الحق في الصحة بين المواثيق الدولية والتشريع المغربي وآليات الترافع لضمان هذا الحق

إن تمتع الإنسان بصحة جيدة هو حق من حقوقه الأساسية, فإذا كان حق الحياة بالنسبة لمعظم الفلسفات والأديان الكبرى أهم حقوق الإنسان، فالحق في الصحة مرتبط بالحياة والموت بشكل يصعب الفصل بينها كلما كان اضطراب الصحة خطيرا, هذه المسلمة لم تعر الاهتمام بحق الصحة كما يفترض، خاصة إن اعتبرنا أن حق الحفاظ على الصحة هو في الآن نفسه: حق على الفرد وعلى المجتمع وعلى الدولة, من هنا يشمل التقصير في الدفاع عن حق الصحة فئات ومستويات عدة، حيث أن للصحة جانب فردي وجانب جماعي.

لذلك فالحق في الصحة يعني أن من حق كل إنسان التمتع بالصحة الجسدية والعقلية والنفسية دون أي نوع من أنواع التمييز، والتمتع بالحقوق الصحية شأن حيوي ومتطلب أساسي لكل مظهر من مظاهر حياة الإنسان ورفاهيته وحريته.

الحق في الصحة في الإعلانات العالمية

بدأ التفكير في الحق في الصحة أثناء الثورة الصناعية, حيث برزت مجموعة من المشاكل الصحية نتيجة سوء ظروف العمل, ليصدر:

* The Public Health Actقانون الصحة العامة 1848

الذي تبنته بريطانيا العظمى كوسيلة لاحتواء الضغط الاجتماعي الناجم عن ظروف العمل السيئة للفقراء، وقد ظهرت أولى الإشارات للحق في الصحة في الأدبيات الكلاسيكية الغربية لحقوق الإنسان فيما يسمى تكملة حقوق الإنسان والمواطن سنة 1936, في شرحها للحق في الحياة الذي يشمل حق الأم في الرعاية وحق الطفل في كل ما يلزمه لاستكمال تكوينه الجسدي والروحي وحق الشيوخ والمرضى والعجزة في نظام الحياة الذي يتطلبه ضعفهم, وحق الجميع في الاستفادة من كافة وسائل الحماية التي يحققها العلم على قدم المساواة، كما أدت الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية المزرية المترتبة عن الحرب العالمية الثانية, وتكاثر النزاعات المسلحة, وتزايد عدد اللاجئين, وضحايا الكوارث الطبيعية في تقوية الاهتمام العالمي بالحق في الصحة وسيتجلى ذلك من خلال تأسيس منظمة الصحة العالمية, التي يؤكد دستورها الذي دخل حيز النفاذ سنة 1948على "أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان, و يشمل الحق في الصحة الحصول على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب"

-1المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:

وفي سنة 1948 سيتطرق الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لضمان الصحة في الفقرة 1 من المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين

معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته", كما أكد في الفقرة الثانية من نفس المادة أن "للأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصتين, وأن ينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية."

-2المادة 12 من العهد الدولي المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"1966:"

يعتبر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من الصكوك العالمية في الشرعة الدولية لحقوق الإنسان, وقد أقر في مادته 12 بفقرتيها على الحق في الصحة:

الفقرة الأولى:" تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه."

الفقرة الثانية:" تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

أ) العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا.

ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية.

ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها.

د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

-3إعلان آلما آتا-1978:

اجتمعت 134 دولة عضوا في منظمة الصحة العالمية في عاصمة كازاخستان السابقة "ألما-آتا" في أجواء من الحرب الباردة لعقد مؤتمر دولي بغرض بلوغ اتفاق بارز ألا وهو اعتماد الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية رئيسية لتحقيق الهدف المتمثّل في "توفير الصحة للجميع" بحلول عام 2000, يعد هذا المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية المنعقد في الثاني عشر من شهر سبتمبر 1978، فرصة للإعراب عن الحاجة إلى قيام جميع الحكومات والعاملين في مجالات الصحة والتنمية والمجتمع العالمي، بعمل عاجل لحماية وتحسين صحة كافة شعوب العالم، وقد أكد المؤتمر على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وأن هدف الجميع هو وصول أعلى مستوى من صحي ممكن ولن يتأتى هذا إلا بتضافر جهود كل القطاعات الاجتماعية والاقتصادية إلى جانب جهود القطاع الصحي؛ كما أقر أن التفاوت في الأوضاع الصحية بين الدول نتيجة النظام الاقتصادي الجديد يبعث على التخوف من تردي الخدمات الصحية بالدول النامية مما سيؤثر لا محال في الأمن والسلم الدوليين.

لقد كانت توصيات مؤتمر"ألما-آتا" أكثر جرأة وواقعية وفعالية إذ وضعت اليد على مواطن الضعف والمشاكل الحقيقية التي تحول دون توفير خدمة صحية ذات جودة ومردودية, وتجلى ذلك من خلال التذكير بضرورة التعاون الدولي, بين الحكومات والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية, من أجل وضع سياسات صحية تستجيب لحاجيات الشعوب الذين عليهم تحمل مسؤولياتهم سواء كانوا أفرادا أو جماعات للمشاركة في التخطيط لرعاية

صحية أولية والإسهام في نشر ثقافة الوقاية من الأمراض وطرق علاجها وكيفية تدبير الموارد المحلية وتسخيرها لخدمة الرعاية الصحية المطلوبة, كما على الحكومات ترشيد مواردها الوطنية والخارجية بالشكل الذي يعزز الرعاية الصحية الأولية التي تعتبر ضرورية لأي تنمية تسعى الدول إلى تحقيقها, هذه التنمية يجب أن تكون على جميع المستويات خاصة السياسي منها لأننا بدأنا نتحدث عن الحق في الحماية الصحية التي تتطلب مجتمعا تسوده المساواة على خلاف مفهوم الحق في الصحة الذي يحيل إلى مجتمع تطبعه اللامساواة, إذن مسألة الصحة أصبحت اجتماعية تستلزم مقاربة ذات أبعاد سياسية واجتماعية وأمنية واقتصادية.

الحق في الصحة في الاتفاقيات الخاصة

اعتنت الاتفاقيات الخاصة بالحق في الصحة من خلال تنصيصها على هذا الحق، من هذه الاتفاقيات:

-1الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965:

تبنت الأمم المتحدة هذه الاتفاقية سنة 1965 ودخلت حيز النفاذ سنة 1969, وقد نصت المادة الخامسة (ه) (4) على "الحق في التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية", بحيث تتعهد الدول الأطراف بحظر التمييز العنصري والقضاء عليه بكافة أشكاله، وبضمان حق كل إنسان، دون تمييز بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإثني, الاستفادة من الحق في الخدمات الصحية العامة, فالاتفاقية تعتبر المسألة الصحية شأنا عاما واجتماعيا وجب أن يتمتع به كل المواطنين والمواطنات على حد سواء دون تمييز لأن الكل يعامل على قدم المساواة.

-2اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979:

في سنة 1979 اعتمدت الأمم المتحدة اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة, من أجل ترسيخ المساواة بينها وبين الرجل في الحقوق والواجبات, وبخصوص الحق في الصحة فقد جاء ذكره في مناسبتين أولاهما في المادة (11.1) التي استخدمت مفهوم الوقاية الصحية بدل العلاج لأن السياسات الصحية بدأت تنحو نحو البعد الوقائي والحمائي نظرا للتكاليف الباهضة التي تتطلبها العلاجات وعمليات التطبيب, خاصة وأن العالم عرف نموا ديموغرافيا كبيرا وجب معه الاهتمام بالصحة الإنجابية للمرأة بصفة خاصة؛ أما المناسبة الثانية فذكرت بالتزامات الدول الأطراف في الاتفاقية تجاه الرعاية الصحية للمرأة التي يجب أن تحظى على أساسا المساواة بكل الخدمات الصحية والإنجابية أثناء الحمل والولادة وبعدها, والرعاية الأسرية وذلك دون تمييز بسبب نوعها, فالدول عليها اتخاذ كل التدابير للقضاء على التمييز ضد المرأة في المجال الصحي.

الحق في الصحة في الاتفاقيات الثنائية

على عكس الإعلانات والاتفاقيات الدولية فإن الاتفاقيات الثنائية الخاصة بالحق في الصحة يكون موضوع موادها وبنودها هو المجال الصحي, بحيث يتم التعاون الثنائي بين دولتين أو منظمتين أو منظمة ودولة في السياسات الصحية وتبادل الخبرات في المجال الصحي, وقد عرف عدد الاتفاقيات الثنائية في الميدان الصحي ارتفاعا كبيرا تفعيلا لمبدأ التعاون الدولي الذي نادت به جل الإعلانات والمواثيق الدولية, وكذلك بسبب عالمية الوضع الصحي نتيجة انتشار الأمراض والأوبئة بشكل واسع في العالم مما يستدعي تعاونا وتنسيقا دوليا

لمكافحة هذه الأمراض ونشر ثقافة الحماية الصحية, هذا التعاون يكون على مستوى حكومي رسمي وعلى مستوى غير رسمي.

وتلعب منظمة الصحة العالمية دورا مهما في التشجيع على التعاون الدولي في المجال الصحي من خلال حث الدول على تضافر جهودهم وتشجيعهم على التصديق على الإعلانات والمواثيق ذات الصلة بالحق في الصحة, بالإضافة إلى الإشراف المباشر وغير المباشر على مجموعة من الاتفاقيات الثنائية ذات الصلة بموضوع الصحة, وذلك عن طريق إنشاء مكاتب لها بالدول؛ وقد تنوعت مجالات التعاون الصحي بين البلدان إذ هم مكافحة الأمراض المعدية وصحة المرأة والطفولة والعلوم الطبية والصحية والسياسات العمومية الصحية إلى غيرها من مواضيع التنسيق والتعاون الدولي الثنائي, وفيما يلي بعض الاتفاقيات الثنائية بين الدول:

–اتفاقية تعاون بين الرباط وبكين في المجال الصحي سنة 2015, يقوم المغرب بموجبها بدور المتعاون الوسيط بين إفريقيا والصين لدعم المجهودات في المجال الصحي.

–اتفاقية شراكة بين المغرب والصندوق العالمي لمكافحة داء السيدا والسل والملاريا, التي وقعت سنة 2014,وهي 2014,ثمرة تنسيق كبير بين برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة السيدا والحكومة المغربية والصندوق العالمي, وهي اتفاقية ستسهم في تحقيق أهداف الألفية للتنمية.

الحق في الصحة أو الرعاية الصحية بالمغرب:

المعلوم في القانون الدولي أن توقيع أي دولة على معاهدة أو اتفاقية ما، لا يعني بالضرورة انخراطها في تطبيقها إلا بعد المصادقة أو التصديق عليها. ورغم إلزامية تنفيذ هذه المعاهدات بعد التصديق عليها فقد تتعارض مع مبدأ السيادة الوطنية والتوجهات السياسية لكل دولة. وأمام ذلك فلا يملك المنتظم الدولي عمليا قوة الإكراه على تنفيذ بنود تلك الاتفاقيات باستثناء الشجب أو رفع تقارير دورية حول احترام هذه الالتزامات.

ورغم اعتراف المغرب بحقوق الإنسان والتزامه بدستور المنظمة العالمية للصحة، فإن دسترة "الحق في الصحة" لم يتم تكريسها إلا في دستور 2011. حيث نص الفصل 31 من الدستور على ما يلي: "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في:

–العلاج والعناية الصحية.

–الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة.

–الحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة.

–التنشئة على التشبث بالهوية المغربية، والثوابت الوطنية الراسخة.

–التكوين المهني والاستفادة من التربية البدنية والفنية.

–السكن اللائق.

–الشغل والدعم من طرف السلطات العمومية في البحث عن منصب شغل، أو في التشغيل الذاتي.

–ولوج الوظائف العمومية حسب الاستحقاق.

–الحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة.

–التنمية المستدامة"

إن القراءة المتأنية لمقتضيات هذا الفصل تفضي إلى الاستنتاجات التالية:

الدستور المغربي لم ينص صراحة على ضمان الحق في الصحة ولكن فقط على تعبئة كل الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين من الحق في العلاج والعناية الصحية...

وأن مسؤولية تعبئة هذه الوسائل تقع على عاتق الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية في إطار مسؤولية مشتركة.

كما اقترن ضمان الحق في العلاج والعناية الصحية في توفير حقوق أخرى.

أما قبل دستور 2011 فقد تطرقت عدة مقتضيات قانونية بطريقة مبدئية رمزية أو أدبية لبعض جوانب الحق في الصحة مند صدور القانون 65.00 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية، في أكتوبر 2002. حيث نصت الفقرة 5 من ديباجته على أن حماية الصحة: "تفرض على الدولة التزاما بتوفير الخدمات الصحية الوقائية مجانا لفائدة جميع المواطنين أفرادا أو جماعات بالإضافة على سهرها على تنظيم مجال تقديم خدمات طبية نوعية."

أما القانون 34.09 بتاريخ 2 يوليوز 2011 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات فقد أفرد للحق في الصحة:

المادة الخامسة التي تنص على مسؤوليات باقي مكونات المجتمع والدولة في الرعاية والحفاظ على الحق في الصحة: "تساهم الجماعات المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات التي تعمل في مجال الصحة والحفاظ على البيئة إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية."

في حين أكد القانون 112.14 المنظم للعمالات والأقاليم والصادر بتاريخ 7 يوليوز 2015، في مادته 79 والمتعلق بالاختصاصات الذاتية لهذه الأخيرة في مجال الصحة، على أن العمالة أو الإقليم تمارس اختصاصات ذاتية داخل نفوذها الترابي في مجال تشخيص الحاجيات في مجالات الصحة والسكن والتعليم والوقاية وحفظ الصحة. كما أشار نفس النص "وفي إطار اختصاصاتها المشتركة المنصوص عليها بالمادة 86 تعنى العمالة والإقليم بتأهيل العالم القروي في ميادين الصحة والتكوين والبنيات التحتية والتجهيزات."

أما القانون رقم 111.14 المنظم للجهات الصادر في 23 يوليوز 2015 فتحدث في مادته 94 عن الصحة باعتبارها أحد المجالات المنقولة من الدولة إلى الجهات.

إن التوجه نحو تكريس الجهوية الموسعة رافقته إجراءات قانونية وتنظيمية تهدف إلى إعطاء الجهات المزيد من الاختصاصات للمساهمة في التنمية الجهوية الشاملة والنهوض بالقطاع الصحي على الصعيد الجهوي حيث أصبح الوالي يلعب دورا مهما في هذا الإطار في إطار دعم سياسة اللاتمركز الإداري.

إذ بحسب المادة 53 المرسوم 24 يوليوز2015 بتطبيق القانون الإطار رقم 34.09 يتولى والي الجهة رئاسة اللجنة الجهوية لعرض العلاجات ويبدي رأيه حول مشروع المخطط الجهوي لعرض العلاجات المتعلق بالجهة مع مراعاة التقطيع الترابي والصحي والخريطة الصحية بالجهة وبالنسبة لكل عمالة أو اقليم. وذلك بحسب المادة 24 من القانون 34.09 التي تحدد الحاجيات في ما يلي:

جرد البنية التحتية الصحية الموجودة.

التوقعات المرتقبة للمؤسسات الصحية...

التوزيع المجالي والتوقعات المرتقبة في إعداد الموارد البشرية...

ويتلخص دور الجماعات في ميدان الصحة في الاختصاصات المنصوص عليها بالقانون التنظيمي رقم 113.14 المتعلق بالجماعات، حيث نصت المادة 83 منه بأن الجماعة تقوم في إطار اختصاصاتها الذاتية بإحداث وتدبير المرافق والتجهيزات العمومية اللازمة لتقديم خدمات القرب في الميادين التالية: ... حفظ الصحة، نقل المرضى والجرحى...

أما المادة 87 من نفس النص فينص على صيانة المستوصفات الصحية الواقعة في النفود الترابي للجماعة في إطار اختصاصات المشتركة مع الدولة.

أما المادة 3 من القانون 34.09 فتنص على أن هدف أعمال الدولة في مجال الصحة هو الوقاية من الأخطار المهددة للصحة، كما تدخل في خانة هذه الأعمال التربية الصحية والتشجيع على اعتماد أنماط عيش سليمة، المراقبة الصحية وتقديم خدمات وقائية أو علاجية أو ملطفة وخدمات إعادة التأهيل.

وعلاقة بحقوق المريض وضرورة انخراط الطبيب في حمايتها، أكد القانون 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب والصادر بـ 12 مارس 2015 في مادته الثالثة بأنه: يجب على كل طبيب، كيفما كان القطاع الذي ينتمي إليه أن يساهم في سياسة الدولة الهادفة إلى حماية الصحة العمومية والارتقاء بالصحة والتربية الصحية.

تقنيات التأثير على السياسات العمومية في قطاع الصحة

تعتبر الديمقراطية التشاركية من الآليات الهامة والجديدة التي يتم من خلالها ضمان مشاركة المواطنين والمواطنات والهيئات المدنية، في اتخاذ القرارات العمومية التنموية، الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية.. وتتبعها وتنفيذها وتقييمها، وهي شكل من أشكال الرقابة الشعبية والمجتمعية على صانعي القرار العمومي، ومدخلا أساسيا لتحقيق الحكامة في تدبير الشأن العام، وتساهم في تفعيل مبدأ ربط المسؤولية بالمحاسبة.

وقد نص الدستور الجديد لسنة 2011 في العديد من فصوله ولأول مرة في تاريخ التعديلات الدستورية بالمغرب،على مبدأ الديمقراطية التشاركية وحق المواطنين والمواطنات والجمعيات في المشاركة في صنع السياسات العمومية سواء على المستوى الوطني أو المحلي/الترابي، وذلك من خلال الفصول التالية: 1- 12- 13-14-15-139 وأحال إلى السلطات الحكومية والعمومية المعنية لإصدار القوانين التنظيمية المحددة لشروط وكيفيات ممارسة هذه الحقوق.

وتنزيلا لفصول الدستور أعلاه وخاصة الفصل 139 المتعلق بمشاركة المواطنين والمواطنات والجمعيات في تدبير الشأن العام المحلي، انطلاقا من مبدأ الديمقراطية التشاركية،تم بمناسبة تعديل القوانين التنظيمية لكل من الجماعات والجهات والعمالات والأقاليم بالتنصيص على مواد قانونية تؤطر أنواع وكيفية وشروط هذه المشاركة.

فعلى مستوى الجماعات حدد القانون التنظيمي الجديد رقم 113.14 من خلال ثلاث مواد، آليات ممارسة حق مشاركة المواطنين والمواطنات و الجمعيات في تدبير الشأن العام المحلي وهي:عقد لقاءات للتشاور والحوار(المادة 119) إحداث هيئة استشارية للمساواة وتكافؤ الفرص ومقاربة النوع (المادة120) تقديم العرائض لإدراج نقطة في جدول أعمال المجالس(المادة121(

-1عقد لقاءات للتشاور والحوار:

نصت المادة 119 من القانون التنظيمي المتعلق بالجماعات، على أن تُحدِث مجالس الجماعات آليات تشاركية للحوار والتشاور لتيسير مساهمة المواطنات والمواطنين والجمعيات في إعداد برامج العمل وتتبعها. فيما أحالت على النظام الداخلي للجماعة لتحديد كيفية تطبيق هذه المادة.

ولهذا الغرض عملت وزارة الداخلية على إعداد نموذج للنظام الداخلي وعممته على

الجماعات للعمل به مع تعديلات ممكنة لبعض المواد، وأهم ما تضمنه حول صيغ تطبيق المادة 119 أعلاه مايلي:

–يمكن لرئيس المجلس الجماعي بتعاون مع أعضاء المكتب،عقد لقاءات عمومية(مرتين او...) مع المواطنات والمواطنين والفاعلين الاقتصاديين والاجتماعيين وجمعيات المجتمع المدني لدراسة مواضيع عامة تدخل في اختصاصات الجماعة والاطلاع على آرائهم بشأنها وكذا لإخبار المواطنات والمواطنين والمعنيين بالبرامج التنموية المنجزة أو المـوجودة في طور الإنجاز.

–يحدد رئيس المجلس مكان وتاريخ وساعة انعقاد هذه اللقاءات، ويوجه الدعوة إلى الأطراف المعنية وتعليق موعد هذا اللقاء بمقر الجماعة 3 أيام على الأقل قبل انعقاده.

–يمكن لرئيس المجلس عرض تقارير اللقاءات والجلسات على مكتب المجلس للنظر في إمكانية إدراجها في جدول أعمال الدورة المـوالية للمجلس الجماعي للتداول بشأنها.

–لا يمكن أن تكتسي اللقاءات والجلسات المشار إليها في المواد أعلاه طـابعا سياسيا أو انتخابيا، أو تكون بطلب من حزب أو نقابة.كما أن هذه اللقاءات مجرد أعمال تحضيرية لا يمكن الطعن في محاضرها.

:2تقديم العرائض لإدراج نقطة في جدول أعمال المجالس:

حدد القانون التنظيمي للجماعات من المادة 121 إلى 125 شروط تقديم العرائض من قبل المواطنات والمواطنين والجمعيات، يكون الهدف منها مطالبة المجلس بإدراج نقطة تدخل في صلاحياته ضمن جدول أعماله.كما حدد كيفية إيداعها لدى المجالس، فيما أحال إلى إصدار نص تنظيمي لتحديد شكل العريضة والوسائل المثبتة التي سيتم إرفاقها بالعريضة حسب الحالة.

العريضة: حسب مدلول القانون التنظيمي هو كل محرر يطالب بموجبه المواطنات والمواطنين والجمعيات من مجلس الجماعة بإدراج نقطة تدخل في صلاحياته ضمن جدول الأعمال.

الوكيل: المواطنة او المواطن الذي يعينه المواطنات والمواطنين وكيلا عنهم لتتبع مسطرة تقديم العريضة.

شروط تقديم العريضة من طرف المواطنين والمواطنات:

–يجب أن يستوفي مقدمو العريضة من المواطنات والمواطنين الشروط التالي:

–أن يكونوا من ساكنة الجماعة المعنية او يمارسوا بها نشاطا اقتصاديا او تجاريا اومهنيا.

–أن يكونوا مسجلين في اللوائح الانتخابية العامة.

–أن تكون لهم مصلحة مباشرة مشتركة في تقديم العريضة.

–أن لا يقل عدد الموقعين عن 100 مواطنة او مواطن بالنسبة للجماعات التي يقل عدد سكانها عن 35000 نسمة،و200 مواطن ومواطنة بالنسبة لغيرها من الجماعات، غير انه يجب ان لا يقل عدد الموقعين عن 400 مواطن ومواطنة بالنسبة للجماعات ذات نظام المقاطعات.

شروط تقديم العريضة من طرف الجمعيات:

–أن تكون الجمعية قانونية ونشيطة لمدة تزيد عن ثلاث سنوات.

–أن يكون مقرها او احد فروعها داخل تراب الجماعة

–أن يكون نشاطها مرتبط بموضوع العريضة.

–تودع العريضة لدى رئيس مجلس الجماعة مرفقة بالوثائق المثبتة للشروط المنصوص عليها مقابل وصل يسلم فورا.وتحال العريضة من قبل رئيس المجلس الى مكتب المجلس الذي يتحقق من استيفائها للشروط.

وفي حالة قبول العريضة تسجل في جدول أعمال المجلس في الدورة العادية الموالية وتحال إلى اللجنة آو اللجان الدائمة المختصة لدراستها قبل عرضها على المجلس للتداول في شانها ويخبر رئيس المجلس الوكيل أو الممثل القانوني للجمعية حسب الحالة بقبول العريضة.

أما في حالة عدم قبول العريضة من قبل مكتب المجلس يتعين على رئيس المجلس تبليغ الوكيل او الممثل القانوني للجمعية حسب الحالة بقرار الرفض معللا داخل اجل ثلاثة أشهر ابتداء من تاريخ توصله بالعريضة.

الأستاذ محمد جردوق