الأمم المتحدة
A/HRC/40/32
الجمعية العامة
Distr.: General
21 January 2019
Arabic
Original: English

مجلس حقوق الإنسان
الدورة الأربعون
٢٥ شباط/فبراير – ٢٢ آذار/مارس ٢٠١٩
البندان ٢ و٣ من جدول الأعمال
التقرير السنوي لمفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، وتقارير المفوضية السامية والأمين العام

تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية

التأهيل وإعادة التأهيل بموجب المادة ٢٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

تقرير مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان*

موجز

يعرض هذا التقرير، المقدم عملاً بقرار مجلس حقوق الإنسان ٢٢/٣٧، لمحة عامة عن الالتزام بتقديم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل بموجب المادة ٢٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويتضمن التقرير إرشادات بشأن اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في تقديم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، وتوصيات لمساعدة الدول في تنفيذ التزاماتها بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان.

* اتُفق على نشر هذا التقرير بعد تاريخ النشر الاعتيادي لظروف خارجة عن إرادة الجهة المقدِمة له.

GE.19-00958(A)
1900958

الرجاء إعادة الاستعمال

المحتويات

الصفحة

أولاً – مقدمة ٣

ثانياً – فهم التأهيل وإعادة التأهيل ٤

ألف – الإطار القانوني الدولي للتأهيل وإعادة التأهيل ٤

باء – أشكال تدخلات إعادة التأهيل ٥

ثالثاً – تحليل واجب توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل ٩

ألف – عناصر إعادة التأهيل ٩

باء – ضمان اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في تقديم خدمات إعادة التأهيل ١١

رابعاً – تدابير التنفيذ ١٦

ألف – الإطار السياساتي والقانوني ١٦

باء – التنسيق ١٧

جيم – قوة عاملة مدربة ومتعددة التخصصات في مجال إعادة التأهيل ١٨

دال – آليات التمويل ١٩

هاء – إذكاء الوعي ١٩

واو – البحوث والبيانات ١٩

خامساً – الاستنتاجات والتوصيات ٢٠

أولاً- مقدمة

١- طلب مجلس حقوق الإنسان إلى مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، في قراره ٢٢/٣٧، أن تعد دراستها المواضيعية السنوية المقبلة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عن المادة ٢٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على أن تقدم دراستها هذه قبل دورته الأربعين.

٢- وتنص المادة ٢٦ من الاتفاقية على أن تتخذ الدول الأطراف تدابير تأهيل وإعادة تأهيل لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية والمحافظة عليها، وتحقيق إمكاناتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية على الوجه الأكمل، وكفالة إشراكهم ومشاركتهم بشكل تام في جميع نواحي الحياة. والدول الأطراف مُلزمة بتوفير خدمات شاملة في مجال التأهيل وإعادة التأهيل، وبتعزيزها وتوسيع نطاقها، وبخاصة في مجالات الصحة والعمل والتعليم والخدمات الاجتماعية (الفقرة ١ من المادة ٢٦). والدول الأطراف ملزمة كذلك بتشجيع توفر ومعرفة واستخدام الأجهزة والتقنيات المعنية (المشار إليها فيما يلي باسم "المنتجات المساعدة") حسب صلتها بالتأهيل وإعادة التأهيل (الفقرة ٣ من المادة ٢٦).

٣- ويتناول هذا التقرير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل من منظور حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك فيما يخص إزالة العقبات السلوكية والماثلة في البيئة المحيطة بهم التي تحول دون مشاركتهم مشاركة كاملة فعالة في المجتمع على قدم المساواة مع غيرهم (الفقرة (هـ) من ديباجة الاتفاقية). ولفهم دور خدمات التأهيل وإعادة التأهيل ونطاقها المناسب مقارنةً بغيرها من التدابير التمكينية، فلا بد من تناولها في سياق طائفة واسعة من الاستراتيجيات التي اعتُمدت في إطار الاتفاقية بهدف ضمان وتعزيز اعتماد الأشخاص ذوي الإعاقة اعتماداً كاملاً على أنفسهم واستقلاليتهم وإدماجهم في المجتمع، والتي تشمل تيسير إمكانية الوصول، والترتيبات التيسيرية المعقولة، وإذكاء الوعي، والتعليم الجامع، وإمكانية الاحتكام إلى القضاء، والمساعدة على اتخاذ القرار، وخدمات المساعدة في المنزل وفي دُور الإقامة، وغيرها من خدمات الدعم المجتمعي. ويتناول التقرير أيضاً ضرورة تمييز الإجراءات المتصلة بإعادة التأهيل عن استراتيجيات التنمية المجتمعية الأوسع نطاقاً الرامية إلى إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع.

٤- ولأغراض هذا التقرير، يُقصد بخدمات التأهيل وإعادة التأهيل مجموعة التدخلات المصممة لتمكين الأشخاص المصابين بعاهات من استخدام قدراتهم الوظيفية على الوجه الأمثل في تفاعلهم مع البيئة المحيطة بهم. وتهدف خدمات التأهيل إلى مساعدة الأشخاص المصابين بعاهات وراثية أو في مرحلة الطفولة المبكرة على تعلم استخدام قدراتهم الوظيفية استخداماً أفضل. أما خدمات إعادة التأهيل، بالمعنى الحرفي للعبارة، فتهدف إلى مساعدة الأشخاص الذين يعانون من فقدان جزء من قدراتهم الوظيفية من جراء إصابتهم بعاهة على تعلم مزاولة أنشطتهم اليومية من جديد لكي يستعيدوا أقصى قدر من الاستقلال الوظيفي. فمن خلال تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من اكتساب قدرات وظيفية أو من استعادة تلك القدرات أو تعويضهم عن فقدانها أو عن انعدامها أو عن قصورها، تهدف خدمات التأهيل وإعادة التأهيل في نهاية المطاف إلى تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أعلى مستوى من الاستقلال الذاتي. ورغم ارتباط خدمات إعادة التأهيل ارتباطاً خاصاً بالأشخاص ذوي الإعاقة، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا كلهم بحاجة إلى خدمات تأهيل وإعادة تأهيل. وفي هذا التقرير، يُستخدم مصطلح "إعادة التأهيل" للإشارة إلى التأهيل وإعادة التأهيل معاً، ما لم تتناول المناقشة التأهيل على وجه التحديد.

٥- ولإعداد هذا التقرير، أرسلت إلى جميع الدول الأعضاء مذكرة شفوية لالتماس معلومات منها، فوردت مساهمات مكتوبة من ١٧ دولة. ووردت أيضاً تقارير من منظمات المجتمع المدني. وبالإضافة إلى ذلك، عقدت مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان جلسة تشاور مباشر، يومي ٥ و٦ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٨، في جنيف، لمناقشة الجوانب الفنية من التقرير. ويمكن الاطلاع على المساهمات الواردة وعلى موجز الجلسة بعد إتاحتهما على الموقع الشبكي للمفوضية[١].

ثانياً- فهم التأهيل وإعادة التأهيل

ألف- الإطار القانوني الدولي للتأهيل وإعادة التأهيل

٦- يعتبر الحصول على خدمات إعادة التأهيل منذ وقت طويل عنصراً أساسياً من عناصر الحق في الصحة. ورغم أن إعادة التأهيل لم تُذكر صراحة في المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، فإن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ذكرت، في تعليقها العام رقم ٥(١٩٩٤) بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (الفقرة ٣٤)، أن الحق في الصحة البدنية والعقلية يعني ضمناً أيضاً الحق في الحصول على الخدمات الطبية والاجتماعية، وأنه يجب تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بخدمات إعادة التأهيل التي تسمح لهم ببلوغ مستوى أمثل في استقلالهم وأدائهم، والحفاظ عليه. وفي تعليقها العام اللاحق رقم ١٤(٢٠٠٠) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (الفقرة ١٧)، أكدت اللجنة كذلك أن توفير إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة بسرعة وعلى قدم المساواة مع غيرهم على خدمات الرعاية الصحية الأساسية في مجال إعادة التأهيل يندرج في إطار الفقرة ٢(د) من المادة ١٢ من العهد، المتعلقة بتهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

٧- وخدمات إعادة التأهيل معترف بها أيضاً كسبيل من سبل إنصاف ضحايا الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان. فعلى وجه الخصوص، تنص اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة على ضمان تمتع ضحايا التعذيب بحق قابل للتنفيذ في تعويض عادل ومناسب، بما في ذلك وسائل إعادة تأهيلهم على أكمل وجه ممكن (الفقرة ١ من المادة ١٤). وحق الضحايا في إعادة التأهيل معترفٌ به في سياقات العنف الجنسي (A/70/222، الفقرة ٢٥)، والاتجار بالبشر (A/HRC/7/8)، والرق (A/HRC/24/43، الفقرات من ٦٢ إلى ٦٦).

٨- أما اتفاقية حقوق الطفل، فهي أول معاهدة من معاهدات الأمم المتحدة لحقوق الإنسان تتضمن التزاماً صريحاً بتوفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة. إذ تنص المادة ٢٣ منها على أن الدول الأطراف يجب أن تضمن إمكانية حصول الأطفال ذوي الإعاقة فعلاً على التعليم، والتدريب، وخدمات الرعاية الصحية، وخدمات إعادة التأهيل، والإعداد لممارسة عمل، والفرص الترفيهية. وبموجب أحكام هذه المادة، تُعامَل خدمات إعادة التأهيل معاملة منفصلة عن خدمات الرعاية الصحية. ومن المعروف منذ وقت طويل أن إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة لا تقتصر على المجال الطبي[٢].

(١) www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/StudiesReportsPapers.aspx.

(٢) World Health Organization (WHO), "WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation: second report" (Geneva, 1969), p. 6. انظر أيضاً القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين، القاعدة ٣.

٩- وتعترف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزز نهجاً شاملاً لعدة قطاعات في مجال إعادة التأهيل. ففي أثناء صوغ الاتفاقية، سرعان ما رُفض الاقتراح الأولي الداعي إلى تناول إعادة التأهيل إلى جانب الصحة في حُكم واحد. وكان هناك فهم مشترك داخل اللجنة المخصصة لوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعوقين وكرامتهم مفاده أن إعادة التأهيل تشمل عناصر اجتماعية وتعليمية ومهنية وعناصر أخرى غير مرتبطة بالصحة. وفي النهاية، اتُفق على أن الحل الأنسب هو صوغ مادة قائمة بذاتها مكرسة خصيصاً لمسألة إعادة التأهيل.

١٠- ورغم أن عناصر إعادة التأهيل موجودة في مواد أخرى في الاتفاقية، فإن المادة ٢٦ تسلط الضوء عليها باعتبارها وسيلة هامة لضمان إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وإشراكهم في المجتمع لتمكينهم من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية والمحافظة عليها، وتحقيق إمكاناتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية على الوجه الأكمل، وكفالة إشراكهم ومشاركتهم بشكل تام في جميع نواحي الحياة. وكانت النتيجة إنشاء إطار موحد لتوفير خدمات منسقة وشاملة في مجال إعادة التأهيل على أساس طوعي ومجتمعي بعد تقييم احتياجات كل فرد على حدة. وينبغي أن تبدأ هذه الخدمات والبرامج في أقرب مرحلة قدر الإمكان، وأن تستند إلى تقييم متعدد التخصصات، وأن تدعم في الوقت ذاته مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة واندماجهم في المجتمع. وتقضي المادة ٢٦ أيضاً بأن تشجِّع الدول الأطراف على وضع برامج التدريب الأولي والمستمر للأخصائيين والموظفين العاملين في مجال تقديم خدمات التأهيل وإعادة التأهيل، مع تشجيع توَفّر الأجهزة والتقنيات المُعينة ومعرفتها واستخدامها.

١١- وتضمن المادة ٢٥ صراحةً خدمات إعادة التأهيل الصحي باعتبارها عنصراً من عناصر الحق في الصحة، إذ إنها تقضي بأن تتخذ الدول الأطراف كل التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل الصحي. أما المادة ١٦، فتلزم الدول الأطراف بتشجيع إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتعرضون للاستغلال والعنف والاعتداء. وأما المادة ٢٧، فتورد تعزيز برامج إعادة التأهيل المهني والوظيفي من بين الالتزامات الإيجابية الواقعة على عاتق الدول الأطراف فيما يتصل بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل. وفي سياق الحق في التعليم، تشير الفقرة ٣ من المادة ٢٤ إلى التدابير الكفيلة بتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من تعلم مهارات حياتية ومهارات في مجال التنمية الاجتماعية لتيسير مشاركتهم الكاملة في التعليم على قدم المساواة مع غيرهم بوصفهم أفراداً في المجتمع، وهي تدابير يمكن اعتبارها بمثابة تدابير تأهيل وإعادة تأهيل. وتقضي المادة ٢٠ بأن تيسر الدول الأطراف حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الوسائل والأجهزة والتكنولوجيات المساعِدة على التنقل، بينما يُعد توفير طائفة أوسع من التكنولوجيات والأجهزة المساعِدة من أهم الالتزامات العامة التي تنص عليها المادة ٤.

باء- أشكال تدخلات إعادة التأهيل

١٢- تشمل إعادة التأهيل طائفة واسعة من التدخلات الطبية وغير الطبية. فعلى سبيل المثال، قد يحتاج بعض الأشخاص إلى إعادة تأهيل لتعلم مهارات السير، مثل تنسيق حركة القدمين، وتعلم أساليب جديدة لأداء مهام من قبيل الاستحمام وارتداء الملابس، أو تعلم التواصل عند إصابتهم بعاهة تؤثر على قدرتهم على التخاطب. ولا تقتصر إعادة التأهيل على الأشخاص المصابين بعاهات بدنية. فعلى سبيل المثال، قد يحتاج ضحايا التعذيب والاستغلال الجنسي والاتجار إلى إعادة تأهيل نفسي اجتماعي في شكل خدمات مشورة، ودعم من قِبل الأقران، وتدابير أخرى.

١٣- ومفهوم إعادة التأهيل هو مفهوم متطور الطابع يرتبط بالظروف التمكينية أو التقييدية السائدة في البيئة المحيطة. وتشمل عمليات إعادة التأهيل تدابير في إطار البيئة المحيطة بالشخص المعني، مثل توفير الوسائل المُعينة على التواصل، ومعدات تتسم بخصائص ميسرة للحركة في البيئة المنزلية التي يعيش فيها الشخص (مثل تركيب مقابض في المرحاض)، أو ترتيبات تيسيرية في مجال العمل (مثل البرامجيات ميسورة الاستخدام).

١٤- وقد لا يكون من السهل دوماً تمييز إعادة التأهيل عن أشكال الدعم الأخرى. غير أن تمييز إعادة التأهيل عن أشكال الدعم الأخرى يسهم في تحسين وضع السياسات وتنفيذها. فعلى سبيل المثال، قد تشمل خدمات إعادة التأهيل المنزلية التي قد يحتاج إليها شخص ما، تزويده بالأجهزة المساعِدة وبالمساعَدة الشخصية للمساهمة في عملية إعادة تأهيله. وفي الوقت ذاته، قد تسهم هذه الخدمات والسلع في مشاركة الشخص في المجتمع حتى بعد إعادة تأهيله، وينبغي توفيرها أيضاً حتى بعد انتهاء عملية إعادة التأهيل[٣].

١- تدخلات إعادة التأهيل المرتبطة بالصحة

١٥- تعرَّف إعادة التأهيل المرتبطة بالصحة على أنها مجموعة التدخلات المصممة لتخفيف عجز الأشخاص المصابين بأمراض وتمكينهم من استخدام قدراتهم الوظيفية على الوجه الأمثل ومن التفاعل مع البيئة المحيطة بهم[٤]. ويمكن تمييز تدخلات إعادة التأهيل عن التدخلات الطبية الأخرى من حيث أن إعادة التأهيل لا تهدف إلى علاج الأسباب الكامنة وراء المرض أو إلى التعامل مع عملية الاعتلال.

١٦- وتوصي منظمة الصحة العالمية بتوفير خدمات إعادة التأهيل المرتبطة بالصحة في سياق المستشفى وفي كنف المجتمع على حد سواء[٥]. ذلك أن الأدلة تشير إلى أن نتائج إعادة التأهيل كثيراً ما تكون أفضل في سياق المنزل أو المجتمع، وأن خدمات إعادة التأهيل التي تقدم في السياق المنزلي هي بوجه عام الخيار المفضل والأكثر نيلاً لتقدير المستفيدين من خدمات إعادة التأهيل[٦]. وكثيراً ما يعني توافر خدمات إعادة التأهيل في المستشفيات أنه يمكن الشروع في التدخلات اللازمة في أقرب مرحلة ممكنة، ومن ثم التعجيل بالشفاء وتحقيق نتائج مثلى[٧]. وتشير الأدلة أيضاً إلى أن المستشفيات ينبغي أن تضم وحدات متخصصة في إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة في هذا المجال[٨]. ولا يجب الخلط بين ضرورة تقديم بعض خدمات إعادة التأهيل في المستشفيات وبين تركيز خدمات إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة في سياق دُور الرعاية المؤسسية. فهذه الممارسة منافية لأحكام الاتفاقية لأن إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة في دور الرعاية المؤسسية، حتى عندما يكون مستنداً إلى ضرورة تقديم خدمات إعادة التأهيل، ينافي أحكام المادتين ٢٦ و١٩ من الاتفاقية (A/73/161، الفقرة ٥٨)[٩].

---

(٣) انظر *هـ. م. ضد السويد* (CRPD/C/7/D/3/2011)، الفقرتان ٨-٨ و٨-٩، بشأن الفرق بين تقديم خدمات إعادة التأهيل بموجب المادة ٢٦ وتقديم خدمات الدعم بموجب المادة ١٩ من الاتفاقية.

(٤) WHO, *Rehabilitation in Health Systems* (Geneva, 2017), p. 35.

(٥) المرجع نفسه، الصفحتان ١٧ و١٨.

(٦) المرجع نفسه، الصفحة ١٧.

(٧) المرجع نفسه، الصفحة ١٨.

(٨) المرجع نفسه، الصفحة ٢١.

(٩) انظر أيضاً، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ٥(٢٠١٧) بشأن العيش المستقل والإدماج في المجتمع، الفقرتان ٢١ و٣٠.

١٧- وترى المقررة الخاصة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أنه ينبغي اعتبار توفير سبل الحصول على خدمات التأهيل وإعادة التأهيل الأساسية وعلى الأجهزة المساعِدة الأساسية بمثابة التزامين أساسيين غير خاضعين للإعمال التدريجي (A/73/161، الفقرة ١٨). فالالتزام بضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل الصحي على أساس غير تمييزي هو التزام أساسي فوري الأثر(١٠).

٢- تدخلات إعادة التأهيل غير المرتبطة بالصحة

١٨- بالإضافة إلى المجال الصحي، تكفل المادة ٢٦ الحصول على خدمات إعادة التأهيل في مجالات مثل العمل والتعليم والخدمات الاجتماعية التي قد لا تكون مرتبطة بالصحة. ويمكن تقديم بعض التدخلات غير المرتبطة بالصحة في مراكز إعادة التأهيل، كما يمكن أيضاً تقديمها في سياقات أخرى. فعلى سبيل المثال، يمكن تقديم خدمات التدريب على مهارات التوجه والتنقل في مراكز إعادة التأهيل وفي المدارس على حد سواء. ويمكن تقديم خدمات إعادة التأهيل في مجال العمل في مراكز التدريب على العمل أو في سياق العمل نفسه. وبما أن عملية إعادة التأهيل هي عملية شاملة لعدة قطاعات ومعتمدة على البيئة المحيطة بالشخص المعني، فإنه لا بد من تصميمها وفقاً لاحتياجات الشخص المعني ومن كفالة اتسامها بالمرونة من حيث المجالات التي يتوقع تحقيق أفضل نتائج فيها.

١٩- غير أن الاتفاقية لا تُعرِّف التأهيل المهني. ففي الماضي، كثيراً ما كان مصطلح التأهيل المهني يفهم على أنه يعني طائفة واسعة من التدابير المتعلقة بتوظيف الأشخاص ذوي الإعاقة(١١). غير أن الاتفاقية تتناول دور التأهيل المهني ومكانته في إعمال حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل من منظور أضيق وتربطه ببرامج الاحتفاظ بالوظائف والعودة إلى العمل (الفقرة ١(ك) من المادة ٢٧)، الرامية إلى دعم العاملين الذين يصابون بإعاقة تيسيراً لإدماجهم في سوق العمل على قدم المساواة مع غيرهم. ويشمل التأهيل المهني تقنيات من قبيل إسداء المشورة للمساعدة على العودة إلى العمل، ودعم الشخص المعني في إدارة حالته الصحية ذاتياً، ومهارات التكيف مع الأثر الطبي والنفسي الناشئ عن الإعاقة، والتدخلات النفسية - الاجتماعية، وتقييم القدرة الوظيفية والقدرة على العمل، والمشورة المهنية، والتحليل المهني، والتطوير المهني، وخدمات التوظيف.

٢٠- ولا بد من الاعتراف بأن الخدمات التي يحتاجها الأشخاص ذوو الإعاقة لتحسين فرص إدماجهم في مجتمعاتهم لا تتصل كلها بإعادة التأهيل. فعلى سبيل المثال، يقتضي دخول الأشخاص ذوي الإعاقة سوق العمل استفادتهم من التعليم الجامع (بما في ذلك التعليم العالي العام والتدريب المهني وتعليم الكبار والتدريب مدى الحياة على قدم المساواة مع غيرهم، عملاً بأحكام الفقرة ٥ من المادة ٢٤)، ومن جميع برامج التوجيه والتوظيف المهني الشاملة للجميع والترتيبات التيسيرية المعقولة وأشكال الدعم الأخرى المتوخاة في الفقرة ١ من المادة ٢٧، التي ينبغي ألا تُعتبر بمثابة خدمات إعادة تأهيل.

---

(١٠) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٤٣(أ).

(١١) منظمة العمل الدولية، التوصية المتعلقة بالتأهيل المهني (المعوقون)، التوصية (رقم ٩٩) لعام ١٩٥٥؛ انظر أيضاً اتفاقية التأهيل المهني والعمالة (المعوقون)، الاتفاقية (رقم ١٥٩) لعام ١٩٨٣.

٢١- وفي سياق التعليم، قد تندرج تدابير إعادة التأهيل في إطار التدابير التي تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من تعلم مهارات حياتية ومهارات في مجال التنمية الاجتماعية لتيسير مشاركتهم الكاملة في التعليم على قدم المساواة مع غيرهم وبوصفهم أفراداً في المجتمع، مثل طريقة برايل وأنواع الكتابة البديلة، وطرق ووسائل وأشكال الاتصال المعززة والبديلة، ومهارات التوجّه والتنقل (الفقرة ٣ من المادة ٢٤). ففي أيرلندا، مثلاً، توفر وزارة التعليم والمهارات مجموعة من تدابير الدعم الرامية إلى تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الالتحاق بالتعليم النظامي من المرحلة الابتدائية إلى مرحلتي التعليم العالي والتعليم التكميلي، بما يشمل المدرسين المرجعيين، وتوفير العلاج المساعد على تقويم النطق والتخاطب في إطار المدرسة، والعلاج المهني، والتكنولوجيا المعينة.

٢٢- وتبين الممارسات المتبعة في البلدان أنه يمكن إدماج بعض خدمات إعادة التأهيل في إطار نظام الحماية الاجتماعية. ففي ألمانيا، مثلاً، هناك فرق بين المساعدة المقدمة في مجال إعادة التأهيل الطبي، والمساعدة المقدمة في مجال الإدماج المهني، والمساعدة المقدمة في مجال الإدماج الاجتماعي. فالمساعدة المقدمة في مجال الإدماج الاجتماعي تشمل تقديم المعونة غير الطبية وغير المهنية، والمساعدة على تنمية المعارف والمهارات اللازمة لضمان أقصى قدر من المشاركة في الحياة المجتمعية، والمساعدة على الحصول على منزل يستوفي شروط محددة وعلى تكييف المنزل وتأثيثه وتدبيره وفقاً لاحتياجات الشخص المعني.

٣- إعادة التأهيل باعتبارها عنصراً من عناصر التنمية المجتمعية الشاملة للجميع

٢٣- على النحو المذكور أعلاه، ينبغي الاعتراف بأنه السياسات والخدمات التي تمكن من إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع لا تعتبر كلها بمثابة سياسات وخدمات إعادة تأهيل. فقد أصبح مصطلح "إعادة التأهيل" يستخدم استخداماً عاماً للإشارة إلى السياسات الرامية إلى إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة أو إلى السياسات المتصلة بالإعاقة عموماً. ويرتبط ذلك بالسياق الذي ظهرت فيه خدمات التأهيل وإعادة التأهيل، حيث كانت الإجراءات والسياسات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة تركز تركيزاً أساسياً على "إصلاح" إعاقة الشخص كشرط مسبق لإشراكه في المجتمع. ويعتبر استخدام مصطلح "إعادة التأهيل" بهذا المعنى الواسع نكوصاً إلى النموذج الطبي للإعاقة، أي أن استخدام هذا المصطلح بهذه الطريقة هو استخدام عفا عليه الزمن ومناف لأحكام الاتفاقية، وهو ينذر بإدامة الأفكار النمطية السائدة عن الأشخاص ذوي الإعاقة.

٢٤- وفي السنوات الأخيرة، باتت مفاهيم جامعة، من قبيل السياسات الشاملة لمسألة الإعاقة (A/71/314) والتنمية المجتمعية الشاملة للجميع، تستخدم لتأطير طائفة واسعة من السياسات والتدابير المتعلقة بالإعاقة، التي تعد إعادة التأهيل، بالمعنى المقصود في المادة ٢٦ من الاتفاقية، عنصراً من عناصرها العديدة. فقد تطور مفهوم إعادة التأهيل المجتمعي، مثلاً، من استراتيجية تركز على زيادة فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل وهم يعيشون في كنف المجتمع في سياقات تتسم بمحدودية الموارد، إلى استراتيجية متعددة القطاعات تتبع في إطار تنمية المجتمع عموماً وتهدف إلى تحقيق الإنصاف والإدماج الاجتماعي. ورغم أن نطاق إعادة التأهيل المجتمعي أوسع بكثير من إعادة التأهيل بالمعنى المقصود في الاتفاقية، فإن استراتيجيات إعادة التأهيل المجتمعي لا تزال تعتبر بمثابة خدمات إعادة تأهيل. وتستند التنمية المجتمعية الشاملة للجميع إلى إعادة التأهيل المجتمعي، وتعتمد مبادئ إعادة التأهيل المجتمعي باعتبارها أداة أساسية لتنفيذها[١٢]. ولا بد من إجراء مزيد من البحوث ووضع

(١٢) انظر www.cbm.org/Community-Based-Inclusive-Development-250825.php.

مزيد من الأطر المنهجية من منظور حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل تحسين تقييم نتائج إعادة التأهيل المجتمعية والتنمية المجتمعية الشاملة للجميع[١٣].

ثالثاً- تحليل واجب توفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل

ألف- عناصر إعادة التأهيل

١- اتباع نهج فردي إزاء إعادة التأهيل

٢٥- تنص الفقرة ١ من المادة ٢٦ من الاتفاقية على أن خدمات وبرامج إعادة التأهيل يجب أن تستند إلى تقييم متعدد التخصصات لاحتياجات كل فرد ومواطِن قوته على حدة. وينبغي أن تستند تدخلات إعادة التأهيل إلى خطط لإعادة تأهيل كل فرد على حدة محورها الشخص المعني، وموجهة نحو تحقيق الأهداف، وملائمة لتحقيق الغرض المنشود منها. ويجب أن يستند الحصول على خدمات إعادة التأهيل إلى احتياجات الفرد الفعلية ويجب ألا يكون الحصول على اعتراف رسمي أو شهادة رسمية أبداً شرطاً مسبقاً للحصول على خدمات إعادة التأهيل.

٢٦- وعادة ما تهدف تدخلات إعادة التأهيل إلى تحقيق الشفاء التام أو الجزئي، ومن ثم، فهي عادة ما تكون محدودة المدة. ويعد وضع خطط إعادة تأهيل فردية وفقاً لإطار زمني محدد ممارسة من الممارسات الجيدة. غير أن بعض الأشخاص ذوي الإعاقة يحتاجون إلى خدمات إعادة تأهيل طويلة الأمد أو بصفة مستمرة من أجل الحفاظ على مستوى معين من الأداء الوظيفي. وفي هذه الحالات، يظل من المستحسن إعادة النظر في خطة إعادة التأهيل بانتظام لتعديل الأهداف المحددة في كل مرحلة من مراحل سلسلة دورات إعادة التأهيل. ويجب ألا يؤدي التركيز على الأطر الزمنية إلى انقطاع أو وقف الدعم المطلوب من خدمات إعادة التأهيل.

٢- التدخل المبكر

٢٧- اعترافاً بأهمية التدخل المبكر، تنص الفقرة ١ من المادة ٢٦ على أن تبدأ خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل في أقرب مرحلة قدر الإمكان. ورغم ما يحظى به التدخل المبكر من أهمية حاسمة لجميع الأشخاص، فإنه يحظى بأهمية خاصة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة المصابين بإعاقات وراثية أو في مرحلة الطفولة المبكرة. فالتدخل المبكر، بسبل منها استخدام المنتجات المساعدة، يتيح تحديد مخاطر تأخر نمو الطفل، ويقلل عوامل نقص النمو، ويحسن فرص استفادة الطفل من التعليم، ويقلل أيضاً الحاجة إلى أنواع أخرى من الدعم، ويوفر تدخلات مركزة في مجال التأهيل (A/71/314، الفقرة ٤٤).

(١٣) انظر، من بين جملة مراجع، Valentina Iemmi and others, *Community-based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, Campbell Systematic Reviews, 2015:15 (Oslo, Campbell Collaboration, 2015); Marie Grandisson, Michèle Hébert and Rachel Thibeault, "A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation", *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, No. 4 (2014), pp. 265–275; and Sally Hartley and others, "Community-based rehabilitation: opportunity and challenge", *Lancet*, vol. 374, No. 9,704 (28 November 2009), pp. 1,803–1,804.

٢٨- وينبغي للدول أن تنشئ آليات للكشف المبكر عن احتياجات الأطفال إلى الدعم في مجالي النمو والتعلم ولتقييم احتياجات كل فرد على حدة، وأن توفر خدمات تأهيل ودعم شاملة تركز على الطفل والأسرة وتهدف إلى مساعدة الطفل على بلوغ كامل إمكاناته. ووفقاً للالتزام باحترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة وبتقديم الدعم لهم بما يمكنهم ويعزز قدراتهم على اتخاذ قراراتهم بصورة مستقلة، ينبغي تمكين الأطفال ذوي الإعاقة من المشاركة في عملية تأهيلهم وإعادة تأهيلهم منذ بدايتها[١٤]. ويجب ألا تعزز آليات التدخل المبكر النموذج الطبي للإعاقة الذي يؤدي إلى التمييز في حق هؤلاء الأطفال وفي إقصائهم من الحصول على التعليم وعلى الخدمات العامة الأخرى.

٣- المنتجات المساعدة

٢٩- تلزم الفقرة ٣ من المادة ٢٦ الدول الأطراف بتشجيع توفر ومعرفة واستخدام الأجهزة والتقنيات المساعِدة، المصممة للأشخاص ذوي الإعاقة، حسب صلتها بالتأهيل وإعادة التأهيل. والحصول على المنتجات المساعِدة مكفول أيضاً، في إطار الالتزامات العامة الواقعة على عاتق الدول الأطراف، في الفقرتين الفرعيتين (ح) و(ز) من الفقرة ١ من المادة ٤، وفي سياق التنقل الشخصي في المادة ٢٠ (تيسير حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على ما يتسم بالجودة من الوسائل والأجهزة المساعدة على التنقل، والأجهزة والتكنولوجيات المعينة، بما في ذلك جعلها في متناولهم من حيث التكلفة)، وفي إطار الحق في الحماية الاجتماعية بموجب المادة ٢٨ (ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الخدمات والأجهزة المناسبة ذات الأسعار المعقولة، وغير ذلك من المساعدات لتلبية الاحتياجات المرتبطة بالإعاقة).

٣٠- وتعرّف منظمة الصحة العالمية الأجهزة المساعِدة على أنها أي جهاز خارجي، بما في ذلك الأجهزة والمعدات والأدوات والبرامجيات، منتج خصيصاً أو متاح بوجه عام لغرض أساسي يتمثل في الحفاظ على أداء الفرد واستقلاليته أو تحسينهما، وبالتالي، في تعزيز رفاهه والمساهمة في وقايته من الإصابة بأي اعتلالات جديدة[١٥]. وتمكن المنتجات المساعدة الفرد من مزاولة نشاط ما كان سيكون قادراً على مزاولته لولاها أو تزيد السهولة والسلامة التي يزاول بها الفرد هذا النشاط (A/71/314، الفقرة ٤٤). فالكراسي المتحركة، وأجهزة المشي، والأطراف الصناعية، وأجهزة تقوية السمع، وأجهزة الإنذار، والنظارات، وبرامجيات التعرف على الصوت، ولوحات التواصل، وأجهزة توليف الأصوات، كلها أمثلة للأجهزة المساعِدة.

٣١- ورغم عدم وجود بيانات شاملة عن الاحتياجات غير الملباة من الأجهزة المساعدة، فإن هناك أدلة تشير إلى أن الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم، حتى في البلدان ذات الدخل المرتفع، لا يستطيعون الحصول على المنتجات الأساسية المساعدة[١٦]. ولضمان يُسر تكلفة المنتجات المساعدة، ينبغي للدول أن تدرج الأجهزة المساعدة ضمن التغطية بالتأمين الصحي الوطني و/أو ضمن برامج الحماية الاجتماعية، وأن تنظر في اتخاذ تدابير أخرى لتخفيض تكلفتها، من قبيل إعفاء المنتجات المساعدة المصنعة في الخارج من ضرائب ورسوم الاستيراد، ودعم المنتجين المحليين من خلال المنح والقروض والإعفاءات الضريبية، أو تحسين إدارة المشتريات والنفقات (A/71/314، الفقرة ٤٧).

---

(١٤) لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ١٢(٢٠٠٩) بشأن حق الطفل في الاستماع إليه، الفقرة ٢١.

(١٥) WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 35.

(١٦) منظمة الصحة العالمية، "قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية"، أيار/مايو ٢٠١٦، الصفحة ٣.

٣٢- ويجب أن تلائم المنتجات المساعدة بيئة المستخدِم. ويعد توافر خدمات متابعة العناية بالمنتج والصيانة المحلية ميسورة التكلفة أمراً مهماً لضمان سلامة استخدام هذه المنتجات وكفاءته (المرجع نفسه، الفقرة ٤٦). ولا بد من وجود موظفين مدربين على وصف المنتج المساعد المناسب، وتعديله وفقاً لاحتياجات المستخدم، وتدريب المستخدم على استعماله، ومتابعة المنتج وصيانته[١٧].

٤- الدعم المتبادل

٣٣- ترد في الفقرة ١ من المادة ٢٦ إشارة إلى الدعم المتبادل باعتباره أحد العناصر التي يمكن توفير خدمات إعادة التأهيل من خلالها. ويمكن تعريف الدعم المتبادل على أنه الدعم الاجتماعي أو العاطفي أو العملي الذي يمكن أن يتبادله الأشخاص الذين يعيشون تجربة الإعاقة. ويجب على الدول أن تعترف بالطابع الطوعي لهذا النشاط وأن تحترم حرية جماعات الدعم المتبادل في التعبير وفي تكوين الجمعيات، وأن تتخذ في الوقت ذاته تدابير إيجابية لدعم وتشجيع خدمات إعادة التأهيل التي يتولى تقديمها الأقران[١٨]. وقد أثبت الدعم المتبادل الذي يتخذ شكل جماعات دعم ذاتي أنه أسلوب فعال في تقديم أشكال معينة من خدمات إعادة التأهيل في البلدان ذات الدخل المنخفض في إطار التنمية المجتمعية الشاملة للجميع[١٩].

٣٤- وهناك اعتراف واسع النطاق بفوائد الدعم المتبادل. وتبين التجربة أنه يمكن إدماج الدعم المتبادل إدماجاً ناجحاً في برامج إعادة التأهيل الشامل بطرق عدة. فهو يمكن أن يكون وسيلة قائمة بذاتها لتوفير أنواع معينة من التدخلات، أو تقديم الدعم أو المساعدة فيما يتصل بعناصر معينة من عناصر تقديم خدمات إعادة التأهيل، مثل التوعية. ويمكن أن يعمل الأقران أيضاً جنباً إلى جنب مع الأخصائيين، بما في ذلك في السياقات الصحية، من خلال مساعدة المستفيدين من خدمات إعادة التأهيل والموظفين الذين يقدمون هذه الخدمات على التواصل، ومن خلال مساعدة الشخص ذي الإعاقة على التغلب على عقبات من قبيل العجز المكتسب والقلق والشعور بعدم الثقة[٢٠].

باء- ضمان اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في تقديم خدمات إعادة التأهيل

١- الموافقة الحرة والمستنيرة

٣٥- يجب أن تكون جميع خدمات وبرامج إعادة التأهيل طوعية وأن تستند إلى الموافقة الحرة والمستنيرة[٢١]. ويتطلب ذلك تزويد الأفراد بمعلومات كافية عن التدخل المقترح، أو التدخلات المقترحة، بطريقة بسيطة يسهل عليهم فهمها، وتمكينهم من ممارسة حرية اختيارهم في هذا

(١٧) منظمة الصحة العالمية، "قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية"، الصفحة ٣. انظر أيضاً WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 26.

(١٨) مثلاً، من خلال توفير التمويل الحكومي لمنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، بما فيها المنظمات التي يقودها الأطفال والشباب، أو من خلال توفير التدريب.

(١٩) منظمة الصحة العالمية، التأهيل المجتمعي: الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي - مكوِّن التمكين (جنيف، ٢٠١٠)، الصفحات من ٣٧ إلى ٤٧.

(٢٠) منظمة الصحة العالمية، التأهيل المجتمعي: الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي - المكوِّن الصحي (جنيف، ٢٠١٠)، الصفحة ٥٥.

(٢١) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ٥، الفقرة ٩٠.

الشأن. ويجب أن تتضمن المعلومات التي يقدمها موظفو إعادة التأهيل شرحاً وافياً ونزيهاً لسبب التدخل المقترح والنتائج المرجوة منه، بما في ذلك الفوائد والمخاطر المحتملة، والأساليب التي ستستخدم (بما في ذلك مدة التدخل وتواتر دوراته)، والعواقب الناجمة عن عدم الخضوع له، والتدخلات البديلة المتاحة. ولا تكفي الموافقة مرة واحدة، وإنما ينبغي إعادة النظر فيها بانتظام للتأكد من رغبة الفرد في الاستمرار، ولا سيما عندما تتغير ظروفه. ولكل شخص الحق في الانسحاب من الحصول على خدمة إعادة التأهيل في أي وقت من الأوقات، فضلاً عن الحق في المشاركة في هذه العملية من جديد.

٣٦- ويجب أن يتمتع جميع البالغين ذوي الإعاقة، بمن فيهم ذوو الإعاقة العقلية أو النفسية - الاجتماعية، بالاستقلالية التامة في اتخاذ القرارات المتعلقة بتدخلات إعادة التأهيل. أما الممارسة المتمثلة في تقييد الأهلية القانونية للشخص بسبب إعاقته أو تجريده من أهليته القانونية ونقل صلاحيات اتخاذ القرار إلى طرف ثالث (مثل الوصي القانوني)، فهي منافية لأحكام المادة ١٢ من الاتفاقية في مجال إعادة التأهيل أيضاً[٢٢]. وقد يرغب بعض الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الدعم، بما في ذلك الدعم من قبل أقرانهم، من أجل اتخاذ القرارات المتعلقة بإعادة تأهيلهم (A/HRC/37/56، الفقرة ٢٧). ويمكن أن تعزز ترتيبات الدعم التواصل بين الفرد وموظفي إعادة التأهيل، وهو عنصر أساسي من عناصر مبدأ الموافقة الحرة والمستنيرة، في جميع مراحل عملية إعادة التأهيل. ويمكن أن تساعد هذه الترتيبات الفرد أيضاً في تقييم خيارات إعادة التأهيل المتاحة (المرجع نفسه، الفقرة ٤١).

٣٧- ويجب تمكين الأطفال ذوي الإعاقة، بصرف النظر عن سنهم، من المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة بتأهيلهم وإعادة تأهيلهم (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الفقرة ٣ من المادة ٧؛ واتفاقية حقوق الطفل، المادة ١٢)[٢٣]. وينبغي تزويدهم بمعلومات عن التدخلات المقترحة بطرق وأشكال مفهومة ومبسطة لهم. ويجب إيلاء الاعتبار الواجب لآراء الطفل وأفضلياته ورغباته وشواغله، وفقاً لسنه ونضجه وقدراته المتطورة، أثناء وضع خطة التأهيل أو إعادة التأهيل وطيلة عملية إعادة التأهيل. وينبغي أن يعمل مقدمو خدمات إعادة التأهيل على تهيئة بيئة آمنة وشاملة مفعمة بالاحترام تمكّن الطفل من المشاركة[٢٤] وتكفل احترام حقه في الحفاظ على هويته (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الفقرة (ح) من المادة ٣). وينبغي أن يتمتع الأطفال ذوو الإعاقة ضحايا العنف أو سوء المعاملة بحرية الحصول على خدمات المشورة وإعادة التأهيل المنصوص عليها في المادة ١٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بدون موافقة آبائهم وأمهاتهم أو الأوصياء الشرعيين عليهم[٢٥].

٣٨- ولا يمكن اعتبار إعادة التأهيل قائمة على الموافقة إذا اضطر الشخص إلى قبول التدخل المقترح لكي يتجنب إيداعه في دار رعاية مؤسسية. كما ينبغي ألا يكون الخضوع لإعادة التأهيل شرطاً مسبقاً للحصول على الاستحقاقات الاجتماعية وغيرها من أشكال الحماية الاجتماعية الأساسية (A/70/297، الفقرة ٦٨).

---

(٢٢) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ١(٢٠١٤) بشأن الاعتراف على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون، الفقرة ٤١.

(٢٣) انظر أيضاً لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم ١٢، الفقرة ١٠٠.

(٢٤) المرجع نفسه، الفقرات ٢٢ و٢٣ و٢٥.

(٢٥) المرجع نفسه، الفقرة ١٠١.

٢- عدم التمييز

٣٩- يجب على الدول أن تكفل لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة إمكانية الحصول على خدمات إعادة التأهيل، العامة والخاصة على السواء، على قدم المساواة مع غيرهم، بصرف النظر عن إعاقتهم، ونوع جنسهم، وسنهم، وانتمائهم الإثني، وميلهم الجنسي، وهويتهم الجنسانية، أو أي أسباب أخرى. وينبغي تحديد أسباب التمييز المتعددة والمتداخلة ومعالجتها للحيلولة دون إهمال هؤلاء الأشخاص بسبب الثغرات التي تعتري السياسات العامة. فأي تمييز في الحصول على خدمات إعادة التأهيل يجب حظره قانوناً وحذفه من التشريعات والسياسات والممارسات. ويجب إلغاء الممارسات التي تنطوي على تمييز متأصل والتي تؤثر في سبل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل، مثل إيداعهم دور الرعاية المؤسسية واتخاذ القرارات بالوكالة وعزلهم في مجال التعليم، كما يجب التوقف عن اتباعها فوراً في سياق إعادة التأهيل إلى أن يتم ذلك[٢٦].

٤٠- وتعد الترتيبات التيسيرية المعقولة أيضاً جزءاً لا يتجزأ من مبدأ عدم التمييز، ومن ثم، فإن توفيرها هو التزام ذو أثر فوري (A/73/161، الفقرة ٥٨). وقد تشمل الترتيبات التيسيرية المعقولة إدخال ما يلزم من تغييرات وتعديلات على تقديم خدمات إعادة التأهيل لتلبية احتياجات الفرد المحددة. وقد تُتاح هذه الترتيبات أيضاً في سياقات لا صلة لها بمقدمي خدمات إعادة التأهيل، مثل مدرسة الشخص المعني أو مكان عمله، من أجل تمكينه من الحصول على ما يحتاجه من خدمات إعادة تأهيل (كساعات العمل المرنة أو الدروس الإضافية للتعويض عن الحصص الدراسية التي لم يحضرها)، أو قد تشكل شقاً أساسياً من برنامج إعادة تأهيله (كإدخال تغييرات على بيئة عمله أو على وصف وظيفته).

٣- توافر خدمات إعادة التأهيل ويُسر تكلفتها

٤١- ينبغي توفير خدمات تأهيل وإعادة تأهيل، في جميع التخصصات في هذا المجال، ومنتجات مساعِدة كافية لتلبية جميع الاحتياجات الحالية إليها. ففي العديد من البلدان، لا تزال هناك ثغرات جسيمة في توفير خدمات إعادة التأهيل، بما في ذلك من حيث توافر الأخصائيين[٢٧]. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يتعرض الأشخاص الذين يحتاجون إلى أنواع معينة من خدمات إعادة التأهيل إلى مزيد من الحرمان بسبب نقص تلك الخدمات المحددة[٢٨].

٤٢- وقد سلطت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الضوء مراراً وتكراراً على نقص بعض أنواع خدمات إعادة التأهيل، مثل خدمات إعادة التأهيل المجتمعية الرامية إلى تعافي هؤلاء الأشخاص (CRPD/C/POL/CO/1، الفقرة ٢٤؛ وCRPD/C/MKD/CO/1، الفقرة ٢٦)، والدعم في مجال إعادة التأهيل في أماكن الاحتجاز (CRPD/C/POL/CO/1، الفقرة ٢٧)، وخدمات إعادة التأهيل الموجهة إلى النساء والفتيات ذوات الإعاقة المعرضات للعنف الجنساني

---

(٢٦) A/HRC/34/58، الفقرتان ٦٥ و٦٦؛ وانظر أيضاً A/73/161، الفقرات من ٥٨ إلى ٦٠.

(٢٧) *Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities: UN Flagship Report on Disability and Development 2018*. متاح على:
www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html.

(٢٨) عادة ما يكون العلاج الطبيعي، مثلاً، متوافراً بكثرة مقارنة بالتدخلات الأخرى، مثل العلاج المساعد على تقويم النطق والتخاطب. انظر أيضاً A/73/161، الفقرة ٢٤.

(CRPD/C/BGR/CO/1، الفقرة ٣٨؛ وCRPD/C/PHL/CO/1، الفقرة ٣١)، وخدمات إعادة التأهيل الطبي للأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما للمصابين منهم بأمراض مزمنة أو وراثية أو نادرة (CRPD/C/BGR/CO/1، الفقرة ٥٤).

٤٣ - ويجب على الدول أن تكفل توفير خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعدة لطائفة واسعة من الأشخاص ذوي الإعاقة عند وضع خططها الاستراتيجية، وتخصيص مواردها المالية، وتدريب المهنيين، ووضع سياساتها المتعلقة بالمشتريات. وينبغي لها أيضاً أن تكفل توزيع هذه الخدمات توزيعاً جغرافياً عادلاً يكفل عدم استبعاد المجتمعات الريفية أو النائية. ويجب على الدول أن تتبع نهجاً يراعي الاعتبارات الجنسانية في وضع برامج إعادة التأهيل وتنفيذها، لأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة غالباً ما تعترضهن عقبات إضافية في الحصول على خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعِدة[٢٩].

٤٤ - وينبغي توفير خدمات إعادة التأهيل والأجهزة والتكنولوجيات المساعدة بتكلفة ميسورة للأشخاص ذوي الإعاقة، الذين غالباً ما يتكبدون تكاليف معيشة أكبر بوجه عام. وينبغي أن تشمل التغطية الصحية الشاملة سبل الحصول على خدمات إعادة التأهيل الأساسية والأجهزة والتكنولوجيات المساعدة. وينبغي للدول أن تسترشد في مشترياتها بقائمة "المنتجات المساعِدة الأساسية"، التي وضعتها منظمة الصحة العالمية. وينبغي للدول أن تسن قوانين تكفل تغطية خدمات إعادة التأهيل الأساسية المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بالتأمين الصحي. ففي سلوفينيا، مثلاً، يغطي نظام التأمين الصحي الوطني الإلزامي تكاليف شراء الأجهزة المساعِدة وصيانتها. وفي أيرلندا، يحق للأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على بطاقة طبية تمكنهم من الحصول مجاناً على المنتجات المساعدة وخدمات الرعاية المجتمعية، من بين جملة استحقاقات أخرى.

٤٥ - ويمكن أن تساعد التكنولوجيات الرقمية على زيادة توافر خدمات إعادة التأهيل المنزلية ويسر تكلفتها. وتُستخدم شبكة الإنترنت لتوفير طائفة واسعة من خدمات إعادة التأهيل، منها الدعم النفسي والمشورة، والعلاج المساعد على تقويم النطق والتخاطب، وإعادة تأهيل القلب، وعمليات التقييم المجراة عن بُعد لتوفير خدمات تعديل البيئة المنزلية[٣٠]. وتيسر شبكة الإنترنت أيضاً إنشاء مجموعات الدعم المتبادل، التي تعد في حد ذاتها حلاً فعالاً لمشكلة تكلفة فئات معينة من خدمات إعادة التأهيل وتوافرها. غير أن استخدام التكنولوجيات الرقمية يجب أن يحترم أيضاً حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الخصوصية، المنصوص عليه في الفقرة ٢ من المادة ٢٢ من الاتفاقية، التي تُلزم الدول الأطراف بحماية خصوصية المعلومات المتعلقة بالشؤون الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة وبصحتهم وإعادة تأهيلهم على قدم المساواة مع الآخرين.

٤ - يُسر الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل المجتمعية وتوفير سبل الحصول عليها

٤٦ - ينبغي للدول أن تكفل للأشخاص ذوي الإعاقة سبل الوصول الكامل إلى جميع خدمات إعادة التأهيل وخدمات وبرامج الرعاية الصحية، العامة والخاصة على حد سواء[٣١].

---

(٢٩) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التعليق العام رقم ٣(٢٠١٦) بشأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة، الفقرة ٥٧.

(٣٠) WHO, *World Report on Disability* (Geneva, 2011), p. 119.

(٣١) A/HRC/34/58، الفقرتان ٥١ و٥٢؛ انظر أيضاً A/73/161، الفقرتان ٥٦ و٥٧.

ويشمل ذلك تيسير الوصول إلى الهياكل الأساسية والمعدات والمعلومات ووسائل التواصل. ويجب إتاحة سبل الوصول إلى جميع المعلومات ووسائل الاتصال المتعلقة بتوفير خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعِدة من خلال الاستعانة بلغة الإشارة، ولغة برايل، والأشكال الإلكترونية الميسرة الاستعمال، وأنواع الكتابة البديلة، والأشكال سهلة القراءة، وأساليب ووسائل وأشكال الاتصال المعززة والبديلة، بما فيها التواصل غير الشفوي. ويشمل ذلك تنظيم حملات توعية وتوفير معلومات عامة عن الخدمات المتاحة، وتعليمات الحصول عليها واستمارات طلب الحصول عليها، وعناوين المواقع الشبكية لمقدميها، وأدلة لمستعمليها، وسبل التواصل بين موظفي إعادة التأهيل والأفراد المستفيدين من هذه الخدمات.

٤٧- تشدد المادتان ٢٥ و٢٦ من هذه الاتفاقية على ضرورة توفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة في أقرب مكان ممكن من مجتمعاتهم المحلية، بما في ذلك في المناطق الريفية. غير أن خدمات إعادة التأهيل في كنف المجتمع كثيراً ما تكون نادرة أو منعدمة، وحتى عندما تتوافر هذه الخدمات، فإنها عادة ما تتركز في المناطق الحضرية[٣٢]. ولا بد من توفير وسائل النقل الميسر لسد هذه الثغرة. وينبغي أن تتجلى الحاجة الماسة إلى تطوير خدمات إعادة تأهيل مجتمعية موزعة توزيعاً جغرافياً عادلاً في تخصيص الموارد المالية، وبرامج تدريب أخصائيي إعادة التأهيل، وسياسات العمل (مثلاً، منح حوافز إضافية لأخصائيي إعادة التأهيل لتحفيزهم على البقاء في المناطق الريفية أو النائية أو الانتقال إليها). وقد أثبتت التنمية المجتمعية الشاملة للجميع نجاحها كاستراتيجية لتحسين الحصول على خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعِدة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، بما في ذلك في المجتمعات الريفية. وتشجع التنمية المجتمعية الشاملة للجميع وتعتمد على اتباع نهج قائم على المشاركة وشامل للجميع في إعادة التأهيل، ولا سيما من خلال تعزيز الدعم المتبادل.

٤٨- ويجب أن تلتزم الدول التزاماً استراتيجياً بالكف عن إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة في دور الرعاية المؤسسية وأن تضع خطط عمل محددة في هذا الصدد، ويجب أن يشمل هذا الالتزام استحداث خدمات إعادة تأهيل مجتمعية كافية وملائمة وتوسيع نطاق الخدمات المتاحة. وينبغي توجيه الاستثمارات الجديدة في خدمات إعادة التأهيل إلى تطوير خدمات إعادة تأهيل قائمة على حقوق الإنسان. ويجب الاعتراف أيضاً بتوفير خدمات إعادة تأهيل مجتمعية ومنتجات مساعدة عالية الجودة باعتباره أحد التدابير الإيجابية التي يتعين على الدول اتخاذها لإلغاء هذه الممارسات التمييزية. وينبغي أن تشمل هذه الخدمات تدخلات مصممة خصيصاً لمساعدة الأفراد على التغلب على العواقب السلبية الناجمة عن إيداعهم في دور الرعاية المؤسسية، مثل العجز المكتسب والصدمات النفسية الناجمة عما تعرضوا له في تلك المؤسسات من عنف نفسي أو جسدي أو جنسي. ففي جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، مثلاً، أُدرجت إعادة التأهيل في البرامج الرامية إلى إخراج الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة من دور الرعاية المؤسسية وإعدادهم للعيش في كنف المجتمع.

(٣٢) WHO, *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better Health for All People with Disability* (Geneva, 2015), para. 40.

٥- المشاركة

٤٩- وفقاً للفقرة ٣ من المادة ٤ من الاتفاقية، يجب على الدول أن تشرك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، بما فيها المنظمات التي تمثل الأطفال ذوي الإعاقة، إشراكاً فعلياً في وضع وتنفيذ التشريعات والسياسات وغيرها من التدابير العامة، وأن تتشاور معها تشاوراً وثيقاً في هذا الشأن. غير أن مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ليست مجرد التزام قانوني، بل هي مسألة حكم رشيد أيضاً (A/HRC/31/62، الفقرات من ٢٥ إلى ٣٣). فمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مبدأ أساسي لا يقتصر تطبيقه على عمليات وضع التشريعات والسياسات، بل يمتد ليشمل جميع جوانب تخطيط خدمات إعادة التأهيل وتنظيمها وتقديمها.

٥٠- فبوسع الأشخاص ذوي الإعاقة أن يقدموا معلومات لا غنى عنها مستمدة من واقع تجربتهم عن احتياجاتهم من خدمات إعادة التأهيل، والعقبات التي تواجههم، وتجربتهم في الحصول على خدمات إعادة التأهيل، وفعالية الحلول المقترحة، كما بوسعهم أن يقترحوا بدائل تناسبهم وتناسب البيئة المحيطة. وعلاوة على ذلك، تذكي المشاركة وعي الأشخاص ذوي الإعاقة بالسياسات الحالية والمقبلة، الأمر الذي يمكن مزيداً من هؤلاء الأشخاص من الاستفادة منها. وقد أنشأت بعض الدول آليات دائمة لإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في صنع السياسات. فعلى سبيل المثال، أنشأ البرلمان الدانمركي مجلساً يُعنى بمسألة الإعاقة ويسدي المشورة إلى البرلمان والهيئات العامة الأخرى، ويرصد تنفيذ التشريعات والسياسات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة. وفي ألمانيا، تقدم منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة توصيات تحدد مسؤوليات مختلف مقدمي خدمات إعادة التأهيل. وعند التشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي لواضعي السياسات أن يحرصوا على جمع آراء طائفة واسعة النطاق تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك من حيث السن والنوع الجنساني والموقع الجغرافي واحتياجات إعادة التأهيل. وينبغي اتخاذ تدابير للتواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين عادة ما يتم استبعادهم من هذه العملية، مثل النساء والفتيات والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقات العقلية أو النفسية - الاجتماعية والمتوحدين والصم المكفوفين، ولإشراكهم إشراكاً فعلياً فيها.

رابعاً- تدابير التنفيذ

ألف- الإطار السياساتي والقانوني

٥١- ينبغي للدول أن تضع إطاراً تشريعياً لإنشاء وتنظيم وتقديم خدمات إعادة تأهيل شاملة ومنسقة وجامعة ومتعددة التخصصات (انظر، مثلاً، CRPD/C/MKD/CO/1، الفقرة ٤٤). وينبغي للدول، عندما تختار تناول خدمات إعادة التأهيل في إطار التشريعات الصحية أساساً، أن تكفل الاعتراف بالجوانب غير الصحية لهذه الخدمات وتمويلها بالقدر نفسه. ولتحقيق هذه الغاية، يستحسن تناول خدمات إعادة التأهيل أيضاً، حيثما كان ذلك مناسباً، في إطار تشريعات وقوانين وسياسات العمل والتعليم والحماية الاجتماعية التي تنشئ إطاراً عاماً لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي للدول أن تتجنب حصر قوانينها العامة و/أو سياساتها المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في نطاق إعادة التأهيل، لأن إعادة التأهيل ما هي إلا استراتيجية من بين الاستراتيجيات العديدة التي تسهم في إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة، على نحو ما تعترف به الاتفاقية.

٥٢- وينبغي أن تنص التشريعات المتعلقة بإعادة التأهيل على حد أدنى من شروط جودة الخدمات، وأن ترسخ نهجاً قائماً على حقوق الإنسان في تقديمها، بما في ذلك من حيث الموافقة الحرة والمستنيرة، وعدم التمييز، والتوافر، وتيسير سبل الوصول إلى هذه الخدمات، وتوفيرها في كنف المجتمع، والمشاركة. وينبغي أن يشمل الإطار التشريعي لإعادة التأهيل آليات رقابة ومساءلة فيما يتعلق بجودة هذه الخدمات. ويجب أن يشمل هذا الإطار التشريعي سبل انتصاف فعالة تمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على جبر مناسب عن انتهاك حقوقهم في سياق إعادة التأهيل. وينبغي إنشاء هيئات قضائية أو شبه قضائية للبت في الشكاوى المتعلقة بإعادة التأهيل في السياقات الصحية، بدلاً من إنشاء آليات إدارية بحتة للبت في هذه الشكاوى (A/69/299، الفقرة ١٧).

٥٣- وينبغي للدول أن تضع سياسات إعادة تأهيل تركز على المشاركة والإدماج باعتبارهما المبدأين الأساسيين اللذين تقوم عليهما إعادة التأهيل والهدفين المنشودين منها. وينبغي أن تولي سياسات إعادة التأهيل الأولوية للتدخل المبكر، وأن تعزز اتباع نهج شامل وفردي في تقديم الخدمات، والحصول على أجهزة وتكنولوجيات مُعِينة متيسرة وكافية ومعقولة التكلفة، ودمج خدمات إعادة التأهيل وتقديمها بشكل لا مركزي، وتوفير الخدمات في أقرب مكان ممكن إلى المجتمعات المحلية، بما في ذلك في المناطق الريفية (A/73/161، الفقرة ٥٢)[٣٣]. ومن الممارسات الجيدة في هذا المضمار، وضع خطط إعادة تأهيل وطنية قائمة على الأدلة تشمل الجوانب الرئيسية لتقديم هذه الخدمات، مثل الأدوار القيادية، والتمويل، والمعلومات، وتقديم الخدمات، والمنتجات والتكنولوجيات، والقوة العاملة في مجال إعادة التأهيل[٣٤]. وينبغي وضع تشريعات وسياسات إعادة التأهيل بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم الأطفال، من خلال التشاور مع المنظمات التي تمثلهم تشاوراً وثيقاً وإشراكها إشراكاً فعلياً[٣٥].

باء- التنسيق

٥٤- يعني الطابع المشترك بين القطاعات الذي تتسم به إعادة التأهيل أن عدداً من الوكالات الحكومية يمكن أن يشارك في تقديم خدمات إعادة التأهيل، بما فيها الوكالات العاملة في مجالات الصحة العامة، والحماية الاجتماعية، والعمالة، والتعليم[٣٦]. ويسهم التنسيق الفعال في تحسين النتائج الوظيفية وفي تخفيض تكاليف خدمات إعادة التأهيل. ويتيح التنسيق زيادة فعالية نظام الإحالة وسهولة استعماله، ويمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على خدمات إعادة التأهيل التي يحتاجونها كاملةً بطريقة شاملة. وعندما يشارك عدد من مقدمي الخدمات في تقديمها، يساعد التنسيق أيضاً في ضمان استمرارية الرعاية[٣٧].

٥٥- وينبغي للدول أن تنشئ نظم إحالة منسقة تتسم بالكفاءة وسهولة الاستعمال بما يكفل للأشخاص ذوي الإعاقة إمكانية الحصول بسرعة على خدمات عالية الجودة. وفي البلدان المنخفضة الدخل، أثبتت التنمية المجتمعية الشاملة نجاحها كاستراتيجية كفيلة بتوفير أنشطة إعادة

(٣٣) انظر أيضاً WHO, *World Report on Disability*, p. 105.

(٣٤) المرجع نفسه، الصفحة ١٠٥.

(٣٥) الفقرة ٣ من المادة ٤ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

(٣٦) WHO, *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021*, para. 41.

(٣٧) WHO, *World Report on Disability*, p. 114.

التأهيل للمجتمعات المحلية وبتيسير تقديم خدمات إعادة تأهيل أكثر تخصصاً[٣٨]. ولا تعفي النماذج التي تعتمد على المنظمات الخيرية وغير الربحية الدولة من التزامها بكفالة توفير خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعِدة بأسعار معقولة.

جيم- قوة عاملة مدربة ومتعددة التخصصات في مجال إعادة التأهيل

٥٦- يؤدي وجود موظفين مهرة في تخصصات إعادة التأهيل المتعددة دوراً أساسياً في توفير خدمات إعادة تأهيل عالية الجودة تلبي طلبات الأشخاص ذوي الإعاقة المتنوعة تلبية كاملة[٣٩]. وضرورة وجود قوة عاملة متعددة التخصصات في مجال إعادة التأهيل هي ضرورة تعترف بها ضمناً الفقرة ١ من المادة ٢٦ من الاتفاقية، التي تقضي بأن تستند خدمات وبرامج إعادة التأهيل إلى تقييم متعدد التخصصات لاحتياجات كل فردٍ ومواطِن قوته على حدة.

٥٧- ويتطلب وجود قوة عاملة ماهرة متعددة التخصصات تدريباً كافياً. وعادة ما يكون التعليم المتخصص في الجامعات ضرورياً لاكتساب مؤهلات في مجالات معينة، مثل العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، والأطراف الاصطناعية وتقويم العظام، وعلم النفس، والعلاج المساعد على تقويم النطق والتخاطب. وبالإضافة إلى ذلك، عالجت العديد من البلدان النقص الحاد في تأهيل موظفي إعادة التأهيل والموارد المالية المحدودة من خلال إنشاء برامج لتدريب موظفي إعادة تأهيل متعددي التخصصات في طائفة من المجالات أو مساعدين في تخصصات معينة لكي يقدموا خدمات إعادة التأهيل تحت إشراف أخصائيي إعادة التأهيل. ويساعد مستوى ثالث من التدريب على تحسين فرص الحصول على خدمات إعادة التأهيل في المناطق الريفية، وهو المستوى المخصص للعاملين المجتمعيين الذين يمكنهم العمل في مجالي الخدمات الصحية والاجتماعية معاً، والذين يدربون على تقديم خدمات إعادة التأهيل الأساسية[٤٠]. وينبغي أن يرمي التدريب إلى ضمان اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة، على النحو المبين أعلاه، بما يجسد العناصر التي نوقشت أعلاه ويسهم في تنفيذ الاتفاقية. ومن شأن إدراج محتوى تعليمي عن العوامل الاجتماعية والسياسية والثقافية والاقتصادية التي تؤثر في صحة الأشخاص ذوي الإعاقة ونوعية حياتهم للأشخاص ذوي الإعاقة أن يجعل المنهج الدراسي أكثر ملاءمة للسياق الذي سيعمل فيه موظفو إعادة التأهيل[٤١]. وينبغي أن تكون برامج التدريب متاحة وشاملة للجميع من أجل تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العمل في مجال إعادة التأهيل وتشجيعهم على التدرب في هذا المجال.

٥٨- وفي بعض البلدان، يغلب الرجال على موظفي إعادة التأهيل. وهذا الأمر يمكن أن يؤثر تأثيراً سلبياً في حصول النساء ذوات الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل. وينبغي للدول أن تتخذ تدابير محددة لضمان تحسين التوازن بين الجنسين في القوة العاملة في مجال إعادة التأهيل، بسبل منها تيسير استفادة النساء من برامج التدريب، وتعميم مراعاة الأبعاد الجنسانية في سياسات التوظيف.

---

(٣٨) انظر www.who.int/disabilities/cbr/en.

(٣٩) WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, pp. 14–15.

(٤٠) WHO, *World Report on Disability*, pp. 110–111.

(٤١) المرجع نفسه، الصفحة ١١٢.

دال- آليات التمويل

٥٩- ينبغي للدول أن تنشئ آليات تمويل تكفل استفادة جميع الأشخاص ذوي الإعاقة استفادة كافية من خدمات إعادة التأهيل ميسورة التكلفة. وعادة ما يتسنى تحقيق ذلك من خلال مزيج من حلول شتى أثبتت نجاعتها، مثل التمويل الحكومي، والتأمين الصحي، والضمان الاجتماعي، وإقامة شراكات بين القطاعين العام والخاص من أجل تقديم الخدمات، وإعادة تخصيص وتوزيع الموارد المتاحة[٤٢]. وتشمل أهداف التنمية المستدامة التزاماً صريحاً بتحقيق التغطية الصحية الشاملة (الغاية ٣-٨). وعند تصميم خطط التغطية الصحية الشاملة وتنفيذها، ينبغي للدول أن تكفل تغطية هذه الخطط لتكاليف إعادة التأهيل والمنتجات المساعِدة (A/73/161، الفقرة ٥٥).

٦٠- ومن الممارسات الجيدة في هذا المجال، رصد أموال محددة كافية لخدمات إعادة التأهيل في ميزانية الدولة بما يكفل لجميع المستفيدين منها، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في فقر، فرصاً متكافئة في الحصول على خدمات تتسم بالقدر نفسه من الجودة[٤٣]. أما صانعو السياسات، فينبغي لهم دراسة وقياس ما للاستثمار في مجال إعادة التأهيل من تأثير اقتصادي إيجابي أوسع نطاقاً، مثل زيادة المشاركة في التعليم وفي سوق العمل، والعيش المستقل لفترة أطول، وتقليل عدد المرضى في المستشفيات أو دخولهم المستشفيات لفترات أقصر.

هاء- إذكاء الوعي

٦١- وفقاً للمادة ٨ من الاتفاقية، يجب على الدول أن تتخذ تدابير فورية وفعالة وملائمة من أجل إذكاء الوعي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة وبشأن احتياجاتهم من خدمات الرعاية الصحية وإعادة التأهيل. ويجب أن تتبع حملات التوعية نهجاً قائماً على حقوق الإنسان يروج لاعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة أصحاب حقوق وليس لاعتبارهم بمثابة مرضى أو محتاجين إلى الإحسان. وفي هذا الصدد، فإن حملات جمع التبرعات العامة الرامية إلى دعم توفير خدمات إعادة التأهيل أو المناسبات العامة لتوزيع الأجهزة والتقنيات المساعِدة يمكن أن تعزز النهج الذي ينظر إلى الإعاقة من منظور خيري أو يعتبرها مرضاً (A/73/161، الفقرة ٦٩). فحملات التوعية العامة ينبغي أن تهدف إلى توعية المستفيدين منها بحقوقهم وبالخدمات المتاحة لهم، وينبغي تنظيم مزيد من الحملات الموجهة إلى أخصائيي إعادة التأهيل وأسر الأشخاص ذوي الإعاقة والرامية إلى تغيير سلوكهم حيال الإعاقة والنظر إليها من منظور قائم على حقوق الإنسان.

واو- البحوث والبيانات

٦٢- إن البحوث والبيانات الموثوقة وعالية الجودة ضرورية لوضع وتنفيذ سياسات وبرامج إعادة تأهيل فعالة قائمة على الأدلة. فالمادة ٣١ من الاتفاقية والهدف ١٧ من أهداف التنمية المستدامة يهيبان بالدول الأطراف إلى إتاحة بيانات عالية الجودة ومناسبة التوقيت وموثوقة

(٤٢) المرجع نفسه، الصفحة ١٢٢.

(٤٣) WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 22. أعربت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عن قلقها لأن شروط الدخل التي تحدِّد أهلية الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل تلقي عبئاً مالياً لا مبرر له على عاتق هؤلاء الأشخاص، وأوصت بإلغاء هذه الشروط (CRPD/C/POL/CO/1، الفقرتان ٤٥ و٤٦).

ومصنفة حسب نوع الجنس والسن والإعاقة وغيرها من الخصائص التي تشكل أساساً للتمييز، من أجل تحديد الثغرات القائمة وتحسين رسم السياسات. غير أن هذه البيانات لا تزال نادرة(٤٤). وينبغي للدول أن تجري مزيداً من البحوث المتعلقة بإعادة التأهيل، ولا سيما في المجالات ذات الأولوية التي حددتها منظمة الصحة العالمية، مثل أنواع مختلف نماذج تقديم الخدمات وهياكل الحكم وتخصيص الموارد المالية، وآثارها؛ وتحليل عائد تكاليف خدمات إعادة التأهيل؛ والعوامل الميسِّرة للحصول على خدمات إعادة التأهيل والعقبات التي تحول دونه(٤٥). وينبغي أن تجري الدول أيضاً مزيداً من البحوث في مجال تطوير المنتجات المساعِدة ميسورة التكلفة (الفقرة ١ (ز) من المادة ٤ من الاتفاقية). وينبغي أن تُجرى هذه البحوث، قدر الإمكان، بقيادة باحثين ذوي إعاقة، وأن تكون قائمة على المشاركة وتتضمن آراء الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم في جميع المراحل. وينبغي للدول أن تجمع بيانات مصنفة عن احتياجات الناس من خدمات إعادة التأهيل، وأنواع الخدمات المقدمة وجودتها. وينبغي جمع بيانات مصنفة عن الإنفاق على خدمات إعادة التأهيل المقدمة في إطار خدمات الرعاية الصحية الأخرى(٤٦). وينبغي أن تحرص الدول على نشر هذه البيانات ونتائج تلك البحوث بأشكال يسهل الاطلاع عليها، وأن تعممها تعميماً منهجياً بحيث يتسنى اتباع ممارسات طبية مستندة إلى أدلة، وبما يمكِّن الأشخاص ذوي الإعاقة من التأثير في استخدام البحوث(٤٧)، وبما يتيح استخدام تلك النتائج والبيانات في أغراض الرصد والمساءلة.

خامساً- الاستنتاجات والتوصيات

٦٣- يُقصد بخدمات التأهيل وإعادة التأهيل مجموعة التدخلات المصممة لتمكين الأشخاص المصابين بعاهات من استخدام قدراتهم الوظيفية على الوجه الأمثل في تفاعلهم مع البيئة المحيطة بهم. وترمي هذه الخدمات إلى المساهمة في استقلال الأشخاص ذوي الإعاقة وفي مشاركتهم في المجتمع. وتشمل أشكال التأهيل وإعادة التأهيل تدخلات في مجال الرعاية الصحية وفي غير مجال الرعاية الصحية. وورود خدمات التأهيل وإعادة التأهيل في مادة قائمة بذاتها من مواد الاتفاقية يسلط الضوء عليها باعتبارها استراتيجية هامة لضمان مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع. غير أن تحقيق أقصى قدر من الاستقلال الوظيفي لا يكفي لضمان مشاركة هؤلاء الأشخاص مشاركة فعلية في المجتمع لأن العقبات السلوكية والماثلة في البيئة المحيطة بهم تمنعهم من المشاركة الفعلية في المجتمع. ومن ثم، ينبغي ألا تُفسر خدمات التأهيل وإعادة التأهيل تفسيراً خاطئاً على أنها الاستراتيجية الوحيدة الكفيلة بتحقيق ذلك الهدف.

٦٤- فتنظيم هذه الخدمات وتوفيرها وتقديمها بحيث تكون شاملة وطوعية ومتاحة وميسورة التكلفة وفي المتناول ومجتمعية وقائمة على المشاركة، كلها أمور تتسق مع اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وإعادة تأهيلهم. وعلاوة على

(٤٤) WHO, *Rehabilitation in Health Systems*, p. 33.

(٤٥) المرجع نفسه.

(٤٦) WHO, *World Report on Disability*, p. 123.

(٤٧) المرجع نفسه، الصفحة ١٢١.

ذلك، يجب تصميم برامج وخدمات التأهيل وإعادة التأهيل بما يلائم احتياجات كل فرد ويشمل خدمات التدخل المبكر لفائدة الأطفال ذوي الإعاقة. وينبغي للدول أن تكفل تطوير المنتجات المساعدة وتوافرها وتوفيرها، إلى جانب توفير الدعم المتبادل، باعتبارهما عنصرين أساسيين من عناصر خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.

٦٥- وثمة حاجة ملحة إلى توسيع نطاق خدمات التأهيل وإعادة التأهيل المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما في السياقات الصحية والسياقات الأخرى ذات الصلة، مثل التعليم والعمل. وينبغي إدراج هذه الجهود في إطار سياسات واسعة النطاق شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة ولحقوقهم.

٦٦- وفي تنفيذ أحكام المادة ٢٦ من الاتفاقية، يوصى بأن تنشئ الدول الأطراف أو تجري أو تعزز ما يلي:

(أ) سياسات وأطر قانونية تنص على تقديم خدمات تأهيل وإعادة تأهيل شاملة وعالية الجودة على أساس طوعي، وتضمن سبل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة حصولاً متكافئاً عليها، وتروج في الوقت ذاته لاتباع نهج محوره الفرد قائم على الحقوق والمشاركة ومراعٍ للاعتبارات الجنسانية والعمرية في تقديم خدمات إعادة التأهيل؛

(ب) آليات تنسيق تمكن الوكالات الحكومية من اتباع نهج شامل في تقديم خدمات تأهيل وإعادة تأهيل عالية الجودة، بالنظر إلى ما تتسم به هذه الخدمات من طابع شامل لعدة قطاعات، منها الوكالات العاملة في مجالات الصحة العامة والحماية الاجتماعية والتوظيف والتعليم؛

(ج) قوة عاملة مدربة ومتعددة التخصصات في مجال التأهيل وإعادة التأهيل، الأمر الذي يتطلب توفير التدريب الكافي الذي يروج لاتباع نهج محوره الفرد ومراع للمنظور الجنساني والعمري وقائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة؛

(د) آليات تمويل لتوفير سبل متكافئة وكافية للحصول على خدمات التأهيل وإعادة التأهيل من خلال مزيج من حلول شتى أثبتت نجاعتها، مثل التمويل الحكومي، والتأمين الصحي، والضمان الاجتماعي، وإقامة شراكات بين القطاعين العام والخاص من أجل تقديم الخدمات، وإعادة تخصيص وتوزيع الموارد المتاحة؛

(هـ) حملات توعية من خلال اتخاذ تدابير فورية وفعالة ومناسبة، مع التركيز فيها على نهج قائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة وعلى عدم حصر الأشخاص ذوي الإعاقة في المنظور الذي يعتبرهم مجرد مرضى أو محتاجين إلى الإحسان والرعاية؛

(و) بحوثاً عن خدمات التأهيل وإعادة التأهيل وعمليات جمع بيانات عنها حسب احتياجات الناس منها، وأنواع الخدمات المقدمة وجودتها، ونوع الجنس، والسن، والإعاقة، ولا سيما في المجالات ذات الأولوية التي حددتها منظمة الصحة العالمية، مع نشر النتائج بانتظام.