكبر ويتمتعون بصحة أفضل، رغم ذلك ما زالوا يعانون أحكاماً مسبقة وصوراً نمطية، ويعترف بعضهم بأنهم يقعون ضحية التمييز في مجتمعاتهم. وتعدّ الولايات المتحدة الأمريكية من بين البلدان التي لا يحظى فيها كبار السنّ بالاحترام الواجب نحوهم، ولكنها تتخذ إجراءات لتحسين رعاية هذه الفئة، ولا سيما جيل طفرة الشباب (baby boomers) الذين بلغوا سنّ التقاعد أو فقدوا

كما هي العادة في الغرب؛ فالنموذج العائلي موسّع ويعيش فيه الأبناء مع الوالدين والجدين، والأعمام والأخوال، والعفات والخالات.

### لمحة عن رعاية كبار السن في أوروبا وكندا (الجزء الأول)

**ألمانيا:** ينص القانون الصادر في 26 أيار/مايو 1994 بشأن تأمين الاستقلالية (المعدل في عام 2008)، على تغطية جميع أشكال فقدان الاستقلالية، بغض النظر عن العمر أو الدخل أو الثروة. ولكن هذا القانون لا يغطي سوى الاحتياجات الأساسية لأن الخدمات محددة بسقف معين. ويساهم الفرد بشكل كبير في التأمين على فقدان الاستقلالية، وتبقى مساهمة الدولة مساهمة تكميلية.

ويُعتبر التأمين على فقدان الاستقلالية إلزامياً، حيث يتم دمجه في نظام التأمين الصحي. ويميز القانون بين ثلاثة مستويات من التأمين على فقدان الاستقلالية وفقاً للخدمات المقدمة (العلاجات، والخدمات المنزلية، إلخ). ويمكن أن يختار كبار السن إما الخدمات العينية، المقدمة في المنزل أو في المؤسسات، أو الخدمات المالية. ولا يرتبط منح الخدمات بموارد الأشخاص المستفيدين، ويغطي تأمين فقدان الاستقلالية نفقات المعدات المتخصصة (مثل السرير الطبي) والنفقات المرتبطة بتجهيز المساكن ضمن حدود مبلغ ثابت. ويمول هذا التأمين من الاشتراكات الاجتماعية التي يتقاسمها بالتساوي الأجراء وأصحاب العمل، ويعيش حوالي 70 في المائة من المستفيدين من نظام التأمين على فقدان الاستقلالية في المنزل، ويحصل ثلثهم على استحقاقات من مشغلين في القطاع الخاص، بينما يحصل سائر المستفيدين على المساعدة من شخص قريب يتقاضى جزءاً من معاشه من خلال التأمين على فقدان الاستقلالية. وفي عام 2010، أعلن وزير الصحة إصلاح نظام التأمين على فقدان الاستقلالية،

الفئة العمرية 65 عاماً وأكثر يفوق عدد الأشخاص في جميع الفئات العمرية الأخرى. وتعود السعادة وطول العمر لدى كبار السن في اليابان إلى العلاقات المجتمعية والأسرية الإيجابية التي تشجّع رعاية جيدة بكبار السن وأسلوباً معيشياً سليماً، يتسم بالعديد من الأنشطة البدنية وبتغذية صحية.

**أفريقيا:** يُشار إلى كبير السن في الثقافات الأفريقية بعبارة "عجوز"، أو "حكيم" أو "معمر". وتشدّد هذه الثقافات على أن كبار السن هم أشخاص طال عمرهم على الأرض، أو تقدّموا في السن، أو عاصروا عدّة أجيال، ما يجعلهم تراثاً ومورداً في آن واحد. لكن هذه الثقافات تشهد حالياً تغييرات مجتمعية، نتيجة الالتحاق بالمدارس ومواكبة الثورة التكنولوجية عموماً، ولا سيما ثورة المعلومات، وتراجع دور المسنّ أو المسنة اللذين طالما راکما خلال حياتهما المعرفة والتجربة. ونتيجة شعور الأفراد بحياة مناسبة تتيح لهم المزيد من الإمكانيات المادية وفرص الحياة، ينزح العديد منهم من القرى إلى المدينة، تاركين وراءهم المسنّين والمسنّات والأطفال والنساء لوحدهم. وتفتقر العديد من القرى الأفريقية إلى مراكز رعاية المسنّين. وفي ظل هذه العوامل، استبدلت الأسر الموسعة (المؤلفة من الوالد والوالدة والأصول والفروع) في المجتمعات بأسر نووية (مؤلفة من الوالد والوالدة والأطفال).

**الهند:** من أهمّ مميزات التقدير والاحترام هو العمر، فمن الضروري التعاطي بأدب واحترام مع الأشخاص المسنّين. وفي الأسرة، يتجلّى هذا الاحترام لكبار السنّ في تقليد "بارنام"، وهو سجد يعبر عن خلاله الأبناء عن الاحترام لأبائهم، ومن المعتاد أيضاً في الهند تدليك القدمين، وربلة الساقين، والعقبين، والذراعين للأشخاص المسنّين، ما يدل على الحنان والاحترام والرعاية. وتبقى العائلة بمثابة الخلية الأساسية التي تنطلق منها هوية الفرد، فمن دون العائلة، لا يمكن للشخص أن يوجد، كما أن الهوية العائلية تتجاوز الطبقة والطائفة. وليس للعائلة الهندية تركيبة نووية

مسؤولية الجماعات المحلية توفير المساعدة المنزلية، وتجهيز المنازل وإتاحة مسكن ملائم، وتقديم الخدمات النهارية في المؤسسات، بشكل مجاني بغض النظر عن الوضعية المالية للمستفيدين، وتقدّم مراكز الرعاية الاجتماعية في الجماعات المحلية الخدمات اللازمة. ومن أجل إطلاع الأشخاص المهتمين على المساعدات المقدمة، يتعين على الجماعات إجراء زيارتين سنوياً لجميع الأشخاص المسنين الذين تجاوزوا سن 75 والذين لا يستفيدون من أي مساعدة. ومنذ عام 1987، يحظر قانون الخدمات الاجتماعية إنشاء دور جديدة لرعاية الأشخاص المسنين. ويتم بناء مساكن متاحة للأشخاص المسنين وتلبي احتياجاتهم. وينبغي أن تكون جميع المساكن الجديدة مجهزة لتسهيل تنقل المسنين في وضعية إعاقة، ولا تقدّم أي مساعدات مالية إلى الأشخاص المسنين الفاقدين للاستقلالية، ولكن مساعدات مالية تُخصّص لفائدة الأسر التي تساعدتهم. ومنذ عام 1996، ينتخب المواطنون الذين تجاوزوا سن 60 سنة وأكثر في كل جماعة ترابية "مجلس كبار السن" الذي يتعين على المجلس الجماعي التشاور معه قبل اتخاذ أي قرار متعلق بهذه الفئة. ويموّل هذا النظام كلّ من خلال الضرائب المحلية وإعانات الدولة، ويرتكز نظام الرعاية في الدانمرك على مبدأ تقديم الخدمات مجاناً وبالتساوي.

**إسبانيا:** بموجب القانون رقم 39 المؤرخ 14 كانون الأول/ديسمبر 2006 بشأن فقدان الاستقلالية، وُضعت تدريجياً آلية للتكفل بالأشخاص المسنين فاقد الاستقلالية، ويغطي هذا القانون جميع أشكال فقدان الاستقلالية بغض النظر عن الأسباب (العمر، أو المرض، إلخ). وينص القانون على ثلاث أنواع من المساعدات، ويحدّد القانون قائمة المساعدات العينية (بدءاً بالمعدات التقنية التي تسهل البقاء في المنزل وصولاً إلى الإيواء في مؤسسات الرعاية) التي ينبغي أن توفرها مراكز الرعاية الاجتماعية في المجتمعات المستقلة. وبموجب هذا القانون، لا تُمنح مخصّصات

معتبراً أن الآلية الحالية القائمة على التوزيع وينبغي أن تُعزز بنظام المعاشات التقاعدية الممولة الذي تتيح لكل فرد تمويل مخاطره الخاصة.

**إنكلترا:** تدعم الدولة الجماعات المحلية لتقديم التأمين على فقدان الاستقلالية للأشخاص ذوي الدخل المحدود. وتقدّم مساعدة مالية لجميع الأشخاص الفعّالين (Attendance Allowance)، إضافة إلى مساعدة محدودة لمقدمي الرعاية (Carers' Allowance). وتشكل هذه الآليات شبكات أمان للأشخاص ذوي الدخل المحدود، ويختار كبار السن في غالبيتهم الحصول على التأمينات المالية بدلاً من الخدمات. وبصفة عامة، يتولّى تغطية نفقات هذه الخدمات الأشخاص الذين تتخطى ثروتهم مستوى معيناً. أما الأشخاص الآخرون، فيدفعون رسوماً مشتركة تختلف طريقة حسابها من جماعة محلية إلى أخرى. ويحصل كبار السن الذين لا يقلّ عمرهم عن 65 عاماً والذين هم بحاجة إلى الدعم على مساعدة مالية تعتمد على درجة الإعاقة. وتُمنح هذه المساعدات بغض النظر عن موارد الشخص ولا يخضع استخدامها للرقابة، وتُعتبر هذه الآلية غير مجددة نظراً لتكلفتها وعدم شفائيتها وللانتقادات الموجهة إليها بخصوص تفاوت الرسوم بين الجماعات المحلية.

**الدانمرك:** تتكفل الدولة برعاية الأشخاص المسنين والأشخاص في وضعية إعاقة، ويبقى دور العائلة دوراً مكملًا فقط. ويندرج التكفل بالأشخاص الفاقدين للاستقلالية في نظام الحماية الاجتماعية، ويوفر هذا النظام الخدمات الصحية والاجتماعية بما يتوافق مع احتياجات كبار السن. وينص قانون الخدمات الاجتماعية على أن كلّ شخص يمكنه الاستفادة مجاناً من الخدمات التي تضمن له حياة كريمة، والبقاء في المنزل لأطول فترة ممكنة، والمحافظة على قدراته البدنية والعقلية. ويرتكز هذا النظام على الخدمات العامة الشاملة والمجانية، الممولة من الضرائب. ومن



العامة مرتفعة جداً وتعتمد على دعم شركات التأمين الخاصة.

**هولندا:** تتكفل الدولة برعاية الأشخاص المسنين أو من هم في حاجة إلى رعاية طويلة الأجل، وتهدف إلى توفير رعاية جيدة للأشخاص المصابين بمرض عضوي أو عقلي أو نفسي أو مزمن. ولا تُحدّد الرعاية إلا وفقاً لاحتياجات الشخص، ويمكن اعتبار آلية الرعاية في هولندا شاملة لأنها تغطي جميع الأفراد، وترتكز من جهة على التأمين العام الإلزامي لتغطية نفقات الرعاية الاستثنائية (AWBZ)، الذي يشمل الرعاية الطويلة الأمد، والرعاية الاجتماعية التي تؤمنها الجماعات المحلية من جهة ثانية (مثل قانون WMO). وتهدف جميع المساعدات إلى تشجيع بقاء الأشخاص المسنين الفاقدين للاستقلالية في المنزل وإلى تحسين مشاركتهم في الحياة الاجتماعية. وبموجب قانون الرعاية الاجتماعية الذي بدأ تنفيذه في بداية كانون الثاني/يناير 2007، أُسّدت للجماعات المحلية مسؤولية توفير جميع المساعدات غير الطبية، ويتعين عليها وضع خطة رابعة لتنظيم تدخلاتها في مجال الرعاية الاجتماعية، وينبغي أن تتكفل بمساعدة الأشخاص المسنين والأشخاص في وضعية إعاقة من خلال منح مساعدات تسهل الاستقلالية، وإتاحة الحرية في الاختيار بين المساعدات العينية أو المالية. وعلى الجماعات المحلية إحداث شبك وحيد لتلقّي الطلبات، وتحديد الإجراءات، وعند الاقتضاء تحديد قيمة المخصصات المالية، ويمكن أن تطلب الجماعات من المستخدمين تقديم مساهمات مالية وأن تحتفظ بحرية تحديد قيمتها وشروط دفعها (من خلال تسديد مبلغ ثابت أو متناسب مع الدخل، وتحديد سقف لهذه المساهمات أو عدم تحديد سقف لها، إلخ...).

وتدفع الدولة إلى الجماعات المحلية مخصصات مالية تُحسب قيمتها وفقاً لخصائص سكانها، وإذا نجحت الجماعات في التخفيف من النفقات الاجتماعية، يمكن استخدامها لأغراض أخرى. وبعد دخول القانون حيز

مالية إلا إذا استحال توفير المساعدات مباشرة، وترتكز هذه الآلية على التعاون بين الدولة والمجتمعات المستقلة. وهذا ينطبق أيضاً على الشق المالي؛ فينبغي أن تكون ائتمانات المجتمعات المستقلة المخصصة لتمويل الإعالة مساوية على الأقل لائتمانات الدولة، ويشارك المستفيدون في التمويل حسب قدراتهم (من خلال الدخل أو الإرث). وقد نشر المرصد الخاص بالإعالة دراسة في عام 2010 شدد فيها على عدم كفاية الائتمانات الوطنية التي لا تغطي سوى ثلث الكلفة الإجمالية للحاجيات. وركزت الدراسة أيضاً على التفاوت في رعاية الأشخاص المُعالين وعلى عدم توفر التغطية لما يزيد على 200,000 شخص.

**إيطاليا:** يُعتبر دور الدولة في رعاية الأشخاص فاقد الاستقلالية ثانوياً بالمقارنة مع الرعاية المنزلية المقدمة من طرف الأسرة. وتعتبر هيكلية خدمات الدولة معقدة وتتدخل فيها جهات مختلفة: فالدولة تخصص المساعدات المالية بينما تقدم الجهات والجماعات المحلية المساعدات العينية. ومنذ عام 1988، أصبح بإمكان الأشخاص المسنين الذين تجاوزوا سن 65 وأكثر والذين يواجهون "صعوبات دائمة" للقيام بالأعمال الأساسية في الحياة اليومية، الاستفادة من الإجراءات المخصصة للأشخاص في وضعية إعاقة. فيمكنهم الحصول على تعويض عن الرعاية، وهي مساعدات مالية يدفعها الضمان الاجتماعي (بغض النظر عن موارد المستفيدين). ولا يخضع استخدام هذه التعويضات للرقابة، وتُعتبر دخلاً إضافياً، أما المساعدات العينية، فتقدّمها الأقاليم والبلديات (وتقدّم المراكز الصحية خدمات الإيواء في مؤسسات متخصصة ومراكز الرعاية النهارية... وتتكفل الجهات والجماعات المحلية بتجهيز المساكن وتوفير المساعدة المنزلية...). وتنتقد علاوات الرعاية بسبب قيمتها الثابتة التي لا تراعي درجة الإعالة، أما المساعدات النقدية، فهي متفاوتة بشكل كبير بين الجهات والجماعات المحلية، وتعتبر الحكومة أن النفقات

مساعدات المؤسسات الخاصة. وتحظى الرعاية المنزلية في السويد بالمرتبة الأولى لتوفير مساعدة ملموسة إلى الأشخاص المسنين، ونادراً ما يتم إحالة الأشخاص المسنين إلى مؤسسة متخصصة. وتُعتبر والسويد البلد الوحيد الذي أدرج في قانونه الحق في البقاء في المنزل مع الحصول على مساعدة ملائمة، بغض النظر عن طبيعة الاحتياجات.

**فنلندا:** كما في سائر البلدان الإسكندنافية، يُعرَف النظام بكثافة الخدمات الاجتماعية التي يقدمها، وقد شهدت الخدمات الاجتماعية والصحية والسكنية نمواً مطرداً في فنلندا بعد انتهاء الحرب. ولطالما كانت معدلات رعاية الأشخاص المسنين، مرتفعةً سواء في مؤسسات الرعاية الطويلة الأجل أو في المراكز غير السكنية. ويمكن إيجاد أوجه شبه بين الدانمرك والسويد وفنلندا والنرويج في مجال الرعاية الاجتماعية:

- خدمات الرعاية الاجتماعية متاحة على نطاق واسع في بلدان الشمال الأوروبي (باستثناء آيسلندا)؛
- أفراد الطبقة المتوسطة والغنية هم من بين المستفيدين من الخدمات العامة، ما يجعل نظام الخدمات مراعيًا لمصالح النساء؛
- الجماعات المحلية مسؤولة عن تقديم الخدمات، ولديها السلطة لاقتطاع الضرائب والحصول على دعم الدولة في آنٍ واحد.

وتجدر الإشارة إلى أن الجماعات المحلية في البلدان الإسكندنافية هي الجهة الرئيسية المسؤولة عن تنظيم الخدمات الاجتماعية. وتحدّد الدولة الإطار التشريعي من دون أن تتدخل في كيفية تقديم الخدمات الاجتماعية، وتتمتع الجماعات المحلية بالحكم الذاتي أي يُنتخب ممثلوها ولديها الحق في اقتطاع الضرائب، وهي مسؤولة عن تنظيم الخدمات

التنفيذ، أُسندت مهمة الرعاية المنزلية للعلامات المنزليات أو للممرضات المساعدات.

## لمحة عامة عن رعاية كبار السن في أوروبا وكندا (الجزء الثاني)

**السويد:** تقدّم الدولة خدمات التكفل للأشخاص فاقدى الاستقلالية من خلال نظام الحماية الاجتماعية. فمنذ عام 1964، وضعت السويد نظاماً للحماية من فقدان الاستقلالية، وتمتيز رعاية الأشخاص المسنين في السويد بالشمولية، وتمنح للمستفيدين لتلبية احتياجاتهم بغض النظر عن وضعهم المالي، وتموّل من الضرائب العامة. ولا يقتصر دور الدولة على تقديم المساعدات بل يشمل وضع سياسات وقائية في جميع مراحل الحياة، وتضطلع الأسرة بدور هام لأن العديد من الأشخاص المسنين ما زالوا يعتمدون على أقاربهم، وتبقى الجماعات المحلية الجهة الأساسية في النظام السويدي لتقديم المساعدات في إطار التعاون مع القطاع الخاص. وتتكفل أيضاً بالمجال الطبي الاجتماعي (الذي يُعنى بالأشخاص المسنين، والأشخاص في وضعية إعاقة، والأشخاص المصابين باضطرابات عقلية طويلة الأجل)، وبدور الرعاية الاجتماعية والمراكز العلاجية الطبية. وخدمات الرعاية التي تقدّمها البلديات إلى الأشخاص فاقدى الاستقلالية ممولة في غالبيتها من برامج التضامن الاجتماعي، ويُموّل 80 في المائة من خدمات الرعاية من خلال الضرائب المحلية، و16 في المائة من إعانات الدولة، و4 في المائة من مساهمات المستخدمين. ويمثّل الإنفاق العام على مساعدة فاقدى الاستقلالية حوالي 3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في حين أن البلدان الأوروبية الأخرى تخصّص ما بين 0,5 و1,5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي إلى نفقات الرعاية. وقد أدركت السويد أن رعاية الأشخاص الفاقدين للاستقلالية لا يمكن أن تستمرّ إلا إذا أصبحت التزاماً عاماً تكفله

الاستشفائية والطبية المجانية. وفي عام 2006، أنشأت الحكومة الكندية وزارة الدولة المكلفة بشؤون الأشخاص المسنين التابعة لوزارة الشغل والتنمية الاجتماعية. ومن مهام هذه المؤسسة التعاون مع العديد من الوزارات والهيئات المعنية بصياغة السياسات والبرامج المتعلقة بالأشخاص المسنين. وتترأس وزارة الشغل والتنمية الاجتماعية الكندية لجنة مشتركة بين الوزارات، تجمع ممثلين عن القطاعات والهيئات الاتحادية، وتعتبر جهاز التنسيق بين الهيئات المعنية بقضايا الشيخوخة. وبلاستناد إلى تحليل مستمد من جميع القطاعات، تقدّم وزيرة الدولة المكلفة بشؤون الأشخاص المسنين إلى مجلس الوزراء الكندي منظوراً شاملاً بشأن مختلف الملفات المتعلقة بالمسنين. وإدراكاً لحتمية شيخوخة السكان في كندا (25 في المائة من السكان ستتجاوز أعمارهم 65 عاماً في عام 2031)، وضعت الحكومة الكندية خطة عمل بعنوان "Vieillir et Vivre Ensemble" (التقدم في السن والعيش معاً). وتتضمن هذه الخطة مجموعة من الإجراءات والتدابير التي يبلغ عددها 74 تدبيراً، وترمي إلى إبقاء الأشخاص المسنين في العمل لأطول فترة ممكنة، وتركز على المساعدة المنزلية لكبار السن فاقد الاستقلالية وعلى المؤسسات المتخصصة في إيواء الأشخاص المسنين

مثل التعليم، والصحة، والسياسات الاجتماعية (المعنية بالرعاية). وتحصل على مساعدات من الدولة من أجل تنفيذ هذه المهام، وأجريت عدّة إصلاحات لتحديد العلاقة بين الدولة والحكومات المحلية، وكانت فترة الثمانينات والتسعينات مواتية لإتاحة المزيد من الاستقلالية للجماعات المحلية. وفي فنلندا، هناك اختلاف واضح بين نظام رعاية الطفل ونظام رعاية الأشخاص المسنين، فنظام رعاية الطفل شامل جداً ويعطي الحق للوالدين في اللجوء إلى خدمات الرعاية البلدية. أما في مجال رعاية الأشخاص المسنين، فإن عملية تحديث التشريعات تعتبر بطيئة، لذلك لم تُدرج حقوق المواطنين وواجبات السلطات المحلية في قانون رعاية الأشخاص المسنين كما هي مدرجة في قانون رعاية الطفل. ويعتمد الوصول إلى خدمات الرعاية على تقييم مهني، والتباين شديد بين مختلف الجماعات المحلية، وتبقى رعاية الأشخاص المسنين على عاتق الأسر والعائلات، وتعتبر مساهمة المنظمات الحكومية مكفلة للدعم غير الحكومي.

**كندا:** منذ أوائل السبعينات، وضعت كندا نظاماً عاماً للصحة العمومية، يضمن لجميع الكنديين الحق في الحصول الشامل على الخدمات الصحية مثل الخدمات

## المراجع

- المصادر المتعلقة بالشيخوخة وكبار السن في المغرب  
المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الأشخاص المسنون في المغرب، 2015.
- مؤسسة الحسن الثاني للمغاربة المقيمين في الخارج، Les marocains résidents à l'étranger, le Troisième Age, 2006.
- دليل رصد أحوال المسنين في العالم، بيانات حول الشيخوخة في المغرب، 2015.
- المنذوبية السامية للتخطيط، المسح الوطني حول الأشخاص المسنين، 2006.
- المنذوبية السامية للتخطيط، المغرب: إسقاطات السكان والأسر ما بين 2014 و2050، مركز الدراسات والأبحاث الديمغرافية (CERED)، 2017.
- المنذوبية السامية للتخطيط، النتائج الرئيسية للإحصاء السكاني، 2014.
- المنذوبية السامية للتخطيط، شيخوخة السكان في المغرب: تأثير التغيرات الديمغرافية على الوضعية المالية لنظام التقاعد المغربي وعلى حالة الاقتصاد، 2017.
- الدستور المغربي لسنة 2011، الأمانة العامة للحكومة.
- المشاركة الاجتماعية للمسنين، مجلة "Santé en action"، آذار/مارس 2018.
- عبد اللطيف الفرخ (A. LFARAKH)، تقرير موجز بعنوان "Situation, prospective et analyse institutionnelle des politiques et programmes relatifs aux personnes âgées"، 2017.
- المرصد الوطني للتنمية البشرية، واقع الأشخاص المسنين في المغرب، 2017.
- البرنامج الحكومي 2016-2021.
- William MOLMY, Muriel SAJOUX et Laurent NOWIK (sous-direction), Vieillesse de la population dans les pays du Sud, Actes du colloque international de Meknès, 2011.
- المصادر الدولية المتعلقة بحماية كبار السن وحقوقهم
- خلاصة مجلس أوروبا حول الشيخوخة النشطة، 2010.
- إعلان لشبونة الوزاري، "مجتمع مستدام لجميع الأعمار"، 2010.
- إعلان مدريد السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة لعام 2002.
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، منظمة الأمم المتحدة، 1947.
- نجاة المكاوي، "Socio-Economic situation of older persons, Public policies and the role of Civil Society"، المركز الوطني لحقوق الإنسان، 2018.
- دليل المدن الصديقة للمسنين على المستوى العالمي، منظمة الصحة العالمية، 2007.
- ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي، 2000.
- الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا، 2017.
- Plan national de prévention de la perte d'autonomie, (France) 2015.
- مجلة Population du monde، Population et Société، أيلول/سبتمبر 2017.
- مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن، 1991.
- تقرير المفوضة السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، 2012.
- خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة، الصادرة عن الأمم المتحدة، 1982.
- تقرير "دليل رصد أحوال المسنين في العالم"، 2013 و2015.
- التقرير العالمي حول الشيخوخة والصحة، 2015.
- التقرير العالمي للحماية الاجتماعية، منظمة العمل الدولية والبنك الدولي، 2017.
- متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، تقرير الأمين العام للأمم المتحدة، 2011.

Renforcer les droits des personnes  
âgées dans le monde  
التحالف العالمي لحقوق المسنين، 2015.

القرار 1369/67، "نحو وضع صك قانوني  
دولي شامل ومتكامل لتعزيز وحماية  
حقوق كبار السن وكرامتهم"، الفريق  
العامل – منظمة الأمم المتحدة،  
2012/12/20.

### تقارير الخبرة المستقلة

حقوق كبار السن، منظمة الأمم المتحدة،  
2014.

استقلالية كبار السن ورعايتهم، منظمة الأمم  
المتحدة، 2015.

حقوق كبار السن، منظمة الأمم المتحدة،  
2016.

توصيات المؤتمر العربي حول "كبار السن بين  
الرعاية الأسرية والمؤسسية"، مراكش،  
المغرب، 2015.

### تقارير تقييم خطة عمل مدريد

الدورة الأولى لاستعراض وتقييم خطة عمل  
مدريد الدولية للشيخوخة، 2007.

الدورة الثانية لاستعراض وتقييم خطة عمل  
مدريد الدولية للشيخوخة، 2012.

الدورة الثالثة لاستعراض وتقييم خطة عمل  
مدريد الدولية للشيخوخة، 2017.

## الحواشي

1. نظمت الوزارة، بالشراكة مع الإسكوا، ورشة عمل غقدت يومي 21 و22 شباط/فبراير 2017 في الرباط، بعنوان "نحو إطار استراتيجي وطني للنهوض بحقوق المسنين بالمغرب". وقد صدر عن الورشة عدد من التوصيات، أبرزها ضرورة وضع إطار استراتيجي شامل للمسنين. وبناء على مخرجات الورشة، أطلقت الإسكوا مشاورات في أوائل عام 2018 من أجل توفير الدعم الفني لصياغة الإطار الاستراتيجي، وحشد الخبرات في مجالات علم الشيخوخة والشيخوخة الجيدة، ووضع أطر وآليات خاصة بحماية حقوق الأشخاص المسنين وممارسات جيدة على المستوى الدولي والإقليمي، والاطلاع على وضع المسنين في المغرب من أجل التعرف على مجالات التدخل ذات الأولوية وعلى أدوار السلطات العامة الوطنية والمحلية، والجهات المؤسسية والاقتصادية، ومنظمات المجتمع المدني ونطاق عملها، واقتراح توصيات سياساتية لحماية وتمكين الأشخاص المسنين في المغرب. وفقاً لتقرير رصد أحوال المسنين في العالم لعام 2015 (Global Age Watch 2015)، الذي أعدته منظمة الأمم المتحدة والرابطة الدولية غير الحكومية لمساعدة المسنين (HelpAge International)، حل المغرب في المرتبة الرابعة والثمانين من بين 96 بلداً (وفي المرتبة الحادية والثمانين من بين 91 بلداً في عام 2013)، ولكنه تقدم على البلدان العربية المصنفة (الأردن في المرتبة الخامسة والثمانين، والعراق في المرتبة السابعة والثمانين، ودولة فلسطين في المرتبة الثالثة والتسعين)، وحل في المرتبة الثالثة على قائمة البلدان الأفريقية التسعة المصنفة، وتحديداً بعد جنوب أفريقيا (في المرتبة الثانية والسبعين) وغانا (في المرتبة الحادية والثمانين). وينتمي المغرب إلى مجموعة البلدان الأخيرة التي يعتبر فيها كبار السن أن الظروف المعيشية غير مؤاتية لهم.
2. تتمحور خطة عمل مدريد حول ثلاثة اتجاهات كبرى ذات أولوية و18 موضوعاً موزعاً على 35 هدفاً. ويضم كل هدف عدة تدابير ملموسة (انظر جدول المحتويات المفضل للخطة في المرفق الخامس). وتنص خطة عمل مدريد على شروط التنفيذ والتنسيق والمتابعة للإنجازات على المستوى الدولي والإقليمي والوطني.
3. رابطة المتقاعدين الأمريكية الدولية (AARP)؛ منظمة رعاية المسنين البريطانية (Age UK)؛ مؤسسة رفاة المسنين (Agewell)، منظمة غير حكومية هندية؛ الاتحاد الدولي لرابطات المسنين (FIAPA)؛ منظمة العمل العالمي من أجل الشيخوخة (GAA)؛ الرابطة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International)؛ الرابطة الدولية لعلم الشيخوخة (IAGG)؛ الرابطة الدولية لتوفير الإسكان والخدمات للمسنين (IAHSA)؛ الاتحاد الدولي المعني بالشيخوخة (IFA)؛ المركز الدولي لدراسات طول العمر – الولايات المتحدة الأمريكية (ILC-US)؛ الشبكة الدولية لمنع إساءة معاملة المسنين (INPEA).
4. الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (1965)؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966)؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)؛ قمة الأهداف الإنمائية للألفية 2000-2030.
5. تقرير الخبيرة المستقلة المعنية بمسألة تمتع المسنين بجميع حقوق الإنسان. مجلس حقوق الإنسان، الجمعية العامة، الأمم المتحدة 2016.
6. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/147/81/PDF/G1614781.pdf?OpenElement>
7. انظر التقرير العالمي للحماية الاجتماعية 2017-2019، منظمة العمل الدولية.
8. هذه البيانات مستمدة من العرض الذي قدمته نجاة الكاوي في جامعة باريس دوفين (Paris Dauphine)، بعنوان "الوضع الاجتماعي الاقتصادي لكبار السن، السياسات العامة ودور المجتمع المدني"، بمناسبة اليوم الدراسي حول كبار السن الذي نظمه المجلس الوطني لحقوق الإنسان في الرباط في المغرب بتاريخ 25 نيسان/أبريل 2018.
9. تقرير رصد أحوال المسنين في العالم لعام 2015 (Global Age Watch 2015).
10. "واقع الأشخاص المسنين في المغرب"، المرصد الوطني للتنمية البشرية، 2017.
11. حدد القانون رقم 14-72 الصادر بموجب الظهير رقم 1-16-110 المؤرخ 16 ذي القعدة 1437 (20 آب/أغسطس 2016) سن تقاعد الموظفين العموميين ووكلاء الدولة الخاضعين لنظام معاشات التقاعد المدنية. (63 عاماً للموظفين العموميين و65 عاماً للمدرسين والباحثين).
12. انظر "التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة" لعام 2010؛ و"التقرير العالمي حول الشيخوخة والصحة" لعام 2015.
13. "ورش عمل حول الشيخوخة الجيدة" يحييها أخصائيو (أطباء، وعلماء نفس، ومدربون رياضيين، إلخ)، انظر الخطة الوطنية للوقاية من فقدان الاستقلالية، فرنسا 2015، والمنشورات حول الشيخوخة ("? Vieillir... et alors"؛ "Bien vivre son âge")، وسلسلة الحلقات الشبكية (reponses-bien-vieillir.fr)، المعهد الوطني للوقاية والتنقيف الصحي (INPES)؛ صناديق معاشات التقاعد في فرنسا؛ "الشيخوخة النشطة في أوروبا، 2010"، ViviFrail، وهو برنامج للأنشطة البدنية، الاتحاد الأوروبي، 2016.

14. لمعرفة المزيد عن خدمات الصحة الإلكترونية، والطب عن بعد، والمساعدة عن بعد وغيرها من الحلول الرقمية الموجهة خصيصاً إلى كبار السن الضعفاء، انظر <http://www.france-silvereco.fr> و <https://www.silvereco.fr>.
15. قانون عام 2002، قانون العمل الاجتماعي والأسري، والخطط المتعلقة بالشيخوخة في فرنسا للفترة 2006-2012، والقانون المتعلق بتكيف المجتمع مع الشيخوخة لعام 2015.
16. شبكات التضامن الداعمة لكبار السن في فرنسا هي: "Les petits frères des Pauvres"، وشبكة موناليزا؛ وتلك المعنية بتطوع كبار السن في فرنسا: Fondation du Bénévolat، France Bénévolat، وجمعية AGIR abcd، ECTI، EGEE، إلخ. وتنشط هذه الشبكات والجمعيات في شتى المجالات وتتوجه إلى شتى الفئات الضعيفة.
17. انظر في فرنسا مثلاً، المجلس الوطني الأعلى لشؤون الأسرة والطفولة والشيخوخة (HCNFEA) الذي يضم في الأقاليم مجالس محلية للمواطنة والاستقلالية (CDCA).
18. في بعض بلدان أوروبا، يمكن أن يتقاضى القريب المساعد أجراً من قريبه الذي يحصل على المساعدة بموجب شروط (كما في إسبانيا، وألمانيا، وبريطانيا العظمى). وفي فرنسا، هذه الإمكانية متاحة فقط للأشخاص ذوي الإعاقة باستثناء كبار السن. ويقر كل من الخطة المتعلقة بالألزهايمر (2008) والقانون المتعلق بتكيف المجتمع مع الشيخوخة (2015) بصفة المساعد وبحقوقه الاجتماعية أي التدريب، والعطلة، وشيكات الراحة للمساعد.
19. أنشئت عدة منصات لتقديم الخدمات إلى المساعدين النشطين وغير النشطين اقتصادياً: بلجيكا: <https://www.aidants-proches.be>؛ فرنسا: <https://www.responsage.com/>؛ <https://www.aidants.fr/>.
20. لمزيد من المعلومات عن سوء المعاملة على المستوى الدولي: الاتحاد الدولي لرابطات المسنين (FIAPA)، ومنبر أوروبا للشيخوخة، والرابطة الدولية لمساعدة المسنين.
21. تُعد الحكومة حالياً مشروع قانون حول "السجل الاجتماعي الموحد".
22. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان؛ مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
23. اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة؛ الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم؛ إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
24. "وثمة فئات من النساء، اللاتي قد يعانين، إضافة إلى معاناتهن من التمييز الموجّه ضدهن بسبب كونهن نساء، من التمييز المتعدد الأشكال القائم على أسباب إضافية من قبيل العنصر أو الهوية العرقية أو الدينية، أو الإعاقة، أو السن، أو الطبقة، أو الطائفة الاجتماعية أو غير ذلك من العوامل".
25. الشيخوخة في منطقة الإسكوا: ثالث استعراض وتقييم لخطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة، 2017.

