



المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية

المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
عمل جماعي

الحق في الصحة زمن جائحة كوفيد-19



fidh

FÉDÉRATION INTERNATIONALE
POUR LES DROITS HUMAINS

المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
عمل جماعي

الحق في الصحة زمن جائحة كوفيد-19

المنسق:

ماهر حنين

قائمة الباحثين:

ريم الحلواس غربال

محمّد بن صالح:

الدكتور المنصف بلحاج يحيى

شرف الدين اليعقوبي

سفيان جاب الله

حبيبة بالرّمضان

ياسمين العكريبي

فاتن مبارك

سيرين بن سعيد

من العالمي إلى المحلي. الحق في الصحة في مواجهة أزمة كوفيد-19: حقائق وآفاق حول المكنسب وإعادة النظر فيه

ريم الحلواس غربال

ملخص:

الصحة حق إنساني أساسي، والتغطية الصحية أداة أساسية لضمان الوصول إلى الرعاية الصحية لجميع المواطنين ولكل من يحتاج إليها.

إلا أنه في غضون عام وبضعة أشهر، انتشر فيروس كوفيد-19 في جميع أنحاء العالم متسبباً في 115 مليون إصابة مُعلّنة، ووفاة أكثر من مليونين ونصف المليون شخص. وكان من تبعات هذه الحصيلة الثقيلة الكشف عن النّقائص التي تمّ تجاهلها لفترة طويلة، خاصّة منها هشاشة المنظومات الصحية، ووجود أوجه قصور في الحماية الاجتماعية، وعدم المساواة الهيكلية في الوصول إلى الرعاية الصحية بالخصوص.

ومن خلال قراءة نقدية للسياق العالمي والمحلي للأزمة الصحية الناجمة عن كوفيد-19، نريد أن نبيّن كيف تمّ مسخّ الحق في الصحة، وهو حقّ إنساني أساسي، وما يقتضيه الوضع من إعادة تفكير في هذا المكسب، على المستوى الوطني، من منظور الإنصاف الاجتماعي.

كلمات مفاتيح: الحق في الصحة - الجائحة - التفاوت الاجتماعي

أ. السياق التاريخي وأبعاد الحق في الصحة باعتباره حقًا كونيًا متصلاً في منظومة حقوق الإنسان

في البداية، كانت الصحة شأنًا خاصًا أكثر منه شأنًا عامًا، وكانت تُعرّف بانعدام أي شكل من أشكال المرض. وتعود النصوص القانونية الأولى التي أوردت أحكامًا متعلقة بالصحة إلى العصر الصناعي مثل "القانون الأخلاقي للعملة المتدربين" The Moral Apprentices Act، لعام 1802، وقانون الصحة العمومية The Public Health Act العائد إلى عام 1848. وقد اعتمدهما بريطانيا العظمى كوسيلة لاحتواء الضغط الاجتماعي الناجم عن ظروف العمل السيئة للفقراء. وعلى صعيد آخر، أشار الدستور المكسيكي لعام 1843 إلى مسؤولية الدولة في حماية الصحة العمومية¹⁷.

لقد أدّى تطوّر المجتمعات الغربية، الذي أفضى إلى تعريف الصحة كمسألة اجتماعية، إلى تأسيس منظمة الصحة العالمية سنة 1946. ومع بروز الصحة كقضية شأن عام، تغير مفهومها حيث عرّفها منظمة الصحة العالمية على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"¹⁸. ووضعت مقاربة مندمجة تربط بين جميع العوامل التي تحدّد رفاهية الإنسان ومنها البيئة المادية والاجتماعية الملائمة لصحة جيدة. وهكذا، فإن الحق في الصحة، كما أصبح معرّفًا، لم يعد حقًا للإنسان بل يقترن بمجمل حقوق الإنسان الحالية، وبالتأكيد المستقبلية.

وفي الواقع، فإنّ الحق في الصحة في تطوّر مطّرد، كما ينبغي إعادة النظر فيه على ضوء السياقات الاجتماعية والاقتصادية المحلية والدولية. ففي القرن الماضي، ظهر هذا الحق، تدريجيًا، كحق، للبشرية ولللسكان، غير قابل للتصرف. هذا التطور الممتدّ في الزّمن أفضى إلى تعريفه رسميًا بمناسبة إنشاء منظمة الصحة العالمية في سياق الابتهاج بحلول سلام جديد. وفعلا، فإن المبدأ الثاني المنصوص عليه في ديباجة دستور منظمة

¹⁷- كانت المكسيك أول أمة أدرجت، رسميًا، ضمانات الحقوق الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية في دستورها لسنة 1917، على أنه لم تقع أي إشارة فيه إلى الحق في الصحة.

¹⁸- دستور منظمة الصحة العالمية، وثائق أساسية، عدد. 240 (واشنطن، 1991)

الصحة العالمية، ينصّ على أن " التّمّتع بأعلى مستوى من الصّحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكلّ إنسان". وقد تمّ تأكيد هذا التعريف من قبل موثيق كلاسيكية أخرى لحقوق الإنسان مثل الإعلان العالمي لعام 1948¹⁹ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966²⁰ والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب²¹.

كما وقع التأكيد على الاعتراف العالمي بالحق في الصحة في إعلان ألما-آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية²² حيث التزمت الدول بالتطوير التدريجي لنظم الرعاية الصحية الشاملة لتأمين توزيع ناجع ومنصف للموارد الضرورية للحفاظ على الصحة. وأكّدت على مسؤوليتها في ضمان صحة سكانها، وهو ما لا يمكنها القيام به دون توفير الخدمات الاجتماعية المناسبة. وقد وضع الإعلان الأسس لإنشاء منظومات رعاية صحية أولية مرتبطة مباشرة باحترام الحق. وحتى إذا لم يصبح هذا الصك القانوني إلزامياً، فهو يمثل التزاماً إضافياً من جانب الدول فيما يتعلق بالحق في الصحة، ويضع إطاراً لسياسة شاملة تهدف إلى ضمان التمتع بهذا الحق.

في سياق مؤتمر ألما-آتا، وضعت منظمة الصحة العالمية خطة *الصحة للجميع بحلول عام 2000*²³، والمتمثلة في سلسلة من الأهداف والبرامج الرامية إلى ضمان المستويات الدنيا للصحة للجميع. بيد أنه بالتّظر إلى تواصل المشكلات الصحية المرتبطة

¹⁹- تنصّ المادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948 على أنّ "لكلّ شخص، بوصفه عضواً في المجتمع، حقّ في الضمان الاجتماعي، ومن حقّه أن تُوفّر له، من خلال المجهود القومي والتعاون الدولي، وبما يتّفق مع هيكل كلّ دولة ومواردها، الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا غنى عنها لكرامته ولتنامي شخصيته في حرّية".

²⁰- يعلن الفصل 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ما يلي: "تقرّ الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه: 2. 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 موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً، 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.

²¹- تنصّ المادة 16 من نفس الميثاق على أنّ: "لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها. 2- تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض."

²² منظمة الصحة العالمية، بيا ألما-آتا، التّدوة الدولية حول الرعاية الصحية الأولية، الاتحاد السوفياتي، 6-12 سبتمبر 1978.

²³ المجلس التنفيذي، 67. (1980). الصحة للجميع بحلول سنة 2000 - استراتيجية عالمية. تقرير اللجنة المكلفة ببرنامج المجلس التنفيذي.

المنظمة العالمية للصحة. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/160524>

بالفقر وعدم المساواة ووقوفها عائقاً أمام تحقيق الحد الأدنى من مستويات الرفاهية لمعظم سكان العالم، فإن هذا الفشل في محاولة تحقيق الأهداف المطلوبة يدعو إلى الحاجة إلى إعادة العمل على الاستراتيجيات.

تقول آن-ماري مولان (Anne-Marie Moulin): "الحق في الصحة هو من الحقوق المنتمية إلى ما يعرف بالجيل الثاني لحقوق الإنسان نسبة إلى الحقوق المعلنة في عصر التنوير. وقد وقع إدراجه، تدريجياً في أغلب الدساتير إذ هو، على عكس ما سبقه من حقوق، يعتبر من صنف حقوق "الالتزام بفعل"، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بشروط تحقيق ملموسة، أي توفير رعاية مجسّدة في منظومة صحيّة. وتمثل المنظومات الصحية مجموعة واسعة من الأجهزة، غالباً ما توضع تحت إشراف الدول الحديثة التي اضطلعت، من بين مهامها، بمسؤولية ضمان الصحة العمومية"²⁴.

من الناحية المثالية، ينبغي أن يكون الحق في الرعاية الصحية متاحاً لجميع فئات السكان الذين يعيشون داخل مجال ترابي معين. أما بالنسبة لأعباء المنظومة المتزايدة حتمًا، فكان من المأمول أن تنخفض تناسباً مع القضاء على الأوبئة الكبرى والاندثار التدريجي للأمراض المعدية بفضل تطوّر الرّعاية الصحيّة الأساسية. كما مثّلت الصّحة أحد المحاور ذات الأولوية بالنسبة للمساعدة الإنسانية بحكم مقتضيات القانون ذاته. ولعلّه من المهم أن جزءاً كبيراً من المنظمات غير الحكومية، سواء كانت إسعافية أو تنموية، يُعلن عن أهداف صحية، ممّا يعني أنّ الحق في الصّحة قد احتلّ مكانة لا جدال فيها في المشهد السياسي والقانوني، إلى درجة أنّه طغى، لعشرين عاماً خلت، حتى على الحق في العمل الذي كان يعتبر على نفس الدرجة من الأهمية. في أواخر الثمانينيات، ومع تفشي وباء السيدا، أدرج الخطاب السياسي، ضمن أولوياته، الحدّ من التفاوت الصحي، في ارتباط شديد بين الصحة وحقوق الإنسان. وفي هذا المعنى، يعتبر جوناثان مان Jonathan Mann أن "الصحة العمومية لا ينبغي أن تقتصر على نوع واحد من

²⁴Anne Marie Moulin, «Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique», *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 31 octobre 2010, consulté le 04 mars 2021. URL: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/114> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.114>

الإجراءات: العلاقة بين الصحة العمومية وحقوق الإنسان²⁵، فاليوم، هناك أنواع أخرى من التدخل يمكن أن تحتل الصدارة مثل مواجهة الكوارث أو "الأمراض الناشئة" في عالم معولم²⁶.

أما فيما يتعلق بمدى الحق في الصحة، فيجب التمييز بين معايير الحق في الصحة بالمعنى الضيق والمعايير بالمعنى الواسع. والواقع أن البعد الأول يتوافق مع عدد من المعايير التي تؤكد على الجوانب العلاجية والاجتماعية للحق في الصحة. فالمادة 25، فقرة 1، من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تعترف بالحق في الرعاية الطبية والضمان الاجتماعي في حالة المرض أو العجز أو الشيخوخة. وتنص صكوك قانونية أخرى²⁷ على نفس المبدأ مؤكدة على مجانية الرعاية الطبية. وتهتمّ معايير أخرى بالجوانب الوقائية للحق في الصحة في شكل التزامات خصوصية موكلة إلى الدول التي تتعهد بتأمين التدابير الرامية إلى القضاء، قدر الإمكان، على أسباب اعتلال الصحة²⁸ وضمان، من بين أمور أخرى، الوقاية وعلاج الأمراض الوبائية، والمتوطنة، والمهنية وغيرها، كما تتعهد بمقاومة هذه الأمراض²⁹.

أما عن معايير الحق في الصحة بمعناها الواسع، فهي تُحيل على مفهوم أوسع للحق في الصحة لا يقتصر فقط، كما وضحنا سابقاً، على الاستفادة من الرعاية الطبية في حالة المرض أو على وجود نظام صحي عام يهدف إلى الوقاية من المرض والقضاء عليه بل يعني أيضاً حق العيش في ظروف اقتصادية لائقة. وتحديدًا، فإن الحق في الصحة بمعناه الواسع هو "الحق الأساسي لكل فرد في أن يكون في مأمن من الجوع"³⁰ ومن سوء

²⁵Jonathan Mann, « Préambule : santé publique et droits de l'Homme : quelle problématique ? », In *Santé publique et droits de l'Homme. Séminaire Dirigé par Jonathan Mann avec Sofia Gruskin et Dominique Bertrand*, Paris, 8 et 9 novembre 1996, p 15.

²⁶Richard Rottenburg, *Far-fetched Facts, A parable of development aid*, Boston, MIT Press, 2009, p XVI.

²⁷ إعلان التقدّم والتّمية في الميدان الاجتماعي، AG Res. 2542 (XXIV) Doc.off. 1969, art 10 d et art 19 a.

²⁸-الميثاق الاجتماعي الأوروبي، المادة 10.

²⁹- معاهدة الحقوق الاقتصادية، المادة 12، الفقرة 2؛ -الميثاق الاجتماعي الأوروبي، المادة 11، الفقرة 3.

³⁰- معاهدة الحقوق الاقتصادية، المادة 11، الفقرة 2.

التغذية³¹. وقد حرص الإعلان العالمي للقضاء الدائم على الجوع وسوء التغذية على إبراز الصلة القويّة بين الحق في الصحة والحق في الغذاء.

كما ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه "حق كل فرد في مستوى معيشي كافٍ له ولأسرته، يوفّر ما يفي بحاجتهم من الكساء والمأوى، وبحقّه في تحسين متواصل لظروفه المعيشية"³². وهو، علاوة على ذلك، الحق في التربية والتعليم³³. كما يمكن إدراج مجال آخر في نطاق الحق في الصحة ألا وهو "التربية البدنية والرياضة [اللتان] تساهمان في الحفاظ على الصحة وتحسينها"³⁴. كذلك الأمر بالنسبة للتعاون الثقافي الذي "يحسن ظروف حياة الإنسان الروحية ووجوده"³⁵. والأمثلة كثيرة على النصوص القانونية التي تقيم صلة ضمنية بين الإعلان عن الحق في الصحة وتحقيقه، مما يؤكد أن الحق في الصحة حق شامل يتمّ التمتع به دون أي تمييز، وفي حالة التمييز يتعيّن أن يكون تمييزاً إيجابياً تجاه فئات معينة من البشر (الأطفال، الأمهات، اللاجئين، المهاجرون، المهاجرون غير النظاميين).

في تونس، يكفل دستور 2014 في فصله 38 الحق في الصحة: "الصحة حقّ لكل إنسان. تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن، وتوفّر الإمكانيات الضرورية لضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية. تضمن الدولة العلاج المجاني لفاقد السند، ولذوي الدّخل المحدود. وتضمن الحقّ في التغطية الاجتماعية طبق ما ينظمه القانون". وفي تواصل مع التزامها بتكريس الحق في الصحة، صادقت تونس على العديد من الصكوك الدولية السابقة الذّكر، مثل "العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" في عام 1969، واعتماد أهداف التنمية المستدامة

³¹- إعلان 2542، المادة 10 ب.

³²- معاهدة الحقوق الاقتصادية، المادة 11، الفقرة 2.

³³- معاهدة الحقوق الاقتصادية، المادة 13، الميثاق الإفريقي، المادة 11، الفقرة 1.

³⁴- الميثاق الدولي للتربية البدنية والنشاط البدني والرياضة. وثيقة اليونسكو، 1975، المادة 2، الفقرة 2.2.

³⁵- إعلان مبادئ التعاون الثقافي الدولي، وثيقة اليونسكو، أعمال الجمعية العامة، مجلد 3، الدّورة 14، 1966، ص. 409، المادة 4، الفقرة



السبعة عشر التي صاغتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في سبتمبر 2015.36 ونكتفي، هنا، بذكر الهدف الثالث الذي ينصّ على "ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار".

II. الحق في الصحة في سياق جائحة كوفيد-19: ما هي أوجه الواقع؟

تسببت جائحة كوفيد-19، وهي أزمة صحية عالمية غير مسبوقة، في حدوث حالة طوارئ عالمية طالت جميع أبعاد الحياة البشرية، الاقتصادية منها والسياسية والاجتماعية وفي مجال الصحة العمومية على وجه الخصوص. ولمواجهة الطابع الاستثنائي للوضع والحفاظ على حياة المواطنين، لم يكن لدى البلدان في جميع أنحاء العالم من حلّ آخر سوى اتخاذ تدابير استثنائية تتراوح بين إغلاق حدودها وفرض حظر التجول لتصل إلى الحجر الصحيّ الشامل على قطاعات واسعة من السكان بهدف الحد من انتشار الفيروس. بيد أنّ تطبيق هذه التدابير حرم المواطنين من التمتع بحقوقهم بطريقة مباشرة مثل حرية التنقل، نتيجة إجبارية التباعد الاجتماعي. كما كان لهذه التدابير تأثير واضح وتراكمي على سبل العيش، والعمل، والتربية، والثقافة، والترفيه، والوصول إلى الرعاية الصحية بوجه خاص. وهو ما يحيلنا إلى المساس بالحق في الصحة في تعريفه الأشمل.

هكذا كشفت قراءة الأزمة الصحية الناجمة عن كوفيد-19 من منظور حقوق الإنسان عن حقائق مؤلمة على الميدان، لا سيما بالنسبة للفئات المهمشة والضعيفة من السكان. فمع انتشار فيروس سارس-كوف2 في جميع أرجاء العالم، بدأ أنّ التاريخ يعيد نفسه كما ذكرنا بذلك Didier Fassin "لقد بيّن المؤرخون ذلك في علاقة بالكوليرا عام 1830، وأكّده علماء الأوبئة بالنسبة للإنفلونزا الإسبانية لعام 1918 في شيكاغو، وللسيدا في بداية

³⁶- تقدّم منظمة الأمم المتّحدة الأهداف السبعة عشر للتنمية المستدامة كمقاربة مطلوب توخّها لبلوغ عالم أفضل وأكثر استدامة للجميع. وتستجيب هذه الأهداف إلى التحدّيات الزاهنة التي يجابهها العالم، لا سيّما المتصلة بالفقر، وعدم المساواة، والمناخ، والسّلم، والعدالة. وهي أهداف مطلوب تحقيقها في أفق 2030.

سنوات الـ2000 في جنوب إفريقيا. وبالنسبة لكوفيد-19، أظهرت التحاليل الأولى التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن خطر إصابة الأمريكيين من أصل أفريقي (الأفرو-أمريكان) بالعدوى يبلغ ضعف المعدل المفترض في علاقة بوزنهم الديموغرافي نسبة إلى عموم السكان، وأن هذا المعدل قد يصل إلى ثلاث مرات فيما يخص مخاطر الوفاة³⁷. ويضيف هذا العالم في الأنثروبولوجيا أن "الفكرة الشائعة بأن فيروس كورونا يصيبنا جميعاً دون استثناء، رجالاً ونساءً، صغاراً وكباراً، حضريين وريفيين، إطارات وعمال، أغنياء وفقراء، مفيدة بالتأكيد لتحفيز المجتمع بأكمله على الالتزام بالإجراءات الوقائية اللازمة... لكنها فكرة خاطئة للغاية، بل هي وهم خطير، لأنها تؤدي إلى العمی والعطالة حيث يجب أن يسود الوضوح والفعل. فاستحضارها أمر جيد تكتيكياً، لكنها استراتيجية سيئة"³⁸.

هذه الحقائق ذاتها أصبحت أثقل مع ظهور كوفيد-19 الذي ينضاف إلى أزمات اقتصادية أو اجتماعية أو أمنية سابقة له، ففاقم هشاشة الفئات الأكثر احتياجاً والتي تعاني، منذ ما قبل الجائحة، من عدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية. في الوقت ذاته، أبرزت الأزمة الصحية أوجه قصور صارخة في المنظومات الصحية. فقد أشار تقرير نشرته الأمم المتحدة³⁹ في أبريل 2020 إلى ثلاثة حقوق للإنسان، مرتبة حسب الأولوية، وتوجد على الخط الأول للجائحة.

ففي المقام الأول، يتعلّق الأمر بالحق في الحياة وحمايتها بالنظر إلى عدد الوفيات الناجمة عن فيروس كوفيد-19، والذي بلغ، حالياً، مليونين ونصف المليون في جميع أنحاء العالم. وفي تونس، تشير الأرقام التي قدمتها وزارة الصحة العمومية، في مارس 2021، إلى أكثر من مائتين وثلاثين ألف حالة إصابة مؤكدة.

ثانياً، الحق في الصحة والوصول على الرعاية الصحية كجزء لا يتجزأ من الحق في الحياة. فبالنسبة لجميع دول العالم، مثل كوفيد-19 اختباراً صعباً لأنظمتها الصحية وقدراتها على ضمان الحق في الصحة للجميع بغض النظر عن وضعهم الاقتصادي أو الاجتماعي. وفعلاً، فأزمة كوفيد-19 العالمية، لم تدفع، فقط، بالمنظومات الصحية إلى

³⁷Didier Fassin, *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie* : leçon inaugurale de la chaire Santé publique au Collège de France, 16 janvier 2020, publié 16 avril 2020. <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

³⁸المرجع ذاته

³⁹Covid-19 et droits humains : Réagissons ensemble ! Avril 2020,

https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19_et_droits_humains.pdf



آخر حدودها مهددة بخطر انهيارها، بل أظهرت أيضا أنّ جودة الخدمات الطبية أبعد ما تكون عن معايير الكرامة الإنسانية. فكشفت الوضع عن ثغرات في التخطيط وإدارة الأزمات الصحية. ويمكن أن نذكر هنا، من بين أشياء أخرى، بالوصول إلى الاختبارات، وإلى الرعاية الصحية المختصة بالنسبة للفئات المحرومة، والوصول إلى العناية المركزة عند الضرورة، وحاليًا، الحصول على اللقاحات المضادة للفيروس⁴⁰.

أما الحق الثالث فهو حرية التنقل التي تم تقييدها على أمل كسر سلسلة انتقال الفيروس. وبلغ هذا التقييد درجة فرض الحجر الشامل على السكان، وهو قرار لم يمرّ دون أن يخلف آثاره على دخل عدد من الفئات الاجتماعية وعلى وسائل عيشها ممّا أضربَ بظروفها المعيشية غير المستقرة بطبعها. وفي الحقيقة، استحقّ كوفيد-19 عن جدارة لقب "فيروس عدم المساواة" الذي منحه له "مهرجان اللايقينيّات"⁴¹ الذي تحتفل به البشرية جمعاء. بالنسبة إلى أنطونيو غوتيريش، الأمين العام للأمم المتحدة: "لقد وقعت مقارنة الجائحة بالتصوير بالأشعة الذي يكشف عن كسور في الهيكل العظمي للمجتمعات التي بنيناها. إنها تبرز المغالطات والأكاذيب التي نسلمها في كل مكان والتي تدّعي بأنّ التبادل الحرّ قادر على توفير الرعاية الصحية للجميع، [كما تبرز] التّصوّر الواهم القائل بأن العمل غير المأجور المتمثل في تقديم الرعاية الصحيّة للأخرين لا يعتبر وظيفة، والوهم القائل بأننا نعيش في مرحلة ما بعد-العالم العنصري، و[تعري] أسطورة القارب الواحد الذي يضمنا جميعًا. لأنه لئن كنا مبحرين جميعًا في نفس المياه، فمن الواضح أن البعض يركب يخوتًا ضخمة في حين يتشبّث البعض الآخر بحطام قوارب منجرفة"⁴².

فتشخيص هذه الأشعة السينية يكشف عن حقائق من حيث التفاوت الذي يجب أخذه بعين الاعتبار عند وضع الاستراتيجيات الممكنة في مواجهة الوباء. ولعلّ أوّل الحقائق التي تم الكشف عنها هي، دون شك، هشاشة المنظومات الصحية كنتيجة مباشرة لنقص التمويل في مجال الصحة العمومية مع سلّعة القطاع المتمثّل في تحويل

⁴⁰- ندّدت منظمة الصحة العالمية باحتكار عدد من الدّول الغنيّة للّقاح ونادت بواجب الإنصاف

<https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087832>

⁴¹Edgar Morin, *Un festival d'incertitudes*, Paris, Gallimard, Collection Tracts, Série Tracts de crise (n° 54), 21-04-2020.

⁴²- أنطونيو غوتيريش، مكافحة جائحة اللامساواة: من أجل عقد جديد لعصر جديد. كلمة الأمين العام للأمم المتحدة بمناسبة يوم نيلسون مانديلا العالمي، الأمم المتحدة، (2020).

خدمة صحية، عبر عملية متعددة الأوجه، إلى سلعة معيارية قابلة للتقييم من الناحية النقدية، خلافا لما كانت عليه الأمور. يقول Sébastien Franco⁴³ إنَّ السلعة ورؤيتها التعاقدية للرعاية الصحية يضيفان توتراً على تطلعات ومبادئ أعوان الصحة الذين يعتبرون توفير رعاية صحية لائقة وفعالة لكائن بشريّ هدفاً أساسياً، غير أنّ هذه السلعة تؤدي إلى نوع من الارتباط بين المهنيين الصحيين والمرضى مغايرة للعلاقة "مُعالج - مُعالج"، أي علاقة منزوعة الإنسانية، خالية من المعنى، تؤسس لتطبيب ذي سرعتين بعيداً عن كل شكل من أشكال المساواة والعدالة التوزيعية في مجال الصحة"⁴⁴.

الحقيقة الثانية المؤكدة كنتيجة مباشرة لجائحة كوفيد-19، هي التداعيات الهائلة لهذا الوباء على الحياة اليومية للسكان من ضعاف الحال، وعلى وسائل عيشهم تحديداً. يتفق جميع الفاعلين على أن الفيروس لا يميّز بين الأشخاص لكنّ عواقبه ليست كذلك إذ هي تتسبب في فجوة تمييزية مردّها الأساسي الاختلافات في منح الأولوية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية من قبل الدول ولا سيّما الحق في الصحة في تعريفه الأوسع كما أوردناه سابقاً، والذي ثبت أنه الضامن لتحسين القدرة على الصمود والمواجهة في أوقات الأزمات.

في تونس، كما هو الحال في أي مكان في العالم، يعيش جزء كبير من السكان أوضاع هشاشة كبيرة نتيجة قدرة شرائية مستنزفة بحكم تضخم الأسعار المرتفع، ونتيجة السياق الاقتصادي والسياسي غير المستقرّ أو المتدهور⁴⁵. يذكر حمّادي الرديسي⁴⁶، أنّه غداة الحجر الصحيّ، ازداد عدد المعطلين عن العمل بـ 150 ألف عاطل إضافي، مما رفع في معدّل البطالة من 15٪ إلى 18٪ وتسبب في ضمور النمو بنسبة 4٪.

⁴³Sébastien Franco, « Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé », *Gresca*, avril 2018.

⁴⁴Joseph Heath, « Les soins de santé comme marchandises », in *Ethique publique* « Ethique et allocation des ressources en santé », Vol 5 n° 1/2003.

⁴⁵Olfa Lamoum, *Tunisie. Une gestion sécuritaire du Covid-19 au détriment du droit à la santé*, 29 avril 2020, <https://orientxxi.info/magazine/tunisie-une-gestion-securitaire-du-covid-19-au-detriment-du-droit-a-la-sante,3839>

⁴⁶Olfa Lamoum, *Tunisie. Une gestion sécuritaire du Covid-19 au détriment du droit à la santé*, 29 avril 2020, <https://orientxxi.info/magazine/tunisie-une-gestion-securitaire-du-covid-19-au-detriment-du-droit-a-la-sante,3839>



وعلى صعيد آخر، أظهرت دراسة أجراها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي حول التداعيات الاقتصادية لـ كوفيد-19 في تونس⁴⁷، مع تركيز التحليل على هشاشة الأسر والشركات الصغيرة والصغرى، أن هشاشة الأسر التونسية قد ازدادت على نحو مضاعف من حيث الفقر التقدي والفقر متعدد الأبعاد استنادا إلى مؤشرات نقدية محتسبة انطلاقا من الإنفاق على الغذاء، والصحة، والتعليم. والنتيجة أنه "في غياب تدابير التخفيف من قبل الدولة، مرّ معدّل الفقر التقدي من 15.2٪ قبل جائحة كوفيد-19 إلى 19.2٪، ممّا تسبّب في تردّي حوالي 457.500 فردا إلى الفقر. ومن بين الفئات الأكثر تضرّرا من كوفيد-19 نجد فئات العمال وغيرهم من غير النشطين..."⁴⁸. تظهر الدراسة نفسها أنّ نسب الفقر متعدّد الأبعاد، سترتفع، في غياب برنامج اجتماعي ملائم، من 13.2٪ إلى 15.6٪ وأنّ النساء أكثر تضرّرا من الرجال"⁴⁹.



المنهلة (ولاية أريانة)، 30 مارس 2020. تجمّع عدد من الأهالي مستظهِرين ببطاقات التعريف أمام مقر المعتمدية للاحتجاج على الحجر الصحي والمطالبة بالمساعدة المالية التي وعدت بها الحكومة. فتحي بلعيد/وكالة الصحافة الفرنسية.

⁴⁷Impact économique du Covid-19 en Tunisie. Analyse en termes de vulnérabilité des ménages et des micros et petites entreprises.

[https://unctunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-1%3%A9conomie-tunisienne-2020%20\(2\).pdf](https://unctunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-1%3%A9conomie-tunisienne-2020%20(2).pdf)

⁴⁸*Ibid*, p 33.

⁴⁹*Ibid*, p 41.

لقد أدّى التّفاوت المتفاقم بسبب الجائحة إلى مظاهرات احتجاجية تعبيراً عن الغضب الاجتماعي إزاء تقصير السلطات العمومية في إدارة الأزمة في جميع أبعادها، إضافة إلى أن أزمة كوفيد-19 قد خلقت حلقة مفرغة في علاقة بعدم المساواة، فالتفاوت الاجتماعي المزمّن والموجود قبل الجائحة منح الفيروس فرصة للاستقرار والانتشار بين سكان أسفل السلم الاجتماعي حيث أصبحت التداعيات تقاس بالحياة والموت وبسبل العيش. ولعلّ المثال الأبرز على ذلك هو معتمدية الحامة بولاية قابس التي أعلنت في 2020 بؤرة وبائية أمام تصحّر صحيّ عانت منه العديد من المدن التونسية الأخرى بسبب عدم قدرة المواطنين على التمتع الفعلي بحقهم في الصحة. أمام هذا الوضع الوبائي الخطير، تعرض السكان المحليون للأذى في حياتهم اليومية التي تُنتظم، على صورة واقعهم المعيش، على وقع التفاوت الجهوي المتأصل بقوة.

في هذا الصدد، نشرت الجمعية التونسية للحق في الصحة (ATDDS) تقريراً في عام 2016، قيّمت فيه التفاوتات المتصلة بالحقّ في الصحة⁵⁰، وأظهرت أنّه، بالرغم من الإنجازات الهامة في مجال الصحة منذ الاستقلال، تعاني شرائح واسعة من التونسيين من صعوبات في الوصول إلى رعاية صحية عن قرب عالية الجودة ولا يتمتعون فعلياً بالحق في الصحة. ووفقاً للتقرير نفسه، فإن عدم المساواة يشمل المحددات الاجتماعية للصحة مثل الفقر، والبطالة، والسكن غير اللائق، والحرمان من الماء الصّالح للشرب وانعدام الصّرف الصحي. هذه اللامساواة تطال خاصّة الجهات الغربية والجنوبية، والنساء أكثر من الرجال. ويتعلّق النوع الثاني من عدم المساواة بعدم الانتظام في تقديم الرعاية الصحية حيث تظلّ متباينة وغير متساوية رغم حجم المجال الترابي. وفي هذا الصدد، يتبيّن من تقرير نشره البنك الأفريقي للتنمية عام 2014 أن ثلاث ولايات تنتمي إلى المجموعة الأكثر حظاً، وهي تونس، وسوسة، والمنستير في حين أن ولايات جندوبة، والقيروان، والقصرين، وسيدي بوزيد، هي الأكثر حرماناً، في حين تعاني باقي الولايات من عجز متفاوت الأهمية حسب طبيعة الموارد المتوقّرة لها⁵¹.

⁵⁰- تقرير عن الحقّ في الصحة في تونس. أكتوبر 2016. <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>

⁵¹- La Banque africaine de développement, Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ?, in Notes économiques, 2014.

في تونس من مشكلة صارخة بخصوص توقّر الأدوية الأساسية، وهو وضع يعود إلى الغياب المزودج لسياسة فاعلة لترشيد استخدام الأدوية وغياب لائحة محيّنة وفقاً لمعايير إدارة المخزون الوطني من الأدوية الأساسية. ومثال ذلك، نفاذ لقاح الأنفلونزا الموسمية في الربع الأخير من عام 2020 وأكثر من 500 دواء آخر خاص، في حالات عديدة، بالأمراض المزمنة. فالحق في الرعاية الصحية يجب أن يُوفّر في إطار يصون الكرامة ويضمن الجودة، وهو ما لا تمنحه الصحة العمومية في تونس حيث يطالب جميع الفاعلين المتدخلين في هذا القطاع بظروف ممارسة طبية أفضل. في الواقع، إنّ "مسلك الرعاية الصحية يعطي الشّعور بأنه محنة لا تطاق، لا سيما للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة في الجهات الغربية والجنوبية، نتيجة التّنقلات الطويلة، والمكلفة، والمتكررة. فالمواعيد المتحصّل عليها غير مؤكدة عند القدوم إلى المرافق الصحية أين يشعر المرضى بالضيق التام دون مساعدة أحد المعارف".

والحقيقة الثالثة التي تسببت في نزيف حقيقي في النظام الصحي التونسي هي هروب الأطباء التونسيين إلى الخارج وخاصة إلى فرنسا.

معدّل هجرة أطباء الاختصاص القادمين من المنطقة المغاربية إلى فرنسا، سنة 2014

الاختصاص	الجزائر	المغرب	تونس
طبّ عامّ	4%	3%	1%
التخدير والعناية المركّزة	13%	23%	24%
علم النّفس التحليلي	30%	19%	12%
الكشف بالأشعّة	16%	10%	10%
طبّ النّساء والتّوليد	3%	6%	3%
طبّ العيون	13%	4%	3%

المصدر: إحصائيات أجراها كلّ من موزات، وعبد اللاوي، وزهناتي (2016) استناداً إلى بيانات وقّرتها العمادة الوطنية للأطباء.

عدد الأطباء النشيطين في البلدان المغاربية وعدد الأطباء أصيلي هذه البلدان والمقيمين في فرنسا سنة 2012

تونس	المغرب	الجزائر	
13 640	19 770	48 184	عدد الأطباء النشيطين في البلدان المغاربية
3 846	6 230	14 847	عدد الأطباء المولودين في هذه البلدان والمقيمين في فرنسا
22%	24%	24%	نسبة الهجرة

المصدر: إحصائيات أجراها كلٌّ من موزات، وعبد اللّوي، وزهناتي (2016) استنادا إلى بيانات وقّرتها وزارات الصحة في البلدان الثلاثة. المعهد الوطني للإحصائيات والدراسات والعمادة الوطنية للأطباء.

إن ارتفاع معدلات هجرة الأطباء ظاهرة مضرّة ببلدان المنشأ وخاصة تونس. فإذا لم يتوقف النزيف، فإن الخدمات الصحية في تونس قادمة على مخاطر جسيمة في غضون سنوات قليلة تتمثل في نقص الأطباء الأكفاء. فهجرة أطبائنا إلى فرنسا ودول أجنبية أخرى تسبّب، من ناحية، في إهدار رأس المال البشري الكفاء، وتؤثر، من ناحية أخرى وعلى نحو مباشر، على جودة الخدمات الصحية، وتعيق الجهود الوطنية الهادفة إلى وقف التصحّر الطبي. يقول محمد كوني: "حتى في صورة ما انجرّ عن هجرة الأطباء أثر إيجابي على تحفيز التعليم الطبي وعلى الدخل في بلدان المغرب العربي، ففي مكاسب خام لا يمكنها تعويض الخسارة الناجمة عن الهجرة"⁵²، ففي هذا الزّمن الذي سادت فيه الجائحة، تبيّنت الحاجة الماسّة إلى المهارات الطبية مما دفع بوزير الصحة التونسي، في نوفمبر 2020، إلى طلب المساعدة من الأطباء العاملين في الخارج في مجال مكافحة فيروس كورونا. والمقدّر عددهم بحوالي 3000 طبيب.

III. الحق في الصحة وما بعد كوفيد 19: أي آفاق؟

لقد بيّنت جائحة كوفيد-19، بوضوح، أنه ينبغي عدم اعتبار الصحة كلفة بل النّظر إليها كاستثمار. هكذا، أدّى كوفيد-19 إلى إعادة تعريف، فريد من حيث المدى والسرعة، لتراتبية أولويات المجتمع. وحيثما كانت السيطرة على النفقات هي الأولوية،

⁵²Mohamed Kouni, « Fuite des médecins dans les pays du Maghreb central : raisons et impacts », in AFKAR/IDEEES, printemps 2019, pp 52-54.

أصبح الفعل من هنا فصاعداً، ضرورياً "مهما كان الثمن". ولقد تغيرت صورة المستشفى العمومي من بؤرة تكلفة وسوء إنتاجية إلى صورة مكان تُنقذ فيه الأرواح يوميا. فجميع حسابات الاقتصاد تسقط أمام الحفاظ على حياة الإنسان. وفعلا، فإنّ الفيروس قد أبرز ما يهيم الناس حقاً وما يثمنونه أكثر في الحياة الاجتماعية، واكتسبت بعض المهن شرفا كبيرا طال الطاقم الطبي، وسائقي النقل العمومي، وأعاون المساحات التجارية الكبرى.

وعلى أمل نهاية قريبة للجائحة بفضل إطلاق حملات التلقيح في جميع أنحاء العالم، سيكون من غير المقبول العودة إلى مجتمع اللامساواة لما قبل الأزمة. تقول الكاتبة Arundhati Roy: "على مرّ التاريخ، أجبرت الأوبئة البشر على القطع مع الماضي وإعادة ابتكار عالمهم. وهنا، لا تختلف الجائحة عمّا سبقها من أوبئة. إنها بوابة بين عالم الأمس وعالم الغد. وبإمكاننا أن نختار تجاوز العتبة ونحن نجرّ وراءنا بقايا أفكارنا المسبقة، وكراهيتنا، وجشعنا، وبنوك بياناتنا، وأفكارنا البالية، وأنهارنا الميتة، وسماواتنا المُشبعة دخاناً، كما بإمكاننا أن نتخطى هذه العتبة بخفيف الخطو، وبحدّ أدنى من الأمتعة، مستعدين/ات لتخيّل عالم آخر، مستعدين/ات للنضال من أجله"⁵³. وفي نفس السياق وضع مؤخراً Klaus Schwab، الرئيس التنفيذي للمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظم منتدى دافوس، الأيديولوجية النيوليبرالية محلّ تساؤل، قائلاً إن الوقت قد حان "للتخلي عن الليبرالية الجديدة في زمن ما بعد الكوفيد"⁵⁴. وأشارت صحيفة فاينانشيال تايمز إلى الحاجة إلى إصلاحات جذريّة "لعكس التوجّهات السياسية المهيمنة خلال الأربعين عامًا الماضية"⁵⁵، داعيةً في نفس الوقت إلى إعادة توزيع الدخل الأساسي والضرية على المستقبل.

ولولا الجائحة، لكان من المستحيل التفكير في تقديم مثل هذه الحجج وحشد

الدعم الكامل لمثل هذه الأطروحات.

⁵³Mohamed Kouni, « Fuite des médecins dans les pays du Maghreb central : raisons et impacts », in AFKAR/IDEES, printemps 2019, pp 52-54.

⁵⁴Arundhati Roy, « The pandemic is a portal », in *Financial Times*, 2020.

⁵⁵Financial Times, *Virus lays bare the frailty of the social contract*, 2020.

<https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca>

ولعلّ السؤال المطروح الآن أمام هذا الوعي هو "كيف نعيد بناء ما بعد كوفيد - 19 من أجل ضمان الحق في الصحة للجميع، في تعريفه الأشمل؟" إن اعتبار الصحة أولوية الأولويات يتطلّب مقاومة الفقر، ومكافحة التصحّر الطّبي، والتخفيف من اكتظاظ أقسام الطّب الاستعجالي، ودعم حملات الوقاية. لكن كيف السبيل إلى ذلك؟

يتمّ ذلك، في الأساس، بإعادة تنظيم التراتبية ضمن آليات الأنظمة الصحية وبروتوكولات عملها. وهو ما يفترض إعادة المريض إلى قلب المنظومة، والتخلي عن سياسة سلعة الصحة، ووقف سباق مردودية المؤسسات الاستشفائية. فقد ثبت أن التفكير بمنطق الضغط على الميزانية وليس بمنطق الصحة العمومية من شأنه أن يحدّ من المرونة اللازمة لمواجهة الأزمة الصحية. ومع وباء كوفيد-19، فإن التغيير الذي يجب القيام به هو تبني طريقة في إدارة المستشفيات تستجيب إلى الحاجيات، وليس في ارتباط بالميزانية.

وعلى صعيد آخر، فإنّ هذا التغيير سيؤدي إلى استعادة قطاع الصحة العمومية لمعناه الحقيقي. لقد تمكّن فعلاً قطاع الصحة العمومية من إعادة الصلة بثوابته الأساسية في توفير الرعاية الصحية، والاستشفاء، ومساعدة المرضى، بعيداً عن الثقافة التجارية للقطاع الصحي الخاص.

إنّ الاستثمار في الصحة يعني أيضاً الاستثمار في المسالك الاستراتيجية لهذا القطاع مثل مسالك المعدات الوقائية ضد الأوبئة تجنّباً لتكرار أزمة الأقنعة التي عشناها على المستويين الدولي والوطني في بداية الجائحة.

ومن جهة أخرى، ينبغي إعادة تنظيم الرعاية الصحية للخطّ الأول لتلبية احتياجات السكان على نحو أفضل والشروع في تفكير حقيقي في دور الدولة وحجمه، ذلك الدور الذي يكتسب أهمية خاصة عند اندلاع وباء فيضع المنظومة الصحية العمومية أمام رهان الكفاءة والقدرة على إدارة الحالات القصوى لفائدة جميع المواطنين.

الخاتمة

لقد كشفت جائحة فيروس كورونا عن الفوارق في الثروة على أساس النوع الاجتماعي وزادت من حدتها. كما عزت المشاكل المرتبطة بنظامنا الاقتصادي العالمي الفاشل وبأشكال أخرى من الاضطهاد الهيكلي الذي يحكم على الفقراء، والنساء، وسكان الأرياف والقوى العاملة غير الرسمية في كل مكان بالكفاح من أجل البقاء. لقد لقنت الأزمة الصحية درسًا للإنسانية مفاده ضرورة "تفكيك" هذا العالم المتوحش وغير المتكافئ وغير المستدام لما قبل أزمة فيروس كورونا، وخلق عالم يضم أصواتًا متنوعة ومتعددة، على نحو جماعي، في ظلّ احترام مبادئ الديمقراطية وحقوق الإنسان.

وسيكون الهدف حينها، بعد التغلب على هذه الأزمة والسيطرة على فيروس كورونا، أن ينخرط المجتمع الدولي وحكومات مختلف البلدان ويلتزمون بضمان الحق في الصحة وتحقيق الهدف الثالث للتنمية المستدامة، ولا سيما أهداف التغطية الصحية الشاملة، ودعم قدرات جميع البلدان في مجال الإنذار المبكر، والحد من المخاطر، وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية. وسيكون موكولاً لها مهمة مكافحة عدم المساواة والتمييز الذي جعل فئات اجتماعية معينة أكثر عرضة للمرض، وللتداعيات الاقتصادية والاجتماعية الناجمة عن تدابير التصدي للجوائح.

المراجع والبيبلوغرافيا

مؤلفات ومقالات

- Didier Fassin, *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie* : leçon inaugurale de la chaire Santé publique au Collège de France, 16 janvier 2020, publié 16 avril 2020
- Sébastien Franco, « Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé », in *Gresca*, avril 2018.
- Joseph Heath, « Les soins de santé comme marchandises », in *Ethique publique* « Ethique et allocation des ressources en santé », Vol 5 n° 1/2003.
- Mohamed Kouni, « Fuite des médecins dans les pays du Maghreb central : raisons et impacts », in *AFKAR/IDEES*, printemps 2019, pp 52-54.
- Jonathan Mann, « Préambule : santé publique et droits de l'Homme : quelle problématique ? », In *Santé publique et droits de l'Homme*. Séminaire Dirigé par Jonathan Mann avec Sofia Gruskin et Dominique Bertrand, Paris, 8 et 9 novembre 1996, p 15.
- Edgar Morin, *Un festival d'incertitudes*, Paris, Gallimard, Collection Tracts, Série Tracts de crise (n° 54), 21-04-2020.
- Anne Marie Moulin, « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique », in *Anthropologie & Santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 31 octobre 2010.
- Hamadi Redissi, « La Tunisie face au 19-كوفيد: Penser ensemble, agir de concert », in *The Corona Crisis in Light of the Law-as-Culture Paradigm*
- Richard Rottenburg, *Far-fetched Facts, A parable of development aid*, Boston, MIT Press, 2009, p XVI

تقارير ودراسات

- Les rendez-vous régionaux de la santé. Dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé, 2014. <http://www.hiwarsaha.tn/upload/1554125796.pdf>
- La Banque africaine de développement, Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ?, in Notes économiques,

2014. <https://www.afdb.org/fr/documents/document/economic-brief-what-policies-should-be-implemented-to-address-inequalities-in-health-care-in-tunisia-47689>

- Rapport sur le droit à la santé en Tunisie, Octobre 2016. <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>
- Impact économique du 19-كوفيد en Tunisie. Analyse en termes de vulnérabilité des ménages et des micros et petites entreprises. [https://unctunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-l%C3%A9conomie-tunisienne-2020%20\(2\).pdf](https://unctunis.org.tn/Users/UNIC%20Tunis/Downloads/UNDP-TN-Impact-covid-sur-l%C3%A9conomie-tunisienne-2020%20(2).pdf)
- 19-كوفيد et droits humains : Réagissons ensemble ! Avril 2020, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/covid-19_et_droits_humains.pdf

مقالات الألكترونية

- Olfa Lamloum, Tunisie. Une gestion sécuritaire du 19-كوفيد au détriment du droit à la santé, 29 avril 2020, <https://orientxxi.info/magazine/tunisie-une-gestion-securitaire-du-covid-19-au-detriment-du-droit-a-la-sante,3839>
- Arundhti Roy, « The pandemic is a portal », in Financial Times, 2020. <https://www.ft.com/content/10d8f5e874eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>
- Financial Times, Virus lays bare the frailty of the social contract, 2020. <https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca>
- Klaus Schwab, We must move on from neoliberalism in the post-COVID era. Forum économique mondial.

<https://www.weforum.org/agenda/2020/10/coronavirus-covid19recovery-capitalism-environment-economics-equality/>

- 19-كوفيد: l'OMS fustige l'accaparement du vaccin par certains pays riches et prône le devoir d'équité

<https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087832>

- <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690419/masques-canada-chine-quebec-avion-detournees>