FTDES
المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
المرصد الاجتماعي التونسي

كراسات المنتدى عدد 4

في تدبير أزمة «كوفيد 19» في تونس

سياسات الدولة والفئات الأكثر تضرّرا

تنسيق: سفيان جاب الله

سبتمبر 2020

***

المقالات المنشورة تعبر عن آراء أصحابها ولا تعبر بالضرورة عن رأي **كراسات المنتدى**

***

حقوق التأليف محفوظة للمنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية

الطباعة : المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية- سبتمبر 2020
ISSN : 2724-6833

المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية

المرصد الاجتماعي التونسي

كراسات المنتدى عدد 4

في تدبير أزمة «كوفيد 19» في تونس

سياسات الدولة والفئات الأكثر تضرُّرا

تنسيق: سفيان جاب الله

سبتمبر 2020

الإدارة والتحرير:
المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية 47 شارع فرحات حشاد، 1001، تونس

المديـر المسؤول:
علاء الطـــالبي

أعضاء لجنة التحرير:
حياة عمامو، صلاح الدين بن فرج، رياض بن خليفة، نزار بن صالح،
ماهر حنين، سفيان جاب الله، مالك كفيف، محمد سليم بن يوسف

التدقيق اللغوي:
وليد فيّـــــالة

صورة الغـــلاف:
حســام سعـــاف

طبـــــــاعة:
الطباعة المتضامنة

المحتوى

سفيان جاب الله

تقديم عام للكُرّاس 07

المحور الأولّ: في القراءات المُمكنة لأداء الدولة زمن الجائحة..... 22

منـــــال دربالي

لمحة تاريخية عن الأوبئة في تونس. 23

حسـام سعّــاف

هوموستازية المُجتمع المختل أو في تضاعف إقصاء الهامش زمن الحدث الوبائي: قراءة أنثروبولوجية. 36

آية بوصحيــح

تعميق اللامساواة الاقتصادية والاجتماعية بين الفئات المجتمعية في زمن الوباء: (مقاربة قانونية). 49

يوسف موسى

الأداء الخطابي لرئيس الجمهورية في السياق الوبائي: كيف خاطب الفئات الأكثر تضررا؟.. 60

المحور الثاني: بورتريه الفئات السوسيو-مهنيّة الأكثر تضرُّرًا من الحجر الصحّي..... 76

رضـــا كــارم

النّساء العاملات بحقول الاستلاب زمن الكورونا: ذكوريّة الفضاء، والهيمنة المزدوجة. 77

هيثم مدوري

عمّال البناء: الواقع، الحَجْر والإجراءات. قراءة في آثار الجائحة وتفكيك الأزمة. 94

أمل الهـــازل

عاملات النظافة في المُستشفيات زمن الجائحة: الفاعلات في المعركة من أجل الحياة..... 111

منتصر النغموشي

بورتريهات عاملي المقاهي والحانات في زمن الكورونا: من أجل رسم صورة للهشاشة الاجتماعية..... 126

فهمـــي البلطـي

طبيب في مواجهة الكوفيد 19: كيف عاش الأطبّاء الموجة الأولى للوباء؟. 145

محمد سليم بن يوسف

أجراء القطاع الخاص والمسألة الاجتماعية في فترة الحجر الصحي: مجالات الفعل الجماعي والتسييس.. 163

المحور الثالث: في رصد تحولّ/تغيّر كميّ ونوعي لظواهر اجتماعيّة إبان الحجر الصحّي 180

خـــالد طبـــابي

ديناميكيات الهجرة غير النظامية في تونس: محاولة في قراءة المشهد الهجري زمن الوباء.... 181

حـــازم شيخاوي

في فهم العنف المسلط على النساء داخل الفضاءات زمن الكورونا.. 202

أحمد الســـاسي

كيف عاشت الأحياء الشعبيّة جائحة الكوفيد 19؟ الكبّاريّة نموذجا..... 214

المحور الأوّل:

في القراءات المُمكنة لأداء الدولة زمن الجائحة

لمحة تاريخيّة عن الأوبئة في تونس

منال دربالي

تلخيص

كانت أساليب الوقاية والعلاج من الأمراض بدائيّة إلى حدّ كبير خلال القرن الثامن عشر، وكان التداوي بالأعشاب أو عن طريق الكيّ الوسيلة الوحيدة المتداولة والمُتاحة آنذاك للعلاج من الأمراض. وبالتزامن مع انتشار الأمراض المعدية مثل الطاعون والكوليرا والحمّى التيفيّة، ساهم الجفاف والمجاعات في تفاقم الوضع، زد على ذلك الفقر والخصاصة وسوء حَوكمة البلاد، ممّا أدّى سنة 1864 إلى اندلاع ثورة علي بن غذاهم احتجاجا على الترفيع في قيمة المجبى –أي الضريبة- من 36 ريالا إلى 72 ريالا. فكان الوضع الاجتماعي محتقنا بطبعه، ثمّ زاده انتشار الأوبئة سوءًا. وعموما، فإنّ الأوبئة مثل الطاعون والكوليرا تجد الأرضيّة الملائمة للتوسّع والانتشار في ظلّ غياب النّظافة وقواعد حفظ الصحّة. فكيف يمكن الحديث عن حفظ الصحّة في وقت الجفاف الذي تنحبس فيه الأمطار ممّا يؤثّر سلبا على توفّر المياه لريّ المحاصيل وتأمين الحاجيات الغذائية الأساسيّة أولا، ولتنظيف الجسم وأماكن الإقامة ثانيا؟

عند انتصاب الحماية بدأ الوضع الصحّي يتحسّن من خلال تركيز وحدات طبيّة في عديد المناطق لمداواة الجنود والمُقيمين الأجانب والأهالي. وكانت معظم المستشفيات متركّزة في تونس العاصمة وفي المدن الساحليّة، وكأنّها تُنذر بتركيز التفاوت الجهوي وتهميش الجهات الداخليّة. وتواصلت معضلة التفاوت الجهوي بين المركز والهامش فغذّت الانتفاضات الشعبية وأدّت إلى ثورة 10 ديسمبر-14 جانفي الّتي لم تستكمل بعد أهدافها ومازال التفاوت قائما إلى اليوم.

فما هي أهمّ المحطات الوبائية التي عرفتها تونس؟ وكيف تفاعلت المؤسسات معها؟

Abstract

The means of prevention and treatment of diseases have been rudimentary. At the time, either phytotherapy or the incision of buboes was used to treat illnesses. Apart from natural factors, including famine and drought, poverty and social injustices have worsened the situation. Hence the Revolution of Ali Ben Ghedhahem in 1864 following the doubling of taxes. The social situation was tense and deteriorated further with the epidemics, which found favorable grounds for spreading in deprived areas of sanitation and hygiene.

Under the French protectorate, the health infrastructure improved and was relatively generalized throughout the territory. But the best equipped health establishments are concentrated in Tunis and the coastal regions, which has prevented regional disparities. This problem between the center and the peripheries persisted until the outbreak of the Revolution of December 10 - January 14.

What are the main epidemics that have ravaged the country? And how have the institutions reacted to them?

البشرية متشابهة إلى حد كبير، في جميع الأوقات والأماكن، لدرجة أن التاريخ لا يخبرنا بأي شيء جديد أو غريب في هذا الخصوص. استخدامه الرئيسي هو فقط لاكتشاف المبادئ الثابتة والعالمية للطبيعة البشرية.

"ديفيد هيوم"

مقدّمة

يندرج هذا العمل ضمن كرّاسات المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعيّة بغرض العودة للبحث عن الانعكاسات الاقتصاديّة لجائحة كورونا على الطّبقات الهشّة والمُفقَّرة والمقاربات الّتي انتهجتها الدّولة لمحاولة تطويق الأزمة ومحاصرة تداعياتها خاصّة في ظلّ هشاشة الوضع الاجتماعي المحتقن بطبعه. وقد أصدر المنتدى في وقت سابق كرّاسا أوّلا حول الهجرة وكرّاسا ثانيا حول سوسيولوجيا الفعل الجماعي في تونس منذ 14 جانفي، فيما يتناول الإصدار الثالث جائحة كورونا من زاوية اقتصاديّة اجتماعيّة في وقت تتصاعد فيه المطالب والتحرّكات الاجتماعيّة وسط إكراهات فرضتها الإجراءات الوقائيّة من الوباء، مثل فرض حظر التجوّل والتباعد الاجتماعي والإحالة على البطالة التقنيّة.

ونتناول في الجزء الأوّل من هذا العمل تاريخ الأوبئة في تونس، إذ لا يمكن الحديث عن وباء كورونا وتفشّيه السّريع والإجراءات الّتي اتّخذتها تونس ودول العالم إزاء الوباء وانعكاسات ذلك على الطّبقات المُفقّرة دون قراءة متمعّنة في تاريخ الأوبئة وكيفيّة معالجة الدّولة لها، خاصّة في ظلّ حكم البايات وخلال الاستعمار. فمن خلال استقراء التاريخ يمكن استخلاص الدّروس والاعتبار منها مستقبلا. حيث عرفت تونس موجات من الأوبئة والأمراض تمثّلت بالخصوص في تفشّي الطاعون في مرحلة أولى ثمّ الكوليرا، بالتّزامن مع المجاعات والجفاف وعديد الجوائح الطبيعيّة الأخرى والأمراض الموسميّة مثل السُّل والحمّى التيفيّة. ولئن أثبتت الدّولة الحديثة في المرحلة الأولى من تفشّي وباء كورونا عجزها على تأمين الخدمات الطبيّة والعلاجيّة اللازمة، فمن البديهي أن يكون الوضع أكثر سوءًا خلال تفشّي الطاعون منذ القرن السادس عشر مرورا بالاستعمار، في غياب المرافق الصحية الأساسية.

أهمّ المحطات الوبائية في تونس

تختلف المصادر في تحديد أوّل موجة من الأوبئة الّتي ضربت البلاد التونسيّة خلال القرون الماضية. وعادةً ما يكون التطرّق إليها مرتبطا بالحديث عن خصوصيّات الحِقب التاريخيّة الّتي مرّت بها البلاد. وقد ذكر ابن خلدون في كتاب "التعريف بابن خلدون ورحلته غربًا وشرقًا" أنّ الطاعون قد

اجتاح تونس سنة 1348 في ما يُعرف بـ"الطاعون الأعظم" أو "الطّاعون الجارف". وذكر أنّه "ذهب بالأعيان والصدور وجميع المشيخة، وهلك أبواي، رحمهما الله [...] كما طوى كثيرا من محاسن العمران ومحاها، حتى خلت الديار والمنازل، وضعفت الدول والقبائل"[1]. وقد ارتفع عدد الضحايا في شهر جوان 1349 حيث كان يموت يوميا حوالي 1000 شخص، وتذكر بعض المصادر أنّ عدد الموتى بمدينة تونس بلغ 1202[2].

كما عرفت تونس سنة 1592 موجة حادّة لوباء الطاعون امتدّت طيلة 3 سنوات وخلّفت عديد الضحايا[3]. وقد أُطلق على هذه الموجة الأولى تسمية "طاعون تونس" في إشارة إلى تفشّي الوباء بتونس العاصمة. وفي سنة 1624 انتشر الوباء في بنزرت في السّجون التي كانت تؤوي العبيد ولكنّ نسبة انتشار الوباء كانت محدودة إذ لم تتعدّ حدود أسوار السّجن. ثمّ تراجعت نسبة الإصابات في حدود سنة 1650 بتونس العاصمة ولكنّها اجتاحت مدن الجنوب التّونسي بسبب تجارة القوافل على الحدود الجزائريّة. ثمّ عاود الوباء الظّهور مرة أخرى في العاصمة سنة 1679 وأصاب عددا من المُقرَّبين من علي باي الّذي تحاشى تشييع جنائزهم مخافة الإصابة بالوباء. وقد تحدّث القنصل الفرنسي بتونس آنذاك عن إصابة ما لا يقلّ عن 400.000 شخص بالطاعون في ذلك الوقت وانتشار المرض في الجزائر والمغرب ووصوله إلى إسبانيا. ولكن سرعان ما تراجعت وتيرة انتشار المرض مع ارتفاع درجات الحرارة خلال شهر أوت لتعود من جديد سنة 1689 حيث أُصيب خلالها ما يناهز 60.000 شخصا بالوباء.

وفق منظّمة الصحة العالميّة فإنّ هذا المرض "تسبّبه بكتيريا حيوانيّة المنشأ تدعى اليرسنية الطاعونية وتوجد عادة لدى صغار الثدييات والبراغيث المعتمدة عليها". فهي بكتيريا تعيش في أجسام القوارض مثل الجرذان والفئران وتنتقل إلى الإنسان عبر لدغات البراغيث ممّا يتسبّب في ظهور طفح جلدي ودُمّل وتقرّحات، وهو ما يُطلق عليه "الطّاعون الدُّبلي أو الدُّمَّلي" الّذي قد يتطوّر إذا لم تتمّ السيطرة عليه ليصيب الرّئتين. ويُعدّ الطاعون الرّئوي مرحلة متقدّمة من الطاعون الدّمّلي وهو أشدّ فتكا منه وأقلّ منه انتشارا. ووفق منظّمة الصحة العالميّة، "تظهر عادة على الأشخاص المصابين بعدوى الطاعون أعراض الإصابة بحمى حادة مصحوبة بأعراض أخرى غير محددة تصيب أجهزة الجسم عقب فترة حضانة تتراوح بين يوم واحد وسبعة أيام، مثل الإصابة بالحمى فجأة وبنوبات قشعريرة وآلام في الرأس والجسم وبالضعف والتقيؤ والغثيان".

[1] عبد الرحمان بن خلدون، "التعريف بابن خلدون ورحلته غربا وشرقا"، دار الكتاب اللبناني للطباعة والنشر، 1979

[2] زاهر كمون، تاريخ الأوبئة في تونس من الفترة القديمة إلى الحرب العالمية الثانية

[3] Edouard BLOCH, « La peste en Tunisie : aperçu historique et épidémiologique », Thèse pour le doctorat en médecine, Tunis, 1929.

ولم يكن انتشار الطاعون محدودا في المكان والزّمان، ولكنّه أصاب مناطق كثيرة في العالم وقضى على ثُلث سكّان القارّة الأوروبيّة خلال القرن الرابع عشر. ولم تكن تونس بمعزل عن انتشار المرض –كما هو الشّأن بالنسبة إلى جائحة كورونا- بل تكبّدت خسائر بشريّة فادحة.

وبدأت بوادر الوباء بالظّهور مجدّدا خلال سنة 1701، حيث قدِمت ثلاث سفن تابعة لمراد باي من تركيا إلى ميناء "كاب فارينة" بمدينة بنزرت بالشمال التونسي وهي تحمل على متنها ما يُناهز ألف جنديّ كان البعض منهم مُصابا بالطّاعون. ولكنّ الأمر لم يقف عند هذا الحدّ. ففي سنة 1705 كان الجنود القادمون من طرابلس يحملون معهم الوباء، وأُصيب به عدد من عناصر الجيش وانتشر الوباء بسرعة وبلغ عدد الضّحايا 700 ضحيّة يوميّا في تونس العاصمة وحدها. وورد في بعض الوثائق للصحفي والناقد الفرنسي جيو ديفونتان Guyot Desfontaines والتي أتى فيها على بعض الإجراءات "الوقائيّة" الّتي اتّخذها بعض الأهالي آنذاك، حيث يتمّ إيداع الخُبز لدى الفُرن دون أن يُسمح لأحد بتخطّي الحواجز الموضوعة أمام المحلّ خشية انتشار العدوى، كما كانت الخُضراوات والغلال والسّمك والدّجاج تُغمس في أكياس مليئة بالماء حتّى يتمّ تعقيمها بالكامل. وكانت تونس العاصمة قد فقدت آنذاك ما يُناهز 44.000 شخصا نتيجة انتشار الوباء. كما كان الموتى يُدفَنون في قبور لا يقلّ عمقها عن مترين بعد أن تُحرَق ثيابهم حتّى لا تنتقل العدوى بين الأهالي.

ثمّ بدأ الطاعون بالانتشار في الجزائر بين 1740 و1741، ثمّ في طرابلس وصولا إلى الجنوب التونسي سنة 1750. ولكنّ طفرة الوباء كانت خلال سنتَيْ 1784-1785 لدى رسوّ سفينة تحمل 150 حاجّا قادمين من الاسكندريّة التي تفشّى فيها الوباء سنة 1783. ثمّ انتشر المرض في البلاد بدءًا العاصمة ووصولا إلى المدن الساحليّة وارتفع فيها عدد الضحايا إلى 300 يوميّا[4] وقضى على ثُلث عدد متساكني مدينة الكاف فيما سقط بين 50 إلى 80 ضحيّة في بنزرت. وتذكر مصادر أخرى أنّ سبب تفشّي العدوى هو عبور بعض العناصر العسكريّة الوافدة من القسطنطينيّة (تركيا) إلى تونس خلسة دون الخضوع إلى إجراءات العزل والحجر، ممّا أدّى إلى ارتفاع عدد الإصابات.

ونظرا لشُحّ المعطيات الإحصائيّة حول المرض وتأثيره على التركيبة الدّيمغرافيّة، فإنّ المعلومات غير دقيقة حول نسبة الوفيات. حيث تذكر بعض المصادر أنّ الإيالة التونسية قد فقدت خلال الطاعون الأكبر كما اصطُلح على تسميته والّذي امتدّ طيلة سبعة عشر شهرا من جوان 1784 إلى أكتوبر 1785 ثلث عدد سكّانها، فيما ترجّح مصادر أخرى فقدان سدس عدد السّكان. ويذكر وكيل قنصل هولندا في الجزائر أنّ عدد الوفيات في مدينة تونس فقط بلغ 300.000، فيما بلغ عدد الوفيات في الإيالة بأكملها مليون ساكن. وتذكر بعض المصادر[5] أنّ من أسباب انتقال العدوى

[4] Lucette VALENCI, « Calamités démographiques en Tunisie et en Méditerranée orientale au XVIIIe et XIXe siècle », 1969.

[5] المصدر السابق، Edouard BLOCH، P.15

تغسيل الموتى المُصابين بالطاعون وتقبيل جبينهم قبل دفنهم، وهو عُرف متعامَل به في بعض الأوساط الثقافيّة لتوديع الموتى قبل نقلهم إلى مثواهم الأخير.

وقد أثّر هذا الوباء في التركيبة الديمغرافيّة وفي طبيعة الأنشطة الاقتصاديّة التقليديّة التي كان يُمارسها السكّان، حيث اندثرت بعض الأعمال والحرف مثل صناعة الأقمشة والحُصُر والقبّعات القطنيّة بالإضافة إلى تراجع النشاط الزّراعي نتيجة الجفاف وعدم توفّر البذور. وهو ما أدّى إلى هجرة عدد من المتساكنين هربا من المرض. ثمّ ظهر الطاعون من جديد سنة 1794 ولكن بدرجة أقلّ حدّة وانتشارا، حيث لم يصل إلى مدن الجنوب والساحل التونسي وامتدّ فقط 6 أشهر. ثمّ انتشر من جديد بنفس الوتيرة إلى غاية سنة 1859.

وبالتزامن مع الطاعون عرفت البلاد التونسية انتشار وباء الكوليرا سنة 1836 بالجنوب التونسي، ولكنّه كان خفيف الوطأة حينئذ ولم يتسبّب في خسائر بشريّة حيث كانت الأعراض مقتصرة على إسهال غير حادّ، كما أنّ المرض لم يدُم أكثر من ثلاثة أشهر، رغم أنّه استفحل في كلّ من الجزائر وليبيا. وكانت الإجراءات الوقائيّة محدودة إذ اقتصرت على مراقبة حركة الموانئ متناسية داخل البلاد، في غياب تامّ لإجراءات وقائيّة صارمة حيث اكتفت السّلطة في ذلك الوقت بإجلاء القادمين عبر الموانئ في حين كان التنقّل عبر الحدود البريّة مسموحا به مع طرابلس التي كانت موبوءة خلال تلك الفترة. وفي سنة 1849 انتشر المرض في باجة وتسبّب في وفاة مئات الأشخاص ثمّ بدأ يزحف تدريجيّا نحو باقي الجهات مخلّفا عددا من الضّحايا خاصّة في المناطق الأكثر فقرًا. وقد عزل الباي نفسه في قرطاج ثمّ في المحمّدية ثمّ انتقل إلى باردو هروبا من المناطق الموبوءة، ثمّ استقرّ من جديد في قرطاج.

وفي جوان 1850 انتشر الوباء في تونس العاصمة وتذكر بعض المصادر أنّ نسبة الوفيات تجاوزت مائة ضحيّة في اليوم. ثمّ تراجعت وتيرة المرض في جويلية واضمحلّ تماما في شهر أوت 1850. ثمّ عاد للظّهور من جديد خلال صيف 1856 بجنوب البلاد قدومًا من طرابلس ووصل إلى العاصمة في شهر جويلية مُخلّفا ما يُناهز 6000 ضحيّة.

ووفق منظمة الصحة العالميّة فإنّ الكوليرا "عدوى حادة تسبب الإسهال وتنجم عن تناول الأطعمة أو شرب المياه الملوّثة، وهي ما زالت تشكل تهديداً عالمياً للصحة العمومية ومؤشراً على انعدام المساواة وانعدام التنمية الاجتماعية". ووفق المصدر ذاته فإنّ الكوليرا انتشرت "خلال القرن التاسع عشر في جميع أنحاء العالم انطلاقاً من موطنها الأصلي في دلتا نهر الغانج بالهند. وانتشرت بعد ذلك ست جوائح من المرض حصدت أرواح الملايين من البشر عبر القارات كلها. أما الجائحة السابعة فقد بدأت في جنوب آسيا في عام 1961 ووصلت إلى أفريقيا في عام 1971 ومن ثم

إلى الأمريكتين في عام 1991". وتمّ اكتشاف المرض سنة 1883 عن طريق الطبيب الألماني "روبرت كوخ" (Robert Koch) من خلال تحليل الفضلات البشرية للمصابين.[6]

وفي سنة 1911، عاود المرض الانتشار خاصّة داخل الأحياء الشعبية في تونس العاصمة في شهري سبتمبر وأكتوبر، حيث تفتقر هذه الأحياء إلى شروط النظافة وحفظ الصحّة. وتمّ إحداث مركز لعزل المصابين بهذا المرض وإيوائهم في منطقة حلق الوادي. ثمّ ظهرت موجة أخرى من المرض سنتَي 1911 و1947 دون تسجيل خسائر بشريّة. ثمّ عاد الطّاعون بقوّة إلى تونس سنة 1926 بدءا بالجنوب التونسي بسبب قوافل التجارة وخلّف إصابة 252 شخصا في القيروان منهم 68 حالة وفاة، فيما تمّ تسجيل 232 إصابة بصفاقس منها 160 حالة وفاة.[7] وبعد سنة، ظهر المرض مرة أخرى في صفاقس مخلّفا 68 حالة وفاة بسبب الطاعون الدُّمّلي من جملة 179 إصابة و47 حالة وفاة بسبب الطاعون الرّئوي.

تعامل الدّولة ومؤسّساتها مع الأوبئة بين القرن الثامن عشر وسنة 2020

تتقاطع بعض المصادر في توصيف الدّور الّذي لعبته مؤسّسات الدّولة خلال المحطّات الوبائيّة المختلفة التي مرّت بها البلاد، خاصّة فيما يتعلّق بتطبيق الحجر الصحّي وغلق الحدود ومنع التنقّل أو الحدّ منه، ومدى تطابق سياسات الدّولة وتعليماتها مع الممارسات الاجتماعيّة السائدة، فخلال تفشّي الطاعون سنة 1784 يتحدّث أحمد بن أبي الضّياف عمّا خلّفه المرض من خسائر مادّية وبشريّة وعن تعامل حمّودة باشا مع هذا الوباء: "وفي سنة [...] 1783، وقع بالمملكة طاعون جارف، وهو المعروف عند أهل الحاضرة بالوباء الكبير، مات بسببه أعيان من الحاضرة، وأثّر في عمران البلاد نقصا فادحًا. وفي أوّل ظهوره صدر أمر من الباي بحرق ثياب الموتى وكسوتهم وغلقها، وغسل الغرباء بالمقابر، وسجن مرضاهم بمخازن القلاّلين[8]". وهنا تتجلّى ضوابط السياسة الصحّية التي أقرّها حمودة باشا الّتي تتقاطع مع ما أقرّته الدّولة الحديثة من قرارات تتعلّق بالحجر الصحّي الإجباري وكيفيّة دفن الموتى الّتي صدر في شأنها بروتوكول يحترم قواعد الدّفن مع مراعاة التباعد الاجتماعي ومنع التقارب الجسدي مع الجثث المصابة بالوباء. ويتحدّث ابن أبي الضياف عن تفاعل الأهالي مع أساليب الدّولة في محاصرة انتشار المرض بقوله ""وضجّ الناس من حرق ثيابهم، والباي مجتهد في ذلك، فكلّمه الشّيخ المفتي العالم [...] بأن لا يجمع على النّاس مُصيبتَيْ النفس والمال، والواجب الاستسلام لقضاء الله وقدره". فالمُلاحظ أنّ السكّان لم يتقبّلوا السياسة الوقائية التي انتهجها الباي، تماما مثل ما حصل من انفلات خلال الفترة الأولى من الحجر الإجباري خلال شهر

[6] Ahmed BEN MILED, « Histoire de la médecine arabe en Tunisie durant dix siècles », p.143

[7] المصدر السابق، ص.40

[8] أحمد بن أبي الضياف، المصدر السابق، ص.14

مارس 2020، حيث كان بعض الأفراد ينتقلون بشكل طبيعي ويتبادلون الزيارات العائليّة في استخفاف تامّ بما فرضته الدّولة من تعليمات.

كما عرفت البلاد تداخلا بين الخطاب الدّيني والخطاب العقلي تجسّد وفق ما ذكره المؤرّخ حسين بوجرّة في كتابه "الطاعون وبدع الطاعون"[9] بين ثنائيّة سلطة الفقيه وسلطة الطبيب. ويتحدّث ابن أبي الضياف في هذا السياق عن تصرّف السلطة السياسيّة والدّور الذي لعبته السّلطة الدينيّة عندما اجتاح الطاعون البلاد سنة 1818. يقول صاحب الإتحاف: "[...] وقع في الحاضرة طاعون [...] وافترق الناس في هذا الطاعون إلى قسمين: قسم يرى الاحتفاظ وعدم الخُلطة بالعمل المُسمّى "كارنتينة"، وربّما ساعدته بعض ظواهر من الشرع، كقوله صلّى الله عليه وسلّم "لا عدوى ولا طيرة"، و "فرّ من المجذوم فرارك من الأسد. [...] وعلى هذا جماعة من كشيخنا أبي عبد الله محمّد بن محمّد بن محمّد بيرم. [...] ومن القسم الثاني أبو عبد الله حسين باي فقد كان يسخر بأصحاب الكرنتينة ويقول لهم "لا مفرّ من القدر"، ويدور أزقة الحاضرة وحارة اليهود، لكثرة المرض بها"[10]. وهنا تتجلّى ثنائية القدريّة والجبريّة، حيث يعتبر جزء من الفقهاء آنذاك أنّ الإنسان مسؤول عمّا يُصيبه من أفعال، فهو بذلك يصنع قدره، فيما يرى الشقّ الآخر أنّ الإنسان مُجبر على أفعاله، إذ لن يُصيبه إلا ما كتب الله له. ومن بين الإجراءات التي اتّخذتها الدولة خلال جائحة كورونا هي منع صلاة الجماعة وغلق أبواب المساجد احتراما للتباعد الاجتماعي ودرءًا لمُسبّبات العدوى.

وقد تمّ إحداث مركز العزل الذاتي أو ما يُعرف بالكرنتينة قرب حلق الوادي حيث يتمّ عزل السّفن الّتي توجد بها إصابات مدّة 15 يوما. إضافة إلى ميناء حلق الوادي، كان الحجر الصحي يطبق بجزيرة زمبرة خاصة على الحجيج العائدين من مكة والمصابين بمرض "الكوليرا" وذلك لمدة 40 يومًا، وخُصّص السجن المدني بتونس لحجز المرضى بوباء الطاعون سنة 1930[11]. كما التجأ السكان إلى الطبّ الشعبي والمداواة بالأعشاب وغيرها من الأساليب التي سنأتي على ذكرها في الجزء الموالي.

البنية التحتية الصحّية من القرن الثامن عشر إلى ما بعد 2011

لم تكن البنية التحتيّة الصحيّة خلال القرن الثامن عشر مهيّأة لاستقبال المرضى ولم تكن هناك كفاءات طبيّة بإمكانها مداواة المصابين، إذ يقتصر تدخل الأطبّاء على تشخيص المرض دون علاجه. وكانت أساليب العلاج خلال القرن الثامن عشر وتحديدا في سنة 1785 تقتصر على اعتماد وسائل تقليديّة مثل الكيّ والمُقيّئات les vomitifs وفقع الدُّمَّل، وهي وسائل بدائيّة لا يمكنها القضاء

[9] حسين بوجرة، الطاعون وبدع الطاعون: الحراك الاجتماعي في بلاد المغرب بين الفقيه والطبيب والأمير (1350-1800)، سلسلة أطروحات الدكتوراه، مركز دراسات الوحدة العربية

[10] أحمد بن لأبي الضياف، المصدر السابق، ص.ص 127-128

[11] ، 18 أفريل 2020 عائد عميرة، هكذا تعامل التونسيون مع الأوبئة عبر التاريخ

URL : https://www.noonpost.com/content/36740

على المرض والوقاية منه. كما اعتمد بعض السكّان على تناول القوارص والبصل والخلّ وتبخير البيوت بغاية تعقيمها. فيما لجأ آخرون إلى الدّعاء وأداء الصّلوات لدرء الأوبئة الّتي عُدّت عقابا إلهيّا على تفشّي الفساد في المجتمع، وساهم الفقهاء وممثّلو السلطة الدينيّة في تغذية هذه الممارسات من خلال حثّهم على الصّبر والتسليم بقضاء الله[12].

ولم يكن بيد السكّان من حلول غير الهروب أو الالتزام بإجراءات الحجر والعزل. ولكنّ الممارسات الاجتماعيّة السّائدة آنذاك لم تكن تحترم التباعد الاجتماعي في إطار الزيارات العائليّة وعيادة المرضى ودفن الموتى وإحياء المناسبات الدينيّة وارتياد دور العبادة وغير ذلك من المناسبات الّتي تكون فرصة لانتشار المرض، خاصّة الطاعون الرئوي الّذي ينتشر من الإنسان إلى الإنسان من خلال استنشاق الرّذاذ المنبعث من الجهاز التنفّسي لحامل هذه البكتيريا. فالطبيعة الاجتماعيّة للإنسان لم تكن تتقبّل فكرة الانخراط في العزل الذاتي والالتزام بالحجر الصحّي داخل البيوت. أضف إلى ذلك عدم تطبيق قواعد الصحّة والنظافة العامّة الّذي يعود إلى غياب المرافق الضرورية وندرة المياه النّظيفة التي تُستعمل للتعقيم.

كما أنّ الإجراءات الوقائيّة مثل العزل ومراقبة تحرّك الوافدين من وإلى الإيالة التونسيّة خلال القرن الثامن عشر لم تكن موجودة، بالإضافة إلى غياب مراكز إيواء لتطبيق الحجر الصحّي على المصابين واحتواء المرض ومنعه من الانتشار. فالوسائل الوقائيّة تكاد تكون منعدمة، باستثناء وجود مركز وحيد تمّ إنشاؤه في جزيرة "شكلي" في بُحيرة تونس خُصّص لإيداع البضائع. كما يخضع الوافدون من المناطق الموبوءة إلى العزل الإجباري أو يتمّ إجلاؤهم من حيث أتَوْا، وهو الإجراء الأكثر تطبيقا. ولكنّ هذه الإجراءات الوقائيّة تتطلّب استباقا وتنسيقا ووسائل اتّصال متطوّرة تُمكّن من تبادل المعلومات بشكل حينيّ، وهو أمر غير مُتاح آنذاك. كما أنّ الدولة لم تكن قويّة في الحفاظ على صحّة سكّانها الّذين لم ينصاعوا لأوامر الباي بالالتزام بقواعد النظافة وحفظ الصحّة والعزل الذاتي. فما كان منهم إلا أن لاذوا بالفرار، ممّا أثّر في تراجع النشاط التّجاري إثر إغلاق عدد من المحلات التجاريّة الصغيرة.

ومع انتصاب الحماية الفرنسية سنة 1881 بدأ تركيز المستشفيات العسكرية داخل التراب التونسي، بدءا بجهة الكاف على الحدود الجزائريّة سنة 1882[13] لتأمين العلاج للمصابين من الجنود. كما تمّ إحداث مركز استشفاء بمنطقة عين دراهم من ولاية جندوبة وإحداث المستشفى العسكري بقابس في 10 ديسمبر 1882ووحدات صحّية بكلّ من مدنين وتطاوين سنة 1888، بالإضافة إلى إحداث 41 مستوصفا موزّعة على مختلف المناطق شمالا وجنوبا. وتذكر بعض المصادر أنّ الإيالة التونسيّة كانت تعدّ 19 طبيبا مؤهّلا من الجامعات الأوروبيّة عند انتصاب الحماية الفرنسية 16 منهم

[12] زاهر كمّون، المصدر السابق

[13] Benoît GAUMER, « L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956) », pp.196,197

من يمارسون المهنة في تونس العاصمة[14]. كما أنشأ الفرنسيون 5 صيدليّات فيما كانت توجد صيدليّتان أو ثلاث فقط تونسيّة. وشهدت تلك الفترة تعايشا بين نمطين مختلفَين من الطبّ، الطبّ الأوروبي والطبّ "العربي" كما يُصطلح على تسميته. وحسب شهادة الطبيبة ومديرة المركز الوطني للبحث العلمي CNRS آنّ ماري مولان، لا يوجد فرق شاسع بين الطبّ العربي وطرق العلاج الأوروبية في ذلك الوقت.

وفي سنة 1892 كان عدد الأطبّاء المسموح لهم بممارسة المهنة في تونس يناهز 106 طبيبا، منهم 47 متخرّجا من أوروبا يزاولون عملهم إما بالعاصمة أو بالمناطق الساحلية، فيما يتمّ توزيع البقيّة ممّن ليسوا خرّيجي المؤسسات الجامعيّة الأوروبية على باقي المناطق. كما تطوّرت طرق التشخيص والعلاج منذ سنة 1903، حين تمّت إعادة تأهيل مركز باستور وإحداث مخبر تحاليل لأخذ عيّنات من القوارض التي قد تكون ناقلة للطاعون سنة 1907. وبين 1920 و1921 بدأ اعتماد لقاح للوقاية من الطاعون تمّ تطويره في مخابر معهد باستور بباريس.

وكان قطاع الصحّة العمومية مرهقا خاصّة إثر الحرب العالميّة الثانية التي تسبّبت في تدمير مراكز الصحّة مما استوجب إعادة تأهيلها وتجهيزها من جديد. ويُذكر في هذا السّياق أنّ إدارة الصحّة العمومية التي كانت تشرف عليها فرنسا قد تلقّت آنذاك بين 1945 و1946 223 مليون فرنك فرنسي لإعادة تأهيل القطاع، ولكن دون أن تنعكس هذه المصاريف على جودة الخدمات الصحية.

والمُلاحظ أنّ الخدمات الصحيّة بدأت تأخذ ملامحها نحو تكريس التفاوت الجهوي منذ الاستعمار وما تخلّله من أضرار خلال الحربَين العالميّتَين الأولى والثانية. حيث تمّ التفكير في الابتعاد عن المركز في اتّجاه الأطراف، وذلك من خلال إحداث مخبرَين فرعيَّين لمعهد باستور، أحدهما في سوسة سنة 1922 والآخر في صفاقس سنة 1925. ثمّ تمّ إحداث المستشفى الجهوي بسوسة سنة 1935 الّذي تطوّر عدد أسرّته من 150 إلى 541 بين 1948 و1953. أمّا مستشفى صفاقس فقد تطوّرت طاقة استيعابه هي الأخرى من 219 إلى 300 سرير خلال نفس الفترة.

وبحلول سنة 1953، كانت البلاد التونسيّة تضمّ 41 وحدة صحّية موزّعة على مختلف المناطق بطاقة استيعاب متفاوتة، حيث يؤوي مستوصف باجة 100 سريرا فيما يحتوي مستوصف القيروان على 95 سريرا والمنستير 80 سريرا. أمّا تونس العاصمة فقد كانت أكثر حُظوة من بقيّة الجهات، حيث تمّ إنشاء مستشفى شارل نيكول بطاقة استيعاب تصل إلى 450 سريرا سنة 1898، ويضمّ قسما للتوليد أُحدث سنة 1908 وقسما للتصوير بالأشعّة أُحدث سنة 1910. أمّا مستشفى إرنست كونساي الّذي أصبح فيما بعد مستشفى الرابطة فهو يحتوي على 180 سريرا موزّعة على تسعة أجنحة، ويحتوي مخبرا للتحاليل و21 غرفة معزولة لإيواء المصابين بالأمراض سريعة العدوى

[14] المصدر السابق، ص.205.

مثل الطاعون والكوليرا والحمّى التيفودية. كما يضمّ المستشفى وحدة تعقيم ووحدة تطهير لإعادة تدوير المياه المُستعملة. وتمّ إحداث مستشفى منوبة للأمراض العصبيّة سنة 1900 بطاقة استيعاب تُقدَّر بـ200 سرير. كما بادر عدد من الأطبّاء المنتسبين إلى الديانة اليهوديّة ومن ذوي الأصول الإيطاليّة إلى إحداث وحدة صحّية سنة 1894 تقدّم خدماتها للجالية اليهوديّة بتونس هي "المستشفى الإسرائيلي بتونس" الواقع بحي الحارة في ساحة الحلفاوين بتونس العاصمة. وبحلول سنة 1953، أصبحت تونس العاصمة تضمّ 4 مستشفيات هي على التوالي مستشفى شارل نيكول بطاقة استيعاب تناهز 946 سريرا، ومستشفى عزيزة عثمانة الذي كان يُسمّى المستشفى الصادقي نسبة إلى الصادق باي بطاقة استيعاب تُقدَّر بـ415 سريرا، ومستشفى الرابطة بـ423 سريرا ومستشفى حبيب ثامر[15] بطاقة استيعاب 334 سريرا.

التفاوت الجهوي بين المركز والأطراف

تعمّقت الفوارق بين الجهات شيئا فشيئا من حيث التركيبة الديمغرافية ونوعيّة الأنشطة الاقتصاديّة والبنية التحتيّة. فنجد المناطق الداخليّة تعاني صعوبات على مستوى النفاذ إلى المرافق الصحيّة والتمتع بجودة الخدمات الصحيّة. ويمكن تصنيف جودة الخدمات الصحيّة حسب ثلاث مستويات[16]:

- عدد الصيدليات على كلّ ألف ساكن
- عدد الأسرّة على كلّ ألف ساكن
- عدد الأطبّاء على كلّ ألف ساكن

وفي سنة 2017، بلغ عدد الصيادلة في كامل تراب الجمهورية 2615، فيما بلغ عدد الأطباء بالنسبة إلى نفس السنة 14892، منهم 5685 بإقليم تونس الكبرى كأعلى معدّل، و560 طبيبا بالجنوب الغربي كأدنى معدّل[17]. أمّا العدد الجملي للأسرّة فيبلغ 26715 سنة 2017، من بينها 2534 بالشمال الغربي و6602 بالوسط الشرقي[18].

وتقتضي مكافحة الأوبئة ومنع انتشارها حدّا أدنى من احترام قواعد حفظ الصحة مثل تنظيف الجسم وتعقيم الأسطح والثياب والمأكولات وغير ذلك، الّذي يُحيل ضرورةً على توفّر المياه النّظيفة. ولكن من ناحية أخرى، تطرح مسألة الحصول على الماء الصّالح للشراب معضلة أخرى، إذ أنّ التزوّد

[15] كان يُسمّى مستشفى غاريبالدي استعادته الحكومة التونسية إثر الحرب العالمية الثانية وأُطلق عليه آنذاك اسم "ليبيراسيون" في إشارة إلى "تحريره" من إيطاليا وإعادة استخدامه من قِبل السلطة الفرنسية

[16] Institut Tunisien de la Compétitivité et des Etudes Quantitatives, «Inégalités régionales en Tunisie », p.7
URL : http://www.itceq.tn/wp-content/uploads/files/notes2014/inegalites-regionales-en-tunisie.pdf

[17] Ministère de la Santé, « Santé Tunisie en chiffres 2017 », p.93

[18] المصدر السابق، ص.72

بالماء لم يشمل مختلف الجهات، فحسب معطيات المعهد الوطني للإحصاء لسنة 2017 فإنّ 300.000 تونسيّ لا يتمتّعون بالماء الصالح للشرب منهم 10% في المناطق الريفية. كما يذكر المصدر ذاته أنّ قرابة 290.000 مقرّ سكنى على كامل الجمهورية ليس موصولا بالماء[19]. حيث تُقدَّر نسبة التزوّد بالماء الصالح للشرب في تونس والمنستير تباعا بين 99.9% و97.9%. بينما لا تكاد تصل إلى عتبة 50% بالنسبة إلى ولايات أخرى مثل سيدي بوزيد الّتي تبلغ نسبة التزوّد بالماء الصالح للشراب بها 27.3% وجندوبة 31.2[20] %.

نستنتج هنا أنّ الدّولة التونسيّة تحمل أوزار حِقب تاريخيّة متتالية ساهمت في تعميق الفوارق الاجتماعيّة بين المركز والهامش، بحيث عجزت الدّولة الحديثة بمؤسّساتها وقوانينها عن توفير مقوّمات العيش الكريم لأبنائها. ولم تكن أزمة كورونا سوى وسيلة لمزيد تأكيد هذه الفوارق خاصّة مع تفشّي احتكار الموادّ الغذائيّة وإحالة العديد على البطالة الفنيّة. ولئن قرّر رئيس الحكومة إجراءات وصفها بالاستثنائيّة مثل تخصيص 100 مليون دينار إضافية لفائدة الفئات الهشة وإسناد 100 دينار إضافية لفائدة المتقاعدين الّذين لا تتجاوز جراياتهم 180 دينارا، وتعزيز المخزون الاستراتيجي من المواد الغذائية والطاقيّة والأدوية بما قيمته 500 مليون دينار[21]، إلاّ أنّ هذه القرارات لا تُعتبر استثنائيّة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الوضعيّة الصعبة لهذه الفئات قبل تفشّي الوباء.

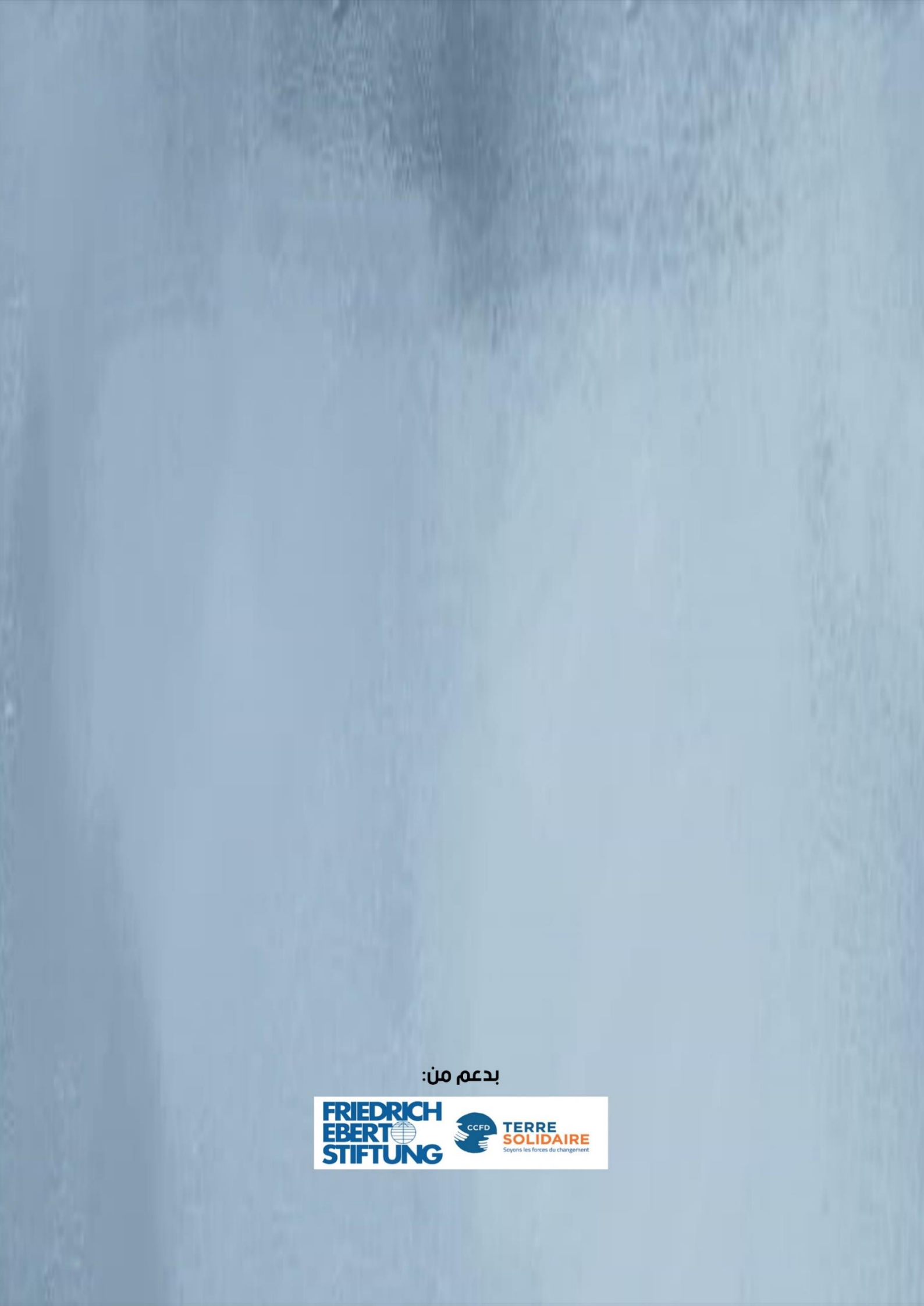
فالوضعية الاقتصاديّة متشعّبة، خاصّة مع تغلغل الاقتصاد الموازي الّذي يُشغّل 58.8% من العمّال وفقا لمعطيات المكتب العالمي للشغل، بالإضافة إلى تراجع نسبة الناتج الداخلي الخامّ بين 4 و5% نتيجة تعطّل الإنتاج في إطار الإحالة على البطالة الفنيّة وإقرار إيقاف العمل بالنسبة إلى عدّة قطاعات تدخل ضمن الأعمال الحُرّة تمسّ صغار التجّار والحرفيّين وأعوان النّظافة وعمّال المقاهي والمطاعم وغيرهم. وفي ظلّ تراجع نسبة الناتج الداخلي الخامّ قد تصل نسبة البطالة وفق المحلّل الاقتصادي عبد الجليل البدوي إلى 20%، ممّا يستوجب إيجاد حلول استثنائيّة تأخذ بعين الاعتبار تبعات فترة الحجر الصحّي على الفئات الهشّة. ومن بين هذه الإجراءات يتحدّث عبد الجليل البدوي عن ضرورة توفير موارد إضافيّة انطلاقًا من مصدر الثروة المتمثّلة في أصحاب رؤوس الأموال ومحاربة التهرّب الضّريبي وإيقاف توريد الموادّ غير الضروريّة من خلال مراجعة الاتّفاقيات التجاريّة

[19] Haifa MZALOUAT, « l'accès à l'eau, une injustice répartition », Inkyfada, 6 mars 2019
URL : https://inkyfada.com/fr/2019/03/06/tunisie-eau-potable-chiffres/
[20] Mohsen KALBOUSSI, « Accès à l'eau en Tunisie : quelles disparités ? », Nawaat, 26 juin 2017
URL : https://nawaat.org/portail/2017/06/26/acces-a-leau-en-tunisie-quelles-disparites/
[21] "نواة في دقيقة"، نشريات كوفيد 19، موقع نواة، 03 أفريل 2020
URL: http://nawaat.org/portail/2020/04/03/%d9%86%d9%88%d8%a7%d8%a9-%d9%81%d9%8a-%d8%af%d9%82%d9%8a%d9%82%d8%a9-%d9%83%d9%88%d8%b1%d9%88%d9%86%d8%a7-%d9%81%d9%8a-%d8%aa%d9%88%d9%86%d8%b3-%d9%86%d8%b4%d8%b1%d8%a9-8-%d9%81%d9%8a/

مع الصّين وتركيا وغيرهما، مع ضرورة مراجعة الامتيازات الجبائيّة المرصودة للشركات والمؤسّسات في ظلّ غياب الاستثمار.

خـــــــاتمة:

ما من شكّ في أنّ الأوبئة تلحق الأذى بمختلف الفئات الميسورة منها وضعيفة الحال، ولكنّها حتما تكون أشدّ وطأة على من يفتقرون إلى وسائل الوقاية والعلاج. وقد عرفت تونس في فترات تاريخيّة متقاربة موجات وبائيّة خلّفت أضرارا مادّية وبشريّة كبيرة كانت متزامنة مع المجاعات والجفاف والفقر. وقد اجتاح الطّاعون تونس في مناسبات عديدة لعلّ أكثرها عنفا طاعون 1784-1785 الّذي راح ضحيّته ثلث عدد سكّان البلاد، فيما كانت الكوليرا أخفّ وطأة حيث لم تُعمّر كثيرا نظرا للتطوّر النّسبي على مستوى الممارسات الاجتماعية الوقائيّة. ولكنّ النّفاذ إلى المرافق الأساسيّة خاصّة على مستوى التزوّد بالمياه الصالحة للشّرب كان يساهم في تفشّي الأوبئة والأمراض نظرا لعدم الالتزام بقواعد النّظافة وحفظ الصحّة، بالإضافة إلى هشاشة البنية التحتيّة الصحيّة الّتي كانت متركّزة في العاصمة وفي المدن الساحليّة منذ انتصاب الحماية الفرنسيّة إلى الآن. حيث أحدث نظام الحماية مستوصفات ووحدات صحيّة مُجهَّزة بتونس العاصمة وصفاقس وبنزرت، في حين كانت المناطق الداخليّة تفتقر إلى هذه الخدمات الصحيّة. ومع أزمة كورونا الحاليّة وضعت تونس نفسها أمام حجم التحدّيات التي تنتظرها صحيّا واقتصاديّا وغذائيّا وأمنيّا في ظلّ وضع اجتماعيّ محتقن نتيجة هشاشة البنية التحتيّة وغياب العدالة الاجتماعيّة.



بدعم من:

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG

CCFD TERRE SOLIDAIRE
Soyons les forces du changement