المفاوضات في العمل الإنساني

المفاوضات في العمل الإنساني

تجربة منظمة أطباء بلا حدود

تحت إشراف
كلير ماغون، وميكائيل نيومان، وفابريس وايسمان

MEDECINS SANS FRONTIERES
أطبـاء بـلا حـدود

دار العلم للملايين

دار العلم للملايين

شارع مار الياس ـ بناية متكو ـ الطابق الثاني
هاتف : 306666 1 (961) + ـ فاكس : 701657 1 (961) +
ص.ب. : 1085 ـ 11 بيروت 8402 2045 ـ لبنان
internet site: www.malayin.com
e-mail: info@malayin.com

الطبعة الأولى 2012

جميع الحقوق محفوظة لمنظمة أطباء بلا حدود: لا يجوز نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب في أي شكل من الأشكال أو بأية وسيلة من الوسائل التصويرية أم الإلكترونية أم الميكانيكية، بما في ذلك النسخ الفوتوغرافي والتسجيل على أشرطة أو سواها وحفظ المعلومات واسترجاعها دون إذن خطي من منظمة أطباء بلا حدود.

طباعة: dots

الطبعة العربية
دار العلم للملايين
© منظمة أطباء بلا حدود
جميع الحقوق محفوظة

الطبعة الأصلية في الفرنسية :

Agir à tout prix? Négociations humanitaires: l'expérience de Médecins Sans Frontières. Sous la direction de Claire Magone, Michaël Neuman et Fabrice Weissman. © Éditions La Découverte, Paris, 2011

الخرائط الأصلية: © أميلي كيتوف

إصدارات أخرى لمنظمة أطباء بلا حدود باللغة العربية

"القاموس العملي للقانون الإنساني"، فرانسواز بوشيه سولنييه، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 2005.

"في ظل حروب 'عادلة': العنف والسياسة والعمل الإنساني"، تحرير فابريس وايسمان، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، 2006.

"العمل الإنساني"، روني برومان، فلاماريون، 2005.

"في عيون الآخرين: تصورات عن العمل الإنساني ومنظمة أطباء بلا حدود"، إعداد كارولين أبو سعدى، منظمة أطباء بلا حدود، الإمارات العربية المتحدة، 2011.

شكر وتقدير

الطبعة الأصلية

هـذا الكتـاب هو عمـل جماعـي. لقد بذل كل مـن مارك لوبـاب وكلوديـن فيدال، إلى جانـب زملائنـا العاملـين والمتدربين في مركـز الفكر في الأعمـال والمعرفة الإنسـانية (CRASH)، التابـع لمنظمة أطباء بلا حدود، جهـداً كبيراً في إنجاز هذا المشروع، حيث قدموا مسـاهمات عظيمة في إنجاز هذا الكتـاب. وأخيراً، ما كان لهذا المؤلف أن يرى النور لولا مسـاهمة المسـؤولين الميدانيين ومسؤولي مختلف مكاتب منظمة أطباء بلا حدود في العالم.

نتقدم بفائق الشكر والتقدير إليهم على مساهماتهم القيمة في إنجاز هذا الكتاب.
باريس، يوليو/تموز 2011

الطبعة العربية

يـود المكتب الإقليمي لمنظمة أطباء بلا حدود في دولة الإمارات العربية المتحدة أن يتوجه بالشـكر الجزيل إلى كل من سـاهم في انجاز هذا العمل من ترجمة للغة العربية وتحرير ومراجعة وتدقيق لغوي وتصميم وطباعة.

ونخصـ بالشكـر الجزيل شركـة Comma9 للترجمـة على دعمهـا الكامل لإتمام ترجمـة وتحريـر هذا الكتـاب. الشكـر للمترجم والمحـرر الرئيسـي للكتاب، معين الإمام، على جهوده الاستثنائية في هذا العمل.

الشكر كذلك للمترجمين: برونو البرمكي، ومنير البغدادي، وخالد فايز؛ وللمحررين: نبيل صبيح ومحمد رمضان؛ وسوزان برادول للمراجعة.

الشكـر الجزيل لهالـة ريدان وجيسيـكا موسان–زاكي على المجهـود الاستثنائي والتفاني في المراجعة والتدقيق اللغوي والمتابعة.

كمـا نتوجـه بالشكـر إلى مصطفى قنديـل من وكالـة إنبرس للدعايـة والإعلان، لدعمـه هذا العمل وجهـوده في تصميم وتنفيـذ الطبعة العربيـة. ونخص بالشكر حسن جمعة، وخلود حسن، ونضال ثامر علي لإخراجه الفني لهذا الكتاب.

كمـا نتوجـه بـالشكـر إلى أسرة دار العلـم للملايين ونخص بـالذكـر كلاً من سعاد حمدان واسامة فواز وبسام عرفة لما بذلوه من جهد مشكور وتفان في العمل.

الشكر كذلك لرامي توما لتصميمه الخرائط واقتراحاته البناءة.

لهـؤلاء جميعاً، والذيـن لولا جهودهـم الاستثنائية وتفانيهـم في العمل لما كان لهذه النسخة العربية أن ترى النور، لهم الشكر الجزيل.

المحتويات

الكُتاب المشاركون xi

مقدمة: العمل الإنساني مهما كلّف الثمن؟
بقلم ماري بيير آلييه 1

الجزء الأول: قصص من الميدان

سري لانكا: في خضم الحرب الشاملة بقلم فابريس وايسمان 17

إثيوبيا: لعبة العبث في أوغادين بقلم لورانس بينيه 43

اليمن: المهادنة بقلم ميشال أوليفييه لاشاريتيه 51

أفغانستان: التفاوض للعودة زافييه كرومبيه مع ميشيل هوفمان 61

باكستان: الوجه الآخر لمكافحة التمرد بقلم جوناثان ويتال 85

الصومال: كل شيء قابل للتفاوض مقابلة مع بونوا لودوك أجراها ميكائيل نيومان 95

قطاع غزة: المعادلة الصعبة بقلم كارولين أبو سعدى 117

ميانمار: "لعب الغولف مع الجنرالات" بقلم فيونا تيري 133

نيجيريا: العلاقات (الصحية) العامة بقلم كلير ماغون 161

المحتويات

الهند: الخبير والناشط بقلم ستيفان دويون 185

جنوب أفريقيا: منظمة أطباء بلا حدود، أهي منظمة غير حكومية أفريقية؟ بقلم ميكائيل نيومان 207

فرنسا: رعاية "غير المرغوب فيهم" بقلم ميكائيل نيومان 217

الجزء الثاني: سرد تاريخي

التزموا الصمت... وعالجوا. من الحرب الباردة إلى الحرب على الإرهاب – منظمة أطباء بلا حدود تتحدث علانية: تاريخ موجز بقلم فابريس وايسمان 225

رعاية الصحة بقلم جان هيرفي برادول 255

الكوارث الطبيعية: "افعلوا شيئاً!" مقابلة مع روني برومان أجرتها كلودين فيدال 281

خاتمة: تحت وطأة الحالة الطارئة. كيف تكيف منظمة أطباء بلا حدود خياراتها وتبررها بقلم مارك لوباب 303

الكُتّاب المشاركون

كارولين أبو سعدى، منسقة وحدة الفكر في الفرع السويسري لمنظمة أطباء بلا حدود.

ماري بيير آلييه، طبيبة، رئيسة الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود.

جان هيرفي برادول، طبيب، مدير دراسات في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود. وهو رئيس سابق للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود (2000–2008).

روني برومان، طبيب، مدير دراسات في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود. وهو رئيس سابق للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود (1982–1994).

لورانس بينيه، مديرة دراسات في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود.

فيونا تيري، باحثة مستقلة، مديرة دراسات سابقة في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود.

ستيفان دويون، مسؤول التغذية في حملة منظمة أطباء بلا حدود لتوفير الأدوية الأساسية.

كلودين فيدال، عالمة اجتماع، مجموعة علم الاجتماع السياسي والأخلاقي، مدرسة الدراسات العليا في العلوم الاجتماعية.

الكُتّاب المشاركون

زافييــه كرومبيــه، مدرس في معهد الدارســات السياسيــة في باريس. عمل سابقــاً رئيساً لبعثة منظمة أطباء بــلا حدود في أفغانستان (2002–2003)، ثم مدير دراسات بمركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود (2005–2008).

ميشال أوليفييه لاشاريتيه، مسؤول برامج في منظمة أطباء بلا حدود.

مارك لوباب، عالم اجتماع وعضو سابق في المجلس الإداري للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود (1998–2008).

بونــوا لــودوك، مسـؤول برامج سابق في منظمــة أطباء بلا حـدود (2007–2010).

كلــير ماغون، مدير دراسات في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود.

ميكائيــل نيومــان، مديــر دراســات في مركــز الفكــر في المعرفــة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود.

ميشيــل هوفمان، رئيس سابق لبعثة منظمة أطباء بلا حدود في أفغانستان (2009–2011).

فابريــس وايسمــان، مديــر دراســات في مركــز الفكر في المعرفــة والأعمال الإنسانية التابع لمنظمة أطباء بلا حدود.

جوناثــان ويتــال، مسؤول الشـؤون الإنسانية في منظمة أطبــاء بلا حدود، جنوب أفريقيا.

مقدمة

العمل الإنساني مهما كلّف الثمن؟

بقلم ماري بيير آلييه
رئيسة الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود

في الفترة الواقعة بين عامي 2004 و 2008، قُتل تسعة أفراد من منظمة أطباء بلا حدود أثناء مزاولتهم مهماتهم في أفغانستان وجمهورية أفريقيا الوسطى والصومال. وفي عامي 2008 و 2009، اضطرت عدة فروع[1] من منظمة أطباء بلا حدود إلى مغادرة النيجر وشمال السودان بعد أن علقت السلطات أنشطتها أو صدر قرار بطردها. وفي سري لانكا، حيث هُددت المنظمة بالطرد، وقّعت عام 2009 مذكرة تفاهم تفرض عليها التزام الصمت، وبالرغم من ذلك لم تتمكن من دخول المناطق التي تجري فيها المعارك. وفي اليمن، في يناير/كانون الثاني 2010، أُجبرت المنظمة على نفي تصريحات اعتبرتها الحكومة غير صحيحة ومحرجة لكي تتمكن من مواصلة أنشطتها داخل البلاد.

فهل نستشف من هذه الأحداث أن "مساحة العمل الإنساني" بدأت بالتقلص، حسب ما يؤكده العديد من المهتمين والمراقبين في مجال العمل الإنساني في السنوات الأخيرة؟ بالفعل، أجمعت المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة والأطراف المانحة على التنديد لـ

1 تتكون منظمة أطباء بلا حدود الدولية من 19 فرعاً، تشرف عليها مجالس الإدارة، وتنضوي تحت خمس مجموعات مسؤولة عن العمليات تتخذ مقاراً لها في كل من فرنسا وبلجيكا وهولندا وسويسرا وإسبانيا.

"النزعــة المتزايدة نحو إغلاق الأبواب أمام العاملين في المجال الإنساني ومنعهم من مدّ يد العون إلى الضحايا".[2] وفي هذا تناقض صارخ مع ما سُمـي بـ"عصر ذهبي" كان فيـه العاملون في المجـال الإنساني يحتلون "مكانــة خاصة علــى رقعة السياســة الدولية، داخل حيّــز تفضيلي، وفي منــأى عن الاعتبــارات الجيوستراتيجية والسياسيــة للحكومات".[3] ومنذ ذلك الحين، بدأ هذا الحيز يتقلص ويتآكّل، حسب ما أوردته وكالات الأمم المتحـدة، بسبـب "التداخـل في أدوار المؤسســات العسكريــة والإنسانية، والاستغـلال السياسي للمساعـدات الإنسانيــة، والإدراك السائد بافتقار العاملـين في المجال الإنســاني إلى الاستقلالية عن الأطـراف المانحة أو الحكومات المضيفة".[4]

ومنـذ نهايــة التسعينيات، بـدأت منظمة أطباء بلا حـدود تدين بشدة متزايـدة الضرر الناجم عما أسمتــه "إبهام الخطوط الفاصلة"، الذي تفاقم مــع انبعاث النزعــة الغربيــة للتدخل العسكـري بعد أحـداث الحادي عشر مــن سبتمبر/أيلــول، وتطور نظام العدالــة الجنائية الدوليــة، ودمج نظام المساعـدات الإنسانيــة في الإستراتيجيــات السياسيــة الخاصــة بــالأمم المتحـدة. ومــع اقـتران أنشطـة المنظمات غـير الحكومية الآن مــع أشكال التدخل العسكـري والقضائي والسياسي، ستواجه هـذه المنظمات، ومنها منظمة أطباء بلا حدود، عداءً متزايداً في البلدان النامية. فإنها ستواجه على مــا يبدو التوكيد على السيادة من جانـب دول ما بعد الحقبة الاستعمارية المستفيدة من الدعم الدبلوماسي والاقتصادي للقوى الصاعدة.

لا يهـدف هذا الكتــاب إلى إنكار عواقـب استغلال الأطـراف المتحـاربة لبلاغــة الخطاب الإنساني المنمـق، ولا حقيقة أن منظمــات الإغاثة الغربية تواجــه صعوبــات محددة في البلـدان التي تنتشـر فيها قـوات دولية. لكنه يناقش تأثير هـذه البيئة علــى العمليــات الإنسانية، وإن استمـر النمو في حجمها على الصعيد العالمي. فبين عامي 1988 و 2008، تضاعفت ميزانية

2 Echo, "The humanitarian space under pressure", http://ec.europa.eu.

3 "L'espace humanitaire en danger", Université d'automne de l'humanitaire, 4th édition. 28–30 Sept. 2006: proceedings.

4 ذكِر في:
"Humanitarian action under siege", OCHA, 18 Aug. 2009.

المساعـدات الإنسانيــة أكـثر مــن عشر مرات لتبلـغ 11,2 مليــار دولار.[5] بل ارتفعت ميزانيات الإنفاق المعنية بعمليات منظمة أطباء بلا حدود من 260 مليون يورو سنة 2001 إلى 634 مليون يورو سنة 2010، بما في ذلك ميزانيتا النيجر ودارفور في السودان حيث تنفذ المنظمة اثنتين من أكبر المهمات في تاريخهـا. فضلاً عن ذلك، فإن استحضار "عصر ذهبي" تمكن فيه العاملون في المجـال الإنسـاني مـن تحقيـق طموحاتهـم وآمالهـم دون قيـود، يعني التقليـل من شأن الصعوبات الحقيقية التي واجهتهم أثناء عمليات الترحيل القسـري في إثيوبيا في الثمانينيات، أو المجازر في يوغسلافيا السابقة في التسعينيات، أو عمليات الإبادة الجماعية في رواندا.

وخلافـاً لنظرية "تقلص المساحة الإنسانيـة"، التي تعفي الفاعلين في مجـال المساعـدات الإنسانيـة مـن أي مسؤولية على اقتحـام مجال عملهم والدفـاع عنـه، لا توجـد حـدود قانونية للعمـل الإنساني تصلـح لكل زمان ومـكان، وتصبح مرئية بـكل وضوح لحظة انقشاع الضبـاب وزوال "الخلط بين العسكري والإنساني"، وبمجرد حماية العاملين في المجال الإنساني من العواقـب والتبعات السياسية. في المقابل، هناك مساحة للتفاوض وصراع قـوة ونـزاع مصالح بين العاملـين في المجال الإنسـاني والسلطات. فحرية العمـل التي تملكها منظمة أطباء بلا حدود ليسـت متجذرة في "مساحة من السيـادة" القانونيـة والأخلاقية، لا تحتاج سـوى إلى الإعلان عنها لتحظي بـالاعـتراف والاحترام تلقائيـاً. بل هي نتاج عملية متكـررة من التعاملات والصفقـات مـع القوى السياسيـة والعسكرية المحلية والدوليـة. كما يعتمد نطـاق حرية العمـل غالبـاً على طموحـات المنظمـة، والدعـم الدبلوماسي والسياسي الذي يمكن أن تستند إليه، والمصالح التي تجنيها القوى الحاكمة من الأنشطة التي تقوم بها المنظمة.

يتبـع هذا الكتاب خطـى سلسلة من الدراسات باسـم "شعوب في خطر" التـي أطلقتهـا منظمة أطباء بلا حدود تحـت إدارة فرانسوا جان سنة 1992، ويستمـد إلهامه من النقاشات التي دارت داخل المنظمة حول تطوّر مساحة حريـة العمـل. وبعد مـرور ثمان سنـوات على إصدار كتـاب "في ظل حروب

5 Don Hubert, Cynthia Brassard Boudreau, “Shrinking humanitarian space? Trends and prospects on security and access”, *The Journal of Humanitarian Assistance*, 24 Nov. 2010.

'عادلة'"[6]، يستقصي الكتاب المبدأ القائل إن الاستغلال السياسي للمساعدات الإنسانية لا يُعد سوء استخدام لوظيفتها، بل هو شرط أساسي لوجودها. وفي هـذه الحالة، كيف يمكن لمنظمة أطبـاء بلا حدود التأكد من أن المفاوضات التـي تجريهـا سوف تـؤدي إلى اتفـاق مقبول يمكنهـا التعايش معه؟ لأن الاعـتراف بـأن المساعـدات الإنسانية ممكنة فقط حـين تتزامن مع مصالح القوى المؤثرة، يجب ألا يعني الخضوع لهذه القوى السياسية. إننا لا نتطلع إلى استبـدال المدرسة الفكريـة التي ترى في مبادئ المساعـدات الإنسانية: الاستقلاليـة والحياد وعدم التحيز، مفتاحـاً سحرياً للمساحة الإنسانية مع موقـف مفرط في البراغماتية. ولا أن نحول التأقلم مع الظروف السائدة إلى شعار متكرر ومنهج عمل.

ولكـن، كيف يمكننا الحكم على أن تسوية ما مقبولة أم مرفوضة؟ يبدو لنا أنه من الأنسب تفحص هذا السؤال في ضوء تجارب التفاوض الملموسة التـي خاضتهـا منظمة أطباء بـلا حدود، وذلك عبر تحليـل نقدي للخيارات التـي اتخذتها في حالات خاصة من المواجهة أو التعاون. وقد اعتمد مؤلفو هذا الكتاب علـى أرشيف المنظمة والمقابلات التي أجروها مع الشخصيات الفاعلـة، إلى جانب تجاربهـم الشخصية، حيث أن لمعظمهم تجارب ميدانية مع منظمة أطباء بلا حدود.

تصف فصول الجزء الأول من الكتاب حالات تفاوضية محددة. وتشمل دراسـة حالـة رئيسية، وفي بعض الحـالات نصوصاً قصـيرة أخرى، تسلط مزيداً من الضوء على القضية المعنية.

وفي كل واحـدة من هذه الروايـات الوصفية، أبـرز المؤلفون المصالح المشتركة والمتباينة لمنظمة أطباء بلا حدود، بوصفها منظمة طبية إنسانية، ومختلـف اللاعبين الفاعلـين سياسياً الذين يجب أن تتعامل معهم. فما هي هـذه المصالح، وما هـي الدوافـع المختلفة وراء عمل كل طرف؟ بالنسبة إلى المنظمـة، يمكن أن تشمل توفير مساعدات غير متحيزة للضحايا المباشرين لنـزاع مسلح (باكستـان وأفغانستـان والأراضـي الفلسطينيـة والصومال

6 Humanitarian Action, London: Hurst & Fabrice Weissman (ed.), In the Shadow of 'Just Wars': Violence, Politics and Co. Publishers Ltd, 2004.
للنسخة العربية، راجع: في ظل حروب 'عادلة': العنف والسياسة والعمل الإنساني، تحرير فابريس وايسمان، منظمة أطباء بلا حدود ومركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، 2006.

وسـري لانكا وإثيوبيـا)، أو إذكاء الوعي لدى العامـة بعنف الحرب أملاً في المساعـدة علـى تخفيف حدتهـا (اليمـن وإثيوبيا وسري لانـكا والصومال والأراضـي الفلسطينيـة). كما يمكـن أن تشمل الاستجابـة لتبعات المشاكل المرتبطـة بإهمـال الصحة العامـة (الأوبئـة المتكررة في نيجيريـا، وسوء التغذيـة في الهند، ومرضـ الإيدز في جنوب أفريقيا)، أو رعاية المجموعات السكانية المهمشة والمقصية بشكل فاضح عن النظام الاجتماعي والرعاية الصحية (المهاجرون في فرنسا، والأقليات العرقية في ميانمار).

تصطـدم أحيانـاً هـذه الطموحات بمطامح الجيش أو الحركة المتمردة التـي تستخدم المساعدات الإنسانية وسيلة لاكتساب المشروعية المحلية أو الدولية (أفغانستان وباكستان والأراضي الفلسطينية)؛ أو مطامح حكومات أجنبيـة أو منظمـات دولية تسعـى لتقوية نظام معين أو عزلـه (أفغانستان والصومـال وباكستـان والأراضـي الفلسطينيـة)، أو مطامـح عسكريـين أو متمردين لا يفرقـون بين المقاتلين وغـير المقاتلين (سري لانـكا وإثيوبيا واليمن وباكستان). ومن ناحية أخرى، يمكن أن تلتقي أهداف منظمة أطباء بـلا حدود مع أهداف السلطة الحاكمة التـي تهتم بالعواقب السياسية لوباء ينتشر في بلادها أكثر من اهتمامها بتبعاته على الصحة العامة (نيجيريا وجنـوب أفريقيا)؛ أو تلتقي مع أهـداف حكومة تسعى وراء خدمات عاملين صحيين لمساعدتها على إدارة نظام صحي يُقصي مجموعات سكانية "غير مرغـوب فيها" (ميانمـار وفرنسا وسري لانكا)، أو مـع مطامح حركات من الناشطين تدافع عن رؤيتها للمجتمع (جنوب أفريقيا والهند).

من هـذا التواجه في المصالـح، المتعارضة أحيانـاً والمتلاقية أحياناً أخرى، تولد التسويات. ويجـب تفحص مبرراتها ضمن السياق، ولكن أيضاً في إطار البيئة الأوسع الذي أدّت إلى نشوئها. ويحدد ذلك طموحات المنظمة، والدروس التـي استقتها من تجاربهـا في ظروف مشابهـة، والطريقة التي تتفاعـل بها مع باقي الأطـراف المعنية بإدارة حالات النزاعات المسلحة أو الأزمات الصحية.

تصـف الفصـول في الجزء الثاني من هذا الكتـاب طريقة تطور خيارات منظمـة أطبـاء بلا حـدود في فئـات وأصناف التدخـل الإنسـاني التي أدت أولاً إلى إنشـاء (سنة 1971) منظمة مكونـة "حصرياً من أطباء وعاملين في

القطاع الصحي"، وينصب نشاطها على مساعدة "ضحايا الكوارث الطبيعية، والحـوادث الجماعيـة، وحـالات النزاع المسلـح".[7] تطورت أهـداف المنظمة وممارساتهـا في هذه السياقات تحت تأثير المواجهـات الأيديولوجية التي شاركـت فيها طوال مدة وجودها على الساحة، وعبر الطريقة التي ترى بها دورها ضمن المجتمع الدولي المنظم (حكومات ومنظمات عاملة بين الدول ومنظمـات غير حكومية عابرة للحدود الوطنيـة). وفي الفصول المخصصة لهـم، يشـرح المؤلفـون فابريس وايسمان، وجـان هيرفي بـرادول، وروني بروما‌ن، طريقـة ارتقـاء منظمة أطباء بـلا حدود وتطورها طـوال أكثر من أربعين عاماً من الحروب، وسياسات الصحة العامة، والكوارث الطبيعية.

فما الذي تكشفه لنا هذه الرحلة عبر سرد الأحداث المعاصرة والتاريخ الطويل لمنظمة أطباء بلا حدود؟

كل شيء قابل للتفاوض

كمـا يظهـر اللقـاء الذي أُجـري مـع بونوا لـودوك بخصوص مشروع المنظمـة في الصومال، فإن "كل شيء قابـل للتفاوض". ولا يُحدد أي عامل أو يُثبـت مـن البداية: من سلامـة الطاقم، إلى وجود الموظفـين الدوليين، إلى أولويات التدخل لدى منظمة أطباء بلا حدود، إلى جودة المساعدات المقدمة، إلى درجة الرقابة على الموارد، الخ. كلها تخضع للتنازلات والتوافق. بعضها يُبرر بالوقائع الصعبة والصارخة على الأرض، استخدام الحراس المسلحين مثلاً، وغيرها بطبيعتها المؤقتة، مثل إدارة البرامج عن بعد. ولا تشمل الأطر التفاوضيـة مؤشرات توجيهية شموليـة تحدد الخط الذي يجب عدم تجاوزه؛ ولذلك يجب على منظمة أطباء بلا حدود الانتباه إلى تطور دينامية كل حالة وإلى قدرتها على إبطال التنازلات، التي كانت مقبولة فقط لأنها مؤقتة.

القدرة على الحكم والتمييز

يتمثـل الهـدف الأساسـي وراء التفاوض علـى شروط عمـل منظمة أطبـاء بلا حـدود في القدرة على التحـاور بكل حرية مع السـكان، ومراقبة

7 أول ميثاق لمنظمة أطباء بلا حدود، 1971.

سلسلــة العمليــات الإنسانية، وإعــادة تقييم الأوضاع عنـد الحاجة. وتبقى هـذه الشروط التوجيهيــة ضرورية للمحافظة على قـدرة التمييز والأحكام المستقلــة لـدى الفـرق التابعــة للمنظمة. ففــي مختلف الأوضــاع، لا بد من معرفــة أي سياسات تدعمها المنظمــة: فمع أن لسياسات إقصاء المهاجرين في فرنســا تبعــات حقيقيــة علــى صحــة هــؤلاء، إلا أنها تترافق مــع نظام مــن شبــكات الرعاية الصحيــة تشجع الحكومة منظمات غــير حكومية على المساعـدة في إدارتها. لكن ألا تحدد منظمــة أطباء بلا حدود نفسها في دور تتوقعــه منها السلطــات عبر معالجة الناس دون تحـدي الأسباب السياسية والاجتماعيــة لإقصائهم؟ بكلمات أخرى، ألا تشكل هذه الرعاية للذين نبذوا وأقصــوا عمداً إلى هـامش المجتمع دعماً للسلطات؟ هذا هو السؤال الذي أثير في فصــل "رعايــة 'غير المرغوب فيهم'" الذي يناقش طريقة تغير طموحات المنظمة فيما يتعلق ببرامجها في فرنسا.

وفي بعض الحالات القصوى، تُمكن قدرة المنظمة على الحكم والتمييز البقــاء بعيـداً عـن "ذلـك الخـط المبهم، لكـن الحقيقي، الـذي تتحـول وراءه المساعـدات للضحايا بـالتدريج إلى دعم لجلاديهم".[8] وتجارب المنظمة على مــدى السنين دليل واضح علــى ذلك: مثلاً، العجز عن معرفة وجهة استخدام المساعـدات المقدمَــة إلى كمبوديا سنــة 1980؛ والمشاركة في سياسة مميتة للترحيـل القسري في إثيوبيا سنة 1985؛ وفظاعــة لعب دور الطعم وتسهيل عمــل السفاحــين والقتلة في عامــي 1996 و 1997 في زائــير (ما يعرف الآن بجمهوريــة الكونغــو الديمقراطيــة).[9] في مثــل هــذه الظروف، يبقــى الهدف بـالنسبة لطبيب عـامل في المجـال الإنساني، كما يقول بول ريكور في مقدمته لكتــاب "أطبــاء جــلادون، أطباء مقاومــون" [10]، تجنب "التناقضــ الفظ بين عــلاج مريض والإعلان عــن محكوم بـالإعدام بأنه يتمتــع بـاللياقة البدنية الكافية لكي يموت. [...] لن يجد الطبيب المخرج عبر براعته الطبية، بل عبر حكمه الأخلاقي والسياسي".

---

8 Rony Brauman, president's report, 1987, MSF-France.

9 راجع أدناه: فابريس وايسمان، "التزموا الصمت... وعالجوا"، ص 225–252.

10 Paul Ricoeur, "Foreword", Medical commission of Amnesty International's French section, and Valérie Marange, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, Paris: La Découverte, 1989.

ومهمـا كانت هذه المعضلة مؤلمة، غير أنهـا لا تبرز أبداً بصورة جلية ساعة وقوع الحدث. إذ تظهر دراسة الحالة الخاصة بسري لانكا، "في خضم الحـرب الشاملـة"، مـدى صعوبة التأكد مـن صحة الخيارات التـي اتخذتها المنظمة، أو حتى المشاهدات والملاحظات: أَليست مخيمات احتجاز السكان التاميل في واقع الأمر أماكن مخصصة للقضاء عليهم تدريجياً؟ كيف يمكن التأكد من أن مستشفيات منظمة أطباء بلا حدود تستقبل أخطر الحالات؟ ألا يُستغَـل المستشفى التابع للمنظمـة للترويج للحكومة التي تسعى إلى إعطاء الانطبـاع بـأن الأمور طبيعيـة؟ هل يتم اختيـار المرضى وفقـاً لانتمائهم السياسـي؟ تلك هي الأسئلة التي تثيرها المنظمة، التي أصبحت بحكم الأمر الواقع جهازاً صحياً عمومياً رديفاً في يد النظام.

التزام الصمت؟

تكشـف دراسات الحالات على مدى السنـين أن منظمة أطباء بلا حدود اختـارت التضحيـة بحرية التعبير غالبـاً. فقد قررت مثـلاً "المهادنة" فيما يتعلـق بعمليات القصف التـي شهدتها في اليمن، واختـارت التزام الصمت حيال تداعيات الحرب في سري لانكا. وفي ميانمار، اختارت المنظمة كذلك السكـوت عن القيود التي يفرضهـا النظام الحاكم عليها، وتوصف في فصل "لعب الغولف مع الجنرالات".

فهل يعني رفض فضح العنف بحق المدنيين أن منظمة أطباء بلا حدود قـد فقـدت الثقة في مدى تأثـير بياناتها وتصريحاتهـا؟ في فصل "التزموا الصمـت... وعالجوا"، يُحلل فابريس وايسمـان العلاقة المعقدة بين المنظمة وموقفهـا العلنـي، الـذي يهـدف إلى التأثير في مسـار نزاع مسلـح، أو أزمة صحيـة، أو منـع سوء استخـدام المساعـدات الإنسانية، وذلـك ضمن سياق تميـز بصورة متلاحقة، بالحـرب الباردة ثم انهيار النظـام الثنائي القطب، ثم ظهور نظام العدالة الجنائية الدولية والحروب التي تسمى بالإنسانية.

إدراك مكاننا

بالنسبـة إلى منظمـة أطبـاء بـلا حدود، يعنـي التفاوض مـع الجهات الفاعلـة التـي تجمعهـا بهـا مصلحـة مشتركـة، حتـى وإن كانـت مؤقتـة،

الاستعـداد لتعديـل خططهـا وطموحاتهـا. وباستثنـاء الحالـة التـي تشمل فيهـا مصالح طرف مصالح الآخر، يعني الاتفـاق تسويةً وتنازلاً. أما قيمة هـذه التسوية فلا يمكن قياسهـا عبر نظرة سريعة علـى طبيعة المتحالفين (الجيش والحكومة والجماعـات المسلحة ومنظمات "المجتمع المدني"، الخ)؛ بـل تتطلب فحصـاً دقيقاً للدوافـع الكامنة وراءهـا والآثـار الحقيقية التي تخلفها على جهود الإغاثة. وعليه، فإن الجيش الباكستاني مثلاً شكل عائقاً كبـيراً أمام محاولات المنظمة لتوفير خدمـات الرعاية لضحايا الحرب ضد المعارضـة المسلحـة منذ سنة 2007 (انظر "الوجه الآخـر لمكافحة التمرد"). لكـن، واستجابة للزلزال في كشمير الباكستانيـة عام 2005، لم يكن الجيش آنذاك مجرد موفر رئيسي لمعونات الإغاثة فقط، بل كان شريكاً بناءً لمنظمة أطباء بلا حدود أيضاً، كما يشرح روني برومان في فصل "افعلوا شيئاً!".

بينما يبقى في التسوية "كل طرف في مكانه، ولا يجرد أحد من الحجج التـي استعملها في التبرير"[11]، تشمل التسويـة الخادعة "خليطاً جهنمياً من الخطط والافتراضات".[12] بعبارة أخرى، حين تسعى منظمة أطباء بلا حدود وراء الأسباب التسويغية لأعمالها (السلام والاستقرار والعدالة والنمو، الخ) بعيـداً عـن أسبابها الحقيقيـة، فإنها تخاطـر بتحويل الصفقـة النزيهة إلى تسوية مخادعة. وهكذا، وكما ناقش فصل "العلاقات (الصحية) العامة"، هل يمكن للمنظمة تبرير تنظيمهـا لحملة جماعية للتلقيح ضد التهاب السحايا لم يكـن لهـا أي تأثير يذكر، بوصفها أسلوباً تكتيكيـاً للحفاظ على علاقات طيبة مع السلطات في شمال نيجيريا؟

تبرير خياراتها

كيف تُـبرر منظمة أطباء بلا حـدود خياراتها لنفسهـا وكيف تسوغها للآخريـن؟ في فصـل "تحـت وطـأة الحالـة الطارئـة"، يقـدم مـارك لوباب "خريطـة (جزئية) تبين مدى الخيارات والمبررات التي تبنتها منظمة أطباء بلا حدود فعلياً في تدخلاتها في أثناء العقد الممتد بين عامي 2000–2010،

11 Paul Ricoeur, “Pour une éthique du compromis”. Interviews by Jean-Marie Muller and François Vaillant, *Alternatives non violentes*, n° 80, Oct. 1991.

12 Ricoeur, “Pour une éthique du compromis”.

[دون أن يقترح] سبيلاً مفضلاً". وتُظهِر الخريطة كيف استحضرت المنظمة، بصـورة تعاقبيـة أو تزامنية، دورهـا بوصفها "جهة فاعلـة محددة" تمتلك خبرة فريدة و"مبادئ عالمية مفترضة"، في محاولة منها لتحظى بمزيد من القبول والانتشار.

يبـدو لنـا أن المنظمة غير قادرة على تبرير تسوياتها لنفسها إلا باسم أخلاقيـات العمل المبنية على مبدأ الفعاليـة الطبية، وعلى رفض المشاركة في أي سياسات للهيمنة.

وإذا كانـت منظمة أطباء بلا حـدود لا تأمل، في سياق معين "بتقليص عـدد الوفيات، وتخفيف حدة المعاناة، وتقليل وتيرة العجز الوظيفي المعيق داخـل مجموعات سكانية تفتقر عادة إلى خدمات أنظمة الصحة العامة"[13]، فـإن التسويـات التـي توافـق عليهـا لا تكون مـبررة ولا مقبولـة. وفي هذا السياق، ومهما بلغ انتقادنا لتدخل المنظمة في ميانمار، لا بد من الاعتراف بـأن التنـازلات التـي قبلتهـا – بما في ذلك تحديـد المناطـق المسموح لها بالعمل فيها، وتقييـد حرية الطاقم الدولي في الوصول إلى السكان، والتزام الصمـت إزاء السياسات القمعية للنظـام – أفرزت نتائج. ويمكن رؤيتها في عـدد المرضـى الذين أُنقِـذوا بفضل برنامج علاجي واسـع النطاق استهدف المصابـين بفيروس نقص المناعـة البشريـة. ومـن ناحية أخـرى، تظهر تدخـلات منظمة أطباء بلا حدود في الكوارث الطبيعية أن "ضرورة العمل"، التـي تحـدى روني برومان فرضياتها، ناقضت منـذ زمن طويل الحاجة إلى القيام بعمل مفيد من الناحية الطبية. ولم تتمكن منظمة أطباء بلا حدود من إظهار فائدتها العملية، لا سيما قدرتها الجراحية، إلا في عام 2005 في إقليم كشمـير الباكستانية، ثم عام 2010 في هايتي، استجابة لكوارث الزلازل في المناطق الحضرية المكتظة بالسكان، وحيث تنتشر المساكن الرديئة البناء، مما تسبب في وقوع أعداد كبيرة من الإصابات.

ولا شك في أن رفض المشاركة في سياسات الهيمنة طموح جوهري لأي منظمـة إنسانية ملتزمة بتوفير مساعدات فعالة وغير متحيزة. فكل مجتمع ينتـج حتمـاً نصيبه مـن الضحايـا، والمهمشـين والمحرومـين، والمبعدين عـن المجتمـع، الذين حُكم عليهـم بمواجهة الموت العنيـف، أو الحرمان من

13 راجع أدناه: جان هيرفي برادول، "رعاية الصحة"، ص 277.

العناصر الأساسية للبقاء على قيد الحياة (الماء والطعام والمأوى والرعاية الطبية). والمدنيـون الذين ذُبحوا في سري لانكا أثناء الحرب الشاملة باسم تحرير شعب التاميل، بالنسبة لبعضهم، أو باسم تحقيق سلام دائم بالنسبة لغيرهـم؛ والسـكان الذيـن حرموا مـن المساعـدات، أو ضحايـا القصف في "الحـرب على الإرهـاب" في أفغانستان وباكستان، كلها أمثلـة تُذكّرنا بأن فرض السلام والديمقراطية والتنمية عملية مكلفة دوماً وتوقع ضحايا. في مثـل هذه الظروف، يصبـح "بالضرورة في نظر السلطة عمـلاً هداماً ما دام أنصار النظام القائم قلما يتعاطفون مع أولئك الذين يقرر النظام تصفيتهم أو يجيزهـا. وبكلمـة أخرى، فـإن الشرط الأول لنجاح العمـل الإنساني هو رفضـ التعاون في عمليـة الفرز [بين الذين يجب أن يبقـوا على قيد الحياة والذين يمكنهم أو يجب عليهم أن يموتوا]".[14]

إن البعـد الهـدام في العمـل الإنساني، كمـا تتصوره منظمـة أطباء بلا حدود، يشمل كذلك القدرة على تحدي المعايير السائدة، والأولويات، وتوزيع المـوارد كما تقـرره الجهات الفاعلة الأكثر تأثيراً ونفـوذاً في مجال الصحة العالميـة، التـي تؤثـر حملاتها الكـبرى ومبادراتهـا المهمـة في سياسات الصحـة العامـة لتتناسـب مـع الأيديولوجيـات السائدة. في فصـل "رعاية الصحة"، يعود جان هيرفي برادول أربعين سنة إلى الوراء لمعاينة التوترات والعلاقات بين منظمة من الأطباء وسياسات صحية عابرة للحدود الوطنية. ويشـير إلى الأوقات التي اختارت فيها المنظمـة التحرّر من هذه السياسات بسبب آثارها السلبية على السكان الذين عملت معهم. ولهذا السبب، جابهت المنظمـة إفقار الرعايـة الصحية للاجئين في الثمانينيـات، ووفرت العلاج للمرضـى المصابـين بالأمراض المعدية في حقبـة تركزت فيهـا أولويات الصحـة العامة جوهرياً على تدابـير الوقاية والمراقبة، وساعدت في تطوير بروتوكـولات علاج للمصابين بفيروس نقصـ المناعة البشرية حين كانت الحكومات والشركات الصيدلانية ما زالت توصي بتركهم يلاقون حتفهم.

---

14 Jean-Hervé Bradol, “Introduction”, Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of ‘Just Wars’*…, p. 9.

للنسخة العربية، راجع: جان هيرفي برادول، "مقدمة"، في "ظل حروب 'عادلة': العنف والسياسة والعمل الإنساني"، تحرير فابريس وايسمان، منظمة أطباء بلا حدود ومركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، 2006، ص.14.

عبر هذه الرحلة، برزت شروط الاستقلالية السياسية لمنظمة أطباء بلا حدود: تعهد من قبل أطباء ممارسين بتوفير المساعدة الطبية الأكثر فعالية لسـكان تعرضـوا للإقصـاء بذرائع سياسيـة أو مصالح تجاريـة. ومن أجل هـذا التعهد، يجب على منظمة أطباء بلا حدود أن تبرر تحالفاتها، وتضعها موضع المساءلة، وتتخلص من أي تضارب في المصالح، وتحافظ على يقظة سياسيـة من أجل "الإقرار وأحياناً توقع ظهـور [...] الظروف المؤاتية، التي يمكـن فيها تحقيـق أسرع التغـيرات وأعمقها في سياسـات الصحة العامة. مثـل هذه الظروف لا يمكن أن تكون دائمـة، ولا يمكن اصطناعها عبر الحث والمطالبة والتأييد".[15]

حالات التصادم العدائي

إن محاولـة إحداث تغيـيرات في سياسة الصحة العامـة، أو السعي إلى تحمل مسؤولية إدارة مكافحة أحد الأوبئة، أو صياغة حقوق جديدة لسكان يعانـون التهميش والإقصـاء، أو التنديـد بعنف الحـرب أمـلاً بالتأثير في طريقة خوض الصراع، تعد جميعاً أعمالاً تكشف عن طموح لإدارة مجموعة مـن السـكان، بالتنافس أو التكامـل أو التوازي مع السلطـات. أما ما يجعل مـن الممكن تصور اتفاق يُعقد بين منظمـة أطباء بلا حدود وهذه السلطات، فهـو التَشَـارك في المصلحة والاهتمـام بالطريقة التي يُحكم بهـا السكان. وفي هـذا الإطار، "لا تتحدى السياسة غير الحكوميـة الشرعية التي يزعمها الحكام [...]، ولا المصالـح التي يخدمونها، بل إجراءاتهم المتبعة وتأثيرات إدارتهم".[16]

فمـا الذي يحدث حين تختفي هذه المصلحـة المشتركة؟ وحين لم يعد زعمـاء الحرب الأفغان يسعون إلى حكم مجموعة من السكان أو مناطق من البلاد، لأنهم وجدوا أنفسهم مهمشين عن عملية إعادة بناء الدولة، فتحولوا إلى زرع الفوضـى والرعـب؟ وفي هـذه الإستراتيجية الجديـدة، حين أصبح العاملـون في المجال الإنسـاني أكثر منفعة لهم وهم أموات، لا أحياء؟ حين عمـدت الحكومـة الإثيوبية إلى حصـر أنشطة منظمة أطبـاء بلا حدود على

15 راجع أدناه: جان هيرفي برادول، "رعاية الصحة "، ص 276.

16 Michel Feher, “Les gouvernés en politique”, *Vacarme*, n° 34, Winter 2006.

تخـوم الحـرب التـي كانت تشنها ضـد الجبهـة الوطنية لتحريـر أوغادين، حتـى يتسنى لها مواصلـة عملياتها الانتقامية والقمعيـة ضد السكان في الخفـاء؟ وحين صمّت الحكومة السريلانكيـة آذانها عن الحوار لأنها قرّرت اللجـوء إلى الحل العسكـري من أجل التخلص من حركـة نمور تاميل إيلام للتحرير، فسحقـت دون رحمة المقاتلين مُضحية بقرابة 30,000 مدني كان المتمـردون يستخدمونهم دروعاً بشرية لصد هـجوم الجيش؟ في هذا النوع مـن الظروف القصـوى كما هي الحـال في سري لانكا، هل يجـب استبدال العمل المباشـر بـ"إستراتيجية الانتقاد المباشر والصريـح للمؤسسات"[17]، أم الاستسـلام وانتظـار انتهـاء الحـرب الشاملـة بحيث يمكـن للمساعدات الإنسانية لعب دورها؟

في الوقـت الـذي يُنشر فيه هذا الكتاب، تستعـد منظمة أطباء بلا حدود للاحتفال "بـأربعين عامـاً من الاستقلالية". وربما يبدو هذا الشعار مضللاً: فبغـض النظر عن الظـروف الاستثنائية والمؤقتـة، وفي لحظات الاضطراب الشديد، لم تمنح منظمة أطباء بلا حدود قط الحرية المطلقة من قبل سلطات تخلت عن مسؤولياتها كاملة. وفي الحقيقة، ليست بحاجة إلى أطراف أخرى للسمـاح بمزاولـة عملهـا فحسب، بـل إلى توليـه، وتوسيعه، وإطالـة مدته، والمساعـدة على تنفيذه. وتبقـى المنظمة قابلة للتأثـر بالعوامل الخارجية والأيديولوجيات.

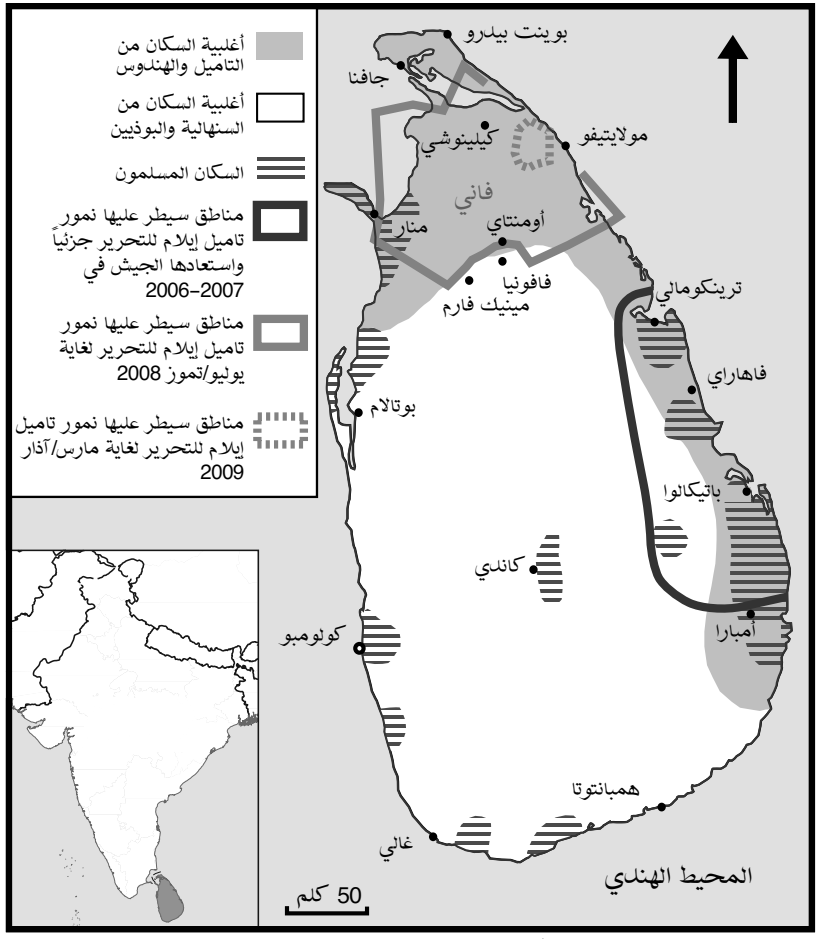
القضيـة إذاً بـالنسبـة إلى منظمـة أطبـاء بـلا حدود لا تتعلـق بتحقيق حريـة العمـل كاملة، بـل بقدرتها على اختيـار تحالفاتها بمـا يتماشى مع الأهـداف التي سطرتهـا لنفسها، دون أن يُقيّد حركتهـا وازع الولاء والوفاء لأي طـرف كان. وفي هـذا السياق، تعد المنظمة شريكاً غير موثوق لا يعرف الإخلاص. وهي تبرر هذا الوضع بالحاجـة إلى تحديد انفراجات واعدة في المشهد السياسي واستغلال الفرص السانحة، كما يؤكد فصل "أفغانستان: التفاوض للعودة"، الذي يروي قصة عـودة منظمة أطباء بلا حدود إلى هذا البلد عام 2008. بعبارة أخرى، إذا كان العمل الإنساني فنّاً وليس علماً دقيقاً صارماً، فإن جوهر هذا الفن هو خلق ظروف بقائه والحفاظ عليها – توليد الاهتمـام، والقيام بعمل مفيـد، وتحديد الظروف المجتمعـة التي تؤدي إلى

17 راجع أدناه: مارك لوباب، "تحت وطأة الحالة الطارئة"، ص 309.

إحـداث التغيـير – والمقدرة في أي وقـت على تعديل ميزان القـوة، وإحداث القطيعـة، والقـدرة الدائمة على الحفاظ على الظـروف الملائمة لنزاع سلمي مـع جميع أشكال السلطة التي يمكن أن تكون شريكاً يساند العمل الإنساني، أو غريماً يحاربه. وفي الوقت الذي يضع فيه اللاعبون والناشطون في مجال العمـل الإنساني قدرتهم على تجاوز العقبـات التي تعترض طريقهم موضع المساءلة، نأمل صادقين أن يسهم هذا الكتاب في تغذية النقاش الدائر حول طموحات هؤلاء وأفضل السبل لتحقيقها.

الجزء الأول

قصص من الميدان



مصدر: لو موند دبلوماتيك، مارس/آذار 2009

سـري لانـكا

سري لانكا

في خضم الحرب الشاملة

بقلم فابريس وايسمان

في 18 مايو/أيار 2009، وضع الانتصار الساحق للحكومة السريلانكية على حركة نمور تاميل إيلام للتحرير (LTTE) (نمور التاميل)، حداً لستة وعشرين عاماً من الحرب الأهلية. وقد وصفت الحكومة المنتصرة هجومها الناجح بأنه "أكبر عملية إنسانية في العالم"، في حين امتدحه عدد كبير من المحللين العسكريين الأجانب[1] بوصفه عملية نموذجية تظهر أن بمقدور جيش ديمقراطي يمتلك العزيمة والتصميم إلحاق الهزيمة بحركة إرهابية. وفي الواقع، كلف الانتصار آلاف القتلى من المدنيين وانجرار المنظمات الإنسانية وراء إستراتيجية مكافحة التمرد، التي اعتمدت على التشريد القسري والاعتقال. أما تجربة منظمة أطباء بلا حدود فتكشف الخيارات الصعبة التي تفرضها الحرب الشاملة على المنظمات الإنسانية.

في عام 2003، انسحبت منظمة أطباء بلا حدود من سري لانكا، وذلك بعد سبعة عشر عاماً من العمل في خضم الحرب الأهلية الدائرة منذ منتصف ثمانينيات القرن الماضي بين الحكومة ونمور التاميل. وقبل سنة من انسحاب المنظمة، تم التوقيع على اتفاق لوقف إطلاق النار، ما أدى

1 راجع على سبيل المثال:
V.K. Shashikumar, "Lessons from the War in Sri Lanka", *Indian Defence Review*, 24, no. 3 (July–Sept. 2009); Lawrence Hart, "The option no one wants to think about", *The Jerusalem Post,* 9 Dec. 2009.

إلى عـودة نسبيـة إلى الوضع الطبيعـي وأنعش الأمل بـالتوصـل إلى السلام. بـدأت مفاوضات بـين الطرفين برئاسـة مشتركة ضمت الاتحـاد الأوروبي، والولايات المتحدة الأمريكية، وبلداناً غربية أخرى منها النرويج، التي كانت ترأس أيضاً بعثة لمراقبة وقف إطلاق النار (بعثة المراقبة في سري لانكا).

منـذ عـام 2003، تعـثرت المحادثـات بشـأن المسألـة الرئيسية التي أثارهـا النزاع: كيف يمكـن تـأمين تعايش سلمي بـين الطوائف السنهالية والتاميليـة والمسلمـة، التي تمثل على التـوالي 75 في المئة و 17 في المئة و 8 في المئـة مـن سـكان الجزيرة؟ ومـع أن الأطراف تعهـدت بـالبحث عن حـل اتحـادي للنـزاع، إلا أن الغضـب والاستيـاء هيمنا علـى المحادثات عنـد مناقشة التفاصيـل، أو محاولة الاتفاق علـى إدارة انتقالية للمناطق المتمـردة (ما يوازي ثلـث الجزيرة).[2] بدت العودة إلى الحرب وشيكة عندما ضـرب إعصـار التسونامي السواحل السريلانكيـة في 26 ديسمبر/كانون الأول 2004. وفـور انتهاء مرحلة الاستجابـة لحالة الطوارئ، أججت إدارة المساعدات لإعادة الإعمـار النزاعات على السيادة بين الحكومة المركزية والانفصاليـين. وابتداء من نهاية عـام 2005، تصاعدت عمليات الاغتيال والاعتـداء والخطـف في شمال شرق البـلاد، لتفاقم مناخ الذعـر المخيم. وفيمـا ازدادت خروقـات وقـف إطـلاق النـار، اندلعت حـرب مفتوحة في المقاطعات الشرقية في أبريل/نيسان 2006.

بين عامي 2006 و 2007، استعاد الجيش السيطرة الكاملة على منطقتي باتيكالـوا وترينكومالي، الواقعتين شرق البلاد، دافعاً نمور التاميل باتجاه الشمـال نحو معقلهـم في فاني. وفي السنة اللاحقـة، أعلنت الحكومة رسمياً تخليهـا عـن اتفاق وقف إطـلاق النار وشددت حصارها علـى منطقة فاني، لتستولي على منطقة منار في أبريل/نيسان 2008، قبل أن تدخل في يوليو/ تمـوز إلى منطقـة كيلينوشـي. وفي يناير/كانون الثـاني 2009، شن الجيش هجومـه الأخير. حوصر نمور التاميل في رقعة أرض على الشاطئ، تقلصت مساحتهـا باطراد مـع استمرار الهجوم: من 300 كيلومـتر مربع في يناير/

2 Eric Meyer and Eleanor Pavey, “Bons offices, surveillance, médiation: les ratés du processus de paix à Sri Lanka” [Good offices, surveillance and mediation: failures in the Sri Lankan peace process], in *Critique Internationale*, no. 22 Jan. 2004, 35–46, p. 37.

كانـون الثـاني إلى 26 كيلومـتراً مربعـاً في مارس/آذار، إلى 12 كيلومـتراً مربعاً في 23 أبريل/نيسان، إلى 4 كيلومترات مربعة في 8 مايو/أيار. قضى الجيش على نمور التاميل بعد عشرة أيام، وقُتل زعيمهـم وأغلبية قادتهم السياسيين والعسكريين.

كان نمـور التاميل وراء غالبية خروقـات وقف إطلاق النار بين عامي 2005 و2006، ممـا سـرع إلى حد كبـير العودة إلى الأعمـال العدائية. وأثناء الانتخابـات الرئاسيـة في نوفمبر/تشريـن الثـاني 2005، حثـوا السـكان التاميل على الامتناع عن التصويت، مما أسهم في فوز ماهيندا راجاباكسا، وهـو مرشـح معارض لعمليـة السلام، بفـارق ضئيـل عن منافسـه رئيس الـوزراء السابق والمفاوض علـى وقف إطلاق النار رانيـل ويكريميسينجه. وبحسـب المحلل السياسي السريلانكي المحنـك جاياديفا أويانغودا[3]، كان زعمـاء نمور التاميل يعتمدون على مواجهة جديـدة ترفع من رصيدهم في أي مفاوضـات مستقبلية: قد تؤدي حرب استنـزاف إلى إضعاف الاقتصاد، وانقسامـات في القاعـدة المؤيدة للنظام، وعزل النظـام دولياً بسبب جرائم الحـرب وانتهاكات حقوق الإنسـان التي لا يمكـن إلا أن يرتكبها. وبالفعل، شكلت التغطية الإعلاميـة لأعمال العنف التي يرتكبها الجيش، عامل الدعم السياسي الرئيسي لنمور التاميل على الساحة الدولية.

غير أن إدارة راجاباكسا، وقبل الانسحاب الرسمي من مفاوضات وقف إطـلاق النار في يناير/كانون الثاني 2008، أوضحـت دون لبس أنها ليست مستعـدة لاستئنـاف المفاوضـات. واستخدمـت الخطاب البلاغـي "للحرب العالميـة على الإرهـاب" في أعقاب أحداث الحـادي عشر من سبتمبر/أيلول 2001، لإضافـة عامـل أمنـي ومناهض للإرهـاب إلى النزاع. أنكـرت إدارة راجاباكسـا وجود "مشكلة عرقية" في صلـب المفاوضات والجدل السياسي منـذ سنـة 1987، وأعلنت نمـور التاميل العائـقَ الوحيد للسـلام، وسعت إلى تدميرهم عسكرياً وسياسياً.

تحـت وطأة التقدم السريـع للقوات الحكومية، جر نمـور التاميل معهم عشرات آلاف المدنيين. ومع تقلص رقعة أراضي المتمردين، استخدم النمور

3 Jayadeva Uyangoda, “The Way We Are. Politics of Sri Lanka 2007–2008”, Colombo: Social Scientists’ Association, 2008, p. 7.

وسائل عنيفة باطراد لمنع السكان من الفرار إلى المناطق التي تسيطر عليها الحكومـة، وأعدموا أولئك الذيـن حاولوا الفرار و/أو انتقمـوا من عائلاتهم، وفي يناير/كانـون الثاني 2009، شنوا هجمـات انتحارية، وأخرى بالمدافع الرشاشـة، وبالقذائـف، علـى أرتال المدنيـين الذين يحاولـون الوصول إلى الخطوط الحكومية.[4] شكلت السيطرة على السكان هدفاً إستراتيجياً جوهرياً لنمور التاميل لسببين على الأقل. أولاً، فقد اضطروا إلى تجنيد أطفال صغار السن، للتعويض عن خسائرهم الفادحة في المقاتلين. ثانياً، أجبروا الجيش الحكومـي، عـبر اختـلاط المقاتلـين بالمدنيـين علـى الاختيار بـين أمرين أحلاهما مر: إما إبطاء الهجوم، أو حتى وقفه، أو ارتكاب جرائم حرب.

نددت الحكومة باستخدام السكان "دروعاً بشرية"، وطلبت في نوفمبر/تشريـن الثاني 2006 وساطة اللجنة الدولية للصليـب الأحمر وبعثة المراقبة في سـري لانـكا مـن أجـل أن تستطيع إجـلاء المدنيـين الذيـن يعيشون في مناطق الصراع إلى مخيمات مقامة وراء خطوطها. اعترض النمور على هذه العملية. عند ذلك، وصفت كولومبو هجومها "بالمهمة الإنسانية" التي تهدف إلى "تحرير المدنيين الأبرياء الذين يستخدمهم نمور التاميل رهائن".[5]

في واقع الأمر، ومع أن الجيش تعهد "الالتزام بسياسة عدم إيقاع ضحايا بـين المدنيـين"[6]، إلا أنه لم يـرد تحمل عناء وجود عمـال الإغاثة والمدنيين أثناء تقدمه. أصيبت مخيمات النازحين، والمستشفيات، والقوافل الإنسانية، ومراكـز توزيع الأغذيـة، بقذائف المدفعية الحكوميـة وغاراتها الجوية عدة مـرات.[7] سقـط عدة مئات مـن المدنيين تحت وابل القذائـف والرصاص بين عامـي 2006 و 2008، ووصـل العدد إلى عـدة آلاف بين يناير/كانون الثاني ومارس/آذار 2009، وعشرات الآلاف بين أبريل/نيسان ومايو/أيار 2009. ووفقـاً لأرقام غير رسمية صادرة عـن الأمم المتحدة، قُتل 7,000 مدني بين

4 Report of the Secretary-General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka, United Nations, 31 Mar. 2011.

5 راجع على سبيل المثال:
"Offensive to provide water, not to gain territory", *The Sunday Leader*, Volume 13, Issue 4 Colombo, 6 Aug. 2006.

6 وزارة الدفاع السريلانكية:
"Ultimatum to LTTE expires: terrorists ignore safe passage for stranded civilians", 1 Feb. 2009, http://www.defence.lk/new.asp?fname=20090201_01.

7 Report of the Secretary General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka, UN.

يناير/كانـون الثاني وأوائل شهر مايو/أيـار من سنة 2009. وسقط 13,000 مـدني آخـر خـلال الأسبوعين الأخيريـن من المواجهـة. بينما يقـدر الفريق الدولي المعني بالأزمات (International Crisis Group) عدد الضحايا الذين سقطـوا أثنـاء الحملـة الشمالية بنحـو 30,000. أما الحكومة فلـم تعترف إلا بسقوط 5,000 ضحية من المدنيين وحمّلت نمور التاميل المسؤولية عنهم.[8]

عمـدت الحكومـة طوال مـدة النـزاع إلى إطـلاق حملة دعائيـة مكثفة ومصممـة لإخفاء الثمـن البشري الهائل جراء الهجوم الـذي شنته. وذكرت أنهـا تشـن "حرباً إنسانيـة"، مبررة بذلـك إشراك المنظمات غـير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة في سياساتها الرامية إلى إحلال السلام. وبين عامي 2006 و 2008، حاولـت منظمـة أطباء بـلا حدود المقاومـة دون جدوى. ثم سعـت سنة 2009 إلى أن تصبح ترسـاً رئيسياً في الآلة العسكرية–الإنسانية على أمل أن تنجح في التخفيف من حدة العنف الوحشي.

عام 2006 إلى عام 2008: الحكومة تضع القواعد

بـين عامي 2006 و 2007، أوقعت الحملـة العسكرية لاستعادة السيطرة علـى المنطقة الشرقية 250 قتيـلاً على الأقل في صفـوف المدنيين، إضافة إلى عـدة مئات من الجرحـى، وذلك وفقاً لمنظمات حقوق الإنسان المحلية.[9] وأدى القتـال إلى نزوح قرابة 160,000 شخص. تلقى هؤلاء مختلف أشكال المساعدات من الحكومة، والمنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة التـي دعتهـا كولومبـو إلى الحضـور والعمـل وراء الجيش. لكـن لم تستمر المساعـدات سـوى بضعـة أشهـر. ففـي مارس/آذار 2007، وبالتعاون مع مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، نظمت الحكومة باستخدام التهديـد وقطـع المساعدات الإنسانيـة، عملية قسرية لإعـادة النازحين إلى بلداتهم وقراهم، التي دُمرت ووضعت تحت الحكم العسكري.

ترافقـت الانتصارات الحكومية الأولى مع تصاعد حدة العنف السياسي (عمليـات خطف واغتيـالات وتهديدات) ضد الشخصيـات السريلانكية التي

8 ICG, "War Crimes in Sri Lanka', Brussels: International Crisis Group", 17 May 2010.

9 UTHR(J), *Can the East be Won Through Human Culling?*, Special Report no. 26, University Teachers for Human Rights (Jaffna), Aug. 2007, http://www.uthr.org/SpecialReports/spreport26.hhhtm.

انتقدت علناً النهج العسكري والخطاب القومي شديد اللهجة اللذين تتبناهما الإدارة الجديدة. كما طالت حملات الترهيب الصحفيين الأجانب والمنظمات الدولية غير الحكومية. وعمدت وسائل الإعلام المتطرفة في نزعتها القومية، مستغلة شكوك المجتمع السريلانكي بالمنظمات غير الحكومية منذ وصولها بأعداد كبيرة في ديسمبر/كانون الأول 2004، وهي ظاهرة وصفها أهالي سري لانكا بـ"التسونامي الثاني"، إلى اتهام منظمات المساعدات الإنسانية بانتظام بأنها "تثري من الحرب"، وأنها "متواطئة مع الإرهابيين".[10]

استهدفت هجمات بالقنابل اليدوية ثلاث منظمات دولية غير حكومية في المقاطعات الشرقية في مايو/أيار 2006، ما أدى إلى سقوط ثلاثة جرحى. وفي 4 أغسطس/آب 2006، أعدم سبعة عشر موظفاً سريلانكياً يعملون مع منظمة "العمل على مكافحة الجوع" (Action Contre la Faim) في مكتبهم في موتور على الساحل الشرقي، بعد ساعات قليلة من إعادة القوات الموالية للحكومة بسط سيطرتها على المدينة. وقد أدين هذا الاغتيال (الذي اتهمت بعثة المراقبة السريلانكية الحكومة بارتكابه)، وهو حدث غير مسبوق في تاريخ العمل الإنساني في سري لانكا، رسمياً من قبل كبار الدبلوماسيين الغربيين ومسؤولي الأمم المتحدة. واستجابت الحكومة بتشكيل لجنة تحقيق لم تؤد تحقيقاتها إلى أي نتيجة. وبين عامي 2007 و 2009، اغتيل أكثر من عشرة من العاملين في المجال الإنساني، منهم عدة موظفين في اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

أهداف منظمة أطباء بلا حدود

توقع الفرع الفرنسي اندلا ع الأعمال العدائية مجدداً، فأرسل عدة بعثات استكشافية إلى سري لانكا في النصف الأول من عام 2006، سرعان ما انضمت إليها فرق تابعة للفرعين الهولندي والإسباني. اقترحت الفروع الثلاثة، بين يوليو/تموز وأغسطس/آب 2006، افتتاح برامج لإجراء عمليات جراحية في ثلاثة مستشفيات تقع في المنطقة التي تسيطر عليها الحكومة

10 راجع بهذا الخصوص:
Simon Harris, “Humanitarianism in Sri Lanka: Lessons Learned”, Feinstein International Center, Tufts University, Briefing Paper, June 2010, https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/pages/viewpage.action?pageId=36675391.

بـالقـرب من خطـوط القتال، في بوينت بيدرو (الجبهـة الشمالية)، وفـافونيا (الجبهة الجنوبية) ومنـار (الجبهة الغربية). أمـا الهدف المشترك فكان العمل في نهايـة المطـاف في المنـاطـق التـي يسيطر عليهـا نمور التـاميـل، حيث اقـترح الفرع الفرنسي افتتاح بعثة بين باتيكالوا وترينكومالي على الجبهة الشرقية، حيث تم الإبلاغ عن طلائع النازحين من السكان.

غـير أن فـرق التقييـم لم تلاحظ وجـود احتياجـات ماسـة أو طارئة. إذ تمتلـك سري لانـكا طواقم مؤهلـة ونظاماً صحيـاً فعالاً، بفضـل السياسات الاجتماعيـة الطموحـة التي تبنتهـا بعد الاستقـلال. فضلاً عن ذلـك، ورغبة في توكيـد سيادتها الرمزية علـى كامل التراب الوطني، استمرت الحكومة في إدارة الخدمات العامة في مناطق المتمردين، ودفع أجور العاملين الصحيين، وضمـان تموين المرافق الطبية. إضافة إلى ذلك، وصل عدد كبير من المنظمات الإنسانية في أعقاب إعصار التسونامي وبقيت في البلاد حتى عام 2006.

في مثـل هـذه الظـروف، كانـت العمليـات المقترحة في بوينـت بيدرو ومنـار وفافونيـا وفي المناطـق الخاضعـة لسيطرة نمـور التاميـل، تتعلق أساسـاً بـالاستعداد والتحضـير. وسعت منظمة أطباء بلا حـدود إلى توسيع مـدى خدمـات الرعايـة الطبيـة وتعزيز القـدرة علـى الاستجابـة للحالات الطارئـة في المنـاطـق التـي تتوقـع تجـدد النزاع فيهـا، مع مـا يترتب من تداعيـات مرتقبـة: انقطاع في خطوط الإمـدادات الطبية، ومغـادرة الطاقم الطبـي المحلـي، وتدفق الجرحـى والنازحين. تمثل هدف منظمـة أطباء بلا حـدود، حتى عند عـدم التعبير عنه دومـاً بوضوح (الفـرع الهولندي يشكل استثنـاءً في هذا السياق)، في ضمـان حضور دولي في مناطق النزاع ليكون "شاهـداً على محنة السكان"، أملاً بتشجيـع المتحاربين على ممارسة ضبط النفس في استخدام العنف.[11]

الخلاف

مع بدء سقوط القنابل الأولى "للمهمة الإنسانية" الحكومية على الجبهة الشرقيـة في يونيو/تموز 2006، اعتقدت الفـرق التابعة للفرع الفرنسي من

11 الفرع الهولندي لمنظمة أطباء بلا حدود، الخطط السنوية لسري لانكا 2008 و 2009.

منظمــة أطباء بلا حدود أنها ستتمكن من الحصول على التراخيص اللازمة لإطـلاق أنشطتهـا في مدة زمنيــة معقولة. وشعـرت بـأن المنظمــة اكتسبت مشروعيــة في سري لانـكا بفضل وجودهــا على طرفي الجبهــة بين عـامي 1986 و 2003 وبفضـل استجابتها لإعصــار التسونامي. فقد نجحت منظمة أطباء بلا حدود في إطراء الكبرياء الوطني في سري لانكا بدعوتها إلى وقف الهبــات بعـد ثلاثة أيام مــن الكارثة، على أساس أن إعــادة الإعمار هي من مسؤوليــة الدولة، وأن معظم الاحتياجات الطارئــة قد تمت تلبيتها من قبل السلطات والمجتمع المدني.

سرعــان ما خابت آمال فـرق المنظمة. فعلى الرغم مــن دعم السلطات المحلية ووزارة الصحــة، ضاعت طلبات الحصول على تراخيص الاستيراد، والتأشـيرات، والتنقل داخل البلد، في دهـاليز البيروقراطية ومتاهـاتها. وقد بـدا واضحاً، بعد محاولات عدة بــاءت بالفشل، أن أي قرار لا يمكن أن يُتخذ إلا بموافقــة وزارة الدفـاع والحاشيــة المحيطة بالرئيس، التي تشتد قبضتها على جهاز الدولة باطراد.

وبـدءاً مــن يوليو/تمـوز 2006، حصـرت وزارة الدفـاع حـق الوصول إلى المنـاطـق التــي تقع تحت سيطرة المتمردين والمتضررة نتيجة القتال (المسماة "المناطق غير الآمنة")، باللجنة الدولية للصليب الأحمر، وبعض الفـرق القليلة المختارة التابعة لـوكالات الأمم المتحدة دون سواها، حيث سُمـح لها بزيارات قصيرة فقط. بينما طُلب مــن منظمات الإغاثة الأخرى العمل وراء خطوط الجبهة، في المناطق التي تقع تحت السيطرة الحكومية. وحـين فشل الفرع الفرنسي من منظمة أطبــاء بلا حدود في الحصول على مكانــة خاصة مماثلة لتلك التي تتمتع بها اللجنة الدولية للصليب الأحمر ووكالات الأمم المتحـدة، قـرر ممارسة ضغوط إعلاميــة ودبلوماسية على الحكومــة. في 9 أغسطس/آب 2006، نشر بياناً صحفياً نـدد فيه بجريمة مقتل العاملـين في منظمة العمل على مكافحة الجوع و"غياب المساعدات الطبيــة لعشرات آلاف الأشخاص الذيــن يعيشون في قلــب المناطق التي يجتاحها الهجوم العسكري". بعد أسبوع، نظم جولة على السفراء الغربيين وعلــى رئيســي بعثــة عملية الســلام، علــى اعتبــار أن الحكومــة يمكن أن تصغي إليهما. وفي نهاية شهر أغسطس/آب، نجح الفرع الفرنسي في لقاء

مستشـار الرئاسـة الخاص باسيـل راجاباكسا، ووزير الدفـاع غوتابهايا راجاباكسـا. ومـع أن شقيقي الرئيس رحبا بعمـل منظمة أطباء بلا حدود في المستشفيـات التـي حددتهـا وزارة الصحة، غـير أنهمـا غضبا عندما طلـب رئيـس البعثة الوصـول إلى المناطق التي يسيطـر عليها المتمردون. واتُهمت منظمة أطباء بلا حدود بالتحيز لنمور التاميل و"سعيها إلى إملاء مشيئتها على الحكومة".[12]

وجـدت منظمـة أطباء بـلا حدود نفسهـا في موقف تفاوضـي حساس وهش. وفي أغسطس/آب 2006، لم يكن لديها معلومات تشير إلى عدم كفاية المساعـدات التـي تقدمهـا الحكومـة أو اللجنة الدوليـة للصليـب الأحمر أو وكالات الأمم المتحدة في "المناطق غير الآمنة". وقدرت المنظمة أن الهيكلية القائمـة لا يمكـن أن تستوعب تدفق الجرحى والنازحين، وهو تقدير رفضته الحكومـة التي زعمت أن تداعيـات النزاع ستبقى عند الحد الأدنى وستتمكن الـوكالات المرخص لها من التعامـل معها بـالأسلوب المناسب. وفي الواقع، كان هذا التعارض في وجهات النظر يخفي خلافاً ضمنياً وأساسياً: فكانت منظمـة أطباء بلا حدود حريصة على استخدام حريـة التعبير لإدانة أعمال العنـف المفرط التـي شهدتها فرق العمل التابعة لهـا. بينما كانت الحكومة تسعـى إلى الحد من عـدد المراقبين الذين يمكنهم فضـح جرائم الحرب التي توشك على ارتكابها.

الأزمة

في حـين كان المقـر الرئيسـي للمنظمـة يشجـع الفـرق الميدانية على الثبـات، علم الفرع الفرنسي من الصحـف الوطنية اليومية في 30 سبتمبر/أيلول 2006، بوجود قرار بطرده، إلى جانب الفرع الإسباني وخمس منظمات دوليـة غـير حكومية أخرى. وتأكد ذلك في اليـوم نفسه في رسالة من دائرة الهجـرة تأمر فـرق المنظمة بمغادرة البـلاد في مدة أسبوع بسبـب "أنشطة تخالـف شروط تأشـيرة الدخول". ووضعت الصحافـة مسؤولية الطرد على مواقـف منظمة أطباء بلا حدود المؤيدة لنمـور التاميل: وزعمت، مستشهدة

12 مقابلة مع رئيسة البعثة السابقة للفرع الفرنسي، 24 فبراير/شباط 2011.

بمصادرة حكومية، أن المنظمة تقوم "بعمليات سرية" لصالحهم تحت ستار المساعدات على إعادة الإعمار بعد كارثة التسونامي.[13]

طلبـت منظمة أطباء بلا حدود فوراً الدعـم من سفارات الدول الأجنبية المعنيـة بالموظفـين المستهدفين بإجـراءات الطـرد. وفي 5 أكتوبر/تشرين الأول 2006، علمت من وزير حقوق الإنسان أنه تم تعليق قرار الطرد بانتظار نتائـج التحقيـق في أنشطة المنظمـة. وقد التقى رئيس الدولـة رؤساء لجنة اتفـاق وقـف إطلاق النـار وأعلن رسميـاً بأنه "سيستمـر في تسهيل وصول المساعـدات الإنسانيـة إلى المناطـق المتضـررة جـراء النـزاع دون إغفـال الاعتبارات الأمنية".

بالرغـم من ذلك، بقي موظفـو منظمة أطباء بلا حـدود دون تراخيص عمـل، وظلت متهمة علناً بالقيـام بأنشطة سرية لصالح نمور التاميل. وفي منتصف شهر أكتوبر/تشرين الأول، طرح رؤساء البعثة سؤالاً على أنفسهم: مـا هي الخطوات الواجـب اتخاذها من أجـل استعادة سمعـة منظمة أطباء بـلا حدود الطيبـة، خاصة وأن إمكانيـة تراجع الحكومة عـن موقفها تبدو ضئيلـة؟ وفي محاولـة لمساعدتهم بعد قـرار الطرد، حـاول الرئيس الدولي لمنظمـة أطباء بـلا حدود نشر تكذيب في وسائل الإعـلام المحلية ودعا إلى مؤتمـر صحفي على أمل "تحسين سمعة منظمة أطباء بلا حدود واسمها". لم تنقل حيثيات المؤتمر سوى صحيفتين (باللغة الإنكليزية).

سـأل رؤسـاء البعثة أنفسهم ما هـي الضمانات الأمنيـة التي يجب أن تطلبها المنظمة من السلطات، في وقت تعرضت فيه اللجنة الدولية للصليب الأحمر لهجوم بالقنابل اليدوية بعد أيام قليلة من اتهامها بالتحيز لصالح نمـور التاميل من قبل الصحافة، وفي ظـل رفض وزارة الدفاع لقاء منظمة أطباء بلا حدود، على اعتبار أن الأزمة تقتصر على مشكلة تأشيرات الدخول التي وجدت الحـل للتو. هل يجب الاكتفاء بتجميد قرار الطرد وضبط النفس الـذي تمارسه الصحافة منذ بعض الوقت (رأي الفرع هولندي)، أم المطالبة ببيـان دعـم علني يشـير إلى التخلي عـن الملاحقات وضمـان سلامة فرق

13 راجع على سبيل المثال:
"Four INGOs to be booted out over link with Tigers", *The Island*, 30 Sept. 2006; "Ignominious departure for INGOs, under fire for alleged assistance to LTTE and non-implementation of post-tsunami rebuilding pledges", *The Sunday Times*, 8 Oct. 2006.

المنظمــة (رأي الفـرع الفرنسـي)، وذلك بـالتوافق مع موقـف الرئيس الدولي الـذي عـبر عنـه علنـاً؟ ما هي المـدة التـي يجـب انتظارها للحصـول على تراخيص العمل؟

ومــع أن جميــع الفروع نـاقشـت مسألة الانسحاب، بـدا الفرع الفرنسي وحـده مصمماً على ترجمة الأقـوال إلى أفعال؛ في 13 أكتوبر/تشرين الأول 2006، حـذر مديـر العمليـات قـائـلاً: "إذا لم نحصل على نتائـج ملموسة في وقت قريب، سوف نتخذ قراراً بمغادرة البلاد، بسبب غياب أي مساحة للعمل الإنسـاني". لم يحـظ هـذا الخيار بـالإجماع: هـل يعقل مغـادرة البلاد بينما تشير الأدلة كلها إلى أن النزاع على حافة التصعيد والتفاقم؟ ما هي الفائدة مـن مغادرة فرع أو أكثر؟ هل يجب إعادة توزيع الموارد المعنية بـالعمليات إلى مناطـق قُبل فيها وجود المنظمة؟ أم الأفضل تنظيم "حدث إعلامي" من أجـل إحراج الحكومــة دبلوماسياً وتعزيز قدرة تفاوضـ المنظمات الأخرى الباقية في البلد؟

التسوية

أخـيراً، اختارت الفروع الثلاثة الاستمرار في التفاوض. فصرفت النظر عـن طلـب التكذيب الرسمي، وتخلت عـن فكرة إجراء التحقيـق، وعن إصدار السلطات لتصريح علنـي يدعمها. وفي نهاية المطاف، وقعت مذكرة تفاهم تسمـح لها بإطلاق عملياتها في ثلاثة مستشفيات اختارتها وزارة الصحة. ولم تـثر في المذكـرة مسألــة الوصـول إلى "المناطق غير الآمنـة". وانطلقت المشاريع في ديسمبر/كانون الأول 2006 ويناير/كانون الثاني 2007.

في السنتـين اللاحقتين، لم تستنفد البعثات الطبية الجراحية في بوينت بيـدرو (الفرع الفرنسي) ومنـار (الفرع الإسباني) وفافونيا (الفرع الهولندي) مواردهــا كلها أو تتجاوز طاقتها القصـوى. ففي سنة 2007، تركزت أغلبية الجرحـى والنازحـين جراء الحرب على الجبهة الشرقيــة. أما في سنة 2008، فلـم تسبب عملية حصــار فاني خسائر كبيرة في صفوف المدنيين بعد. ومع ذلـك، ضمنت عمليـات منظمة أطباء بلا حدود استمراريــة الرعاية الصحية (الطـوارئ والجراحــة) في المستشفيات التي تفتقـر إلى أخصائيين، وتواجه انقطاعاً في إمدادات التموين، وقيود الاحتلال العسكري. في فـافونيا، اضطر

الفـرع الهولنـدي إلى تعليق عملياتـه الجراحية في مارس/آذار 2008، بعد أن ازداد عـدد الفرق الطبيـة التابعة لوزارة الصحة، ممـا جعل وجود الفرع غير ضروري. وقرر الفرع الإسباني وقف العمل في برنامج منار نهاية عام 2008، بعـد أن أعاد الجيش الحكومي السيطرة على المنطقة، وترك البلاد في السنة اللاحقة.

لكن الفرع الفرنسي حاول الوصول إلى المقاطعات الشرقية التي كانت تشهـد تقدماً سريعـاً للجيش. ومن أجل الوصـول إلى "المناطق غير الآمنة"، لجأ إلى الأمم المتحدة. وفي أواخر أكتوبر/تشرين الأول 2006، سعى المنسق المقيـم لـلأمم المتحـدة إلى التفاوض مع الحكومـة على آليـة تتيح تحديد المنظمات التي يمكنها العمل في مناطق المتمردين. ونجح في شهر نوفمبر/ تشريـن الثاني 2006 في الحصول على إذن مـن وزارة الدفاع يسمح لإحدى وعشريـن منظمة غير حكوميـة بالوصول إلى تلك المناطـق، ومنها منظمة أطباء بلا حدود.

وبعـد الحصول على الإذن، قام فريـق التنسيق في فبراير/شباط 2007 بجولـة تقييميـة في المنطقة الخاضعـة لسيطرة نمور التاميـل، بالقرب من فاهـاراي. غير أنـه لم يستطع الحصول على التراخيص الضرورية لإطلاق مشروعـه إلا بعـد استعـادة القـوات الحكوميـة سيطرتها علـى المنطقة بعد مضـي شهر، ما جعل تدخله المخطط دون جدوى. وفي أبريل/نيسان 2007، اقـترح توفـير الدعم لمستشفى باتيكالـوا، نظراً لاشتـداد الضغط على وحدة الجراحـة وزيـادة أعـداد المصابين بعد استعـادة الجيش للقطـاع الساحلي الواقـع جنوب المدينـة. مرة أخرى، أدت العقبـات البيروقراطية الإدارية في كولومبـو ونقص الموارد البشريـة في باريس إلى تأخـير التدخل. فوصلت الفـرق الجراحيـة في أغسطس/آب 2007، بعد أن استعـاد المستشفى نشاطه العادي واستتب الهدوء في معظم المقاطعات الشرقية.

اكتفـى الفرع الفرنسـي بمد يد العـون إلى النازحين، ليوفـر مساعدات متواضعـة (عيادات متنقلة، وخدمات صرف صحي، وتوزيع مواد أساسية) إلى نحـو 30,000 شخص مـن أصـل 160,000 حوصـروا في خضـم عملية التهجير/إعـادة التوطـين القسرية التـي نظمتها الحكومة. ثـم أوقف العمل ببرنامجـه في يناير/كانون الثاني 2008، دون دراسة المسائل التي أثارتها

مشاركته في عمليات النقل القسرية للسكان التي نُظمت بدعم من مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين.

في نهاية المطاف، تمكن الفرع الهولندي وحده من العمل في الأراضي الخاضعة لسيطرة النمور، وإن كانت بعيدة عن منطقة المعارك. وفي مايو/أيـار 2007، افتتح برنامجـاً في كيلينوشي، "عاصمة" نمور التاميل، التي لم تكـن قد تأثـرت بالقتال بعد. واختار دعم وحدات الطـب النسائي، والتوليد، والأطفال، في منطق من الاستعداد المسبق. ولكن، مع اقتراب خطوط الجبهة في صيـف 2008، وتدفق النازحين المدنيين باتجاه كيلينوشي، أجبر تدهور العلاقـات مـع طاقـم المستشفـى الطبـي المنظمة علـى حصـر تدخلها في نطـاق المساعـدات اللوجستية فيما يتعلق بمنطقة معالجـة النفايات وبناء المراحيض للنازحـين. وفي 8 سبتمبر/أيلول 2008، أمـرت الحكومة جميع المنظمـات الإنسانيـة، باستثنـاء اللجنة الدوليـة للصليـب الأحمر وبعض الفرق المختارة التابعة لوكالات الأمم المتحدة، بإخلاء منطقة فاني.

كانـت منظمة أطباء بلا حدود من أولى المنظمات التي غادرت مناطق نمـور التاميل. واصطدمت جهودهـا الفورية للعودة، برفض قاطع من وزير الدفـاع، علـى أثـر اجتماع عُقـد معـه في 28 نوفمبر/تشرين الثـاني 2008. وحين طلب من السفـارات الهندية والغربية ممارسة الضغط على السلطات، أعربـت عن عجزها عـن المساعدة في هذه المسألة. ومنـذ عام 2007، كانت سري لانكا قد تقربت من الصين وباكستان وإيران، ووقعت معها سلسلة من اتفاقيات التعاون الاقتصادي والعسكري.

وبعد ثلاث سنوات من المفاوضات، كانت كل الدلائل أثنائها تشير إلى تحـول النزاع الوشيـك إلى مواجهة حاسمة لا توفر السكان المدنيين. لم يكن لمنظمـة أطباء بلا حدود سوى مشروع جراحي واحد في بوينت بيدرو، وهو مشروع صغير لدعم القطاع الصحي في فافونيا، مع آمال ضئيلة بالوصول إلى مناطـق النزاع. فضلاً عن ذلـك، لم تشعر المنظمة بالارتياح عند التعبير عـن رأيها: فمنذ أزمة عام 2006، شعـرت أن أي انتقاد علني للحكومة يمكن أن يـؤدي إلى طردهـا، بل إلى عمليـات انتقام ضد موظفيهـا. وبدت فرقها عاجزة تماماً ولا تعرف ماذا تفعل.

2009: **الحرب الشاملة والحل الإنساني لمسألة التاميل**

في المـدة ما بين يناير/كانون الثاني ومايو/أيـار 2009، تركز القتال في بقعـة مكتظة بالسكان تضيق باستمرار، وارتفع عدد الضحايا المدنيين ارتفاعاً حاداً. ولم يتلق الجرحى في مناطق نمور التاميل سوى رعاية بدائية يوفرها ثمانية أطباء سريلانكيون من وزارة الصحة رفضوا ترك مراكزهم. واستطاعـت اللجنـة الدوليـة للصليب الأحمـر، التي استمـرت في تزويدهم بالإمـدادات الطبيـة عن طريق الـبر، ثم عن طريق البحر حتـى 9 مايو/أيار 2009، نقـل 6,600 جريـح ومريض بحالة الخطر، إضافـة إلى مرافقيهم (ما مجموعه 13,000 شخص) نحو المناطق الخاضعة لسيطرة الحكومة.

أخلـى الجيش 300,000 شخص من المناطق التـي استعادها تدريجياً من نمـور التاميل. ورافق الجنودُ الناجين إلى مناطق عبور مؤقتة حيث يتم فرزهـم: يُنقـل المشتبـه بانتمائهم إلى نمـور التاميل إلى مخيمـات تسريح سُميـت بـ"مراكز إعادة التأهيل". بينما ينقل الآخرون إلى معسكرات اعتقال مغلقة يديرها الجيش أطلق عليها اسم "مراكز الرعاية". تطوّق هذه المخيمات عدة صفوف من الأسلاك الشائكة ويتولى الجيش والشرطة حراستها.

يقـع أكبر "مراكز الرعاية" في مينيك فارم جنـوب فانوفيا، في منطقة مستنقعـات معزولة. وقد بدأ بناء المخيم في سبتمبر/أيلول 2008 بالتنسيق مـع الجيش، الذي أنجز المرحلتـين الأولى والثانية من المجمّـع. وفي أوائل فبراير/شباط 2009، طلبت كولومبو مساعـدة الوكالات الإنسانية والبلدان المانحـة لتشييـد خمس مناطق إضافيـة. وشمل المشروع الصحي تجهيز 1,400 سريـر في المستشفيات المجاورة، وبناء خمسـة مستشفيات صغيرة وعشريـن عيادة صحية داخل المراكز. وكان القصد من "قرى الرعاية" هذه من أن تستوعب قرابة 200,000 شخص يقيمون فيها لمدد تتراوح بين ثلاث وخمس سنوات. ترددت الجهات المانحة في تمويـل بناء معسكرات اعتقال دائمـة، غير أنهـا وافقت في نهاية المطاف على دعـم برامج طوارئ لبضعة أشهـر، مقابل التزام حكومي بإعـادة توطين 80 في المئة من النازحين قبل نهاية عام 2009.

تسبـب إعـلان إنشاء مينيك فارم في فبراير/شبـاط 2009 بإثارة جدل خلافي علـى الصعيدين الوطني والدولي كليهما، جـدل زاد حدة في يوليو/

تموز. وشبّـه برلمانيون سريلانكيون وهنود وبريطانيـون "مراكز الرعاية" بـ"معسكـرات الاعتقال" التي تذكـر بتلك التي أقيمـت في ألمانيا النازية.[14] أمـا الصحفيـون الدوليون، الذين مُنعوا من دخول مينيـك فارم إلا في إطار بعض الزيارات التي ينظمها الجيش ويواكبها، فقد تناولوا على نطاق واسع التحذيـرات المقلقة من الأوضـاع الصحية في المخيمات. وفي يوليو/تموز، زعمـت صحيفـة التايمـز البريطانية نقلاً عـن مصدر رفيـع في المساعدات الدوليـة أن 1,400 شخصـ يلاقـون حتفهـم أسبوعيـاً في هـذه المخيمات، وأضافـت أن أعـداد الوفيات تثبـت المزاعم بوجود عمليـات "تطهير عرقي" تشنها الحكومة.[15] وبدأت الصحافة بطرح التساؤلات حول دور الأمم المتحدة ومنظمـات المساعـدات الإنسانيـة. فقـد اتهمـت الأمم المتحـدة بـ"التغطية علـى هول المجازر"[16]، وأثـارت المساعدات البريطانيـة إلى ضحايا الحرب الشـك باستخدامها "لتمويل معسكرات الاعتقـال".[17] واتُهمت الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، بـ"التواطؤ في عملية اعتقال واسعة النطاق".[18]

الانتظار في الأجنحة

بـين شهر يناير/كانون الثـاني و20 أبريل/نيسان 2009، كانت منظمة أطبـاء بلا حـدود شاهداً عـن بعد على اجتيـاح مدينة فـاني وسحقها. وفي أواخـر يناير/كانون الثـاني 2009، بدأ أوائل النازحـين المدنيين بالوصول إلى المناطـق الحكوميـة، ليستعيد الفـرع الهولندي عملياته مـرة أخرى. بدأ المرضـى والجرحـى الذيـن تم إجلاؤهم مـن مناطق النـزاع بالاحتشاد في مستشفى فافونيا العام، فارتفع عدد المرضى داخله من 365 إلى 1,004 بين الأول مـن فبراير/شباط والأول مـن أبريل/نيسان. وعـزز الفرع الهولندي صفوف الأطباء السريلانكيين بجراحين اثنين. كما وظفت المنظمة ممرضين

14 Jeremy Page, "Barbed wire villages raise fears of refugee concentration camps", *The Times*, 13 Feb. 2009.

15 Rhys Blakely, "Thousands die in Tamil 'welfare village'", *The Times*, 10 July 2009.

16 Philippe Bolopion, "L'ONU a caché l'ampleur des massacres au Sri Lanka" [*The UN hid the scope of massacres in Sri Lanka*], Le Monde, 29 May 2009.

17 Jeremy Page, "British aid for war refugees may be used to fund 'concentration camps'", *The Times*, 28 Apr. 2009.

18 "Sri Lanka, stop!", *Le Monde*, editorial, 10 Sept. 2009.

بغيــة تحسين ظروف معالجة المرضى بعد العمليــات الجراحية. غير أنها لم تستطع فعل المزيد: فقــد رفضت السلطات السماح لطبيب مختص بالتخدير وممرضتين أجنبيتين إضافيتين بالانضمام إلى الفريق. كما اعترضت على زيادة الفرق الجراحية في المستشفيات الأخرى التي كانت تستقبل الجرحى الذين تم إجلاؤهم من قبل اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

وفي مقاطعــة فافونيــا، سرعان ما اكتظت مخيمــات الاعتقال العشرة التــي أنشــأت في مبان عامة بالنازحين، ما دفــع الجنود إلى نقل المعتقلين المدنيين الأوائل إلى المنطقتين "صفر" و"واحد" في مينيك فارم في فبراير/شباط. طلبت السلطات العسكرية والصحية في فافونيا مؤازرة الأمم المتحدة والمنظمــات غــير الحكوميــة لمساعدة السـكان الذيــن تم إجلاؤهــم مؤخراً. واستجاب الفرع الهولندي لطلب المساعدة من السلطات المحلية التي كانت تبحــث عن منظمــات لتوزيع المكمــلات الغذائية المخصصــة للأطفال دون سن الخامســة، والحوامل، والمرضعات في مراكز الاعتقــال. وبدأت عمليات التوزيع منتصف شهر فبراير/شباط 2009، على الرغم من عدم وجود اتفاق رسمي مع وزارة الصحة في العاصمة، التي أعربت بوضوح عن رغبتها بأن تكــون الموفر الوحيــد للمساعدة الطبية والغذائيــة في المخيمات. "يريد منا [المسؤولــون الإداريــون المحليون] حقــاً جلب الموظفين، بغضــ النظر عما يقولــون في كولومبــو. نستطيع دخــول المخيمات، وأعطانــا جنرال الجيش [المســؤول عن مراقبة المخيمات رقم هــاتفه الخلوي في حال اعترض أحد"، كما قالت رئيسة بعثة الفرع الهولندي للمنظمة.

لعب الفرع الهولندي دوراً في الكشف عن وحشية حملة النظام لمكافحة التمــرد، وسياســات العــزل والاعتقــال الحكوميــة، نتيجة اتصالــه المباشر بالجرحى والنازحــين من فاني. وفي المدة الواقعة بين يناير/كانون الثاني ومارس/آذار 2009، أصــدر بيانــاً صحفياً وعــدة تحديثــات إخبارية على المواقــع الإلكترونيــة التابعة للمنظمة، لوصف ظــروف الحياة التي يعيشها المدنيون المحاصرون بين نيران المدافع في فاني وانعدام الحرية للنازحين المعتقلــين في فافونيــا. كما تحدث عدد من ممثلي منظمــة أطباء بلا حدود عــن هذه القضايا في وسائل الإعلام الدوليــة. وبينما أعلنت اللجنة الدولية للصليــب الأحمر، أنه "مــن البديهي أن يتم إجلاء السـكان المدنيين دون أي

تأخير [من مناطق المعارك]"[19]، دعت منظمة أطباء بلا حدود "طرفي النزاع إلى السمـاح بتمكـين المنظمات الإنسانيـة المستقلة من توفـير المساعدات الطبية الدولية للجرحى في فاني".

انتهـج الفرع الفرنسي، الذي انحصـرت أنشطته في بوينت بيدرو فقط، مقاربـة أكثر تحفظاً. فقد اكتفـى بنقل قسم من معلومـات الفرع الهولندي، وبإجـراء بضـع مقابلات أعرب فيها عـن قلقه الشديـد إزاء قصف المناطق المدنيـة والمرافـق الصحيـة، وهي ممارسـة أدانتهـا أصلاً اللجنـة الدولية للصليـب الأحمر، ومنظمـات حقوق الإنسـان، والأمم المتحـدة، والسفارات الغربيـة، التي طالبت في فبراير/شباط "بوقف إنساني لإطلاق النار" لإنقاذ حياة المدنيين.

حالة طوارئ

في 20 أبريـل/ نيسان 2009، اجتاح الجيش خطوط دفاع نمور التاميل وشطر منطقتهم شطرين، ما أدى إلى إجلاء أكثر من 100,000 مدني في غضون بضعة أيام. وسببت المعركة الأخيرة نزوح 77,000 شخص إضافي بين 14 و 20 مايو/أيار 2009. وكان من بين النازحين عدد كبير من الجرحى. استقبل مستشفـى فافونيا نحو 400 مصاب في 21 و 22 أبريل/ نيسان، حيث عملت فـرق منظمة أطباء بلا حدود وفـرق وزارة الصحة ليلاً نهاراً. وفي منتصف مايو/أيار، بلغ عدد الذي استقبلهم المستشفى أكثر من 1,900 مريض بينما لا يضمّ سوى 480 سريراً. وفي حين كانت جرافات الجيش لا تزال تعمل على تجهيـز المناطق 3 إلى 5، ارتفع عدد سـكان مينيك فارم من أقل من 30,000 إلى أكثر من 220,000 شخص في خمسة أسابيع. كما اعتُقل 45,000 شخص في مخيمـات صغـيرة مؤقتـة في مقاطعة فافونيـا، و 21,000 في مخيمات جافنا ومنار وباتيكالوا وتريكومالي وأمبارا.

بـدءً مـن 20 أبريل/نيسان، وضع فرعا المنظمة ثـلاث أولويات: توفير الرعايـة الطبيـة للنازحين في مناطـق العبور المؤقتة، وتعزيـز قدرات قسم العمليـات الجراحية وقسـم الرعاية اللاحقـة للعمليات الجراحيـة (لا سيما

19 "Sri Lanka: ICRC reiterates concern for civilians cut off by the fighting", 4 Mar. 2009, http://www.icrc.org/eng/resources/documents/interview/srilanka-interview-040309.htm.

بافتتـاح مستشفى ميداني)، وتطوير الرعاية الصحيـة المقدمة داخل مراكز الاعتقـال. فوجئـت السلطات المحلية على ما يبدو بحجـم النزوح وسرعته، واستجابـت لغالبية اقتراحات منظمة أطباء بـلا حدود، بل طلبت من الفرع الهولندي افتتاح عيادات متنقلة داخل المخيمات "في أقرب وقت ممكن".[20]

في كولومبو، اعترضت وزارة الصحة على المقترحات. فالمخطط العام التـي قامت للتـو بتحديثه، بدعم من منظمة الصحـة العالمية واليونيسيف، يحصر أنشطة الرعاية الصحية والصحة العامة داخل المخيمات بالحكومة وحدهـا، بالإضافة إلى شركاء آخرين يتـم اختيارهم بعناية. لكن كولومبو أبدت اهتماماً خاصاً بتدخلات المنظمة المقترحة خارج معسكرات الاعتقال، لأنها تتناسب مع خططها. في 16 مايو/أيار، وقع كل من الفرعين الفرنسي والهولنـدي مذكـرة تفاهـم جديـدة مـع وزارة الصحة تسمح لهمـا بإطلاق ثلاثة مشاريع: إنشاء مستشفى جراحي ميداني يضم مئة سرير مقابل مركز الاعتقال في مينيك فارم (الفرع الفرنسي)، وتوفير مساعدة إضافية لمعالجة الجرحـى في مستشفى فافونيـا (الفرع الهولندي)، وافتتـاح وحدة للرعاية اللاحقة للعمليات الجراحية في بومبايمادو (الفرع الهولندي). وفي مواجهة الحالـة الطارئـة، اختارت منظمة أطباء بلا حـدود المشاركة في خطط عمل الحكومة وتقديم تنازلين اثنين. أولاً، التخلي، مؤقتاً، عن التفاوض للوصول إلى مناطـق العبـور وإلى معسكـرات الاعتقـال. ثانياً، توقيـع مذكرة تفاهم تلزمهـا "الحفاظ على السرية التامة للمعلومـات المتعلقة بتقديم الخدمات" و"عدم نشر أي تعليقات دون الحصول على موافقة وزير الصحة".

ومـع افتتاح البرامج التي وافقت عليها كولومبو في أقل من أسبوعين، حاولت الفرق تخطي الأنشطة المسموح بها. وحين وصلت الموجة الثانية من النازحـين، نجح الفرع الهولندي في الحصول على الموافقة المحلية لإرسال فريـق مؤلف مـن أربعة أشخاصـ إلى منطقة العبور المؤقتـة في أومانتاي (حيـث حاول التدخل عبثـاً في أبريل/نيسان). ومـن 16 إلى 20 مايو/أيار، ساعد أطباء المنظمة في عملية فرز 77,000 من الناجين من الهجوم الأخير، وعلـى تجميعهـم في حافـلات عسكريـة لنقلهـم إلى معسكـرات الاعتقـال.

20 مكتب المدير الإقليمي لخدمات الصحة، فافونيا:
Vavuniya, "To MSF-Holland Project Coordinator. Request for Medical Team to Work at IDP Camps", 21 Apr. 2009.

وعالــج الفريــق 750 من المصابين الذين عانــى معظمهم جروحاً قديمة ولم يتلقــوا رعاية تُذكـر، أو عولجوا بطريقة سيئة. ولم يستطع الفرع سوى توفير المعالجة الإسعافية الطارئة (تنظيـف الجروح، وإعطاء المضادات الحيوية، والمسكنات)، وتحويل الحالات المئتين الأكثر خطورة إلى مستشفى فافونيا، مــع العلــم باكتظاظه بالمرضى والمصابين، وعلى أمــل أن يحصل الجرحى المنقولــون مباشرة إلى المخيمات على العلاج الــذي يحتاجون إليه لتوقي الإصابة بأي التهابات معيقة أو عداوى مميتة.

نُقــل قسـم مــن الجرحــى إلى مستشفى منّــار. وأحصت اللجنــة الدولية للصليـب الأحمـر، التي أرسلت فريقــاً جراحياً إلى المستشفــى، 800 مريض، واتصلت مباشرة بمنظمة أطباء بلا حدود لتعزيز فرقها العاملة هناك. وبين 23 و 24 مايو/أيــار، قامت فرق مشتركة من اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمــة أطبــاء بــلا حـدود ووزارة الصحة بإجـراء عمليــات جراحية على ستــين مصابــاً بجروح قديمة وملتهبــة. لكن في 25 مايو/أيــار، تلقت إدارة المستشفــى أمــراً من كولومبــو بوقف تعاونهــا مع اللجنة الدوليــة للصليب الأحمر ومنظمة أطباء بلا حدود، بسبب عدم الحصول على الموافقة المسبقة من وزارة الصحة.

الشكوك

أصبــح الوصول إلى المخيمات آنذاك قضيــة أساسية لمنظمة أطباء بلا حـدود. وحين تبين أن المهمــة الإنسانية الحكومية "لإنقــاذ المدنيين الذين أخذهــم نمور التاميل رهـائن" تعني القصــف الشامل بالقنابل، فهل تتحول "قرى الرعاية" إلى أماكن يترك فيها السكان التاميل ليلاقوا حتفهم؟

كان الوصول إلى المخيمات مقيداً بقواعد صارمة؛ لكنه أتيح للموظفين الوطنيين والدوليين لمنظمة أطباء بلا حدود، واثنتي وخمسين من المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة، باستثناء بعض الأوقات لمدة ثماني وأربعــين ساعة، تقــوم أثنائها القــوات الأمنية بعمليات "مسـح" تهدف إلى تحديد الناشطين المشتبه بانتمائهم إلى نمور التاميل. وحتى في هذا الحالة، لم تتمكن منظمة أطباء بلا حدود من الحصول على صورة دقيقة عن الوضع الصحــي. وحظرت الحكومــة، التي زعمت امتلاك الحـق الحصري في إصدار

الأرقـام، إجـراء أي مسـح وبائي مستقـل. ولم يكن لدى فـرق منظمة أطباء بلا حدود سوى فكـرة تقريبية عن الظروف الصحية في المخيمات، اعتماداً علـى انطباعاتها البصرية، والمقابلات الوجيزة مع المعتقلين، والمناقشات المطولـة مـع المرضى في مستشفيـات فافونيا ومينيك فـارم. ثم استكملت التقييـم عـبر تبـادل المعلومـات مـع العاملـين الصحيـين السريلانكيين، والموظفين الوطنيين والدوليـين العاملين في المنظمات الإنسانية الأخرى، والقـوات الأمنية، ومنها عـدد من الموظفين الحكوميين الذيـن انتقدوا علناً رفض كولومبو السماح للمنظمات الدولية بدخول المخيمات.

تمثـل الانطباع العام في أن وصـول الموجتين الهائلتين من المعتقلين في أبريل/نيسـان ومايو/أيار قد أدى إلى خلق حالة من الفوضى العارمة، غـير أنـه تم استيعابهـا بصـورة تدريجيـة مـن قبـل الحكومـة ومنظمـات الإغاثـة، التي عملت تحت تنسيق العميـد شاندراسيري، المشرف العام على مجمعـات الاعتقـال. كان العميد يرأس اجتماعات التنسيـق بين الوكالات ويدير عمليات المساعدة بقبضة حديدية. وفي أواخر شهر مايو/أيار، سجل مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية أن المخيم يعاني نقصاً يبلغ 15,000 مـأوى (مـن أصـل 40,000)، وأن نصف المراحيض قـد تم بناؤها، وأن نسبـة تلبية احتياجات الميـاه تصل إلى 75 في المئة. وبهذا الصدد، أقر ممثلـو المنظمات غير الحكومية في جلساتهم الخاصة أن خدمات المساعدة قدمـت بمعدل سريع لا يقارن، مثلاً، بالاستجابة البطيئة والفوضوية للأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية في دارفور عام 2004.

بـدا المخطـط العـام مستوحـى بشـكل مباشر مـن توجيهـات الصحة العامـة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة أطباء بلا حدود، غير أن الحكومـة بدت وكأنهـا تواجه صعوبة في وضعها موضـع التنفيذ، على الرغـم من توظيف 300 طبيـب و 1,000 ممرض وممرضـة. علمت الفرق من مصـادر مختلفة ومتزامنـة (الشرطة، والمشرحة، واللجنـة الدولية للصليب الأحمـر المسؤولـة عن توزيـع أكياس الجثـث)، أن عدد الوفيـات في مينيك فـارم يتراوح بين عشرة وخمسة عشر فرداً في اليوم عند أواخر شهر مايو/أيار. وعنـد المقارنة بإجمالي سكان المخيم، تكون نسبة الوفيات 0.45 لكل عشـرة آلاف شخـص يومياً. ومع أن هذه النسبـة كانت أقل إلى حد كبير من

عتبـة حـالات الطـوارئ في أفريقيا، إلا أنهـا أعلى بثلاث مـرات من المعدل الوطنـي. صحيح أن المعتقلين لا يموتـون بأعداد كبيرة، ولكن سوء التنظيم في المراحـل الأولى لنظـام الرعايـة الصحية (الـذي أدانه عدد مـن الأطباء السريلانكيـين، الذين أعلنـوا الإضراب في الصيف) هـو السبب على الأغلب وراء ارتفاع معدل الوفيات بين المعتقلين الذين يعانون ضعفاً جسدياً، مثل الجرحى والمسنون والأطفال والأشخاص الذين يعانون أمراضاً مزمنة.

في يونيو/حزيـران، قدم فرعا منظمة أطبـاء بلا حدود عدة مقترحات لتقديم الخدمات الصحية في المخيمات (الرعاية الصحية الأولية، والتغذية، والاستشـارات الجراحيـة، والرعايـة الصحيـة العقلية، ومراقبـة الأمراض الوبائيـة، الخ.). لكنها رفضت كلها بطريقـة صريحة إلى حد ما. وفاقم هذا الرفضـ شكوك الفـرق وقلقها. لماذا تصر الحكومة علـى منع منظمة أطباء بـلا حدود من ممارسة أي نشاط صحي داخل المخيمات؟ هل تحاول إخفاء تدهور خطير في الحالة الصحية، أو قمع سياسي وحشي؟

أصيبـت فرق الفـرع الفرنسـي للمنظمـة العاملة في مستشفـى مينيك فـارم على نحو خاص بالحيرة والذهـول. فمعدل الإشغال في المستشفى لم يتعـدى 70 في المئـة، بينما تكتظ المستشفيات المجـاورة بالمرضى. ونظراً لعـدم تحكـم منظمـة أطباء بـلا حـدود بعملية اختيـار المرضـى القادمين مـن المخيمات، بـدأت بالتساؤل عـن الأسباب الكامنـة وراء نسبة الإشغال المتدنيـة في المستشفى. كيف يمكنها التأكد من أن الأولوية تُعطى للحالات الأكـثر حرجاً؟ هل يخضـع المرضى لعمليـة انتقاء سياسية؟ هـل يُستخدم مستشفى منظمة أطباء بلا حدود أداةً دعائية للترويج للحكومة، التي تسعى إلى إعطاء الانطباع بأن الوضع طبيعي؟ أثار العديد من أعضاء المنظمة في مقـري الفرعين وفي الميدان، مسألة هل يترك الفرعان المخيمات ويشجبان سياسـات الاعتقـال التـي يمارسها النظـام، والتـي تلعب فيهـا المنظمات الإنسانية دور المساعد في الشؤون الصحية العامة؟

الخيار

إثر زيارة للمقر الرئيسي في يونيو/حزيران 2009، قرر الفرع الفرنسي المثابـرة والاستمـرار بمهماتـه، مـع إدراكـه الكامل للـدور الـذي عينته له

الحكومة: المشاركة في حفـظ النظام الصحي العام في معسكرات الاعتقال، الـذي تمثلت وظيفتهـا الرئيسية في مراقبـة السكان "الخطريـن" والسيطرة عليهـم، ومن ثم خنـق أي اندفـاع جديـد للنزعة القوميـة التـاميلية.[21] وبعد أن قـررت إدارة راجاباكسـا إلغـاء الأقليـات ومـن ثـم تجاهـل تطلعاتهـم السياسية[22]، سعت إلى تحويل سكان فـاني إلى مجرد مستفيدين من التعاطف الإنسـاني للدولـة، حيـث يحصلون على مستـوى جيد من الرعايـة والطعام والمسكـن والأهم: الحراسة. لقد جسدت مينيك "فـارم"، والتي تعني المزرعة، رمـزاً لهذه السياسة التي توسعت إلى مـا وراء الأسلاك الشائكة، مثلما وضح قـرار وزارة الدفـاع بتجنيـد 50,000 جنـدي إضـافي بعـد أن وضعت الحرب أوزارهـا. وتعطى هذه المبـادرة الأخيرة صدقية لمنتقدي النظام الذين أدانوا تهدئة الأوضـاع في فـاني بواسطة احتلال عسكري طويل الأمد.

إن التنـازلات الوحيدة التي يمكن أن تعتمد عليها الجهات الفـاعلة الدولية (الدول والأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، الخ) تتعلق بـالتخفيف من صرامة سياسة الاعتقـال: الشفافية في عملية "المسح"، والإفراج عن بعض فئـات المعتقلـين، وتحسين ظروف الاعتقـال. وشعر الموظفـون في المكتب الرئيسـي أن على المنظمـة الإسهام في هذه التحسينات. ولذلك، سعى الفرع الفرنسـي إلى أن يصبـح جـزءاً أساسيـاً مـن النظام الصحـي في معسكرات الاعتقـال: في يوليو/تمـوز، زاد مـن قدرتـه علـى استقبـال المرضـى في المستشفيـات، وحسن خدماته التقنية (صور الأشعـة وصور الموجات فوق الصوتيـة، والمختبرات، الخ)، واستبدل خيـام الاستشفاء بـأبنية شبه دائمة. كما سعى إلى إطلاق سراح بعض المعتقلين على أساس حالتهم الصحية.

كان هـذا الموقـف متناقضـاً تمامـاً مـع ذلـك الـذي تبنتـه منظمات المساعـدات الإنسانية الأخرى والجهات المانحة، لا سيما الولايات المتحدة الأمريكيـة والاتحاد الأوروبـي. وفي يونيو/حزيـران 2009، عـارضت الأمم

21 Fabrice Weissman, "Welcome to the farm. MSF and the policy for interning the displaced people of Vanni", report of the visit to Menik Farm and Colombo camps (Sri Lanka), 4–14 June 2009. Paris, Fondation MSF/CRASH, July 2009.

22 في يوليو/تموز 2009، أعلن الرئيس عن اعتقاده:
"my theory…[that] there are no minorities in Sri Lanka, there are only those who love the country and those who don't".
راجع بهذا الخصوص: *The Hindu*, 6 July 2009

المتحـدة وجهاتهـا المانحة، التي كانت تمـول المخيمات بمبلـغ وصل إلى 700,000 دولار يوميـاً، إدخـال تحسينات رئيسية علـى معايير المساعدات مثلمـا طالبت الحكومة (بنـاء مساكن دائمة، ومراحيض متصلة بخزانات للصـرف الصحي، وتوسيع البنية التحتية للرعايـة الصحية ولشبكة المياه الجارية، الخ) بغية التوكيد على الطبيعة المؤقتة لمعسكرات الاعتقال. وأثناء المدة ذاتها، رفضت أكثرية المنظمات غير الحكومية توزيع الإسمنت لتثبيت أرضيات الخيام والملاجئ البلاستيكية. لكن الظروف السكنية كانت مزرية. فقـد تدهورت حالة الخيام والقماش المشمـع المستخدم في مجمل المناطق (باستثنـاء المنطقتين "صفر" و"واحد"، اللتين تضمان ملاجئ دائمة شيدها الجيش) تدهوراً سريعاً بينما فاضت المراحيض واجتاحت موجة من المياه الطينيـة النتنـة المـلاءات التي تغطـي الأرضيـة. وفي قلب غريب لـلأدوار، اتهمـت الحكومة المنظمات الإنسانية بالتسبـب بـ"أزمة إنسانية" واستخدام النازحين رهـائن في سبيل إخضـاع السلطات وإجبارها على تلبية مطالبها. وازدادت الاتهامات شدة وحدّة في أغسطس/آب 2009، عندما حولت باكورة الأمطـار الموسميـة المخيمات إلى مجارير مفتوحة. لكـن صور الفيضانات في المخيمـات خدمت أيضاً كأداة لتعبئة الـرأي العام، واستغلتها منظمات الدفـاع عـن حقـوق الإنسان وبعضـ السياسيـين السريلانكيـين للمطالبة "بإعادة النازحين بسرعة إلى موطنهم الأصلي".

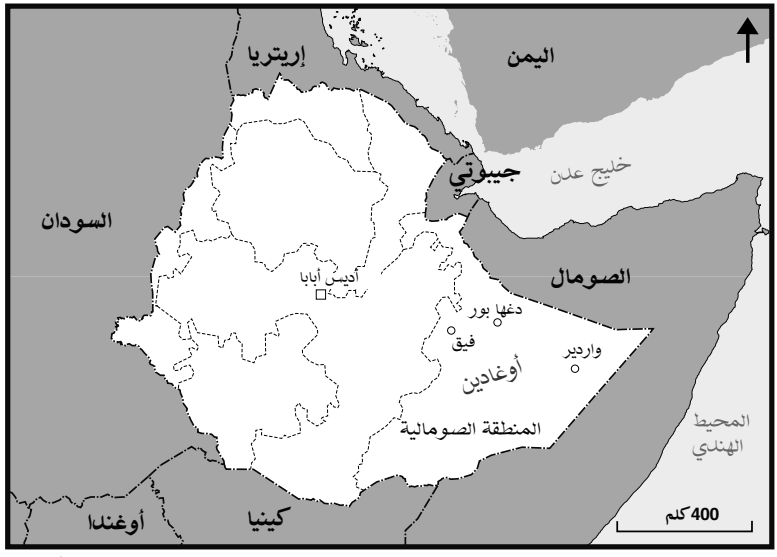
وبالفعـل، أدى قـرار الجـنرال سـاراث فونسيـكا، القائد العـام للجيش السريلانكـي الذي قـاد الهجوم الناجح على نمور التاميـل، بالانضمام إلى صفـوف المعارضة والترشح للانتخابـات الرئاسية المخطط لها في يناير/ كانـون الثـاني 2010 ضد رئيس الدولة الحالي، إلى وضـع قضية النازحين المعتقلين في بؤرة الضوء والاهتمام. يتشارك راجاباكسا وفونسيكا قاعدة الدعـم والتأييـد نفسها، وحاول كل منهمـا اجتذاب أصـوات الأقليات. وفي أغسطس/آب 2009، نـدد القائد الأعلـى الأسبق للجيش بـإدارة راجاباكسا والمصير الذي أعدته للمعتقلين. أقنعت هذه الاهتمامات الانتخابية، مقترنة بالضغـوط الدولية، النظـام بفتح المخيمات وإطلاق سياسـة إعادة توطين سريعـة بدءً مـن شهر سبتمبر/أيلـول 2009. وفي 31 ديسمبر/كانون الأول، أعيـد أكثر مـن نصف النازحـين إلى بلداتهـم وقراهم المدمـرة، والمزروعة

بـالألغـام، والمحاصرة من قبل قـوات الجيش وعناصر أمن بملابس مدنية. أوقـف الفرعان الفرنسي والهولندي برامجهما الخاصة بـالأوضـاع الطارئة. ولم يتحـول مستشفـى مينيك فارم قـط إلى المستشفـى الرئيسي لمعسكرات الاعتقـال. فقـد سُجلت أكثر مـن 4,000 حالة دخول بـين 22 مايو/أيار و 6 ديسمبر/كانـون الأول، شملـت 585 مصابـاً بجـروح جـراء الحـرب. ووفقاً لمعلومـات جمعتهـا السلطات الصحيـة المحلية، يمثل هـؤلاء الأربعة آلاف نسبـة تراوحت بـين 5 في المئة و 10 في المئة من مجمـوع الذين دخلوا إلى المستشفيات من المخيمات.

بعـد أن عـادت منظمة أطباء بلا حـدود إلى سري لانـكا، اعتقاداً منها بـأنهـا ستحظـى بمكانـة خاصـة في عـالم المساعـدات الإنسانيـة، وجدت نفسهـا في موقـع تفاوضي بـالغ الهشاشة، مثلها مثـل سائر المنظمات غير الحكوميـة. نتج هـذا الموقـف الضعيـف أساساً مـن إستراتيجيـة لعب دور الضحيـة وإستراتيجيـة "الـدروع البشريـة" التـي اتبعها نمـور التاميل، ما حـوّل خطاب المساعـدات الإنسانية إلى أداة ترويجيـة لدعم حركة تستخدم ممارسـات شمولية. وأظهرت الحكومة، باستخدام أساليب الغدر التي يتبعها نمور التاميل مبرراً وذريعة، قدرة مشهودة على تنظيم منظمات المساعدات الإنسانيـة وتسويـغ إخضاعهـا لخدمـة مصالحهـا السياسيـة والعسكرية. لقـد وجدت منظمـة أطباء بلا حـدود نفسها تلعب دور المساعـد في سياسة التهدئـة التـي حلـت القضيـة العرقيـة في سري لانـكا بـالقصـف والقنابل والمراقبـة العسكرية، وتوفـير المساعدات الإنسانية للسـكان المصنفين في فئة "الخطرين".

بقيـت المنظمة تحت رحمـة التهديد الدائـم للقيود والعراقيـل الإدارية والعمليـات الانتقاميـة العنيفـة، ولم تتمكـن من معرفة كيـف تحصل على الدعـم السياسي الذي تحتـاج إليـه للمقاومة. ولأنها افتقـدت الحلفاء داخل المجتمـع السريلانكي، تطلعت إلى الـدول الغربية والأمم المتحدة، التي كان تأثيرها يتضاءل وينحسر. وانتهى بها المطاف بـالقبول بما تمليه الحكومة، التـي فرضت أماكن التدخـل الإنسـاني، وأهدافه وآلياته، مـع التعويل على الفجـوات البيروقراطيـة في النظام وعلى المعارضـة الداخلية للحفاظ على هـامش معـين مـن الاستقلاليـة. لقد قـررت المنظمة عـدم استخـدام حرية

التعبـير للهجوم على نظام يسعى بلهـف إلى إظهار نفسه أمام العالم وأمام مجتمعـه، في صـورة الضمان لحكم القانون والقيـم الديمقراطية. في نهاية المطـاف، تبنت منظمـة أطباء بلا حـدود سياسة اختيار الأقـل شراً، بهدف تحسين ظروف الناجين من حرب شاملة لم يبد أن أي سلطة سياسية قادرة على كبح جماحها.


إريتريا
اليمن
جيبوتي
خليج عدن
السودان
الصومال
أديس أبابا
دغها بور
فيق
واردير
أوغادين
المنطقة الصومالية
المحيط الهندي
أوغندا
كينيا
400 كلم

إثيوبيا

إثيوبيا

لعبة العبث في أوغادين

بقلم لورانس بينيه

في أبريل/نيسان من عام 2007، اشتد النزاع في إقليم أوغادين الواقع في المنطقة الصومالية في إثيوبيا، بين الحكومة الاتحادية الإثيوبية والحركة الانفصالية الممثلة بالجبهة الوطنية لتحرير أوغادين(ONLF)، وهو نزاع قائم منذ عام 1994. فبعد سلسلة من الهجمات التي شنها المتمردون، اجتاحت المنطقة موجة من القمع حيث تعرضت القرى لهجوم عنيف، وأُحرقت وأُجبر سكانها على النزوح، كما مُنعوا من الوصول إلى آبار المياه، وأُعيقت حركة التجارة التي تحظى بأهمية حيوية للبدو الرحل الذين يسكنون المنطقة.[1]

في عام 2007، تمثل هدف منظمة أطباء بلا حدود في تقديم الرعاية إلى ضحايا النزاع. وفي منطقة تندر فيها المرافق الطبية ويتوزع سكانها ويتبعثرون على مساحات شاسعة، كان ذلك يعني دعم المراكز الصحية (الثابتة) وتنظيم عيادات متنقلة للوصول إلى المرضى المحتاجين إلى العلاج.

ومنذ بداية عام 2007، بذل فريق القسم الهولندي قصارى جهده من أجل إطلاق برنامج في مستشفى مدينة واردير القائم على تخوم منطقة

1 Jeffrey Gettleman, “In Ethiopian Desert, Fear and Cries of Army Brutality”, *The New York Times*, 18 June 2007.

النـزاع، غـير أن الجيش منـع المنظمـة بطريقة منهجيـة من الوصـول إلى السكان الذين يعيشون في المنطقة. وبعد هجوم شنه المتمردون قرب قاعدة المنظمـة في يوليو/تمـوز، قررت إخـلاء كوادرهـا بصورة مؤقتـة، وأعقب ذلـك حظر السلطـات عودتها مجدداً. قبـل الانسحاب، وأثنـاء بضع جولات مـن الاستشارات الطبية التي استطاعـت تنظيمها، تمكنت المنظمة من جمع تقارير شهود العيان على أعمال العنف التي ارتكبها الطرفان المتحاربان.

أثنـاء الفـترة ذاتهـا، مُنع الفـرع البلجيكـي في المنظمة مـن استكمال مهمـة استكشافية في ضواحي مدينة فيق الواقعـة في مركز منطقة النزاع، حيـث كان يستعد لإطلاق أحد برامجه. بينما طُردت اللجنة الدولية للصليب الأحمـر من المنطقة الصوماليـة، بعد أن اتهمتها السلطـات الإثيوبية بدعم الجبهة الوطنية لتحرير أوغادين.

لم يكـن هنـاك أي نشـاط لأي منظمـة إنسانيـة أخـرى في مناطـق النزاع في أوغادين. أما أسلوب توزيع الجيش لمساعدات برنامج الأغذية العالمي (WFP)فأثار تساؤلات عن عدم التحيز والحيادية نظراً للاشتباه بأنـه استخدمهـا لمكافـأة الذين ينـأون بأنفسهـم عن الجبهـة الوطنية لتحرير أوغادين.

في بدايـة سبتمبر/أيلول 2007، وبعد سلسلة من اللقاءات الدبلوماسية غير المجدية، لا سيما مع المانحين الرئيسيين لإثيوبيا وغيرهم من الأطراف المعنية، عقدت منظمة أطباء بلا حدود مؤتمراً صحفياً لإدانة رفض الحكومة السمـاح بدخول المنظمـات الإنسانية إلى إقليم أوغاديـن.[2] كما أوردت فيه شواهـد عـن انتهاكات لحقـوق الإنسان، وثقهـا الفرع الهولنـدي، ونشرتها وسائل الإعلام العالمية.[3]

ثـم اتهمـت الحكومـةُ منظمة أطباء بلا حـدود بانتهاك سيـادة الدولة ومسانـدة الجبهـة الوطنيـة لتحرير أوغاديـن.[4] وصدرت الأوامـر إلى الفرع البلجيكـي بوقف برنامجه المخصص لرعاية مرضى السل القائم منذ زمن

2 MSF, "MSF Denied Access to Somali Region of Ethiopia despite Worsening Humanitarian Crisis", press release, 4 Sept. 2007.

3 "Ethiopia Blocking Civilian Access to Medicine in Conflict Zone, Agency Says", *Associated Press*, 4 Sept. 2007.

4 "Ethiopia: Government Denies 'Blocking' NGO", *IRIN*, Nairobi, 4 Sept. 2007.

طويل خارج منطقة النزاع، فضلاً عن توكيد الحظر على الفريق الهولندي ومنعه من العودة إلى واردير.

في الوقت نفسه، واستجابة للتحذيرات من خطورة الوضع في أوغادين، لا سيما تلك التي أصدرتها منظمة أطباء بلا حدود، أرسل مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) بعثة لتقصي الحقائق، أشارت في تقريرها إلى تدهور الأوضاع الصحية والاقتصادية في بعض المناطق[5]: صعوبة الحصول على المياه والطعام، ونقص في الأدوية والأغذية العلاجية، وحالات عديدة وحادة من الإسهال والحصبة. وفي نوفمبر/تشرين الثاني، حصل مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية من السلطات الإثيوبية على إذن يجيز عمل عدد من المنظمات الدولية في أوغادين. ومع استمرار السلطات في منع عودة القسمين البلجيكي والهولندي، شجعت منظمة أطباء بلا حدود الفرعين السويسري والإسباني على تقديم طلبات للعمل في المنطقة، وتم اختيارهما مع قلة آخرين. كما حصل مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية على وعد بحضور موظفين من برنامج الأغذية العالمي أثناء توزيع المساعدات الغذائية من قبل الجيش. لكن السلطات لم تلتزم بهذا الوعد.

في يناير/كانون الثاني 2008، أطلق الفرعان السويسري والإسباني برامج طبية وغذائية في المنطقتين المتضررتين مباشرة جراء النزاع: فيق ودغها بور، بينما عاد الفرع الهولندي إلى واردير، دون إذن رسمي، لكن دون منع رسمي أيضاً. وفي الحقيقة، جمدت عمليات الفرعين بحلول منتصف شهر يناير/كانون الثاني. إذ وُضع فريق الفرع الهولندي في الإقامة الجبرية في واردير بعدما رفضت إحدى الشاحنات التابعة له التوقف عند حاجز للجيش، واتُهم عدد من الموظفين المحليين بالتجسس لصالح الجبهة الوطنية لتحرير أوغادين. كما أمرت السلطات فريقاً ميدانياً تابعاً للفرع سويسري بوقف مهمة استكشافية كان يقوم بها، ومُنع من مغادرة الفندق دون إعطاء أي تبرير أو تفسير. قبل إيقاف المهمة، لاحظ الفرع السويسري أن السكان الذين قابلهم كانوا ضحايا لأعمال عنف

5 "Report on the Findings from the UN Humanitarian Assessment Mission to the Somali Region, 30 Aug.–5 Sept. 2007".

مباشرة وعانـوا نقصاً في الميـاه والطعـام والرعاية الطبية جـراء القيود التـي فرضهـا النزاع على حرية التنقل. غـير أن المسؤولين في مقر المنظمة الرئيسي أحجموا عن استخلاص استنتاجات شمولية من هذه الأحداث فيما يتعلق بالمنطقة ككل.

في مارس/آذار 2008، لم تكـد الإقامـة الجبريـة ترفـع حتـى لجـأت السلطـات إلى عرقلة أنشطة فرق المنظمـة كلها بذريعة أن غالبية الموظفين الأجانب لا يملكون تراخيص عمـل.[6] وفي مايو/أيار، استلزمت أزمة غذائية حادة مساعدة المنظمات الدولية للقيام بعمليات إغاثة طارئة في عدد كبير مـن المناطق الإثيوبيـة، واتخذت السلطات اتجاهاً أكـثر ليونة في موضوع تصاريح العمل.

ولكـن بقيت الفرق الميدانية التابعة للفـرع السويسري في منطقة فيق في حالـة مـن الشلـل. وفي يونيو/حزيـران 2008، اتُهم عدد مـن الموظفين المحليـين بالتجسس وأودعـوا السجن. وبعد شهـر، أوقف الفـرع برنامجه وأصـدر بياناً أدان فيه علنـاً القيود الإدارية التي تمنعـه من تقديم الإغاثة إلى السـكان.[7] كمـا وزع وثيقـة على الجهـات المانحة والمنظمـات الدولية والسفـارات، استنكـر فيهـا أيضاً استغـلال السلطات الإثيوبيـة للمساعدات الغذائيـة الطارئـة لغايـات سياسيـة، وغيـاب أي رد فعل مـن جانب الأمم المتحدة.[8] أما الفرعان الآخران فلم ينضما إلى الفرع السويسري في الإدانة، وذلـك أملاً بإمكانية العمل ضمن الحدود المتاحة لهما، واقتناعاً بالافتقار إلى الدليل الدامغ على التلاعب بتوزيع المساعدات.

في السنـوات اللاحقـة، عمل الفرعان على التكيـف بقدر المستطاع مع العقبـات والقيود الإدارية اللامتناهية، وأقاما برامج لدعم المراكز الصحية في المناطـق التـي تنخفض فيها حدة النـزاع المتواصل. وقدمـا مساعدات طبيـة وغذائيـة إلى السكان، المحرومين منها حتـى في أوقات السلم، ووفرا رعاية طبية للاجئين الصوماليين في المخيمات المؤقتة على طول الحدود.

6 "Letter from MSF International Office Secretary-General to Ethiopian Prime Minister and Minister of Foreign Affairs", 31 Mar. 2008.

7 MSF-Switzerland, "Ethiopia: Repeated Obstructions Lead MSF-Switzerland to Pull Out from Fiq, Somali Region of Ethiopia", press release, 10 July 2008.

8 MSF, "Access and Response in the Somali Region: Mission Impossible? The Case of MSF-Switzerland in Fiq", report, Dec. 2007–June 2008.

أهداف متعارضة

منذ البداية، تميزت مسألة الوصول إلى أوغادين في سنتي 2007 و 2008 بالتناقض في الأهداف بين منظمة أطباء بلا حدود والحكومة الإثيوبية. فقد عدّت الحكومة مساعدات المنظمات الإنسانية الدولية إلى سكان المناطق الخاضعة لهيمنة الجبهة الوطنية لتحرير أوغادين دعماً محتملاً للتمرد. وأدانت أي اتصال مع المتمردين – حتى وإن كان حاسم الأهمية لضمان توزيع المساعدات دون تحيز وسلامة فرق المنظمات الإنسانية – بوصفه علامة دالة على التحيز السياسي. وقد عبرت السلطات عن هذا الموقف دون لبس ودافعت عنه بكل وضوح أثناء الاجتماعات مع ممثلي منظمة أطباء بلا حدود وفي المراسلات الرسمية معهم.[9] بل أسرّ رئيس المنطقة الصومالية في عام 2009 إلى أحد الصحفيين بأنه يعتقد "أن لمنظمة أطباء بلا حدود أجندة خفية. إذ تستشير المنظمة 'الشيوخ' [زعماء القبائل] الذين تربطهم علاقات وثيقة مع الجبهة الوطنية لتحرير أوغادين وتوظف أفراداً يدعمون الجبهة".[10]

واقتناعاً منها بمشروعية قضيتها في توصيل المساعدات إلى سكان أوغادين، أخذت منظمة أطباء بلا حدود بعض الوقت لتدرك مدى عناد الحكومة. وحاولت مقاومة الضغوط اعتماداً على حقيقة تعدد الفروع الموجودة وعلى أسلوب التفاوض الدبلوماسي والتصريحات العلنية. غير أن أضرار هذه التصريحات فاقت فوائدها. فالمؤتمر الصحفي الذي عُقد في سبتمبر/أيلول 2007 أشار إلى الشهادات عن العنف التي وثقها فريق الفرع الهولندي، مع أنها عُدت في البداية غير موثقة إلى حد كاف. مما فاقم شكوك السلطات الإثيوبية بمنظمة أطباء بلا حدود، التي اتُهمت بنشر الدعاية الترويجية للجبهة الوطنية لتحرير أوغادين تحت غطاء المساعدات الإنسانية. وبعد بضعة أسابيع، اختبر ممثلو المنظمة بطريقة مباشرة وعلى أرض الواقع تزمتَ الحكومة ورفضها للانتقادات. فخلال اجتماع لهم مع وزير الشؤون الخارجية عُرض ملف من قصاصات الصحف يتضمن جميع

9 رسالة من تيكيدا أليمو، وزير الخارجية الإثيوبية، إلى رؤساء البعثات للفروع البلجيكية والهولندية والسويسرية والإسبانية لمنظمة أطباء بلا حدود، 18 فبراير/شباط 2008.

10 Peter Gill, *Famine and Foreigners: Ethiopia since Live Aid*, Oxford: Oxford University Press, 2010.

الانتقـادات العلنية الموجهـة من المنظمة إلى الحكومـة الإثيوبية منذ إدانة عمليات التهجير القسري للسكان أثناء مجاعة عام 1985.

في يوليو/تمـوز 2008، ضعف تأثير الانتقاد العلني الذي وجهه الفرع السويسري لرفض الحكومة السماح بوصوله إلى المنطقة بسبب بقاء الفرعين الآخرين في أوغادين وعدم الانضمام إليه في الاتهام. وهي مفارقة لم تغب عـن ملاحظـة السلطات، التـي اتهمت المنظمـة علناً "بنشر الإشاعات التي يتناقض مضمونها بوضوح مع الواقع على الأرض".[11]

وفيمـا يخصـ التفاوض مـع السلطات، يعـترف حتى رؤسـاء بعثات منظمـة أطبـاء بلا حدود بأن شبكـة العلاقات والصـلات الرسمية للمنظمة في إثيوبيـا لم تكـن كافية أو منظمة. إذ عانت فـرق العمليات، التي لم تملك سـوى خبرة محـدودة في البلاد، صعوبـة في تحديد الشخصيـات المناسبة ضمـن نظام حكومـي معقد تبهت فيـه مستويـات المسؤوليـة وتتداخل؛ إذ كانـت القرارات المتعلقة بـالتفويضات الممنوحة والقيود المعيقة تُتخذ على مستـوى المنطقـة حيناً وعلـى المستوى الاتحـادي أحياناً، وتـارة من قبل السلطات الصحية، وتارة أخرى عن طريق الجيش، دون قواعد محددة.

علـى المستوى الدبلوماسي، وجد الفريـق المسؤول عن تنسيق علاقات مختلف فروع منظمة أطباء بلا حدود مع البلدان، ومنظمات المجتمع المدني، والمؤسسـات الدولية، أن اللجـوء إلى الاتحاد الأفريقي سيكون إجراءً عقيماً، نظـراً للدور البـارز الذي تلعبه إثيوبيا في المنظمة. لذلك، ركز الفريق جهوده على وكالات الأمم المتحدة والأطراف الغربية المانحة التي يرجح، بوصفها الجهـات الموفرة المساعدات لإثيوبيـا، أن تأخذ على محمل الجد الصعوبات التي عانى منها سكان أوغادين في الحصول على مساعداتها. ولكن إثيوبيا هي الحليف الأفريقي الرئيسي للولايات المتحدة وشريكتها في "الحرب على الإرهـاب"، لا سيما في الصومـال، حيث تلعب الحكومة الإثيوبية دوراً رئيسياً في محاربـة المتمردين الإسلاميـين.[12] خلال اللقاءات غـير الرسمية، أبدى معظـم الدبلوماسيين وممثلي وكالات الأمم المتحدة العاملة في إثيوبيا عن خشيتهـم وقلقهـم من رفض الحكومـة السماح بـالوصـول إلى المنطقة ومن

11 "Ethiopia Slams Swiss Charity over Ogaden Pull-out", *Reuters*, 12 July 2008.

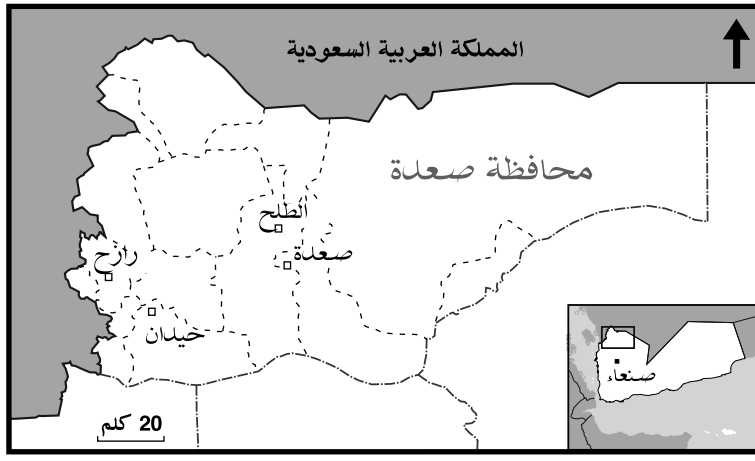
12 راجع أدناه: "الصومال: كل شيء قابل للتفاوض"، ص 95–114.

التلاعـب بتوزيـع المساعـدات. وبينما شجع كثـير منهم منظمـة أطباء بلا حـدود علـى إعـلان ما تفكر به علـى الملأ، لم يملـك أي منهم علـى ما يبدو الوسائـل أو الطموح لتغيير ميزان القـوة مع الحكومة الإثيوبية، التي تتمتع بخبرة واسعة ومهارة كبيرة في فن السيطرة على المساعدات الإنسانية.

في مسار هذه الأحداث، لجأت السلطات الإثيوبية إلى المناورة وأجبرت منظمة أطباء بلا حدود على التحرك وفقاً لإيقاعها المرسوم في جولتين. بدأ الموقف الأول من الجولة الأولى (التي تشمل ثلاثة مواقف) عندما أطلقت الحكومة الإثيوبية حملة قمع واسعة ومنعت الوصول إلى المنطقة المتضررة بين شهري أبريل/نيسان ونوفمبر/تشرين الثاني من عام 2007. وتمثل الموقف الثاني في احتجاجات منظمة أطباء بلا حدود الدبلوماسية والعلنية. واتصف الموقف الثالث بفتح زائف للمنطقة فرضته السلطات الإثيوبية مؤقتاً في نوفمبر/تشرين الثاني بعد تعرضها لضغوط من الأمم المتحدة.

في عـام 2008، تسارعـت الأحـداث في الجولة الثانية. فقـد طال حظر الوصـول إلى المنطقـة، بينما لم يستمر السماح بدخولهـا سوى مدة وجيزة. ومارسـت السلطات مضايقـات متواصلة، ما أدى إلى شل جميع أعمال فرق منظمة أطباء بلا حدود.

وإذا تمكنـت المنظمة من المقاومة في الجولة الأولى، فقد أذعنت لاحقاً وسايرت الإيقاع المفروض الذي يتيح لها البقاء في الحلبة. ومنذ تصريحها العلني الأخير حول الوضع في أوغادين، ابتعدت عن الواجهة والأضواء أملاً بتحسـن علاقاتهـا مع السلطـات ومن ثم زيـادة قدرتها علـى الوصول إلى المنطقـة. صممت هـذه الإستراتيجية لتمكين المنظمة مـن مساعدة السكان في حالـة احتـدام النـزاع، لكن لا يوجد سبـب يدعو للاعتقاد بـأن الحكومة الإثيوبيـة ستكـون أكثر استعـداداً لفتح المنطقة والسمـاح بدخولها مقارنة بحالها في عامي 2007 و 2008.


المملكة العربية السعودية
محافظة صعدة
الطلح
صعدة
رازح
خيدان
صنعاء
20 كلم

اليمن

اليمـــن

المهـــادنـــة

بقلم ميشال أوليفييه لاشاريتيه

في سنة 2004، اندلع تمرد مسلح يقوده النائب البرلماني السابق حسين الحوثـي في محافظـة صعـدة في شمـال اليمـن. وكان أنصـاره يعارضون التقـارب السياسـي بـين الحكومة اليمنيـة والولايـات المتحـدة الأمريكية ويطالبـون بالعـودة إلى المذهب الزيـدي، وهو مذهب إسلامـي شيعي كان ينتمـي إليه الأئمـة الذين حكموا اليمن حتى سنـة 1962. وقد تميزت الحرب في صعـدة، التي استمرت بين يونيو/حزيـران 2004 وفبراير/شباط 2010، بفترات من الصراع الحاد تخللتها فترات من الهدوء النسبي.

أرسـل الفـرع الفرنسي مـن منظمة أطباء بـلا حدود بعثـة استكشافية أوليـة إلى شمال اليمـن في يوليو/تموز 2007، على إثـر التوقيع على اتفاق لوقـف لإطـلاق النار رعته حكومة قطـر قبل ذلك بشهر. وبعـد أربع جولات مـن الحـرب، فشلت الحكومـة اليمنيـة في إخمـاد الحركة الحوثيـة، التي لم تستطـع السيطـرة على أي أراضي. وتمثل هدف منظمـة أطباء بلا حدود في تحسـين حصول السكان على خدمات الرعايـة الصحية الثانوية في منطقة صعـدة، التي كانت تضم عدداً قليلاً مـن المستشفيات، وكانت عرضة لخطر تجـدد الأعمال العدائية مع التداعيات المحتملة (مثل جرحى الحرب، ونزوح السـكان، الخ). وقد بـدأت المنظمة العمل في مستشفى حيـدان في سبتمبر/أيلول 2007، وفي مستشفى رازح في ديسمبر/كانون الأول 2007 ومستشفى

الطلـح في أبريل/نيسان 2008. وبينما كانت كل هـذه المستشفيات الثلاثة تقـع في المناطق الخاضعـة لسيطرة الحكومـة عندما وصلـت إليها منظمة أطبـاء بلا حـدود لأول مرة، إلا أنهـا انتقلت تدريجيـاً إلى سيطرة الحوثيين أثناء الحرب: مستشفى حيدان في سنة 2008 ورازح والطلح سنة 2009.

وبـين عـامي 2004 و2007، لم يحظ الصراع اليمني إلا بتغطية إعلامية محـدودة جداً. ويعود غياب الصـور والتقارير الخاصة بالحرب إلى السيطرة الكاملـة للحكومـة اليمنية علـى الإعلام والتـي تُرجمت بـأعمـال اضطهاد مورسـت على الصحافيـين وبملاحقات قضائية ضـد المعارضين للنظام.[1] وقـد تضاعفـت هذه الملاحقات ابتـداءً من سنة 2001، مـع إشراك اليمن في "الحـرب العالمية على الإرهـاب"، ممـا أشار إلى انحيـازه للولايات المتحدة الأمريكيـة.[2] كما سيطـرت الحكومة على وسائل الاتصـال الخاصة بـأنصار الحركـة الحوثيـة. فقـد أنشـأ صحفيـون مقربون مـن النظـام اليمني مركز بحـوث وموقعـاً علـى الإنترنـت[3]، كان يهـدف المحللـون فيـه إلى الحد من قـدرة المتمردين على الحشـد السياسي، مما لم يترك للمتمردين أي وسيلة للفـت الانتباه إليهم، عدا المنشورات التي يوزعونها على السكان والعلاقات النادرة مع قليل من الصحفيين الذين كانت لديهم الجرأة لتغطية الصراع.

لكن بحلول الوقت الذي افتتحت فيه منظمة أطباء بلا حدود مشروعها في سبتمبر/أيلـول 2007، كان الوضـع قد تغير خلال الأشهـر السابقة؛ فقد حولـت الوساطـة الدبلوماسيـة القطريـة انتبـاه الإعلام للصـراع، لا سيما مـن قبل قناة الجزيـرة الفضائية في قطر. وبدأ المتمـردون بتوزيع أقراص فيديـو رقمية (DVD) تحتوي علـى مشاهد للحـرب وانتصاراتهم العسكرية وخطابـات قادتهم، وبدءوا بنشر المعلومات عبر قوائم الرسائل الإلكترونية علـى شبكـة الإنترنـت، مما أتـاح لهم الالتفاف علـى عملية إغـلاق المواقع الموالية للحوثيين.

---

1 Patrice Chevalier, “The Yemeni Law and How to Use it Against Journalists”, http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/36/17/00/PDF/Chevalier_The_Yemeni_Law_and_How_to_Use_it_Against_Journ_.pdf—version 1, 16 Feb. 2009.

2 Chevalier, “The Yemeni Law”, http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/36/17/00/PDF/Chevalier_The_Yemeni_Law_and_How_to_Use_it_Against_Journ_.pdf—version 1.

3 www.nashwannews.com. See Samy Dorlian, “Yémen: observation sur le traitement médiatique de la guerre de Saada”, Olfa Lamloum (ed.), *Médias et islamisme*, Beirut: Presses de l’Ifpo, 2010, Coll. Études contemporaines.

وكانـت أطبـاء بلا حدود هي المنظمة الدوليـة الإنسانية الوحيدة التي استطاعـت الوصـول إلى مناطـق القتـال باستثناء اللجنـة الدولية للصليب الأحمـر التـي كانت تعمل من خلال الهلال الأحمـر اليمني. وبما أنها كانت إحـدى الجهات الأجنبية القليلة التي شهدت النزاع وتداعياته الكارثية على السـكان، واجهت المنظمة هـذه المعضلة: هل تساعـد في الكشف عن العنف في هـذه الحـرب التي لا يُعرف عنها إلا القليـل، مجازِفةً بتعريض عملياتها للخطـر؟ وبـين عامـي 2007 و 2009، دفع تغير الأوضاع منظمـة أطباء بلا حـدود إلى توخّـي الحـذر. واعتمـد نطاق عملهـا، إلى حد كبير، علـى النوايا الحسنـة للحكومة، التـي كانت تطلـب إخضاع تنقلات الموظفـين الدوليين وحركة الإمدادات والأدوية التابعة لمنظمة أطباء بلا حدود لموافقات تُعطى لـكل حالـة على حدة مـن وزارة التخطيـط والشرطة ومحافـظ صعدة. وفي سنـة 2009، عمدت منظمة أطباء بـلا حدود إلى قصر إعلامها على التعريف بأنشطتها داخل اليمن، أي أن تحوز على القبول من جانب أطراف النزاع.

صمت ملائم؟

في الفـترة مـا بـين أغسطـس/آب 2009 وفبراير/شبـاط 2010، وقعت مدينـة الطلح تحت سيطـرة الحوثيين. فأصبح المستشفـى الذي كانت تعمل فيـه منظمة أطباء بلا حـدود على خط التماس، يتقـدم ويتراجع تباعاً بين الطلـح ومدينة صعدة. وقد تعرضـ المستشفى لطلقـات الرصاص وشظايا القذائف في مناسبات عدة في أغسطس/آب وسبتمبر/أيلول.

وفي 8 سبتمبر/أيلـول 2009، استقبلـت فـرق منظمـة أطبـاء بلا حدود في المستشفـى سبعـة أطفال وامـرأة كانوا قد أصيبوا جـراء القصف الجوي علـى وسط المدينة، ولم ينج منهم إلا اثنـان. وفي 14 سبتمبر/أيلول، قصف الطـيران الحكومـي سـوقَ الطلـح، مما خلف واحـد وثلاثين جريحـاً وتسعة قتلـى نقلوا جميعاً إلى المستشفى. وسرعان مـا اقتحم أنصارُ الحوثي دفعة واحدة المستشفى من أجل التقاط صور للجرحى، حتى أقنعتهم فرق منظمة أطبـاء بـلا حدود بـترك الموقـع لأن وجودهـم جعل مـن المستشفـى هدفاً عسكريـاً محتمـلاً. في ذلـك اليوم، اتصلـت السلطات الحكوميـة في المنطقة بمنسقة المشروع مرات عدة لتؤكد لها أنها لم تصدر الأمر بالقصف، وكانت

السلطات حريصة أن تعرف ما إذا كانت المنظمة ستصرح بأي شيء عن هذا الحـادث أم لا. وأصـدرت السلطات المركزية في اليوم التـالي بيانـاً صحفياً تنفي فيه مسؤوليتها عن القصف.[4] وبعد ذلك بيومين، ألقت طائرة حكومية منشورات تخيّر السكان بين أمرين: إما محاربة المتمردين أو ترك المدينة.

خـلال الأيام التاليـة، احتدمت المعـارك حول صعـدة، وأصبحت فرقَ العمـل التابعـة لمنظمـة أطباء بلا حـدود قلقة مـن تأثير التراجـع المتزايد للأمـن على قدرتهـا في الاستمـرار في عملها بـالمستشفـى. وأصبحت طرق الإجـلاء نحو العاصمة ونحـو المملكة العربية السعودية تـزداد خطراً يوماً بعـد يـوم، وبدا أن فرص إجلاء الموظفين الدوليـين كانت تقل تدريجياً يوم بعد يوم. أما بـالنسبة لموظفيها المحليين الذين كانوا يسافرون عبر الطريق بين صعدة والطلح عدة مرات أسبوعياً، فقد كان يتم توقيفهم ومضايقاتهم مـن قبل الجيش ويتم منعهم مـن التنقل. وعندما اتصلـت منظمة أطباء بلا حـدود بمسؤول يمني رفيع آملة إعطائها ضمانات لسلامتها، نُصحت بترك المنطقـة. وفي 22 سبتمبر/أيلـول، أوقفت منظمة أطبـاء بلا حدود برامجها الجراحيـة التي كانـت تجريها ورتبت لنقـل المرضـى إلى مستشفى صعدة، الواقعـة علـى بعد خمسة عشر كيلومتراً. وبعد بضعـة أيام، أُجلي الموظفون الدوليون من مستشفى الطلح، كما غادره الطاقم المحلي.

لم تتحدث المنظمة علناً عن عمليات القصف الجوي التي كانت شاهدة عليهـا، مخلـة بذلك بـالالتـزام الـذي اتخذته منظمـة أطباء بلا حـدود على نفسهـا بصفة عامة سنـة 2006: "لقد تعلمنا توخي الحـذر في إطار أعمالنا [...] دون أن نمنـع منظمة أطباء بلا حـدود من إدانة الجرائم الفظيعة والتي يتـم تجاهلها، مثل عمليات قصف المدنيـين، والهجمات على المستشفيات، وتحويـل المساعـدات الإنسانية عن مسارها. إن اتخـاذ موقف تجاه أحداث كهذه ووضع الآخرين أمـام مسؤولياتهم يبقى دوراً جوهرياً لمنظمة أطباء بـلا حدود".[5] فكيـف بررت المنظمة صمتها في وجه جريمة خطرة لم ينقلها إلى العالم الخارجي إلا قلة من الشهود المباشرين؟

---

4 Yemen National Information Center, http://www.yemen-nic.info/news/detail.php?ID=23227. Cited in "All Quiet on the Northern Front?", New York: Human Rights Watch, Mar. 2010, p. 29.

5 منظمة أطباء بلا حدود، اتفاقية لا مانشا، أثينا، 2006.

لقـد شعـر مسؤولـو العمليات لـدى منظمة أطبـاء بلا حدود بـأن إدانة عمليات القصف الجوي ستعني تحميل الحكومة المسؤولية كاملة، ويُعرِّض استكمـال أنشطـة المنظمـة في اليمن للخطـر مقابل استفـادة ضئيلة. وهل سيكـون التحـدث علانيـة عـن قتـل المدنيين خـلال المعـارك كافيـاً لحث المتحاربين على ضبط النفس في استعمال العنف؟

وفي سياق أوسع، طُردت منظمة أطباء بلا حدود من دارفور سنة 2009، وعلَّقـت حكومة النيجر أنشطة المنظمة هناك قبل سنة من ذلك. وبينما كان القصـف مستمراً على الطلح، أثار بيان علني للمنظمة بشأن ظروف احتجاز النازحـين في النـزاع الدائر في سري لانكا سخـطَ السلطات هنـاك. وقد شهد التفاضل المتصور بين القول والفعل نقاشاً حاداً في أروقة منظمة أطباء بلا حـدود؛ حيث طالب بعض مديريها بـالتزام الصمـت وتقديم الرعـاية. وأثنـاء حـوار أجرتـه قناة الجزيـرة عقب طرد منظمـة أطباء بلا حـدود من دارفور قبـل ذلك بعدة أشهر، قـال مدير عمليـات المنظمة: "علينا أن نتحلى بـالقدرة على التمييز بين نشطاء حقوق الإنسان والعدالة الدولية من جهة ومنظمات الإغاثة من جهة أخرى".

لذلـك، لم تكن لدى المنظمة رغبة كبـيرة للمخاطرة بعملها في اليمن بـالتنديـد بجريمـة لم تؤثـر عليها مباشـرة، كما لم ترغـب في الطلب علناً مـن الأطـراف المتحاربة تحييـد المستشفى عن الصـراع وضمـان سلامة فـرق عملها وحريـة تنقلهم. ولما احتدم القتال، قـررت فرق المنظمة نقل موظفيهـا ومرضاها إلى بر الأمـان وإخـلاء المركز، دون أن تقول شيئاً أو تـرى فـائـدة مباشرة وملموسـة في التحدث علانية. ولكـن في 5 أكتوبر/ تشريـن الأول، وبمجـرد مغادرة مقدمـي الرعاية القلائل الذيـن استمروا بـاستقبـال المرضى بعد رحيل منظمة أطباء بـلا حدود، أصدرت المنظمة بياناً لوكالة الأنباء الوطنية وعدد من الصحف اليمنية. وعلى أمل معاودة أنشطتهـا في مستشفى الطلح يوماً ما وخوفاً مـن أن يتم نهب المستشفى وقصفـه، دعت المنظمة في هذا البيـان "إلى احترام مرافق الرعاية الطبية [في محافظـة صعـدة] وأهدافهـا"، أي في هـذه الحالـة، احـترام المبنـى المهجور والأجهزة.

كلام لم يلق أي صدى

كانـت منظمــة أطباء بلا حدود تصدر كل عام تقريـراً يشمل قـائمة من "أهــم عشر أزمات إنسانيــة" في إطار جهودها في العلاقــات العامة بهدف إبرازهــا في وسائـل الإعـلام. ولم يكـن شهـر ديسمبر/كانـون الأول 2009 استثنــاءً من ذلك، وكان اليمن مدرجاً على هذه القائمة. وقد أشارت منظمة أطبــاء بلا حدود تحديداً في هذا التقريـر إلى أن "في أغسطس/آب، تصاعدت وتـيرة العنـف بشكل حاد، كمــا بدأت قـوات الجيش اليمنــي في شن غارات جوية وهـجمات بـالمدفعية ضد المتمردين الحوثيين"، كما أوردت أن عشرات الآلاف مـن المدنيين فروا إلى محـافظات حجــة وعمران والجوف المجاورة، حيث كان حصولهم على خدمات الرعاية الصحية ضئيلاً أو منعدماً.

فقامـت قناة الجزيرة وكثير من وسائل الإعـلام العربية الأخرى بنشر هـذه المعلومــات؛ بـل وبثت قنــاة الجزيـرة نشرة خاصــة حول مــا أعلنته منظمــة أطباء بلا حدود عن اليمن في ديسمبر/كانون الأول 2009، وتساءل المحللــون العاملــون في القناة علناً عـن التداعيات السلبية لهـذه البيانات على مصداقية الرئيس صالح.

وجاء رد الحكومة بصورة فورية؛ ففي منتصف الحرب تماماً علقت الحكومــة جميــع التصاريح الممنوحــة لأنشطة منظمة أطبــاء بلا حدود في اليمــن، مثـل انتقال الأشخاص والمركبات، والـواردات، والمشاريع الجديدة، وتجديد الاتفاق الإطــاري للمنظمة. وعقد ممثلون عن الحكومة اجتماعاً أعربوا فيه عن شكاواهم الأساسية لرئيس البعثة: فشلت منظمة أطبــاء بلا حـدود في الحفــاظ على حيادهــا في الصـراع، كونها نددت بـأعمــال العنـف العسكرية دون أن تنـدد بتلك التي قام بهــا الحوثيون، وأن المنظمــة قدمـت تقييمــاً بــلا أساس عــن خدمات الرعايــة الصحية في منـاطـق حكومية لم تعمـل فيها المنظمة إلا قليــلاً، أو لم تعمل هناك أصــلاً. وختم أحد متحــاوري الحكومة مع منظمة أطباء بلا حدود قائلاً: "لقـد جرى طردكم مــن دارفور بسبب هذا النوع من التقارير ذات الطابع السياسي المحض".[6]

6 تقرير داخلي لمنظمة أطباء بلا حدود، 2009.

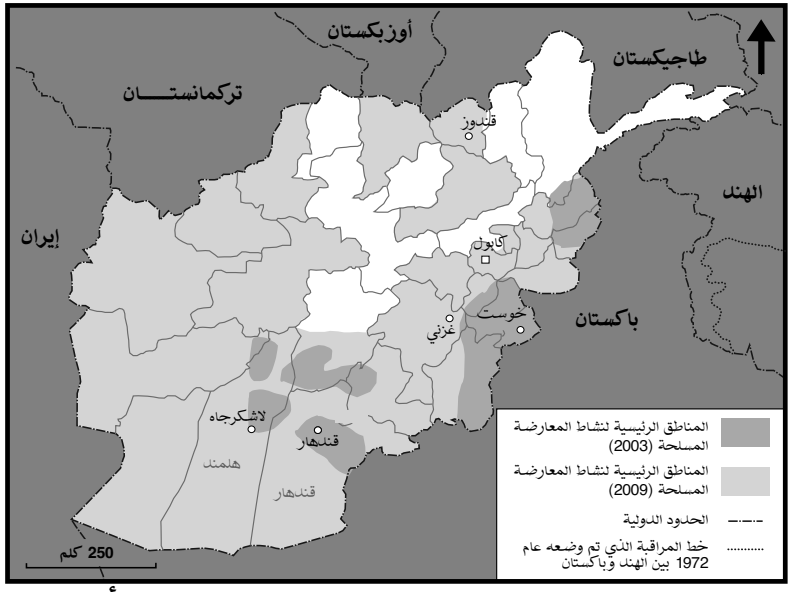
غير أن إدراج اليمن ضمن تقرير "أهم عشر أزمات إنسانية" لم يخدم أي هـدف سياسي أو ميداني معين، إلا "لفتَ أنظار الإعلام إلى أزمة مهملة".[7] إن غيــاب النية والهدف أدى إلى وصف غامض للنـزاع ولتداعياته، الذي ربما رأت فيه الحكومة نوعاً من التعاطف مع قضية المتمردين. وقد قدم التقرير المختصـر الحكومةَ بمظهـر المتهم الرئيسي عـن تصاعد الأعمــال العدائية وإعاقــة المساعدات، وعن قمع حركة "تدعي تهميشــاً اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً ودينياً".

كانت السلطات واضحة بشأن شروط التفاوض: إذا وافقت منظمة أطباء بــلا حدود على نفي أن تكون الحكومة اليمنية قد قامت بإعاقة الوصول إلى أماكـن معينــة ونفي أن كان هنــاك نقص في خدمات الرعايــة الصحية في المناطق الحكومية، وعلى أن تؤكد أن استخدام الإعلام لقضية اليمن فقط من ضمــن تقرير "أهم عشر أزمات إنسانية" إنمــا كان يعكس وجهة نظر وسائل الإعــلام نفسها فحسب، عندئذ سترفع الحكومة العقوبات عنها. قبلت منظمة أطبــاء بلا حدود بهذه المقايضــة. وتبعاً لذلك، وجه مسؤولــو العمليات لدى الفرع الفرنسي للمنظمة في ديسمبر/كانون الأول 2009 رسالةً إلى السلطات اليمنيــة يعترفــون فيها بــأن التقرير قد يكـون بدا متحيـزاً، وأن الحديث عن مشــاكل حصول المدنيين على خدمات الرعايــة الطبية لم يكن موثقاً توثيقاً كافيــاً. ونشرت وكالــة الأنباء الوطنية بيانــاً صحفياً يحمـل عنواناً معبراً، يقول: "أطباء بلا حدود تعتذر لليمن رسمياً عن تقريرها حول الوضع الطبي في صعـدة". وتضمــن البيان ما يلي: "تقر منظمة أطباء بلا حدود بأن بعض المعلومــات الــواردة في التقرير، والخاصة بعدم حصــول النازحين [...] على الخدمــات الصحيــة، [...] لم تكـن صحيحــة". وقـد أُرسل البيــان إلى عدد من مشتركي خدمــة الرسائل النصية اليمنيين، كما نشرته ما يقرب من عشرين وسيلــة إعلاميــة وطنية وبعضـ وكالات الأنباء الدوليــة. وعقب ذلك، رفعت الحكومة فوراً كل العقوبات المفروضة على منظمة أطباء بلا حدود.

أثنــاء قصـف بلدة الطلح، اعتـبرت منظمة أطباء بلا حـدود أن التحدث علانيــة يُعد تهديـداً لعملياتها، وليس وسيلة ضغط علــى الحكومة لضمان

7 مقابلة مع نائبة مدير قسم الإعلام والاتصال، منظمة أطباء بلا حدود فرنسا، يناير/كانون الثاني 2011.

سلامة المدنيين وفرق المساعدات. ولكن لو كانت المنظمة قد قررت التحدث علانية، لـكان من الصعب على الحكومة أن تتحدى شهادة مباشرة وفورية مـن منظمة طبية تعالج الضحايـا المدنيين جراء القصف الجوي، والمنظمة نفسهـا تأثـرت بانعدام الأمـن. بالمقابـل، أظهرت حادثة تقريـر "أهم عشر أزمـات إنسانية"، التي أثبتت حساسية الحكومـة اليمنية تجاه صورتها في وسائـل الإعلام أثناء الحـرب، مدى هشاشة منظمة أطبـاء بلا حدود عندما تتكلم علانية من غير هدف سياسي أو تنفيذي واضح. وعند هذه النقطة، لم يكـن لدى المنظمة ما تأتي به في المواجهة الحاسمة مع السلطات الوطنية. فهـي بنفيها وجود مشـاكل في حصول السكان على الرعاية الصحية تكون قـد دعمـت الحكومـة في دعايتها، وهـي مشـاكل يتحمل كل مـن الحكومة والمتمردين المسؤولية عنها.


أوزبكستان
طاجيكستان
تركمانستـــان
قندوز
الهند
إيران
كابول
خوست
غزني
باكستان
لاشكرجاه
قندهار
هلمند
قندهار
250 كلم
المناطق الرئيسية لنشاط المعارضة المسلحة (2003)
المناطق الرئيسية لنشاط المعارضة المسلحة (2009)
الحدود الدولية
خط المراقبة الذي تم وضعه عام 1972 بين الهند وباكستان

أفغانستان

أفغانستان

التفاوض للعودة

زافييه كرومبيه
مع ميشيل هوفمان

في 28 يوليو/تموز 2004، عقد ممثلان لمنظمة أطباء بلا حدود مؤتمراً صحفياً في كابول للإعلان عن قرار المنظمة بالانسحاب من أفغانستان. ففي 2 يونيو/حزيران، كما قالا في تفسير أسباب القرار، اغتيل خمسة من عمال الإغاثة التابعين لمنظمة أطباء بلا حدود في ولاية بادغيس، وحتى بعد مرور شهرين تقريباً، لم تحاول السلطات الأفغانية في كابول توقيف المشتبه بهم واتخاذ الإجراءات القانونية بحقهم. إضافة إلى ذلك، أعلن متحدث باسم حركة طالبان، كما زعم، مسؤولية الحركة عن الاغتيالات وبرر مزيداً من الهجمات باتهام منظمة أطباء بلا حدود "بالتجسس لصالح الأمريكيين". وقد استنتجت المنظمة من هذه الوقائع أن "العمل الإنساني المستقل، الذي يشمل توجه عمال الإغاثة العزل إلى مناطق النزاع لتقديم المساعدات، أصبح مستحيلاً" في أفغانستان.

ومع أن هذه مثلت الأسباب الرئيسية للانسحاب، إلا أن المتحدثين باسم منظمة أطباء بلا حدود أوضحوا أن القوات الدولية تتقاسم مسؤولية الوضع المتدهور الذي حصلت فيه الأحداث الأخيرة. وزعموا أن المحاولات المنهجية لقوات التحالف بقيادة الولايات المتحدة لاستغلال المساعدات الإنسانية واستخدامها لكسب

"القلـوب والعقـول"، قـد أدت إلى إسـاءة جديـة إلى الصـورة الحياديـة وغير المتحيزة لعمال الإغاثة.[1]

كان القـرار مفاجئاً لعدد كبير من المتابعين للمؤتمر الصحفي، والذين تذكـروا حضور المنظمـة طوال أربع وعشريـن سنة في أفغانستـان، وأثناء أسـوأ الأوقـات التي شهدتها البـلاد. سأل أحد الحاضريـن: "ألا يوجد سبيل للبقاء [...] والتعامل مع الوضع الأمني؟".[2]

في مقالـة نُشرت في صحيفة وول ستريت جورنال بعد بضعة أسابيع، قدمـت شيريل بينارد، وهـي أكاديمية أمريكية مقربة مـن إدارة بوش، حلاً جاهـزاً للوضع القائم في أفغانستان: "إنه عـالم مختلف هناك [...]. والمبدأ الذي تنادي به منظمة أطباء بلا حدود، المتمثل في توفير ممر آمن للمدنيين المهنيين والمهتمين بتقديم المساعدات الطبية إلى المرضى، أصبح جزءاً من ماضٍ عاطفي بعيـد [...]. وأي تقييـم موضوعي للوقائـع سيدفع منظمات مثـل أطبـاء بلا حـدود إلى المطالبة بزيـادة الوجود العسكـري، لا تقليصه؛ وتعاون أوثق مع السلطات العسكرية، بدل الفصل بين المجالين. وإلا فعليها الانسحـاب ليس فقط من أفغانستـان بل من أغلبية مناطق النزاع في القرن الحادي والعشرين".[3]

ورد رئيس المجلس الـدولي لمنظمـة أطباء بـلا حدود قائـلاً: "في 'الحـرب علـى الإرهـاب'، تريد منا الجهـات كلها الانحيـاز إلى أطراف معينـة. و'التقييـم الموضوعي' للسيدة بينـارد [...] مجرد مثال آخر على هذا المنطق. نحن نرفض الانحياز لأي طرف".[4] لم يكن هذا الجدل الخلافي جديـداً. فقـد استعر منـذ أن أطلقـت إدارة بوش "عملية الحريـة الدائمة" (Operation Enduring Freedom) في أفغانستـان رداً علـى هجمـات 11 سبتمبر/أيلـول 2001 علـى الأرض الأمريكيـة، ودعوتهـا المنظمات

1 بيان صحفي لمنظمة أطباء بلا حدود:
"After 24 Years of Independent Aid to the Afghan People, Doctors Without Borders Withdraws from Afghanistan Following Killings, Threats, and Insecurity", 28 July 2004.

2 محضر المؤتمر الصحفي، يوليو/تموز 2004، أرشيف منظمة أطباء بلا حدود.

3 Cheryl Benard, "Afghanistan Without Doctors", *The Wall Street Journal*, 12 Aug. 2004. كان زوج شيريل بينارد آنذاك السفير الأمريكي في أفغانستان.

4 Dr Rowan Gillies, "The Real Reasons MSF left Afghanistan", letter to the editor, *The Wall Street Journal*, 19 Aug. 2004.

الإنسانية غير الحكومية إلى المشاركة في المجهود الحربي. لكن المنظمة وجدت نفسها، في الأشهر التي سبقت اغتيال موظفيها، في موقع ملتبس ومتناقض تحولت فيه القوات الغربية والسلطات الأفغانية، التي أرادت النأي بنفسها عنها، إلى المحاورين الرئيسيين. وبينما اختارت منظمة أطباء بلا حدود عدم المشاركة في خطة إعادة إعمار المقاطعات، التي صممها "مجتمع دولي" في دعم واضح لحكومة كرزاي، لم يكن لها أي علاقة بالمعارضة المسلحة منذ سقوط نظام الطالبان، وقلصت إلى حد بعيد برامجها، ومنها تلك المقامة في مناطق يبدو أنه يحقق فيها التمرد مزيداً من التقدم والنجاح. لم تكن الشرعية التي شعر بها كثيرون في منظمة أطباء بلا حدود، نظراً لتاريخها الممتد عشرين عاماً في أفغانستان، كافية لضمان احترام "موقعها الإنساني الاستثنائي" الذي كان يزداد تناقضاً باطراد مع أجندة اللاعبين السياسيين والعسكريين والإنسانيين الأساسيين على الساحة الأفغانية.

ما الذي جعل من الممكن لمنظمة أطباء بلا حدود العودة إلى أفغانستان في عام 2009 وإعادة إطلاق برامجها لا في كابول وحدها بل في ولاية هلمند أيضاً، وهي منطقة تنافست على السيطرة عليها القوات الغربية، والجهاز الأمني الأفغاني، والمجموعات المسلحة المعارضة؟ لقد سجلت سنة 2008 أكبر عدد من الوفيات في صفوف العاملين في مجال الإغاثة. كما شهدت سنة 2009 أرقاماً غير مسبوقة في أعداد الضحايا من العسكريين والمدنيين. باختصار، لم يكن هناك من إعادة افتتاح سحرية "للحيز الإنساني". إلا أن "العالم المختلف هناك" أفرز مضامين مناقضة تماماً لما أكدته شيريل بينارد قبل بضع سنوات. ومثلما يوضح هذا الفصل، أسهم تطور ديناميات النزاع ومصالح مختلف اللاعبين في أفغانستان في إعادة ترسيخ جدوى خدمات منظمة أطباء بلا حدود، ما أكسبها قوة دافعة ومتجددة للتفاوض على الوصول إلى السكان المحاصرين في أتون الحرب.

خلافاً لتمثيلات العمل الإنساني المعتادة، والمرتبطة بالتدخل الطارئ والنشر السريع للموارد، يظهر السرد الآتي أن عملية إعادة إدخال منظمة أطباء بلا حدود إلى الميدان الأفغاني مثلت جهداً طويلاً ومستداماً لتحديد المفاوضين من كل الأطراف وجميع مستويات قياداتها، والاتصال بهم.

"عالم مختلف هناك؟"

تمثـل التغيـير الأوضـح بعـد أحـداث 11 سبتمبر/أيلـول في تحـول أفغانستـان، بعد سنـوات من الإهمـال، إلى مسرح لتدخـل رئيسي ومباشر مـن قبـل القوات المسلحة الغربيـة. في البدء، لم يكن لـدى منظمة أطباء بلا حـدود ما تقوله عن "عملية الحرية الدائمـة" بقيادة الولايات المتحدة، التي صادقـت عليها الأمم المتحدة باسم الدفـاع المشروع عن النفس. وكما ذكر كثـيرون في منظمـة أطباء بلا حـدود، لا يكمن دور المنظمـة الإنسانية في الحكـم على أسبـاب الحرب أو أهدافها، بل على الوسائـل المستخدمة لشنها. وفي هـذا الصـدد، سرعـان مـا شكل الخطـاب البلاغـي لإدارة بوش حول "العدالـة اللامتناهية" و"الحرب على الإرهاب"، والإشارة إلى المنظمات غير الحكوميـة على أنها "قوة تضاعف" قوة الجيش الأمريكي[5]، ورفضها تطبيق القانون الإنساني الدولي على "المحاربين الأعداء"، مصدر قلق واهتمام. لكن في المرحلـة الأولى من الحـرب، لم تمارس النداءات لضبـط النفس واحترام التمييز بين المسؤوليات العسكرية والإنسانية[6] تأثيراً يذكر. وبما أن منظمة أطبـاء بلا حـدود، مثلها مثل أغلبية الوكالات الإنسانيـة، تركت أفغانستان قبـل بدء حملة القصف الأمريكية عندمـا حذر نظام طالبان من عدم قدرته علـى ضمـان سلامـة عمـال الإغاثـة الأجانب. ومـا زاد في إضعـاف صلة الصوت الإنساني بالواقع في تلك المرحلة، أن توقع حدوث أزمة لاجئين وما يعقبهـا من احتياجات طارئة، مـا أدى إلى انتشار كثيـف للمساعدات على الحدود، لم يكن صائباً.

حين عـادت الفرق الدوليـة إلى أفغانستـان في نوفمبر/تشرين الثاني 2001، بعـد أيام مـن سقوط حكومة طالبان وسيطرة قـوات تحالف الشمال علـى كابـول، لم تظهر حالة طوارئ مهمـة تستوجب التصـدي لها. وعندما نشـرت تقارير، بعد بضعة أسابيع، تزعم ارتكاب الجيش الأمريكي وحلفائه الأفغـان جرائـم حـرب، لا سيما قصـف الأسـرى الطالبـان في سجن قلعة

5 تعليق لكولين باول في مؤتمر صحفي لوزارة الخارجية، واشنطن، 26 أكتوبر/تشرين الأول 2001.

6 على سبيل المثال، البيان الصحفي لمنظمة أطباء بلا حدود:
"Médecins Sans Frontières casts doubt on military's 'humanitarian airdrops' in Afghanistan", 8 Oct. 2001; Rony Brauman, "Des mots magiques aux cruelles désillusions", *Le Monde*, Nov. 22, 2001.

جانجي، لم تخالف منظمة أطباء بلا حدود المجتمع الدولي الذي لزم الصمت. لم يكن بالمستطاع التوصل إلى اتفاق بين أولئك الذين يعتقدون أن التنديد العلني بهذه الجرائم جزء لا يتجزأ من الدور المشروع للمنظمة، وبين الذين يخشون من تسييس هذه المسألة، خاصة وأنه ما من عامل إغاثة شهد على هذه الأحداث.[7]

وخلال السنة اللاحقة، استأنفت فروع منظمة أطباء بلا حدود، التي كانت موجودة في أفغانستان قبل التدخل العسكري للتحالف، غالبية برامجها السابقة عند سماح الظروف الأمنية بذلك. وبفضل عملياتها في 15 ولاية بحلول نهاية عام 2002، أمكن للمنظمة أن تزعم مجدداً أنها أحد رواد موفري الرعاية الصحية في البلاد، مثلما كانت الحال في معظم سنوات العقد الماضي. ولكن سرعان ما تحولت مضامين هذا الدور إلى مشكلة. فمع تدفق التمويل الآن من مجموعة متنوعة من الدول المانحة التي تسعى إلى إبراز مساهمتها في الجهد الأمريكي، بدأت أعداد منظمات الإغاثة بالتزايد. أصبحت وكالات الأمم المتحدة الآن تحت سلطة بعثة الأمم المتحدة لتقديم المساعدة إلى أفغانستان (UNAMA) برئاسة الأخضر الإبراهيمي. وعُدّ البلد ساحة اختبار لمقاربة الأمم المتحدة المتكاملة الجديدة لعمليات حفظ السلام التي لعب الإبراهيمي دوراً كبيراً في تصميمها. اندمجت السياسة والإغاثة الآن في بنية هيكلية واحدة، مع دور قيادي للسياسة. وسرعان ما تُرجم ذلك إلى مصادقة على الأهداف العسكرية للتحالف، وإلى مطلب استخدام برامج الإغاثة لتعزيز شرعية الحكومة الأفغانية الجديدة التي ولدت من اتفاقية بون في ديسمبر/كانون الأول 2001.

بالنسبة إلى المانحين الأساسيين، أي الولايات المتحدة والمفوضية الأوروبية والبنك الدولي، كان قطاع الصحة مصدراً هاماً لكسب الشرعية السياسية. وأنشئ برنامج بملايين الدولارات سنة 2003 لتخصيص توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية في المناطق الريفية لولايات كاملة وتوزيعها على منظمات غير حكومية يتم اختيارها من قبل وزارة الصحة

7 راجع:
Jean-Hervé Bradol, "Questions gênantes à une coalition au-dessus de tout soupçon", *La Croix*, 17 Dec. 2001 and MSF-France president's Moral Report, May, 2002, MSF archives.

العامــة الأفغانية والمانحين الدوليـين. عبّر البرنامج الصحي، المتسق مع تحول تمويل المانحين نحو المساعدة في إعادة الإعمار على المدى البعيد، عن الإرادة السياسية في إظهار أفغانستان على أنها تعيش في مرحلة "ما بعـد النزاع". لقـد سبق وبعث الجيش الأمريكي بهـذه الرسالة في نوفمبر/ تشرين الثاني 2002 عندما أعلن إنشاء فرق إعادة إعمار المقاطعات، وهي وحدات مدنية وعسكرية مختلطة "صُممت لتحسين الأمن، وتوسيع سيطرة الحكومــة الأفغانية، وتسهيل إعادة الإعمــار في الولايات ذات الأولوية".[8] وبينمــا رفضت غالبية مجتمع الإغاثة، الذي بات يضم 200 منظمة دولية غـير حكومية وشركـة خاصة و 800 منظمــة أفغانية، عرض فـرق إعادة إعمــار المقاطعــات لتنسيــق أعمالها، سارعـت الأكثريــة إلى التوقيع على خطــة المانحــين، ما جعل منهــا فعلياً "شريـكاً منفذاً" لــلإدارة في كابول مقابل التمويل.

منظمة أطباء بلا حدود تغادر أفغانستان: لا مجال للتسوية

كان عدم التصديق هو الشعور الذي اكتسح فرق منظمة أطباء بلا حدود آنـذاك، فيما يتعلق بـ"مـزاج ما بعد النزاع" الذي هيمن على الجهات الفاعلة الغربية، والطموحات المعلنــة عن السياسات الصحية التنموية التي جمعت الخصخصــة بحكـم الأمر الواقــع، والتحكم البيروقراطي من قبـل مؤسسات حكوميــة ضعيفــة. رفضت منظمة أطباء بلا حدود علنــاً المشاركة في خطة تمويـل إعـادة الإعمــار، وأعلنت عوضاً عن ذلـك أن النـزاع المتواصل الذي تشـارك فيه قـوات دولية، أكانت جزءاً مـن التحالف الذي تقـوده الولايات المتحـدة أو من القوة الدولية للمساعـدة الأمنية المنتدبة من الأمم المتحدة، برر استدامة توفير مساعدات إنسانية مستقلة وغير متحيزة.

ومع أن الفروع الخمسة للمنظمة كانت متحدة في هذا الموقف المبدئي، إلا أنهــا لم تنجــح دائمــاً في ترجمته في إطــار العمليات علــى أرض الواقع. في تلـك المرحلة، كانت غالبية برامجهــا تنفَذ في مناطق مستقرة نسبياً في وسـط أفغانستــان وشمالها حيث واجهـت الغموض النمطـي المرتبط عادة

8 Department of State, Department of Defense, USAID, *Provincial Reconstruction Teams in Afghanistan: An Interagency Assessment*, June 2006, p. 10

بحالات "اللاحرب واللاسلم" فيما يتعلق بتمييز المساعدة الإنسانية الطبية عن المشاريع الطبية المرتكزة على التمنية. طوال سنة 2003 وبداية سنة 2004، سُلم عدد من المرافق الصحية المدعومة من منظمة أطباء بلا حدود إلى منظمات غير حكومية أخرى أو إلى وزارة الصحة الأفغانية رسمياً. في الوقت عينه، حاولت منظمة أطباء بلا حدود تحديد ما سُمي بـ"الاحتياجات الطبية التي لم تتم تلبيتها"، كداء السل أو الملاريا، في مسعى منها للاحتفاظ بدور طبي مفيد على هامش السياسات الصحية الوطنية. كانت هذه البرامج محدودة الحجم، وذات قيمة دون شك للمستفيدين المباشرين، لكنها لم تثر اهتمام إدارة كرزاي والجهات الدولية الداعمة لها التي عزمت على إظهار نتائج سريعة على نطاق واسع.

مع أن الخيارات المعنية بالعمليات أضعفت موقف منظمة أطباء بلا حدود تجاه الحكومة الأفغانية، إلا أنها لم تقنع المعارضة المسلحة بحيادها. وعلى الرغم من الإبقاء على البرامج الطبية في مدينتي قندهار وغزني الجنوبيتين، لم يكن لمنظمة أطباء بلا حدود حضور ظاهر أو تأثير واضح على آثار الحرب الصامتة نسبياً التي تضطرم تدريجياً في المناطق المجاورة. في الحقيقة، لم تقم المنظمة بأي محاولة فعلية لاستعادة الاتصال بالطالبان منذ إزاحتهم عن السلطة. وزاد مقتل مبعوث اللجنة الدولية للصليب الأحمر في ولاية أروزكان بأمر من أحد قادة طالبان في مارس/آذار 2003 من صعوبة تصور ذلك الخيار، كما أسهم في قرار منظمة أطباء بلا حدود بسحب موظفيها الأجانب من غزني بعد بضعة أشهر. إلا أن الطالبان لم يجسدوا التهديد الوحيد الداهم للمنظمات الإنسانية. إذ كانت أهدافاً سهلة أيضاً لزعماء الحرب الساخطين الذين قاموا بدور "تخريبي" لتوكيد سلطتهم ونفوذهم، وهذا يفسر حسب الأدلة كلها اغتيال موظفي منظمة أطباء بلا حدود في ولاية بادغيس. وبالرغم من كل الحجج التي قُدمت خلال المؤتمر الصحفي لتبرير خروج منظمة أطباء بلا حدود من البلاد، شعر كثيرون داخل المنظمة أن الاغتيال كان خاتمة مأساوية لعملية تراجع مستمرة.

في الحقيقة، لم تكن تلك المرة الأولى التي توضع فيها صلة عمليات المنظمة بالواقع الميداني وقابليتها للتطبيق والنجاح في أفغانستان

موضـع المساءلة. إذ ارتكزت أهمية المهمات العابـرة للحدود التي أنجزتها المنظمة في البلد في ثمانينيات القرن الماضي، إلى رمز قوي: كان "الأطباء الفرنسيـون" متحيزيـن مـن خـلال تنديدهـم العلنـي بجرائم الحـرب التي ارتكبها المحتل السوفياتي، وأظهرت المساعدات الطبية المقدمة إلى السكان في المناطـق التي سيطر عليها المجاهـدون التضامن مع قضيتهم. لقد وفر قـادة المجاهديـن والقادة المحليون الحماية لفـرق منظمة أطباء بلا حدود مقابـل المساعدات التي كانت تقدمها إلى مناطقهـم، كما أمل بعضهم أنهم سيحصلـون على الدعـم المادي والعسكري من الـدول الغربية نتيجة وجود منظمـة أطباء بلا حدود. ومع انسحاب الاتحـاد السوفييتي، وتدفق التمويل الأمريكـي الضخـم الذي حفز تفاقـم الفساد واحتـدام الخصومة بين زعماء الأحـزاب ومئـات وكالات الإغاثـة الموجـودة في مخيمـات اللاجئـين في باكستـان[9]، بدأت جـدوى الفرق الطبية الصغيرة التابعـة لمنظمة أطباء بلا حـدود تتلاشى. وفي خضم الخلافـات المتنامية داخل المنظمة حول طبيعة عملياتها وحياديتها، تصاعدت حدة التوتر مع المرافقين من المجاهدين[10] وزادت الحـوادث الأمنيـة إلى أن أدى مقتـل موظـف دولي يعمل في منظمة أطباء بلا حدود في عيادة في ولاية باداكشان إلى وقف جميع برامجها في أفغانستان عام 1990.

حـين عادت منظمـة أطباء بلا حدود بعد سقوط النظـام الشيوعي سنة 1992، تعاملـت بوسائـل مختلفـة مـع سياق مختلـف اختلافاً كبـيراً. ومع بـدء عملياتها في كابـول، التي باتت الآن مسرحاً لحـرب أهلية شاملة بين مختلف الجهات، استطاعت المنظمة استخدام القدرة اللوجستية التي تطورت خلال العقـد السابق في أوضـاع مختلفة: سيارات وأجهزة راديو ونقل جوي للإمـدادات الطبيـة. في ذلـك الحـين، كان حجم العمليـات أكـثر أهمية من الرمـوز، وقد مكـن وجود ثلاثـة إلى أربعة فروع في الجبهـات المتعددة في البـلاد منظمة أطباء بلا حـدود من بناء سمعة طيبة ونيـل القبول والرضا.

9 Fiona Terry, *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action*, London: Cornell University Press, 2002, pp. 71–80; Olivier Roy, "L'hu manitaire en Afghanistan: entre illusions, grands desseins politiques et bricolage", *CEMOTI*, No. 29, Jan.–June 2000, pp. 21–30.

10 التقرير السنوي لرئيس الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 1989، أرشيف منظمة أطباء بلا حدود.

لكن في بداية سنة 2001، أدى السلام النسبي الذي فرضته حركة طالبان، والفقر الذي عم البلاد الخاضعة لحكم صارم، فضلاً عن العقوبات الدولية، إلى عدم ارتياح متزايد من الوجود المستمر للمنظمة.

دعوة للعودة

بين عامي 2004 و 2008، حصل تطوران مهمان فتحا الباب أمام بعض المسؤولين في منظمة أطباء بلا حدود للتفكير في العودة إلى أفغانستان. أولاً، لم يمض وقت طويل حتى بدأت قصة نجاح "ما بعد النزاع" تتكشف وتنجلي. فقد قررت إدارة بوش من جانب واحد وذلك بسبب الثقة المفرطة بالنفس، والحرص على إرسال القوات إلى العراق، تقليص عدد الجنود الأمريكيين في الجنوب. ودعت شركاءها في حلف شمال الأطلسي الذين لم يكونوا مستعدين بما فيه الكفاية إلى أخذ مكانها. كانت تلك فرصة سانحة للمعارضة المسلحة الموجودة في باكستان لشن هجوم واسع في ربيع سنة 2006.[11] وتمكنت مختلف فصائل الطالبان في معاقلها من الاعتماد على الاستياء المتنامي للسكان من فساد الحكومة ومسؤوليها المحليين، فضلاً عن انعدام الخدمات العامة الفعالة في الولايات، والسخط الناتج عن الوجود الأجنبي. وامتد نفوذ الطالبان تدريجياً إلى مناطق أخرى من البلاد، بما فيها الشمال.[12] لقد ارتكز رد القوات الدولية على القصف الجوي بشكل أساسي، ما أدى إلى مقتل أعداد كبيرة من المدنيين وإلى مزيد من استعداء السكان. وكما كشف تقرير حقوق الإنسان لبعثة الأمم المتحدة لتقديم المساعدة إلى أفغانستان، فإن الإصابات التي سببتها مجموعات المعارضة المسلحة في صفوف المدنيين في عام 2008 لم تتجاوز كثيراً أعداد الإصابات الناجمة عن "القوات الموالية للحكومة"، حيث قُتل ثلثا ضحايا هذه القوات نتيجة الغارات الجوية. في السنة عينها، قُتل 38 عامل إغاثة وخُطف 147، ما دفع بعثة الأمم المتحدة لتقديم المساعدة إلى أفغانستان إلى استنتاج "تقلص

11 Ahmed Rashid, *Descent into Chaos. How the War Against Islamic Extremism is Being Lost in Pakistan, Afghanistan and Central Asia*, London: Penguin Books, 2008.

12 Gilles Dorronsoro, *The Taliban's Winning Strategy in Afghanistan*, Washington: Carnegie Endowment for International Peace, 2009.

الحيـز الإنسـاني إلى حد كبـير".[13] وأشـار التقريـر إلى إدراك متأخر من قبل الأمم المتحـدة ومجموعات الإغاثة للثمن الذي دُفع مقابل الارتباط سنوات عديدة بأجندة ما بعد النزاع الخاصة بـ"القوات الموالية للحكومة".

ثانيـاً، وبالتعارض مـع التطـور الأول، بذلت اللجنـة الدولية للصليب الأحمر خلال المرحلة عينها، جهداً استثنائياً لاستعادة الحوار مع المعارضة المسلحـة ونيـل الاعـتراف بحيادهـا. لقد أدى اغتيـال منـدوب اللجنة سنة 2003، ثم الهجوم الغاشم على وفدها في العراق بعد بضعة أشهر، إلى عملية مراجعـة للذات داخـل اللجنة. وفي عـام 2004، عندما قـررت منظمة أطباء بلا حـدود الانسحاب من أفغانستان، بدأت اللجنـة الدولية للصليب الأحمر استخـدام سلسلة واسعة من الأنشطـة المشمولة في صلاحياتها، مثل زيارة المعتقلـين والبرامج المعنية بطـب العظام، لإظهار فائدتهـا الميدانية أمام المعارضـة وفتح قنوات اتصال مع قيادتهـا. ونالت مقاربة اللجنة الدولية للصليـب الأحمـر أول اعتراف علني في أغسطس/آب مـن سنة 2007، عندما منحهـا الطالبـان دور الوساطـة في المفاوضات التـي أدت إلى الإفراج عن رهـائن كوريين جنوبيين.[14]

وفي خضم أزمة الرهـائن هذه، أجرى فريق من منظمة أطباء بلا حدود تقييمـاً في أفغانستـان. وأظهـرت النتائـج شعـوراً بالحاجـة إلى مقاربات مبتكـرة إذ أرادت المنظمـة العـودة إلى أفغانستان. وعند أخـذ السياق بعين الاعتبـار، سببت المقاربة القائمة على إبقاء عدة فروع مستقلة في الميدان، وبرامـج يديرها موظفون أجانب يتبدلـون باستمرار، هماً مقلقاً، لكن بقيت حالـة من عدم اليقين لدى فـروع المنظمة حول ماهية البديل المقبول. ومع انـدلاع الحرب المفتوحة الآن، اكتسبت النقاشات الداخلية زخماً سنة 2008، وذلـك بفضل استعداد اللجنة الدولية للصليـب الأحمر لمشاركة خبرتها مع منظمـة أطباء بلا حـدود وتسهيل عودتها من خلال تقديم النصح والمشورة والصـلات اللازمـة. بـدا أن المعارضـة المسلحة تطلـب زيـادة المساعدات الطبيـة لمقاتليهـا والسـكان القاطنين في مناطـق الحرب، ورغبـت اللجنة

13 UNAMA, *Afghanistan: Annual Report on Protection of Civilians in Armed Conflict*, 2008, Kabul: United Nations, 2009.

14 ICRC news release, "Afghanistan: ICRC facilitates release of twelve South Korean hostages", 29 Aug. 2007.

الدولية للصليب الأحمر بوجود جهات فاعلة أخرى في المجال الإنساني لتلبية الاحتياجات المتزايدة الناتجة عن النزاع. فمن أجل كسب المصداقية أمام المعارضة، يجب أن تبلغ عمليات منظمة أطباء بلا حدود حجماً معيناً لتكون ذات التأثير المطلوب، كما أوصى مبعوثو اللجنة الدولية للصليب الأحمر. لكن وجود عدة فروع وممثلين كما في الماضي، قد يهدد القدرة على تنمية شبكة علاقات يمكن الاعتماد عليها.

وعلى الرغم من المخاوف الأمنية الملحة، ساعدت هذه التوصيات والدعم على تقوية الحجة داخل المنظمة لصالح العودة. ظهر إجماع آنذاك على ضرورة وجود تمثيل واحد، وفي سبيل هذه الغاية، وقع الاختيار على الفرع البلجيكي في منظمة أطباء بلا حدود لإجراء المفاوضات وتحمل كافة المسؤولية بشأن العمليات في أفغانستان نيابة عن المنظمة لمدة سنتين. في الوقت عينه، أجريت اتصالات أولية مع ممثلين عن المعارضة المسلحة خلال عام 2008، حيث نفت حركة طالبان مسؤوليتها عن جرائم بادغيس. ومع أن مستوى هذه الاتصالات وتأثيرها بقيا في حالة من عدم الوضوح، إلا أنها أكدت على ما يبدو تحليل اللجنة الدولية للصليب الأحمر بأن المعارضة المسلحة وجدت الآن أن المنافع المحتملة من تأمين وصول المساعدات الطبية إليها وإلى قاعدتها الاجتماعية، تفوق تلك الناتجة عن منعها. وأصبح على عاتق الفريق الميداني المعين تطوير دور إنساني مناسب لمنظمة أطباء بلا حدود في أفغانستان.

إيجاد أرضية مشتركة مع الحكومة الأفغانية

وضعت الخطوط العريضة للإستراتيجية الميدانية في فبراير/ شباط 2009، إثر زيارة قام بها مدير البعثة المعين حديثاً إلى كابول دامت عشرة أيام. اقترح رئيس البعثة أن تتجه مهمات البعثة نحو توفير الرعاية الصحية في المناطق التي تضرر فيها النظام الصحي جراء النزاع. وعلى الرغم من غياب البيانات الموثوقة، بدت المناطق التي مزقتها الحرب في الجنوب والشرق هي الأكثر حاجة إلى المساعدة، لكن اعتبر الوصول إليها مجرد هدف متوسط المدى. لقد جعلت الظروف الأمنية السفر بالبر إلى هذه المناطق مستحيلاً، ليس فقط للموظفين

الأجانب ولكن أيضاً للأفغان القادمين من أجزاء أخرى من البلاد، فضلاً عـن إجـراء أي دراسات تقييمية صحية. ومن وجهـة نظر سياسية، يمكن لهـذه الدراسات أن تُعتـبر تحدياً يُضعف سلطة حكومـة كابول. وبحسب الخـط الرسمي المدعـوم من المانحـين الدوليين و"شركائهـم المنفذين"، أصبح برنامج تمويل الرعاية الصحية الأولية يغطي بنجاح نسبة 85 في المئـة من المناطق الريفية في البلاد، وهي نسبة اعتمدت على التمويلات المدفوعـة لا علـى المرافـق الصحيـة التـي تعمل فعليـاً. لذلـك، كان من المفضل أن تختار منظمة أطباء بلا حدود عمليات أقل إثارة للحساسيات كمرحلـة أولى لكسـب المصداقية وتنمية شبكـة اتصالات محلية موثوقة وقـادرة على تحقيق هدفها بعيـد المدى. أوصى رئيس البعثة بالتركيز علـى تحسين الخدمـات الصحيـة الثانوية في المدن القريبـة من مناطق النزاع أو التي يمكن الوصول إليها جواً. وهذا يلبي حاجة طبية واضحة، نظـراً لأن المستشفيـات في عواصـم ولايـات عديدة، وحتـى في كابول، استثنيت غالباً من تمويل المانحين، كما يمكّن من إرسال فرق دولية إلى الميدان. إن وجود الموظفين الأجانب، ولو بأعداد محدودة ومحصورة في أماكـن الإقامـة والعمل، اعتُبر ضرورياً من أجل ضمـان الرقابة الفعالة علـى الأنشطة القائمـة، والأهم إجـراء مفاوضات مباشرة مع الأطراف المتنازعـة، مثلما أوصت اللجنة الدولية للصليب الأحمر. "نظراً لأن آمال الأطـراف كلها كبيرة ومرتفعة، سيكون من المهم إظهار إنجاز ما بسرعة معقولـة، لكنـه يستهدف أيضاً أجزاء مختلفة مـن البلاد وشرائح مختلفة من سكانها"، كما أشار رئيس البعثة في تقريره.[15]

لـذا قـررت منظمة أطباء بلا حـدود أن تدعم مستشفيـين عامين. الأول هـو مستشفـى بوسـت في لاشكرجـاه، عاصمة ولايـة هلمند، وهـي منطقة تشهد معارك طاحنة منذ عدة سنوات بين القوات الدولية والجيش الأفغاني، والمعارضة المسلحة؛ أما الثاني فهو مستشفى إقليمي في الضاحية الشرقية مـن كابـول، وهـي منطقة كانـت تجتـذب أعـداداً متنامية مـن المهاجرين والنازحـين. لقد اختارت المنظمة مراكـز صحية عامة قائمة بدلاً من إنشاء

15 تقرير داخلي لمنظمة أطباء بلا حدود:
"Strategic choices for MSF in Afghanistan", Feb. 2009, MSF archives.

مرافق مستقلة تديرها، وأمل فريق التنسيق بتسهيل عملية التفاوض مع حكومة كابول، للحصول على تأشيرات الدخول وإجازات العمل وتصاريح استيراد المعدات الطبية، ما يسمح للمنظمة بإطلاق عملياتها بسرعة. وبما أن ولاية هلمند كانت معقل التمرد، ومع اهتمام المعارضة بإنشاء برامج طبية في كابول حسبما عبرت في اتصالاتها مع المنظمة، افتُرض أن الموقعين المختارين يمكن أن يُرضيا طرفي النزاع كليهما.

وأما بالنسبة الحكومة الأفغانية، كان التوقيت السياسي في مصلحة منظمة أطباء بلا حدود. فمنذ مغادرة البلاد، وضعت السلطات قوانين جديدة، بتأييد ضمني من بعثة الأمم المتحدة لتقديم المساعدة إلى أفغانستان والجهات المانحة الدولية، من أجل تعزيز سيطرتها على المنظمات غير الحكومية. ولم يعد لدى المنظمات غير الحكومية المنخرطة في الأنشطة الطبية من بديل سوى التعاقد الفرعي مع وزارة الصحة العامة، التي تستقطب تمويل المانحين الدوليين. ولكن، مع اقتراب الانتخابات الرئاسية المقررة في صيف عام 2009، واحتمال خسارة منصبه، وجد وزير الصحة في عمليات منظمة أطباء بلا حدود وسيلة لتحسين صورته. لذلك، كان مستعداً لإعفاء المنظمة من إطار التعاقد الفرعي والضغط على الدوائر الحكومية الأخرى من أجل تسجيل منظمة أطباء بلا حدود قانونياً في البلد. لم تخضع مذكرتا التفاهم بشأن المشاريع إلا لنقاش محدود ووقعتا معاً في 30 يونيو/حزيران 2009. ونقلت وكالة الأنباء الأفغانية الحدث في بيانين صحفيين منفصلين، وهذا ما أوضح دون لبس مواقف الطرفين الموقعين. في أحدهما، نقل عن وزير الصحة قوله: "لقد دعونا منظمة أطباء بلا حدود لاستئناف أنشطتها في أفغانستان وأكدنا لها أن الحكومة ستوفر كل خدمة وفرصة لتنفيذ الإستراتيجيات [الوطنية]".[16] أما البيان الثاني، الذي طالبت به المنظمة لإيجاد تأثير موازن لممارسات العلاقات العامة لوزارة الصحة، فقد نقل عن رئيس البعثة قوله: "ستعتمد منظمة أطباء بلا حدود على التمويل الخاص فقط، لتحافظ بذلك على استقلاليتها من القوى السياسية والعسكرية".[17]

16 "Health Ministry, MSF ink MoUs", *Pahjwok Afghan News*, 30 June 2009.

17 "MSF to support 2 hospitals", *Pahjwok Afghan News*, 30 June 2009.

منحـت بنـود مذكرتي التفاهم منظمـة أطباء بلا حـدود سلطة التحكم بـأنشطتها الطبية واشترطـت تطبيق القانون الإنساني ضمن مرافق الرعاية الصحيـة. وبينمـا تم الاتفـاق علـى قيـام منظمة أطبـاء بلا حـدود بتوفير المساعـدة الطبيـة "دعماً" لـوزارة الصحـة في المستشفيين، تبقـى الأدوية والمعـدات تحت إشراف المنظمة، كما تُقدم الخدمات مجانـاً. ويُمنَع إدخال الأسلحـة إلى حـرم المستشفيـين، اللذيـن سيبقيـان تحت حراسـة العناصر الموظفـة من قبـل منظمة أطباء بلا حـدود. أما حين يريد طـرف ثالث دعم المستشفيـين، لا سيما مـن القوات الدولية، فلا يتم ذلـك إلا بموافقة مسبقة. أخـيراً، وبالتوافق مع اتفاقيات جنيف، يمنع مضايقة المرضى أو اعتقالهم مـن قبـل قوات الأمن خلال العـلاج، أو استجوابهم طالمـا لم يكونوا بصحة جيـدة. أما الفريق الطبي فـلا يمكن ملاحقته بتهمة معالجته المرضى مهما كانت انتماءاتهم.[18]

نزع سلاح القوات الدولية في المرافق الصحية

استلـزم تطبيـق هـذه البنـود مفاوضـات إضافيـة، لا سيمـا في حالة مستشفـى بوسـت في لاشكرجاه. لقد اعتـاد الجنود البريطانيـون من القوة الدولية للمساعـدة الأمنية، والشركات الأمنية الخاصـة التي توفر الحماية لمسـؤولي التنميـة المبعوثين من الحكومـة البريطانيـة، والشرطة والجيش وجهـاز المخابـرات الأفغانيـة (مديريـة الأمـن الوطنـي)، التجـول بحرية وبالسـلاح الكامل داخـل المستشفى. بينما نجحت مذكـرة التفاهم في دفع الشرطـة الأفغانيـة والجيش إلى وضـع حد لهـذه الممارسة، لكـن لم يمتثل غيرهم إلا بـأمر من رؤسائهم.

فبـدأت المفاوضات مـع القوات الدوليـة بإقامة اتصال مـع السلطات البريطانية. وشرع فريق التنسيق في كابول بالعملية عبر لقاءات مع السفير البريطـاني قبـل الذهـاب إلى لندن مـن أجل الاجتمـاع بالهيئـات الوزارية والعسكريـة المعنيـة. أتاحـت هـذه المفاوضـات لمنظمـة أطباء بـلا حدود تعليـق أنشطة فرق إعادة إعمار المقاطعات والانسحاب النهائي للجنود من

18 مذكرة تفاهم بين وزارة الصحة في الجمهورية الإسلامية الأفغانية ومنظمة أطباء بلا حدود، 2009.

المستشفى. ومن ثم، نظم الفرع الأمريكي لمنظمة أطباء بلا حدود سلسلة من اللقاءات في أغسطس/آب 2009، مع مسؤولين أمريكيين من وزارة الخارجية في واشنطن والقيادة العسكرية المركزية في فلوريدا. وهدفت بعثة منظمة أطباء بلا حدود إلى إعلام القيادتين السياسية والعسكرية في الولايات المتحدة بالبرامج الطبية التي خططت لتطبيقها في أفغانستان وإلى طلب احترام وضع الحماية الذي تحظى به البعثة الطبية لمنظمة أطباء بلا حدود من قبل جميع القوات العسكرية الخاضعة للقيادة الأمريكية، بما فيها القوات الخاصة. وأثناء الزيارة، كانت الإدارة الأمريكية الجديدة برئاسة أوباما تحضر لمراجعة إستراتيجية ثانية للحرب في أفغانستان. وكان الجنرال ماكريستال، القائد المعيّن للقوات الأمريكية وقوات حلف شمال الأطلسي في أفغانستان في يونيو/حزيران، يضع اللمسات الأخيرة لتقييمه للوضع، الذي بدا سيئاً كما شاع. مع ذلك، بدت سياسة العلاقات العامة للحكومة الأمريكية تجاه المنظمات غير الحكومية كأنها لم تتغير عن سنة 2001. ففي أبريل/نيسان 2009، زعم ريتشارد هولبروك، المبعوث الخاص للولايات المتحدة إلى أفغانستان وباكستان، أن "نسبة 90 في المئة من معلومات الولايات المتحدة عن أفغانستان تُستمد من مجموعات الإغاثة".[19] وكان الجنرال بترايوس قد روج في بداية أغسطس/آب "مركز الاندماج المدني والعسكري"[20] أمام لجنة من دبلوماسيي الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية في جنيف. غير أن مسؤولو وزارة الخارجية والقيادة العسكرية المركزية اعترفوا بحاجة منظمة أطباء بلا حدود إلى ضمانات أمنية من جميع أطراف النزاع. وفي تناقض صارخ مع ردود الأفعال الاعتيادية من مسؤولي فرق إعادة إعمار المقاطعات في الميدان، لم يظهر أي اعتراض على ملاحظة ممثلي المنظمة بأنها لا تفرق، من وجهة نظر إنسانية، بين علاقتها مع المؤسسة العسكرية الأمريكية والطالبان.

لم ينتج عن الاجتماعات أي التزام رسمي، غير أن أهداف منظمة أطباء بلا حدود بدت وكأنها تحققت في الميدان. ففي خريف سنة 2009،[21]

19 "Envoy laments weak US knowledge about Taliban", *Associated Press*, 7 Apr. 2009.
20 "Rising threat to aid agencies in Afghanistan", *Global Post*, 18 Sept. 2009.
21 "US troops stormed Afghan hospital, aid group says", *CNN.com*, 7 Sept. 2009.

داهمت القوة الدولية للمساعدة الأمنية عدة مرافق صحية تديرها منظمات دولية غير حكومية، غير أنه لم تسجل واقعة من هذا النوع في المستشفيات المدعومة من قبل منظمة أطباء بلا حدود. وربما أدت المفاوضات الدولية إلى منافع أخرى. ففي أكتوبر/تشرين الأول، أبلغ جنرال في مديرية الأمن الوطني في منطقة هلمند رئيس البعثة أنه تلقى تعليمات جديدة من كابول وأمر فريقه "ببدء تطبيق القانون الدولي الإنساني في مستشفى بوست". ثم أضاف: "يجب أن يكون المستشفى مكاناً آمناً للمرضى كلهم، ولو كانوا من المعارضة".[22]

الحوار مع المعارضة

تقرر أن يكون الامتثالُ الكامل لسياسة "منع دخول الأسلحة" التي أعلنتها منظمة أطباء بلا حدود نقطةَ الانطلاق لبرامجها الطبية. فقد أطلقت رسمياً في كابول في أكتوبر/تشرين الأول، ولكنها بقيت عملياً معلقة في لاشكرجاه حتى يناير/كانون الثاني 2010. كانت الفرق الطبية موجودة في أجنحة المستشفى، لكنها اضطرت لانتظار وصول إمدادات الأدوية نظراً لأن نقلها بالشاحنات من كابول إلى هلمند اعتمد على الحصول على إذن من إمارة أفغانستان الإسلامية، أكثر المجموعات المعارضة المسلحة تأثيراً ونفوذاً، (معروفة أيضاً باسم "كويتا شورا"). المسألة في الجوهر تتعلق بالسيادة، لأن معظم المناطق في الولايات الجنوبية، ومن ثم المرور على الطرق، كانت تحت السيطرة الفعلية لهذه المجموعة.

منذ عودة منظمة أطباء بلا حدود إلى أفغانستان، واجهت المفاوضات مع قيادة طالبان عدة عوائق. فقد كان الحصول على الموافقة على مشروع كابول سهلاً نسبياً نظراً لأن المعارضين الذين اتصلت بهم منظمة أطباء بلا حدود في البداية اعتبروا أن المستشفى المختار يقع في منطقة بشتونية يسهل على سكان المناطق التابعة لهم الوصول إليها. كما أتاحت الأنشطة الجراحية المخطط لها إمكانية علاج مقاتليهم الجرحى. غير أن ضعف ما أظهروه من اهتمام والتزام منذ البداية تجاه مشاريع منظمة

22 تقرير منظمة أطباء بلا حدود حول أفغانستان، أكتوبر/تشرين الأول 2009، أرشيف منظمة أطباء بلا حدود.

أطباء بلا حدود في الولايات الجنوبية، ومنها هلمند المعروفة بمعقل إمارة أفغانستان الإسلامية، أثار الشكوك في نفوذ هؤلاء المعارضين الذين اتصلت بهم المنظمة.

لذلك، شرعت منظمة أطباء بلا حدود في ربيع عام 2009 بإجراء اتصالات متعددة مع المعارضة، مرتكزة هذه المرة إلى شبكتها الخاصة من الموظفين الأفغان السابقين، واستطاعت بحلول فصل الصيف الاتصال بأعضاء معروفين في إمارة أفغانستان الإسلامية. ومنذ اللقاء الأول، أوضح هؤلاء المحاورون للمنظمة أن المعارضين السابقين الذين اتصلت بهم لم يكونوا ممثلين شرعيين لمجموعتهم. بل كانوا يمثلون شبكة حقاني التي تبسط نفوذها على كابول وجنوب شرق أفغانستان، إضافة إلى منطقة وزيرستان في باكستان. أما إمارة أفغانستان الإسلامية فهي متجذرة في الجنوب لكنها نافذة ومؤثرة في التمرد المنتشر في الغرب والشمال. كانت المجموعتان شريكتين، ولكن مع قواعد شعبية مختلفة ومصالح متمايزة. وابتداءً من تلك اللحظة، وجب إجراء مفاوضات منفصلة مع كل من الجهتين، اعتماداً على المنطقة المعنية.

وعلى الرغم من نجاح منظمة أطباء بلا حدود في توسيع شبكتها، إلا أنها هدرت وقتاً في تحديد المحاورين المناسبين لضمان الأمن في هلمند. إضافة إلى ذلك، وبعد لقاء أول واعد، أبلغت المنظمة أن مجلس إمارة أفغانستان الإسلامية قد رفض المشروعين، بحجة أن العمل في مرافق وزارة الصحة يشكل دعماً غير مقبول لحكومة كرزاي، التي سميت تهكماً "دائرة عمل" القوات الأمريكية. ومنع القرار النقل الآمن للأدوية براً من كابول إلى هلمند.

استلزم الأمر ستة أشهر إضافية لحل هذه المسألة. دافعت منظمة أطباء بلا حدود عن خيارها الميداني بوصفه خطوة أولى ضرورية لاستيراد الأدوية، وشددت على أن الوقت قد فات على وقف المشروع، بسبب فرقها الموجودة على الأرض والأدوية المنتظرة في كابول. وأكدت أن التقييمات للمشاريع المستقبلية يمكن أن تأخذ بعين الاعتبار المناطق المقترحة من إمارة أفغانستان الإسلامية. كما شددت على أنها تلقت ضمانات من القوات الأفغانية والأجنبية بأنها لن تتدخل في عمل المستشفيات. كانت

إمــارة أفغانستان الإسلامية تعد الاعتبــارات الأمنية غير قابلة للفصل عن قضايا الشرعية وأن السماح بنقل الأدوية الذي طالبت به المنظمة استخدم كميـزة تفاوضيــة للحصــول على مزيـد من الضمانــات والتنــازلات منها. وطالبـت المعارضــة، حين عبرت عن عـدم ثقتها بأطبــاء وزارة الصحة في لاشكرجــاه وباحترام الولايات المتحدة لاتفاقيات جنيف، منظمة أطباء بلا حـدود تقديم تعهد خطـي يشير إلى سيطرتها على موظفــي المستشفى، وإلى توقيع مذكرة تفاهم رسمية مع الجيش الأمريكي للتأكد من امتثاله للقانون الإنســاني. وحرصت منظمة أطباء بلا حدود على ألا تلتزم بما يتعلق بمسلك القــوات الدولية، وشـددت عوضاً عن ذلك على قدرتهــا على محاسبتها عبر وسائل الإعلام.

في نهايــة المطاف، أعطت إمارة أفغانستــان الإسلامية موافقتها على نقل الأدوية إلى هلمند في يناير/كانون الثاني 2010. وبدت قيادة المعارضة، الراغبــة بالحصول على اعـتراف بأنها حكومة قــادرة وشرعية في مناطق نفوذهــا المتنامي تدريجياً، أكثر اهتماماً بالمساعدات الطبية بوصفها أداة لكسـب "القلوب والعقول" مـن كونها ميزة فعلية مفيـدة لمقاتليها. وعندما سألـت منظمة أطباء بلا حدود إمــارة أفغانستان الإسلامية عن اقتراحاتها المتعلقــة بالمشاريــع المستقبليــة، أجاب أحـد ممثليها: "أكـثر الاحتياجات إلحاحــاً هي احتياجــات المدنيــين، لا سيما رعايــة الأمومة؛ أمــا مقاتلينا فيمكننا الاعتناء بهم".

تحسين جودة الرعاية

لم يكـن إطـلاق الأنشطة الطبيــة يعني انتهــاء المفاوضــات بالنسبة لمنظمــة أطباء بلا حدود. ففي مستشفــى بوست، كانت المفاوضات تجري يومياً بــين الفريق الطبي الدولي والفريق الوطنــي. وقبل وصول المنظمة، استخـدم الأطباء والممرضون المستشفــى قاعةَ انتظار لعياداتهم الخاصة في لاشكرجــاه. وحتــى لــو أملــوا بالاستفادة من دعـم منظمــة أطباء بلا حـدود لمستشفــى بوست، إلا أن العديد من البنــود التي وافقوا عليها خلال مفاوضــات مذكرة التفاهم في كابول كانت تعارض مصالحهم التجارية، المهـددة بتوافر الدواء والعلاج المجانيين في المستشفى. كما خلقت جهود

فريق المنظمة لتنظيم أوقات دوام ثابتة لتأمين الرعاية المستمرة للمرضى توتراً مع الأطباء المحليين الذين عارضوا إبعادهم عن عياداتهم الخاصة المربحة. كان من الصعب تغيير هذه العادات والممارسات والمصالح التي تضر بنوعية العلاج وجودته. ومن الأصعب إجراء مفاوضات لإرساء إدارة رشيدة للمستشفى أثناء المراحل المبكرة من المشروع، حيث كان الفريق الأجنبي صغيراً وغير راغب في المخاطرة باستعداء الفريق الطبي المحلي، وذلك في بيئة خطرة كانت فيها منظمة أطباء بلا حدود قادماً جديداً إلى الميدان.

في نهاية سنة 2010، اعتبر منسقو البعثة أن الضمانات كافية لتوسيع فريق العمل الطبي في لاشكرجاه. وتطلب اكتساب مصداقية المنظمة أمام السكان والجماعات المحلية المسلحة إدخال تحسين سريع على الخدمات التي يوفرها المستشفى، لا سيما وأن مسألة جودة الرعاية الطبية تضاف إلى قضية الوصول إليها. في نوفمبر/تشرين الثاني 2010، استنتجت عملية مسح استبياني للمرضى أن أكثرية السكان في هلمند لا يستطيعون الوصول إلى مستشفى بوست لتلقي العلاج ولا يمكنهم المخاطرة للوصول إليه. إذ تكلف سيارة أجرة من الأقاليم إلى المدينة ما معدله مئة دولار. بينما تشكل الألغام، والقتال، والترهيب تهديدات دائمة لا يخاطر بمواجهتها سوى قلة قليلة من الناس حتى في الحالات الطارئة الملحة. ولم تؤد العملية الواسعة التي شنتها القوات الدولية في ولاية هلمند في الربيع وحظيت بدعاية كبيرة، بوصفها جزءاً من عملية "زيادة القوات" التي أمرت بها إدارة أوباما، إلى تحسن في الوضع كما بدا واضحاً. وقد اشتكى رجل إلى فريق المسح قائلاً: "نحن بين مطرقة الطالبان الذين يقولون لا تخرجوا ليلاً، وسندان دوريات الجيش البريطاني التي تفتشنا نهاراً". وقال رجل مسن من منطقة نوزاد الواقعة تحت سيطرة الطالبان: "لن يوقفوا قتالهم من أجل مرضانا. إنهم يقتلون بعضهم بعضاً بالمئات، فلماذا يوقفون القتال من أجل مريض واحد؟". وأضاف معلقاً على مستشفى بوست: "لا أرى أي أسلحة هنا، أي أنكم لا تواجهون مشاكل مع الطالبان". أتت تصريحات كهذه لتصادق على صحة مقاربة منظمة أطباء بلا حدود؛ كما أكدت ضرورة أن يطور الفريق في لاشكرجاه الاتصالات مع قادة المعارضة المحليين من أجل الوصول

إلى المناطـق التي يُعتقد بـأنها الأكـثر تضرراً من النزاع. ولكن مثلما اختتم الرجـل المسـن الـذي استُفتـي في عمليـة المسـح: "لا يتبع الطالبـان قيادة واحـدة. ربما يكون من الممكـن لكم البقاء هنا، ولكن هل تستطيعون القدوم إلى منطقتـي؟".[23] وفي الحقيقـة، منعـت الانقسامـات بين قـادة المعارضة في هلمنـد منظمـة أطباء بـلا حدود حتـى الآن من الحصول علـى اتفاقات وضمانات أمنية تسمح لها بالوصول إلى هذه المناطق.

زيادة الأنشطة

بمـا أن التحديـات العمليـة شكلـت جانباً سلبيـاً شائعاً لدعـم المرافق العامة، لم يتفاجئ منسقو البعثة من الصعوبات التي واجهوها في مستشفى بوسـت في لاشكرجـاه. إذ أذعنـوا لهـذا الخيار مـن أجل تأمـين التراخيص بأسـرع وقت ممكن من الحكومة الأفغانيـة، التي تتيح لهم مزيداً من المدى في برامـج أخرى. بعد الجولة الأولى مـن المحادثات، ارتفعت توقعات قادة المعارضـة المسلحـة لافتتاح مشاريـع جديدة في المناطـق التي يسيطرون عليهـا. وبينمـا سعت منظمة أطباء بـلا حدود إلى تعزيـز برامجها القائمة، بـدأت منـذ أوائل ربيع 2010 تقييـم مناطق جديدة للمشاريـع، آملة أن تقيم فيهـا مرافق مستقلة. وتم اختيـار ولايتي خوست وقنـدوز للمرحلة الثانية من العمليات.

شكلـت ولايـة خوست المنطقـة الحيوية لشبكة حقـاني في جنوب شرق أفغانستـان، وضمت القاعـدة الرئيسة لـ"عملية الحريـة الدائمة" في البلاد، حيـث شُنـت عمليـات مكافحة الإرهـاب عبر الحـدود مع باكستـان. ولذلك زادت الشكـوك عندما التقى فريق منظمة أطباء بلا حدود مع شيوخ القبائل المحليـة، غـير أن اتصالات المنظمة بشبكة حقـاني والمساعدة الفريدة التي تستطيـع تقديمهـا ساهمت في بناء الثقة. وبالتوافق مـع البيانات الصحية المتوافـرة، عـبّر شيـوخ القبائل عن الحاجـة إلى الرعاية الصحيـة للأمومة والطفولـة. فتمكنت منظمة أطباء بلا حدود من وضع برنامج يضم عاملات

23 اقتباسات من تقرير داخلي لمنظمة أطباء بلا حدود،
"The challenges in accessing Boost hospital in Lashkargah city, Helmand province", Nov. 2010.

أجنبيات، وهي الطريقة الوحيدة، حسب ما أقر الشيوخ، لضمان رعاية النساء المحليات. واقترح أحد الشيوخ، وقد اكتسب الجرأة من هذا المنظور، تضمين خدمات الصحة النفسية في البرنامج لمعالجة ما اعتبره نزعة مقلقة نحو الانتحار بين نساء المنطقة. ومن أجل السماح للفريق الأجنبي بالاستقرار في بلدة خوست وإطلاق برنامج كهذا، كان على منظمة أطباء بلا حدود إجراء جولة جديدة من المفاوضات للحصول على ضمانات أمنية من جميع الأطراف المتنازعة.

لم يكن الوصول إلى مدينة قندوز مسألة أمنية، لكن الوضع في الأقاليم كان قضية مختلفة تماماً. فإن قندوز أول ولاية شمالية اجتاحها نفوذ إمارة أفغانستان الإسلامية، وازدادت حدة القتال فيها خلال السنة الماضية. وبما أن المواجهات المسلحة كانت ظاهرة حديثة نسبياً، لم يعان النظام الصحي المحلي بعد من الفوضى والاضطراب كحال الولايات الجنوبية، مثل هلمند. لكن قندوز أصبحت موقعاً إستراتيجياً؛ فقد أدت طريق إمداد جديدة للقوات الدولية تعبر الولاية من طاجيكستان، إضافة إلى وصول قوات أمريكية جديدة تحت قيادة "عملية الحرية الدائمة"، إلى توقعات واسعة تشير إلى تصاعد حدة النزاع قريباً.

لذلك، استنتج تقييم منظمة أطباء بلا حدود ضرورة التفاوض على وجود طبي في أقرب وقت ممكن، لضمان استجابة ملائمة وفي الوقت المناسب لتبعات زيادة حدة العنف المتوقع. عُين فريق من الأجانب في مدينة قندوز لبدء محادثات مع مختلف المجموعات المسلحة المحلية التي اعتمد عليها الوصول إلى مختلف المناطق. وتقرر في ما بعد تأسيس مركز إسعافي للحالات الخطرة في عاصمة الولاية لمعالجة ضحايا النزاع، وأن يقام المشروع في مبنى خاص لضمان الاستقلالية الكاملة. وفي ديسمبر/ كانون الأول 2010، وافقت السلطات في قندوز على المشروع. غير أن الحرب اندلعت بصورة أسرع من المتوقع، وسقط في القتال والتفجيرات الانتحارية عدد كبير من محاوري المنظمة في الحكومة والمعارضة. ضاعف ذلك كله تعقيد المفاوضات، ولم تتحقق بعد الشروط اللازمة لتبدأ المنظمة مشروعها. وعلى وجه الخصوص، لن تتمكن الأطراف كلها من الاستفادة من المشروع دون اتفاق على نظام إحالة (إلى المستشفى) يسمح

بنقـل الجرحـى بأمـان من المنـاطق إلى مرفق منظمـة أطباء بلا حدود دون التعرض للاعتقال أو الهجوم.

كانـت المفاوضات المتعلقة بتدخل منظمة أطباء بلا حدود في ولايتي خوسـت وقندوز لا تزال جارية في ربيع سنـة 2011، في وقت أدت الضغوط المحليـة والدولية على حكومة كـرزاي، وتضاعف الرهـان على المفاوضات السياسيـة بـين المتحاربـين، وتعهـد إدارة أوبـامـا ببـدء انسحـاب الجنود الأمريكيـين في الصيف، إلى تغيرات سريعة في البيئة السياسية والعسكرية في أفغانستـان. وفي هذا السياق، بقيـت الآمال المعقودة على منظمة أطباء بـلا حدود كبيرة. وكمـا عبر أحد ممثلي إمـارة أفغانستـان الإسلامية دون مواربة: "لا يمكننا ضمان أمنكم ما لم تقوموا بعمل ملموس".

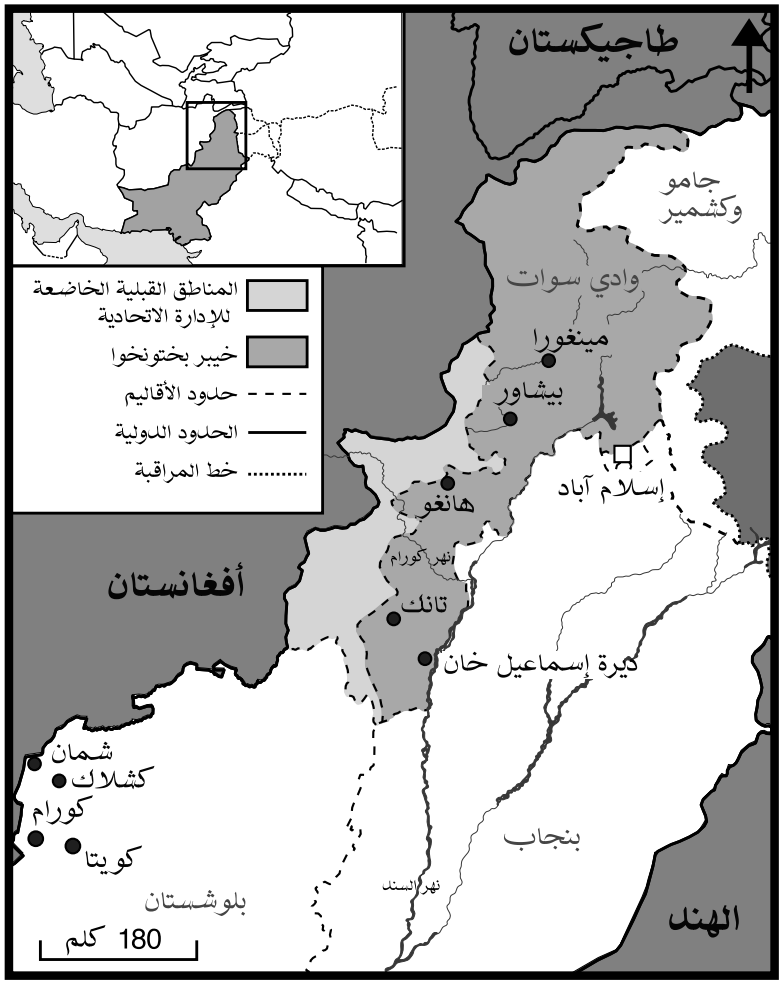
عندمـا قـام عضـوان مـن منظمـة أطباء بـلا حـدود ببعثـة تقييم في يوليو/تمـوز 2007، وقابـلا المسؤولـين في مختلـف الـوزارات في حكومـة كـرزاي، لاحظا درجة مـن الغموض إزاء احتمال عـودة المنظمة الطبية إلى أفغانستان، وذلك على الرغم من عبارات الترحيب بهما. "تمثل منظمة أطباء بلا حدود ذكريات من الماضي والحرب، وفي العديد من الوزارات المختلفة، هنـاك مخـاوف وسوء فهـم [...]. لقد ربط [بعض المسؤولـين] بشكل واضح بـين عودتنا وبين تدهـور الوضع في الجنوب".[24] مـرة أخرى، في ديسمبر/كانـون الأول 2010، حـين كانـت سلطات ولايـة قندوز على وشك التوقيع علـى اتفاقية تسمح لمنظمة أطباء بلا حـدود بالشروع ببرنامجها لمعالجة جرحـى الحرب، علق مسؤول بالقـول إنه وجد في عودة منظمة أطباء إشارة جيدة تبعث على التفاؤل وفي الوقت نفسه إشارة سيئة تحث على التشاؤم.

تشـير هـذه الملاحظـات إلى الدليـل نفسـه: العمـل الإنسـاني عرض مـن أعراضـ الحرب، وليس علاجـاً لها. وهي تؤكد ما حـاول هذا الفصل إظهاره: لكي يكون عمل منظمة أطباء بلا حدود مقبولاً، يجب على الجهات الفاعلـة في الحرب الاعتراف بالنزاع في حد ذاتـه، والاهتمام بالخدمات الطبيـة التي تقدمها المنظمة. ولا يُعد الوضع السائد في أفغانستان اليوم أقـل استقطابـاً مما كان عليه سنـة 2004 عندما غـادرت المنظمة البلاد،

24 تقرير زيارة تقييمية:
"Afghanistan: What humanitarian space and role for Médecins Sans Frontières?" Aug. 2007, MSF archives.

لا بل أصبح أكثر عنفاً دون أدنى شك. أما التغيير الأساسي من منظور المنظمة الإنسانية فهو أن العمليات الطبية في المناطق التي يجتاحها النزاع تعدها الأطراف المتنازعة والمتحاربة اليوم وسيلة لدعم شرعيتها المزعومة بدرجة أو بأخرى.

استطاعت منظمة أطباء بلا حدود حتى الآن التكيف مع هذه المدركات المتطورة وقبولها عبر إظهار إمكانية أن يفيد دعمها الطبي كل طرف. غير أن هذه المعادلة تبقى هشة دون شك، حيث لم تسمح إلى الآن بتحسن كبير في الوصول إلى السكان العالقين في المناطق الريفية المتضررة من الحرب. ومن المؤكد أن مرحلة زيادة الأنشطة الحالية تسهم في تحسين مكانة منظمة أطباء بلا حدود في نظر محاوريها القياديين. ولكن، لكي يدوم ذلك، تحظى الاستمرارية في التفاعلات وفي فهم مصالح الأطراف بأهمية حاسمة. وهذا بدوره لا يعتمد على المهارات التفاوضية للمنظمة فحسب بل على ديناميات الحرب، أو السلام الذي لا يخلو من أعمال العنف. لذلك، وبدلاً من محاولة قياس "الحيز الإنساني" في أفغانستان، قد يكون من الأجدى والأقرب إلى الدقة التفكير بالفرص السانحة والمخاطر الداهمة لهذه "اللحظة" الإنسانية.


طاجيكستان
جامو وكشمير
وادي سوات
مينغورا
بيشاور
إسلام آباد
هانغو
نهر كورام
تانك
كيرة إسماعيل خان
أفغانستان
شمان
كشلاك
كورام
كويتا
بلوشستان
بنجاب
نهر السند
الهند
180 كلم
المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية
خيبر بختونخوا
حدود الأقاليم
الحدود الدولية
خط المراقبة

باكستان

باكستان

الوجه الآخر لمكافحة التمرد

بقلم جوناثان ويتال

أدت النزاعات الداخلية في مناطق شمال غرب باكستان بين عامي 2008 و 2010، إضافة إلى ما يُسمى "بالحرب العالمية على الإرهاب"، إلى تشريد 4,2 مليون نسمة.[1] ومنذ عام 2007، يعيش السكان في "المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية" وفي إقليم خيبر باختونخوا[2] تحت تهديد القتال بين الجيش الباكستاني وجماعات المعارضة المسلحة مثل جماعة "تحريك طالبان باكستان"، فضلاً عن هجمات الطائرات بلا طيار الأمريكية والعنف الطائفي. ويستعمل الآن الطالبان الأفغان المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية الواقعة على حدود أفغانستان منصة انطلاق لعملياتهم ضد قوات التحالف. كما تستخدم جماعة تحريك طالبان باكستان المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية قاعدةً لهجماتها على الدولة الباكستانية. ونظراً لقدرتها المحدودة على الوصول إلى المناطق القبلية، لا تعرف منظمة أطباء بلا حدود الكثير عن احتياجات السكان الطبية. وتقتصر أغلبية برامجها على إقليم خيبر باختونخوا، القريب من المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، حيث يسمح الجيش

1 International Crisis Group, *Pakistan: The Worsening IDP Crisis*, Asia Briefing, Islamabad/Brussels: ICG, 16 Sept. 2010.

2 كان يُعرف سابقاً بمقاطعة الحدود الشمالية الغربية.

للمنظمــة بـالتصدي لمشاكل النقص في خدمات المستشفيات. إلا أن الحاجة إلى المساعـدات الطبيــة تكون في الغالـب أكثر إلحاحـاً في المناطق القبلية الخاضعــة للإدارة الاتحادية حيث يرفض العاملون في المجال الصحي في أغلـب الأحيــان أداء واجباتهـم بسبب انعـدام الأمن. واستنـد موقف منظمة أطباء بلا حدود في باكستان غالباً إلى مبادئ الاستقلالية والحيادية وعدم التحيز، التي نفذت في قرارها بعدم قبول أي تمويل من أي حكومة لعملياتها في المنطقــة. لقد بذلت المنظمــة قصارى جهدها للنأي بنفسها عن المظاهر الإنسانيــة المزعومة لسياسة مكافحة التمرد التي شجعتها السلطات. ولكن، إلى أي مـدى نجحت هـذه الجهود في ضمان حصول السـكان المستضعفين على الرعاية الطبية؟

في شمــال غـرب باكستان، يـولي الجيش والأطراف الدوليــة المانحة المساعدات الإنسانية دوراً محورياً في إطار إستراتيجية "تحقيق الاستقرار" التــي تسعى إلى ترسيخ شرعية الحكومة. علــى أرض الواقع، تحدد أولويات مكافحــة التمرد أماكن توفير المساعدات الوطنية والدولية ومواقع تسليمها فضــلاً عمن يحصل عليها. ويمنع الجيش المنظمات الإنسانية من الوصول إلى المناطـق التــي تجري فيهــا عمليات مكافحــة التمرد إلى حـين إعلانها مناطـق "آمنة" وجاهزة "لإعادة الإعمــار". الحالة مماثلة في كافة المناطق القبليــة الخاضعة للإدارة الاتحادية، كمــا في منطقتي ديرة إسماعيل خان وتانـك في خيـبر باختونخوا في عــام 2010، حيث كان يتجمــع النازحون. وفي عامــي 2009 و 2010، حاولت منظمة أطباء بلا حدود دون جدوى دعم المرافق الصحيــة في ديرة إسماعيل خان. وحتى بعد فيضانات عام 2010، بقيـت هـذه المناطق محظورة على منظمــة أطباء بلا حـدود على الرغم من ازديــاد الحاجة إلى مساعـدات الرعاية الصحية. أما التفسـير الرسمي الذي قدمــه الجيش لمنظمة أطباء بلا حـدود فهو عدم قدرته علــى تأمين سلامة الموظفـين الدوليـين. ولكن، منـذ عام 2009، حظـر الجيش أي تواصل بين منظمــة أطباء بلا حدود وبين جماعــة تحريك طالبان باكستان، ولو لمجرد التفاوض على ضمانات السلامة التي لم يستطع الجيش تأمينها.

ومع أن الجيش لبــى الاحتياجات المتعلقة بالطعام والمأوى والرعاية الصحيــة للنازحـين جـراء عملياتــه العسكريــة، كان هناك نقص حاد في

تأمين وصول المساعدات وتسليمها لا سيما لتلك المجتمعات المحلية التي اعتبرتها الحكومة على صلة "بالإرهابيين". لقد أدت عملية العقاب الجماعي التي نص عليها "قانون جرائم الحدود" إلى توزيع المساعدات بحسب موطن الإقامة الأصلي بدلاً من الاحتياجات. ويجب "تصنيف" المناطق التي تشهد نزوحاً في فئة "المتضررة" قبل أن يستطيع سكانها الاستفادة من أي مساعدة. تجسد "وكالة خيبر" في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية خير مثال على ذلك: لم يتم الاعتراف بها رسمياً منطقة "متضررة" بسبب النزاع، ولذلك لم يحصل النازحون منها على مساعدة تذكر.

ساندت الولايات المتحدة والأمم المتحدة إلى حد كبير هذا الاستغلال للمساعدات عبر دعمهما فعلياً لسياسة تحقيق الاستقرار في باكستان. ومثلما تبين من خطة الأمم المتحدة للاستجابة الإنسانية لعام 2010، التي قدمت برسالة من الحكومة الباكستانية تشرح سياستها المعنية بمكافحة التمرد في خيبر باختونخوا والمناطق القبيلة الخاضعة للإدارة الاتحادية، تدعم الأمم المتحدة وحتى وكالاتها المتخصصة مثل مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي، أحد أطراف النزاع بكل وضوح. إضافة إلى ذلك، تم تخصيص تمويل الولايات المتحدة وفقاً لأهداف سياسة "تحقيق الاستقرار عبر التنمية" التي يسهم فيها عدد كبير من المنظمات غير الحكومية عبر أنشطة وأعمال "بناء القدرات"، على حساب القدرة على الاستجابة الطارئة في أغلب الأحيان.

ووفقاً لما قاله أحد النازحين أثناء مقابلة في مارس/آذار 2010، "تدفع الولايات المتحدة الأموال للذين يحاربوننا ويدمرون منازلنا [إشارة إلى الجيش الباكستاني] ومن ثم ترسل الإغاثة. لا ثقة لنا بذلك".[3] وبالاستناد إلى خبرة منظمة أطباء بلا حدود في المنطقة، تنتشر هذه الشكوك بين السكان وتؤثر تبعاتها في قدرة المنظمات غير الحكومية على الاستجابة لاحتياجات السكان بالشكل المناسب. وقامت عدة منظمات غير حكومية بحصر أنشطتها في مناطق آمنة لا تخاطر فيها بالتعرض للهجوم والتحول إلى أهداف، فهي تدرك شكوك مجموعات المعارضة المسلحة وجزء من السكان بها بسبب ارتباطاتها بتمويل الولايات المتحدة والأمم المتحدة.

3 مخيم سمر باغ للنازحين، 10 مارس/آذار 2010

في هـذا السياق، حاولـت منظمة أطباء بلا حدود الابتعاد عن لعب دور المسانـد لإستراتيجية مكافحـة التمرد وتحقيق الاستقـرار في المنطقة عبر توسيـع برامجهـا إلى المناطق "غـير الآمنة" و"السـكان الإرهـابيين". وكمن التحدي الرئيسي في نيل قبول جميع الجهات الفاعلة من مختلف التوجهات السياسيـة والعسكرية، أكانت موالية للحكومة أو معارضة لها. لقد ظهر هذا التوتر جلياً في استجابة منظمة أطباء بلا حدود إلى وضع الرعاية الصحية في وادي سوات.

منظمة أطباء بلا حدود والاستقرار المدعوم أمريكياً في وادي سوات

بدأت منظمة أطباء بلا حدود العمل في وادي سوات في مقاطعة خيبر باختونخـوا بين عامي 2008 و 2009 عندمـا كانت مجموعات المعارضة المسلحـة مسيطـرة علـى المنطقـة. وتـولى الموظفـون الباكستانيون في المنظمـة إدارة العمليـات بدعـم من فريـق العمل الدولي الـذي كان يقوم بزيـارات بـين الحين والآخـر. وطلبت السلطـات الباكستانيـة من منظمة أطبـاء بـلا حدود الحصول علـى موافقـة أمنية من المعارضـة للعمل في وادي سـوات. وكان للمنظمة اتصـال مباشر مع القيادة العليا للمعارضة التـي كانت تتحاور مع الدولة في تلـك الحقبة. لقد عززت شراكة المنظمة الإستراتيجيـة مع جمعيـة أطباء سوات، وتوريـد الأدوية والمعدات لغرف الطـوارئ، وإنشاء خدمـات إسعافية، سمعتها بوصفها موفـراً معترفاً به للخدمـات الطبيـة. ووافقـت المنظمـة علـى التدخل دون وجـود موظفين دوليـين، لأن الأطـراف المتنازعة لم تكن تريد تحمـل مسؤولية سلامتهم. لقـد تمت هذه التسوية لأن الحوار مـع المعارضة كان ممكناً. وبعد سلسلة مـن الحـوادث الأمنية، شملت مقتل اثنين من موظفـي المنظمة في سيارة إسعـاف مميـزة بعلامات واضحة، اضطـرت منظمة أطبـاء بلا حدود في مايو/أيار 2009 إلى وقف مشاريعها في المنطقة.

في الفـترة مـا بـين مايو/أيـار ويوليو/تمـوز 2009، شـن الجيش الباكستـاني هجومـاً واسعـاً في وادي سـوات، ممـا أدى إلى نـزوح أكثر من ثلاثـة ملايين شخـص، فضلاً عن فقدان المعارضـة السيطرة على المنطقة. وبحلـول عام 2010، انحصـر النزاع في المناطق القبليـة الخاضعة للإدارة

الاتحادية حيث لا تصل منظمة أطباء بلا حدود، باستثناء مشروع صغير في منطقة كورام. وعادت منظمة أطباء بلا حدود إلى سوات في مايو/أيار 2010، وافتتحت مجدداً غرفة الطوارئ في مستشفى مينغورا بعدما أعلنت الحكومة الباكستانية نجاح الهجوم، وصنفت المنطقة في فئة "الآمنة" وأعطت الأولوية "للتنمية من أجل تحقيق الاستقرار".

أدرجت حكومة باكستان إستراتيجيتها لتحقيق الاستقرار في منطقة سوات ضمن "الخطة الشاملة لتحقيق الاستقرار والتنمية الاقتصادية والاجتماعية في ملكند".[4] تضمن القسم المتعلق "بتقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية" إشارة محددة إلى الحاجة لإعادة تأهيل البنية التحتية الصحية وتوسيعها وتحديثها. وإضافة إلى تمويل هذه البنية التحتية، خصصت الحكومة الأمريكية ما يقارب 36 مليون دولار من المساعدات المباشرة إلى حكومة خيبر باختونخوا، مع مبلغ 12 مليون دولار مخصص لإعادة التأهيل والتوظيف والإمدادات في وزارة الصحة.[5] حيثما يوجد تمويل توجد منظمات غير حكومية. وفي حالة سوات، قُدر عدد المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية التي وصلت بعد الهجوم العسكري إلى وادي سوات بثمانين منظمة.

لم يعتمد قرار عودة منظمة أطباء بلا حدود إلى سوات بعد الهجوم على رغبة في إعادة بناء المنطقة دعماً لأجندة الاستقرار، بل استناداً إلى الاحتياجات الطبية. كانت غرفة الطوارئ في مستشفى مينغورا بالكاد تعمل، وعلى الرغم من المزاعم بانتهاء النزاع، إلا أن الأمن لم يحل، مثلما أثبتت الأعداد الكبيرة من الجرحى التي تدفقت بين الحين والآخر. أما التحدي الأساسي الذي واجهته المنظمة فتمثل في كيفية العمل في هذه الظروف دون التضحية بقدرتها على نيل قبول المجموعات المحلية المعارضة للحكومة ولإستراتيجيتها المعنية بمكافحة التمرد في سوات وضواحيها. وكان ذلك في غاية الأهمية لأن السلطات أوضحت للمنظمة بأنها لن تسمح بعلاج "المقاتلين" في مرافقها الصحية.

4 حكومة مقاطعة الحدود الشمالية الغربية، 2009. الإستراتيجية الشاملة للاستقرار والتنمية الاجتماعية الاقتصادية في ملكند. سوات هي إحدى دوائر ملكند.

5 http://www.usaid.gov/pk/downloads/impl/ILNo.MLK.01MalakandDivision.pdf

وكإجـراء وقائي، قـررت منظمة أطباء بـلا حدود، بـالاستنـاد إلى ثقة السـكان التي اكتسبتهـا أثناء عملها سابقاً في المنطقـة، إصدار بيان علني كجـزء من إستراتيجية أوسـع للتواصل مع السكان في سـوات. شرح البيان الصحفي الذي نشرته المنظمة في الإعلام المحلي النوايا والمقاصد الكامنة وراء عودتهـا إلى المنطقـة: "قررت منظمة أطباء بلا حدود العودة إلى سوات من أجل تلبية الاحتياجـات الطبية في مستشفى مينغورا تحديداً. وبصفتها منظمـة طبيـة تهتم بحـالات الطوارئ فهي تركـز فقط على توفـير الرعاية الحيويـة المنقذة للحيـاة، وهي غير معنية بإعادة بنـاء سوات بعد الهجوم. كما أنها ليست جزءاً من أي إستراتيجية سياسية أو عسكرية. أما فيما يتعلق بأنشطتنا في باكستان، فنحن لا نقبل أي تمويل حكومي، إذ نختار الاعتماد حصـراً علـى التمويـلات الخاصة الآتية مـن الأفراد".[6] كما قـررت المنظمة أيضـاً التوقـف عن الإشـارة إلى نفسها في اتصالاتها مـع مختلف الأطراف باسـم منظمـة غـير حكومية – لأنها تـدل في معناها علـى المنظمات التي تمولها الولايات المتحـدة أو المرتبطة بالأمم المتحدة، أو المنظمات الدينية – بل ستُعرف بوصفها منظمة طبية خاصة، ثم جمعية إنسانية طبية. كان مـن الضـروري أيضاً إيجاد الشركاء المناسبين لتطبيـق برامجها. وتطلب ذلـك بنـاء شبكـة علاقات موسعـة مع مجموعـات مختلفة داخـل المجتمع المحلي، في سوات وفي المنطقة. وحاولت منظمة أطباء بلا حدود على وجه الخصوص إقامة علاقات مع المدارس الدينية المحلية والمنظمات الوطنية غـير الحكومية، التـي لعبـت دوراً هامـاً في الاستجابة للنزوح الـذي سببه النـزاع المسلح وفيضانـات عام 2010. وكانت حقيقـة انخراط المنظمة مع المنظمـات التي يعدهـا الغرب في حالة منافسة علـى كسب "قلوب وعقول" السكان، خطوة مهمة في تحسين نظرة الناس لها وضماناً لوصول برامجها إلى من هم بأمس الحاجة إليها.

في المناطـق الأخـرى من شمال غـرب باكستان، التـي لم تكن منظمة أطباء بلا حدود قادرة على الوصول إليها بعد سنة 2009، كان باستطاعتها العمل فيها لو وافقت على التحرك من خلال المنظمات الوطنية غير الحكومية أو الأفراد الباكستانيين حصراً. هكذا استطاعت المنظمة تنفيذ برنامجها في

6 بيان صحفي لمنظمة أطباء بلا حدود، 25 يوليو/تموز 2010.

وكالة كورام في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، وفي سوات سنة 2008. وكان سيسمح لها ذلك بالوصول إلى مناطق مثل ديرة إسماعيل خان وبعض المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية. إلا أن القرار اتُخذ سنة 2010 بعدم تكرار هذه الإستراتيجية في أجزاء أخرى من المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية وفي خيبر باختونخوا: ففي هذا السياق شديد التحدي سياسياً وتنافسياً، ودون حوار مباشر مع المعارضة، عدّت منظمة أطباء بلا حدود أن من الضروري الحصول على فرق مختلطة من الموظفين المحليين والدوليين، لأن الفريق الدولي يمكن أن يشكل عازلاً بين فريق العمل الوطني وضغوط المجتمع المحلي، ومنها ضغوط الجماعات المسلحة. كان هذا درساً تعلمته المنظمة في سوات، حيث خضع العاملون الوطنيون الذين يديرون المشاريع لضغوط هائلة لمواجهة المخاطر الأمنية المتزايدة في سبيل تلبية احتياجات مجتمعهم المحلي، ما أودى بحياة اثنين من المسعفين التابعين لمنظمة أطباء بلا حدود سنة 2009.

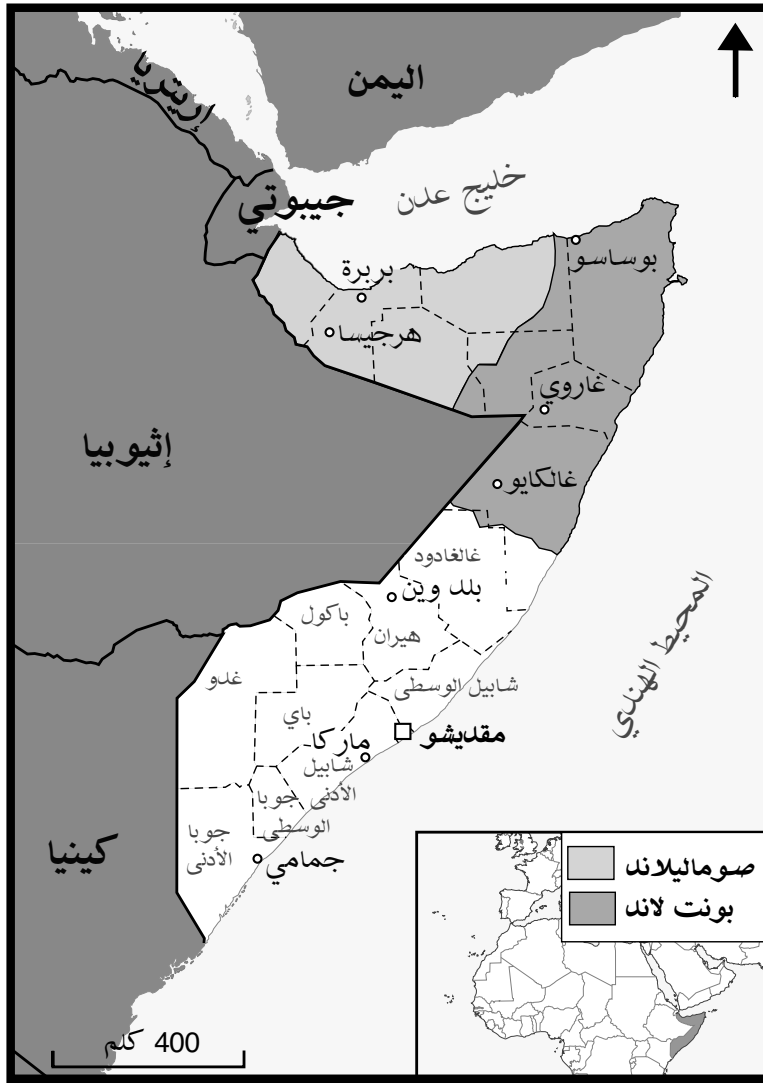
كان سيُسمح لفريق العمل الدولي للمنظمة بالوصول إلى هذه المناطق لو طلب مرافقة الجيش الباكستاني. ولكن، لأن ذلك سيوفره أحد أطراف النزاع، كانت المنظمة ستتحول إلى هدف للهجوم.

الإبحار في المياه الخطرة

في سياق مثل باكستان، لا تتعلق قدرة منظمة أطباء بلا حدود على تحسين بيئة العمل الآمنة، على الأقل في نظر المعارضة المسلحة، بكيفية فهم مبادئها بقدر ما تتعلق بالتصورات الناجمة عن سياسات علمياتها. فالتوكيد على "الحيادية والاستقلالية"، اللتين تشجعهما المنظمة بحماس في باكستان، يتناقض تناقضاً صارخاً مع الممارسات الإنسانية للدولة في خدمة مكافحة التمرد وتحقيق الاستقرار، وهو موقف سياسي بحد ذاته يمكن أن يؤدي إلى درجة من القبول. ولأن المنظمات الإنسانية في باكستان تتبنى الأولويات السياسية الغربية، تعطي المعارضة نوعاً من القيمة للموقف المتميز لمنظمة أطباء بلا حدود.

لا يزال عمل منظمة أطباء بلا حدود محصوراً في المناطق التي تسمح الحكومة بالوصول إليها. وفي نهاية المطاف، يجب أن تُقاس قدرة المنظمة

على العمل في خضم سياسة مكافحة التمرد في ضوء مقدرتها الفعلية على تقديم المساعـدة إلى المحرومين منها. ووصول المنظمة، لا سيما الموظفين الدوليـين العاملـين فيهـا، إلى مناطـق من خيـبر باختونخوا، مثـل هـانغو وتيمرغارا، يشكل إنجازاً مهماً. كما أن مدى عملياتها في هذه المناطق يفوق عمـل أي منظمـة إنسانية أخرى. لكـن، وعلى الرغم من هـذه النجاحات، لم تستطع منظمة أطباء بلا حدود اكتساب ما يكفي من القوة الدافعة للوصول إلى كل المناطـق القبليـة الخاضعـة لـلإدارة الاتحادية حيـث الاحتياجات ملحة وعاجلة وحادة على الأرجح، عبر تسويات تعدها المنظمة مقبولة.


اليمن
إريتريا
خليج عدن
جيبوتي
بوساسو
بربرة
هرجيسا
غاروي
إثيوبيا
غالكايو
غالغادود
بلد وين
باكول
هيران
غدو
شابيل الوسطى
باي
مقديشو
ماركا
شابيل الأدنى
جوبا الوسطى
جوبا الأدنى
جمامي
كينيا
المحيط الهندي
صوماليلاند
بونت لاند
400 كلم

الصومال

الصومال

كل شيء قابل للتفاوض

مقابلة مع بونوا لودوك
أجراها ميكائيل نيومان[1]

عملت منظمة أطباء بلا حدود في الصومال منذ سنة 1979 بهدف مساعدة اللاجئين الصوماليين الإثيوبيين، ولم يمر عليها وقت طويل هناك حتى بدأت تتضح لها مخاطر العمل في البلاد وتحدياته. ففي يناير/كانون الثاني 1987، اختُطف عشرة أعضاء من فريق طبي يعمل في بلدة توج ولاجه في الشمال، على يد انفصاليين من "صوماليلاند" (أرض الصومال)؛ وفي أبريل/نيسان 1988، كان الفرع الهولندي من منظمة أطباء بلا حدود يعمل في مدينة هرجيسا حين تعرضت لقصف عنيف بالقنابل. وبدأ العقد اللاحق بنزاع نتج عن مسار طويل يعود لسنوات خلت، واقترن بانهيار الحكومة مع انتشار عدد من الجيوش الخاصة التي تشكلت حول أفراد أو عشائر أو رجال أعمال.[2] وعقب سقوط الرئيس سياد بري سنة 1991، بدأت منظمة أطباء بلا حدود سلسلة من الأنشطة في مقديشو التي

1 يعد هذا الفصل خلاصة حوار جرى في الفترة ما بين يونيو/حزيران إلى ديسمبر/كانون الأول 2010، بين ميكائيل نيومان، مدير الدراسات في مركز الفكر في المعرفة والأعمال الإنسانية (CRASH)، وبونوا لوديك، رئيس سابق لبعثة ميدانية، ثم مدير برامج الفرع الفرنسي من منظمة أطباء بلا حدود في الصومال (من ديسمبر/كانون الأول 2006 إلى سبتمبر/أيلول 2010). ونتيجة لذلك، لم تشمل التفاصيل مواقف الفروع البلجيكية، والإسبانية، والهولندية، والسويسرية العاملة في الصومال أيضاً.

2 راجع على وجه الخصوص:
Roland Marchal, “Mogadiscio dans la guerre civile”, Les Etudes du CERI, no. 69, Oct. 2000.

مزقتهـا المعارك بين العشائـر والجهات المتنافسـة، وفي المناطق الريفية مـع النازحين، وفي كينيا مع اللاجئين الصوماليين الذين فرّوا من الحرب. وتمثـل أحـد اهتمامـات المنظمـة الرئيسية في الحـد من تبعـات المجاعة التـي أطلقـت منذ ربيع سنـة 1992 واحدة من أولى التدخـلات "العسكرية– الإنسانيـة" الدوليـة في حقبة ما بعد الحرب البـاردة. ونفذت منظمة أطباء بـلا حدود عمليات الإغاثة في واحدة من أخطـر البيئات التي واجهتها في تاريخها. وأدت ضـراوة القتال والتهديدات المباشرة ضد موظفي المنظمة إلى عدد من عمليات إخلاء للموظفين.

في الفـترة مـا بـين أبريل/نيسـان 1992 ومارس/آذار 1995، أرسلت الأمم المتحدة عدة بعثات متلاحقة بغرض تأمين التزام الجهات المتحاربة الرئيسيـة بوقـف إطـلاق النـار، فضلاً عـن ضمـان المساعـدات الإنسانية وسلامتهـا. لكن التعزيزات المتلاحقـة للقوة الدوليـة ساهمت في توريطها مباشـرة في النـزاع. ازدادت الخسائـر في صفـوف المدنيـين والعسكريين، بينمـا ارتكبت القوات الدولية نفسهـا جرائم حرب. ووصل كل من الفوضى والارتبـاك والتداخل بين المساعدات الإنسانية والتدخل العسكري الدولي إلى الـذروة. وسعياً منـه إلى تفادي اقتران أنشطته بـأعمـال العنف التي ترتكب باسـم العمل الإنساني، فضلاً عن مواجهته لتهديدات أمنية متزايدة، والعداء الذي يظهره السكان الصوماليون تجاه الأجانب، قرر الفرع الفرنسي لمنظمة أطبـاء بلا حدود في شهر مايو/أيـار 1993 الانسحاب من البلاد. وقد اعتمد هـذا القرار كذلك على تراجع معدل الوفيات الناجمة عن المجاعة. وعلى مر السنوات اللاحقة، استمرت المواجهة بين الزعماء السياسيين العسكريين في البلاد.[3] وبالرغم من الانقطاعات المنتظمة، واصلت فروع منظمة أطباء بلا حـدود العمل على مشاريع لتقديم المساعـدة إلى السكان الصوماليين. وفي سنـة 1997، اغتيل ريـكاردو ماركيس، أحد الأطبـاء الأجانب، في مستشفى بيـدوا الذي كان يحظـى بدعم الفرع الفرنسي للمنظمة، والذي كان قد عاود

3 فضلنا هنا هذا المصطلح على عبارة "زعماء الحرب" التي استخدمناها أحياناً في الحوار. رولاند مارشال يتطرق لهذه العبارة بالتفصيل، والتي تُستخدم كثيراً من جانب المؤسسات ووسائل الإعلام الدولية لوصف المسؤولين الصوماليين، قادة الميليشيات المقاتلة. من أجل تحليل نقدي لهذا المصطلح وتبعات استخدامه على ثغرات التحاليل المتعلقة بالحالة الصومالية، راجع:
Roland Marchal, "Warlordism and terrorism: how to obscure an already confusing crisis? The case of Somalia", *International Affairs* (83), 2007.

نشاطـه في البلاد قبل سنتـين. واستحث هذا الحادث انسحابـاً ثانياً للفرع الفرنسي للمنظمة من الصومـال.

بعـد ذلك بتسع سنوات، تمكن الفـرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، مـن العـودة إلى الصومـال، بعد أن خفت حدة القتال في مقديشو. وفي صيف عـام 2006، سيطـر اتحاد المحاكـم الإسلاميـة (وهو مجموعـة تأسست في منتصف التسعينيات في محاولة لاستعادة النظام في مقديشو) على المدينة، التـي أراد استخدامهـا محطـة اختبار لإقامـة نظام إسلامـي في الصومـال. وشهـد سـكان مقديشو فترة هـدوء افتقدوهـا طوال خمسة عشر عاماً، فيما أعيـد افتتاح المطـار الدولي المغلق منـذ سنة 1995. وبـرزت فرصة مؤاتية لمنظمات الإغاثة، التي كانت تأمل في تحسن الظروف الأمنية في العاصمة. لكن تبين أن الفرصة قصيرة الأجل؛ ففي شهر ديسمبر/كانون الأول 2006، شنّـت الحكومة الإثيوبية، الـذي خشيت من إقامة نظام إسلامي متشدد على عتبة بـابها، هجوماً واسع النطاق على اتحاد المحاكم الإسلامية، وهزمته.

تصاعـدت حـدة النزاع وتجـددت شدتـه، وفاقمه التدويـل على خلفية "الحـرب العالميـة علـى الإرهـاب"، التـي شهـدت معارضـة بـين الشبكات الجهادية العابـرة للحدود الوطنية من جهة والقوى الغربية والأمم المتحدة وحلفائها الإقليميين من جهة أخرى. ازداد تطرف حركة التمرد، ما أدى إلى ظهـور سلسلة من الجماعات المنشقـة، إحداها "حركة الشبـاب" التي كانت في الأصـل "منظمـة شباب" لـدى اتحاد المحاكـم الإسلاميـة، وتحولت إلى حركـة مستقلة جمعـت بين صفوفها عدداً صغيراً مـن الأفراد الأكثر تطرفاً. واجهـت القوات المعارضة الحكومة الاتحادية الانتقالية، التي كانت تحظى بدعم الأمم المتحدة وبعثة الاتحاد الأفريقي في الصومال (AMISOM)، التي أُنشئـت سنة 2007. لكن الحكومة الاتحادية الانتقاليـة، المقسمة والعاجزة، لم تتمكن قط من فرض سيطرتها على أكثر من بضعة أحياء في مقديشو.

في هـذا السياق، بذل الفرع الفرنسـي لمنظمة أطباء بلا حدود قصارى جهـده للعثور علـى طريقة لتقـديم المساعـدة في البلاد. وأُجـبرت المنظمة في سلسلـة من المفاوضـات اللامتناهية إلى القبـول بالتسوية في عدد من المجـالات: ضمـان أمن طاقمها وسلامتـه، والعـودة إلى الحراسة المسلحة، وخيـار مجـالات عملها، وجـودة خدمـات الإغاثة التـي تقدمهـا، ومراقبة

مواردها التي قد تساهم في الجهود الحربية للأطراف المتقاتلة، إضافة إلى استخدام حريتها في التعبير.

بالنسبـة إلى الكثيريـن من أعضـاء منظمة أطبـاء بلا حدود في باريس، يمكن إيجاز الصومال ببضـع كلمات: العشائر، وذكرى مقتـل ريـكاردو ماركيس، والتعقيـدات. الصومـال تجسد كيفية تنفيـذ الأنشطـة في ظـروف أمنيـة غـير مقبولة وعـبر الاعتماد الكامـل على الجماعـات المسلحة. درس الفـرع الفرنسي، الذي انسحـب من البلاد عام 1997، إمكانية العودة عام 2006. ما هي خلفية هذا الجدل؟

سيطر اتحاد المحاكم الإسلامية على مقديشو في أعقاب الانتصار الـذي حققه على "التحالـف من أجل حفظ السـلام ومكافحة الإرهـاب"[4] في شهـر يونيو/حزيـران 2006. وعـاد سـكان المدينـة، الذين كانـوا عزلاً من السـلاح في الظاهـر على الأقـل، إلى حالة من الأمن لم يتمتعـوا بمثلها منذ خمسـة عشر عاماً. وأتاح التغير في الظروف لأولئك الذين أيدوا عودة الفرع الفرنسـي من المنظمـة إلى الصومال الفرصة لإحياء الفكـرة مجدداً. أُرسلت بعثـة استكشافية في صيف عـام 2006 إلى مقديشو ومدينة ماركا المرفئية جنـوب البلاد، لإجـراء اتصالات وتقييـم حقيقة الوضع علـى الأرض. وإن عـودة الحرب، التي أعقبت تدخل الجيش الإثيوبـي في الصومال نهاية عام 2006، قـد شجعت هذه المقاربـة. وعندها توليت مسؤوليـة مراقبة الوضع، ودراسة مشاريع محتملة في البلاد.

كانـت نقاشـات متعـددة تـدور في المنظمة حـول فكرة إعـادة إطلاق مشروع جديـد. فقـد عارض مديـر العمليـات فكـرة اللجـوء إلى الحراسة المسلحـة، وأثـار مسألـة المخاطـر الأمنيـة المحتملـة التي قـد تتسبب بها

4 "التحالف من أجل حفظ السلام ومكافحة الإرهاب" (ARPCT) كان تحالفاً بين قادة سياسيين عسكريين، تدعمه الولايات المتحدة. وحتى إن لم يثبت تشكيله بمبادرة من أمريكا، إلا أن هذه الأخيرة دعمته من أجل مكافحة تأثير تنظيم القاعدة في الصومال. وما فتئ أن تحول سريعاً إلى مجموعة تقاتل اتحاد المحاكم الإسلامية. وحسب "الفريق الدولي المعني بالأزمات"، فإن وكالة المخابرات المركزية (CIA) قد قدمت ما بين 100,000 إلى 150,000 دولار شهرياً إلى هذا التحالف الذي كان يرغب في مقاتلة العناصر الأكثر تطرفاً في اتحاد المحاكم الإسلامية. راجع:
http://www.guardian.co.uk/world/2006/jun/10/rorycarroll.oliverburkeman

معاودة إطلاق الأنشطة على فرق المنظمة. من ناحية أخرى، كانت هناك أربعة فروع من منظمة أطباء بلا حدود تعمل في البلاد، وقد شكل ذلك حجة مقنعة بالنسبة إلى البعض ممن كانوا يعتبرون بأن حضور الفرع الفرنسي لم يكن ضرورياً.

لنعد إلى مسألة الحراسة المسلحة. في أفغانستان، وفي إريتريا، وفي مناسبات عدة في حالات أخرى، لجأت المنظمة إلى استخدام المقاتلين لضمان سلامة فرقها وقوافلها. ومع أن المساعدات الإنسانية يجب ألا تُفرض بالقوة، فإن اللجوء إلى المرافقة المسلحة يُعد أحياناً في تاريخ المنظمة شرطاً لتوفير هذه المساعدة. ما هي الحجج في الجدل التي استحثت منظمة أطباء بلا حدود على اللجوء إلى الحراسة المسلحة لتنفيذ عملياتها في الصومال؟

خلال المناقشات التي سبقت القرار باستئناف الأنشطة، ارتكزت الأسباب المقدمة لمعارضة اللجوء إلى الحراسة المسلحة إلى تجربة منظمة أطباء بلا حدود في الصومال وفي بلدان أخرى وشملت: خطر المشاركة في تمويل النزاع، وتعريض الفرق الطبية لمزيد من المخاطر، والاعتماد على الميليشيات المسلحة، إضافة إلى مسألة حيادية العمليات. في بداية التسعينيات، كان اللجوء إلى مساعدة الميليشيات شرطاً مسبقاً لمزاولة العمل، بعد ذلك، أصبح من المستحيل التخلي عن هذا الشرط. وفي الوقت الذي كان من المفترض فيه أن تدافع هذه الميليشيات عن المنظمة، بدأت بافتعال الحوادث من أجل حث المنظمة على تعزيز نظام الحراسة. ومنذ منتصف التسعينيات، بدأت الفرق بتقليص عدد الحراس والحد من العلاقات التعاقدية مع الميليشيات: فمن خلال اللجوء إلى الحراسة المسلحة، كانت منظمة أطباء بلا حدود من المحتمل أن تشارك، ولو هامشياً، في خلق الظروف المؤاتية لأعمال العنف. استخدام الحراس كان يعني المخاطرة بأن يقوم أحد أفراد طاقمنا بقتل شخص. وكان العدد الكبير من الحوادث الأمنية التي عشناها في الماضي يجعل الحجج المقدمة في هذه الصدد مشروعة.

ولكن في الصومال، كانت الحراسة المسلحة بالأساس ضرورة، وليست خياراً. فخلال زياراتنا الأولى إلى البلاد، كنا نقول إننا لا نريد حراسة مسلحة. غير أننا ما لبثنا أن اكتشفنا بأن لأصغر متجر، حارساً خاصاً مسلحاً بسلاح كلاشنيكوف. فمنذ التسعينيات، أصبح الأمن في الصومال مخصخصاً بالكامل. لقد كان ذلك واقعاً ملموساً قبلته فرق منظمة أطباء بلا حدود التي كانت تعمل هناك، وما لبثنا أن اعترفنا به. فعند مدخل جميع المستشفيات في الصومال، توجد غرفة تودع فيها الأسلحة، ويحصل صاحب السلاح على رقم لاسترجاعه عند المغادرة. في النهاية وبعد مناقشات مستفيضة، كانت هذه هي الحقيقة التي قررت المنظمة قبولها.

ما هي المراحل التي مرّت بها إعادة إطلاق الأنشطة؟

كان أحد أعضاء البعثة الاستكشافية صيف سنة 2006، رئيساً للبعثة سنة 1997. والتقى في أحد فنادق مقديشو مساعده السابق، الذي عاد إلى العاصمة مثل كثيرين غيره من الصوماليين لجس نبض المدينة من أجل البدء بالأنشطة. كان هذا المساعد يقيم في بلدة كيسمايو، في جنوب الصومال، وقد ساعد في تسهيل زيارتنا إلى جمامي، إحدى مدن المنطقة. كانت منطقة ريفية لم تتأثر كثيراً بالقتال. وفيها مهبط للطائرات، وهذا بالغ الأهمية، لأن السفر بالسيارات أصبح خطراً جداً.

ثم هناك بالطبع الاحتياجات الطبية المحددة بوضوح، كما هي الحال في مجمل المناطق الصومالية الريفية، لا سيما في غياب موفري الرعاية. أجرينا عدداً من المهمات الاستكشافية في بعض القرى المجاورة. اكتسحت المنطقة فيضانات هائلة في الفترة ما بين شهر نوفمبر/تشرين الثاني 2006 وشهر يناير/كانون الثاني 2007. وحسب ما تم إبلاغنا، حصلت وفيات بين الأطفال بسبب الإسهال، نظراً لنقص مياه الشرب، واضطرار السكان إلى الشرب من مياه النهر. وإدراكاً منا لتأثير الفيضانات على المحاصيل الزراعية، كنا نخشى من تدهور الوضع الغذائي.

دارت نقاشات كثيرة حول الحكمة من تقديم المساعدات في جمامي. بالنسبة إلى كثيرين، كانت العملية ستتسبب في تأخير بدء العمل في مقديشو، التي كانت تعد هدفاً يحظى بالأولوية نظراً لكون العاصمة مكتظة

بالسكان وبؤرة النزاع. بيد أن المشروع في جمامي بدأ بسرعة. كانت منظمة أطباء بلا حدود معروفة في المنطقة إلى حد ما نظراً لعملها السابق في كيسمايو في التسعينيات. وسرعان ما عين ممثلو القرية منسقاً وحيداً للاهتمام بالمركبات، وتوظيف العمال، واستئجار المباني. شرحنا مبادئ التدخل التي تعتمدها منظمة أطباء بلا حدود وأكدنا عليها، وهي الحيادية فيما يخص النزاع، والاستقلالية عن السلطات السياسية، وضرورة توفير الرعاية للجميع دون استثناء. وبحلول شهر مارس/آذار 2007، كان لدينا فريق طبي في الموقع. وفي شهر أبريل/نيسان، حولنا الاهتمام إلى البدء بالمشروع في مقديشو.

في اعتقادي كان العمل الذي أنجزناه في جمامي مهماً ولا غنى عنه. وعلينا تذكر أننا بدأنا العمل في الصومال على أساس بضع تجارب سابقة. كأنما أصابنا الشلل، إذ لم نعد نفهم شيئاً أو ربما لم نعد نعرف سوى المخاطر. في جمامي تعلمنا من جديد كيف نعمل في الصومال في الظروف المناسبة: كيفية التنقل، وكيفية إنجاز دراسات تقييمية غذائية على وجه السرعة، وكيفية اللقاء مع محاورينا لفهم الوضع الصحي.

كانت هناك عشيرة واحدة في جمامي عُرفت بالنأي عن النزاع، وعلمنا أن السكان يطلبون المساعدة. وقد سمح لنا ذلك بفهم الدور الذي يلعبه شيوخ القرية، ودور الزعماء الذين يمثلون العشائر السبع الفرعية، والتصدي لمسألة فرز السيارات والمنازل والحراسة المسلحة، وكلها قضايا قد نواجهها في مقديشو. إن استئجار سيارة في الصومال يؤدي إلى سلسلة من التسويات والتنازلات. وفي هذا السياق، يجب أن ننسى ما تعلمناه عن الإمدادات اللوجستية؛ كضرورة أن تسير السيارة بشكل مستقيم ومتوازن، وأن تكون مزودة بمكابح فعالة وأحزمة أمان. هنا، يجب أولاً أن نعرف من هو المالك، وما هي علاقات القوة بين العشائر أو بين الأفراد، وما هي مخاطر ردود الفعل الانتقامية ضد فرق المنظمة. لم نتمكن قط من إدراك ذلك كله في مقديشو، حيث الحرب دائرة، والسكان ينزحون، والعشائر متعددة، الخ.

من جهة أخرى، كانت لنا مصلحة أن يكون لدينا امتداد في الأرياف، من خلال مشروع يوحي بأنه أكثر استدامة من الناحية الأمنية. لذا لم نقم

بـــأي عمليـــة إخلاء للفرق حتى سنة 2008. ومن بـــين الأسباب التي شجعتنا علـــى بدء المشروع في جمامي، أسبـــاب مؤسسية. لم نكن نعلـم طول المدة التي سنحتاجها لإطلاق المشروع في مقديشو، فشكل المشروع أيضاً فرصة للانطلاق، ومبرراً لإرسال فريق إلى نيروبي لدعم المشروع في مقديشو.

أمـــا بـالنسبـــة للحراســـة المسلحـــة، فقد نـاقشنـــا عدة خيـــارات مختلفة، بهـدف التخلص من بعض القيـود التي تولدهـــا. فحراسنا غـير متعاقدين معنـــا، ولا نتـــولى إدارتهـم مباشرة؛ بل ندفـع مبلغاً مـالياً لممثلـــي السكان، فيقـررون الجوانب التنظيمية ويديرونها. ولكن تبقـــى الأسئلة مطروحة: مـا هي التعليمات التي يجب تقديمها إلى الحراس؟ كيف ندير علاقتهم بنـا؟

اقترح الفريق الذي بدأ أول بعثة استكشافية صيف 2006 في مقديشو فكرة العمل في مجال رعاية الأمومة والتوليد. لكنها رفضت، إذ لم يوجـد مـا يكفي مـــن المؤشرات، والمخاطر التـــي ستواجهها داهمة وجديـــة. واستحـث سقـوط المحاكـم الإسلامية وتجـدد القتال مع بدايـــة عام 2007 جولة جديدة مـــن المناقشات. وفي النهاية، جرى الاتفـــاق على جعل الجراحـــة بؤرة المشروع. لمـــاذا لم يتم التوفيق بين الأولويتين؟ كيف جرى إطلاق المشروع في مقديشو؟

منـذ الزيـــارات الأولى التـــي قمنـــا بهـــا إلى الصومـــال، واجهتنا صعوبـــة الحصول علـــى مؤشرات موثوقـــة. فلم تكن هناك بيانـــات رسمية، وكان مـــن السهـل التلاعـب بـالأرقـــام بسبـب انعـدام إمكانيـــة التحقق من صحتهـــا. ولأن منظمة أطباء بلا حدود اعتنقت ثقافة الاعتماد على الأرقام واعتـــادت التعامل مع الأدوات الخاصة بدراسات الأوبئة، فهي تجد صعوبة في المضي قدماً في مشروع اعتماداً على مشاعر الفرق أو على حدسها. كيف يمكن إدراك مفهوم الاحتياجات حين يبدو الوضع برمته حالة طارئة: نزوح السـكان، وأزمات غذائية متكررة، ومعـدلات رديئة لحملات التلقيح، وحالة عامـــة من انعـدام الأمن، الخ؟ حتى إجـراء الدراسات التقييميـــة كان صعباً نظـراً لأن غياب المرافق الصحية العامة يستعاض عنه جزئياً بالصيدليات أو العيـــادات الطبيـــة الخاصـــة. لم نكن قـادرين على فهـم ممارسات الرعاية الصحية التي يتبعها الصوماليون.

في مقديشو، كان الوضع أكثر وضوحاً بقليل عقب التدخل الأثيوبي: كانت الحرب مستعرة والجرحى يسقطون. ونظراً للظروف الأمنية التي كنا نواجهها آنذاك، شعرنا أن من المهم التدخل في الحالات التي قد تشكل خطراً على الحياة. كانت الجراحة خياراً واضحاً. لقد أجرينا دراسة تقييمية في شهر يناير/كانون الثاني 2007، ثم أعقبتها أخرى في شهر أبريل/نيسان. كانت العاصمة الصومالية في حالة اضطراب آنذاك، حيث كانت القوات الإثيوبية والقوات الحكومية تشن هجمات كبرى ضد المقاتلين الإسلاميين في الأحياء الشمالية من المدينة. وحسب مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، خلفت هذه المعارك أكثر من 1,000 ضحية في صفوف المدنيين إضافة إلى 350,000 نازح، خصوصاً في معبر أفغويا الذي يقع على مسافة ثلاثين كيلومتراً غرب العاصمة. وقد عمد الإثيوبيون إلى عمليات نهب منظمة وتدمير كافة المراكز الطبية التي قد توفر المساعدات للمتمردين الإسلاميين.

أُرسلت بعثات تقييم إلى مختلف المرافق في المدينة ومحيطها. كنا نريد التمركز في مرفق موجود أصلاً بهدف تسهيل إجراءات إطلاق المشروع والمفاوضات المرتبطة بتوفير الأمن له. ودرسنا ما هو متوافر على الأرض. فمن بين 800 سرير للاستشفاء كانت متوافرة شهر يناير/كانون الثاني 2007، لم يبق منها سوى 250 في شهر يونيو/حزيران. ولم يبق من مرافق الجراحة المتاحة سوى تلك التي تدعمها اللجنة الدولية للصليب الأحمر. غير أنها لم تكن متاحة كلياً لقوات المعارضة، وذلك لأسباب معنية جزئياً بموقعها الجغرافي.

اعتُبر مستشفى داينيل، الواقع في حي من أحياء الضاحية الشمالية الغربية للمدينة، موقعاً مناسباً. وعلى الرغم من أن المستشفى قد استقبل أعداداً كبيرة من المرضى وكان يعاني من ظروف صعبة، غير أنه كان في حالة جيدة. وبما أنه كان يقع وسط مخيم للنازحين، كان بعيداً عن مركز المدينة. وهذا مهم بالنسبة لنا، لأن المرفق الواقع في مركز المدينة يضعنا مباشرة على خط النار، ويصعب على السكان الوصول إليه.

غير أن المستشفى كان يقع تحت سيطرة زعيم من زعماء الحرب ورجل الأعمال محمد قنياري، وهو رجل نافذ في مقديشو. وكانت علاقتنا بقنياري

مصدر خلافات عميقة مع باقي فروع منظمة أطباء بلا حدود، التي رأت في تلـك العلاقـة خطراً على سلامة المشاريع. كان قنيـاري مقرباً من الحكومة الاتحادية الانتقالية، قبل أن يبتعد عنها ثم ينضم إليها مجدداً بعد ذلك. كما حصل على التمويل من الولايات المتحدة الأمريكية، وبشكل خاص في إطار تحالف حفظ السلام ومكافحة الإرهاب سنة 2006.

شرحنـا لمحمد قنياري أهمية توفـير الرعاية إلى الجميع. وبدا أنه قبِل بذلك وقرر الانسحاب من إدارة المستشفى. قال: "سوف أتكفل بأمن المنطقة. أما الباقي، فتكلموا مع فلان وفلان وفلان".

قنياري هـو زعيم "موروسـادي"، إحدى العشائـر الفرعية لعشيرة "الهويـة". ينتشر أفراد "موروسـادي" في كل مكان تقريباً، ضمن حركة الشبـاب، وفي حكومة الرئيس يوسـف الاتحادية الانتقالية، وفي وكالة الأمـن الوطني المكلفة بالمخابرات ومكافحة الإرهاب. من الطبيعي أن يخلـق هذا التعدد في التحالفـات كثيراً من التعقيدات، غير أننا نستطيع استغلالهـا لمصلحتنـا لإيجـاد فرصـة للنقاش والحـوار مـع مختلف الجهات المعنية.

استطعنـا بسرعة تأمين ضمانات بتلقـي المقاتلين من جميع الجهات العـلاج في مستشفـى داينيل. وافقـت جميع الأطراف علـى الامتثال لقواعد اللعبـة، ولـو على مضض. وإلى حـد ما، غامر قنياري بسمعتـه في العملية، حيـث أنه ترشـح للانتخابات الرئاسية سنة 2004، وما زال يعتمد على رسم مسـار سياسـي لنفسـه، وأراد الظهور بمظهـر المنفتح على جميـع العشائر. وربمـا لهـذا السبب، انخـرط في اللعبة مـن الأساس، ولعـب دور "الحارس" (الوسيـط) الذي يشرع الأبواب للأجانب، ومن ثم يجعل أي اتفاق من خلاله مع العشائر ممكناً.

ومن وجهة نظر المتمردين، كان من مصلحتهم الحصول على المساعدة لجرحاهم وللسكان النازحين، وتشجيع منظمات الإغاثة على أن تشهد على الجرائـم التي يرتكبهـا الجيش الإثيوبـي، بدعم من الميليشيـات الحكومية. كانـوا يعرفون بأننا سـوف نتعامل مع شخص حاربهـم في السابق، بينما عـرف محمد قنياري أنـه يتيح لنا الوصـول إلى مستشفـى يستخدم لتوفير الرعاية للمقاتلين من أعدائه.

إن أخـذ مصالح مختلـف أطراف النـزاع بـالاعتبار يثـير مسألة الطريقـة التـي يتم بها اتخـاذ القرارات على مستـوى العمليات، ويُظهِـر بـأنهـا ليست نتيجـة عملية تقييم المنظمـة لاحتياجات السكان فحسب.

اعتمـدت القـرارات علـى توليفـة تجمـع معايير مختلفـة. جرت نقاشـات لمعرفـة إذا كان يجـب علينـا توجيـه أنشطتنا نحو طـب الأطفال أو الجراحـة. فطب الأطفـال سيلبي احتياجات حقيقيـة، وسيكون أسهل في التنفيذ نظراً لأن المتطلبات التقنية أقل تعقيداً. ولكننا بدأنا بـالجراحة، التي كانت الحاجة إليها ماسة وملحة، فهي التي طالبنا بها اللاعبون الأساسيون والشخصيـات القيادية التي استطعنـا مقابلتها. ولو افتتحنا مركزاً للتغذية أو لطب الأطفال، لكان المتمردون، والميليشيات الإسلامية المتشددة، وقبيلة الموروسـادي، وباقي الجماعـات، أقل تساهلاً. ومن المرجـح أن المستشفى كان سيتعرض للنهب عاجلاً أو آجلاً.

وبـالتزامن مع النقاشات الدائرة بشأن افتتاح مشروعنا في مقديشو خلال زيـارتنـا للعاصمة في شهر أبريل/نيسـان 2007، اتصلنا بمجموعة من الأطباء المقربين من حركة التمرد، الذين كانوا يعملون في الخفاء. وصف هؤلاء لنا أعمال العنف التي يقوم بها الجيش الإثيوبي ضد المرافق الصحية. وشددوا على أهمية وجـود مرفق طبي محايد قادر على معالجة الجرحى بغض النظر عن انتمائهم. ناقشنا معهم مشروعنا في داينيل والعمل مع قنياري. وبـالرغم من تحفظاتهم، فهمـوا بـأن المقاتلين المتمردين سيكون بمقدورهم دخول المستشفى. ومن أجل دعـم أنشطتهم الطبية، تبرعنـا لهم بمعدات طبية، تشمل جهـاز أشعة وطاولات للعمليات الجراحية، بلغت قيمتها الإجمالية أكثر من 120,000 يورو. لم يعد لدى أطبـاء المعارضة مـوارد لرعاية السكان، وأرادوا إعـادة تشغيل المرافق الطبية. وبفضل التبرعات التي قدّمناها، استطعنا تلبية احتياجاتهم، وبناء علاقات مع الأطبـاء؛ كانت تلك أيضاً طريقة لـ"دفع ثمن" علاقتنا مع قنياري خلال مرحلة التفاوض لافتتاح مشروع داينيل. لم تكن لدينا سيطرة مباشرة على استخدامهم للمعـدات. ولكننا قررنـا المضي قدماً، علـى الرغم من مخاوف فـروع المنظمة الأخـرى، التي رأت أن هذا الدعم الذي قدّمنـاه للمعارضة الإسلامية قد يعرض جميع مشاريعنا في البلاد للخطر.

كمـا نفذنا أيضـاً مشاريع تزود مخيمات النازحـين الواقعة في محيط المستشفـى بالميـاه، وذلك عقب موجة النزوح التـي تدفقت على المخيم في ربيع سنة 2007. كما قمنا بتوزيع صفائح مياه وأغطية. وكان دعم السكان الذين يعيشون بجوار المستشفى طريقة لحمايته.

أثناء عملية إنشاء المشروع، حرصت منظمة أطباء بلا حدود على تنظيم طريقة توزيع الموارد مع مختلف اللاعبين الأساسيين. ما هي الإستراتيجيات المتبناة؟

اعتمـدت قدرتنـا على إطلاق المشروع والمحافظـة عليه بشكل أساسـي على تأسيس هيئـة لإدارة المستشفى، أي نوع مـن مجلس الإدارة مستقـل عـن منظمـة أطبـاء بـلا حـدود. وداومنا علـى توفـير الإدارة "غير المباشرة"، بحيث نتفادى قـدر المستطاع أي تورط في النزاعات الشخصية أو السياسية أو القبلية المحلية. لم نقم باختيار أعضاء المجلس الاثني عشر الذيـن عينوا. بل كانـوا في العادة وُجهاء المنطقـة، وفي أغلب الأحيان، من أقرباء وأصدقاء قنياري، وقبيلة الموروسادي.

وعنـد ظهـور أي مشكلـة، كنـا نقـول لهـم: "أنتـم مجلس الإدارة، إنـه مستشفاكـم، أنتم من يديره، ونحن ندعمكم". وحين أردنا التخلي عن تأمين إمدادات المياه بواسطة الصهاريـج والاستعاضة عنها بحفر الآبار، ناقشنا الموضـوع مع المجلس. وكان هـو من تَفاوض بشأن الوصـول إلى الأمكنة المطلوبة، وأوقـف استئجار الصهاريج. وجدنا تلك المفاوضات مبهمة، ولم نشارك فيها. واقتصر دورنا على نقل الرسائل: "إذا هُدِّدت منظمة أطباء بلا حدود، فقد نوقف مشاريعنا".

وفيما يخص التوظيف، فقد راهنا على تحقيق التنوع العشائري الضروري للوصـول إلى المرضى، من خلال اعتمادنا المؤهلات في اختيار العاملين. قمنا بعمليـة التوظيف عن طريق اختبارات كتابيـة واستبيانات، تحت إشراف طاقم دولي. وقـد استطعنـا تأكيـد أهمية هذه الشفافيـة بالتعاون مـع المجلس. فإذا كان بمقـدور الجميـع المشاركة، ويتم اختيار الموظفين تبعـاً لمؤهلاتهم وليس لانتمائهم العشائري، فسيكون الأمر مقبولاً من الجميع. في أبريل/نيسان 2008، نظمنا اختباراً لتوظيف عشرين ممرضاً وممرضة، شارك فيه 535 شخصاً.

ومثلما هي الحال في جمامي، تم ترتيب الوضع الأمني بطريقة غير مباشرة. وضعت الميزانية المخصصة للحراسة المسلحة في إطار ما قدمناه للمستشفى بغرض تمويل الأنشطة وتغطية تكاليف التشغيل، ومنها الأنشطة الطبية غير الجراحية التي لم نكن نشارك فيها مباشرة.

منذ افتتاح المشروع، تمت معالجة أكثر من 12,000 مريض في المستشفى[5]، أكثر من 50 في المئة منهم أصيبوا بجروح في الحرب. غير أن الوضع قد تغير كثيراً. فحركة الشباب تسيطر اليوم على المنطقة، بينما تقلص نفوذ قنياري. في هذا السياق، هل ما زال بإمكان السكان المدنيين والمقاتلين المنتمين إلى مختلف الجهات الاستفادة من خدمات المستشفى؟

خلال الأشهر الأولى للمشروع، كان المرضى يأتون أساساً من الأحياء السكنية المجاورة للمستشفى. ومن بين الجرحى، كانت هناك نسبة كبيرة من النساء والأطفال من ضحايا القصف: كانوا يشكلون أكثر من 56 في المئة من المرضى في الفترة ما بين أكتوبر/تشرين الأول وديسمبر/كانون الأول 2007، ثم أكثر من 53 في المئة في سنة 2008. وبالتدريج، بدأ المرضى يأتون من مناطق أوسع، مما أكد لنا أن السكان كلهم يستفيدون من خدمات المستشفى، مهما كان انتماؤهم العشائري. وفي الحقيقة، نحن الآن في حي سكني خاضع لسيطرة المعارضة الإسلامية، وجرحى الحرب الذين نعالجهم يأتون من هذه المنطقة. ولكن الأمر لا ينطبق على المرضى من غير جرحى الحرب، الذين يأتون من مناطق جغرافية أكثر تنوعاً.

من المحتمل جداً أن تكون بعض الجهات المسلحة قد ترفض المجيء إلى المستشفى، ولكن الأمر ليس كذلك بالتأكيد بالنسبة إلى النساء والأطفال. لكن يصعب التأكد تماماً. فقد انخفضت نسبتهم منذ سنة 2008 مقارنة بمجموع الذين عولجوا من الجروح التي أصابتهم نتيجة الحرب، ولكن الأرقام تتفاوت مع تطور النزاع وطبيعة القتال وموقعه الجغرافي. فحالما يطال القصف المناطق السكنية، ترتفع النسبة مجدداً. وفي المقابل، في الفترات التي تشتد فيها الاشتباكات، مثلما هي الحال منذ بداية سنة 2011،

5 حسب أرقام نهاية عام 2010.

تـزداد نسبة دخول المقاتلين إلى المستشفى. لكـن يجب علينا الاستمرار في رصد مسألة الدخول إلى المستشفى دون تمييز.

في مثـل هـذه الظروف، يعتبرنـا أحيانـاً بعض اللاعبـين السياسيين، ومنهـم مسؤولو بعثة الاتحاد الأفريقـي مثلاً، أخصائيين في جراحة الحرب للمعارضـة. هنا، نحن بحاجة إلى تذكير الناس بالمبادئ الأساسية لتأمين الرعايـة الصحيـة خـلال الحـرب، أي تصنيـف الجرحـى والمقاتلـين غـير المسلحـين في فئة غـير المقاتلين. إضافة إلى ذلك، لا يمثل هؤلاء سوى جزء مـن مرضانـا. كما يمكننا أن نذكّر في هذا الخصوص بدعمنا للقسم الطبي في المستشفى، حيث تبلغ نسبة النساء والأطفال 70 في المئة من المرضى.

وفي جمامـي أيضاً، كان علينا التعامل مع التغير في السلطة، وحقيقة انتقالها إلى حركة الشباب. ففي بداية عمل المنظمة، كان الشيوخ في السلطة وكانـوا يتولـون مسؤولية النظام القضائي، والشرطـة، والسجون، والسوق، حتى مـع وجود ممثل عن الحكومـة الاتحادية الانتقاليـة. وحين استعادت حركة الشباب سيطرتها على المدينة في شهر مايو/أيار 2008، أُبعد الشيوخ وكبـار السن من رجـال القبائل عن السلطـة واتُّهموا أحيانـاً بالفساد. وفي الوقـت الراهـن، أعيـد دمجهم جزئيـاً في المجتمع المحلي، ربمـا لأن حركة الشباب أدركت فوائد الحصول على دعمهم في إدارة المنطقة.

في يناير/كانـون الثـاني 2008، تسبـب هجـوم علـى فريـق من الفـرع الهولندي لمنظمة أطباء بـلا حدود في كيسمايو في مقتل ثلاثة موظفين: صومـالي وكيني وفرنسي. ساهمت هذه الجريمة، إضافـة إلى التدهـور المستمـر في الوضع الأمنـي في البلاد، في إعـادة النظر بطرق تنفيذ عمليات المنظمة. فقد تحوّلت المشاريع كلها نحو ما يعرف بـ"الإدارة عن بعد"، التي تعني إدارة المشروع يوميـاً بواسطـة طاقم محلي، يعمل بالتعاون عـن بعد مع طاقم دولي. يمكـن مقارنـة هذه الإدارة إلى حد ما مـع مسألة الحراس المسلحين؛ فهي تحطم الرؤية المثالية لظروف توفير المساعدات. ألا تعتمـد المساعـدات الإنسانيـة جوهرياً على بنـاء علاقة مع الآخـر: الطبيـب الآتي من هنـا لتقديم العلاج هنـاك؟ إن الحجج المعارضـة لهـذا الأسلـوب في الإدارة تثير أسئلـة تتعلق بحياد

الطاقم الوطني واستقلاليته، كما تطرح مسألة التحكم بالموارد. كيف يمكن إيجاد الحلول لهذه المعضلات؟

أدى هجوم كيسمايو في شهر يناير/كانون الثاني 2008 إلى انسحاب الطاقم الدولي من جميع مشاريع منظمة أطباء بلا حدود، ولكن بعد بضعة أسابيع من المناقشات الداخلية، عدنا وأرسلنا فرقنا إلى جمامي ودايندل. وفي مايو/أيار 2008، سبب اغتيال الولايات المتحدة الأمريكية لقائد حركة الشباب، عدن هاشي أيرو[6]، فراغاً في السلطة استغلته بعض الفصائل الجهادية، وساهم في زيادة النزعة المتطرفة لدى بعضها وتسريعها. كان لهذا التشظي في حركة التمرد الإسلامية ثمن باهظ فيما يتعلق بأمن العاملين في المنظمات الإنسانية وسلامتهم. في الوقت ذاته، لاحظنا تصاعد حدة الرفض للمساعدات الإنسانية، التي كان العديد من أنصار الحكومة الاتحادية الانتقالية يرون فيها دعماً سافراً للإسلاميين. وحتى انتخاب شيخ شريف شيخ أحمد رئيساً للحكومة في شهر يناير/كانون الثاني 2009، لم تكن هجمات مقاتلي الحكومة الاتحادية الانتقالية على العاملين في الحقل الإنساني أقل خطراً من هجمات حركة الشباب.[7]

وخلال الفترة التي سبقت مقتل أيرو، تمكنا من الحفاظ على قنوات اتصالنا مع المعارضة عبر الموروسادي والشبكات الطبية، ورسخنا علاقات عمل بناءة مع حركة الشباب. بل كتبت المنظمة إلينا في يناير/كانون الثاني 2008، من أجل أن تشجعنا على المتابعة. ولكن، بمجرد أن وصل بعض المتمردين الإسلاميين من غير الموروسادي إلى داينيل، صار من الصعب علينا التفاوض بشأن الزيارات الطبية، لا سيما وأن الرحلة بين المطار والمستشفى أصبحت أشد خطورة بسبب القتال ومخاطر الاختطاف.

وفي جمامي، حيث كان لدينا فريق أجنبي، اضطررنا إلى الحد من أنشطتنا والاكتفاء بتنظيم زيارات بين الحين والآخر. وفي داينيل، أطلقنا

6 كان أيرو أحد قادة حركة الشباب. وكان يُعتبر على أنه أحد ممثلي تنظيم القاعدة في الصومال.

7 في سنة 2008، قُتل أربعة وخمسون من عمال الإغاثة في الصومال، مقابل ثلاثة وثلاثون في أفغانستان وتسعة عشر في السودان، واختطف ثلاثة عشر.
Stoddard A, Harmer A, DiDomenico V. "Providing aid in insecure environments: trends in violence against aid workers and the operational response" (2009 update), Apr. 2009, London: Overseas Development Institute", 2008 was deadliest year for aid workers—study", Reuters, 6 Apr. 2009.

المشروع دون حضور دائم لطاقم دولي، لا بسبب مخاطر أعمال العنف التي تستهـدف الأجانب فقط، ولكـن أيضاً بسبب الأضـرار الجانبية: أن نحاصر في تبـادل عشوائـي لإطـلاق النـار، التعرض لهجمـات، الخ. ونتـج قرارنا بعـدم المشاركة في أي أنشطـة طبية غير جراحية، عن العدد غير الكافي من الموظفـين الأجانـب. وانتقلنا من هذا النمـط المتقطع، إلى القيـام بزيارات خاطفـة، التي كانـت نادرة ويتم التخطيط لها في اللحظـة الأخيرة. واليوم، ما يزال الفريق الأجنبي متمركزاً في نيروبي، لذا تعتمد إدارة المشروع الآن علـى الطاقم الصومالي أكـثر من أي وقت مضى. وبطبيعـة الحال، استطاع بعض الموظفـين التأقلـم مع الوضـع، حيث يتلقـون رواتبهـم، ويتسلمون الموارد والأدوية، ويخضعون لرقابة أقل. أما تنظيم زيارات إلى داينيل، فهو مصدر إضافي للتوتر والإجهاد للطاقم، لأن على أفراده تنظيم أمننا وتركيز الانتباه عليه.

سـوف يعتمـد مستقبـل المشروع على العلاقـة القائمة بـين الهاجس الأمنـي وواجـب المراقبـة والرصد؛ فمـن ناحيتهم، كما يشرح أحـد أعضاء "المجلس" في داينيل: "نحن نعلم إذا وقع خطأ ما، ستكون نهاية المستشفى". ومـن جهتنـا، كما يشرح رئيس بعثتنـا، "إذا لم يحدث شـيء، بمعنى إذا لم نذهب إلى هنـاك، فإن ذلك سيعني أيضاً نهاية المستشفى". وهذا ما آلت إليه الأمور اليوم.

تتمثل أكبر العقبـات المعيقة في قدرتنا المحدودة على توسيع أنشطتنا وفي مقدرتنـا علـى الاستجابة للحـالات الطارئة. ففي أغسطس/آب 2010، وصل عـدد السكان النازحين المقيمين في مخيمات منطقة داينيل إلى قرابة 110,000 شخصـ على الأرجح. كانـت الحاجة ملحة والمساعدة المقدمة غير كافيـة. وقامت بعض المنظمـات القليلة، مثل الهـلال الأحمر، بعمل محدود داخـل المخيمـات. في الأوقات العادية، ربمـا كنا سنقرر العمـل على نطاق واسع، عبر أنشطة تشمل توفير مياه الشرب، وإنشاء أنظمة التعقيم والتوزيع، وتوفير خدمـات الرعاية الطبية، الخ. غير أن المخيمات كانت تشكل القاعدة الاجتماعيـة لحركة الشبـاب، وتخضع لسيطرتها الصارمـة. لم يكن طاقمنا مرتاحاً دوماً إلى فكرة العمل فيها. وعلى العموم، إن التهديدات التي يواجهها الموظفون المحليون هائلة، والخطر المهدد لسلامتهم كبيراً ومتواصلاً.

وفيما يتعلق بالتحقق من الاستخدام السليم للموارد التي توفرها منظمة أطباء بلا حدود، فإننا نأخذ في الحسبان بقدر ما نستطيع المعلومات الطبية واللوجستية والمالية، ونتأكد من وجود جميع العناصر الضرورية للمشاريع العادية. علينا تفحص المراقبة والإشراف، وجودة الخدمات الطبية والمتابعة. نقوم بتحليل كميات الأدوية المستعملة، وتقارير الأنشطة، وعدد المرضى المسجلين. بعد ذلك، نفحص استهلاك بعض الأدوية الحساسة والباهظة الثمن، إضافة إلى البيانات المتعلقة بالأنشطة الغذائية. هنالك بعض المعلومات التي لن نتمكن من الحصول عليها، كعدد الأطفال في برنامج التغذية على سبيل المثال، ولدينا فعلاً بعض المرضى الوهميين. غير أن هذه التحديات تبقى قائمة حتى في المشاريع التي تعمل فيها طواقم أجنبية. من ناحية أخرى، تبقى زياراتنا إلى داينيل، التي لم نعد إليها منذ أبريل/نيسان 2009، غير فعالة نسبياً. فنحن نمضي وقتنا في التعامل مع الحالات اليومية غير المتوقعة، بينما يبقى الجانب الطبي، مثل جرد محتويات الصيدلية، ومتابعة حالة أحد المرضى، والتحقق من جودة الرعاية والوصفات الطبية، في حدوده الدنيا.

هذه حالة مستمرة، وتسبب جودة خدمات الرعاية التي تقدمها المنظمة قلقاً لنا. فجودة الرعاية التي نقدمها في داينيل ليست بمستوى البرامج التي نرعاها في هايتي مثلاً. بل إنه من الصعب أحياناً التثبت من مؤهلات أطبائنا. ولهذه الأسباب، وعلى الرغم من مناقشاتنا مع العاملين والتدريب الذي نقدمه، لا تجرى عمليات تجبير الكسور والسيطرة على العدوى تحت الشروط الطبية المُرضية بقدر ما نتمناه.

وما دام الوضع الأمني بهذه الإشكالية، فإن من المستبعد عودة الطاقم الأجنبي لمزاولة مهماته بطريقة منتظمة في المستقبل القريب. فضلاً عن ذلك، قد تظهر عقبات جديدة، لا سيما مطالب حركة الشباب المتعلقة بجنسيات الأجانب المسموح لهم زيارة المشاريع.

في يناير/كانون الثاني 2008، أعلنت حركة الشباب دون لبس ولاءها الكامل لزعماء القاعدة. في الوقت نفسه، انخرط التدخل الدولي في سياق يتأثر باطراد بالحرب على الإرهاب. ما هو تأثير هذا الاستقطاب في أنشطتنا؟

نحـن نشهـد حقبــة تحاول فيهــا أطراف النـزاع الاستيـلاء على المساعـدات الإنسانية، في بلد عرف كثيراً مثل هذه المحاولات. ففي ينـاير/كانـون الثـاني 2010، أعلن برنامــج الأغذية العالمي، علــى خلفية اتهامات بـالاختلاس والفساد، تعليق مساعداته في وسط وجنوب البلاد، وذلك بسبب تزايـد عدد الهجمات على موظفيه. بعد ذلك، في شهر فبراير/شباط، حظرت حركـة الشبــاب المساعدات الغذائيــة التي يقدمها برنامــج الأغذية العالمي بذريعة وجود "دوافع سياسية" وراء عملياته، وتأثيرها السلبي في استقرار السـوق المحليــة. وفي نوفمبر/تشرين الثاني 2009، أصـدرت حركة الشباب قائمــة تضـم أحد عشـر شرطاً للسمــاح بمواصلــة المساعـدات الدولية، من ضمنها دفع ضريبة بقيمة 20,000 دولار كل ستة أشهر وتسريح كل النساء من طاقم العاملين، باستثناء العاملات في المرافق العلاجية. وفي أغسطس/آب 2010، أعلنـت الحركــة حظر نشاط المنظمات غـير الحكومية، مثل وورلد فيجـن (World Vision)، وأدرا (ADRA)، وديـاكونيــا (Diakonia)، واتهمتهــا بـالتبشـير الديني. واليــوم، تطالب الحركة الموظفـين الصوماليين العاملين في مشاريــع منظمــة أطباء بلا حدود في المناطـق الخاضعة لنفوذها بدفع ضريبــة تساوي 5 في المئة من رواتبهــم، إضافة إلى "رسوم التسجيل" تبلغ 10,000 دولار عـن كل مشروع. كما تحــاول فرض ضرائب علــى استخدام المطــارات. لم تتأثـر داينيـل، أو تمكـن المجلس علــى الأقل مــن عرقلة هذه المطالب، مما يثبت مدى أهمية المشروع لحركة الشباب.

يـؤدي كل مطلـب جديد لحركــة الشباب إلى مزيد مــن المناقشات حول القيود التي يمكن القبول بها، أو من المعقول القبول بها في مثل هذا الوضع المعقد: توليفة تجمع الاحتياجات الطبية الهائلة، والأسئلة المتعلقة بقدرتنا على إدارة هذه البرامج المعقدة، والمأزق الذي سقطت فيه التدخلات الدولية والبلاد، التي تنخرط الآن في خطة سلام أخرى.

لكـن نظام العقوبات الدولية والتشريعات المضادة للإرهاب تحد فعلاً مــن قدرة المنظمــات على العمل في المناطق الخاضعــة لسيطرة المتمردين. وتضعف قدرة السكان المدنيين على الحصول على المساعدات. فبينما تبعث الأمم المتحـدة برسائل تحذير يومية من "الوضــع الإنساني"، علقت الجهات المانحــة الأمريكيــة سنــة 2009 جـزءاً مــن تمويلهــا خوفاً مــن الملاحقات

القضائية التي يمكن أن تطالها بتهمة تقديم المساعدة إلى حركة الشباب، التي صنفتها وزارة الخارجية الأمريكية على أنها منظمة إرهابية منذ مارس/آذار 2008. وفي شهر مارس/آذار 2010، تبنت الأمم المتحدة نفسها قراراً يضع شروط فرض العقوبات على منظمات المساعدات العاملة في المناطق الخاضعة لسيطرة جماعات المعارضة.[8] وفي مقال نُشر في شهر يونيو/حزيران 2009، كتب أحمدو ولد عبد اللّه، الممثل الخاص للأمم المتحدة في الصومال، أن "من يدّعون الحياد يمكن أن يكونوا متواطئين أيضاً" مع المعارضة. وحتى إن لم يكن لهذه العملية تداعيات فورية، إلا أنها تجعل الحاجة إلى تمييز المبادرات الدولية في عيون السكان وأطراف النزاع، أكثر إلحاحاً وأهمية.

لكن، وبقدر ما كانت حركة الشباب تسيطر على معظم أرجاء البلاد، لا سيما مقديشو، كل ما بوسعنا عمله هو قبول هذا الواقع. كان من المهم ضمان ألا يتم اختيار المرضى على أساس ولاءاتهم أو تحالفاتهم أو انتمائهم لجماعة معينة، وألا نختار من نتحاور معهم، حتى وإن كان هؤلاء يدعون انتماءهم إلى تنظيم القاعدة.

> تتكرر أعمال العنف التي تستهدف المدنيين، وإن الهجمات شائعة على المستشفيات، وتتقيد أنشطتنا بالمسائل الأمنية. ولكن، في المجال العام، نسمع من الأمم المتحدة أكثر مما نسمع من منظمة أطباء بلا حدود، التي يبدو أنها تفضل التزام الصمت. ما الذي نريد قوله؟ وما الذي نمنع أنفسنا عن قوله؟

في البداية، كانت سياستنا في الاتصالات متسقة مع سياستنا في العمليات: الابتعاد عن الواجهة كان الأسلوب السائد. لم نكن نرغب في قول شيء، كنا نخاف من الجميع. لم تحدد بوضوح مسؤولية هجوم كيسمايو الذي استهدف الفرع الهولندي من المنظمة. كنا نخاف من حركة الشباب، والإثيوبيين، والعشائر، وزعماء الحرب، والحكومة، ومن غياب الحكومة.

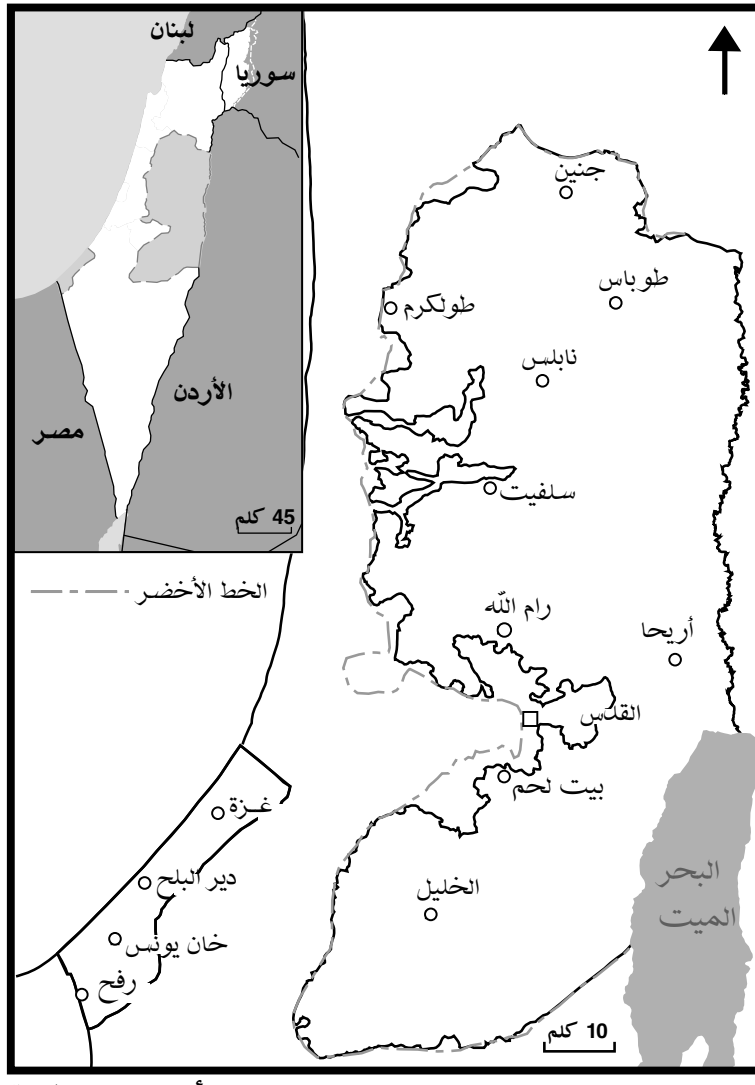
في البداية، أبلغنا كل الموجودين في داينيل، السكان، والعاملين، والمتمردين، ثم حركة الشباب، بضرورة "ألا نتحدث في السياسة، وتجنب

8 القرار 1916 (2010)، تمت المصادقة عليه بتاريخ 19 مارس/آذار 2010.

الخوض في السياسة". تلك هي الرسالة التي قدمت لنا بوضوح في مناسبات عـدة. وربمـا غلت هـذه الإستراتيجيـة ثمارهـا: في جمامي، طـردت حركة الشباب جميع المنظمات غير الحكومية ما عدا منظمة أطباء بلا حدود.

في مثـل هـذا الوضـع المعقـد، نواجـه خطـراً كبيراً حـين نتكلـم علناً. ونتيجـة لذلـك، فـإن اتصالاتنا العلنيـة واقعية محضـة، وترتبـط ارتباطاً وثيقـاً بأنشطتنا، مثل معالجة الأطفـال المصابين بسوء التغذية، والجرحى في داينيـل. تعاظـم الخوف مـن حركة الشبـاب، ولا بد أن تكـون اتصالات المنظمـة براغماتية، نظراً لأن من الأهم النـأي بأنفسنا عن الجهود الدولية التـي تركز على إلحـاق الهزيمة بحركة الشباب وتقـديم دعم مطلق لحكومة انتقالية بدأت تفقد قوتها الدافعة. وبينما استطعنا نشر بيان صحفي نناشد فيـه الاتحاد الأفريقـي الامتناع عن قصـف الأحياء السكنيـة، لم نطلب قط من حركة الشباب عدم استخدام السكان المدنيين دروعاً بشرية حين اختبأ أفرادها في سوق بقارة.

ونظراً للاحتياجات الطبيـة الهائلة وتعقيدها وصعوبة تلبيتها، فإننا نخشـى ضيـاع ما أنجزنـاه. ويبدو لنا من المهـم النـأي بأنفسنا عن باقي اللاعبـين الدوليين، عبر عـدم المطالبة بتعزيز قوة بعثـة الاتحاد الأفريقي، على سبيل المثال. غير أن التحدث علانية بشأن المسؤولية عن النزاع يبقى بالتأكيد أشد صعوبة في التحديد والقبول.



الأراضي الفلسطينية

قطاع غزة

المعادلة الصعبة

بقلم كارولين أبو سعدى

بـدأت منظمــة أطباء بــلا حـدود عملهـا للمـرة الأولى في الأراضي الفلسطينيــة عــام 1988، بعـد أشهـر قليلــة علــى انـدلاع الانتفاضــة الأولى. ومنـذ ذلـك الحين، تحاول فـروع عدة من المنظمــة التخفيف من آثــار الاحتــلال الإسرائيلــي علــى خدمــات الرعايــة الصحيــة المتوفرة للفلسطينيـين. لكـن وجـود نظـام صحـي فعال جعـل مـن الصعب على منظمــة أطبــاء بلا حدود إيجــاد مكان لهــا. على سبيل المثــال، في سنة 2007 كان يعمـل في غـزة مـا يقــارب 3,800 طبيــب وأكـثر مـن 4,200 ممرضـ وهنـاك نحو 20 مستشفــاً لعدد سكان يتجــاوز بقليل 1,5 مليون نسمــة؛ وكان يوجـد 13,6 سريــراً لــكل 10,000 نسمــة، مقابــل 17 سريراً في الأردن. والأسبــاب الأساسيــة للوفيــات في غـزة فهــي أمراض القلب والأمراضـ الوعائيــة الدماغية، تماماً مثلما هي الحــال في البلدان ذات الدخـل المرتفــع أو المتوسـط.[1] تنفَـذ مشاريــع منظمــة أطباء بــلا حدود وسط صــراع تم تدويله منذ البداية، مع تغطيــة إعلامية واسعة واهتمام سياســي عابر للحــدود. داخل المنظمة، اصطدمت ضـرورة المشاركة في تقـديم المساعدات الإنسانية، نظـراً للأهمية الرمزيــة للصراع، بصعوبة إيجاد الأنشطة الطبية المناسبة.

1 بيانات عام 2007، مكتب منظمة الصحة العالمية، غزة.

يركز هذا الفصل على أعمال منظمة أطباء بلا حدود في قطاع غزة بين عامـي 2007 و 2010. وأثنـاء هذه الفـترة، كانت المنظمة تعيـد النظر جدياً في موقعهـا السياسي والميـداني، مما استدعى تقديم تنـازلات من المنظمة وحكومة غزة كلتيهما.

بـدأ الفرع الفرنسي عملـه في غزة سنة 2000. وحتى عـام 2005، تركز مشروعـه علـى الرعايـة النفسية إضافـة إلى الرعاية الطبيـة والاجتماعية للأشخاص الذين يعيشـون في مناطق تضررت بشكل كبـير جراء الصراع (عائـلات صـودرت منازلها مـن قبل الجيش، أو كانت تعيش بالقرب من المستوطنـات أو في مناطـق من قطاع غزة تحتاج إذنـاً من الجيش للدخول إليهـا أو الخـروج منهـا، الخ). وبعد الانسحـاب الإسرائيلي مـن قطاع غزة، في أغسطس/آب 2005، انصب اهتمـام المنظمة بشكل خاص على المناطق الحدوديـة، التي تُعد الأكثر تضرراً من أعمال العنف. وشملت برامجها تدبير الأدويـة والمعـدات والإمدادات الطبيـة للمرافـق الصحية استعـداداً لزيادة محتملـة في أعداد الضحايا. وفي بدايـة عملها في غزة، كانت منظمة أطباء بـلا حدود علـى اتصال مـع الطرفين السياسيـين المعهوديـن: إسرائيل من جهة، التي ناقشت معها القضايا المتعلقة بتأشيرات الدخول، والوصول إلى غـزة، والمسائـل الإدارية؛ والسلطة الفلسطينية من جهـة أخرى، وهي كيان وليد تم إنشائه من خلال اتفاقيات أوسلو عام 1993 ويتخذ من رام اللّـه في الضفة الغربية مقراً له، ومعه يتم التنسيق لأنشطة الرعاية الصحية.

في يناير/كانـون الثـاني عـام 2006، حققت حماس (حركة المقاومة الإسلاميـة) فـوزاً حاسماً في الانتخابـات الفلسطينية. وقـد أعقب ذلك عام مـن التوتر السياسي بـين حركة فتح، الممثل الرئيسـي للسلطة الفلسطينية، وحركـة حماس. وفي ربيع سنـة 2007، اندلعت مواجهات مسلحة في قطاع غـزة. وفي يونيو/حزيـران، وبعـد معركـة سقـط فيهـا أكثر من مئـة قتيل، تولـت حماس زمام السلطـة. لكن استمرت السلطـة الفلسطينية في السيطرة علـى الضفة الغربيـة. وباتت هناك حكومة تقودها حركـة منتخبة بطريقة ديمقراطيـة، أي حماس، تسيطـر علـى قطاع غـزة، وحكومة غـير منتخبة تقودهـا حركـة فتح في الضفة الغربية. وسرعان مـا قام جزء من المجتمع الـدولي، ومنـه الولايـات المتحـدة والاتحـاد الأوروبي، بمقاطعـة الحكومة

المسيطـرة على غـزة، في حين فرضـت إسرائيل على المنطقة حصـاراً برياً وجوياً وبحرياً، وكان من المفترض أن تكون المساعدات الإنسانية مستثناة منـه. ربطـت الجهـات المانحـة الرئيسية تمويـل المنظمات غـير الحكومية بتعهّـد هذه المنظمات بعدم الاتصال مـع حركة حماس، ما اضطر عدداً من المنظمات غير الحكومية إلى الحد من أنشطتها، أو حتى تعليقها. أما منظمة أطباء بلا حدود، التي تمول من قبل الجهات الخاصة، فلم تتأثر بهذه القيود المتحيـزة باسم مكافحة الإرهاب، ضد فلسطينيين ساقهم حظهم العاثر إلى أن يعيشوا في المكان الخطأ. وفي سبتمبر/أيلول عام 2007، أعلنت إسرائيلُ قطـاعَ غزة "كياناً معادياً". ومن حينهـا، صممت حركة حماس على إظهار قدرتهـا على إدارة قطاع غزة؛ أي التحول إلى حزب حاكم. وتبعاً لذلك، بنت حماس إستراتيجياتها مع الجهات الفاعلة عبر هـذا المنظور، ولا سيما مع منظمة أطباء بلا حدود.

وفي سنـة 2007، حدثت تحـوّلات مهمة في مجـال الرعاية الصحية في قطـاع غـزة. فقـد اختـبرت المواجهـات بـين الفصائـل الفلسطينيـة القـدرات المحـدودة لنظام الرعايـة بسبب العدد الكبير مـن الضحايا في هـذه المواجهات. إذ أوقعت "معركة غزة" وحدها في يونيو/حزيران عام 2007 أكـثر من 500 جريح. وبينما أظهرت المستشفيات الفلسطينية قدرة لافتة على إجراء العمليات الجراحية، إلا أنها واجهت صعوبات في توفير الخدمـات الصحيـة اللاحقـة للعمليات الجراحيـة. كما أن منـاخ انعدام الأمن والتوتر بين الطرفين تسبب في الحد من وصول المرضى المعتبرين معارضـين لحماس إلى مرافـق الرعاية العامة. كما تأثـر نظام الرعاية الصحيـة بسبـب المنافسة بـين وزارتي الصحـة في غـزة ورام اللّـه. فقد طالبـت حركة فتح، التي تدير السلطة الفلسطينية، موظفيها العاملين في مجـال الصحة في غزة بـالإضـراب إذا أرادوا الاستمرار في الحصول على رواتبهـم. أما حماس، فقـد استنسخت المرافق الإداريـة وعيّنت مسؤولي الصحـة التابعـين لهـا. وقد ساهـم الحصـار – على الرغم مـن ادعاءات إسرائيـل أنـه لا يشمـل الخدمات الطبيـة – إضافة إلى عـدم رغبة وزارة الصحة في رام اللّـه في التعاون مع غزة، في تفاقم صعوبة تدبير الأدوية والتجهيزات الطبية للمستشفيات.

أعطـى هـذا التحوّل في السيـاق لمنظمة أطباء بلا حـدود فرصة زيادة التركيـز على البعـد الطبي لبرامجهـا، إضافة إلى خدمـات الرعاية النفسية التـي كانت تقدمها. فقد أنشأت مركـزاً للرعاية اللاحقة للعمليات الجراحية والعلاج الفيزيائي للجرحى الذيـن يُنقلون إلى المستشفيات الفلسطينية في مدينة غزة، كما أرسلت فرقاً متنقلة لتقديم العلاج الفيزيائي في جميع أنحاء قطاع غزة. وقد قدمت هذه الفرق المتنقلة حلول الرعاية إلى المرضى الذين أقعدهـم عجزهم البدني في البيوت، أو أولئك الذين منعتهم صلتهم بفتح من السعي للحصول على العلاج في المرافق الصحية التي تسيطر عليها حماس. كمـا افتتحت عيادة لطـب الأطفال في بيت لاهيا من أجـل تعويض النقص النـاتج عن الحصار وعـن إضرابات عمال الصحة. وقـد تم تنفيذ كافة هذه الأنشطـة الجديدة مـن مراكز خاصة تـابعـة لمنظمة أطباء بـلا حدود، بغية ضمان وصول جميع المرضى إليها، وبسبب امتلاء المستشفيات العامة، بل وجود فائض من المرضى فيها.

حماس: من اللامبالاة إلى صراع القوى والمفاوضات المفروضة

في ظـل سيـاق يطبعـه الحصـار الإسرائيلـي، والعقوبـات الدوليـة المفروضـة على حماس، والعـداوة بين الفصائل الفلسطينيـة، خلق الوضع السياسي الجديد في غزة صعوبات بوجه منظمة أطباء بلا حدود، التي دأبت في السابق على التعامل مع السلطة الفلسطينية والإسرائيليين فحسب. ومنذ وصولهـا إلى قطـاع غـزة عـام 2000، اجتمعت المنظمة بقـادة حماس بين الفينـة والأخرى، لكن كان هـذا قبل السباق علـى الانتخابات عندما كانت مجـرد طـرف معارضـ بين أطـراف أخرى. وخـلال الأشهر التـي تلت تولي حماس السلطة في غزة، استمرت منظمة أطباء بلا حدود في مناقشة الإطار القانـوني الذي يحكـم وجودها في غزة مع السلطـة الفلسطينية. ووقّعت في رام اللّـه في أغسطس/آب 2007 ومايو/أيار 2008 اتفاقـات رسمية تتعلق بتقـديم الخدمـات اللاحقـة للعمليـات الجراحيـة إلى المرضـى الخارجيين وافتتـاح وحدة علاج لطب الأطفال. من جهتها، لم تخصص حكومة حماس سوى وقت محدود للغاية لإقامة علاقات رسمية مع المنظمات الدولية غير الحكوميـة. وبدا ممثلوها، الذين أنيطـت بهم أحيانـاً مسؤوليات غير واضحة

حيث كان هيكل الحكومة الجديدة ما زال قيد التطوير، مكتفيين بالنقاشات غـير الرسميـة مع منظمـة أطباء بلا حـدود، حيـث أبلغوا أثناءهـا بأهداف المنظمة وأنشطتها.

لكـن باستمرارهـا في التفاوض بشـأن الإطـار القانـوني لعملياتها مع السلطـة الفلسطينيـة في رام اللّـه، خاطرت المنظمة بأن تُعتـبر داعمة لحركة فتـح في صراعهـا علـى السيادة مـع حماس. بينمـا في سبتمبر/أيلول عام 2008، أكـدت منظمة أطباء بلا حدود علناً علـى مسؤولية السلطات السياسية، بمـا فيها فتح، عن تدهـور الوضع الصحي. وفي بيان صحفـي بعنوان: "غزة: أولوية السياسة على الصحة"، ذكرت أن "النقابة العامة للعاملين في الخدمات الصحيـة [الموالية لفتح] تشجع أعضاءها المضربـين عن العمل على التطوع لتقـديم خدماتهم مجانـاً إلى المرضى الذين يتلقون الرعايـة في المراكز التي تديرهـا منظمات غير حكوميـة. غير أن منظمة أطباء بلا حدود لا تملك القدرة أو الصفـة الشرعيـة للتعامل مع تداعيات هذه الأزمـة. وليس من صلاحياتنا ضمـان "حـد أدنى مـن الخدمات"، كمـا طالبتنا بعضـ الأطـراف المتنازعة. وترفضـ منظمـة أطباء بلا حدود لعب هذا الدور. فـلا يمكننا، ولا يجب علينا، محاولة الحلول محل نظام الصحة العامة برمته. [...] وبدلاً من اعتبار الرعاية الصحيـة خدمـة أساسية وإنسانيـة ضرورية، يتم استغلالهـا لممارسة ضغط سياسي من قبل الطرفين على السواء دون التنبه إلى التداعيات التي قد يجرها هـذا التصـرف على السـكان".[2] ولكنها كانت المـرة الوحيدة التـي تشير فيها منظمـة أطباء بلا حدود بإصبـع الاتهام إلى مسؤولية السلطة الفلسطينية منذ أن سيطرت حماس على غزة. إن الاستعاضة عن أنظمة صحية غير كافية ربما لا تكـون بـالأمـر الجديد على منظمة أطباء بلا حـدود، لكن كان من الضروري في هذا الإطار ألا تظهر متحيزة لأحد الطرفين في الصراع الفلسطيني الداخلي، وأن تبرز الوضع غير المريح الذي تضعها فيه أطراف الصراع كلها.

في بدايـة أكتوبر/تشرين الأول عام 2008، صرح برنـار كوشنير، وزير الخـارجيـة الفرنسي آنـذاك، إثر زيـارة رسمية قـام بهـا إلى غزة، أن الحكومة الفرنسيـة تستقي المعلومـات من المنظمات الفرنسية غير الحكومية العاملة هنـاك. أصدرت منظمـة أطباء بلا حدود علـى الفور بيانـاً صحفياً، وكذلك

2 "Gaza: la politique prime sur la santé?", MSF, Sept. 2008, http://www.msf.fr.

فعلـت منظمــة "أطبـاء العــالم" (Médecins Du Monde)، لتفنيد هذه المزاعم الخطـيرة التــي لا تستند إلى أي أساس، والتي تثـير الشك في نواياهـا وتهدد أنشطتهــا. وبـالفعل، فقد ساهمت تصريحــات الوزير، وهو نفسه الذي شارك في تـأسيـس منظمــة أطباء بلا حـدود عام 1971 ومنظمة أطبــاء العالم عام 1980، في زيادة عدم ثقة حماس في المنظمات الإنسانية الأجنبية.

وفي 27 ديسمبر/كانــون الأول عــام 2008، أطلـق الجيش الإسرائيلي "عمليــة الرصاص المصبوب" على قطاع غـزة. وكانت الأيام الثلاثة الأولى مــن الهجوم في غاية العنف. وحيث كان مستشفــى الشفاء، وهو المستشفى الرئيســي في مدينــة غـزة، يكافــح مــن أجـل استيعــاب التدفـق الكبير من الضحايــا، قررت منظمة أطباء بلا حدود زيــادة القدرة الجراحية عن طريق استخدام مستشفى ميداني جاهز عبارة عن خيام قابلة للنفخ. وتمثلت الخطة الأوليــة في نصب هذه الخيام في حـرم المستشفى، إلا أن المنظمة قررت في نهاية المطاف نصبها خارجه بعد انتهاء الهجوم، من أجل ضمان أن تكون الخدمــات متوفرة لجميع الضحايا. وقد نوقش المشروع مع وزارة الصحة في غـزة، لكن لم يتم إعــلام الوزير شخصيــاً. وفي يناير/كانون الثاني عام 2009، وقّعـت منظمة أطباء بلا حدود اتفاقية مع وزارة الصحة في رام اللّـه تنص على توسيع الأنشطة اللاحقة للعمليات الجراحية في قطاع غزة.

وقـد شـكل الهجوم العسكري الـذي نُفذ في ديسمبر/كانــون الأول عام 2008 ويناير/كانــون الثاني عام 2009، وأوقع 1,300 قتيل فلسطيني وأكثر مــن 5,000 جريح[3]، وتسبــب بأضرار مادية بـالغة، شكل تحــوّلاً سياسياً في غزة. فمن جهة، برزت حركة حماس منتصرة في نظر السكان، وفي المقابل ضعفـت السلطة الفلسطينية إلى حد كبير، لا سيما بسبب تصريحات رئيسها محمـود عباس في اليوم الأول من الهجوم الإسرائيلي على غزة، حيث حمّل حركــة حماس المسؤولية عنه. وفي نهاية الهجــوم، الذي سقط فيه عدد من قـادتهــا في القتــال، أعادت حماس تنظيم إدارتها. وقـد أدت هذه التغييرات إلى بدايــة مرحلــة جديدة من العلاقة بين منظمة أطبــاء بلا حدود وحكومة غزة، التي تحولت في الحال إلى صراع في توازن القوى.

3 "The Gaza Strip: Operation Cast Lead, Dec. 27, '08 to Jan. 18, '09", Btselem http://www.btselem.org.

وعلـى أثـر زيارة قـام بـها مفتشو وزارة الصحـة في غزة إلى المستشفى الميداني في الخيام التابع لمنظمة أطباء بلا حدود في منتصف شهر يوليو/ تمـوز عـام 2009، قـرر الوزير الإغلاق الفـوري للمرفق، معتـبراً أن المنظمة لم تحصـل علـى التصاريح اللازمة، وأن إجراء عمليـات جراحية في الخيام أمر غـير مناسب في غزة. وتوالت اجتماعات عدة بين أكتوبر/تشرين الأول 2009 وأبريل/نيسـان 2010، عـبرت فيهـا حماس عن عدد مـن الانتقادات والمطالـب. تركـزت الانتقادات علـى سياسة التوظيف التـي تتبعها منظمة أطبـاء بلا حـدود وعلى حقيقـة أنها لم تندمـج اندماجاً كافيـاً في المرافق العامـة، بينما تعلقـت المطالب بـالإطلاع على الملفـات الشخصية للمرضى وعلـى الزيارات المنزلية التي تقوم بها الفـرق الطبية. وبرأي حماس، يجب أن تصبـح منظمـة أطبـاء بلا حـدود جزءاً لا يتجـزأ من خطة إعـادة تنظيم المرافـق الصحيـة العامـة مـن أجـل "تفـادي الازدواجية في العمـل وهدر الأمـوال".[4] واعتقـدت أن دمـج المنظمة في مرافقها الصحيـة سيسمح أيضاً بنقـل الكفـاءات والمؤهلات إلى موظفي الوزارة. وشعـرت كذلك، بسبب عدم توقيع أي اتفاقية مع الوزارة حول الأنشطة الجراحية (وحدة العناية الفائقة وغرفـة العمليـات)، أنهـا لا تستطيـع ضمان جـودة الرعاية التـي اعتبرت نفسهـا مسؤولة عنها. أما فيما يتعلـق بالتوظيف، فقد اتُهمت منظمة أطباء بـلا حـدود بتعيين جراحَين من الـوزارة دون علم هذه الأخـيرة وإعطائهما رواتـب تفوق بكثير ما يتقاضانه من الوزارة بصفتهما موظفَين في القطاع العـام. وبالفعل، فقد وظّفت منظمة أطباء بلا حدود جراحَين في سنة 2008، وكانت تدفـع لهما تبعاً لعدد العمليات التي كانـا يجريانها، وأدت الزيادة في عـدد العمليات الجراحية التي أجريت بعـد "عملية الرصاص المصبوب" إلى حصـول كل منهما على 8,000 دولار في الشهر. واشترطت الوزارة أخيراً علـى منظمة أطباء بلا حدود، وكذلك على المنظمات الطبية الأخرى العاملة في غزة، وقف زياراتها المنزلية وتسليم ملفات المرضى الطبية كاملة إليها حتى يتسنى لها متابعتهم في حال ورود شكاوى حول المعالجة الطبية.

فاقمت عوامل أخرى هذه الانتقادات ذات الطبيعة القانونية والإدارية. فخـلال المناقشات التي دارت بين منظمـة أطباء بلا حدود وحركة حماس،

4 عبارة استُعملت في خطاب مرسل من قبل وزارة الصحة إلى منظمة أطباء بلا حدود، مارس/آذار 2010.

كثـيراً مـا أُشير إلى سلوك الفـرق الطبية الأجنبية والمحليـة، وإلى "حفلات" أقيمت في مكاتب المنظمة اختلط فيها الفلسطينيون بالأجانب. ولم يكن هذا "ما تريده [حماس] فيما يتصل بكيفية تنظيم المجتمع".[5] كما عبّرت حماس عن شكوكها إزاء حياد منظمة أطباء بلا حدود، لا سيما بعد تصريحات برنار كوشنـير والمواقف الرافضة التي يتخذها العـالم الغربي حيال الحركة. فقد شككت حماس، على سبيل المثال، في طبيعة الاجتماعات الأمنية الأسبوعية، التـي كانت تهـدف إلى تعريف الفـرق بآخر ظروف التنقـل، حيث اعتبرتها جلسـات لجمع المعلومات. وفي سبتمبر/أيلول 2009، استدعت أجهزة الأمن الداخلي موظفين فلسطينيين اثنين يعملان مع المنظمة وأُخضعا لاستجواب قاسـ حول عمل منظمة أطباء بلا حدود، غـير أن الانتقاد الأساسي الموجه انصب بالأساس على السلوك خارج إطار العمل، الذي اعْتُبِرَ غير متلائم مع النظام الاجتماعي الجديد الذي كانت حماس تسعى إلى تأسيسه.

عـبرت نقاط الاختلاف هذه عن تصميم حماس على نيل الاعتراف بها بوصفها السلطة الصحية الشرعية في قطاع غزة. فيما كانت وزارة الصحة في رام اللّـه تطالب منظمة أطباء بلا حدود بالتوقيع على اتفاقيات إطارية معها وتزويدها "بمعلومات حول أنشطتها".[6]

وفي نهايـة عام 2009، أقر المسؤولون عن وضـع الخطة الإستراتيجية لمنظمـة أطباء بلا حدود بالحاجة إلى الاستجابة للواقع السياسي والإداري الجديـد في غـزة. "سنستمر في المناقشـات الجارية مـع السلطات في قطاع غـزة من أجل التفاوض علـى حرية استئناف عملنا (من الواضح أن حماس عازمة على الحفاظ على سيطرة متشددة داخل القطاع). فيعتمد وجودنا في غـزة على التنازلات التـي تطالبنا بها حماس".[7] ولكـن سرعان ما اعتبرت العديد من مطالب حماس مشروعة لأنها انبثقت من سلطة سيادية. وتعهدت المنظمة بعدم توظيف أي من العاملين الصحيين من القطاع العام وبإمداد حماسـ بمزيـد مـن المعلومات حول المشروع. كمـا تعهدت أيضـاً بوضع اتفاقيـة شاملة تحدد إطـاراً لأنشطتها وتطوير مشروع الجراحة الترميمية

5 محضر اجتماع بين حماس ومنظمة أطباء بلا حدود في نوفمبر/تشرين الثاني 2009.

6 لقاء مع مدير التعاون الدولي في وزارة الصحة التابعة للسلطة الوطنية الفلسطينية، 12 يناير/كانون الثاني 2011.

7 الخطة الإستراتيجية، الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 2010.

التي أرادت إقامته في مستشفى ناصر بالتعاون مع وزارة الصحة في غزة. إلا أن منظمـة أطباء بلا حـدود رفضت تسليم كامل الملفات الطبية الخاصة بالمرضـى التزامـاً بواجبها في احـترام السرية الطبية. وافقـت الوزارة في نهايـة المطـاف على أن هـذه المعلومات لا يمكن تداولهـا إلا بين أطباء من منظمـة أطباء بلا حدود ووزارة الصحة. كما تنازلت عن مسألة دمج مراكز العلاج النفسي ومرافق الرعاية اللاحقة للعمليات الجراحية التابعة لمنظمة أطباء بلا حدود ضمن النظام الصحي العام. وأكدت المنظمة أن هناك خطراً على سريـة المعلومات المتعلقة بالمرضى المستفيديـن من العلاج النفسي، كمـا يجب أن يظل اختيار المرضى الذيـن يحتاجون علاجاً فيزيائياً ضمن صلاحيات منظمة أطباء بلا حدود. لكن في المقابل، وعدت المنظمة بتدريب موظفي الوزارة على العلاج الفيزيائي ووافقت على وقف الزيارات المنزلية للمرضـى الذيـن هم بحاجة إلى إعادة التأهيـل والرعاية النفسية في نهاية فبراير/شباط 2010.

تبين هذه الأحداث الصعوبات التي واجهت منظمة أطباء بلا حدود في التأقلم مع التغييرات السياسية في غزة ومع مطالب السلطات الجديدة فيما يتعلق بالسياسة الصحية. وتمسكاً بالاعتقاد بأن السلطة على غزة كانت لا تـزال تُمارس من رام اللّـه، استجابت فـرق المنظمة ببطء نسبياً في التعامل مـع السلطـات السياسيـة الجديـدة؛ واعتـبر ذلك إحـدى نقـاط الضعف في العمـل الذي تقوم به المنظمة منـذ عام 2006. لا يوجد أي دليل مكتوب على خيـار واضـح اتخذته منظمة أطباء بلا حدود، لكـن اعتماداً على سلسلة من الشهـادات الشخصية لموظفين دوليين ومسؤولين في مقر المنظمة الرئيسي وموظفـين فلسطينيين[8]، يبـدو أن هناك سببين لهذا الموقـف. أولاً، ربما أثر الفريـق المحلي، الذي تم توظيفه عندما كانت فتح ممسكة بالسلطة في غزة وتألـف أساساً من أشخاص مقربين من حركة فتح وأحزاب قومية يسارية فلسطينيـة، في الطريقـة التي نظرت الفـرق الدولية إلى الأحـداث في قطاع غـزة. ثانيـاً، من المرجح أن هـذا التأثير كان أكثر قـوة، لأن معظم الأجانب المعنيين ومسـؤولي المشاريع، ومنهم المسؤولـون في المقر الرئيسي، قبلوا التمثيـل السائـد للجهات الفلسطينيـة السياسية الفاعلة وأضفـوا مزيداً من

8 مقابلات أجريت في ديسمبر/كانون الأول 2010، يناير/كانون الثاني وفبراير/شباط 2011.

الشرعية على الحركة الفلسطينية التي وقعت على اتفاقيات أوسلو، متجسدة في السلطة الفلسطينية ومكونها الرئيسي، حركة فتح، بدلاً من حماس. هذا التقارب الإيديولوجي، وإن كان ضمنياً بلا شك، فضلاً عن منظور منظمة أطباء بلا حدود للوضع، قد يفسران إلى حد ما الصعوبة التي واجهت المنظمة في تغيير قراءتها للوضع في غزة.

وجدت منظمة أطباء بلا حدود حكومة حماس راغبة في فرض سياساتها الصحية إضافة إلى رؤيتها الخاصة للمجتمع، ولم تكن تريد أن يُملي عليها أحد الكيفية التي ينبغي أن تتصرف بها ولا كيف يجب أن تدير أنشطتها. ويرجع هذا الموقف جزئياً إلى رغبتها السياسية في الحد من تعاونها مع حماس، وإلى صعوبة فهم التحولات العميقة الجارية في قطاع غزة. وقد أعطت المنظمة السلطات الحاكمة انطباعاً بأنها وضعت نفسها بعيداً عن متناول أيديها في وقت كانت هناك حاجة حقيقية لتنظيم الخدمات للسكان وتعزيز شرعية السلطات.

وأخيراً لم تترك حماس خياراً لمنظمة أطباء بلا حدود سوى التفاوض على نطاق عمليات المنظمة في قطاع غزة. ركزت هذه المفاوضات على القضايا الطبية والإدارية معاً. أما المسائل التي حددت العلاقة بين منظمة أطباء بلا حدود وإسرائيل، بعد الهزيمة السياسية والعسكرية التي منيت بها حركة فتح، فقد كانت ذات طبيعة مختلفة اختلافاً تاماً.

إسرائيل وإدارة الأوضاع الإنسانية في قطاع غزة

أخلت إسرائيل المستوطنين والعسكر من قطاع غزة في أغسطس/آب 2005، كجزء من انسحاب أحادي الطرف. إلا أنها استمرت في التحكم بجميع نقاط الخروج والدخول. ولذلك اعتمد استمرار أنشطة منظمة أطباء بلا حدود اعتماداً كبيراً على علاقتها مع السلطات الإسرائيلية. وانطبق هذا الأمر أكثر بعد الحصار القائم على غزة، الذي كان يسمح نظرياً بإدخال بعض المستلزمات الأساسية والمساعدات الإنسانية. ولكن، فعلياً، بقيت شحنات المستلزمات الطبية والأدوية عالقة لأيام أو لأسابيع أحياناً، إذا لم يتم الحصول على التصاريح اللازمة كلها، أو إذا خالفت المحتويات بعض جوانب أنظمة الحصار المبهمة نسبياً، أو حتى دون أي سبب ظاهر.

وكانـت "عملية الرصاص المصبـوب" الإسرائيلية خـير مثال على الـدور الذي كانـت إسرائيل تريد مـن المساعدات الإنسانيـة أن تلعبه في غـزة. كمـا فسر ذلـك إلى حد مـا العلاقات بـين منظمة أطبـاء بلا حدود وإسرائيل، التي كانت حريصة على إظهار اهتمامها بالقضايا الإنسانية. ومـن ثـم، ورداً علـى الاقـتراح الفرنسي "بوقـف إطلاق النـار لمدة ثماني وأربعـين ساعة لأسباب إنسانية"، في 1 يناير/كانون الثاني 2009، وعلى الرغـم مـن وقـوع أكثر مـن 400 قتيل من الجانـب الفلسطينـي، أوضحت وزيرة الخارجية الإسرائيلية، تسيبي ليفني، أن: "قوافل المساعدات [كان] يُسمـح لها بالمرور من خـلال المعابر الحدودية"، وبالتالي "لم تكن هناك أزمة إنسانية في قطاع غزة و [...] لا حاجة لهدنة". وعندما هاجم الجيش الإسرائيلـي قافلة مـن ست سفن تنقل مساعـدات إنسانية إلى غزة في 31 مايو/أيـار 2010، اتخذ نائب السفير الإسرائيلي لدى الأمم المتحدة، الذي كانـت مهمتـه الدفاع عن الحصـار، الموقفَ نفسه، مقلـلاً بذلك من الآثار المترتبـة علـى "الإستراتيجيـة الهادفـة إلى خنـق غـزة" التـي اعتمدتها الحكومات الإسرائيلية المتعاقبة.[9]

وفي مقابلة أجريت في أوائل عام 2011 حول فرص تدخل منظمة أطباء بـلا حدود أثناء "عملية الرصاص المصبوب"، برر منسق العلاقات الخاصة بالمنظمـات غير الحكوميـة في وزارة الدفـاع الإسرائيليـة و"منسق أعمال الحكومـة في المناطـق" (COGAT) التصاريح الممنوحة لمنظمـة أطباء بلا حـدود بالعبارات الآتية: "خلال "عملية الرصاص المصبوب"، أعطينا الإذن بالدخـول لأي منظمـة إنسانية تقـدم مساعدات إنسانيـة حقيقية. وسمحنا بدخـول منظمـة أطبـاء بلا حـدود لعلمنا بأنهـا ستكون مفيـدة. وقد طلبت منظمة أطباء بلا حدود منا الإذن بإدخال مستشفى ميداني مكون من الخيام وأدويـة وعاملين في المجال الإنساني. وليس هناك ما هو أكثر إنسانية من المساعدة الطبية. وإذا كانـت تحركاتكم تتم بالتنسيق مع "مديرية التنسيق والارتبـاط" (DCL) [الإسرائيلية] وكنتم تقدمون المساعـدة الطبية، فلماذا نرفض منحكم الإذن؟ لقد أرادت بعض المنظمات غير الحكومية الدخول من

9 Rony Brauman, “La flottille de la liberté: humanitaire ou politique?”, 4 June 2010 http://www.msf-crash.org.

أجـل رؤية مـا يحـدث فقط وليس تقديم المساعدة، وكان هذا هو سبب رفض السماح لها بالدخول".[10]

بالنسبــة لمنظمة أطباء بلا حـدود، كما هو الحــال بالنسبة للمنظمات الإنسانية الأخرى، زادت صعوبات إدخال المساعدات إلى غزة بعد أن وضع الحصــار موضع التنفيـذ. وحتى قبل اندلا ع "معركة غـزة"، شهدت المنظمة في بدايــة عام 2007 حادثة كانت لها تداعيات على مساحة عملها. ففي 17 أبريل/نيســان، خلال زيــارة إلى القدس لحضور اجتماع مع فريق التنسيق، ألقــي القبض علــى موظف فلسطيني مــن غزة لمشاركتــه في "مؤامرة" ضد إسرائيل. وإضافة إلى التبعات الشخصية الصعبة الناتجة عن الحادث، كان لهـذا الاعتقــال والإدانة اللاحقة مضاعفــات عديدة على منظمــة أطباء بلا حدود. وانتشرت شائعات في غزة تقول إن المنظمة غدرت بموظفها وسلمته إلى الإسرائيليين. وفي إسرائيل، كانت المنظمة ضحية حملة صحفية قصيرة لكـن ضاريــة، اتُهمـت خلالهــا بالترويج للإرهــاب.[11] شكلت هـذه الحادثة فرصــة نــادرة للسلطات في تل أبيــب: إذ لم تقوض مصداقيــة منظمة أطباء بــلا حدود فحسب، بل إن خطورة التعرض لهجـوم يمكن أن تستخدم تبريراً للحد من تنقلاتها بين الضفة الغربية والقدس وقطاع غزة. ومع ذلك، بقيت المنظمة قادرة على متابعة أنشطتها، لدرجة أن بعض المنظمات، التي عانت صعوبــة أكبر من منظمة أطباء بلا حـدود للحصول على تصاريح مرور من معـبر بيت حانون (إيرز)[12]، اعتقـدت أنها تتمتع بمعاملة تفضيلية. ونشرت رابطــة الوكالات الإنمائية الدولية (AIDA) بيانــاً في ديسمبر/كانون الأول عام 2008 أشارت فيه إلى الاختلاف في المعاملة بين المنظمات: "وبالتالي، فــإن استخدام مبرر "الأمن" لتقييـد دخول موظفي المنظمات غير الحكومية مــن معبر إيــرز [بيت حانــون] لأكثر مــن عشرين يومــاً متتاليــاً بداية من الأسبــوع الأول من نوفمبر/تشرين الثــاني لا يتفق مع الاستجابات الأمنية السابقــة. فضلاً عن ذلك، فإن منــح إذن بالدخول لموظفي منظمة أطباء بلا

10 مقابلة أجريت في تل أبيب، 16 يناير/كانون الثاني 2011.

11 راجع:

Doctors without borders gave terrorist entry pass to Israel", 17 May 2007, www.israelnationalnews.com.

12 معبر المشاة الوحيد الذي يفصل بين إسرائيل وقطاع غزة.

حـدود والأمم المتحـدة واللجنة الدوليـة للصليب الأحمـر لا يتفق كذلك مع مـبرر "الأمـن".[13] مع ذلك، وعلى الرغم من أن مجال منظمة أطباء بلا حدود للتفاوض مع إسرائيل ظل ضيقاً جداً، إلا أنها رضيت به على ما يبدو. على سبيل المثال، لم تطلب المنظمة تسهيل التنقل إلى القدس لموظفيها في قطاع غـزة، والعكس بالعكس، مع أن الوصول إلى المـدن والمناطق وحرية حركة السلع والأشخاص هما مسألتان أساسيتان في ظل الصراع.

في مثـل هذه الظـروف، هل من الممكن لمنظمـات الإغاثة الطبية، مثل منظمـة أطباء بلا حدود، تجنب أن تصبح مـن مساعدي سلطة الاحتلال في تقـديم الرعاية الصحيـة؟ أثيرت قضيـة مساعدة المنظمات غـير الحكومية للاحتـلال بشـكل واضـح من قبـل رئيس منظمـة أطباء بلا حـدود في عام 2002، حـين قال: "إن المساعـدات الإنسانية الدولية، التـي لعبت حتى الآن دوراً هامشيـاً في هـذا الصراع قد تكون عرضة لتحويـل دورها إلى مساعد السجَّان في ظل نظام لا يرحم مبني على الهيمنة والعزل والفصل العنصري. وبعـد امتحـان قدرة الشعب الفلسطيني على المقاومـة، جاء الدور الآن على قضية استقلالية عمال الإغاثة الأجانب ليتم اختبارها".[14]

طـرح مفكرون من اليسـار الإسرائيلي تساؤلات حـول دور المساعدات الإنسانيـة في ظل اعتماد أربعة أخماس سـكان غزة عليها.[15] فهي، برأيهم، "تعلـق الكارثـة" وتعفـي إسرائيل مـن واجبهـا بالعثور على حـل للصراع. وبالنسبـة إلى عـدي أوفير وأرييـل أزولاي، يعد "العمـل المعتاد [للمنظمات الإنسانية ومنظمات حقوق الإنسـان] امتداداً للجهاز الحاكم، وأحد فروعه، وهـو المسـؤول عن تعليق الكارثـة وخلق ظروف مواتيـة لكارثة مزمنة".[16] وعلـق دوف وايزغلاس، أحـد مستشـاري رئيس الـوزراء إيهـود أولمرت، في محاولـة منـه في بداية سنـة 2006 لتبرير الحصار بعد فـوز حماس في

13 AIDA, "Unprecedented denial of humanitarian access to Gaza must not continue say International Agencies", www.kvinnatillkvinna.se.

14 "Palestinian Chronicles: Trapped by War", report, supplement to *Messages*, MSF newsletter, July 2002, p. 63.

15 OCHA. Special focus—Occupied Palestinian Territories, Dec. 2007.

16 Arielle Azoulay, Adi Ophir, "The ruling apparatus of control in the Occupied Territories", symposium proceedings, Jerusalem: Van Leer Institute, Apr. 2004.

الانتخابـات التشريعيـة في يناير/كانـون الثـاني[17]، بالقـول: "يشبه الأمر موعداً مع مختص الحمية الغذائية، حيث سينحف الفلسطينيون كثيراً لكنهم لـن يموتوا". كما انتقـد بعض الفلسطينيين وجـود المنظمات غير الحكومية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، معتقدين أن برامج المساعدات قد ساعدت في جعل الموقف يبدو "طبيعياً" وإعفاء إسرائيل من مسؤولياتها باعتبارها قوة الاحتلال.

وتجـدر الإشارة هنا إلى أن فكرة احتمال تواطـؤ المساعدات الإنسانية مـع نظام قمعي ليست مقتصرة على الأراضـي الفلسطينية وحدها. إضافة إلى ذلـك، تلعـب منظمة أطباء بلا حدود دوراً صغيراً في عمليات المساعدات التي تتم في الأراضي الفلسطينية بصفة عامة، وفي غزة بصفة خاصة.

ثمـة أوضـاع وحالات يصعب فيها تفادي الاستقطاب، وتمثل الأراضي الفلسطينيـة واحـدة منهـا. إذ عملـت منظمـة أطباء بـلا حدود مـع السكان الفلسطينيـين فقـط ولم تعمـل مع إسرائيل قـط، ما يجعلهـا عرضة لانتقاد الصحافة الإسرائيلية من وقت لآخر. وبناء على ذلك، كثيراً ما أثيرت مسألة "الحياد" في النزاع الإسرائيلي الفلسطيني. كما أثيرت فيما يتعلق بعلاقاتها مـع الطرفين السياسيين الفلسطينيين، لا سيما بعد الانتقال العنيف للسلطة من حركة فتح إلى حماس في غزة، حيث واجهت فرقها ما كان بالنسبة لها سيناريو جديداً تماماً.

إن عـدم توازن القوى المعنيـة، والتغطية الإعلاميـة الواسعة للصراع، التـي أتاحت فرصاً لا تعـد ولا تحصى للتصريحات العلنيـة، وتَقرّب الفرق الدوليـة من الموظفـين الفلسطينيين، فضلاً عن تعرضهـم اليومي للصراع، كلهـا عوامـل جعلـت الحيـاد السياسـي صعباً وعـززت من تعاطـف الفرق الدوليـة مـع الفلسطينيين، الذين اعتبرتهم ضحايـا. ففي عام 2001، نوقش هـذا الموضـوع في اجتمـاع لمجلس الإدارة، ورد فيـه: "إن كثـيراً منهـم [أعضـاء الفريـق الميداني] يتساءلون لماذا لا تذكـر منظمة أطباء بلا حدود شهادتهـم؛ لماذا لا نندد علناً بسياسـات إسرائيل وممارساتها في الأراضي الفلسطينيـة". واستجابة لهذه المطالب، بـدأت منظمة أطباء بلا حدود تنشر

17 "As the Hamas team laughs", *Haaretz*, 19 Feb. 2006.

"سجلات الأحداث الفلسطينية" (Palestinian Chronicles)[18] في عام 2002. وقُدمت بوصفها "نقلاً للواقع اليومي الذي يعيشه شعب أسير للحرب الدائرة وخاضع لمعاناة يتم تجاهلها في أغلب الأحيان"، وضمت هذه السجلات أبرز شهادات منظمة أطباء بلا حدود في الأراضي الفلسطينية وساعدت في تهدئة التوترات بين الفرق الميدانية والمقر الرئيسي للمنظمة.

وتشير تسجيلات النقاشات على مستوى مجلس الإدارة إلى "وجود استعمال مفرط لنشاط "الإدلاء بالشهادات" من قبل عدد من أعضاء الفرق الميدانية".[19] وأصبحت الشهادة بشأن الظروف المعيشية للفلسطينيين، والعنف الذي عانوه غاية في حد ذاتها لدى بعض أفراد الفريق، الذين توقعوا أن تعلن منظمة أطباء بلا حدود موقفها. إلا أن المنظمة اعترفت أن متطلبات "الحياد" دُفعت إلى الحد الأقصى، عندما "ترافق الاحتلال العسكري مع مثل هذا العنف ضد سكان الأراضي الفلسطينية، بينما كان ميزان القوى مختلاً للغاية، لدرجة ظهور نوع من التسامح مع الأضعف، حتى عندما يرتكب هذا الأخير جرائم"، مثلما قال رئيسها.[20]

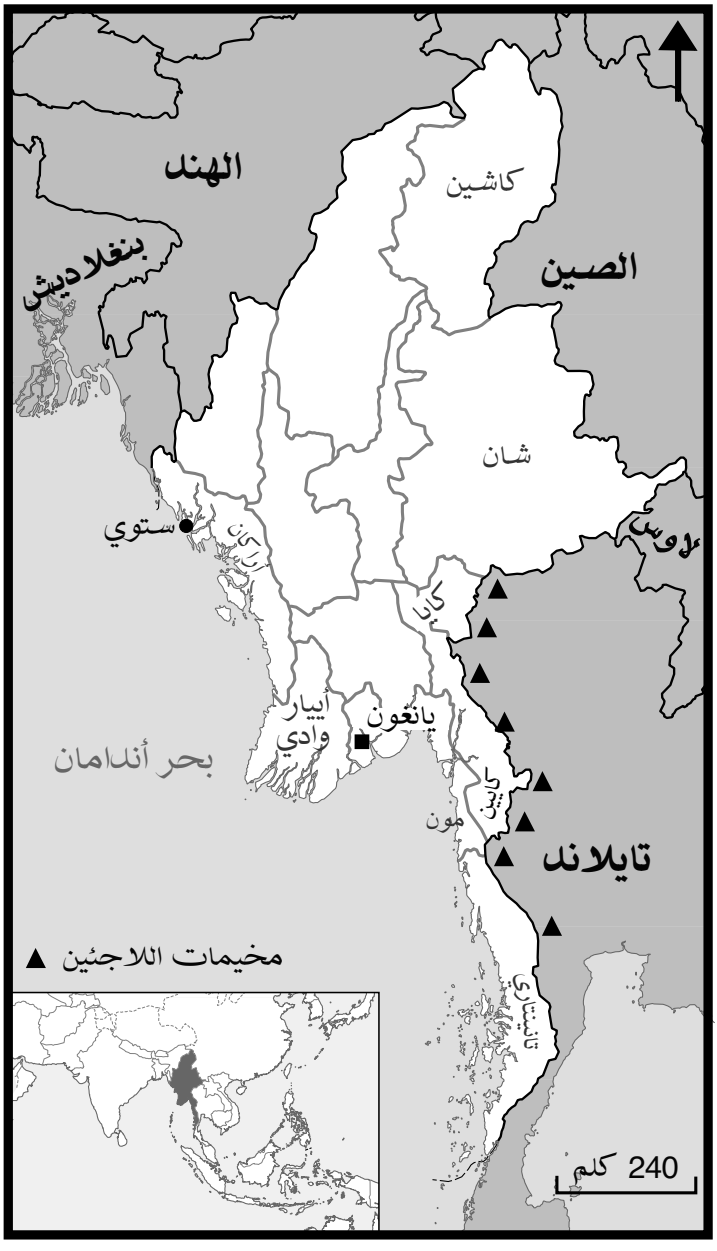
وبعد عدة سنوات، طرح مسؤولو البرامج المسألة عينها بعبارات مشابهة: "هل نحن حياديون فعلاً؟ نحن لا نتوقع أن يتبنى الأفراد موقفاً حيادياً كاملاً، بسبب التقارب مع الفلسطينيين والاختلال الدائم في موازين الصراع، لكن ينبغي على المنظمة استعمال لغة حيادية. ما ننتظره من العاملين الدوليين (ومن الموظفين المحليين، قدر المستطاع) هو الحفاظ على قدر معين من الموضوعية، وتجنب استعمال لغة منحازة وإنتقادية، والالتزام بالحقائق".[21] إن دعم بعض الفرق للبرنامج الوطني العلماني لجبهة التحرير الفلسطينية والتي كان يقودها ياسر عرفات، وتوظيف الأشخاص القريبين أيديولوجياً من حركة فتح أو الأحزاب اليسارية، فضلاً عن برامج صُممت أساساً في إطار الصراع بين الفلسطينيين والإسرائيليين، وليس بين طرفين فلسطينيين، كل ذلك ساهم في جعل عملية الانتقال السياسي في غزة تجربة محفوفة بالمخاطر بالنسبة إلى منظمة أطباء بلا حدود.

18 "Palestinian Chronicles", *Messages*.

19 محضر اجتماع مجلس الإدارة، 27 أبريل/نيسان 2001.

20 محضر اجتماع مجلس الإدارة، 26 أبريل/نيسان 2002.

21 وثيقة داخلية، 2007.


الهند
بنغلاديش
كاشين
الصين
شان
لاوس
ستوي
كادا
أييار
وادي
يانغون
بحر أندامان
مون
تايلاند
مخيمات اللاجئين
تانينتاري
240 كلم

ميانمار

ميانمار

"لعب الغولف مع الجنرالات"

بقلم فيونا تيري [1]

يـدور نقاش حاد حـول مـا إذا كان يتعين علـى المنظمـات الإنسانية الدوليـة العمـل في دولـة ميانمار حيـث يسـود القمـع والديكتاتورية. فمن ناحيـة، هناك العديد من مجموعات من المنفيين ومؤيديهم، المقيمين بشكل رئيسـي في تايلاند والولايات المتحـدة والمملكة المتحـدة، والذين يؤكدون بأنـه مـن المستحيل تقـديم المساعـدات داخل ميانمـار دون تعزيـز النظام العسكـري. ومـن جهة أخرى، هنـاك منظمات إنسانية اختـارت العمل داخل البلاد، وتؤكد إمكانية تقديم المساعدات بشكل مسؤول والوصول إلى السكان الذين يحتاجون إلى المساعدة دون توفير ميزة لا داعي لها للنظام العسكري. يسلـط هـذا الجدل الحـاد الضوء علـى حجج غـير دامغة لـدى كلا الجانبين: فمجموعات المنفيين تبالغ بشأن تجاوزات النظام والمنافع التي يتم جنيها مـن المساعدات الإنسانيـة الدولية، وفي المقابل تقلل الـوكالات العاملة في "الداخل" من شأن القيود المفروضة عليها من قبل النظام العسكري.

تنـدرج تجربة منظمة أطباء بلا حـدود في ميانمار ضمن هذه الجدلية تمامـاً. انسحب الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود من ميانمار في عام 2006 بعـد خمس سنوات مـن الجهود المبذولة لإنشـاء برنامج فعال لعلاج الملاريـا في المناطق التي تعاني مـن النزاعات المتاخمة لتايلاند. وفي هذا

1 تود المؤلفة أن تشكر ريتشارد هورسي على تعليقاته حول المسودة الأولية.

الإطار، نددت المنظمة علناً "بالشروط غير المقبولة التي تفرضها السلطات"، والتي إن تم القبول بها، فستجعل من منظمة أطباء بلا حدود "مجرد متعهد لخدمـات تقنية يخضـع للأولويـات السياسية للمجلس العسكـري."[2] وعلى الجانـب الآخر من الطيـف، يوجد الفرع الهولندي لمنظمـة أطباء بلا حدود، الـذي أطلق أكـبر برنـامج طبي على الإطلاق في ميانمار. يوفر هذا البرنـامج العلاج لعدد من مرضى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يمثل ضعف مـن يتلقـون العلاج مـن جانب الحكومـة وسائـر وكالات الإغاثة مجتمعة، ويديـر الفرع عيادات في أربـع ولايات ومناطق في ميانمـار.[3] يعمل الفرع السويسـري بين هذين النقيضين في وضع يتنازعه الغموض، حيث واجهت مشاريعـه عراقيل كبـيرة منذ تدخله في البلاد للمـرة الأولى في عام 1999، لكنـه اختـار تحـدي القيود التـي تفرضها الحكومـة بهـدوء، وواصل تقديم برامجه الطبية.

والتفسـير الشائع الـذي يدور حوله همس في أروقـة مكاتب المنظمات الإنسانيـة في يانغون وفي أوساط منظمة أطبـاء بلا حدود لنجاح عمليات الفـرع الهولنـدي لمنظمـة أطباء بلا حـدود في هذه الدولـة المستبدة هو أن "رئيس الفرع الهولندي يلعب الغولف مع الجنرالات". ومثل كافة الإشاعات التي يمكن الوثوق بها، فثمة جزء من الحقيقة. فقد قام رئيس الفرع الهولندي للمنظمة، بعد تعذر اجتماعه بالقائد الإقليمي للتباحث بشأن فتح عيادة في منطقـة المناجم في ولاية كاشين، بزيارة نـادي الغولف في ميتكيينا الذي يرتـاده القائد بغرض لعب الغولف، حيـث طالب موافقته على فتح العيادة. تمـت الموافقة على الطلب، وأنشـأت منظمة أطباء بلا حدود العيادة. وبنبرة تتسـم بالوعظ الأخلاقي، والتي تستخدم غالبـاً في عالم الإغاثة الإنسانية، ولا سيمـا في أوساط منظمـة أطباء بلا حدود، تطورت هـذه القصة لتصبح أسطـورة شائعة مفادهـا أن رئيس الفرع الهولندي لمنظمة أطباء بلا حدود،

2 "Prevented from working, the French Section of MSF leaves Myanmar (Burma)", Médecins Sans Frontières press release, Paris, 30 Mar. 2006.

3 في عام 2008، كان الفرع الهولندي لمنظمة أطباء بلا حدود يعالج 10,000 مريض مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية بينما أمد الفرع السويسري 1,000 مريض بالعلاج المضاد للفيروسات الرجعية مقارنة مع 4,000 مريض تلقوا هذا العلاج من قبل كل من الحكومة ووكالات الإغاثة الأخرى. أنظر:
"A Preventable Fate: The failure of ART scale-up in Myanmar", Amsterdam: MSF, Nov. 2008.

والذي استمر في منصبه لفترة غير مسبوقة دامت 15 سنة، يقيم علاقات مميزة مع بعض الجنرالات إلى حد اعتباره "متعاوناً" مع النظام. لم يبذل الشخص المعني بالأمر محاولة تذكر لتبديد هذه الإشاعات، حيث أنه نأى بنفسه عن الجدل الدائر حول الأنشطة المقترحة، ورفض تلميحات التصريحات العامة التي يعتبر أنها تنتقد النظام، ونفى علناً الصعوبات التي تعترض عمل المنظمة في ميانمار.

ومع ذلك، أصبح "لعب الغولف" تعبيراً ملطفاً لكلمة "التعاون"، وهو ما يمثل دلالة على مدى الصعوبات الواسعة التي واجهت سائر فروع منظمة أطباء بلا حدود في تكييف مبادئها وأساليب عملها مع سياق الأوضاع في ميانمار. وبالرغم من كل هذا، فإن لعب الغولف يمثل ثمناً بسيطاً لضمان علاقات جيدة مع القائد الذي يملي على منظمة أطباء بلا حدود ما يمكن وما لا يمكن أن تفعله لصالح السكان. قد يكون الأمر مختلفاً لو طلب من منظمة أطباء بلا حدود شراء نوادي الغولف التي يرتادها القائد أو تجديد عضويته في النادي. غير أنه، بدلاً من تحليل الطريقة التي سمحت للفرع الهولندي بتنفيذ هذا البرنامج الطموح في مثل هذا السياق الصعب ومناقشة الأسلوب الذي تم توظيفه لتحقيق ذلك، فضلت سائر فروع منظمة أطباء بلا حدود، بما فيها المقر الرئيسي للفرع الهولندي في أمستردام، أن تستمر في نهجها والتغاضي لاحقاً عن وهم وجود علاقة مميزة غير صحية.

يستعرض هذا الفصل الخيارات السياسية التي اتخذتها فروع منظمة أطباء بلا حدود الثلاثة استجابة للمعوقات والمعضلات التي واجهتها أثناء عملها في ميانمار. كيف استطاع فرعان من المنظمة نفسها التوصل إلى هذه الاستنتاجات المختلفة حول إمكانية العمل في بلد ما؟ وما هي التنازلات التي قدمها والاستراتيجيات التي اتبعها كل فرع، والتي أفضت إلى هذه المستويات المتباينة من الانخراط مع الشعب في ميانمار؟

خيار التدخل الإنساني

كونها لا تملك تفويضا رسمياً يحدد أنواع الحالات الطارئة التي ينبغي عليها التعامل معها، كان لمنظمة أطباء بلا حدود حرية اقتراح الحالات التي ستقدم فيها المساعدات الطبية الإنسانية، وتلك التي لن تقدم فيها مساعداتها.

بـدأ الفـرع الفرنسي للمنظمـة العمل مـع لاجئين ينتمـون إلى جماعة كاريـن العرقيـة في تايلانـد في أوائل عـام 1984، واستمـرت أنشطته حتى العقـد الماضـي، حيث قـدم المساعـدة الطبية في قرى ومخيمـات تقع على طول الحدود، وأشرف على عمليات إنسانية عبر الحدود الواقعة تحت سيطرة المتمردين التابعين لاتحاد كارين الوطني المتمرد (KNU). ورغم أن السياق الـذي كان يحيـط بأوضـاع اللاجئـين كان مسيساً إلى حد كبـير، إلا أنه بدا أن مساعـدة ضحايا النظام العسكري خـارج البلاد أقل صعوبة مقارنة مع الداخـل. ولهـذا، فإنه عندما طلـب الفرع الهولندي السماح لـه بالدخول إلى ميانمار في عام 1989، واجه شكوكاً كبيرة داخل منظمة أطباء بلا حدود.

كان المنطـق الرئيسـي وراء مبـادرة الفرع الهولنـدي يتمثل في تقييم الاحتياجـات الصحية في المناطـق الواقعة على الحـدود والمتضررة جراء النـزاع المسلـح، ومـن ثم الوقـوف على ما يحـدث هنـاك.[4] كان الجيش في ميانمار يشن حملات شرسة ضد المتمردين في عدة ولايات تقطنها أقليات عرقيـة محاذيـة للحدود مـع تايلاند ولاوس والصين، وكانـت تهدف هذه الحمـلات إلى حرمـان المتمردين من أي دعم، مـن خلال إجبـار القرويين علـى الانتقـال إلى المناطـق التي تسيطـر عليها الحكومة وتدمـير منازلهم ومحاصيلهـم. وسـرت التقاريـر عـن حـالات اغتصـاب والعمـل بالسخرة والأعمال الشاقـة إضافة إلى إعدامات عشوائية بين جماعات من اللاجئين بلغ عدد أفرادها 140,000 فروا إلى تايلاند. ولم يُعرف الكثير عن الصعوبات التي واجهها الأهالي في ولاية كاشين المحاذية للصين، وهي المنطقة التي كان ينـوي الفرع الهولندي التوجـه إليها في بادئ الأمر. وقد شكل التحدث علانيـة عن أسباب المعاناة والتنديد بها حافزاً مهماً لدى منظمة أطباء بلا حدود للتدخل الإنساني.

وبسبـب القمع الـذي كان يُمارس أيضاً في أماكـن أخرى في ميانمار، أصبحـت البلاد "مؤهلـة" لنيل اهتمام منظمة أطباء بـلا حدود. تضم ولاية أراكان في شمال البلاد مسلمي "الروهينجا" وأقليات هندية صغيرة حرمت مـن الجنسيـة، ولذا فهي أكثر عرضـة إساءة استخدام السلطـة التعسفية من

4 "MSF Policy for the Near Future", Amsterdam: internal document, undated (but from content, circa 1993).

جانب مسؤولي ميانمار. تتحكم قوانين صارمة في كل جانب من جوانب حياة أفراد هذه الأقليات، ابتداء من السن الذي يحق لهم أن يتزوجوا فيه، إلى إمكانية انتقالهم خارج قريتهم، مما قد يكون له عواقب وخيمة في بعض الأحيان على قدرتهم للحصول على الخدمات الطبية. بخلاف "الكارين" و"المون" في تايلاند، فإن معظم أفراد الروهينجا الذين فروا من أعمال القمع لم يحصلوا على ملجأ في بلد مجاور، بل إنهم منعوا مرتين من دخول بنغلاديش، مرة في عام 1978 ومرة أخرى خلال عامي 1994 و 1995. وفور عودتهم إلى ميانمار، واجهتهم من جديد أعمال القمع الوحشية التي فروا منها في السابق، ومما فاقم من معاناتهم إلى حد كبير هو مصادرة أراضيهم ومصادر رزقهم من جانب الحكومة خلال فترة غيابهم. عمل كل من فرعي المنظمة الهولندي والفرنسي لمساعدة اللاجئين في بنغلاديش، وكانا ينتقدان الحكومة بصورة علنية بسبب الإعادة القسرية للاجئين إلى ميانمار، ومشاركة مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين في هذه العملية.[5]

وبالإضافة إلى النزاعات الحدودية وأعمال القمع الواسعة، يعاني شعب ميانمار من حالة فقر مدقع ناجم عن افتقار النظام العسكري الحاكم للكفاءة وأولوياته الاستثمارية، حيث أنها توجه بشدة إزاء الاحتفاظ بالسلطة والقوة العسكرية في مواجهة أعدائها في الداخل والخارج، سواء كانوا حقيقيين أم وهميين، ويتضح ذلك بوجه خاص في القطاع الصحي الذي لا تبلغ موازنته سوى نسبة ضئيلة من الناتج المحلي الإجمالي تبلغ 0.3 في المئة. لا يحصل ملايين السكان على خدمات صحية فعالة وبتكلفة معقولة، مما يجعلهم عرضة للمعاناة والموت جراء أمراض يمكن الوقاية منها وعلاجها مثل الملاريا. تواجه ميانمار واحداً من أسوء أوبئة فيروس نقص المناعة البشرية في آسيا، كما أنها سجلت أخطر معدلات تفشي لداء السل في العالم. ويؤدي عدم توافر العلاج الملائم لداء السل إلى ظهور حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة، وهي الإصابة التي يحتمل أن تمتد تداعياتها إلى خارج حدود ميانمار.

---

5 أنظر مثلاً:
"The Rohingyas: forcibly repatriated to Burma", MSF-Paris, 22 Sept. 1994.

ولـذا، فإنــه لم يكن هناك نقص في المشاكل الصحيــة الخطيرة لتبرير محاولات منظمة أطباء بلا حدود العمل في ميانمار. ورغم أن البلد نادراً ما شهد حالات طوارئ حادة واجه على إثرها عدد كبير من السكان خطر الموت الوشيك (باستثناء ما حصل عقب إعصار نرجس في عام 2008)، إلا أن "حالة الطوارئ المزمنة" التي يعانى منها السكان منتشرة على نطاق واسع للغاية. وبالتالي، فإن مسألة التدخل لا تتعلق بالسؤال "ماذا يمكن أن يتم فعله؟" بل "كيـف يمكن القيام به؟". كيف تستطيع منظمة أطباء بلا حدود أن تضمن ألا تؤدي مساعدة الضحايا عن غير قصد في تعزيز قبضة من يقمعونهم؟

الدخول إلى البلاد

واجه الفرع الهولندي لمنظمة أطباء بلا حدود منذ البداية عقبة رئيسية في محاولاتــه وضع موطئ قدم لــه في ميانمار. وكان قد تقدم بطلبه الأول للعمل في ميانمار في عام 1989، مستغلاً فرصة انفتاح بسيطة في الموقف الانعـزالي للنظام الذي حصر، حتى ذلـك الحين، وجود منظمات الإغاثة في حفنــة مـن وكالات الأمم المتحـدة واللجنة الدوليــة للصليب الأحمـر. ورداً علــى التنديد الدولي بقمع المتظاهرين المؤيدين للديمقراطية في عام 1988، وعلــى العقوبات المفروضة عليه من قبل عدة حكومات غربية، اتخذ النظام بعض الخطوات بغية تهدئة الأمور وتحسين صورته، من بينها فتح الباب قليــلاً أمــام المنظمات الدولية غـير الحكومية. وبالرغم مـن أن النظام كان علــى استعـداد لقبـول المساعدات الأجنبيــة، غير أنه رفض وجـود أي أطقم لمنظمة أطباء بلا حدود على أراضيه، وهو الموقف نفسه الذي اتخذه النظام العسكـري الحاكم بالنسبــة إلى تقديم المساعدات عقـب إعصار نرجس عام 2008. لكـن منظمــة أطباء بلا حدود لم يكن من الممكن بالنسبة لها أن تقبل بهذا الشرط إذ أنه من المستحيل برأيها تقييم الاحتياجات أو مراقبة توزيع المساعـدات دون وجود موظفين أجانب. وبعد مفاوضات استغرقت عامين، تم السمــاح لموظـف دولي واحـد بالإقامة في يانغون، التــي كانت عاصمة البلاد آنذاك، وكان قد وصل إليها في يناير/كانون الثاني عام 1992.

وفي محاولــة لينــأى بنفســه عــن أنشطة منظمــة أطباء بــلا حدود في تايلانـد وبنغلاديش، قام الفـرع الهولنـدي للمنظمة إلى اعتمــاد الترجمة

الهولندية لاسمه، "آرتزين زوندر غرينزين"، لاستخدامه داخل البلاد. وهو الاسم الذي لا يزال يعرف به هذا الفرع (حتى يومنا هذا). دخل الفرع الهولندي إلى ميانمار تحت رعاية اليونيسيف، حيث أنشأ مكتباً له في المبنى نفسه واستعان "بالسمعة الحسنة" لليونيسيف كمرجعية له.[6] ورغم أن استعمال الاسم بصيغته الهولندية "AZG"، لا يزال يثير الدهشة والاستغراب حتى الآن في أوساط منظمة أطباء بلا حدود، غير أن ذلك كان ثمناً زهيداً للدخول إلى البلاد إذا كان الاختلاف في الاسم فقط قد ساعد بالفعل الفرع الهولندي على تفادي التدقيق الذي خضع له الفرع الفرنسي عندما حاول طلب السماح له بالعمل داخل البلد في عام 1995. أيد وزير الصحة في ميانمار طلب الفرع الفرنسي، لكن المسؤولين رفيعي المستوى في النظام العسكري رفضوه، وقد عزوا ذلك إلى الأنشطة السرية لمنظمة أطباء بلا حدود وتعاونها مع اتحاد كارين الوطني.

تطلب الأمر انفتاحاً أكبر على الخارج في مواقف النظام قبل أن يتمكن الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود من العودة إلى ميانمار في عام 2000. من جهته، كان الفرع السويسري قد سعى أيضاً إلى الدخول إلى ميانمار بعد أن أجرى تقييماً استكشافياً في عام 1998، بدعوة من وزارة الصحة. وفي ذلك الوقت، استفاد من موجة من الانفتاح النسبي لم يسبق لها مثيل حيال منظمات الإغاثة الدولية، بمبادرة من المسؤول الثالث في النظام، خين نوينت، والذي شغل لاحقاً منصب رئيس الوزراء. سمح النظام العسكري للجنة الدولية للصليب الأحمر معاينة السجون ومخيمات العمل وبعض المناطق الحدودية، بينما أقدم كل من الفرع الهولندي ومنظمات غير حكومية أخرى على توسيع نطاق عملياتهم. لكن هذه الأيام السعيدة ما كانت لتدوم.

التفاوض بشأن الأنشطة الإنسانية

فور دخولها إلى البلاد، واجهت سائر فروع منظمة أطباء بلا حدود قيوداً حول ما يسمح لها القيام به، مما فرض عليها بعض الخيارات

6 "Situation report, Feb.–16 Mar. 1992", Yangon, MSF-Holland.

الصعبــة والمفاضلة بين أمور متنافسة. كانت هناك ثلاثة مجالات أساسية لتقـديم تنــازلات بشأنها من جانب كل فرع تتعلـق بالطريقة المثلى لعمله، وتتمثـل هذه المجــالات في استقلالية اختيار مكان العمـل ومع من، القدرة علــى التحكم تمامــاً في المساعـدات وإدارتهــا، حرية التعبير عـن الأسباب الرئيسية الكامنة وراء المشاكل الصحية في البلاد.

الاستقلالية في الاختيار

وصـل الفـرع الهولندي إلى البلاد في عــام 1992 في جو مثقل بانعدام الثقــة لم يبشـر بالكثـير بشـأن نطـاق حريــة التحـرك أو اختيــار السـكان المستهدفـين. وخلال فـترة المفاوضات الطويلة التي سبقـت دخوله البلاد، ركز الفرع الهولندي اهتمامه على معاناة الروهينجا في ولاية أراكان عقب القمع الذي مارسته الحكومة على المعارضة في عامي 1991 و 1992 والذي أدى إلى فـرار 250,000 شخصـ إلى بنغلاديش. غـير أن الوصول إلى أراكان لم يكـن من أولويات الحكومة، التي قامت بتوجيه الفرع الهولندي في عامه الأول نحـو توفـير الرعايــة الصحية في بلـدة شويبيثــار الواقعة في محيط يانغـون. وافق الفـرع الهولندي علــى هذا المقـترح لأسبــاب "إستراتيجية" معتـبراً إياها "خطـوة أولى" تساعده على بناء أواصـر الثقة مع المسؤولين وتشجيع الانفتاح على العمل في مناطق أخرى أكثر إلحاحاً.

وسرعــان مــا علم الفـرع الهولنـدي بوجود بلـدة تدعى هلينــج ثايار تعــاني مــن حرمان وفقر أشـد، وبنيت علــى حقول الأرز مــن الجهة الأخرى للنهـر قبالة يانغـون. وفي اختبــار أولي لمدى قدرته على ترتيـب أولوياته لتقـديم المساعـدات علــى الأقـل حتى علــى المستــوى المحلي، تقـدم الفرع الهولنـدي بطلـب للسماح له بــإدراج "هلينج ثايار" في دراســة استقصائية حـول التغذيــة، أعـدت لبلـدة شويبيثــار في يوليو/ تمــوز 1992. وفي إشارة واعدة للقدرات التفاوضية للفرع الهولندي، وافقت الحكومة على هذا الطلب، وساعـد اكتشاف وجـود معدلات مرتفعة لسـوء التغذية لـدى الأطفال على إقنـاع السلطات بالسماح للفرع الهولندي بمساعدة كلتا البلدتين.

تبقــى حقيقــة الأمــر أن البلدتــين ليستــا بضاحيتين عاديتــين لمدينة يانغون، بل منطقتين أُجبر سكان عشرات المدن الفقيرة إلى الانتقال إليهما

بعد أن قام النظام بحرق مساكنهم في أعقاب ثورة الطلبة في عام 1988. شكلت هذه المدن الفقيرة نقطة انطلاق للمحتجين للانضمام إلى المظاهرات في الشوارع، بل أنها وفرت لهم كذلك ملاذاً يقصدونه هرباً من الشرطة. ولهذا السبب عمدت الحكومة إلى تدميرها غير مكترثة بمصير المقيمين فيها. وقد تم نقل 50,000 من السكان إلى هلينج ثايار في عام 1989، وارتفع هذا العدد إلى 164,000 بحلول عام 1995.[7] ولم يدرك الفرع الهولندي تماماً عمق المعضلة التي واجهته، والتي تتكرر في كافة حالات إعادة التوطين القسري. وقد ساهم الفرع الهولندي بتوفيره الرعاية الصحية للنازحين في تخفيف معاناتهم بكل تأكيد. غير أنه، من خلال تواجده وعمله في إطار النظام الذي تديره الحكومة، فإنه كان يتغاضى ضمنياً عن سياسة إعادة التوطين القسري التي انتهجتها، لا سيما وأن عمليات إعادة التوطين هذه استمرت على الرغم من وجود الفرع الهولندي.

ولم يتوانى الفرع الهولندي في التعبير عن قلقه إزاء عمليات إعادة التوطين القسري، حيث أثار قضية التداعيات الصحية لهذه الإجراءات مع وسطاء من الحكومة، كما أنه شرح الأوضاع داخل البلدتين للزائرين الذين يمثلون الجهات المانحة سعياً لكشف النقاب عن ممارسات الحكومة.[8] وكما سيتم شرحه لاحقاً، لم يكن لممارسة الضغوط في سبيل إحداث تغيير داخل المجلس العسكري الحاكم، ولا سيما من قبل جهات خارجية، سوى أثر محدود للغاية. وفي حال كان الفرع الهولندي تمكن من التملص من القيود الحكومية وإرساء علاقات ودية مع السكان، لكان ممكناً تقديم حجة أقوى لمدى تأثير وجوده في ميانمار. وفي إشارة تدين القيود المفروضة من جانب السلطات، فقد أوصت مراجعة لبرنامج يعود تاريخه لعام 1996 بإجراء محادثات مع أرفع مسؤولين في وزارة الصحة، في سبيل تحديد ما إذا كان يحق لأحد أعضاء طاقم منظمة أطباء بلا حدود أن ينقذ حياة إنسان، إذا واجه حالة طارئة في مستشفى لا يتواجد فيه طبيب آخر أو ممرض أو موظف. "أو أن عليه أن يكتفي بتسجيل ما يلاحظه ويترك المريض يلقي حتفه؟"[9]

7 "Urban Displaced Program Shwepyithar and Hlaingthayar Townships, Yangon Division, Burma (Myanmar), Jan. 1992–July 1995", MSF-Holland, 1996, p. 6.

8 "Burma (Myanmar): Evaluation of the MSF-Holland Programs", Amsterdam, 1998, p. 24.

9 "Urban Displaced Program" at note 4, p. 19.

لم يغفـل الفـرع الهولنـدي السـكان المستهدفـين في برامجـه، وتكللت مثابرتـه بـالنجـاح عندما سُمح لـه بزيارة ولايـة أراكان في أبريل/نيسان 1993. لم يسمـح له بـالدخول بصـورة مستقلة، بل اضطر إلى القبول بمرافقة مسؤولـين مـن وزارة الصحة، فضـلاً عن وجود موكب الشرطـة، عند زيارة المناطـق النائيـة. وكان الفـرع الهولنـدي يريـد أن يعمل في البلـدات ذات الأغلبيـة المسلمة، والتي فرت منها أكبر أعداد من اللاجئين إلى بنغلاديش، وعـاد إليهـا العديـد منهم لاحقـاً. وفي هذه الحالـة أيضـاً، كان على الفرع الهولنـدي تقديم تنازل بشأن اختياره للموقـع، حيث أجبر على الإقامة في سيتـوي، عاصمـة ولايـة أراكان. ونظـراً لأن الملاريا كانت الأكـثر انتشاراً في ولايـة أراكان، فقـد أطلـق الفرع الهولنـدي برنامجاً لمكافحـة الملاريا يتضمن تدريب العاملين في المختبرات الطبية على تشخيص المرض، وعلى إجـراءات الوقايـة والعلاج. وأدار الفرع الهولندي أيضـاً عيادات متنقلة في تسـع بلدات، مما أتاح للفرق التابعة لـه بتسليط الضوء على بعض المشاكل المتعلقـة بـالتمييز والعمل القسـري التي كان يتعرض لهـا سكان المنطقة. غـير أنـه وبحسب أحد منسقـي المشروع، استبـدل الهـدف الأساسي للفرع، والذي كان يتمثل في حشد الدعم لقضية الروهينجا، بـالتركيز على النواحي الطبية. "ورغم تكريس كل هذا الوقت في التنقل في سائر أرجاء أراكان، فقد انصب أغلب الاهتمام على الأنشطة الطبية والمختبرية عالية الجودة، بينما لم يُعلـن أو يُكتب سوى النـزر القليل عن الجوانب السياسية أو حملات الدعم لسكان أراكان.[10] واستغرق الأمر أربع سنوات أخرى، أي حتى يناير/كانون الثـاني 1998، حتى يسمـح في النهاية للفرع الهولنـدي بإنشاء مركز له في جيب "مونغداو" ذات الأغلبية المسلمة.

وقـد بـاءت بـالفشل في اللحظة الأخيرة محاولة الفرع الهولندي توسيع نطـاق عملياته لتشمل السكان المتضررين من النـزاع في ولاية أراكان في عام 1995، عندما رفض تقديم هدية شخصية إلى القائد المحلي، كما فعلت منظمـة أخرى غير حكوميـة. غير أنه في تلك الفترة، كانت قد بدأت العقبات علـى الجبهة السياسيـة يوازنها نجاح غير متوقع علـى الجبهة الطبية، مما

10 "Background of MSF-H Rakhine State Project, Myanmar, 1994–1999", MSF-Holland, Maungdaw, May 1999, p. 12.

دفع بالفرع الهولندي إلى تغيير مسار نهجه من جهود "الخطوة الأولى" وبناء الثقة مع السلطات، إلى أسلوب "الدبلوماسية الطبية"، المتمثلة في استخدام خبرته الطبية وحجم نشاطه الكبير في تقوية موقعه التفاوضي. وحدث اختراق كبير في أواخر عام 1995، عندما سمح للفرع الهولندي، بشكل شبه رسمي، بإجراء دراسة بالاشتراك مع مسؤولي وزارة الصحة، حول حالات الملاريا المقاومة للأدوية في ولاية أراكان. وأبرز التقرير عدم جدوى بروتوكول العلاج الوطني،[11] مما أثار سخط وزير الصحة. غير أن الفرع الهولندي كان قد حصل خلال ذلك الوقت على الضوء الأخضر غير الرسمي على الصعيد المحلي بتغيير العلاج المعتمد في ولاية أراكان، عبر إبدال الكلوروكين وسولفادوكسين بيريميتامين بالعلاج بالميفلوكين مصحوباً بالأرتيسونايت. وعندما تسلم طبيب مدني منصب نائب وزير الصحة في عام 2001، تغير البرتوكول العلاجي رسمياً إلى آخر أكثر فعالية. وساهم الفرع الهولندي أيضاً إلى حد كبير، من خلال "الدبلوماسية الطبية" التي اتبعها، في كسر حاجز المحرمات المتعلق بتفاقم وباء الإيدز في ميانمار، وسمح له ببدء أنشطة التوعية الصحية وتوزيع الأوقية الذكرية في بلدة هلينج ثايار. ومن خلال ضغوطه من أجل المزيد من حرية العمل في البلاد، بدأ الفرع بتقديم الرعاية الطبية بصورة علنية إلى المصابين بمرض بالإيدز، من خلال علاج الأمراض الانتهازية ومحاربة الوصمة التي كان يعاني منها المرضى المصابين بالإيدز. وفي أغسطس/آب عام 2003، أصبح الفرع الهولندي الجهة الرائدة في علاج مرضى الإيدز في ميانمار باستخدام الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية، متحدياً بذلك العقيدة السائدة في أوساط المنظمات الصحية، والتي ترى بأن قدرات البلاد لا تسمح سوى بتقديم التوعية الصحية و"التسويق الاجتماعي" للأوقية الذكرية.[12] وفي غضون خمسة أعوام، استطاع الفرع الهولندي توفير هذه الأدوية المنقذة للحياة لأكثر من 10,000 مريض.

11 F.M. Smithuis, F. Monti, M. Grundi, A. Zaw Oo, T.T. Kyaw, O. Phe and N.J. White, *In vivo* sensitivity of *Plasmodium falciparum* to chloroquine, sulphadoxinepyrimethamine, and mefloquine in Rakhine State, Western Myanmar, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 91(1997), pp. 468–472.

12 "Burma Trip Report, 26 Nov.–5 Dec., 2002" (Draft).

أحـدث هذا التحـول نحو التركيز علـى المجال الطبـي إلى تغيير في نمـط السـكان الذين يستهدفهـم الفرع الهولنـدي، مـن الأشخاص الذين يعانـون من القمع أو النزاعـات المسلحة إلى أولئك المصابين بـالأمراض الفتاكـة. وانضمـت إلى برنامج عيـادات الملاريا، والتـي استُخدمت في السابـق "كمشاريـع تبريرية" بغيـة الوصول إلى بعض المناطق، برامج أخـرى لعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية وداء السل، لتصبح أهدافاً بحد ذاتها. ومنذ نهاية التسعينيـات من القـرن الماضي، تم اختيار مناطـق المشاريع بناء على مـدى قابليـة السـكان للإصابة بـالأمراض المعدية: وافتتحـت عيادات متخصصـة في عـلاج الأمراض التي تنتقل عن طريـق الاتصال الجنسي في المناطـق التي يوجد بهـا مناجم حجر اليشم في ولايـة أراكان، للحد مـن انتقال الأمراض الجنسية، ومنهـا فيروس نقص المناعـة البشرية في أوسـاط السـكان الرحـل والعاملـين في مجـال الجنس ومتعاطـي المخـدرات عـن طريق الحقن الوريـدي. وبدأ الفرع الهولنـدي عدة أنشطة تعنى بـالتخفيف من الأضرار الناجمة عن تبادل إبر المخدرات، والتوعية الصحيـة بشأن أسباب ونتائج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وأطلقـت مشاريع مماثلة في ولاية شان. ونظـراً لأن هذا الفيروس وليس وحشيـة العمليات العسكرية بـات يمثل القضيـة الأساسية في نهج الفرع الهولنـدي لمنظمـة أطبـاء بلا حـدود، بـالإضافـة إلى القلـق المتزايد من انتشاره، لم يضع النظام الكثير من العراقيل أمام طلبات الفرع الهولندي لإنشـاء عيادات في مناطق جديـدة. وقد أثبت هذا التحـول على أنه كان اختيـاراً سياسياً حكيماً ساهم في ارتفـاع مذهل في عدد الأشخاص الذين تمكن الفرع الهولندي من مساعدتهم.

أمـا الفرع السويسـري لمنظمة أطباء بـلا حدود، فكان عليـه أيضاً أن يوافـق على عدة تنـازلات بشأن اختياره للموقع، عندمـا دخل البلاد للمرة الأولى في عـام 1999. ورغـم أنـه قـدم أسبابـاً طبيـة مقنعة، تتمثـل في أن معـدل انتشار حالات الملاريـا المقاومة للأدوية من بـين أعلى المستويات في العـالم، كتبرير منطقـي لرغبته العمل في الولايـات الثلاث وهي كايين ومـون وكايا، التـي تقع على الحدود مـع تايلاند، فقد أضطر لبـدء أنشطته

في المنطقة الساحلية التابعة لمقاطعة تانينتاري. ويقول أول رئيس للفرع السويسري، باتريك ويلاند: "كان علينا أن نوافق على تقديم تنازلات منذ البداية ونقبل بالتضحية باستقلاليتنا حيال الموقع الذي نريد العمل فيه". ويضيف: "لقد اعتقدنا بأننا سوف نكسب شيئاً فشيئاً ثقة السلطات المحلية ونصل تدريجياً إلى المناطق الحدودية". لكن هذه الإستراتيجية حققت فقط نجاحاً جزئياً.

وتابع قائلاً: "لقد أحرزنا بالفعل بعض التقدم باتجاه الحدود من خلال إنشاء عيادات متنقلة لعلاج الملاريا، غير أننا لم نتمكن مطلقاً من إقامة عيادة ثابتة في المكان الذي نريده. وبذلنا قصارى جهدنا للضغط من أجل أن نقترب قدر الإمكان من السكان، وكان الأهالي يقطعون مسافة أحياناً تبعد أكثر من 40 كيلومتراً للوصول إلى عياداتنا".[13]

ومع استمرار البلاد في الانفتاح بإيعاز من خين نوينت، حصل الفرع السويسري على موافقة بالدخول إلى ولاية كايا، الأمر الذي لم تتمكن أي منظمة إنسانية أخرى من تحقيقه قبل ذلك، بما فيها اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والتي لم يسمح لها سوى زيارة سجن الولاية بصورة استثنائية. وقد أنشأ الفرع السويسري عيادة ثابتة شمال لويكاو، عاصمة الولاية، في مارس/آذار عام 2004. وفي ظل حالات الإحباط اليومي والقيود المفروضة على العمل في ميانمار، يعد مجرد إنشاء قاعدة إنجازاً كبيراً في فتح "المساحة المتاحة للعمل الإنساني"، على الرغم من أن الفرع السويسري كان قد مُنع من الوصول إلى المناطق المتضررة من النزاع في ولاية كايا، حيث قدر، بناء على تقارير الوكالات العاملة على الحدود، بأن آلاف المدنيين في حاجة إلى المساعدات الإنسانية. وكان عليه أن يشعر بالرضا بأنه على الأقل يدير عيادة للرعاية الصحية الأساسية، يمكن أن يأتي إليها السكان النازحون جراء عمليات الجيش لتلقي العلاج. وانطلاقاً من هذه النقطة، لم ينفك الفرع السويسري عن المطالبة بالسماح له بالعمل بالقرب من المناطق التي تشهد نزاعاً أقل وطأة من خلال العيادات المتنقلة، ومشاركة منظمة "كارونا" المحلية غير الحكومية.

13 E-mail correspondence between Patrick Wieland and Jean-Clément Cabrol, 31 Aug. 2007, p. 2.

لم يواجـه الفـرع الفرنسـي للمنظمـة، منذ بـدء برامجه في عـام 2001، المعضلـة ذاتها التي واجهها الفرع السويسـري والفرع الهولندي، والمتمثلة في اضطرارهمـا إلى مباشرة العمليات في منطقة مختلفـة عما تم اقتراحه. وقـد بدأ الفرع الفرنسي مشروعاً لتحسـين أساليب تشخيص مرض الملاريا وعلاجـه، في بـادئ الأمـر في ولاية مـون ثم في ولايـة كايـان، باستخدام عيـادات ثابتـة ومتنقلة، كما حاول توسيع نطاق المناطـق التي كان يسمح لـه الوصـول إليها، غالبـاً بواسطة الـزوارق. قامت منظمة أطبـاء بلا حدود بتحسينات كبيرة بشأن الرعاية الطبية للمصابين بمرض الملاريا في العام الأول، حيـث انخفض معدل الوفيات لدى المرضـى الذين يتلقون العلاج في مستشفـى مـودون إلى النصف ما بـين يوليو/تمـوز 2001 ويونيو/حزيران 2002، ولم تسجـل أي حالـة وفـاة جـراء الملاريا في المستشفـى في النصف الثاني من عام 2002.[14] علاوة على ذلك، حقق أسلوب "الخطوة الأولى" نجاحاً إلى حـد مـا، حيث اتسـاع نطاق مشاريـع الفرع الفرنسي لتصـل إلى مناطق جديـدة مثل بلدة يي وولاية كايـان. وكانت الاستشارات الطبية في المناطق التي تم الوصول إليها حديثاً قد تجاوزت كافة التوقعات للعام بأسره، إذ بلغ عددها 7,500 أجريت في الفترة ما بين أبريل/نيسان وأغسطس/آب 2004.[15] وساهم هذا في إقناع منظمة أطباء بلا حدود بضرورة الاستمرار في توسيع نطاق أنشطتها باتجاه الحدود، على أمل ربطها في نهاية المطاف بالأنشطة التـي تتم عبر الحدود انطلاقاً مـن تايلاند. غير أن الإطاحـة برئيس الوزراء خـين نوينت وسائر جهـاز استخباراته العسكريـة في أكتوبر/تشرين الأول 2004 دق المسمار الأخير في نعش المزيد من فرص التوسع لعدة سنوات.

التحكم بعمليات الإغاثة ومراقبتها

تمثلـت التسويـة الرئيسيـة الثانية التـي قبلت بها شتى فـروع منظمة أطبـاء بلا حـدود في ميانمار في التخلي عـن الرقابة المستمـرة لاستخدام المساعدات. وفرضت الحكومة بشكل دوري قيوداً صارمة على زيارة مواقع المشاريع، وهو ما طال أحياناً الموظفين الأجانب فقط، وأحياناً أخرى سائر

14 "Activity Report 2002, Objectives 2003", MSF-France, Paris, 2002, p. 2.

15 "Myanmar Project Overview 2005", MSF-France, 2004, p. 5.

الموظفين، وهو ما أعاق الإشراف على مشاريع منظمة أطباء بلا حدود. وكما اتضح أعلاه، لقد كانت القيود على زيارة مواقع مشاريع المنظمة أمراً معهوداً خلال العمل في ميانمار، غير أنها تزايدت بعد تنحي خين نوينت بغية التضييق على وكالات الإغاثة التي وسعت عملياتها في ظل سلطته. لقد حل وزراء متشددون محل الوزراء الأكثر اعتدالاً في الحكومة وزادت القيود على المنظمات الإنسانية وعلى الفترات التي يسمح خلالها بالعمل خارج يانغون، مع اشتراط الموافقة المسبقة لكل الموظفين الأجانب الجدد، وإبلاغ الحكومة بشكل منتظم بقوائم أفراد الطاقم الوطني، وإطالة فترات إجراءات التسجيل لدى الوزارات، وإعادة التفاوض بشكل متكرر بشأن مذكرات التفاهم مع الحكومة. وأجبرت أيضاً وكالات الإغاثة على القبول بمرافقة "موظف اتصال" حكومي لها في كل زيارة ميدانية يتم الإعداد لها قبل أسابيع.

وكان يتعين على سائر فروع منظمة أطباء بلا حدود أن تقيّم تداعيات هذه القواعد على قدرتها على التحكم في توجيه المساعدات ومراقبتها بالمقارنة بما يمكن لها القيام به وما تأمل في تنفيذه إذا قررت المثابرة والاستمرار في عملها. وعلى عكس مزاعم بعض مجموعات المنفيين، لم يشكل تحويل وجهة مساعدات الإغاثة من قبل الحكومة، وهو الخوف الشائع عندما يتعذر مراقبتها بشكل ملائم، مشكلة خطيرة على الإطلاق. فبخلاف عمليات الاختلاس الضخمة التي كانت تجري برعاية الحكومات في كوريا الشمالية أو إثيوبيا، كانت ترتكب السرقات على المستوى المحلي و/أو الفردي: كأن يستولي قائد منطقة على قارب أو سيارة للاستخدام الشخصي أو أن يسرق موظف الصحة المحلي الأدوية لعيادته الخاصة أو أن يبيع موظفو وزارة الصحة لقاحات شلل الأطفال بدلاً من توزيعها مجاناً.[16] ورغم أن هذه المشاكل محبطة في حد ذاتها، إلا أنها تبقى غير ذي أهمية مقارنة بضرائب الحكومة على المساعدات أو إعادة تحويلها إلى مجموعات تعتبرها السلطات "جديرة" بها في أماكن أخرى. إن عملية استبدال المساعدات كانت مثيرة للقلق أكبر مما يتسبب به تحويلها في حد ذاته. تتحمل كافة البرامج التي تطلقها المنظمة المسؤوليات التي يفترض أنها تقع على عاتق

16 MSF-CH HoM (Nov. 2005–Feb. 2008) "End of Mission report", Yangon, 12 Feb. 2008, p. 22.

الحكومة، ممـا يتيح لهذه الحكومة توجيه مواردها نحو مجالات أخرى. لقد دأب العديـد من موظفي منظمة أطبـاء بلا حدود على التعبير عن انزعاجهم لهـذا الأمر، لكن بصـورة أقل شمولاً. ونظـراً لأن عدداً قليلاً مـن الأشخاص هـم من يعتقدون أن الحكومة ستخصص المزيد من الموارد للقطاع الصحي فيما لو انسحبت منظمة أطباء بلا حدود، فإن التجاهل القاسي الذي أظهره النظـام حيال الناجين من إعصـار نرجس من خلال المضي قدماً في إجراء الاستفتاء بينما كان السكان يدفنون موتاهم أزال إلى الأبد الشكوك التي قد تـزال قائمة بشأن أولويـات الحكومة. لقد برزت هذه المعضلة بصورة أقوى علـى المستوى المحلي، حيـث أدى تفادي منظمة أطباء بـلا حدود التعاون مع النظام إلى تأسيس منظومات صحية مستقلة، تبعد أحياناً بضعة أمتار فقط عن عيادات تابعة للحكومة، مما قوض بشكل أكبر القدرات المحلية.[17]

لقد أثر تشديد عمليات الرقابة على الأنشطة الإنسانية على كافة فروع المنظمـة بصـورة متباينة، عقب إقالـة خين نوينت في أواخـر عام 2004. اعتـبرت مشاريع الفـرع السويسري في ولاية كايـا ومقاطعة تانينتاري، مناطـق محظورة طيلة أشهر متتالية. تحملـت المنظمة الإجراءات الإدارية البيروقراطيـة التي لا تنتهي، والتـي أصبحت ضرورية بغية تأمين دخول موظفيها إلى البلاد، ليمنعوا بعد ذلك من مغادرة يانغون تماماً. وقد أنهى البعض منهم مهامه حتى دون أن يصل إلى موقع المشروع الخاص به.[18] وأدى إهـدار الأمـوال والموارد البشرية إلى احتدام الجـدل القائم منذ فترة طويلـة في أوسـاط الفرع السويسـري حول ما إذا كان ينبغـي عليه البقاء في ميانمـار أو مغادرتها. وفي نهاية المطـاف، رجحت كفة أنصار البقاء والمثابـرة، وكانت حجتهم أن منظمة أطباء بلا حـدود لا تستطيع التخلي عـن 500 مريض بـدأت مؤخـراً علاجهم بـالأدويـة المضـادة للفيروسات الرجعيـة. واعتـبرت المنظمـة أن التخلي عن هـؤلاء المرضـى يعد بمثابة إصـدار لحكم الإعـدام عليهم. وبهـذا، أصبـح الفرع السويسـري، من نواح عديدة، رهينة للبرنـامج الخاص به، فـأقدم على تغيير المعايير التي يستند

17 تقرير عن زيارة ميانمار في يونيو/حزيران 2006، جنيف، 2006، ص 11.

18 مقابلة مع أسيس داس، منسق طبي سابق لدى الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود (2006–2005) ولدى الفرع الهولندي (2009–2007).

إليها بالنسبة إلى التنازلات التي يمكنه القبول بها وتلك التي عليه أن يرفضها في ميانمار.

اتخذ الفرع الفرنسي، الذي ليس لديه أي مرضى يتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية، قراراً معاكساً. وجاءت آخر موجة من القيود المفروضة على عمل الفرع الفرنسي في اللحظة التي بدأت فيها منظمة أطباء بلا حدود التفاوض بشأن إقامة قاعدة دائمة لها في مدينة يي، لتنطلق منها إلى توسيع تغطيتها الطبية. غير أن النظام كان قد اتخذ قراراً بوضع حد لكافة هذه الأنشطة للحيلولة دون ظهور أي جهات قد تشهد على قمعه للمتمردين وأنصارهم المفترضين. وعندما انسحب الفرع الفرنسي في مارس/آذار 2006، أوضح مدير البرنامج: "تتمثل المشكلة التي تواجهها المنظمات الإنسانية في رصد اللحظة التي تقتصر مهامنا عندها في لعب دور متعهد تقني لدى السلطات في ميانمار، وبحيث نخضع لبرنامجه السياسي ونمنع من متابعة تنفيذ الأهداف التي وضعناها لأنفسنا كمنظمة إنسانية. أما بالنسبة لبرامج الفرع الفرنسي، فإننا نعتقد أننا قد تجاوزنا هذه المرحلة. وإننا بمرارة شديدة اضطررنا لاتخاذ قرار بمغادرة البلاد".[19]

غير أن الفرع الفرنسي، حتى لدى مغادرته البلاد، قدم تنازلاً أخيراً، عمل على تقويض أهدافه في تعبئة الرأي العام وإذكاء الجدل حول حدود العمل الإنساني في مثل هذا السياق.

صوت السكون

جاء انسحاب الفرع الفرنسي، الذي تم في هدوء نسبي، في إطار منطق الرقابة الذاتية الذي كان بمثابة التنازل الرئيسي الثالث الذي قبلت به فروع منظمة أطباء بلا حدود في ميانمار. لقد أصبح "الإدلاء بالشهادة" و"التحدث علانية" جزءاً مهماً من عمل منظمة أطباء بلا حدود منذ ثمانينيات القرن العشرين.[20] فمن خلال تعبئة الرأي العام والجهات

19 "Why the French section of MSF has ended its activities in Myanmar", interview with the programme manager, 30 Mar. 2006, http://msf.org/msf/articles/2006/03/why-the-french-section-of-msf-has-ended-its-activities-inmyanmar.cfm (last consulted 26 Jan. 2011).

20 راجع أدناه ، فابريس وايسمان، "التزموا الصمت... وعالجوا"، ص 225–252.

السياسيــة الفاعلة، تهدف منظمة أطباء بلا حدود إلى ممارسة الضغط بغية تحقيـق التغييرات المطلوبة. ولكن في ميانمــار، كانت جميع فروع المنظمة تعتقد أن أي تعليقات علنية قد تفسر على أنها انتقادات موجهة ضد النظام إنما تهدد سير العمليات التي تقوم بها، وذلك على حساب مئات الآلاف من المرضى الذين تعالجهم منظمة أطباء بلا حدود سنوياً. وكانت فرق المنظمة تشعر بالقلق كذلك حيال سلامة الطاقم المحلي إذا ما أثارت المنظمة غضب النظــام. لهـذه الأسبــاب، وغيرهـا مــن الأسبــاب العديدة الأخـرى المرتبطة بتغيـيرات تنظيمية داخلية بمنظمة أطباء بلا حدود في باريس، غادر الفرع الفرنسي البلاد وهو مفتقر للحماسة. وخلال كافة سنوات عملهما، نادراً ما أصـدر الفرعان الهولندي والسويسري تعليقات علنية حول أسباب المعاناة وطرق علاجها، باستثناء ما يتعلق بعدم كفاية العلاجات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في عام 2008.[21]

إن معالجــة أعراض القمع دون التمكن مــن معالجة أسبابه أثار القلق والانزعــاج بــين العاملــين في الفــرع الهولنـدي. فقـد تدخل هــذا الفرع في ميانمــار بغية أن يشهـد للعالم الخارجي عما يحدث في هذا البلد، ومع ذلك، ودون الكثـير من النقاش أو الجدل، أطلق برنـامجــاً طبياً قد يتعرض للخطر بمجـرد توجيه أي انتقاد يمس ممارسات النظام وسياساته. وقد أدى التوتر الواضح بين قسم "الشؤون الإنسانية" في أمستردام، الأشد حرصاً على الإدلاء بالشهادة بشأن الأوضاع القائمة، وبين فريق التنسيق في يانغون، إلى عدم ترابط البرامج والأهداف. قام قسم "الشؤون الإنسانية" بإعداد تقارير داخلية مفصّلــة عــن أزمة الروهينجــا، وطلب من الفــرق الميدانية جمــع وتصنيف البيانــات حول الحوادث التي يتعرض الروهينجا لهــا، والتي اطلعت عليها الجهات المانحة والمنظمات المعنية بالتعامل مع هذه القضايا والتي ليس لها أي نشاط في البلاد. غير أنه في غياب هدف محدد واضح لجمع البيانات علــى مدار السنوات الطويلة، ظلت الجهـود تزيد تارة وتقل تارة أخرى. ومن الصعـب معرفــة مــا إذا كان الهـدف في الحقيقــة يتمثـل في تحسين وضع أبنــاء الروهينجا أكثر منــه في إتمام "مهمة" متمثلــة في "الإدلاء بالشهادة والتحـدث علانيــة" التي عهدت بها منظمة أطباء بلا حـدود إلى نفسها. وقد

21 "A Preventable Fate: The failure of ART scale-up in Myanmar", cf. note 2.

ظهر التنافر بين وجهات نظر يانغون وأمستردام بشكل واضح في التقارير التي تستعرض السياسات المتبعة في ميانمار في الفترة بين عامي 2001 و 2009، والتي أصدرها المقر الرئيسي. كان التوجه الأساسي ليانغون محدداً بوضوح في برنامجها الطبي، والذي يتمثل في أنها لم تكن لتخاطر بإمكانية علاج 200,000 مريض بالملاريا في ولاية أراكان سنوياً. ومع ذلك، ظلت أمستردام متمسكة بوجهة نظرها القائلة بأن الإدلاء بالشهادة هو السبب الرئيسي الذي يستدعي بقاء الفرع الهولندي في ميانمار.

ربما كان بإمكان الفرع الهولندي بذل المزيد من الجهد لتخفيف معاناة الروهينجا لو كانت العناصر "الطبية" وتلك الخاصة بـ"الإدلاء بالشهادة" في البرنامج متناسقة بشكل أفضل. وكان من الممكن أن يكون التوثيق والتصنيف وإبلا غ السلطات المعنية دون سواها بشأن العقبات التي تعترض الرعاية الصحية، مثل القيود المفروضة على التنقل التي تعرقل عمليات نقل المرضى إلى المستشفيات والتكلفة الباهظة للمرور عبر نقاط التفتيش، وسيلة لإحداث التغيير المنشود من شأنها أن تكون أقل خطورة من التصريحات العلنية حول هذه المشكلات، وأكثر فعالية من المناقشات التي تجري مع الجهات المانحة من وراء الكواليس.

إن التأثير على سلوك النظام الحاكم في ميانمار أمر مشهود له بصعوبته. ويصف ريتشارد هورسي، الرئيس السابق لمكتب منظمة العمل الدولية في ميانمار، التناقض الغريب في موقف النظام والذي يجعله عصياً على الضغوط التي تمارس عليه، سواء أكانت في السر أو في العلن، فيقول: "يظهر [النظام] الازدراء حيال الانتقادات الخارجية، ولكنه في الوقت نفسه ينزعج بشكل غريب من الطريقة التي ينظر بها إليه. ويبدو مقتنعاً بالفعل أنه يعمل من أجل المصلحة الوطنية ويشعر أن العالم بأسره يسئ فهمه بشدة ولا يعامله بإنصاف".[22]

فمن جهة، يحدّ هذا الازدراء من نفوذ وتأثير القوى الخارجية على سلوك النظام، بما فيها الدول الآسيوية المجاورة، مما يجعل الجهود المبذولة من قبل منظمات الإغاثة لحث حلفاء ميانمار على ممارسة الضغط عليه من أجل

22 Richard Horsey, *Ending Forced Labour in Myanmar: Engaging a Pariah Regime*, London: Routledge, 2011.

تحسين الأوضاع تذهب سدى. ومن جهة أخرى، فإن حساسية النظام بشأن صورته تدفعه إلى إبداء ردود فعل قاسية عندما يتعرض للانتقاد علناً. وقد قـام الجـنرالات في ميانمار بطرد رئيس مكتـب الأمم المتحدة شارل بيتري في أكتوبر/تشريـن الأول 2007، بعد أن تجرأ على الإشارة في الخطاب الذي ألقـاه بمناسبة يـوم الأمم المتحدة إلى أن الحكومة لا تبـذل الجهود الكافية لتلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية لشعبها. كما تحدث بيتري عن "ثورة الزعفـران" التي تزعمهـا الرهبان قبل شهر من ذلك، قائـلاً: "لقد تم التعبير بوضـوح عن همـوم الشعب خلال المظاهرات السلميـة الأخيرة، ومن واجب الجميع الإصغاء إليها".[23] جاء هذا التصريح في أعقاب عدة انتقادات علنية أخـرى وجهتها منظمـات تعمل في البـلاد، بداية من تنديـد اللجنة الدولية للصليـب الأحمـر بالحكومة علنـاً في يونيو/حزيران 2007، وهـو أمر نادر الحدوث، حيث اتهمت اللجنـة ميانمار بارتكاب انتهاكات خطيرة ومتكررة للقانون الإنساني الدولي. كما أدانت اللجنة الدولية للصليب الأحمر استغلال المحتجزيـن في القيام بأعمال الحمل العتالة لـدى الجيش، وانتقدت رفض النظـام الشروع في الحوار أو السمـاح للمنظمة المستقلة بزيارة السجون.[24] وبعـد مرور بضعـة أشهر، أصدرت ثـلاث عشرة منظمة غـير حكومية بيـاناً مشـتركاً تدعـو فيه الحكومـة إلى تخفيـف القيود المفروضـة على جهودها الراميـة إلى مساعدة السـكان الأكثر فقراً.[25] وقضى طرد بيتري على أي أمل للتعبير عن التنديد والإدانة في المستقبل، فيما يعكس استمرار تعذر وصول اللجنـة الدوليـة للصليب الأحمر إلى السجـون أو المناطق الحدودية مقاومة النظام لكل التأثيرات والضغوطات الخارجية.

لم يمنح أي من الفرعين السويسري والهولندي لمنظمة أطباء بلا حدود دعمـه لهذه المبادرات التي شككـت في ممارسات النظام بشكل علني. وبدلاً من ذلك، تبنى الفرعان نهجاً أكثر حذراً، متحديين القواعد من خلال الأفعال

23 "Statement of the United Nations Country Team in Myanmar on the Occasion of UN Day", Office of the Resident and Humanitarian Coordinator, Yangon, 24 Oct. 20007.

24 "Myanmar: ICRC denounces major and repeated violations of international humanitarian law", ICRC press release no. 07/82, Yangon/Geneva, 29 June 2007.

25 Violet Cho, "International Aid Groups Ask Junta to Eliminate Barriers", *Burma News Network*, 20 Oct. 2007.

لم يوقع أي من فروع منظمة أطباء بلا حدود على هذا البيان المشترك.

وليس الأقوال. وغالباً ما يعمل الفرعان دون الحصول على التصريحات اللازمة، وقاما بإرسال فرق أطقم العمل المحلي لتقييم احتياجات الأشخاص النازحين حديثاً، واستمرا في العمل لفترات طويلة دون أي مذكرة تفاهم صالحة. كما ينخرط الفرعان في التعامل مع مجموعات "الخارجين على القانون"، مثل العاملون والعاملات في مجال الجنس ومتعاطو المخدرات، مما يعرض الطاقم المحلي لمنظمة أطباء بلا حدود لخطر السجن، ويعملان على أساس المبدأ القائل بأن الاعتذار بعد حدوث الواقعة أفضل من رفض منح التصريح من البداية. ففي أعقاب إعصار نرجس على سبيل المثال، لم ينتظر الفرع الهولندي التصريح لإرسال فريق إلى منطقة الدلتا. وقد نجح أطباء بنغلاديش والصين العاملون به من البقاء بعيداً عن أعين السلطات، ومكثوا فترة طويلة حتى بعد أن طُلب من كافة الأجانب الآخرين مغادرة المنطقة. وقد وضع الفرع السويسري إستراتيجية قائمة على "الوصول عن طريق التثاقل"، والتي تتمثل في تكرار طلب الحصول على تراخيص التنقل، والاستمرار في طلب التوضيحات عند رفض طلب الحصول على التراخيص، والتأكيد مراراً وتكراراً دون كلل عن الرغبة في الوصول إلى السكان الأشد حاجة. علاوة على ذلك، أرسل الفرع السويسري بعض الفرق والإمدادات الطبية إلى مواقع المظاهرات خلال ثورة الزعفران في عام 2007، وحاول مساعدة الجرحى، حتى أن موظفيه لم يتمكنوا من مغادرة سولي باغودا وسط يانغون، عندما فرضت الشرطة طوقاً أمنياً حول المنطقة.[26] ورغم أن سلوك الفرع السويسري كان تأثيره رمزياً إلى حد كبير، إذ ربما كان المتظاهرون المصابون يخافون من انكشاف هوياتهم في حال خضوعهم للعلاج على يد الأطباء الأجانب ومن ثم فضلوا البقاء بعيداً، إلا أن الفرع اعتبر أنه من المهم إظهار تضامنه، لا سيما في ظل غياب مساعدات المنظمات الأخرى باستثناء اللجنة الدولية للصليب الأحمر.[27]

ولكن مع كل هذه "المقاومة" وعدد المرضى الذين تلقوا العلاج، لا يمكن للمرء إلا أن يتساءل عما إذا أصبحت منظمة أطباء بلا حدود ميكانيكية بصورة أكثر من اللازم في نهجها، وانفصلت تماماً عن الواقع، حيث تنظر

26 MSF-CH HoM (Nov. 2005–Feb. 2008) “End of Mission report”, footnote 2, p. 4.

27 “Field Visit Report”, Geneva: MSF Switzerland, Oct. 2007.

إلى الناس بنـاء على الأمراض التي يصابون بها وليس بناء على هوياتهم وما يعانون منه في السياق الأوسع. ثمة تقييم للبرنامج أجري مؤخراً يصف مشروع أراكان بأنـه مشروع متحجّـر:[28] فبالرغم من النجاحـات الأولية التـي تم تحقيقها مع تغيير البروتوكولات وتبديل السلوكيات حيال فيروس نقص المناعـة البشرية في البـلاد، إلا أن الفرع الهولنـدي لم يستخدم ثقله الذي لا يستهان به بشكل كاف لإحداث التغييرات اللازمة، والتي قد تتضمن تخفيف القيود المفروضة على نقل المرضى إلى المستشفيات.

وبينما يسهل فهم المغزى من أن منظمة أطباء بلا حدود تعطي أولوية لعملياتهـا على الانتقاد العلني في ميانمار، عندما يمكن أن ينطوي الخيار الثـاني علـى مكاسـب ضئيلة وخسائـر كبـيرة للغايـة، إلا أن تصريحاتها العلنيـة لا يمكن فهمهـا بالقدر نفسه، حيث أن هـذه التصريحات تقلل من شـأن العقبات التي تواجههـا المنظمات الإنسانية، ولا تظهر تضامناً يذكر مـع أولئك الذين يفضلون تغيير النظام والتخلي عن المساعدة الدولية بدلاً مـن مجرد القبـول بتبرعاته الضئيلـة. ويلقى ببعض اللـوم على التناقض الذي تتسم به بيئة العمل بشأن هذا الموقف، حيث أن الناشطين يستغلون أي اعتراف بوجود صعوبات ويتذرعون به لعدم قبول أي مساعدة. لكن ذلك لا يبرر نبرة الرفض هذه ولا يبرر مداه. وعندما سئل رئيس الفرع السويسري خلال مقابلة عن الشروط التي يتعيّن على الفرع قبولها للعمل في ميانمار، لم يذكـر سوى مذكـرة التفاهم التي تفاوض بشأنها مـع السلطات، وقال إن ذلـك لا يختلـف عما يوجد في بلـدان أخرى، مضيفـاً: "للنظام العسكري الحق في تتبع أنشطتنا، تماماً كما تفعل الحكومة في فرنسا". وأنحى رئيس الفرع باللائمـة على الشائعات الكاذبة بشأن المخـاوف المتعلقة بظروف عمـل المنظمات غـير الحكومية، وأشـار إن منظمة أطباء بـلا حدود تعرف كيف تعمـل في ميانمار، قائلاً: "إننا على دراية تامة بالممارسات المتبعة في البـلاد. ونعـرف الأسلوب الذي يجب انتهاجه عندمـا نسعى إلى التدخل في مناطـق منكوبة، غـير أننا نعرف أيضاً [كيفيـة] التنديد عندما لا تسير الأمور كما ينبغي". واختتـم رئيس الفرع السويسري المقابلة بمقارنة بين

"MSF in Myanmar: Doubt and Certainties", Geneva: MSF International Office, Sept. 28 2008, p. 18.

حياة سكان ميانمار وحياة سكان "سائر البلدان النامية تقريباً"، متهماً وسائل الإعلام الأجنبية بـ"المبالغة" في وصف ظروف العيش المزرية لسكان ميانمار.[29]

وعلى المنوال نفسه، أظهر رئيس الفرع الهولندي لامبالاة واضحة حيال مصير الرهبان والمتظاهرين الآخرين الذي أصيبوا بجروح خلال ثورة الزعفران في أكتوبر/تشرين الأول 2007. وفي معرض رده على سؤال وجهه إليه أحد مراسلي شبكة "سي.ان.ان" (CNN) الأمريكية حول ما إذا كان الواجب الأخلاقي للفرع الهولندي يملي عليه مساعدة الجرحى والمحتجزين، اكتفى رئيس الفرع بالقول: "إذا جاءوا إلينا أو إذا عرفنا مكانهم، فسوف نعالجهم كما نعالج غيرهم". وقد فوجئ الصحفي الذي يجري المقابلة بهذه الإجابة، فكرر سؤاله. وجاء الجواب هذه المرة أكثر تفصيلاً، حيث قال: "تعلم أن لدينا هناك برنامج ضخم للغاية. وقد عالجنا العام الماضي أكثر من مليون مريض من مرضى الملاريا والإيدز. ولا تزال أنشطة هذا البرنامج مستمرة. ونركز اهتمامنا على معالجة الأمراض الفتاكة. ولذلك، فمن المهم بالنسبة لنا أن نستمر في علاج هؤلاء المرضى، وهذا ما يشغل بالفعل طاقمنا الطبي العامل في هذه العيادات التي تعالج أكثر من مليون شخص".[30]

لقد اكتمل تحوّل اهتمام الفرع الهولندي من معالجة الضحايا إلى معالجة "الأمراض".

ما يتضح من هذا التحليل هو أن فروع منظمة أطباء بلا حدود الثلاثة تبنت مناهج مختلفة تماماً في عملها في ميانمار، وحققت مستويات نجاح متباينة. وكان الفرع الهولندي يهدف في البداية إلى مساعدة السكان المتضررين من الصراع من خلال التحدث علانية عن أزمتهم، ولكن بعد

29 "Les conditions de vie des Birmans ne sont pas aussi catastrophiques qu'au Darfour", Interview conducted by Christelle Magnout, TV5 Monde, Birmanie—l'humanitaire toléré, http://www.tv5.org/cms/chaine-francophone/info/Les-dossiers-de-la-redaction/birmanie-aung-san-suu-kyiaout-2009/p-3964-Birmanie-L-humanitaire-tolere.htm (last accessed 20 Dec. 2010).

30 *CNN* newsroom transcripts, 7 Oct. 2007, http://archives.cnn.com/TRANSCRIPTS/0710/07/cnr.03.html (last accessed 10 Feb. 2011).

عدة سنوات من المحاولات الفاشلة، وبعد أن حقق نجاحاً أكبر على الصعيد الطبـي وأدرك أن الإدلاء العلني بالشهادة قد ينـذر بنهاية مشاريعه، تحول تركيـزه إلى مجـال الأمراض الأقل إثـارة للجدل. وفي ضـوء حالة الصحة العامـة في ميانمـار والمـوت المحتـوم الـذي ينتظـر المرضـى المصابـين بفيروس نقص المناعة البشرية أو بحالات حادة من مرض الملاريا أو داء السل المقاوم للأدوية المتعددة، من الصعب القول بأن هذا الاختيار لم يكن مشروعـاً. علاوة على ذلك، لا شك أن الفـرع الهولندي، بإنشائه عيادات في مناطـق المناجم المعرضة لمستويـات عالية من المخاطر، ساعد عدداً كبيراً من النازحين الذين هاجروا إلى هذه المناطق جراء الصراع.

غـير أن الجانـب السلبي لنهج الفرع الهولندي يكمـن في أنه اضطر إلى إغماضـ عينيه حيال الوضع العـام. فمن الزاوية الضيقـة لروتين البرامج الطبيـة، يبـدو السياق "طبيعيـاً"، ويصبـح المرفوض مقبولاً، مثـل العمالة القسرية في الشارع أمام العيادات أو قمع الرهبان المتظاهرين في الشوارع.

واصـل الفرع السويسري مـن جهته السعي دون كلـل إلى الوصول إلى ضحايـا السياسـات الوحشيـة التي يتبناهـا النظام، والتـي افترضت أنهم يتواجـدون في المناطـق الحدوديـة المتضـررة مـن الصراع. وعمـل الفرع بأقصى طاقتـه طيلة أربع سنوات في سبيل الوصول للمناطق الحساسة في ولاية كايان، مخصصاً لتلك الجهود موارد غير مسبوقة. غير أنه، بعد مضي عـام فقـط على نجـاح الفـرع السويسري في تحقيق هـذا الأمـر، سلّم الفرع برامجـه لمنظمة غير حكوميـة أخرى، بسبب قلة أعـداد المرضى. وليس من المستغـرب ألا يصـدق الفرع السويسـري مزاعم النظام العسكـري بأن عدداً قليـلاً من السـكان بقي في هذه المناطـق، وفضل الوثـوق بالتقديرات التي قدمتها له مجموعات من الناشطين المتمركزين على الحدود. ولكن تبين أنه تم تضخيـم الأرقام، مما زاد من صحة اختيار الفرع الهولندي التركيز على المناطـق التي قد يتجه إليها النازحون، مثل المدن التي توجد بها المناجم. ونتج عن ذلك أن الفرع السويسري يحذو الآن حذو الفرع الهولندي، وأضحى يعمل على معالجة الأمراض المعدية في عياداته وفي سجون ميانمار.

أما الإستراتيجية التي يتبعها الفرع الفرنسي في ميانمار، أو بالأحرى غيـاب هـذه الإستراتيجية، فكانـت الأكثر تخييباً للآمـال. لم يثر قرار وقف

العمليات في ميانمار جدلاً يذكر في باريس، وبخلاف ما حدث في حالات أخرى مثل مخيمات اللاجئين في رواندا، لم تقدم أي فكرة حول كيفية توظيف انسحاب منظمة أطباء بلا حدود لصالح وكالات الإغاثة التي اختارت البقاء في البلاد. بل إن عدداً قليلاً من هذه المنظمات كان على علم بذلك الانسحاب. لقد افتقر الفرع الفرنسي إلى الحنكة والحماسة اللتين أظهرهما في أماكن أخرى لإيجاد سبل بديلة للوصول إلى السكان، في تحد للسلطات. وبدلاً من أن يكثف الفرع من عملياته الجارية عبر الحدود، أوقف أنشطته الطبية في ولاية مون، وأوقف العمل بكافة برامجه باستثناء برنامج صغير لمكافحة داء السل في مخيمات تايلاند. كان ذلك مختلفاً تماماً عن عزم منظمة أطباء بلا حدود الاستمرار في مساعدة السكان في كوريا الشمالية، بعد أن انسحبت المنظمة من البلاد في عام 1998، واستنباط أساليب مبتكرة لمساعدة اللاجئين في الصين رغم معارضة بكين. وفضلاً عن ذلك، ومن خلال تغطية القصور في عمله بحجة أنه كان "ساذجاً عندما اعتقد أنه يمكن إيجاد مساحة للعمل الإنساني في ميانمار"، دعم الفرع الفرنسي موقف القائلين بضرورة وقف كافة المساعدات الدولية للبلاد.[31]

ولعل معارضي جهود الإغاثة في ميانمار يخطئون عندما يشيرون إلى أن هذه الإغاثة تدعم النظام في البلاد، أو أن ذلك وضع يصعب فيه العمل بصورة فريدة من نوعها. ورغم ذلك، فإن المنظمات الإنسانية تقدم بعض التنازلات الكبيرة أثناء عملها في البلاد، لا سيما فيما يتعلق بالمجموعات السكانية التي يُسمح لها بمساعدتها. وبينما تصارع فرق منظمة أطباء بلا حدود في ساحة العمل شتى أنواع المعضلات والصعوبات، يبدو أنه ليس هناك نقاش مناسب يذكر حول المعايير التي تحدد ما إذا كانت التنازلات المقدمة مقبولة أو لا، وذلك داخل الفرع نفسه أو بين الفروع المختلفة بصورة خاصة. فمنظمة أطباء بلا حدود تنتقل من تنازل إلى آخر ومن نصر إلى نصر دون تقييم حقيقي لنجاحاتها وإخفاقاتها، ودون الرجوع إلى خطة شاملة. ويقوم الفرعان السويسري والهولندي ببعض الأنشطة المهمة في المجال الطبي، حيث تساعد أعداداً هائلة من المرضى. ولكن،

31 "La section française de MSF met un terme à ses activités en Birmanie", interview with the programme manager, 30 Mar. 2006.

بـدلاً مـن اعتبار ذلك غاية في حد ذاتها، تحتـاج منظمة أطباء بلا حدود، لا سيمـا الفـرع الهولنـدي، إلى إعادة النظـر في كيفية توظيف هـذا النفوذ في سبيـل تحسـين أوضـاع السكان الذيـن لا يشكل المرض بحـد ذاته مشكلتهم الأساسيـة، بل هـو القمع والحرمان. يمكن القـول إن التحدي الصعب يتمثل في إيجـاد الطريقة المناسبة للدفع باتجاه التغيير دون تعريض المرضى أو طاقم منظمة أطباء بلا حدود أو حلفائها داخل النظام للمعاملة القاسية إذا دخلوا في صدام مع المسؤولين.

النيجر
تشاد
سوكوتو
كاتسينا
جيغاوا
يوبي
بورنو
زامفارا
كانو
بنين
بوشي
أداماوا
أبوجا
لاغوس
بور هاركور
الكاميرون
خليج غينيا
200 كلم

نيجيريا

نيجيريا

العلاقات (الصحية) العامة

بقلم كلير ماغون[1]

في بدايــة شهر فبراير/شبــاط 1996، علم الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بــلا حدود، مــن خبر نشرته وكالــة الصحافــة الفرنسية، بأن وبــاء التهاب السحايا يجتاح شمال شرق وشمال غرب نيجيريا.[2] وباستخدام نظام جديد للتدخــل "تمثــل هدفه المعلــن في بناء فريق لا يحمل جنسيــة فرع معين بل يحمل اسم منظمة أطباء بلا حدود"[3] (فريق الطوارئ)، نظمت فروع العمليات في أمستردام، وبرشلونة، وبروكسل، وباريس استجابةً للتصدي للوباء على نطــاق غير مسبوق في تاريخ المنظمــة: أرسل فريق مؤلف من 90 عضواً إلى ثــلاث من أكثر الولايــات النيجيرية تضــرراً من الوباء هي كانــو، وبوشي، وكاتسينــا، حيــث تمكن بين مارس/آذار ومايو/أيار 1996 مــن تلقيح 2,9 مليون شخص، ومعالجة 30,000 مريض.

أتاحــت العمليــة لمنظمــة أطباء بلا حــدود توكيد شرعيتهــا بوصفها مستجيبــاً للأوبئة في "بيئات مفتوحة" ("البيئــات المغلقة" تضم النازحين أو مخيمــات اللاجئين). وتعززت هذه الشرعية فيمــا بعد مع الندوة الدولية

1 رئيسة بعثة منظمة أطباء بلا حدود في نيجيريا عام 2006.

2 نيجيريا مقسمة إلى ست مناطق سياسية–إدارية تُدعى مناطق جغرافية سياسية وهي المناطق الجنوبية–الجنوبية؛ والجنوبية–الشرقية؛ والجنوبية–الغربية؛ والشمالية–الوسطى؛ والشمالية–الغربية؛ والشمالية–الشرقية. ويركز هذا الفصل بشكل خاص على ولايتي كانو وكاتسينا، وهما جزء من المنطقة الشمالية–الغربية.

3 مجلس إدارة الفرع الفرنسي من منظمة أطباء بلا حدود، 22 ديسمبر/كانون الأول 1995.

التـي انعقـدت عام 1996 تحـت عنـوان "الاستجابات الميدانيـة للأوبئة في البلـدان النامية" بمناسبـة الذكرى الخامسة والعشريـن لتأسيس المنظمة[4]، ثم ترسخت مع إنشاء فريق التنسيق الدولي عام 1997، بالتعاون مع منظمة الصحـة العالمية واليونيسيف والاتحاد الدولي للصليب الأحمر. أما الغرض مـن الفريـق فكان ضمـان توافر الإمـدادات الطارئـة من اللقاحـات عديدة السكاريـد المضادة للمكـورات السحائية نظراً لاستنفـاد المخزون العالمي نتيجـة الوبـاء في نيجيريا. وردد قلـق منظمة أطباء بلا حـدود من الأوبئة صـدى اهتمـام منظمة الصحة العالمية التي كرسـت تقريرها الصحي لعام 1996 لانبعـاث، وظهـور، أشكال جديدة من الأمراض المعدية، وجدت فيها إعلاناً منذراً بـ"أزمة عالمية" وشيكة.[5]

تمثـل هدف منظمة أطباء بلا حدود في الاستجابة إلى "أهم الأوبئة"[6]، الـذي تواجهـه فرقهـا منذ بدايـة تسعينيـات القـرن الماضـي: الكوليرا في مـالي، وكوت ديفـوار، وليبيريا، والرأس الأخضر، والسنغـال، والصومال؛ والحمـى الصفراء في ليبيريا؛ والإيبـولا النزفية في زائير؛ والتهاب السحايا في النيجـر. لكـن هذه الاستجابة تمنح المنظمة أيضـاً فرصة. وحسب تعبير فيليب بيبرسون، رئيس الفرع الفرنسي آنذاك: "لا تمثل المساعدات الإنسانية إلى اللاجئـين حاليـاً [...] سوى نسبة ضئيلة مـن مشاريع منظمة أطباء بلا حدود [...]؛ وغالبية المعرفة والدراية والتجربة التي اكتسبناها لا تفيد كثيراً البعثـات والمهمات التي نطورها الآن". ومن ثـم، كانت الاستجابة للأوبئة في بيئات مفتوحة فرصة للمنظمة لتطوير مشاريع جديدة بينما تستمر في نشر الخبرة الطبية واللوجستية التي اكتسبتها في مخيمات اللاجئين.

لكن تحويل معـارف المنظمة وخبراتها المكتسبة من وضع تدخلي إلى آخـر كان يعني إعادة التفكير بعلاقاتها مع السلطـات السياسية–الإدارية. فكثـيراً مـا تنـأى الحكومـات بنفسهـا عـن التدخـل المباشر، في أوضاع ومواقع استثنائية مثل مخيمات اللاجئين، وتفوض الإدارة الصحية لهؤلاء

4 International medical symposium: “Operational responses to Epidemics in Developing Countries”, Epicentre, MSF Foundation, organised on 25 Oct. 1996 at the Lariboisière Faculty of Medicine.

5 “Fighting disease; fostering development”, WHO Annual Report, 1996.

6 *Impact Médecin Hebdo*, no. 339—25 Oct. 1996.

السكان إلى وكالات دولية ومنظمات غير حكومية. وهذا يمنح منظمة أطباء بلا حدود ميزة "التحرر من القواعد المفروضة". إذ تتمتع بهامش للمناورة تحتاج إليه لاتخاذ إجراءات تحكم سريعة بمراحل الاستجابة للوباء كلها، ومنها وضع (واستخدام) نظام رصد لجمع البيانات الصحية بصورة مستمرة، والاستقصاء الوبائي (مع توكيد التشخيص، واستخدام الاختبارات البيولوجية عند الضرورة)، وإدخال إجراءات لتخفيض عدد حالات العدوى والوفيات (الاكتشاف المبكر ومعالجة الحالات، والعزل، والتحصين، والسيطرة على ناقل المرض).

لكن في البيئات المفتوحة، يجب أن تجيز الحكومة المضيفة، نظرياً، كل مرحلة من هذه المراحل، ما يعني أن رغبة منظمة أطباء بلا حدود في التحكم بالاستجابة للوباء تتعارض مع الحقوق والسيادة الوطنية. فهل نستخلص من ذلك، كما اقترح رئيس الفرع الفرنسي عام 1997 أن "حرية العمل [للمنظمة في هذا النمط من السياق] معدومة فعلياً، وأن جودة المساعدات المقدمة معتمدة كلياً تقريباً على متانة العلاقات المطورة مع السلطات الإدارية؟".[7] وهل يجب على فرق المنظمة رؤية التعاون مع السلطات الوطنية السياسية–الإدارية بوصفها قيداً معيقاً، أم ضرورة تكتيكية، أم هدفاً في حد ذاته؟ وإلى أي مدى، وفي أي ظروف، ومع أي تبعات يمكن لأولويات الحكومة الصحية أن تتوافق مع تلك التي وضعتها المنظمات الطبية الإنسانية، مثل منظمة أطباء بلا حدود، في إدارة الوباء؟

يتفحص الفصل الحالي هذه القضايا عبر اللجوء إلى ثلاث حقب محددة (1996–2000، و 2005، و 2009) في تاريخ أعمال الفرعين الهولندي والفرنسي في ولايتي كانو وكاتسينا في شمال نيجيريا. لكن لا نقصد ضمناً أن من الممكن تلخيص كل تاريخ أعمال المنظمة في نيجيريا في هذه الحقب الثلاث. على سبيل المثال، بدأ الفرع الهولندي، الذي سنروي قصة تجاربه المؤسفة في ولاية كانو، الاستجابة لحالات الطوارئ الطبية في ولايات نيجيريا الشمالية في وقت مبكر يعود إلى عام 2005. كما أدار برنامجاً لمعالجة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في لاغوس عدة سنوات. أما الفرع الفرنسي، الذي سنقدم وصفاً لعملياته في ولاية

7 تقرير سنوي لرئيس الفرع الفرنسي من منظمة أطباء بلا حدود، 1998.

كاتسينـا في هذا الفصل، فقد افتتح مركزاً لمعالجـة الإصابات البليغة عام 2004 في بـور هـاركور في دلتا نهـر النيجر التي يجتاحها نزاع مسلح، وفي عـام 2008 بـدأ برنـامجـاً توليديـاً في ولاية جيغـاوا، أتبعه في عـام 2010 ببرامـج لمعالجة سوء التغذية. ومن ثم، سيكتفي هذا الفصل برواية جزء من القصـة فقط: محاولات منظمـة أطباء بلا حدود الاستجابـة إلى الأوبئة في الولايات (النيجيرية) حيث ثبت أن المفاوضات معقدة أكثر من المعتاد.

إدارة الأوبئة واستمراريتها

في أعقاب مؤتمر ألما آتا عام 1978، ومبادرة باماكو عام 1987، مثلت سياسة اللامركزية في خدمات الصحة النيجيرية جزءاً من عملية سياسية– إدارية أوسع لإلغاء المركزية أدت إلى سلسلة من التغييرات في طريقة تقسيم البلاد (إدارياً) وإدارتها. فقد ازداد عدد الولايات الاتحادية من اثنتي عشرة في عـام 1967، إلى إحـدى وعشريـن في عـام 1988، إلى سـت وثلاثـين في عـام 1996، حيـث كان علـى كل ولاية العمل إلى جانـب الحكومات المحلية (تأسسـت مناطـق الحكم المحلي عـام 1976)، التـي خصصت لهـا ميزانية وخضعت لإدارة مجلس حكم محلي. أما عدد مناطق الحكم المحلي هذه فقد ارتفع من 310 عام 1989 إلى 774 عام 1999.

شجـع هذا التشظي المستمر التنافس والتوترات بين مختلف الهيئات والبنـى الهيكليـة، لا سيما وأن مناطق الحكم المحلي "شكلت ساحة مواجهة بين فصائل ارتبطـت بطريقة اعتباطية، وعارضـت 'الأغلبيات' و'الأقليات'، وزعمـاء القبائـل، والأتبـاع والعمـلاء على مختلـف مشاربهـم، وجماعات الناشطـين، بـدلاً من أن تمثل مجتمعـاً محلياً متلاحماً".[8] أمـا التنافس بين الخدمـات الصحية المحلية والاتحادية والوطنيـة فقد ظهر بوضوح لا لبس فيـه في مجالـين حاسمـين في الأهمية فيما يتعلـق بالاستجابـة للأوبئة: التحصين والرصد الوبائي.

في عـام 1999، أوكلـت مسؤولية الرعاية الصحيـة الأولية رسمياً إلى مناطـق الحكم المحلـي، وألغيت مركزيـة إمدادات اللقاحات. وهـذا أدى إلى

8 Guy Nicolas, "Géopolitique et religions au Nigeria", *Hérodote*, Paris: La Découverte, 2002, pp. 81–122.

انخفاض حاد في توافرها، نظراً لأن مناطق الحكم المحلي أهملت تخصيص الميزانية الضرورية لها. بينما بدأت تغطية التحصين تشهد تراجعاً متواصلاً وانحساراً مستمراً، بعد أن تحسنت تحسناً كبيراً نتيجة السياسة المبادرة التي نفذها نظام بابانغيدا العسكري (1985–1993)، وجسدها البروفسور أوليكوي رانسوم كوتي، وزير الصحة الذي اشتهر بأنه "أب الرعاية الصحية الأولية". وبين عامي 1996 و 2005، رأست الدكتورة أوسيكا، الصديقة الشخصية لحرم الرئيس أوباسانجو، البرنامج الوطني للتحصين، الذي استثمر الموارد الهائلة المقدمة من حملة المبادرة العالمية للقضاء على شلل الأطفال (100 مليون دولار في عام 2006).[9] هاجمت وسائل الإعلام النيجيرية نزاهة الدكتورة وأمانتها[10]، وفي ديسمبر/كانون الأول 2005، أجبرت على الاستقالة تحت ضغط المانحين. لكنها تركت ميراثاً مؤسفاً: انخفضت نسبة التغطية الوطنية لتحصين الأطفال دون عمر السنة إلى أقل من 13 في المئة، على الرغم من أن "برنامج التحصين في نيجيريا هو الأكثر تكلفة بين بلدان العالم النامية".[11] حاولت نيجيريا، بعد دعوة المانحين إلى "استعادة كرامة الأمة وشرفها في الميدان الدولي للصحة العامة"[12]، إجراء بعض الإصلاحات. وبدءاً من عام 2006، أطلقت مبادرات بتمويل من الجهات الدولية المانحة لتعزيز الرعاية الصحية الأولية والتحصين الروتيني، لا سيما في شمال نيجيريا حيث الوضع كارثي فعلاً. وفي عام 2005، بلغ معدل التغطية لتحصين الأطفال الشامل في الولايات الشمالية نسبة 4 في المئة.[13] بعد ثلاث سنين، لم يتجاوز نسبة 6 في المئة، وغدت أوبئة الحصبة شائعة ومنتشرة.

وفيما يتعلق بنظام الرصد الوبائي، فقد واجه عقبات معيقة نتيجة غياب التنسيق بين الجهات الفاعلة في القطاعين العام والخاص. وأقرت وزارة الصحة الاتحادية بأن "نظام المعلومات الصحية الموجود في

9 صفيحة وقائع لليونيسيف، 2006.

10 "Why Dr Dere Awosika should go", *Daily Trust*, Nov. 2005.

11 National Immunization Coverage Survey (NICS), 2003.
نتائج المسح حول تغطية التحصين بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهراً.

12 FBA Health System Analysts, 2005, "The state of routine immunisation services in Nigeria and reasons for current problems", Nigeria.

13 FBA Health System Analysts, "The state of routine immunisation services...".

نيجيريـا يتصف بازدواجية واسعة في جمـع البيانات، وإدخال التحليلات (ثمـة أكثر مـن خمسين صيغـة بيانات تستخـدم على المستـوى الاتحادي وحده)؛ وتعدد مسارات المعطيات؛ والافتقار إلى تعريفات الحالة المعيارية؛ وغياب الوضوح فيما يتعلق بتقديم البيانات وتحديد المسؤوليات".[14] والتقت مواقع الحراسة، مع نظام التنبيه من الأمراض المعدية الذي وضعته منظمة الصحـة العالمية، والبيانات المجمعة من المستشفيـات، والمراكز الصحية، والوحـدات الوبائيـة، والإحصائيات السكانية، وبيانـات البرنامج الوطني للتحصـين، والمعلومات المخصصة للشركاء الدوليين، وتجمعت معاً لخلق حالـة صامتـة من التنافـر والنشاز. ونادراً مـا أتت الإنـذارات والتنبيهات الصحيـة عـبر القنـوات الرسميـة، ووصلت عـادة متأخرة كثـيراً عن طريق الصحافـة أو الأفـراد الذين يعملون بصورة "غير رسمية"، مثل ذلك الموظف في منظمـة الصحـة العالمية (بـين عامي 1996 و 2009)، الـذي زود منظمة أطبـاء بلا حـدود ببيانـات صحية غـير رسمية، ليعهـد إليها بضمـان "أن تستخدم هذه البيانات لتعزيز العمل والفعل".[15]

ومـا فاقـم تعقيد الوضـع أن في نيجيريا نظاماً اتحاديـاً مالياً يرعى الإدارة التـي تفتقد الشفافية للأموال العامـة. فغالبية مخصصات التمويل الاتحادية المقررة للمستويين الإداريين الآخرين في البلاد تدفع في "حساب مشترك على المستوى المحلي ومستوى الولاية" لتتقاسمه الولايات ومناطق الحكـم المحلـي. ولا ريب في أن هـذا الطريقة الدستوريـة في التمويل تشجع العلاقات القائمـة على نموذج التاجر/الزبون، نظراً لأن كلاً من المستويين مسـؤول أمام الآخر فقط، وكثيراً مـا انتشرت "قصص مرعبة"[16] عن اختلاس الأمـوال. في عـام 1996، وبعد وقت قصير من دفـع المخصصات الاتحادية إلى منطقة الحكم المحلي في كادونا (في شمال نيجيريا) لتمويل استجابتها لوبـاء التهـاب السحايا، أتـى الموظفون الطبيـون الحكوميـون ليسألوا عن الوسائل الناجعة لاحتواء الأعداد المتزايدة من الحالات المسجلة في القرى،

14 Federal Ministry of Health's National Health Management Information System (NHMIS) unit, 2006, revised policy-programme and strategic plan of action.

15 رسالة بالبريد الإلكتروني أُرسلت إلى رئيس بعثة منظمة أطباء بلا حدود، 2004.

16 Murray Last, "The peculiarly political problem behind Nigeria's primary health care provision", University College London, 2010.

فرد رئيس الوحدة الطبية بالقول إنه لا توجد لقاحات ولا أدوية. ونصحهم، بدلاً من ذلك، بإعطاء القرويين "حقنات من الماء عوضاً عن اللقاحات لإرضائهم نفسياً".[17]

خلق غياب السيطرة، والتنسيق، والإدارة الرشيدة الكفوّة، تصدعاً في نظام يسمح للمصالح التي لا علاقة لها لا من قريب ولا من بعيد بالصحة العامة بالتجذر، مع التمتع بالحصانة والإفلات من العقاب، بعد أن نمت وتوسعت في عهود الفوضى المتولدة عن الأوبئة في نيجيريا. كانت منظمة أطباء بلا حدود "شاهد عيان" على ذلك كله أثناء اجتياح وباء التهاب السحايا للنيجر (أبريل/نيسان 1995)، حين حاولت فرقها استخدام جزء من كمية تقدر بـ 88,000 لقاح قدمتها الحكومة النيجيرية وولاية سوكوتو إلى البرنامج النيجيري للتحصين في الشهر السابق. سرعان ما واجهت الفرق مشاكل تتعلق بضعف تأثير اللقاحات ووجدت فيها خيوطاً دقيقة، ولذلك رفضت استعمالها. ونتيجة تنبيه المنظمة، أجرت مختبرات ميريو (Mérieux)، التي تحمل اللقاحات اسمها، تحليلاً مخبرياً. وتبين أن اللقاحات مغشوشة ولا تحتوي على أثر للمواد الفعالة. ووفقاً لتقديرات المنظمة، أعطيت اللقاحات إلى قرابة 60,000 شخص. رفعت مختبرات ميريو دعوى قضائية بالغش والتزوير، أعقبتها مطالبة دولية بالحصول على المعلومات حول القضية، لكن سرعان ما توقفت الإجراءات القانونية.[18]

وفي عام 1996، كانت منظمة أطباء بلا حدود "شاهد عيان" أيضاً على فضيحة مدوية ما زال الحديث يدور عنها بعد مرور خمسة عشر عاماً. ففي مستشفى الأمراض المعدية في كانو، حيث تمركز فريقها أثناء انتشار وباء التهاب السحايا، أجرت شركة فايزر (Pfizer) اختبارات لدواء سام يدعى تروفان (Trovan) على الأطفال.[19] وبعد أربع سنوات، نشرت صحيفة واشنطن بوست مقالة بعنوان: "مع انتشار اختبارات الأدوية، تتوازن

Elisha P. Rennes, "The limits to health intervention", *Health Transition Review*, 7, 17 1997, pp. 73–107; pp. 91–4.

Julien Claudel, Le Niger est victime d'une contrefaçon de vaccins", *La Croix*, Sept. 18 1996.

19 لم توافق إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA) قط على استعمال دواء تروفان في علاج الأطفال، كما قيد استعماله للبالغين في عام 1999 بسبب تأثره السام على الكبد. الدواء محظور في اوروبا.

الأربـــاح والأرواح".[20] كشفـت المقالــة، المدعومــة بشهادة مــن فرق منظمة أطباء بلا حدود، الظروف التي أجريت فيها هذه الاختبارات. واتهمت شركة فـايزر بـاستغلال وبـاء التهاب السحايا بوصفه فرصة سانحة لإجراء اختبار سريـري واسع النطـاق دون سيطرة كافية، واحتكار جهـود الطواقم الطبية النيجيريــة التــي تعمل أصلاً فـوق طاقتها، وتجاهل الحصـول على موافقة العائـلات التي منعهـا الكرب والغم والمعاناة من اتخـاذ قرار عقلاني. وفي جلسـة أمــام لجنــة تحقيـق وطنية أنشئـت عــام 2001، نقلت منظمــة أطباء بــلا حـدود شهادة الآبــاء والأمهات الذيـن اشتكوا من عـدم إبلاغهم بـأنهم يشاركـون في دراسـة بحثية طبيــة. ورفعت هذه العائـلات، تبعتها حكومة كانو، دعوى قضائية على شركة فايزر. وفي نهاية المطاف تم التوصل إلى تسويــة للقضية خــارج المحكمة في عام 2009، حـين وافقت شركة الأدوية علــى دفع مبلغ 35 مليون دولار لعائلات الأطفــال الذين خضعوا للتجارب، و 30 مليونــاً لولاية كانو، على الرغم من الشكوك بتواطؤ الولاية وميلها إلى إرضاء الشركة وموافقتها على إجراء الاختبارات. ووفقاً لعدد من المراقبين، ما يزال عدد من ممثلي حكومة كانو يشعرون بالحقد والضغينة على منظمة أطبــاء بلا حدود بسبـب دورها في انكشاف القضيــة وتحولها إلى فضيحة. وهنالـك مسؤولون في الحكومــة وفي المناصب النافذة ما يزالون يشجعون السلطات الصحية في كانو على رفض المنظمة وتجميد أنشطتها.

تظهـر هذه اللمحة العامة عن السياق الذي عملت فيه منظمة أطباء بلا حـدود بـين عامـي 1996 و 2009 أن من غـير الواقعي الاعتمــاد على النظام القائـم لإدارة الوبــاء بهدف وحيـد هو رعاية المهددين به. بـل على العكس، فالتدخل في مثل هذا السياق يتضمن العمل خارج النظام والبحث عن حلفاء.

الإصلاح من الداخل

كان الفـرع الهولنـدي مـن منظمة أطباء بـلا حدود أول مـن سعى إلى تحقيق أهدافها في شمال نيجيريا، حيث أطلق مشروعاً للاستعداد للطوارئ والاستجابة للأوبئة استمر من عام 1997 إلى عام 2001.

20 Joe Stephens, “As drug testing spreads, profits and lives hang in balance”, *The Washington* Post, 17 Dec. 2000.

حدد إستراتيجيةَ العمليات الأولية أعضاءُ الفريق ذاته الذي نسق عمل المنظمة أثناء تفشي وباء التهاب السحايا عام 1996، الذي أعقبه انتشار وباء الحصبة ثم وباء الكوليرا في أواخر تلك السنة. وحلل الوضع كما يأتي: "لا تشعر الدولة الاتحادية بأي باعث محفز لإدارة الأوبئة [...]، إلا إذا تحولت إلى قضية سياسية. والنظام (العسكري برئاسة ساني أباشا) غير مستعد لمواجهة التبعات والعواقب الدولية للإعلان عن وجود وباء، أو الإحراج السياسي للاعتراف بعجزه عن السيطرة على الوضع [...]". أوصى الفريق أيضاً المنظمة بتنفيذ مشاريع مستهدفة محدودة النطاق وتجنب نشر مواردها على نطاق واسع وتبديدها. ورأى في التعاون مع السلطات شراً لا بد منه: "يتعذر تجنب وزارة الصحة نظراً لأنها شريك في هذا المسعى، لكن لا نوصى بالتعاون معها".[21]

حين دشن المشروع في عام 1997، عمل فريق منظمة أطباء بلا حدود بتعاون وثيق مع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية اللتين توفران التدريب لطواقم وزارة الصحة على المستوى الاتحادي ومستوى الولاية، وموظفي الصليب الأحمر النيجيري، على الرصد الوبائي ومعالجة الأمراض المعدية. وفي عام 1997، دربت منظمة أطباء بلا حدود أربعين موظفاً في وزارة الصحة في أربع ولايات، وبلغ العدد 216 في عشر ولايات عام 1998، لتستنتج في النهاية أن البرنامج "لم يكن له تأثير مهم في قدرة الولايات [النيجيرية] على الاستجابة للأوبئة".[22]

وبدءاً من عام 1999، جعل الوضع السياسي في شمال نيجيريا من الصعب جداً على المنظمة السعي إلى تحقيق أهدافها. وبعد ثلاثة عشر عاماً من الحكم العسكري، انتخب أولوسيغون أوباسانجو رئيساً لنيجيريا، وطرد ممثلي الولايات الشمالية من الساحة السياسية الاتحادية. وبين عامي 1999 و 2007، استغل هؤلاء الممثلون كل فرصة متاحة لتوكيد هويتهم، التي هددها نظام متهم بمحاباة مصالح منطقة واحدة (الجنوب)، ومجموعة عرقية واحدة (قبيلة يوروبا) وديانة واحدة (المسيحية). وأصبح التحكم بالمبادرات الصحية العامة هدفاً لصراع قوة بين الدولة الاتحادية والولايات الشمالية، حوصرت في خضمه منظمة أطباء بلا حدود.

21 وثيقة داخلية لمنظمة أطباء بلا حدود، دراسة للسياسة على المستوى القطري، نيجيريا، أبريل/نيسان 1997.
22 تقييم أجراه الفرع الهولندي من منظمة أطباء بلا حدود في عام 1997.

في عام 1999، ركز برنامج المنظمة على ولاية كانو وأقام "نظام رصد ومتابعة"، لم يكد يطبق حتى تفشى وباء الكوليرا. وبعد تنبيه فرق المنظمة، أنكرت وزارة الصحة الاتحادية ووزارة الصحة في ولاية كانو ظهور الكوليرا طـوال أربعة أسابيع كاملـة، وفندت الوزارتان النتائـج التي حصلت عليها المنظمة مـن التحليلات المخبريـة. إذ لم ترغبا بـالتعرض للاتهام بإفساد بطولـة الاتحـاد الدولي لكرة القدم تحـت سن العشرين التـي كانت نيجيريا تستضيفها في أبريل/نيسان من ذلك العام. تمثلت ردات فعل منظمة أطباء بلا حـدود في تجنب النظام والتوجـه إلى الصحافة. وبذلـك، تجاهلت عمداً تحذيراً من الحكومة جاء عام 1996 في رسالة شكر بعثت بها وزارة الصحة الاتحاديـة إلى رئيس بعثة المنظمة بعد حملة التهـاب السحايا: "طُلب مني نصحـك بعدم نشـر أي بيانات عن هذه الأوبئـة دون إذن من وزارة الصحة الاتحاديـة، وأريـد أن أطلـب منك عدم إصـدار أي بيـان أو تصريح عن هذه الأوبئة قد يسبب إحراجاً لحكومة نيجيريا الاتحادية".

في السنة ذاتها، وبينما كانت المنظمة تساعد الفرق في مستشفى كانو على التعامل مع الزيادة الحادة في عدد حالات الإصابة بالحصبة، اكتشفت أن لقاحات انتهت مدة صلاحيتها قد استعملت في جناح الأطفال.

وفي أبريل/نيسان 2000، شخصت فرق المنظمة حالة إصابة بالحمى الصفـراء في كانو، وأكدها اختبار أجري في مختبر نيجيري. وقد حُدد خطر انتشـار وبـاء الحمى الصفـراء حين افتتح البرنامج أول مـرة، نظراً لأن آخر وبـاء يعـود إلى عـام 1986 ولم تنظم حملـة تلقيح واسعة النطـاق منذ ذلك الحـين. لكن لا يوجد علاج للحمى الصفراء ويمكـن أن يتجاوز معدل الوفاة 50 في المئـة. اتصلـت المنظمـة بـوزارة الصحـة في كانو وعرضـت تنظيم حملـة تلقيح لمنـع انتشار الوبـاء، وفقاً لتوصيات منظمـة الصحة العالمية. قبلـت الوزارة في البداية ثم تراجعت ودحضت صحة التشخيص. لجأ رئيس البعثـة إلى السلطات الدينية في كانـو، ومنظمة الصحة العالمية، والحكومة الاتحاديـة طلبـاً للدعم والمساعـدة في إقناع السلطـات الصحية، لكن دون جـدوى. تعايش لوهلة موقفان متناقضان ومتعارضان إلى حد عبثي: فمن جهـة، كانـت فرق المنظمة تدرب الطواقم الطبيـة في كانو على التلقيح ضد الحمـى الصفراء، ومن أخرى، رفضت الـوزارة المشرفة على الطواقم التفكير

بمثل هذه العملية على الرغم من التنبيه والإنذار. لكن الوباء المتوقع لم يحدث. ولخص رئيس البعثة الوضع كما يأتي: "قامر مفوض الصحة مقامرة خطرة بصحة مواطنيه، وفاز بها كما تبين فيما بعد".[23]

بعد سنتين من التعاون العقيم فعلياً، وتعامل السلطات الصحية مع وباء الكوليرا وتهديد وباء الحمى الصفراء بلا مبالاة، بلغ إحباط المنظمة ذروته عام 2001 أثناء تفشي وباء الحصبة في كانو. وما سوف تواجهه منظمة أطباء بلا حدود من رفض التعاون، ووضع العراقيل، والتأخير، والإهمال، يوضح دون لبس المشاكل المتجذرة في نظام أمضت خمس سنوات في محاولة تغييره. ففي بداية عام 2001، غص مستشفى كانو الرئيسي العام بضحايا وباء الحصبة. وبحلول مارس/آذار، أورد نظام الرصد الذي تشغله منظمة أطباء بلا حدود بالاشتراك مع وزارة الصحة في كانو أكثر من 9,000 حالة حدثت في مدة أربعة أسابيع فقط، أي عشرة أضعاف الإصابات التي ظهرت في المدة ذاتها من العام السابق. وتعقدت على الفور محاولات وزارة الصحة في كانو للقيام بحملة تلقيح بسبب علاقاتها المتوترة مع الدكتورة أوسيكا، مديرة البرنامج الوطني للتحصين، التي استولت (رسمياً) على المعدات الطبية واللوجستية المطلوبة للحملة من أجل استخدامها في أيام الحملة الوطنية للتحصين ضد شلل الأطفال.

وعلى مدى عدة أسابيع، رفضت وزارة الصحة الاتحادية دخول الأدوية المستوردة التي طلبتها منظمة أطباء بلا حدود؛ ولم توافق في نهاية المطاف إلا بعد تدخل الحاكم في شهر مارس/آذار. وفي أبريل/نيسان، تطلب الأمر من المنظمة عدة أسابيع من المفاوضات للحصول على إذن من وزارة الصحة في كانو لنصب خيمة في حرم المستشفى، على الرغم من حقيقة أن المستشفى، الذي يكتسحه تدفق المصابين بالحصبة، قد توقف عن قبول مرضى جدد منذ عدة أسابيع. وأخيراً، تمكنت فرق المنظمة من تولي مهمة تنسيق المعالجة في المستشفى، إلى جانب الطاقم الحكومي. كان الوباء في ذروته، لكن المنظمة كافحت للتنسيق مع فريق رعاية يفتقد الحوافز، بل قرر بعض أفراده الإضراب. وفي مايو/أيار، حين تجاوز معدل الوفاة من الحصبة في المستشفى نسبة 25 في المئة، طلبت المنظمة من مفوض الصحة

23 تقرير داخلي، منظمة أطباء بلا حدود، 1999.

الإذن بتنظيـم حملة لإذكاء الوعي وتشجيع الأهل على إحضار أطفالهم إلى المستشفى في أبكر وقت ممكن. رفض المفوض الطلب، وأصدر بياناً قلل فيه من حجم المشكلة الصحية.

كانت تلك القشة التي قصمت ظهر البعير. قررت منظمة أطباء بلا حدود مواجهة السلطات الصحية في كانو بما اعتبرته إهمالاً متكرراً لمسؤولياتها وبعثـت برسالـة إلى وزارة الصحة تنهي تدخلها في الولاية، وأرسلت نسخاً منها إلى البرنامج الوطني للتحصين، ووزارة الصحة الاتحادية، والسلطات الدينيـة في كانـو، ومنظمـة الصحة العالميـة، ووكالات التمويـل الدولية. وتضمنت الرسالـة سلسلة من الانتقـادات والاحتجاجات المتعلقة بموقف السلطـات الصحية، ووصفاً لخمس سنوات مـن التعاون الصعب، واختتمت باستنتـاج مرير يشـير إلى "غياب الالتزام السياسـي والشفافية"، و"أولوية المصالح السياسية على الاهتمامات الإنسانية، ما أدى إلى خسارة لا مبرر لهـا للحياة الإنسانية". وعبرت المنظمة عـن "خيبة أملها" من الافتقار إلى التعـاون من جانـب السلطات في ولايـة كانو، التي لم تحـدث أي تغييرات علـى الرغم من "المناقشـات العديدة مع منظمة أطباء بـلا حدود"، وغياب الاهتمام بالتدريب الـذي توفره المنظمة. تبعت الرسالة زيارة مجاملة إلى كل جهـة تلقت نسخة منها. رحبت الجهات المعنية بالمنظمة ترحيباً حاراً. وشكـرت وزيـرة الصحة في ولايـة كانو المنظمة على كل مـا فعلته وقالت إنهـا ستدعو المنظمـة للعودة قريباً، ووعد وزير الصحـة الاتحادي بدراسة المشكلـة في كانـو، ونصحت منظمـة الصحـة العالمية بالتحلـي بالصبر. وهكـذا، وصلت التجربة الميدانية لمنظمة أطبـاء بلا حدود إلى نهايتها في ولاية كانو.

بـين عامـي 1997–2001، كانـت فرق منظمة أطباء بـلا حدود أسيرة تعاونها مع السلطات الصحية في وقت احتاجت فيه في الحقيقة إلى مساحة للعمليـات واسعـة للحركة. أمـا فشلها في تحقيـق أهدافها، الـذي تستر في البدايـة بقناع الطبيعة التوافقية لتعاونهـا الأولي وبرامجها التدريبية، فقد تأكـد في النهاية بعجزها عن اتخاذ إجـراء عملي أو إقناع السلطات، وحتى الطواقـم الطبية في الولاية أحيانـاً، بالحاجة إلى اتخاذ مثل هذا الإجراء، أو بكلمات أخرى بتغيير موقفها وأولوياتها.

في السنوات اللاحقة، نشرت منظمة أطباء بلا حدود مقالات صحفية تدين فيها افتقار السلطات في ولاية كانو إلى الالتزام السياسي بالقضايا الصحية[24]، لكن لم تلق صدى كافياً في الجدل العام داخل نيجيريا.

الإذعان الطوعي

في عام 2005، أدار الفرع الفرنسي في منظمة أطباء بلا حدود برنامجاً لمعالجة سوء التغذية لعدة أشهر أثناء تفشي وباء الحصبة في ولاية أداماوا في المنطقة الشمالية الشرقية من نيجيريا. بعد ذلك، في يونيو/حزيران، قررت المنظمة، بناء على تنبيه تلقته من بعثتها في مرادي في النيجر حول زيادة عدد الأطفال المصابين بسوء التغذية الذين وصلوا من ولاية كاتسينا، القيام ببعثة استكشافية في هذه الولاية المجاورة لولاية كانو. كان الوضع الذي اكتشفته البعثة مقلقاً؛ فقد أصيب سكان المنطقة بوباء الحصبة، ومثلما عرفت المنظمة من التجربة، تتبع أوبئةَ الحصبة عادة زيادةٌ في عدد حالات سوء التغذية. وما فاقم سوء الوضع أن أسعار الحبوب كانت أعلى بكثير من معدلاتها في السنة السابقة في المدة ذاتها.

بعد اجتماع بالسلطات الصحية شمل السكرتير الدائم للصحة (المسؤول الثاني في المرتبة بعد الوزير)، تطلب الأمر من المنظمة بضعة أيام فقط للحصول على الموافقات التي تحتاج إليها لافتتاح برنامج لمعالجة الحالات الحادة والمزمنة من سوء التغذية في ولاية كاتسينا. وكان الأمين الدائم صديقاً مقرباً وطبيباً شخصياً لأومارو يارادوا، حاكم ولاية كاتسينا ومرشح الانتخابات الرئاسية التي ستقام في عام 2007. استقبلت السلطات البرنامج في البداية استقبالاً حاراً. يصف رئيس البعثة آنذاك، وهو يتذكر تلك الأيام، الخطوات الأولى التي اتخذتها منظمة أطباء بلا حدود في كاتسينا بأنها أشبه بـ"شهر عسل قبل الزواج".

في نهاية يوليو/تموز، افتتحت منظمة أطباء بلا حدود مركزاً طبياً للتغذية في كاتسينا لمعالجة الحالات الحادة والمزمنة والمعقدة من سوء

24 Helen Cox and Siobhan Isles, "The beauty and the beast", *The Lancet*, 2003. Sally Hargreaves, "Time to right the wrongs: improving basic health care in Nigeria", *The Lancet*, 2002.

التغذية، فضلاً عن ستة مراكز للمرضى الخارجيين لمعالجة الحالات الحادة والمزمنة والبسيطة، واستقبل أكثر من 600 طفل كل أسبوع. لكن مع بروز البرنامج وظهوره وبدء جذب اهتمام وسائل الإعلام، أخذ المسؤولون الذين تتصل بهم المنظمة يظهرون أمارات القلق. فقد اكتظ المركز الطبي في كاتسينا بالمرضى، وحاولت المنظمة افتتاح مراكز أخرى حين نشرت وكالة رويترز في شهر أغسطس/آب مقالة بعنوان: "سوء التغذية يصيب آلاف الأطفال في شمال نيجيريا". وتابعت المقالة لتشير إلى أن نيجيريا ليست بلداً "معدماً" مثل جاره النيجر، الذي يواجه نقصاً حاداً في الغذاء، لكنه بلد له "تاريخ في الفساد وسوء الإدارة، وفشل في ترجمة ثروته النفطية إلى خدمات أساسية لغالبية شعبه". ومن نافل القول إن سلطات كاتسينا، التي أعلنت للتو أنها ترسل المساعدات إلى النيجر،[25] شعرت بالغضب والحنق. أما الأمين الدائم لوزارة الصحة في كاتسينا فلم يكن يريد السماح لصور الأطفال المهزولين أن تعطي انطباعاً بأن الولاية عاجزة عن رعاية شعبها والمخاطرة بإفساد بدء الحملة الانتخابية للحاكم التي كان يدعمها بنفسه.

ومع اقتراب موعد انتهاء التفويض الممنوح لمنظمة أطباء بلا حدود للعمل في كاتسينا في 13 سبتمبر/أيلول 2005، ازدادت الحالة توتراً. أصر ممثلو وزارة الصحة مراراً وتكراراً على الرسالة نفسها في كل اجتماع: يجب على منظمة أطباء بلا حدود أن تغادر البلاد بأسرع وقت ممكن وتدعهم يتولون إدارة البرنامج. وهكذا بدأ سباق ضد الزمن، مع الوزارة التي تطالب المنظمة بتدريب أكبر عدد ممكن من الموظفين الحكوميين استعداداً لتولي إدارة البرنامج، والمنظمة التي تحاول قبول أكبر عدد ممكن من الأطفال لإقناع الوزارة بعدم قدرتها على تحمل مسؤولية مشروع بهذا الحجم الضخم. وعلق مسؤول تنسيق المشروع في المنظمة آنذاك بالقول: "ما زالوا يعتقدون بأنهم سوف يطردوننا عند نهاية [الاتفاق] في 13 سبتمبر/أيلول، لكن إذا تابعنا قبول الحالات في مناطق الحكم المحلي السبع الأولى، وأضفنا عدداً آخر في مناطق جديدة، سيشمل برنامج التغذية 2,000 شخص في منتصف شهر سبتمبر/أيلول، وسيكون من المستحيل عليهم تولي زمام

"Northern Nigerian states send aid to Niger", *Agence France-Presse (AFP)*, Jul. 23, 25 2005.

الأمور والتعامل مع هذا العدد من المرضى. سنرى ماذا سيحدث، لكننا نتطلع إلى تعزيز البرنامج بقدر ما نستطيع لنزيد عدد المستفيدين إلى أقصى حد (هدف مزدوج: الرعاية والضغط)".[26] ومع تصاعد حدة الوضع، هددت الفرق "باللجوء إلى الرأي العام"، وفي إحدى المراحل، بعد محاولة إقناع السلطات بأن "نسبة 50 في المئة من الأطفال المصابين بحالات حادة من سوء التغذية سيلقون حتفهم، في غياب التدخل السريع والمناسب"،[27] فكرت بافتتاح مراكز جديدة دون إذن السلطات.

في نهاية المطاف، لم تقع مواجهة. فقد منحت السلطات منظمة أطباء بلا حدود بضعة أسابيع إضافية، وبحلول نهاية سبتمبر/أيلول، بدأ عدد المرضى بالانخفاض. وبدأت الفرق تغلق مراكز المرضى الخارجيين التي تستقبل أقل من مئة مستفيد. ما أدى إلى انخفاض في أعداد إحالات الأطفال المرضى إلى المركز الطبي في كاتسينا، ومنذ تلك المرحلة تشبثت الفرق بشدة بمعايير تخريج المرضى. وسرعان ما توقفت عن تقديم الأسباب الموجبة لافتتاح مركز طبي جديد.

بعد كفاح فرق المنظمة في سبيل الحفاظ على برامجها الغذائية فيما اعتبرتها حالة أزمة حادة، بدت مقتنعة على نحو متزايد بأن المنظمة لم يعد لها دور تقوم به حين لم يعد سوء التغذية "وباءً"، بل أصبح "متوطناً". في شهر نوفمبر/تشرين الثاني، بعد اجتماع بين فريق التنسيق وفريق المقر الرئيس، بدأت المنظمة تغلق برنامجها. فكرت لمدة وجيزة بالإعلان عن الحاجة إلى الحفاظ على نوع من الخدمة العلاجية لسوء التغذية، لكن في النهاية غادرت كاتسينا بأكبر قدر ممكن من التكتم والتحفظ مع عدم جلب الانتباه لكي لا تضعف فرصها في العودة مستقبلاً. وسلمت الفرق زمام أنشطتها إلى السلطات، وهي تدرك تماماً مصير الأنشطة المحتوم: "عرفنا أن الحكومة لم تكن جادة في تولي زمام الأنشطة، مع أننا حاولنا إقناع أنفسنا بالعكس حين كنا نغادر. لكن بعد ثلاثة أيام من رحيلنا، أصبح المركز الطبي خالياً وتوقفوا عن قبول الأطفال في برنامج

26 رسائل متبادلة بالبريد الإلكتروني بين فريق كاتسينا وفريق العمليات في المقر الرئيسي، 30 أغسطس/آب 2005.

27 MSF report "Results and orientation", Aug. 2005.

المرضـى الخارجيين لكي يتمكنوا مـن إغلاقه بحلول نهاية يناير/كانون الثاني".[28] ومع إغـلاق البرنامج بهذه السرعة، تمثلت أولوية وزارة الصحة في إزالـة كل أثـر خلفته منظمـة أطباء بلا حـدود وأنشطتها المحرجة قبل أن يبـدأ حاكـم كاتسينا حملتـه للانتخابات الرئاسية عـام 2007 – وهي الانتخابات التي سيفوز بها ويصل إلى سدة الحكم.

أتـاح عمـل المنظمة في ولايـة كاتسينا عـلاج 12,000 طفل من سوء التغذيـة في حقبـة حرجـة، وذلك بسبب نجـاح الفـرق في التفاوض على الاستمـرار في ممارسـة النشـاط بضعة أسابيـع إضافية وتجـاوز المهلة الأصليـة الممنوحـة. وما إن بـرزت أنشطة المنظمة ولفتـت انتباه وسائل الإعلام حتى شعرت السلطات الصحية بـالإحراج، وحوصرت المنظمة في خضم صـراع إرادات. وتشبثت بإرادتها بفضـل حجتين دامغتين اثنتين: أولاً، كانـت المنظمـة وحدهـا القـادرة علـى التعامل مع هـذا العدد الكبير مـن المرضى، ولو أجبرت على التخلـي عنهم فسوف تجد السلطات نفسها في وضـع بـالـغ الصعوبـة وهي مسؤولـة عنـه. ثانياً، مع اقـتراب موعد الانتخابـات الرئاسية، كانت السلطات أكثر استعداداً من المعتاد للرضوخ للتهديـد بإبـلا غ الرأي العام. وعبر إبراز سوء التغذيـة ولفت الأنظار إليه، تمكنـت المنظمـة من ممارسة تأثـير مباشر في السلطـات. لكن عبر قبول إخفائـه عن الأنظـار مرة أخرى، حتى عن نظرها، تخلـت عن اعتبار سوء التغذيـة الحاد والمزمـن مشكلة تتعلق بالصحة العامـة، ساعدت درايتها ومعرفتها ومهاراتها الابتكارية وتأثيرها النافذ في حلها.

العلاقات (الصحية) العامة

في عـام 2006، أنشـأ الفـرع الفرنسـي مـن منظمة أطبـاء بلا حدود فريقـاً متنقلاً للرصد والاستجابة مكوناً من عدد من الأطباء النيجيريين، بوصفـه جزءاً مـن إستراتيجية عالميـة لتحسين قدرتها علـى الاستجابة لحـالات الطـوارئ في الشمـال. وسرعان مـا ركزت "مجموعـة الطوارئ" اهتمامهـا علـى ولايـة جيغـاوا، حيث أبـدت السلطـات الصحيـة تعاوناً

28 فقرة مقتطفة من التقرير النهائي لبعثة كاتسينا، يناير/كانون الثاني 2006.

مشهوداً، وولايتي كانو وكاتسينا. صمم الفريق ليكون بسيطاً وقادراً على الاستجابة، اعتماداً على شبكة من المشاركين الراغبين، لا سيما من داخل النظام الصحي النيجيري. تنقل الشبكة، التي طورتها المنظمة على أثر الأحداث المؤسفة التي واجهتها، الإنذارات والتنبيهات إلى أعضاء مجموعة الطوارئ التي تحاول آنئذ التحقق من الحالة على الأرض، بمساعدة حلفاء آخرين يسهلون حصولها على البيانات الميدانية. وبين عامي 2006 و 2008، قامت المنظمة، في معرض استجابتها لسلسلة من حالات الطوارئ الطبية في تلك الولايات الراغبة في التعاون – الحصبة وسوء التغذية في يوبي، والكوليرا في بورنو، والتهاب السحايا في جيغاوا – بعدة محاولات أيضاً للاستجابة إلى التحذيرات في كاتسينا وكانو. ولم تتمكن قط من الحصول على إذن رسمي لجمع البيانات أو إجراء المسوحات حول الإنذارات بانتشار الحصبة، وسوء التغذية، والكوليرا أثناء هذه الحقبة، ولذلك لم تجد مبرراً موضوعياً لاقتراحات التدخل التي حملتها إلى السلطات الصحية. لكن هذه السلطات الصحية عينها كانت على استعداد تام لمناقشة وباء التهاب السحايا مع منظمة أطباء بلا حدود. وهكذا، تمكنت فرقها في عام 2008 من تلقيح 100,000 شخص في ولاية كاتسينا. ومع أن الظروف لم تساعد على إنجاح العملية (التدخل المتأخر والصعوبات في ترسيخ أولويات التلقيح بسبب الغموض وعدم الاتساق في البيانات القادمة من نظام الرصد)، إلا أنها نالت على الأقل موافقة السلطات الصحية كلها. وبعد زيارة المنسق النيجيري لمجموعة الطوارئ إلى كاتسينا في بداية أبريل/نيسان 2008، لاحظ قائلاً: "يجب علي الاعتراف بأن السلطات رحبت بفكرة مشاركة منظمة أطباء بلا حدود في حملة التلقيح ضد التهاب السحايا. لكنها تعارض أي شكل من أشكال 'الغزو'، لا سيما في مجال التغذية".[29]

وفي الحقيقة، يعد التهاب السحايا، الذي يصيب الأطفال والبالغين، مرضاً يمنح مزايا سياسية كبيرة إلى الحكومات المعنية. بينما تكشف الكوليرا تلوث الماء وتدهور حال البنى التحتية الصحية، وتفضح الحصبة إخفاقات برامج التحصين الروتينية، ويسلط سوء التغذية الضوء على

29 تقرير داخلي لمنظمة أطباء بلا حدود، أبريل/نيسان 2008.

حقيقـة عجز الدولة عـن إطعام شعبها. ولكن وباء التهـاب السحايا لا يمثل "تهديـداً داهمـاً للحكومـات، لأن مـن المتعذر لومهـا في غيـاب الإجراءات الوقائية عندما يصيب الناس [..]. ولا يقتصر الأمر على إعفاء الحكومة من المسؤولية عن المرض، بل يمكنها أن تظهر بمظهر المنقذ عبر تنظيم حملات تلقيـح جماعية".[30] ومـن نافل القـول إن حكومات ولايات شمـال نيجيريا كانـت أكثر حرصاً علـى تنظيم استجابة للوباء: فمـا سيصبح تمريناً مفيداً في العلاقـات العامة سيكون على الأغلب تحـت رعاية المنظمات المتطوعة الخارجية، مثل منظمة أطباء بلا حدود.

أتـت مناسبة أخرى لإجراء مثل هذا التمرين في العلاقات العامة أثناء اجتيـاح وباء التهاب السحايا لمناطق واسعة عـام 2009، الذي شهد أيضاً تزامنـاً في عمل الفـروع الإسبانية والهولنديـة والفرنسية في تسع ولايات مختلفـة. في البدايـة ركز الفرع الفرنسـي على ولايتي جيغـاوا وكاتسينا، مـع تجنب ولاية كانـو المتشبثة بموقفها الرافض لتدخـل المنظمة، بعد أن حاولـت عبثـاً الحصول علـى إذن بـالتدخل قبل أن تقرر، بعـد أسبوعين من المفاوضات غير المثمـرة، التركيز أيضاً على ولاية بوشي: في أربعة أشهر، تمكنـت الفروع من تلقيح أكثر من 4,7 مليـون شخص، أكثر من 1,5 مليون منهـم في ولاية كاتسينـا وحدها. بـدت تغطية التحصين جيـدة: "[كانت] العلاقـات مع السلطات مرضيـة جداً وشعرت السلطـات بـالرضا على عمل منظمة أطباء بلا حدود".[31]

بـدت العملية نـاجحـة للوهلة الأولى؛ فقد أتاحت لفـرق المنظمة القيام بعمـل واسع النطاق لحل مشكلة صحية عامة ورئيسية مع موافقة السلطات الصحيـة، ثـم تهنئتها، وهـي التي كانت تقليديـاً معارضـة لتدخل منظمة أطباء بلا حدود. لكن ما هو التأثير الحقيقي الذي مارسته في الأوبئة؟

يحـدث اللقاح عديد السكاريد الذي استعملته المنظمة[32]، ذاكرة مناعية ضعيفـة ومؤقتـة مدة سنتين أو ثـلاث تقريباً. ولا يوجِد قـوة التحصين في

30 Jean-Hervé Bradol, Marc Le Pape, "Innovation?", in Jean-Hervé Bradol and Claudine Vidal (eds), *Medical innovations in humanitarian situations. The work of Médecins Sans Frontières,* Médecins Sans Frontières, 2011, pp. 3–21.

31 وثيقة داخلية لمنظمة أطباء بلا حدود، تقرير عن العمليات، مايو/أيار 2009.

32 منذ عام 2009 استبدل اللقاح تدريجياً بلقاح متقارن يفترض أن يكون أكثر فعالية.

الأطفال تحت عمر السنتين، ولا يحظى إلا بقوة محدودة في الأطفال تحت سن الرابعة، كما لا يوقف انتقال المرض.[33] منذ وقت مبكر يعود إلى عام 1996، وفي نهاية حملة التلقيح الجماعية والواسعة التي أدارتها منظمة أطباء بلا حدود في شمال نيجيريا، استنتجت البحوث المؤسسة على بيانات المشاهدة والملاحظة المجمعة في أثناء الحملة أن التأثير كان "هامشياً"، حيث لم تمنع سوى 3,3 في المئة من الحالات في ولاية كاتسينا نظراً لأنها أجريت بعد عدة أسابيع من تخطي العتبات الوبائية.[34] ولذلك، دعمت الاستنتاجاتُ الطبية المستمدة من العملية زيادةَ التركيز على معالجة المرضى وتنظيم حملات تحصين محلية ومبكرة، بدلاً من حملات التلقيح الجماعية أثناء اجتياح الوباء، لا سيما وأن هذه الإستراتيجية الأخيرة تتطلب موارد بشرية ومادية هائلة ستكون أكثر فائدة لتعزيز إدارة حالات المرضى.

بعد ثلاثة عشر عاماً، وعشية تفشي وباء التهاب السحايا عام 2009، أصبحت المنظمة أفضل تسليحاً واستعداداً للاستجابة بطريقة فعالة ومؤثرة. لم تعد تتخبط في منطقة مجهولة، وزادت مجموعة الطوارئ المؤلفة من الأطباء النيجيريين طاقتها على الاستجابة. لكن العملية لم تحقق نجاحاً كاملاً. وكشف مسح أجرته منظمة أطباء بلا حدود أن جهود مئات الموظفين في تلقيح 1,5 مليون شخص في كاتسينا منعت حدوث نسبة 4,4 في المئة من الحالات.[35] فضلاً عن ذلك، كان من الصعب التثبت من التأثير الحقيقي للحملة في انحسار الوباء عام 2009، مثلما حدث عام 1996، لأن بدء موسم الأمطار في مايو/أيار أوقف انتقال البكتيريا.

33 F. Marc LaForce, Neil Ravenscroft, Mamoudou Djingarey, Simonetta Viviani, "Epidemic meningitis due to Group A Neisseria meningitis in the African meningitis belt: A persistent problem with an imminent solution", *Vaccine, the Official Journal of the International Society for Vaccines*, B13-B19, Vol. 27, Supplement 2 Jun. 24 2009.

34 Hans Veeken, Koert Ritmeijer and Benson Hausman, "Priority during a meningitis epidemic: vaccination or treatment", WHO bulletin, 1998.

35 Matthew Ferrari et al, 2009, "Katsina State meningitis outbreak: impact of the mass vaccination campaign", report Epicentre, Mar. 2010. "Time is (still) of the essence: quantifying the impact of vaccination response in Katsina State, Nigeria 2009", internal Epicentre report 2011.
للسماح بالمقارنة، قدمنا النسبة المئوية لحالات منع الإصابة في عامي 1996 و 2009 اعتماداً على طريقة الحساب نفسها التي وصفت في:
Robert W. Pinner & al, in "Epidemic Meningococcal Disease in Nairobi, Kenya, 1989", *The Journal of Infectious Diseases* 1992, pp. 359–364.)

لذلـك كلـه، لم يكن لسرعة التدخـل الأولي لمنظمة أطبـاء بلا حدود في كاتسينـا، وإن كان مشهوداً، سوى تأثير هـامشـي في فعالية حملة التلقيح. فلكـي تكون فعالة، يجب العثور على حل للمعضلة الآتية: "التمتع بما يكفي مـن الحساسيـة للاستجابة بأسرع وقت ممكـن، والقدرة علـى التحديد بما يكفـي لعدم البدء بأي حملات غـير ضرورية".[36] بكلمات أخرى، يجب تنفيذ حملـة التلقيح بعـد وقت قصير جداً من تخطي العتبات الوبائية. لكن تنظيم حملة تلقيح ضد التهاب السحايا تلبي مثل هذه المعايير مهمة مستحيلة في نيجيريا. إذ تحتم مواطن الضعف البنيوية في أنظمة الرصد، والوقت المطلوب لتنظيـم مثل هذه العمليـة، التأخر في التدخل، مهما بلغـت سرعة استجابة الفرق. ووفقاً لمنسق منظمة الصحة العالمية لشؤون الاستعداد والاستجابة الوبـائيـة، كانت العملية في الجوهـر استجابة لمطالب السلطـات والسكان، نظراً لأن الزعم بوجود ظروف مناسبة لتنظيم حملة تلقيح فعالة ضد التهاب السحايـا في نيجيريـا مجرد قصة مـن قصص "الخيال العلمـي".[37] إضافة إلى ذلـك، شددت السلطـات الصحية على الحاجة إلى جعـل الاستجابة تبدو عادلة تحقق المساواة، بمعنى تلقيح أكبر عدد ممكن من الأشخاص في أكبر عدد ممكن من المناطق لطمأنة السكان. ومن أجل تلبية هذا المطلب، وافقت فـرق المنظمة في كاتسينا عام 2009 على تلقيح السكان في مناطق معينة، بغض النظر عن الاعتبارات الوبائية.

أثنـاء النـدوة الطبية التي عقدتهـا منظمة أطباء بلا حـدود عام 1996 حـول الأمراض المعدية، لاحـظ الدكتور مايكل راي، أحد الخبراء المختصين بالتهـاب السحايـا الذي ساعد في تقـديم النصح والمشـورة في المعالجات التي تستخدمها المنظمة حالياً، لاحظ قائلاً: "إلى الآن، نفذت جميع حملات التلقيح الجماعية الهادفة إلى السيطرة على وباء التهاب السحايا بعد الذروة الوبـائيـة. وربما يكون هـذا النمط من العمل مفيداً مـن وجهة نظر سياسية، لكنه محل شك ومساءلة من منظور الصحة العامة".[38]

---

36 Eugénie d'Alessandro, "Meningitis: From Practitioner to Prescriber", in Bradol & Vidal (eds), *Medical innovations*..., 2011.

37 مقابلة، نوفمبر/تشرين الثاني، 2010.

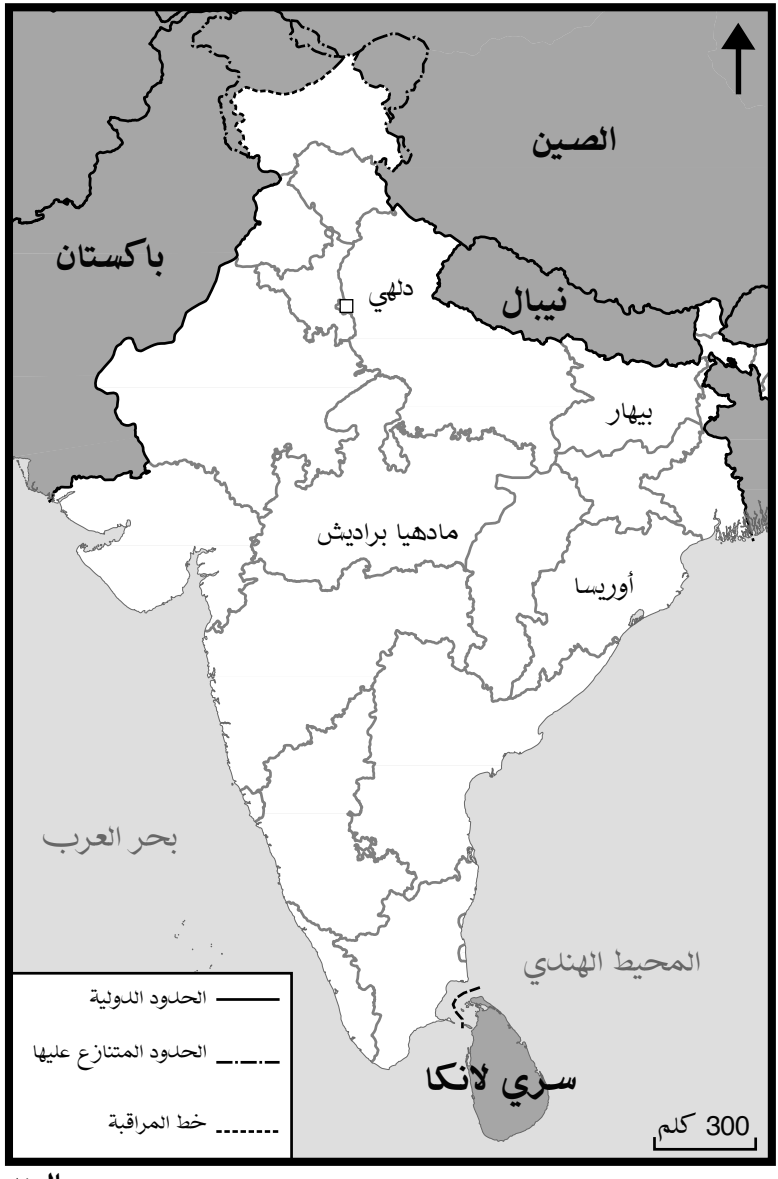
38 Dr Michel Rey, Ligue française pour la prévention des maladies infectieuses— proceedings from MSF medical symposium, 1996.

إذاً، ما هي "المكاسب السياسية" من حملة التلقيح عام 2009 باستثناء فوائد العلاقات العامة؟ تشبثت السلطات الصحية في ولاية كانو، التي أملت المنظمة بأن تلين وتذعن بعد أن تشهد ما يُنجز في الولايات المجاورة، برفضها للحجة والدليل. لكن سلطات ولاية كاتسينا كانت منفتحة، وفي عام 2010، دعت بين الحين والآخر فرق المنظمة إلى دعم المرافق الصحية أثناء اجتياح وبائي الحصبة والكوليرا. لكن طموحات منظمة أطباء بلا حدود ظلت محصورة بتلبية مطالب السلطات الصحية. وتمثلت نظريتنا في أن النكسات والعقبات التي واجهت المنظمة في الولايات الأكثر معارضة للتدخل في شمال نيجيريا، أثرت بصورة خفية لا تدرك في أهدافها في نهاية المطاف: ففي خضم رغبتها بإقناع السلطات الصحية والسياسية، هيمنت الحاجة إلى الفعل الإجرائي وسادت على الأسباب الموجبة له.

تكشف محاولات الاستجابة للأوبئة والتصدي لها في شمال نيجيريا، التي كانت أيضاً محاولات لوضع المسؤولين في السلطة تحت السيطرة، حدود التعاون بين المنظمة الطبية الإنسانية، والسلطات السياسية. ففي مواجهة قضايا الصحة العامة، لا تكفي المثاقفة (المتبادلة) لجعل الاختلافات التي تباعد الشُقَّة بين هذه السلطات ومنظمة أطباء بلا حدود تختفي وتتلاشى، مثلما أظهرت تجربة المنظمة في كانو. ولا يمكن أن تتأثر أولوياتها بحجة "إنقاذ الأرواح"، مثلما رأينا في محاولة المنظمة الفاشلة في كاتسينا. في نهاية المطاف، تظهر قصة وباء التهاب السحايا عام 2009 أن تحقيق الإجماع والتلاقي على الأولويات الصحية بين السلطات السياسية ومنظمة أطباء بلا حدود يمكن أن يتم على حساب مواءمة تدخلاتها وصلتها بموضوعها، ويخاطر بتضييق آفاق عملياتها لتناسب أفاق الجهات المضيفة.

لا يتمثل البديل المتاح لهذا التخفيض في سقف طموحات منظمة أطباء بلا حدود في تطوير علاقات حسنة مع السلطات، بل في توفير الظروف المناسبة لتحقيق توازن في القوة معها. لكن كيف؟ ربما عبر اتخاذ مواقف أقل قابلية للتوقع، وأقل انكشافاً وضعفاً في المفاوضات مع السلطات السياسية–الإدارية في شمال نيجيريا: كبح النزوع الجارف للعمل حين توجب الأسباب الامتناع عنه، والمخاطرة بالتعرض لسخط السلطات

وغضبها عبر التجرؤ على فضح القضايا المهملة (على رؤوس الأشهاد عند الضـرورة) التي تملك مشروعيـة نشر خبرتها ودرايتهـا للتصدي لها، مثل معالجة سوء التغذية الحاد والحصبة والوقاية منهما.


الصين
باكستان
نيبال
دلهي
بيهار
مادهيا براديش
أوريسا
بحر العرب
المحيط الهندي
سري لانكا
الحدود الدولية
الحدود المتنازع عليها
خط المراقبة
300 كلم

الهند

الهند

الخبير والناشط

بقلم ستيفان دويون

في عام 2005 وخلال عملها في منطقة مرادي في النيجر، أثبتت منظمة أطبـاء بلا حدود الفعالية الواسعة النطاق لإستراتيجيات جديدة مبنية على استخـدام الأغذيـة العلاجية الجاهـزة[1] في علاج الأطفـال المصابين بسوء التغذيـة الحـاد الوخيم[2]، وذلـك دون إدخالهـم إلى المستشفـى. وقد تمكنت فـرق المنظمة خلال بضعة أشهـر فقط من معالجة 60,000 طفل يعانون من سـوء التغذيـة، تعافى نحو 80 في المئـة منهم عند انتهاء العـلاج. كان من المستحيـل تحقيق هـذه النتائج عبر استعمال بروتوكـولات العلاج السابقة التـي كانت تقتضي إدخال المريض إلى المستشفـى. وابتداءً من عام 2007، سعـت منظمة أطباء بلا حدود و"حملة توفير الأدوية الأساسية" التابعة لها (Access Campaign)[3] إلى تعزيـز توفـير الأغذيـة العلاجيـة الجاهـزة عن

1 "الأغذية العلاجية الجاهزة" هي التسمية العامة التي تُطلق على معجون الحليب المعزز بالأملاح المعدنية والفيتامينات والمتوفر في أكياس، والذي يسمح بإعادة التأهيل الغذائي للطفل المصاب بسوء التغذية. يتكون منتج "بلامبي نت" (Plumpy'nut) الذي تصنعه الشركة الفرنسية "نوتريست" Nutriset، من خليط من الحليب والفول السوداني والفيتامينات والأملاح المعدنية.

2 ينجم سوء التغذية الحاد عن ذوبان الاحتياطيات الدهنية والعضلية في الجسم جراء انخفاض التزويد بالطاقة والمغذيات الدقيقة. وتتمثل خصائصه بالهزال والنقص الحاد في الوزن (الذي لا يتوافق مع المعايير البشرية الطبيعية)، وثمة سوء تغذية أقل شيوعاً، هو مرض كواشيوركور الذي يتميز بظهور وذمات.

3 أنشأت منظمة أطباء بلا حدود "حملة توفير الأدوية الأساسية" (Access Campaign) في عام 1999 بهدف تحسين توفير الأدوات العلاجية والأدوية المناسبة لمكافحة الأمراض التي تواجهها الفرق الطبية للمنظمة في الميدان.

طريـق تشجيع مبادرات إنتاج معجون الحليب محلياً، كما حصل في النيجر علـى سبيـل المثال، وتحفيـز الجهـود المبذولـة في البحـوث والتطوير. هذا وساهمـت إمكانية معالجة أعداد كبيرة مـن الأطفال من خلال هذه الأغذية في حـثّ المنظمـة على توسيع نطاق أنشطتهـا إلى مناطق تعاني من حالات متوطنـة من سوء التغذية وعلـى السعي من أجل إصلاح السياسات الغذائية على المستويين الوطني والدولي.

الهنـد التي تضم وحدها نحو 40 في المئة من الأطفال المصابين بسوء التغذيـة الحـاد الوخيـم في العـالم[4]، تتيح لمنظمـة أطباء بلا حـدود فرصة لتحقيـق طموحاتهـا السياسيـة والميدانية، خاصـة وأن التحـدث عن سوء التغذيـة لا يعـد من المحرمـات في شبه القـارة الآسيوية. ففـي عام 2007، وخـلال الاحتفـال بالذكـرى الستين لاستقـلال البلاد، أعلن رئيس الوزراء الهنـدي، مانموهـان سينـغ: "إن مشكلة سوء التغذية عـار وطني. إنني أدعو جميـع القوى الوطنية للعمل دون كلل للقضاء على سوء التغذية خلال فترة خمس سنوات".[5]

يشـكل استمرار مشكلة سـوء التغذية في الهند، لا بـل تفاقمها، إحراجاً مزدوجـاً بالنسبـة إلى الحكومـة. فمـن جهة يدل الأمـر على فشـل البرامج الوطنية، مثل "برنـامج التنمية المتكاملة للطفل" التي دخلت موضع التنفيذ في عام 1975 والتي كان يفترض بموجبها تزويد الأطفال دون سن السادسة بوجبات يتم تحضيرهـا في مراكز صحية متواجدة في المجتمعات المحلية (تعـرف بالأنغنـوادي). ومن جهة أخرى يكشف أن النمـو الذي حققته الهند فشل في خفض حالات سوء التغذية، وهو ما يؤكد عليه المراقبون المحليون والدوليـون. في هذا الإطار، أكـدت جمعية أطباء الأطفـال الهندية أنه "رغم التحسينـات التـي طالت قطاعي الاقتصـاد والصحة، والجهـود الرامية إلى القضـاء على الأمّية وتطوير المؤشرات الصحيـة والغذائية الأخرى، لا تزال معـدلات سوء التغذية الحاد [كما حددتهـا معايير منظمة الصحة العالمية] بمستـوى غير مقبول، لا سيما لدى الأطفـال دون الثالثة من عمرهم".[6] وقد

4 "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences", *The Lancet*, volume 371, issue 9608, pp. 243–260, 19 Jan. 2008.

5 "'Shame' of India in its 60th year", *Daily Mail*, Aug. 2007.

6 *Indian Paediatrics*, Vol. 43, 17 Feb. 2006.

أظهـرت آخـر دراســة وطنية أجريـت في عـامــي 2005 و 2006[7]، كما أشارت صحفيــة هنديــة متخصصــة في قضايــا التنميــة[8]، "أن ســوء التغذيــة لدى الأطفــال يتفاقم رغم الثورة الاقتصادية [التــي تشهدها الهند]". فقد ارتفع مثــلاً معـدل سوء التغذيــة المزمن لـدى الأطفال دون سـن الثالثة في ولاية هـاريـانـا، وهـي إحدى أغنى الولايات في الهند، من 34.4 في المئة خلال فترة 1998–1999 إلى 41,9 في المئــة خلال فـترة 2005–2006، كما ارتفع معدل ســوء التغذيــة الحاد من 5,3 في المئة إلى 16,7 في المئة خلال الفترة نفسها. وقـد تنـاولت الصحافة الدولية هذا الأمر، فكتـب أحد الصحفيين من جريدة التايمـز عـام 2006 في مقـال يحمل العنــوان الاستفزازي "يعـاني الأطفـال في الهنـد من ســوء التغذية أكثر من أقرانهم في إثيوبيــا"، مـا يلي: "تظهر نتـائج [الدراســة الوطنيــة لعــام 2006] بشكل واضــح كيف أن النمــو الاقتصادي الأخـير في الـهند قد ساهم في إثراء النخبة والطبقات المتوسطة بينما أهمل نحو نصف السكان الذي يبلغ عددهم الإجمالي 1,1 مليار نسمة".[9]

مــن بين "القوى الوطنيــة" التي دعـاها رئيس الــوزراء لمواجهة مشكلة سوء التغذية، تحتل حملة "الحق في الغذاء" (Right to Food)[10] موقعاً متميّزاً في الهنـد. نشــأت هــذه الحركة غير الرسميــة، والتي تضــم نـاشطين وخبراء ومنظمــات مناصرة لحقوق الإنسان، في عام 2001 على أثر عريضة أُرسلت إلى المحكمــة العليــا في الهند تطالب الحكومة باستخـدام مخزونها الغذائي لمواجهة المجاعة التي تهدد السكان. ومنذ ذلك الحين، بدأت المحكمة العليا وبنـاءً على إنذارات تصلها من المجتمع المدني، بإصدار "أوامر مؤقتة" تتمتع بصفــة قـانونيــة وتفرض على الحكومة حماية حـق المواطنين في الحصول علــى الغـذاء لا سيما عــن طريق ضمــان استفادتهـم من البرامــج الوطنية، كالمقاصـف في المدارس وعمليــات توزيــع الغـذاء وبرامج العمـل مقابل الغذاء، الخ.

---

7 National Family Health Survey (NFHS)—3, 2005 to 2006.

8 Patralekha Chatterjee. “Child malnutrition rises in India despite economic boom”, *The Lancet*, 369, no. 9571, pp. 1417–18.

9 Jeremy Page, “Indian children suffer more malnutrition than in Ethiopia”, *The Times*, 22 Feb. 2007.

10 لمزيد من المعلومات حول حملة الحق في الغذاء يمكن زيارة الموقع:
www.righttofoodindia.org

من منظور حملة الحق في الغذاء، يجب معالجة مسألة سوء التغذية من سائـر جوانبها: الأزمة الزراعية التي تتفاقم، والسياسات العامة التي تهمل الأطفـال، والتمييز الجنسي، وتفككك نظـام التوزيع العام، ونظام الطبقات، بـل أيضاً التأثير المتنامي للمصالح التجارية في صناعة المنتجات المعدة للأطفال الرضّع، واستخدام البذور المعدلة وراثياً وإجراء التجارب في مجال التكنولوجيا الحيوية. يقوم أعضاء الحملة بتنظيم التظاهرات ونشر البحوث العلمية كما يحررون مقترحات قوانين تهدف إلى تعديل التشريعات القائمة أو إعـادة النظـر في محتوى البرامـج الاجتماعية والغذائيـة الوطنية. وكان لهذه الإقتراحـات وزنها وتأثيرها في تطور السياسـات والقوانين الهندية، حيث شغل أعضاء هذه الحملة مناصب رسمية عالية. فمثلاً إن أحد مؤسسي حملـة الحق في الغذاء، بيراج باتنايك، يشغل منصب المستشار الخاص لدى المحكمة العليا لشؤون الحق في الغذاء.

تعتمد الحملة نطاقـاً واسعاً من إستراتيجيات الضغط، لا سيما النشاط القانـوني والتعبئـة الشعبيـة والتنديد. غير أنهـا تعتمد كذلك علـى التشاور والتعـاون مـع الدولة، وترى أن الدولة لها دوراً محدداً يجب أن تلعبه كونها المسؤولـة الأساسيـة عـن ضمان الأمـن الغذائي للشعب مـن خلال تحسين الخدمـات التي تقدمهـا. فلا الدولة الهندية ولا حملة الحـق في الغذاء كانتا علـى استعـداد إذاً لوضع مشكلـة سوء التغذيـة بـأيدي المنظمـات الأجنبية المُتهمة بـالدفـاع عن مصالحها على حساب المصلحة العامة في الهند. وفي عـام 2003، رفضـت الهند مساعدات غذائيـة تبرعت بها منظمـات إنسانية أمريكيـة معتـبرةً أن أنواع الطحين المقوى الذي يتم توزيعه قد تحتوي على مـواد معدلة وراثياً، مما يجعلها غير صالحـة للاستهلاك.[11] ورأت منظمات المجتمـع المـدني الهنديـة في ذلك دليلاً علـى أن هذه المساعـدات الأجنبية "كانـت مقدمـة لإغراق السـوق المحلية بـالأغذيـة المعدلة وراثيـاً، والتي لم تتمكن الشركات الأمريكية المتعددة الجنسيات مـن تصريفها في الأسواق الأوروبية".[12]

11 "India bars entry of NGOs' modified Corn-Soya Blend", *Indian Express*, Express news service, 6 Mar. 2003.

12 K.S. Jayaraman, "U.S. food aid to India still under GM cloud", *Crop-Choice news*, in *Nature Biotechnology*, Vol. 21, no. 4, Apr. 2003.

مفاهيم مختلفة لسوء التغذية

يشكل سوء التغذية العدو المشترك لمنظمة أطباء بلا حدود وحملة الحق في الغذاء. غير أن كل واحدة من المنظمتين ترى فيه مفاهيم مختلفة وتقترح له بالتالي حلول مختلفة. برز ذلك الاختلاف في النظر بوضوح في أول اللقاءات التي عقدت بينهما في عام 2008. فبالنسبة إلى منظمة أطباء بلا حدود، التصدي لمشكلة تتعلق بالصحة العامة كهذه، يعني قبل كل شيء السعي لمعالجة الحالة الطبية الطارئة التي يمثلها سوء التغذية الحاد، أي تلك الحالة المرضية التي يبدأ الجسم خلالها باستهلاك أنسجته الذاتية بغية إيجاد الطاقة والمغذيات الضرورية لبقائه على قيد الحياة. لكن لا يتم اعتماد هذا المفهوم في الهند، حيث يعد سوء التغذية مشكلة تتسبب في تأخر نمو الطفل، وتدل على أن احتياجاته الغذائية لم تتم تلبيتها. بمعنى آخر، ترى منظمة أطباء بلا حدود في سوء التغذية خطراً قد يسبب الوفاة، ويتعين بالتالي العمل على تقليصه عن طريق العلاج الملائم. بينما ترى حملة الحق في الغذاء أن سوء التغذية هو قبل كل شيء إنعكاساً لظلم إجتماعي يعطي الذين يعانون منه الحق في طلب المساعدة من الدولة. ويؤدي هذا الاختلاف في المفهوم إلى تباين في طريقة إيجاد الحلول التي يجب إعطاؤها الأولوية في التصدي لمشكلة سوء التغذية.

أثار تطوير نظام إعادة التأهيل الغذائي للمرضى دون إدخالهم إلى المستشفى جدلاً داخل منظمة أطباء بلا حدود منذ تجربته في النيجر ابتداءً من عام 2002، إذ أن الأمر تطلب إجراء تعديلات على ممارسات ومفاهيم المنظمة[13]: إن وضع الجزء الأكبر من مسؤولية إدارة العلاج الغذائي بيد الأمهات يقتضي التخلي عن المتابعة الطبية الحثيثة للطفل، التي كانت تجري سابقاً في المستشفى في إطار البرتوكولات القديمة. المفارقة أن اعتبار سوء التغذية من قبل منظمة أطباء بلا حدود أنه مشكلة طبية تجدر معالجتها، استلزم في المقابل درجة معينة من الابتعاد عن المسار الطبي، وأصبحت هذه الدرجة مقبولة نظراً للفعالية العلاجية التي تتمتع بها

13 Isabelle Defourny, “Operational innovation in practice: MSF’s programme against malnutrition in Maradi (2001–2007)”, in *A Not-So Natural Disaster: Niger 05*, Xavier Crombé & Jean-Hervé Jézéquel (eds), London: Hurst and Company, 2009.

الأغذية العلاجية الجاهـزة. فسمحت العلاجات المتوفرة على شكل معجون جاهـز بالاستغناء عن الجرعات العلاجية القائمة على الحليب والماء والتي كانـت تتطلب مستـوى عال من التأني في تحضيرهـا ضمن شروط صارمة للنظافـة، كمـا قللت مـن ضـرورة تواجـد معالج يتابـع الطفل طـوال مدة علاجه. وإن أظهر هذا الطفل شهيةً للطعام، مهما كانت حدة وضعه الغذائي، بالإمـكان تزويـده بمـا يلزمه مـن مغلفات معجـون الحليب ليعـود بها إلى منزله. والجدير بالذكر هنا أن المقادير التي يجب على الطفل تناولها يومياً بسيطة ويكفي تتبع حالته بشكل أسبوعي للتحقق من تطور منحنى وزنه.

لكـن في حـين تـرى منظمـة أطبـاء بـلا حـدود في الأغذيـة العلاجية الجاهـزة تسهيـلاً لتوزيع العلاج الغذائي وإدارتـه واستعماله، وهو شرط لا غنـى عنه لتكليف أهـل الطفل بالعناية به، فإن حملـة الحق في الغذاء ترى في هذه الأغذية العلاجية خطراً يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الفقر وإلى التفكك الاجتماعـي. يرى هؤلاء الناشطون أن الحـل لمشكلة سوء التغذية يتمثل في الواقع في مضاعفة نقاط الإلتقاء بين الفئات المهمشة، أي النساء والطبقات الدنيا، وباقي المجتمـع. وعملية تحضير وجبات الأطفال بحد ذاتها، والتي توظف أكثر من أربعة ملايين امرأة في الهند[14]، تمنح هذه الفرصة الملائمة للتفاعل الاجتماعي.

الغـذاء العلاجـي "بلامبي نـت" (Plumpy'nut) الـذي تستخدمه منظمة أطبـاء بلا حدود في معظم بعثاتها، هو منتج تجـاري مصنوع خارج الهند حاصـل على شهـادات براءة في بعض البلدان.[15] وينظـر إليه بعض أعضاء حملـة الحـق في الغـذاء على أنـه حصان طـروادة الذي تستخدمـه شركات الأغذيـة الزراعيـة الأجنبيـة، التي تناضـل الحركة ضدها.[16] فقـام أعضاء الحركـة من هـذا المنطلـق بالتظاهر خلال اجتمـاع كان يعقـده "التحالف العالمـي لتحسـين التغذية" (GAIN) في الهنـد في أبريل/نيسان 2008، وهو تحالـف دولي متعـاون مـع عـدة شركات خاصة، هدفـه المعلـن الحد من

14 Leena Menghaney, "Winners and losers in India, a major crisis in a booming economy", MSF website, Mar. 2008.

15 إن منتج "بلامبي نت" محمي ببراءتي اختراع تملكهما شركة "نوتريست" (Nutriset) لغاية 2017 و 2021. وقد تم إيداع البراءتين (أو إحداهما) في الغرف التجارية في تسعة وثلاثين بلداً، ليست الهند من بينها.

16 "Not Biscuits, Cooked Food in Mid-Day Meal Scheme: Minister", *Thaindian News*, 17 Mar. 2008.

إنتشـار حالات سوء التغذية من خلال ضمان تواجد المنتجات الملائمة في الأسـواق. خلال الاجتماع، طالب الناشطـون التحالف بأن "يعفي الهند من إستراتيجيتـه الرامية إلى تطوير أسواق واعدة للشركات المتعددة الجنسيات والصناعـات الغذائية الزراعية [مثل] يونيلفر (Unilever) وكارغل (Cargill) ودانـون (Danone) وفوكهارت (Wockhardt)". كمـا قاموا بتهنئة الحكومة على عدم "الاستسلام لجماعات الضغط من مصنعي الكعك وعلى مقاومتها لمحـاولات هؤلاء الهادفة إلى استبدال الوجبات الساخنة المطهية والموزعة محلياً [في برامجها الغذائية]".[17]

تمثل "شبكة تشجيع الرضاعة الطبيعية في الهند" (BNPI) الاتجاه الأكثر تطرفـاً داخل حملـة الحق في الغذاء، ونشـأت إثر معارضـة الإستراتيجيات التجاريـة الراميـة إلى ترويج الحليـب الاصطناعي والتـي اعتمدتها شركة نستلـه (Nestlé) في أفريقيـا في سبعينيـات القـرن الماضي. فقـام المنسق العـام لهذه الشبكة، وهي أكبر شبكـة في العالم تهدف إلى تشجيع الرضاعة الطبيعيـة، باتهام منظمة أطباء بلا حدود بالسعـي إلى "إضفاء المشروعية على المنتجات التجارية المستعملة في تغذية الأطفال الصغار [...] عن طريق طـرح حل مبسط لمشكلة سـوء التغذية لدى الأطفـال".[18] وازداد شكه بنوايا المنظمـة نتيجـة قيامها بالكشف، عـبر وثائقها الإعلاميـة ومشاركتها في المنتديات العلميـة الدولية، عن عزمها استعمال مشتقات الأغذية العلاجية الجاهـزة في الوقاية من سوء التغذية. فجـاء في تصريح له: "تجربة واحدة نـاجحة في إحدى حالات طوارئ [في النيجر] تحولت بسرعة إلى منهج عمل معمـم للوقاية من سوء التغذية الحاد وعلاجـه. [...] ابتداءً من اللحظة التي نعتمـد فيهـا الأغذية الجاهـزة كإستراتيجية وقائية، وهو مـا تروّج له تلك الوكالات الدولية، ستتحول مسألة تغذية الأطفال إلى سوق تجارية".[19]

في الإطـار نفسه، تم طرح ثـلاث مقاربات أخرى من قبل ثلاث جهات، تتشـارك جميعهـا رؤيـة واحدة تتمثـل بإيجاد عـلاج لسـوء التغذية الحاد

17 "Media Brief. People call Upon GAIN to Leave India and Government of India to Regulate PPPs", *CNN report*, 16 Apr. 2008.

18 Arun Gupta, "Commercialising young child feeding in the globalised world: Time to call for an end!!", 2009, www.rtfn-watch.org.

19 Gupta, "Commercialising young child...", 2009.

الوخيـم في الهنـد: العمـل المباشر والمتحفظ الـذي قـام بـه الفـرع الإسباني لمنظمـة أطباء بـلا حـدود؛ والتحالف السياسـي مع حملة الحـق في الغذاء الـذي اتبعته حملة توفير الأدوية الأساسية؛ وإستراتيجية 'الأمر الواقع' التي اتهجتها اليونيسيف ابتداءً من عام 2008.

التحرك السريع ومباشرة العلاج

في أغسطس/آب 2007، غمـرت الفيضانات ولاية بيهـار. فعمد الفرع الإسبـاني لمنظمـة أطباء بـلا حدود إلى تقـديم استشارات طبيـة متنقلة في مقاطعـة داربـانغـا لمدة شهرين. خـلال هذه الأنشطة، كشفـت فرق المنظمة عـن وجود عدد مـن الأطفـال المصابين بسـوء التغذية، فعالجـت نحو ألف منهـم مـن خلال منتج "بلامبـي نت". بعـد انحسار الميـاه، أوقفت المنظمة أنشطـة برنامجهـا لكنهـا قررت إجـراء مسح بشـأن التغذية، أكـد ما كانت الفرق الميدانية تتوقعه. فتبين أن 20 في المئة من الأطفال يعانون من سوء التغذيـة الحـاد و 5 في المئـة منهم يعانـون من حالات سـوء التغذية الحاد الوخيم.[20] ويعتبر هذا المستوى من سوء التغذية حالة طوارئ تبعاً للمعايير الدولية. هذا وأظهر تحقيق آخر بشأن الأمن الغذائي أجرته منظمة أطباء بلا حـدود أن سوء التغذية "ليس ظرفياً وليس مرتبطاً بالفيضانات التي حدثت في عام 2007، بل هو مشكلة متوطنة وطويلة الأمد".[21]

فقررت المنظمة افتتاح برنامج في مقاطعة داربانغا. وعزت اختيارها للموقـع الجغرافي هذا إلى خطورة الوضع الغذائي والصحي الذي يعاني منه السـكان هنـاك والذي لم يلق أي استجابة محليـة. وحيث أن الفرع الإسباني وجد نفسه بمواجهة مباشرة مع هذه الأوضاع، قرر اتخاذ الخطوات اللازمة في معالجـة سوء التغذيـة، فبدأ المفاوضات علـى المستوى المحلي في عام 2008. يقـول مسـؤول البرامج في الفـرع أن "هذا المشروع لا يندرج ضمن أجنـدة سياسيـة تم وضعها من قبـل المقر الرئيسي. إنه قبـل كل شيء وليد الميدان. [...] على كل حال، لا نزال نجهل ما سيؤول إليه هذا المشروع، لكن

20 Retrospective mortality, nutrition and measles vaccination coverage survey, Dharbanga district, Bihar state, India. June 2008, MSF-Spain, Epicentre.

21 Livelihoods and risk of malnutrition in Dharbanga, Bihar. MSF report, Apr. 2008.

يتعـين علينـا تقبل هذا الجانب من التعثر وعدم اليقين. ما هو أساسي اليوم هو التمكن من إنقاذ حياة هؤلاء الأطفال".[22]

داربانغـا منطقـة نائيـة والبنـى التحتيـة الاجتماعية والطبيـة فيها ضعيفـة، كمـا أنهـا تتعرض بانتظـام للريـاح الموسميـة التـي تتسبـب بفيضانـات في الجـزء الأكبر مـن مساحتها، ممـا يؤدي إلى نـزوح السكان ويجعـل الوصـول إليهـا شائكاً. لكن في حـين تشكل هذه الظـروف المزرية مبرراً لضرورة التدخل، هـي تشكل في الوقت عينه عقبات أمـام تحقيق هدف منظمـة أطباء بلا حدود المتمثل ببرهنة نتائـج برنامجها، وهو أمر يتطلب متابعة دائمة للمرضى، حتى في بيوتهم، من أجل التمكن من توفير "الأدلة العلمية" الكفيلة بإقناع المجتمع الهندي بجدوى هذا البرنامج.

لم يكن الهدف الأساسي للفرع الإسباني لمنظمة أطباء بلا حدود إثبات فعالية إستراتيجيته ولا تغيير طريقة الرعاية الغذائية للأطفال على مستوى البـلاد، لكنـه كان يهـدف إلى معالجـة المشكلـة عبر تحرك فـوري ومحلي. ومـا دفعـه إلى وضع أهـداف متواضعة هـي رغبته في عدم تكـرار تجربته السابقة في عـلاج داء الليشمانيات الحشوي (الكالازار)، وهو حالة مرضية أخـرى متوطنـة في الهند، وتضم ولاية بيهار ما بـين 80 و 90 في المئة من المرضـى المصابين بها من بـين الذين تم إحصاؤهـم في البلاد. ففي إطار سعيهـا إلى تطويـر البروتوكول العلاجـي الوطني، كانت منظمـة أطباء بلا حـدود قد عملت بـالتعـاون الوثيق مع وزارة الصحة وأحـد المعاهد الهندية للبحـوث، ومـن خـلال مفاوضات طويلـة ومضنية مـع السلطـات المحلية والوطنيـة، وذلـك لتبلغ المرحلة الأولى من مساعيهـا ألا وهـي أن يُسمح لها بـاستخـدام العلاج الذي تختاره في إطـار برامجها. وقد اعتبرت المنظمة أن المدة التي استغرقتها المفاوضات كانت طويلة جداً، وعبرت عن ذلك علانية بتصريـح جـاء فيه: "بعد إجـراءات إدارية طويلة دامت أكـثر من سنة، شرع الفرع الإسباني في استقبـال المرضى المصابين بداء الليشمانيات الحشوي

22 Jean-Hervé Bradol, Jean-Hervé Jézéquel, “Child undernutrition: advantages and limits of a humanitarian medical approach”, part of the *Cahiers du CRASH* collection, p. 18.

وعلاجهـم".[23] لذا قرر الفرع الإسبـاني في تجربته التالية هذه علاج حالات سـوء التغذية بشكل مباشر وسريع، وبالتالي تجنب قـدر المستطاع القيود الإجرائيـة التي واجهها عندما سعى إلى تغيير الممارسات الوطنية المتعلقة بعـلاج داء الليشمانيـات الحشوي. هذا وسعى في مرحلـة أولى إلى الحد من إبراز أنشطته في العلن، على أمل أن تظهر نتائج البرنامج في مرحلة لاحقة، ممـا سيسمح لـه بالدفاع عن وجهات نظره في تعديـل الممارسات المتعلقة بعلاج سوء التغذية في الهند.

مـن ناحية أخرى، كانـت حملة توفـير الأدوية الأساسيـة التي دعمت الفـرع الفرنسـي في سعيه إلى إطـلاق مشروع للتغذيـة في الهند في 2007، مصمّمـة منـذ البدايـة علـى لعـب دور في تطويـر الممارسـات والسياسات الوطنيـة: "تتمثل الفكرة في إطلاق برنامـج ريادي يبرهن إمكانية وفعالية توفـير العلاج الملائـم لسوء التغذية الحاد الوخيـم و[...] المساهمة في نشر هذا العلاج في جميع أنحاء البلاد، فضلاً عن حث المجتمع المدني والمثقفين والقـوى السياسيـة علـى اعتماده".[24] فقـرر الفرع الفرنسي طلـب الدعم من المكتـب الهندي لحملة توفـير الأدوية الأساسية والـذي تم تأسيسه في عام 2005 بهـدف الضغط باتجاه إيجاد الإطـار القانوني والقضائي الذي يشجع الإنتـاج المحلـي للأدويـة الجنيسة بتكلفة أقـل، وذلك من خـلال العمل يداً بيـد مع منظمـات المجتمع المـدني الهندية. وقـد توقع أحـد أعضاء المكتب البارزيـن، وهـو من المقربـين من حملة الحـق في الغذاء، فشـل أي مشروع يتـم استـيراده من الخـارج ونصح الفـرع الفرنسي ببناء شراكـة وثيقة مع أعضـاء المجتمـع المدني والحكومـة لإيجاد حل لمشكلة سـوء التغذية يكون "على الطريقة الهندية". ومع ذلك، انضم هذا العضو إلى فريق التقييم التـابع لمنظمـة أطباء بلا حدود والمؤلف من شخصين هما من الداعين للإستخدام الواسع النطاق للأغذية العلاجية الجاهزة، وزاروا سويةً مقاطعة أوريسا في يوليو/تموز 2008. سمح فيما بعد هذا التقييم الرامي إلى استكشاف إمكانية إطـلاق مشروع ريـادي، بتحقيق تطابـق في وجهات النظر حيـال الأطفال

23 "India: MSF comienza a tratar pacientes de kala azar", الهند: منظمة أطباء بلا حدود تبدأ بعلاج المرضى من الكالازار، بيان صحفي لمنظمة أطباء بلا حدود، أغسطس/آب 2007.

24 Bradol & Jézéquel, "Child undernutrition: advantages and limits...", pp. 39–40.

المصابـين بسوء التغذية، إذ أظهر الكشـف السريع الذي أجري على الأطفال عن طريق قياس محيط العضد، أن طفلاً من بين عشرة مصاب بسوء التغذية الحـاد الوخيـم.[25] وفي إطـار بحثهم عن الحلـول العلاجية، تبـين للأعضاء الثلاثـة في فريـق حملـة توفـير الأدويـة الأساسيـة أن المقاصـف التابعة للبرنامـج الحكومي المحلـي ليس لديهـا أي طعام تقدمـه. فأصيب العضو الـذي يمثل المكتب الهنـدي لحملة توفير الأدوية الأساسيـة بـالذهول بسبب الفجـوة التي برزت لـه بين البرنامج النظـري وتطبيقه علـى أرض الواقع، وقـرر إبلا غ المحكمـة الهندية العليـا المسؤولة عن حماية الحـق في الغذاء بـالأمـر. هـذا ولم يجد الفريق في المحـال التجارية المحليـة سوى ما يمكن تسميتـه "علاجاً تعاطفياً" لسوء التغذيـة، حسب التعبير الذي استخدمه أحد أعضـاء الفريق، أي منتجات غذائية لا تلبي مكوناتها الاحتياجات الخاصة للطفـل المصاب بسوء التغذية. وهكذا عند انتهاء المهمة، كانت وجهات نظر الأعضـاء الثلاثة متطابقة: لا توجد لدى الحكومة، كما لا توجد في الأسواق التجاريـة، أي حلول لمشكلة سـوء التغذية الحاد الوخيـم، رغم وجود شبكة مـن المنظمات الأهلية المحليـة الناشطة يمكن أن تأخـذ على عاتقها تنفيذ برنامج علاجي مناسب.

في أغسطس/آب 2008، وبعـد مرور بضعـة أسابيع على هـذا التقييم، تعرضـت الهند مجـدداً لفيضانـات. فوصف رئيس الوزراء الكارثـة بأنها "مأساة وطنية"، مناشداً المجتمع الدولي لتقديم المساعدات. استجاب الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود عبر توفير الرعاية الصحية الأولية لسكان إحـدى المقاطعات في المنطقة الساحلية في أوريسا، وبدأ مفاوضات طويلة مع السلطات المحلية حول إمكانية إطلاق برنامج غذائي.

بمـوازاة ذلك، تعزز الحوار بين منظمة أطبـاء بلا حدود والناشطين في حملة الحق في الغذاء خلال عدة لقاءات عقدت بينهما. ورغم تبـاين وجهات النظر الأولية، إلاّ أن الناشطين منحوا ثقتهم للمنظمة. وكانوا متطلعين على المعـارك التي قـادتها المنظمـة ضد المختبرات الصيدلانيـة من أجل توفير الأدوية الجنيسة، وكان وعيهم يتزايد لضرورة تطوير مقاربة علاجية لنحو ثمانيـة ملايين طفل هنـدي مصابين بسوء التغذية الحـاد الوخيم. وقد برز

25 تقرير داخلي بشأن زيارة ميدانية، منظمة أطباء بلا حدود، أغسطس/آب 2008.

هـذا الوعي كذلك في دعوة جمعيـة أطباء الأطفال الهنديـة لاعتماد نموذج علاجـي يمكن تنفيذه خارج المستشفى: "لا يوجـد سوى 900,000 سرير في مستشفيـات الهند، مما يجعل استقبال كل هـؤلاء الأطفال [المصابين بسوء التغذيـة] غـير ممكن من الناحيـة العمليـة، فتصبح بالتـالي إستراتيجيات العلاج المنزلي خياراً لا مفر منه".[26]

وفي ديسمبر/كانون الأول 2008، نظمت حملة الحق في الغذاء اجتماعاً لمناقشـة مسألـة عـلاج سوء التغذية الحـاد في الهند بالتعـاون مع منظمة أطبـاء بلا حدود. شارك في الاجتماع أعضاء الحركة الأكثر متابعة لمسائل التغذية، فضلاً عن طبيب من معهد بحوث التغذية الهندي، الذي دعي ليقدم خـبرة علمية بوجـه تلك التي ستبرزهـا منظمة أطباء بلا حـدود ولمناقشة إمكانيـة توثيق التجارب المشتركة. إلا أن النقاشات تعثرت مرة أخرى على مسألـة العـلاج: فبالنسبة لحملة الحق في الغذاء لا يمكن بتاتاً الموافقة على استيراد الأغذية العلاجية الجاهزة من الخارج. رأت حينها منظمة أطباء بلا حدود أن الفرصة مناسبة للإعلان أن عملية إنتاج محلية للأغذية العلاجية سـترى النور قريباً على يد شركات لها مقـرات في الهند مثل سيبلا (Cipla) أو كومباكـت (Compact)[27] التي كانت المنظمة قد بدأت المفاوضات معها. لكـن الناشطـين لم يريـدوا أن ترتبـط أي مصالح تجارية بإنتـاج سلع ذات منفعـة عامة، والنموذج الاقتصـادي الوحيد الذي أبـدوا استعدادهم لدعمه كان ذلـك القائـم على بنية مجتمعيـة أو تعاونية أو عامة، مـن المفضل أن تكـون ذات نطـاق ضيـق. ويتعين علـى المنتج من خـلال هذا النمـوذج أن يتكيف مع طريقة الإنتاج المحدودة هذه، وليس العكس. إلا أن منظمة أطباء بلا حدود أشـارت إلى أن الإنتاج الصناعي المركزي لهذه الأغذية العلاجية الجاهـزة يعطـي ضمانـات أكبر من حيـث الحصول على الجـودة المطلوبة، أي مـن ناحية المواصفـات الموحدة للمنتج ومن ناحيـة التعبئة والتغليف ومراقبة شروط النظافـة الصحية. لكن الناشطين أصروا على موقفهم بأنه علـى مستـوى شبه القارة الآسيوية، من الأفضـل التعامل مع مشاكل جودة

26 *Indian Paediatrics*, Volume 43, 17 Feb. 2006.

27 "سيبلا" (Cipla) مختبر صيدلاني هندي متخصص في إنتاج الأدوية الجنيسة، و"كومباكت" (Compact) شركة نرويجية متخصصة في إنتاج الكعك البروتيني والمنتجات الغذائية.

متكـررة ومحدودة من التعامل مع خطر وقوع حادث صناعي كبير يضرب سلسلة الإنتاج بأكملها.

فالتزمـت منظمة أطباء بلا حدود بتشجيع مبادرات الإنتاج المحلي من النـوع الذي نادت به حملة الحق في الغذاء. غـير أنها طالبت أيضاً بالسماح لها باستعمـال منتجات مستوردة من أجل علاج حالات سوء التغذية، وذلك لأن "يتعـين علاج الأطفـال فوراً باستعمـال المنتجات العلاجيـة المتوفرة، لأن التوصـل إلى وصفة محلية جديدة قـد يتطلب وقتاً طويلاً".[28] عند انتهاء الاجتماع، حصلت منظمة أطباء بلا حدود على مطلبها. وإدراكاً من الناشطين ضرورة "القيام بشيء ما" لمواجهة هذه المشكلة المستمرة، وافقوا أن تباشر منظمـة أطبـاء بلا حـدود أنشطتها الغذائيـة على الفور عن طريـق استعمال الأغذية العلاجية الجاهزة المستوردة، بشرط ألا تتداخل أنشطتها مع البرامج الوطنية. كما طالبوا المنظمة بتقديم الدليل العلمي بأن الإستراتيجيات التي تنادي بها تتماشى مع واقع سوء التغذية في الهند.

لكـن بينمـا كان فرعـا منظمة أطبـاء بلا حـدود الفرنسـي والإسباني يخوضـان المفاوضـات مـن أجـل إطـلاق مشاريعهمـا في ولايتـي بيهار وأوريسـا، أتـت نتائج إستراتيجيـة أشد جـرأة اعتمدتهـا اليونيسيف لتقلب الصورة رأساً على عقب.

انقلاب في عالم الطب

تشرف اليونيسيف منذ عام 2006 على برنامج لمكافحة سوء التغذية الوخيـم في ولايـة مادهيا براديش. ويتخذ هذا البرنامـج طابعاً مزدوجاً، إذ أنـه يعتمد على معايير الكشف عـن سوء التغذية الحاد الوخيم وأساليب علاجـه التي وضعتها منظمة الصحـة العالمية من جهة، ومن جهة أخرى الممارسات المتبعة في الهند والتي تختلف عن الأولى، لا سيما فيما يتعلق بمعايير تحديد حالات سوء التغذية. يتألف البرنامج من مراكز استشفائية لإعـادة التأهيل الغذائـي، حيث يتم إدخال الأطفـال المرضى لمدة خمسة عشـر يوماً لمعالجتهم، وهم الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية حسب

28 تقرير بشأن زيارة ميدانية، منظمة أطباء بلا حدود، ديسمبر/كانون الأول 2008.

المعايـير الهنديـة، أي الأطفـال الذيـن يعانـون مـن سوء تغذيـة مزمن – حيـث معـدل وزن الطفل بـالنسبة لسنه هو دون الحـد المقبول – والأطفال المصابـين بـالهزال الشديد. أبـدت السلطات الصحيـة في مـادهيا براديش انفتاحهـا لهـذا العلاج الحديـث الذي أدخلتـه اليونيسيـف، أي علاج سوء التغذية عن طريـق أدوات وأساليب طبية، وساهمت في تطوير هذا النظام. فأصبحـت ولايـة مـادهيا براديش في نهاية عام 2008 تضـم 182 مركزاً لإعادة التأهيل الغذائي.

أمـا بـالنسبة للممثل الغذائي الجديد لليونيسيف، فيكتور أغوايو، والذي وصل إلى الهند في عام 2008 بعد أن عمل كمستشار إقليمي معني بـالتغذية في وكالة الأمم المتحدة في النيجر في عام 2005، فإن هذا النموذج العلاجي الجديـد يتضمـن العديد من الثغرات، إذ يقتضي تقـديم العلاج إلى عدد كبير مـن الأطفال داخل المستشفى في حـين أن بإمكانهم تلقي العلاج خارجها، كمـا لا يقـدم علاجـاً يتماشى مـع أولئـك الذين يعانـون من سـوء التغذية المزمـن. ولا يتم تصنيع الأغذية العلاجية الجاهزة وفق معايير موحدة، بل يتـم تحضيرها في المركز نفسه عبر استخدام مواد تبـاع في السوق المحلية، أي أنها ليست مدعّمة بـالأملاح المعدنية والفيتامينات الضرورية لمساعدة الطفـل على التعـافي. وقد تم تثبيت صحة هذه الإدعـاءات من قبل خبيرين دوليـين في مجـال التغذيـة دعتهمـا اليونيسيف لإعـداد تقرير عـن نتائج البرنامـج. فقـررت اليونيسيف إثر ذلـك تعديل بروتوكـولات البرنامج عبر إدخـال منتجات مستوردة تستطيع ضمان جودتهـا. وهكذا اختار ممثلوها تجـاوز المعارضة التي كانت حملة الحق في الغـذاء تبديها حيال استعمال الأغذيـة العلاجية الجاهزة المصنعة في الخارج. وكما اتضح من العديد من المحادثات التي دارت بين مسؤولي منظمة أطباء بلا حدود واليونيسيف في عـام 2008، فإن هذه الأخيرة، بعد أن شهـدت المداخلة العالية النبرة لحملة الحـق في الغـذاء خـلال الاجتماع الـذي نظمتـه مؤسسة التحالـف العالمي لتحسـين التغذيـة، أصبحت تعتـبر هذا التحالف النابع مـن المجتمع المدني حركـةً متطرفة، تؤدي تعددية الإيديولوجيات داخلها إلى الحد من تـأثيرها. فقـررت اليونيسيف حصر تعاملها بممثلي الولاية، واعتماد الحجج الدامغة لتبريـر إرادتهـا في الإصلاح. فأعلـن ممثلها في ولاية مـادهيـا براديش أن

"الأغذيــة العلاجية الجاهزة شكلت ثـورة في مجال العلاج. وبكل بساطة، لا يمكن للهند أن ترفض استعمالها".[29]

وتكمــن المفارقــة في أن حملــة الحــق في الغـذاء هــي التــي منحــت اليونيسيـف فيمــا بعـد فرصة تنفيـذ إصلاحاتهــا. فعلى أثـر انطلاق حملة الانتخابات التشريعية في ولاية مادهيا براديش في نهاية عام 2008، سعى الفـرع المحلــي لحملة الحق في الغذاء إلى إبراز مسألــة سوء التغذية ودفعها إلى الواجهــة. ومن المعـروف أن هذه الولاية تضم أكبر عدد من حالات سوء التغذية الوخيم عنـد الأطفال، حيث تسجل سنوياً نحو 1,26 مليون حالة[30]، فضــلاً عن تضررهــا ذلك العام جـراء الجفاف. فانتقـد الناشطون "حكومة مادهيا براديش [التي] تصم آذانها إزاء المعلومات المتعلقة بكارثة المجاعة في ولايتهــا [و] ترفضـ باستمرار الاعتراف بفداحــة الوضع، مصرحة بأن سـوء التغذيــة ليس السبـب الحقيقي لوفاة هــؤلاء الأطفال".[31] هــذا وأخذت وسائــل الإعــلام تنقل حقيقــة الوضع من خلال استعمــال صور صادمة تم التقاطها في مراكز التغذية الحكومية التي تدعمها اليونيسيف.

وهكـذا بعد أن أُحرجت الحكومة المحلية جـراء التصريحات التي أدلت بهــا حملــة الحــق في الغـذاء، انتهـزت اليونيسيـف الفرصة لتقـترح عليها خطة لتنفـذ سمعتها تتمثل في السماح باعتمــاد إستراتيجيات العلاج التي تستخـدم منتــج بلامبي نت، ما يسمــح بتحقيق نتائج سريعــة وفعالة. إزاء طبيعــة الوضع الطارئة من الناحيتين الصحية والانتخابية، وافقت حكومة مادهيا براديش على هذه المبادرة لكن دون جعلها رسمية بشكل تام. وفي أغسطس/آب 2008، تم إدخال بلامبي نت إلى مراكز التغذية في مقاطعتين كشفـت وسائــل الإعلام عن وفاة عدد كبير من الأطفــال فيهما. هذا وشكلت الفيضانات التي اجتاحت ولاية بيهار حجة إضافية استخدمتها اليونيسيف لاستعمال بلامبي نت فيها أيضاً.

ولكـن في أكتوبر/تشريــن الأول 2008، اكتشـف أعضــاء حملــة الحــق في الغـذاء في ولايــة مـادهيا براديش أن اليونيسيف تـوزع العلاج الغذائي

29 "India tries new way to reach its underfed children", *Reuters*, 18 Mar. 2008.

30 NFHS-3. 2005–6.

31 Right to Food Campaign Madhya Pradesh support group, "Moribund ICDS", pp. 22–23.

بلامبـي نت على الأطفال، وهو منتج "مستـورد" ويأتي في "أكياس"، وذلك دون ترخيـص رسمـي مـن الحكومة الاتحاديـة ودون استشـارة مسبقة، لا سيمـا أن المحكمـة الهندية العليا قـد منعت في عـام 2004 استعمال المواد الغذائية المصنعة في البرامج الغذائية الوطنية.

فعقـد علـى أثر ذلك اجتمـاع طـارئ في مادهيا براديش شاركت فيه اليونيسيـف وحملـة الحـق في الغـذاء بحضـور بـيراج باتنيـك، المستشـار الخاصـ لدى المحكمة الهنديـة العليا والمحاور المتميز لـدى منظمة أطباء بـلا حدود. حـاول باتنيـك الدفاع عـن توسيع نطـاق العلاجـات المعتمدة لسـوء التغذية عـبر مقاربات جديدة، مـع التشديد على ضـرورة انسجامها مـع السيـاق الهندي. غـير أن الناشطـين كانت تلازمهم ريبـة شديدة حيال اليونيسيـف، إذ اتهموهـا بانتهاك مبادئ السيادة الوطنيـة عبر استيرادها لمنتـج بلامبـي نـت واعتمادهـا بروتوكول غـير معترف بـه في الهند دون التشـاور مع السلطـات الوطنية. كما أن صلة اليونيسيـف الوثيقة بـمؤسسة التحالـف العالمي لتحسـين التغذية زادت من قناعتهم بـأن الوكالة تسعى قبـل كل شـيء إلى فتـح أسـواق جديدة أمـام منتجـات الشركات الغذائية الزراعيـة المتعـددة الجنسيات. فباشرت حملة الحـق في الغذاء، بحكم الحق الـذي يضمنـه لها الدستور الهنـدي، بالإجراءات اللازمـة لمطالبة الحكومة بتزويدهـا بالمعلومـات، كما طالبـت بفتح تحقيق حول الظـروف المحيطة بعمليـة استعمال الأغذيـة العلاجية الجاهزة ومسؤوليـة الدولة الهندية في هذه العملية.

وفي فبراير/شبـاط 2009، طلبـت الـوزارة المكلفة بمراقبـة خطة عمل اليونيسيف من هذه الأخيرة سحب الأغذية العلاجية الجاهزة من ميزانيتها لأن الحكومة غير موافقة على استخدامها. وهكذا تم وقف الإمدادات للبرامج التابعة لهذه الوكالة الأممية. في الفترة نفسها، قام أحد النواب، بعد أن كان على ما يبدو قد استقى معلوماته من بعض أعضاء "شبكة الترويج للرضاعة الطبيعيـة" الأكـثر تطرفـاً، بالتوجه بسـؤال إلى وزيـر الصحة أثنـاء جلسة للجمعيـة الوطنيـة: "هل الـوزارة على علم بـأن اليونيسيـف ومنظمة أطباء بـلا حدود قد أقدمتـا على استيراد منتجـات غذائية صناعيـة دون موافقة

الحكومــة؟".[32] على أثر ذلـك، وحيث طالبها الإعلام باتخـاذ موقف صارم، طلبت الحكومة الاتحادية من اليونيسيف تقديم التوضيحات اللازمة. فعللت هذه الأخيرة تحركها بالضرورة الملحة التي فرضتها الفيضانات في بيهار والجفــاف في مادهيــا براديش. وفي مايو/أيــار 2009، قام وزيــر الصحة بتوجيه رسالة الى اليونيسيف يذكرها فيها بأنها خاضعة للقوانين الوطنية المرعيــة الإجراء، وبأن عليها على الأخص أن تحترم السيادة الوطنية فيما يتعلـق بمسائل التغذية والاستجابة للطـوارئ. ولم تكتف الرسالة بالتشديد علــى ضرورة التوقف عــن استعمال الأغذية العلاجيــة الجاهزة، بل طالبت الحكومــةُ اليونيسيــف أيضاً بإعــادة تصديــر المخزون المتبقــي، وتوظيف قيمته التجارية على شكل مشروع.

كانت تبعــات هذا التحول الجذري فورية علــى الفرع الفرنسي لمنظمة أطبــاء بــلا حــدود، إذ أدت إلى انهيــار المفاوضــات التــي كان يجريهــا مع السلطــات المحليــة في أوريســا منذ بضعــة أشهر. لم تكن هــذه السلطات في الواقع بوارد أن تضع نفسها في وضع حرج مع الحكومة الاتحادية، فقامت بدعــوة منظمة أطباء بلا حــدود إلى محاولة حل المشكلة مباشرة مع دلهي. وبعــد عام من المحادثات، بدا طويلاً جداً بالنسبة لمعظم مسؤولي العمليات في المقــر الرئيســي لمنظمــة أطباء بــلا حدود، اتخــذت هذه الأخــيرة القرار بإعادة أفراد فريقها إلى ديارهم والتخلي عن مشروعها.

أما الفرع الإسباني، فقد نجح في توقيع اتفاقية لبدء مشروع مع السلطات الصحيــة في مقاطعة داربانغا في مستهل عام 2009. اقتصر النطاق الأولي لهــذا المشروع بعلاج سوء التغذية الحاد الوخيــم بواسطة الأغذية العلاجية الجاهــزة، ولم تنصــ الاتفاقية على إجراء أي أنشطــة متعلقة بالبحوث. وقد أعطــى الفرع الإسباني الأولوية للتوصل إلى إتفاق محلي يسمح له بمباشرة أنشطــة العلاج في أسرع وقت ممكن. هذا ولم يتأثر برنامجه بالمشاكل التي عانــت منهــا اليونيسيــف، لأنــه كان متحفظــاً في تنفيذ أنشطتــه دون لفت الانتبــاه، ولأنه كان يسعى إلى تحقيق أهــداف متواضعة، حاصراً برنامجه في منطقــة نائيــة، وأيضاً بفضل توافقه الضمني مــع حملة الحق في الغذاء على عدم الدخول في مواجهة.

32 C.K. Chandrappan, 25 Feb. 2009.

الفشل في تنفيذ الأنشطة والنجاح في مجال الصحة العامة

تسبب الجدال الذي أثاره استعمال منتج "بلامبي نت" بوقف أنشطة التغذيــة التــي تقوم بهــا اليونيسيـف، لكنه أذكـى نقاشاً وطنيــاً قامت وسائل الإعلام الهندية بتغطيته على نطاق واسع. دار هذا النقاش حول إمكانية "إضفاء الطابع الهندي" على برنامج علاج سوء التغذية الوخيم الذي كانت منظمة أطباء بلا حدود لا تزال تشارك فيه إلى جانب المعهد الهنـدي للإعـداد والبحـث الطبـي، والجمعيـة الهندية لأطبـاء الأطفال، وحملــة الحق في الغذاء فضلاً عن ممثلين عن الحكومة. وللحد من الجدل الدائـر حول الروابط الخطـيرة بين المنتج والصناعــة الزراعية الغذائية، أطلقـت علــى الأغذيــة العلاجيــة الجاهــزة تسميــة "العلاجــات الطبيــة الغذائيــة". وخــلال اجتماع عقـد في نوفمبر/تشرين الثــاني 2009 بغية التوصـل إلى توافق، قــام مفوض الصحة لولاية مادهيــا براديش، وهو أحـد المبادريــن في تشجيع علاج سوء التغذية الوخيـم في هذه الولاية، بعرض نتائــج البرنامج الــذي نظّم بالتعــاون مع اليونيسيـف، والذي تلقــى أكـثر من 33,000 طفـل العلاج من خلاله في الفـترة ما بين 2006 و 2008. وقـد أتـت هذه النتائــج لتبرز فعالية استعمــال معجون الحليب المعزّز. وكان بناءً على النتائج التي حققها هذا البرنامج، الذي قد نددت سابقــاً حملة الحق في الغذاء بطبيعتــه السرية، أن بدأت المناقشة الأولى بشــأن التجربة الهندية والدفاع عنهــا، وذلك من قبل الأشخاص نفسهم الذيــن حاولــوا عرقلة اليونيسيف، ألا وهم أعضــاء حملة الحق في الغذاء في مادهيا براديش.

أوصى محضر الاجتماع، الذي نشر في مجلة "طب الأطفال في الهند" (Indian Pediatrics)[33]، بعــلاج ســوء التغذية بواسطــة "العلاجات الطبية الغذائيــة" على شرط أن يتم إنتاج هذا العــلاج في الهند وأن تتم مراجعة البروتوكـولات من قبل خبراء محليين. وتشـير الافتتاحية في المجلة إلى أن: "ثمــة اختلافات فلسفيــة واضحة بشأن اختيــار التدخلات التي يجب القيام بها في المجتمعات المحلية. فالبعض يفضل اتخاذ تدابير التوعية

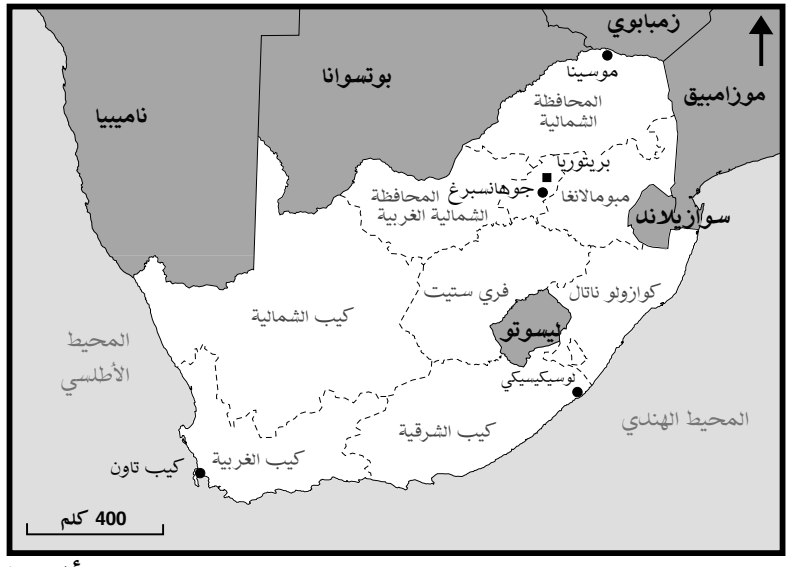
33 *Indian Paediatrics*, Vol. 47, 17 Aug. 2010.

والوقاية فحسب (ضمان تلبية الاحتياجات الغذائية والصحية الأساسية، لا سيما تشجيع الرضاعة الطبيعية وممارسات التغذية التكميلية المناسبة) دون التركيز على ضرورة إجراء كشف للأطفال المصابين بسوء التغذية الوخيم وتوفير العلاج الغذائي لهم. [...] إننا نعتقد بكل جدية بأن ما نقوم به في مجال الصحة العامة حيال سوء التغذية الحاد الوخيم، يجب أن يتركز في الآن ذاته على الوقاية والتوعية والتدخلات العلاجية داخل المجتمعات المحلية".[34]

فدخلت عملية "إضفاء الطابع الهندي" على علاج سوء التغذية قيد التنفيذ وفق وتيرة ترتبط بتحقيق توافق بين كل من الناشطين وممثلي الحكومة والباحثين إضافةً إلى الخبراء الذين تمت دعوتهم، ومن بينهم منظمة أطباء بلا حدود. يتفق الجميع اليوم على ضرورة علاج سوء التغذية الحاد الوخيم في الهند، لكن هناك عدة مراحل يجب تخطيها قبل أن يخرج سوء التغذية من إطار "العار الوطني" ويتحول إلى مشكلة صحية تحت السيطرة. أولاً، تلح الجهات الوطنية المعنية بمسألة التغذية على تعديل معايير تحديد المقاسات البشرية المتعلقة بسوء التغذية بشكل يتناسب مع الواقع الهندي، وذلك بغية التأكيد أن الأمر لا يتعلق بتصنيف الأطفال الهنديين النحيفين وفق معايير البنية الجسدية المتعارف عليها دولياً، وإنما يتعلق بالحد من الوفيات والتداعيات الأخرى المرتبطة بسوء التغذية. هذا وقامت كل من وزارة الصحة ووزارة حماية الأسرة، بالتعاون مع عدة مؤسسات بحوث هندية، بإطلاق مبادرات تهدف إلى اختبار ومقارنة نماذج علاجية تطبق في المجتمعات المحلية وقابلة للدمج ضمن النظام الصحي الوطني، أي النماذج التي لا تتطلب تغييرات جذرية أو إمكانيات بشرية إضافية قد لا ترغب في الالتزام في توفيرها. وفي خضم هذه النقاشات الدائرة حول الصحة العامة، قد تتمكن منظمة أطباء بلا حدود من لعب دور المحفز بشرط أن تقدم بعض الأجوبة عن الأسئلة التي ما زالت معلقة، وذلك بالإستناد إلى النتائج المحققة في برنامجها في ولاية بيهار حيث وفرت العلاج لأكثر من 6,500 طفل في الفترة ما بين مارس/آذار 2009 وفبراير/شباط 2011.

34 *Indian Paediatrics*, 2010.

وفي النهاية، تبقى مسألة العلاج بحد ذاتها قائمة، وتساهم في تصلب المواقف، بما فيها داخل حملة الحق في الغذاء. وقد تحرز هذه المسألة بعض التقدم كنتيجة لتحالـف عدد من الجهات الفاعلة المختلفة. في مستهل عام 2011، جـرت مناقشـات بين السلطات الصحية والفـرع المحلي لحملة الحق في الغـذاء في ولاية مـادهيا براديش، وبـين عدد من الخبراء الدوليين الذين طـوروا مفهـوم الأغذية العلاجية الجاهزة. وقـد دارت هذه المناقشات حول إمكانيـة ابتكار وصفة هندية محلية. أجرى هذا التحالف اتصالات مع عدد مـن المؤسسات المحلية والشركات الغذائيـة الوطنية والتعاونيات الزراعية والغذائيـة الوطنيـة. وتضـم إحـدى التعاونيـات 2,9 مليون مـن المنتجين الصغار، وتفتخر بإبراز شعارهـا الجلي: "نكهة الهند".



جنوب أفريقيا

جنوب أفريقيا

منظمة أطباء بلا حدود، أهي منظمة غير حكومية أفريقية؟

بقلم ميكائيل نيومان

في أواخر القرن الماضي، أطلقت منظمة أطباء بلا حدود برامج خاصة لتوفير العلاج المضاد للفيروسات الرجعية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. لكن على الرغم من أن المبادرات الوطنية والدولية لتعزيز فرص الحصول على العلاج كانت تتطور بسرعة في ذلك الوقت، بقيت هناك حواجز كبيرة في أشد البلدان فقراً، لا سيما في أفريقيا. كانت الأولوية تُعطى للوقاية، أولاً بسبب ارتفاع أسعار الأدوية (التي كانت تتراوح في عام 2000 بين 10,000 و 15,000 دولار سنوياً للعلاج الثلاثي) وثانياً لأن المرافق الطبية القائمة ومستويات التعليم حينها لم تُعتبر بالمستوى المطلوب.[1] هذا وادعى البعض "أن الأفارقة لن يتناولوا الدواء في الوقت المحدد لأنهم لا يملكون ساعة أصلاً".[2] لكن رأت منظمة أطباء بلا حدود أن جنوب أفريقيا بمرافقها الطبية السليمة تشكل بيئة مناسبة لإثبات أن علاج

1 لمزيد من التحليل التفصيلي راجع:
Jean-Hervé Bradol, Élizabeth Szumilin, "AIDS: A new pandemic leading to new medical and political practise", in Jean-Hervé Bradol & Claudine Vidal (eds), *Medical innovations in humanitarian situation. The work of Médecins Sans Frontières*, Médecins Sans Frontières, 2011.

2 John Donnelly, "Prevention Urged in AIDS Fight; Natsios Says Fund Should Spend Less on HIV Treatment", *Boston Globe*, 7 June 2001.

المرضـى أمر ممكـن. كان هنـاك أكثر مـن خمسة ملايـين شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في جنوب أفريقيا ولم يكن يتوفر لهم علاج غير الذي كانت تقدمه المراكز الطبية الخاصة والقليلة العدد.

وصـل المديـر التنفيـذي السابق للفـرع البلجيكـي لمنظمـة أطباء بلا حـدود، الدكتـور إريك غومير، إلى جنـوب أفريقيا في عـام 1999 للبحث في إمكانيـة إطلاق مشروع منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفـل. وبعـد أن صدته السلطـات المحلية، التقى غومـير بزاكي أخمت، أحـد مؤسسـي "حملـة العمـل العلاجـي" (Treatment Action Campaign)، وهـي حركـة كانت قـد أسستها قبـل عام مجموعـة صغيرة مـن الناشطين مـن الحركة المناهضة للفصل العنصري من أجـل الدعوة إلى توفير العلاج للمصابـين بمرضـ الإيـدز. فأطلعه أخمـت على مشروع مماثـل يجري في خايليتشـا، وهي بلدة في ضواحي كيب تـاون، حيث أقامت السلطات الطبية في إقليـم كيب الغربية مشروعاً تجريبياً لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل دون علم وزارة الصحة. يقطن خايليتشا أكثر من 500,000 نسمـة، ويشـكل معدل انتشار فيروس نقـص المناعة البشرية بين النسـاء الحوامل نسبة 15 في المئة، أي أكـثر بمرتين من المعدل المسجل في المحافظـة بأكملها.[3] وكانت منظمة أطباء بلا حدود مهتمة أيضاً بمحافظة كيـب الغربية بسبب سياقها السياسي الفريد من نوعه. فقد كانت المحافظة في أيـدي المعارضـة وشعـرت منظمـة أطبـاء بـلا حـدود أن هـذا الأمر قد يعطيها مجالاً أوسع للعمل. كما رأت السلطات المحلية الجديدة في قلة توفر العلاجات الجديدة المضادة للفيروسـات الرجعية وسيلة لتأكيد انتقاداتهم لحزب المؤتمر الوطني الأفريقي (African National Congress, ANC).

وفي فبراير/شبـاط عـام 2000، تعاونـت منظمة أطباء بـلا حدود مع حملـة العمل العلاجـي لوضع برنامج لعـلاج الأمراضـ الانتهازية مرتبط بمشـروع توعية وتثقيف بشـأن الإيدز ويشمل المرضـى أنفسهم. ومن أجل الضغـط علـى السلطـات في جنـوب أفريقيا لتوسيـع نطاق توفـير الرعاية لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، اعتـبرت منظمة أطباء بلا

3 Khayelitsha annual activity report 2008–2009, Médecins Sans Frontières/University of Cape Town.

حدود وحملة العمل العلاجي أنه لمن المهم أن يقوم مرضى فقراء من العرق الأسود بتسيير المشروع، لأن هؤلاء، كما تعتبر المنظمتان، هم الصوت الشرعي للاحتجاج في هذا المجال. وفي هذا الصدد، قامت حملة العمل العلاجي، بعد أن استمدت إلهامها من منظمات عالمية مثل "آكت أب" (Act Up)، بالسير على خطى الناشطين الأوروبيين والأمريكيين في ثمانينيات القرن الماضي الذين طالبوا "بإسقاط العلاقة غير المتكافئة بين الطبيب والمريض، واستثمار كفاءات الطبيب من أجل تخويل المريض لعب دور أساسي في علاجه".[4] فاتخذ الموضوع أهمية داخل مجتمع جنوب أفريقيا حيث التسييس والقدرة على التعبئة هما من مخلفات النضال ضد نظام الفصل العنصري.

عندما تبرر القضية التحالف

في عام 2001، وضعت نتيجة "محاكمة بريتوريا" حداً لحكومة جنوب أفريقيا لاستخدامها التكلفة المرتفعة للأدوية سبباً لعدم توفير العلاج: فقامت الشركات الصيدلانية التي اتهمتها بعدم الامتثال للقواعد الدولية المتعلقة بحماية الملكية الفكرية بالتنازل عن القضية، مما فتح الطريق لاستخدام الأدوية الجنيسة.

ومنذ ذلك الحين، أصبح واضحاً أن السياسات التي تتبعها سلطات جنوب أفريقيا هي المسؤولة عن عدم توفر العلاج في مراكز الرعاية الصحية العامة. وبدأ الرئيس ثابو مبيكي ووزيرة الصحة الدكتورة مانتو تشابالالا مسيمانغ يدعمان علناً وبشكل متزايد النظريات النافية لعلاقة مرض الإيدز بفيروس نقص المناعة البشرية، ويروجان لعلاجات "طبيعية".

وقد لاقت "سياسة الإنكار"[5] هذه تأييداً لدى بعض أعضاء الطبقة الحاكمة في جنوب أفريقيا الذين أغراهم الحلم الوهمي بتطوير دواء بأنفسهم والتفسير العنصري لمرض الإيدز، الذي يرون فيه وسيلة يستخدمها العرق

4 Jean-Pierre Dozon, “De l’intolérable et du tolérable dans l’épidémie de sida. Un parallèle entre l’Occident et l’Afrique”, in Didier Fassin & Patrice Bourdelais (eds), *Les constructions de l’intolérable. Études d’anthropologie et d’histoire sur les frontières de l’espace moral*, Paris: La Découverte, 2005, pp. 195–224.

5 هذا المصطلح مشتق من إنكار إبادة اليهود أثناء الحرب العالمية الثانية.

الأبيض للحفاظ على هيمنته.[6] فتابعت حملة العمل العلاجي معركتها على هـذا الصعيد، مستفيدة من جهة، من الشرعية الطبية التي استمدتها منظمة أطباء بلا حدود من مشروع خايليتشا، ومن جهة أخرى، من سمعة المنظمة على الصعيد الدولي وقدرتها المالية. فأدخلت الأدوية المضادة للفيروسات الرجعيـة إلى المشروع في مايو/أيار 2001، وكانت هـذه المرة الأولى التي تتوفـر فيهـا هـذه الأدوية لمرضـى الإيـدز في المرافق الصحيـة العامة في جنوب أفريقيا.

كان التحالف أمراً ضرورياً لكسب المعركة وزيادة عدد المرضى الذين يتلقـون العـلاج، ليس فقـط بالنسبة لفريد عبـد اللّـه، مديـر برامج مكافحة الإيـدز في محافظـة كيب، بل أيضـاً لمنظمة أطباء بلا حـدود وحملة العمل العلاجـي. هذا وقدمـت كلية الصحة العامـة في جامعة كيب تـاون التأييد العلمـي اللازم وأصبحت شريكاً في ملكية بيانات المشروع. في ذلك الحين، كانـت كيـب الغربية هي المحافظـة الوحيدة التي تسيطـر عليها المعارضة السياسيـة المناهضة لحزب المؤتمـر الوطني الأفريقي الحاكم، والمؤلفة من ليبراليين أكثريتهم من العرق الأبيض ينتمون إلى الحركة المناهضة للفصل العنصري. وبالتالي كان هناك خطر حقيقي على المشروع أن يتم اختطافه لأغراض سياسيـة. إلا أن منظمـة أطبـاء بلا حدود وحملـة العمل العلاجي لم تعارضـا حـزب المؤتمر الوطنـي الأفريقي. وكان فريد عبـد اللّـه مسؤولاً تنفيذياً سابقاً فيه وهو بهذه الصفة تمكن من إطلاق هذا المشروع الرائد في خايليتشـا في وقت كانت لا تزال فيـه المحافظة تحت سيطرة حزب المؤتمر الوطني الأفريقي. فلعبت منظمة أطباء بلا حدود ورقة تعددية الأحزاب، مما سمح لمختلف الممثلين السياسيين بالمطالبة بادعاء جزء من الفضل. وكان نيلسون مانديلا نفسه عوناً كبيراً؛ حيث لم يدعم مطالب حملة العمل العلاجي فحسب، لكنه سافر عام 2002، عندما بلغ الجدل ذروته، إلى خايليتشا حيث زار مشروع منظمـة أطباء بلا حـدود، متحدياً سياسة الحكومـة علناً. وفي عـام 2003، افتتحت منظمة أطباء بلا حـدود بالتعاون مع مؤسسة نيلسون مانديـلا مشروعاً مشتركاً لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في بلدة

6 راجع:
Kerry Cullinan & Anso Thom (eds), *The Virus, Vitamins and Vegetables: The South African Aids Mystery*, South Africa: Jacana, 2009.

لوسيكيسيكي الريفية في محافظة كيب الشرقية الخاضعة لسيطرة حزب المؤتمر الوطني الأفريقي.

نجحت حملة العمل العلاجي، ومعها زاكي أخمت بشكل خاص، في خلق حركة اجتماعية واسعة النطاق مؤيدة لمعركتها، مستعينة بولائها القديم لحزب المؤتمر الوطني الأفريقي كحجة لمعارضة الحكومة. فكثفت المظاهرات والتجمعات وحملات العصيان المدني، بما في ذلك احتلال المباني العامة. وانتصرت حملة العمل العلاجي، بالاستناد إلى دستور جنوب أفريقيا التقدمي للغاية الصادر عام 1996، في عدد من المعارك بما في ذلك إنشاء البرنامج الوطني لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل (2001–2002) والبرنامج الوطني لمكافحة الإيدز (2004). وبما أن الدستور ينص على حق قانوني للجميع في الحصول على الرعاية الصحية، تمكن النشطاء من استخدام المحاكم كساحة سياسية. إلا أن منظمة أطباء بلا حدود بقيت بعيدة عن معظم هذه المعارك، على الأقل علناً، وهو موقف كان أحياناً من الصعب على شركائها فهمه. لكن أجندة حملة العمل العلاجي وكذلك علاقاتها الوثيقة بالمنظمات المسيسة للغاية مثل "مؤتمر نقابات عمال جنوب أفريقيا" (COSATU) المقرب من حزب المؤتمر الوطني الأفريقي، كان بنظر المنظمة مبرراً كافياً لموقفها. هذا وواجهت منظمة أطباء بلا حدود اتهامات عديدة بالتدخل السياسي، كما حصل في عام 2002 على سبيل المثال حين وصف متحدث باسم الرئاسة عملية استيراد المنظمة لأدوية جنيسة من البرازيل بأنه "شكل من أشكال الحرب الجرثومية".[7] كما تم اتهامها بالتحكم بحملة العمل العلاجي عن طريق تمويل أنشطتها في خايليتشا ولوسيكيسيكي.[8]

بالنسبة إلى منظمة أطباء بلا حدود، كان التحالف مع جهات مختلفة، وهو إستراتيجية تقليدية في النضال ضد الفصل العنصري، شرطاً أساسياً للنجاح. كانت البلاد وقتها قد تخلصت حديثاً من سلطة البيض، لذا لم يكن من الممكن لمنظمة أطباء بلا حدود أن تستمد شرعيتها من هويتها كمنظمة

7 "ANC fears 'bio warfare' in Aids drug imports", *The Star*, 31 Jan. 2002.

8 مقابلة مع إريك غومير، يناير/كانون الثاني 2011.

قادمـة من "الشمال". وبالتالي، كانت التحالفات التي عقدتها وسيلة لكسب المساحة اللازمة لتطوير نشاطها والدعوة إلى تأمين العلاج. وأصبحت فيما بعد هذه التحالفات درعاً سياسياً ضرورياً لدرء المحاولات التي قامت بها حكومة جنـوب أفريقيا لزعزعـة استقرار برنامج خايليتشـا. وفي الحقيقة، كتبت مجموعة لدعم المرضى إلى ثابو مبيكي رداً على الهجمات التي شنها المتحدث باسمه ونشروا الرسالة في الصحف.[9]

عندما يبرر التحالف القضية

بفضـل الفوائـد التـي جنتها منظمـة أطباء بـلا حدود مـن تعاونها مع المجتمـع المـدني في جنـوب أفريقيا وتطويـر العلاقات مع أركانـه، تشجعت علـى تعزيـز تجربتها في البـلاد وقررت في عـام 2007 أن تفتتـح مكتباً لها في جوهانسـبرغ. كانت هذه الخطوة جزءاً من خطـة الفرع البلجيكي لتدويل المنظمـة التـي تقـع الأغلبيـة الساحقة مـن مراكزهـا في "الشمـال" (أوروبا والولايات المتحدة وكنـدا). محلياً، كان الهدف إشراك مجتمع جنوب أفريقيا بشـكل خاص، ومجتمع المنطقـة الواقعة في منطقة أفريقيـا الجنوبية بشكل عـام، في أنشطـة المنظمـة و"الاستمـرار في الاستفادة من أفـكار متولدة عن مجتمـع نشط في قضايـا الصحة العامـة".[10] وهكذا أصبحت جنـوب أفريقيا مختـبراً لمنظمة أطباء بلا حدود وراحـت تختبر فيه "إلى أي مدى تستطيع أن تقوم بدورها كناشطة".[11] قررت بروكسل تعيين امرأة جنوب أفريقية لرئاسة مكتبها الجديد، وهي ناشطة سابقة ضد نظام الفصل العنصري ولها علاقات وثيقـة مع حملـة العمل العلاجـي ومؤتمر نقابـات العمال وتتسـم بالالتزام الكبير تجاه القضايا الاجتماعية والسياسية. رغم أن المكتب في جوهانسبرغ حافـظ علـى تبعيته لفرع بروكسـل، إلا أنه بقي في الوقـت نفسه مترسخاً في المجتمـع المدني الـذي أتى منه. وهو لا يملك أي سيطـرة على عمليات منظمة أطباء بلا حدود في جنوب أفريقيا التي كانت تدار من قبل المقر البلجيكي.

9 "In response to SA government's reluctance towards Brazilian ARV drugs", 6 Feb. 2002.

10 مقابلة مع مدير عمليات الفرع البلجيكي لمنظمة أطباء بلا حدود، يناير/كانون الثاني 2011.

11 المرجع نفسه.

حتى ذلك الوقت، كان تركيز منظمة أطباء بلا حدود في جنوب أفريقيا يقتصر على التصدي للإيدز، لكنها سرعان ما حولت أنظارها نحو قضية المهاجرين الزيمبابويين التي غذت أحد الخلافات المتكررة داخل المنظمة: إلى أي مدى يمكن للمنظمة أن تبرر دورها الناشط باسم خبرتها الطبية والإنسانية؟ في عام 2006، فرّ ما بين 1,5 مليون و 3 ملايين شخص من زيمبابوي هرباً من المشاكل الاقتصادية والقمع والعنف السياسي وبدأوا بالوصول إلى جنوب أفريقيا. تم التصدي لعشرات الآلاف منهم عند الحدود، بينما استقر آخرون في البلاد في ظروف مزرية. في ديسمبر/كانون الأول عام 2007، افتتحت منظمة أطباء بلا حدود مشاريع على الحدود الزيمبابوية وفي جوهانسبرغ، حيث قدمت الاستشارات الطبية إلى ما يتراوح بين ألفي وثلاثة آلاف مواطن زيمبابوي كانوا يقيمون كلاجئين في مبنى الكنيسة الميثودية وفي مبانٍ مهجورة محيطة.

وسرعان ما ابتعد محور نقاشات المنظمة وشركائها عن قضية تأمين الرعاية الصحية الذي أصبح، ابتداءً من عام 2007، حقاً قانونياً للأجانب على الرغم من أنه بقي مقيداً بأمور عدة منها: خوف اللاجئين من أن يتم اعتقالهم، وعدم توفر ما يكفي من الأطباء والممرضين، وحاجز اللغة الذي استخدم في بعض الأحيان ذريعة لمنعهم من الاستفادة من الرعاية في المرافق الطبية. وفي الفترة ما بين عام 2008 و 2010، وفي إطار شراكة مع عدد من منظمات المحامين (وبالأخص "المحامون المناصرون لحقوق الإنسان" و"مشروع قانون الإيدز") وكاهن الكنيسة الميثودية، أصبحت منظمة أطباء بلا حدود تشارك بنشاط في مسألة حقوق المهاجرين، وذلك بهدف إسماع أصواتهم. وتم إطلاق مشروع جديد "بهدف واضح يتمثل بإحداث تغيير سياسي"[12]، وتقاسم فيه الشركاء الأدوار فيما بينهم: فأخذت منظمة أطباء بلا حدود على عاتقها توفير الخبرات الطبية، وأطلق المحامون حملات بناءً على المعلومات التي تصلهم. وتمت بهذه المناسبة تعبئة الشبكة التي نشأت عن معارك سابقة، بما في ذلك مكافحة مرض الإيدز. مرة أخرى، وفر دستور جنوب أفريقيا الوسائل اللازمة لرفع المعارضة السياسية أمام المحاكم.

12 تقرير تقييمي، 2007.

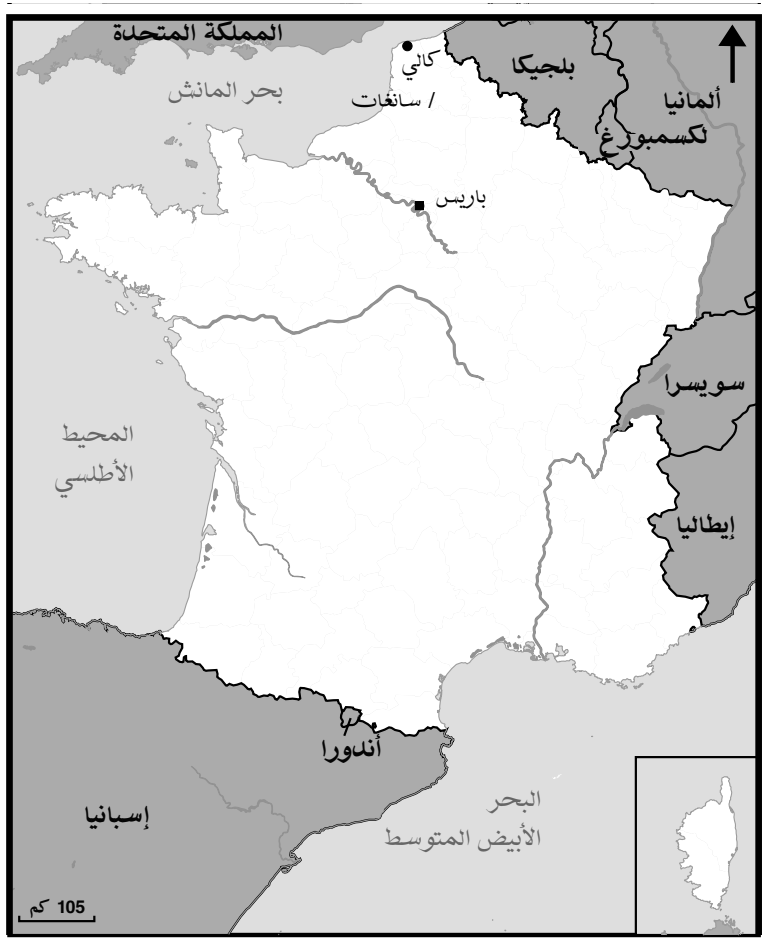
في مناسبـات عـدة بـين 2008 و 2010، عملت منظمـة أطباء بلا حدود جنبـاً إلى جنب مع حلفائهـا لتعزيز حقوق المهاجرين. في عام 2009، وبعد أن قامـت السلطـات بعـدة عمليات توقيـف لمهاجرين في محيـط الكنيسة، منهـم مـن كان يصطـف للحصـول علـى استشـارة طبيـة، وافقـت منسقة المشروع على التوقيع على شهادة خطية تصف الظروف الطبية للأشخاص الذين تم توقيفهـم، وذلك لتمكين منظمات حقوق الإنسان من تقديم شكوى ضـد المدينـة والشرطة. وبالاعتماد علـى دستور جنـوب أفريقيا هذه المرة أيضـاً، نجحـت المنظمـات في وضع حد لعمليـات التوقيف بتهمـة التشرد. بلغ هذا العمـل ذروته خلال أعمال العنف المعادية للأجانب في مايو/أيار 2008 حـين تعرض الأجانب الذين يعيشـون في مخيمات النازحين للتهديد بالطـرد. ومُنعـت منظمة أطباء بلا حـدود من الوصـول إلى المخيمات التي كانت فرقها المتنقلـة تقدم فيها استشارات يومية. فأصدرت بياناً صحفياً يستنكر اللامبالاة من قبل مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين وموقفهـا المبني على الاتفاقيات الدولية[13]، في حين أن المنظمة وحلفاءها المحليين يتّبعون دستـور جنوب أفريقيا. وفي كل من هذه المناسبات، كان ينشـأ خـلاف داخل البعثة، وكذلك بين كل من البعثة ومكتب جنوب أفريقيا ومقر بروكسل، حول حدود دور المنظمة ومسؤولياتها.

في ديسمبر/كانـون الأول 2009، كان الدعم المحتمل أن تمنحه منظمة أطبـاء بلا حدود لإصدار "بيـان يتعلق بحل أزمة اللاجئـين"، وهي مبادرة أطلقتهـا كل من منظمة "المحـامون المناصرون لحقوق الإنسان" و"مشروع قانـون الإيـدز" و"مركز المـوارد القانونية" وانضمت إليهـا مجموعة كبيرة ومتنوعـة جـداً مـن الجمعيـات، يشـكل موضوع جدل حـاد. في حـين أراد مكتـب جوهـانسـبرغ أن تدعـم المنظمـة هذا النص الذي يدعـو إلى احترام حقوق الزيمبابويين الذيـن يعيشون في زيمبابوي وإدانة تصرفات الرئيس موغابي، لم يوافق المقر البلجيكي على الأمر بحجة أن ذلك سيكون "تجاوزاً للحـدود".[14] وقـد انتقد كل من مكتـب بروكسل والبعثة التهـم الموجهة ضد

13 "No refuge, access denied: medical and humanitarian needs of Zimbabweans in South Africa", MSF, June 2009.

14 رسالة بالبريد الإلكتروني، ديسمبر/كانون الأول 2009.

النظـام في زيمبابـوي، والطبيعـة المتباينـة للمُوقعـين، بحجـة أن اتخـاذ موقـف معارضـ للحكومة في هـراري سيعرضـ أنشطة منظمـة أطباء بلا حـدود في زيمبابوي للخطر. من جانبـه، أوضح المكتب في جوهانسبرغ أن تـرك التحالف قد يقوّض موقف منظمة أطبـاء بلا حدود في جنوب أفريقيا وذلك بإبعادها عن المعارك التقدميـة التي يخوضها حلفاؤها التقليديون. بالنسبة لهؤلاء الحلفاء، إن الدفاع عن حقوق المهاجرين وعن حق المرضى في الحصـول على العـلاج الطبي يتفق مـع طموحهم لجعـل وجودهم جلياً علـى جميع المستويات الاجتماعيـة والسياسية في جنوب أفريقيا. ولم تكن منظمة أطباء بلا حدود على استعداد لاتخاذ هذه الخطوة، فإنها لم تؤيد هذا البيـان لكنهـا أصدرت مكانـه بيانها الخاص. وقد اعتُـبر أن مجال التدخل الشرعي للمنظمة قد بلغ حدوده.


المملكة المتحدة
بحر المانش
كالي
/ سانغات
بلجيكا
ألمانيا
لكسمبورغ
باريس
سويسرا
المحيط
الأطلسي
إيطاليا
أندورا
إسبانيا
البحر
الأبيض المتوسط
105 كم

فرنسا

فرنسا

رعاية "غير المرغوب فيهم"

بقلم ميكائيل نيومان

بعد ظهور "فقر جديد"[1] في فرنسا، بدأت منظمة أطباء بلا حدود عام 1987 بتركيز اهتمامها على الحقلين الطبي والسياسي في البلاد. فسعت، "بصفتها تضم أطباء فرنسيين وتعمل كمنظمة طبية في فرنسا"[2]، إلى تنبيه السلطات حول عدم توفر الرعاية الصحية اللازمة للفئات الأكثر فقراً من المواطنين الفرنسيين والرعايا الأجانب، كما قامت بتطوير أنشطة خاصة تؤمن من خلالها الرعاية الطبية المجانية وطب الأسنان والوقاية من التسمم بالرصاص. ولطالما رفضت المنظمة أن تصبح بديلاً عن الدولة، لذا فقد حصرت أنشطتها في عدد محدود من مراكز الرعاية الصحية، بشكل يمكّنها من لعب دور المنبّه للسلطات عند ضرورة التدخل. وتوالت القضايا التي اتخذت المنظمة مواقف بشأنها. فقد دعت الدولة في 1991 إلى تعميم التأمين الصحي المجاني ليشمل جميع فئات الشعب، وأدانت في 1993 رفض المستشفيات استقبال الأشخاص الذين لا يستفيدون من تأمين صحي من الدولة، وعارضت في 1994 فكرة "الأسرَّة المؤقتة"[3] التي اعتبرتها تقع ضمن إطار نظام رعاية خاص بالفقراء،

1 راجع تقرير الأب جوزيف فرسنسكي إلى المجلس الاجتماعي والاقتصادي الفرنسي، فبراير/شباط 1987.

2 مجلس إدارة الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 16 ديسمبر/كانون الأول 1994.

3 كانت الأسرَّة المؤقتة مخصصة للمشردين الذين لا تستلزم حالتهم المرضية نقلهم إلى قسم الطوارئ في المستشفى ولكنها سيئة إلى حد لا تسمح بقبولهم في منشئات الإيواء الطارئ.

بينمـــا كانـت تسعى منظمة أطباء بلا حـدود إلى إعادة دمجهم في النظام العام للرعاية الصحية.

وأتى تنفيذ مشروع جديد في عام 1996 يتناول "الخدمات الاجتماعية والدعـم القانوني للرعايا الأجانب الذين يعيشون في فرنسا"، ليؤكد تصميم المنظمـة علـى الابتعـاد عن "صـورة المؤسسـة الخيرية"، الـذي اتسمت بها منـذ بدايتها، حتى لو كان يعني ذلك الدخـول إلى مجالات "غير طبية وغير اعتياديـة".[4] فراحـت تشارك بفعاليـة، ومن خلال الإصـلاح التشريعي، في توفـير الدعم القانوني للأشخاص غير القادرين على الحصول على الرعاية الصحيـة. فساهمـت في الحـث علـى إصـدار القانون الـذي يرعـى التغطية المرضيـة الشاملـة (Couverture Maladie Universelle)، واتخذت إجراءات قانونية لضمان حق الجميع في الحصول على الرعاية الطبية، مما استدعى رفع دعاوى قضائية ضد المجالس المحلية لإقليمي نور وبوش دو رون.

وقـد شـكل صدور قانـون التغطية المرضيـة الشاملـة في يوليو/تموز 1999[5] تتويجـاً لبرنامج قـاده أشخاص مصممون علـى مواجهة السلطات العامـة. يستفيـد مـن هـذا القانـون، الـذي يرعـى شتـى المسائـل المتعلقة بالحصـول علـى الرعاية، مـا يقارب أربعـة ملايين شخص. ومـا أن فقدت قضيـة الصحـة العامـة طبيعتهـا الملحة حتى طُرحـت على بسـاط البحث مسألـة إعـادة توجيه أنشطـة المنظمة في فرنسـا. وفي 2001، تمت الإشارة إلى أن "صيانـة الحقوق ستبقى جـزءاً أساسياً من مهمة المنظمة في فرنسا، لكـن هـذه المسألة بحـد ذاتها لم تعد تكفـي لتبرير المحافظـة على البرامج القائمـة أو افتتاح مراكز جديدة".[6] فقامـت منظمة أطباء بلا حدود بإطلاق مبـادرات جديدة، لا سيما في مجال الإسـكان، واستمرت في مراقبة تطبيق قانـون الرعاية الطبيـة الحكوميـة (Aide Médicale d'État)[7] ورصد نتائج

4 مجلس إدارة الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 4 أكتوبر/تشرين 1996.

5 قانون التغطية المرضية الشاملة (Couverture Maladie Universelle CMU) يتيح الحصول على التأمين الصحي من الدولة لكل المقيمين بصورة قانونية في فرنسا على شرط وجود دليل على إقامتهم مدة ثلاثة أشهر هناك دون انقطاع، وأن يكونوا لا يستفيدون من أي ضمان صحي مجاني آخر من الدولة.

6 التقرير السنوي للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 2001–2000.

7 كانت المساعدات الطبية الحكومية متاحة منذ أواخر القرن التاسع عشر تحت مسمى العناية الطبية المجانية (Aide Médicale Gratuite-AMG)، وكان الهدف منها تقديم الخدمات الطبية مجاناً إلى المحرومين. لكن منذ تبني قانون التغطية المرضية الشاملة CMU، أصبحت AMG محصورة بالمهاجرين غير الشرعيين.

الإصلاحات المتعاقبة التي ساهمت في إرسائها. وفي عام 2003، خضعت المشاريع الفرنسية للمنظمة لعملية إصلاح جذرية كان أحد الدوافع وراءه السعي إلى خفض التكاليف الناجمة عنها. وتزامن هذا الحدث مع عملية تقليص المنظمة لأهدافها المتعلقة بإدارة ما كان يُعرف ببرامج "الحصول على الرعاية الصحية والإقصاء" وإعادة توجيه تركيزها نحو سياسات أخرى تتناول "ضحايا أعمال العنف" وهي قضية تم إعطاؤها الأولوية في ما يتعلق بتخصيص الموارد.

وهكذا أوقف العمل بالمشاريع واحداً تلو الآخر نظراً لعدم وجود "مأساة صحية"[8] من شأنها تبرير القيام بأنشطة طبية. ومعظم القضايا الرئيسية المتعلقة بالصحة العامة والتي برزت في منتصف الثمانينيات من القرن الماضي قد تمت معالجتها. هذا ولعبت كل من التغطية المرضية الشاملة والرعاية الطبية الحكومية الدور المرتجى منهما، على الرغم من بعض الخلل في التنفيذ واعتماد تدابير مقيدة حدّت من جدواهما. فمنذ عام 1998، تم إنشاء نحو 400 مركز في المستشفيات العامة في جميع أنحاء فرنسا لتقديم الرعاية الصحية إلى الفئات الأكثر حرماناً. في مثل هذه الظروف، كان من الممكن أن تعتبر منظمة أطباء بلا حدود أن بإمكانها إيقاف أنشطتها الجارية، غير أن تشديد سياسات اللجوء في فرنسا وأوروبا، وتداعيات ذلك على صحة المهاجرين، أعطاها مبررات إضافية كافية لافتتاح برامج جديدة. وهكذا في عام 2006، أنشأت المنظمة عيادة في سانغات الواقعة في شمال فرنسا يمكن للاجئين ارتيادها لطلب الاستشارات الطبية، لكنها عادت وأقفلت العيادة بعد أن تم افتتاح مركز للرعاية الصحية بالقرب من مستشفى كالي كانت قد ساهمت في تأسيسه. ثم قامت المنظمة بافتتاح "مركز الدعم والرعاية الصحية" في باريس في 2007، لتوفير الرعاية النفسية لطالبي اللجوء السياسي (خاصة غير الناطقين بالفرنسية)، فضلاً عن تقديم المشورة الاجتماعية والقانونية. هذا وأجرت المنظمة عدة دراسات تقييمية ساهمت في كشف الخلل الحاصل في علاج المشاكل النفسية التي يعاني منها طالبو اللجوء السياسي جراء تجاربهم الشخصية السابقة أو بسبب المسار المضني لمعاملاتهم الإدارية.

8 التقرير السنوي للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 2006.

وقد استند البعـد السياسي المعلن للمشروع على نصوص اتفاقيةَ عام 1951 المتعلقة بوضع اللاجئين والتي تحدد حقوق طالبي اللجوء السياسي، لا سيمـا من حيث عدم شرعية الإعادة القسرية (للوطن). وقد رأى مناصرو هـذا المشروع فيه إبـرازاً "للإشكالية الإنسانية [...] من خلال تسليط الضوء على الترابط بين الحالة الصحية والموافقة على طلب اللجوء السياسي".[9] أما رئيس منظمة أطباء بلا حـدود، فقد عارض المشروع رافضـاً وجود "أزمة لجوء سياسـي"، مشككاً في جدوى الأهداف الطبيـة التي وضعت للمشروع، ومنتقـداً التناقضات التـي تضمنتها القرارات التنفيذيـة: "القبول اليوم بما كان مرفوضاً بالأمس، أي تقديم الرعاية إلى أعداد قليلة بتكلفة عالية، وهو أحد الأسباب التي تسببت في إغلاق عدة مشاريع في الماضي".[10] هذا وطعن آخـرون في مشروعيـة منظمة أطباء بلا حدود في اتخاذ موقف تجاه قضية الحـق في اللجوء، وبالتالي تجاه سياسـة الهجرة التي تتبعها الحكومة، مما كشف وجود انقسامات كبيرة داخل المنظمة حول هذا الموضوع.

كان تبـادل وجهات النظر الذي سبق انطلاق المشروع ينذر بصعوبات قـد تعترضـه في المستقبـل، حيـث أنه كشف عـن خلافات في الـرأي بشأن مشروعيـة منظمـة أطبـاء بلا حـدود في التحول مـن القطـاع الإنساني إلى القطـاع الاجتماعـي. وبغيـة طمأنة بعض الأعضاء القلقين مـن أن تكون المنظمـة علـى أعتـاب معركة سياسية بعيـدة كل البعد عن مجـال خبرتها، بـذل مناصرو هـذا المشروع كل جهـد ممكن لكي لا يبـدوا بمظهر المنتمين إلى حركـة معارضـة لسياسة الحكومة حيال الهجـرة.[11] ومن أجل الحد من المواجهة مع السلطات، قاموا بمضاعفة عدد الاستشارات الطبية سعياً منهم إلى تعزيـز المشروعيـة من جهة واكتسـاب الخبرات وجمـع المعلومات من جهـة أخرى. أوجـدت الأنشطة الطبية النفسية حلـولاً لمشاكل حقيقية حتى ولو أنها لم تساعد إلا عدداً محدوداً من الأشخاص (900 شخص بين مـارس/ آذار 2007 وديسمبر/كانون الأول 2010). وبالإضافة إلى ذلك، كان النطاق الضيـق للحقل الطبي الذي بإمكان المنظمـة الاستفادة منه يحد هدف هذه

9 مجلس الإدارة للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 15 ديسمبر/كانون الأول 2006.
10 مجلس الإدارة للفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود، 2006.
11 مقابلة مع رئيسة البعثة، نوفمبر/تشرين الثاني 2010.

الأخـيرة في مواجهة السلطـات. وانتهزت المنظمة عدداً مـن الفرص للقيام بهـذه المواجهة لكن دون التوصـل إلى إطار عام أكـثر تستطيع التحرك من خلالـه. أما شبكة الأمان في مجال الصحـة التي قامت السلطات بتوفيرها، فجعلـت الدفاع عن المشروع مهمة شائكة بشكل خاص، حيث أنه لم يكن وارداً في منظـور الحكومـة الفرنسية على الإطـلاق أن يُترك المهاجرين غير الشرعيين يلاقون حتفهم.

وكمـا صرح وزير الهجرة السابق إريك بيسون في ربيع عام 2009: "إن العمـل الإنساني الرامـي إلى مساعدة الأجانب الذين يعانـون من أي محنة، بغض النظر عن وضـع إقامتهم، قانوني تمامـاً".[12] وفي رسالة موجهة إلى الجمعيات أضاف أن الدولة كانت توفر "بالتعاون مع السلطات المحلية دعماً تقنياً وماليـاً هاماً يتجاوز 20 مليون يورو سنوياً، يعطَى إلى المنظمات التي تساعـد المهاجريـن غير الشرعيين والتـي تلعب دوراً إنسانيـاً ضرورياً".[13] فوضعـت الحكومة في الوقت نفسه تمييـزاً واضحاً بين المنظمات الإنسانية "الجيـدة" التي تتسم بـالسرية والهدوء وتقدم المساعدة والدعم إلى أشخاص يُعتـبرون "فائض المجتمع"، والمنظمـات "السيئة"، المناضلـة والسياسية، التـي تسعى إلى "أن تكون صوت الفقراء المقصيين".[14] وبـالتالي، فإن العمل الإنساني مشروع، طالما ابتعد عن أي انتقاد للسياسات العامة.[15]

عندما تقوم منظمة أطباء بلا حدود بـالاستجابة لمعاناة الأفراد[16] دون السـؤال عن الأسباب السياسيـة والاجتماعية وراء هذه المعاناة، ألا تحصر نفسهـا في الدور الذي تتوقعه منهـا السلطات؟ أي بعبارة أخرى، ألا تصبح أداة في يد السلطات وترعى الأشخاص المنبوذين من قبل النظام؟ من أجل

12 خطاب إريك بيسون في كاليه، 23 أبريل/نيسان 2009، راجع:
http://www.immigration.gouv.fr/spip.php?page=actus&id_rubrique=254&id_article=1568.

13 http://www.lacroix.com/illustrations/Multimedia/Actu/2009/4/8/lettreassociations.pdf

14 Didier Fassin, “Une souffrance dévoilée” in Didier Fassin, La raison humanitaire, Paris: Hautes Etudes—Gallimard-Seuil, Paris, 2010, p. 61.

15 راجع أيضاً:
Aurélie Windels, Eric Fassin, “Eric Besson et le délit de solidarité: La loi et la jungle”, Politis, 20 Apr. 2009.

16 وردت كلمة "معاناة" واحد وثلاثين مرة في التقرير السنوي لمشروع "مركز الدعم والرعاية الصحية" لعام 2009:
“Support and Healthcare Centre-Paris, 2009 Activity Report”

تجنـب فكـرة التشارك مع السلطـات في إدارة من هم "غـير مرغوب فيهم"، على منظمة أطباء بلا حدود أن تتخطى مبدأ الرعاية وأن تستفيد من دورها كخبـير في التعامـل مع المواجهات التـي تعتقد أنه مشروع لها الإنخراط فيها. لكن النطاق الواسع الذي تغطيه شبكة الأمان الصحية في فرنسا يحد مـن قدرة المنظمة علـى توجيه الانتقادات. وفي خريـف 2010، أدى هجوم البرلمـان والحكومة على قانون "الرعاية الطبية الحكومية" وعلى الحق في الإقامة للرعايا الأجانب ذوي المشاكل الصحية، إلى منح منظمة أطباء بلا حـدود مـبرراً جديداً يتيح لها اتخـاذ مواقف تتسـم بالمشروعية. وما يبرر هـذه المواقف العلنية هو الـدور الذي لعبته المنظمـة في إرساء بعض هذه الأنظمـة، فضلاً عن المخاوف حيال التداعيات المحتملة لهذه الإصلاحات على صحة الناس.

الجزء الثاني

سرد تاريخي

التزموا الصمت... وعالجوا

من الحرب الباردة إلى الحرب على الإرهاب
منظمة أطباء بلا حدود تتحدث علانية: تاريخ موجز

بقلم فابريس وايسمان

تلـزم القوانـين الوطنيــة والاتفاقــات الإطاريــة المعقودة مــع الحكومات منظمــةَ أطباء بــلا حدود بواجب الحفاظ على سريــة المعلومات في عدد متنام من البلدان، مثل إثيوبيا، وروسيا، وزيمبابوي، وسري لانكا. وتسبب هذه القيود شعـوراً بعدم الارتياح داخل المنظمة، التي تطالــب بالحق في "التحدث علانية والإدلاء بالشهــادة"، ويضطـر قادتها لاتخاذ نظرة جديـدة إلى قضية ما زالت مطروحــة للنقاش منـذ بدايتها: ما فائدة الانخراط في الجـدل العلني؟ تطورت الأجوبــة، التي شكلتها التجــارب الميدانية والتيــارات الإيديولوجية المهيمنة، على مدى السنوات الأربعين الماضية. نود أن نقدم هنا تاريخاً وجيزاً للمواقف الرئيسيــة التي اتخذتها منظمة أطباء بلا حدود أثناء النزاعات المسلحة، ضمن سياق تميز بصورة متلاحقة، بالحرب الباردة ثم انهيار النظام الثنائي القطب، وزيادة التدخلات العسكرية الدولية باسم الدفاع عن حقوق الإنسان.

1970–1980: اختيار منطق المحافظين الجدد

الحماس لمساعدة منكوبي الكوارث

بخلاف الصورة التي أشاعتها وسائل الإعلام والمنظمة نفسها، اعتنقت أغلبيــة الأعضاء المؤسسين الفكرة القائلة إن التزام الصمت ضروري للعمل.

واشـترط الميثاق الأصلي لعـام 1971 أن يمتنع الأعضـاء عن "أي تدخل في شؤون الدول"، وعن "إطلاق الحكم أو التعبير العلني عن رأي، إيجاباً أو سلباً، فيمـا يتعلق بأحداث أو قوى أو زعماء قبلوا مساعدتهم". وحين سئل الشريك المؤسس لمنظمة أطباء بلا حدود، وعقيد جهاز الإطفاء الدكتور جيرار بيجون، أثناء مقابلة مع الصحيفة الفرنسية ليست ريبوبليكان (L'Est Républicain) في 26 ديسمبر/كانـون الأول 1971: "هـل يبقى الطبيب الـذي شهد الفظائع صامتـاً؟". أجـاب مؤكداً: "يجـب أن نكون واضحين تمامـاً: لا يذهب الطبيب ليكـون شاهـداً؛ ولا ليكتب روايـة أو مقالة صحفية؛ بـل ليعالج. السرية بين الطبيـب والمريض موجـودة، ويجب احترامهـا. وإذا التزم الأطبـاء الصمت والكتمان، سوف يسمح لهم بالبقاء؛ وإلا سيبعدون مثلهم مثل الآخرين".

بـين عامـي 1971 و 1976، روجت المنظمة الوليـدة صورة غير مسيسة تستعرض شجاعة أعضائها والكفاءة التقنيـة لرعايتها الطبية. ولم ينتهك ممثـل للمنظمـة التزام السريـة الذي نص عليـه الميثاق إلا في عـام 1977. فعنـد عودة كلـود مالوريه من مخيمات اللاجئـين الكمبوديين على الحدود التايلندية، أدان علـى قناة فرنسية رائـدة "الجرائم الثوريـة" التي يرتكبها الخمـير الحمر الذين "يبيدون شرائح كاملـة من السكان باسم الإيديولوجية الشيوعيـة المجـددة".[1] ولا يكشـف أرشيـف المنظمـة شيئاً عـن المناقشات التـي استحثهـا هـذا الـكلام الصريـح، الذي أثـار جـدلاً خلافيـاً وأدى إلى تلقـي المنظمة عدة رسائل تتهـم قادتها بالترويج للأفـكار والعمل لوكالة المخابـرات المركزيـة الأمريكية. وعلـى أي حال، تعرض الالتـزام بالسرية للتحـدي رسمياً بين عامـي 1977 و 1978. وفي عام 1978، أعلن الرئيس في تقريـره السنوي أن الطاقم "سيورد في تقاريره إلى المكتب انتهاكات حقوق الإنسـان، والأحـداث غير المقبولة التـي شهدها [...]. ويتخـذ المكتب عندئذ قـراراً تنفيذياً حول إعلام الرأي العام، في الحالات التي تكون فيها المنظمة الشاهد الوحيد".

وبينما أيدت الأغلبية في المنظمة "الحق في التعبير الصريح عن الرأي"، إلا أن فريق القيادة انقسم حول الموقف الواجب اتخاذه. رأى برنـار كوشنير وبعضـ المؤسسين أن التعبير الصريح عـن الموقف يمثل الوظيفة الرئيسية

1 Anne Vallaeys, *Médecins Sans Frontières: La biographie*, Paris: Fayard, 2004, p. 236.

لمنظمــة أطبــاء بلا حـدود، التي تحتــاج إلى الحـذر من التحـول إلى منظمة "بيروقراطيــي البؤس وتكنوقـراط الإحسان".[2] أما الفعل فهـو من مسؤولية الحكومــات (الديمقراطية)، وكل ما تستطيع منظمة أطباء بلا حدود فعله هو حثهــا وتحفيزهـا عبر إثــارة اهتمام وسائل الإعلام. مـن نـاحية أخرى، أراد مـالوريــه ترسيخ التعبير الصريح عن الرأي في الممارسة المستقلة والفعالة للطـب الإنســاني، مـا كان يعني جعـل المنظمة مهنية محترفــة. وترك برنـار كوشنير المنظمة عـام 1979 حين وجد نفسه ضمن الأقلية.

مسيرة إنقاذ كمبوديا

وضــع الفريــق القيــادي الجديد على الفـور مبدأ "الحـق في التعبير عن الــرأي" موضــع التطبيــق في كمبوديــا بــين عامــي 1979 و 1980. وطالبت المنظمــة، بعـد اقتنـاعهــا بــأن البلد تجتاحــه مجاعــة وأن النظــام الموالي لفيتنــام يحول وجهــة المساعـدات الإنسانية، بإجراء عمليــة توزيع واسعة النطــاق تحت إشـراف دولي اعتماداً علــى الوصول عبر الحـدود التايلندية. وفي سبيــل هذه الغاية، دعـا قـادة المنظمــة في ديسمبر/كانون الأول 1979 إلى "مسـيرة إنقـاذ" كمبوديـا. وفي 6 فبراير/شبــاط 1980، احتشد قرابة مئة متظاهــر – منهم روني بروماـن وكلود مـالوريه من منظمة أطباء بلا حدود، وبرنــار هنري ليفي من منظمة "العمل الدولي على مكافحة الجوع" (Action Internationale Contre la Faim)، وجــون بايــز من "لجنــة الإنقـاذ الدولية" (International Rescue Committee) – علــى الحدود الكمبودية التايلندية علــى رأس قـافلــة مساعـدات غذائية. ولم تــأت كمفاجــأة حـين رُدّوا على أعقابهــم. غطــى الصحفيون الذين تجــاوز عددهم عـدد المتظاهرين الحدث تغطيــة واسعــة، وانتقدت الحكومــة الموالـيــة لفيتنام وحلفاؤهــا المظاهرة بوصفهــا مظاهرة إمبرياليــة رجعية. كما زاد الخلاف داخـل منظمة أطباء بــلا حدود، حيث اتهم بعضـ الأعضاء القيادة بـأنهــا مستغلة من الولايات المتحـدة لأغراض دعـائيــة، لا سيما عبر تعاونها مع لجنــة الإنقاذ الدولية، التي يراها كثيرون واجهة لوكالة المخابرات المركزية الأمريكية.

2 Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 248.

رد مالوريـه علـى أولئـك الذيـن يؤكدون أن عمـل المنظمـة "إنساني لا سياسـي"، بالقـول: "هذه سياسة بالمعنـى الحقيقة للكلمـة. الناس يموتون جوعـاً في كمبوديـا، ونحـن لا نستطيـع التدخـل. لـو علمتـم عـن [معسكر الاعتقـال النـازي] أوشفيتز، هل كنتم ستدفنـون رؤوسكم في الرمال"؟[3] في ذلـك الحـين، كانت هـذه الإشـارة إلى دور اللجنـة الدولية للصليـب الأحمر المثـير للجدل أثناء الحرب العالمية الثانية، علامة معيارية للحجج المقدمة مـن مالوريه وبرومـان، اللذين اعتبرا الشمولية الشيوعيـة مصدراً لعمليات الإبادة الجماعية المعاصرة. وبرأيهما، كانت حقبة "الانفراج" مجرد ستارة لإخفاء الهجـوم السوفييتي واسع النطاق على العالم الثالث. فبحلول أواخر السبعينيـات، أصبحـت منطقـة "الهند الصينيـة" السابقة برمتهـا في أيدي السوفييـت وحلفـاء الصين، وتوسـع النفـوذ السوفييتي ليصـل إلى أفريقيا (أنغـولا وإثيوبيا وموزامبيـق، الخ)، وهناك عدة حـركات ثورية في أمريكا اللاتينيـة (نيكاراغـوا والسلفـادور وغواتيمـالا)، كمـا غزا الجيش الأحمر أفغانستـان. وجدت منظمـة أطباء بلا حدود في عملهـا مع سكان مخيمات اللاجئـين، الـذي ارتفـع عددهـم مـن 3 ملايـين إلى 11 مليونـاً بـين أواخر السبعينيـات وأوائـل الثمانينيـات، أن نسبـة 90 في المئـة منهـم كانوا من الفارين من أنظمة شيوعية.

فيمـا يتعلـق بالأهداف المعلنـة للعمليات – ضمـان استقلالية توزيع المساعـدات – بـاءت مسـيرة إنقـاذ كمبوديـا بالفشـل. لكن، مثلمـا ستعلم المنظمـة بعـد عدة سنـوات، لم تكـن هنـاك مجاعـة، لا لأن الحكومة وزعت المساعـدات التـي وصلت إليها، بل لعـدم وجود نقص حـاد وواسع النطاق في الغـذاء. وخلافاً للـرأي الشائع، لم تكن حالة سـوء التغذية الظاهرة على اللاجئـين الذين وصلوا إلى تـايلاند، التي أطلقت جرس الإنذار، تمثل الوضع داخـل كمبوديـا.[4] إلا أن المسـيرة أعـادت المنظمـة إلى الواجهـة الإعلامية عـبر عمل سياسـي يحمل ثلاث رسائل على الأقـل: أولاً، أكدت المنظمة، عبر

3 Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 321.

4 Rony Brauman, “Les liaisons dangereuses du témoignage humanitaire et des propagandes politiques”, in Marc Le Pape, Johanna Siméant, and Claudine Vidal (eds), *Crises extrêmes. Face aux massacres, aux guerres civiles et aux génocides*, Paris: La Découverte, 2006, pp. 188–204..

المطالبــة بـالتوزيع المستقل للمساعدات، أن هـذه المساعدات محكوم عليها بخدمــة مصالــح السلطــة السياسية علــى حســاب السـكان، في غياب الحد الأدنــى من الاستقلاليــة. ثانياً، شددت المنظمة، عبر مخاطبــة الرأي العام، ومنــه إلى الـدول نفسها، حقيقة أن مثل هـذه الاستقلالية لا يمكن الفوز بها إلا بعـد صـراع علــى السلطة تكون فيــه صـورة السلطات أمــام العالم على المحك. ثالثاً، أظهرت المنظمة، عبر تسييس رفض الحكومة الموالية لفيتنام للمساعـدات المستقلــة، أن الاستقلاليــة لا وجود لها في البلـدان المحكومة بـأنظمــة شموليــة، حيث تتحول المساعـدات حتمــاً إلى أداة للقمع. بعد تسع سنـوات مـن إنشاء منظمــة أطباء بلا حدود علــى أساس الصمـت والكتمان والحياديــة، جعل قادتها التعبـير الصريح عن الرأي جـزءاً مهماً من العمل الإنساني، يدعم سياسات المعونة ويوسعها.

الثمانينيات: الحرب ضد الشيوعية

جسـدت إدانــة جرائــم الجيش الأحمـر في أفغانستــان رمـزاً دالاً على الطريقــة التي يمكـن بها للتعبير الصريح عن الـرأي أن يكون امتداداً للعمل الإنســاني. كان علــى المنظمة، التــي عملت مع المقاومــة الأفغانية منذ عام 1981، أن تغالب القيود اللوجستية والأمنية التي لم تنتج عن الطبيعة السرية لمهمتهــا وحسب، بــل عــن الإستراتيجيات القبليــة والسياسيــة والعسكرية لقادة الفصائل الأفغانية. "سببت لنا العلاقات مع المجاهدين مشاكل فاقت صعوبتها تلك التي واجهتنا مع الجيش الأحمر".[5] كما علقت جولييت فورنو، المنظِّمة الرئيسية للبعثة. لكن منظمة أطباء بلا حدود لم تنتقد علناً العقبات المفروضــة من المقاومــة الأفغانية؛ بــل أدانت قوات الاحتــلال السوفييتي بسبــب عمليات القصف الشاملة، وزرع الألغام، وإحراق القرى والمحاصيل. "كنــا نساعد عـدداً أكبر من الناس عـبر إدانة ما كان يحـدث هناك مقارنة بعرض المساعدة على القلة من الأفغان الذين استطعنا الوصول إليهم. وعبر تحذير الرأي العام، كنا ندفع السياسيين إلى تحمل مسؤولياتهم، وإجبارهم على التدخل لوقف المجزرة"[6]، كما شرح مالوريه بعد عدة سنوات.

5 Anne Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 417.

6 Anne Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 441.

بالنسبة لقيادة منظمة أطبـاء بلا حدود، كان "دفع السياسيين لتحمل مسؤولياتهـم" في سياق الحرب الباردة يعني دعوة الديمقراطيات الليبرالية إلى مضاعفـة جهودها في محاربـة الشيوعية.[7] ولتحقيق هـذه الغاية، قام مالوريه بعدة رحلات إلى الولايات المتحدة بين عامي 1983 و 1985، بدعوة من مفكـري المحافظين الجدد والسيناتور الجمهـوري غوردون ج. همفري. كان همفـري واحـداً مـن مشجعـي "عمليـة الإعصـار"، أي برنامـج وكالة المخابـرات المركزيـة المسـؤول عـن تجهيز المقاومـة الأفغانيـة وتمويلها مـن عـام 1979 إلى عام 1989. ومن ثم أصبحـت التغطية الإعلامية لأنشطة منظمـة أطباء بلا حـدود في أفغانستان، ونشر روايـات تجاربها، جزءاً من عملية تعزيز الجهد المعنوي التي أطلقها المفكرون المنتمون إلى المحافظين الجـدد والإدارة الأمريكية في منتصف السبعينيـات. واستغل هؤلاء الشغف السياسـي الجديد بحقوق الإنسان في أمريـكا الساعية إلى التطهر الأخلاقي (الإحيـاء الدينـي، والسخـط الشعبـي العـام علـى الفظائـع المرتكبـة في فيتنـام، وفضيحة ووترغيـت)، لاستخدام حركة حقـوق الإنسان في الحرب الإيديولوجيـة ضـد الشيوعية، ودعم المنشقـين السوفييـت، ونقابة العمال البولنديـة (Solidarność)، والموقعين على "ميثاق 77" في تشيكوسلوفاكيا، الـخ).[8] وتلقـت المنظمة التمويل عدة مـرات من صندوق المنـح الوطنية من أجـل الديمقراطيـة (NED)، وهو مؤسسـة مصممة لتصدير "القـوة الناعمة" الأمريكية عبر منظمات المجتمع المدني.

حصـل الصنـدوق على مـا دفع ثمنه. ففـي عام 1984، أنشـأت منظمة أطباء بلا حدود مؤسسة "حرية بلا حدود"، وهي مركز بحوث معنية بقضايا التنميـة وحقـوق الإنسـان. وتألفـت لجنتها العلميـة من مفكريـن ينتمون إلى اليمـين الليـبرالي ويؤيـدون التقارب ما بـين طرفي المحيـط الأطلسي، ومعظمهـم من هيئة تحرير مجلة ريمون آرون "كومينتير" (*Commentaire*). وفي عـام 1985، أقامـت المؤسسـة نـدوة بعنـوان "مفهـوم العـالم الثالـث

7 راجع على سبيل المثال:
Claude Malhuret, "*Report from Afghanistan*", Foreign Affairs, Winter 1983/84 (1983), pp. 426–435.

8 راجع:
Justin Vaïsse, *Histoire du néoconservatisme aux États-Unis: Le triomphe de l'idéologie*, Paris: Odile Jacob, 2008, pp. 155–58.

(Third Worldism) علـى المحـك"، انتقـدت أثنائهـا بحـدة مـا اعتبرتـه إيديولوجيـا مسبقـة الصنـع تهيمـن على عـالم المساعدات: يسعـى مفهوم العـالم الثالث إلى تبرير الاصطفـاف الأعمى للمنظمات غير الحكومية خلف حكومات الدول المستقلة حديثاً المتحالفة مع الصين أو الاتحاد السوفييتي باسم مناهضة الإمبريالية. "خطاب مؤسسة حرية بلا حدود متشرب تماماً بالإيديولوجيـات التـي تزعم التحـرر منها؛ وهي لا تقع خـارج [أي إطار]، بـل غارقـة في التفكير الريغاني الممالئ لأمريـكا"، كما علق ألآن غريش في مايو/أيار 1985، في عدد خاص من مجلة لوموند ديبلوماتيك.

"المساعدات الإنسانية تُستخدم للقمع لا للإنقاذ"

في الوقت الذي كانت فيه المنظمة تدين جرائم الأنظمة الشمولية، عبرت في الثمانينيات عن رأيها بصراحة في محاولة لتخليص نفسها من أوضاع سـاد الاعتقاد فيها بأن المساعدات الإنسانيـة "تمارس تأثيراً منحرفاً" إلى حـد "التواطؤ مع السياسيات المجرمـة".[9] في عامي 1984 و 1985، اجتاحت مجاعـة إثيوبيا تبعتها عملية إغاثة كبيرة مولتهـا الدول الغربية والجهات المانحـة الخاصة، بتعبئة من حملـة إعلامية غير مسبوقة بلغت ذروتها في حفلـة غنائية بعنوان "لايـف إيد" (Live Aid) نظمهـا المغني بوب غيلدوف. وفي النصف الأول من عام 1985، أدركت منظمة أطباء بلا حدود، التي كانت تديـر برامـج غذائية وعلاجية في عـدة مخيمات تؤوي عشرات الآلاف من الفارين من المجاعة، أن مراكز توزيع الطعام لم تكن سوى شراك منصوبة. فقد كانت الحكومة تستخدم المساعدات الغذائية للابتزاز، حيث لا تقدمها إلا إلى العائلات التـي توافق على المشاركة في برنامج إعادة توطين استهدف أساسـاً تفريـغ السكان من مناطق المتمردين عـبر ترحيلهم من الشمال إلى الجنوب. أما من يرفض فينقل بالقوة تحت تهديد السلاح.

ووفقـاً لتقديـرات المنظمـة، تـوفي 100,000 شخص على الأقـل أثناء عمليـات الترحيل، أو في الأشهر الثلاثـة الأولى من إعادة التوطين. فأطلقت

9 Rony Brauman, cited in Laurence Binet, *Famine and forced relocations in Ethiopia—1984–1986*, Paris: MSF International Council—CRASH/MSF Foundation, Jan. 2005, p. 64.

حملـة للتأثـير في الـرأي العـام في سبتمبر/أيلول 1985، دعـت فيها، دون جـدوى، المانحين والمنظمات الإنسانيــة إلى تشكيل جبهة متحدة للمطالبة بوقف عمليات الترحيل، التي ستتفوق على المجاعة في عدد الضحايا. وبعد شهر، طُردت منظمة أطباء بلا حدود من إثيوبيا.

وبينمــا اندمــج هذا التنديد في نهايــة المطاف مع إدانــة منظمة أطباء بــلا حـدود لكوارث الحكـم الشمولي، إلا أنــه نتج عن عملية مختلفــة جداً. إذ لم يكـن القصـد إطالة عملية الإغاثــة الطارئة، بل تحـدي استغلالها لخدمة السياســات الإجراميــة. لجــأت المنظمة إلى الـرأي العام للضغـط على الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والدول الغربية؛ أما الهدف فكان تغيير ممارسات المساعـدات الإنسانية التي تتبعها، لمنعها من تجاوز "ذلك الخط المبهم، لكن الحقيقي، الذي تتحول وراءه المساعدات للضحايا بالتدريج إلى دعم لجلاديهم".[10]

في نهاية المطاف، توحدت المنظمة أثناء الحرب الباردة مع الغرب في قضية مشتركة، عـبر إدانة الشمولية الشيوعية بوصفها أصل أفدح الكوارث الإنسانيــة، ولأنهــا تستخـدم العمل الإنســاني ضد المستفيديــن منه. وعدّت عملهــا جزءاً مــن النضال في سبيل حقـوق الإنسان والديمقراطيــة: "مع أن [الأنظمة السياسية الليبرالية] غير كاملة، إلا أنها الوحيدة في التاريخ التي سمحـت بتحقيق تقدم مهم في الحريــات والعدالة الاجتماعية."[11] في الإطار ذاته، رشحت المنظمة نفسها لنيل جائزة مجلس أوروبا لحقوق الإنسان عام 1988. وإيمانــاً منها بأن الجائزة ستعني "اعترافاً أخلاقياً يضفي مزيداً من الثقـل على تدخلاتهــا في العالم الثالـث"[12]، أكدت أنها "منـذ البداية، عملت على تشجيع حقوق الإنسان والدفاع عنها": بعملها، تستجيب "لحق السكان في الحصول على الرعايــة الطبية"، وبحضورها، تجسد "رادعاً حاسماً لمنع انتهاكات حقوق الإنسان". أخيراً، احتفظت بـ"الحق في التعبير والإعلان على الملأ الانتهاكات والفظائع التي تعرف عنها فرقها، حين تكون لوحدها في

10 Rony Brauman, *Rapport moral*, Paris: MSF, 1987.

11 Rony Brauman, *Le tiers-mondisme en question*, Paris: Olivier Orban, 1986.

12 Médecins Sans Frontières, “Candidature au prix des Droits de l’homme du Conseil de l’Europe”, 20 Dec. 1988.

المـكان حيث لا يستطيع مراقبـون من الخارج التحقيـق".[13] في عام 1989، فـاز بالجائزة، التـي تمنح مرة كل ثـلاث سنوات، ليخ فاليسـا؛ وفازت بها منظمة أطباء بلا حدود عام 1992.

التسعينيات: رهان الأممية الليبرالية

الأمل بـ"نظام عالمي جديد مبني على حقوق الإنسان"

مـع نهايـة الحرب البـاردة، بدأ التعبير عـن الرأي جهـاراً والدفاع عن حقـوق الإنسـان يكتسبان بعضـ الشرعية ضمـن الفروع الأربعـة الأخرى مـن منظمة أطباء بلا حـدود. أنشأت الفروع الأربعة أثنـاء الثمانينيات في بلجيـكا وهولنـدا وإسبانيا وسويسرا، وعارضت حتـى ذلك الحين معارضة مطلقـة ممارسـات الفـرع الفرنسي فيمـا يتعلـق بالشهادة علـى الأحداث، علـى أساس أنهـا تسيس المنظمة وتنتهـك نظامهـا الداخلـي. وبعد جدل خـلافي مريـر، قررت الفروع كلها عام 1992 حذف بنـود الميثاق التي تلزم المنظمـة بالسريـة والكتمـان وتمنعها من أي تـورط في الشـؤون الداخلية للبلـدان. وبسبـب التعقيد في إعادة اقتفاء كيفية تطـور التحدث علانية منذ التسعينيـات، التي تميزت برسائل متناقضة ومتأثرة تأثراً بالغاً بالتجارب الميدانية، وخاضعة لجدل حاد داخل المنظمة، سوف نعرض قراءة انتقائية مستمدة أساساً من تجارب الفرع الفرنسي.

في التسعينيـات، تقلصـت أعـداد مخيمـات اللاجئـين باطـراد، وبدأت المساعـدات الإنسانيـة تنشر داخـل مناطق النـزاع. بينما حلـت المشاريع واسعـة النطـاق التي تتطلـب اتفاق عـدة أطـراف متناحرة محـل المهمات السرية التي كانت تنفذ تحت حماية رجال حرب العصابات. ازداد عدد هذه المشاريـع لا سيمـا في بلدان مثـل الصومال وليبيريا، أو العـراق وميانمار والسـودان، كانت حكوماتها تعارض جوهرياً تدخل المنظمات الغربية غير الحكومية. ومع أن منظمة أطباء بلا حدود لم يكن لها قبلاً مثل هذا الحضور في خضم الحرب، إلا أنها اعتبرت عام 1992 أن "المشكلة الرئيسية اليوم هي الوصول إلى الضحايا؛ بينما تعارض السلطات أو الفصائل العمل الإنساني،

13 Médecins Sans Frontières, “Candidature au prix des Droits...”, 1988.

لأنه شاهد مزعج على الفظاعات والانتهاكات، في حين يجعل انعدام الأمن التدخل عملية خطرة باطراد".[14]

كان على المنظمة، في مواجهة هذه الصعوبات، أن تأخذ في الاعتبار الموارد والقيود المتأصلة في نمط جديد من تدويل النزاعات. ففي السنوات الخمس اللاحقة على حرب الخليج عام 1991، التي حاولت الإدارة الأمريكية ترويجها بوصفها أول عمل "للنظام العالمي الجديد"، أرسل مجلس الأمن الدولي أربعاً وعشرين بعثة لحفظ السلام، أي ما يوازي عدد البعثات التي أرسلها طوال السنوات الخمس والأربعين بعد تأسيسه. ونظراً لأن الأمم المتحدة أقامت صلة واضحة بين التهديدات الموجهة إلى السلام وانتهاكات القانون الإنساني الدولي، فقد أجازت استخدام القوة لتأمين سلامة عمليات الإغاثة، لا سيما في كردستان العراق، والصومال، والبوسنة. وبينما كان الأطباء العاملون في المجال الإنساني يتبعون تقليدياً الجيوش إلى ميادين المعارك، "أصبحت الجيوش الآن تواكب المنظمات الإنسانية إلى خط الجبهة"[15]، كما لاحظت منظمة أطباء بلا حدود بنوع من الارتباك والحيرة عام 1993.

لكن مديريها رحبوا بتدخل الأمم المتحدة والدول الغربية المتزايد في النزاعات. ومع هزيمة الشمولية السوفييتية، سيكون للدول الديمقراطية والأمم المتحدة، أكثر من أي وقت آخر "دور جوهري لتلعبه [...] في ضمان الوصول الحقيقي إلى الضحايا ووقف انتهاكات حقوق الإنسان".[16] لذلك، تحدت المنظمة على نحو متزايد الحكومات الغربية والأمم المتحدة، وانتقدت على وجه الخصوص التدخلات العسكرية التي ادعت أنها مفوضة بحماية المنظمات الإنسانية. لم تحسن هذه التدخلات دوماً فرصة الوصول إلى الضحايا. بل قدمت للقوى الغربية ذريعة لتجنب ما اعتبرته منظمة أطباء بلا حدود مسؤوليتها الرئيسية: مكافحة الانتهاكات الهائلة لحقوق الإنسان، حتى باستخدام الوسائل العسكرية.

---

14 François Jean, “Populations en danger: les propositions de MSF”, Messages, no. 5, Dec. 1992.

15 Jacques de Milliano, “Foreword”, in François Jean (ed.), *Life, Death and Aid. The Médecins Sans Frontières Report on World Crisis Intervention*, London: Routledge, 1993, p. viii.

16 François Jean, “Introduction”, in François Jean (ed.), *Life, Death and Aid*…, pp. 7–8.

إدانة ذريعة المساعدات الإنسانية

جـاء أول انتقاد مـن جانب المنظمـة لـ"ذريعة المساعـدات الإنسانية" رداً علـى التدخل الدولي في العراق. إذ استغل الأكراد والشيعة حالة الضعف التـي أصابـت النظام العراقـي في أعقاب حـرب الخليـج الأولى، وانتفضوا في مـارس/آذار 1991، لكـن الحرس الجمهوري سحـق الانتفاضة، مـا أدى إلى نـزوح أكثر مـن مليون كـردي. وتكدس النازحون على الحـدود التركية والإيرانيـة، وهـذا مـا أقلـق أنقـرة التـي خشيت مـن تدفق جماعـي كاسح للأكـراد إلى المحافظات التي يحارب فيها جيشها المتمردين. وفي الخامس مـن أبريل/نيسـان 1991، أدان مجلس الأمن الدولي قمـع السكان المدنيين العراقيـين بوصفه تهديـداً للسلم والأمن الدوليين، وطالـب العراق بالسماح للمنظمات الإنسانية الدولية بالوصول فوراً إلى جميع المحتاجين للمساعدة. استخدم الفرنسيون والأمريكيون قواتهم المسلحة في عملية واسعة ("عملية توفير الراحـة") ("Operation Provide Comfort") هدفـت إلى إنقاذ السكان وإعـادة توطينهم. من الناحية التقنية، كانـت العملية ناجحة، وقد شاركت فيهـا نحو ستين منظمة غير حكومية، ومنهـا منظمة أطباء بلا حدود. ومع ذلـك، انتقـدت المنظمة الموقف التهكمـي للدول الغربية التـي تركت الأكراد والشيعـة يتعرضـون لمجزرة، بعـد تشجيعهم على الثورة. وبـرأي المنظمة، خدمـت "عمليـة توفير الراحة" غرض "التمويه علـى الإخفاق الجزئي لحرب الخليج التي عجزت عن إنهاء حكم صدام حسين".[17]

كانـت إدانـة المساعـدات الإنسانيـة التـي قدمتها الـدول بديلاً عن الحـرب ضد الأنظمة الإجراميـة (الضمنية في حالة كردستان)، تكمن في صميـم حملة منظمة أطباء بلا حدود للتأثير في الرأي العام أثناء الحرب البوسنيـة (1992–1995). فإضافـة إلى مقتل عدد تـراوح بين 20,000 و 60,000 شخصـ[18]، أدى النزاع إلى نزوح مليونين، أي نصف عدد السكان تقريباً. ولم يكن التهجير القسري، الذي استحثته أساليب تكتيكية إرهابية مثـل عمليات القتل الجماعـي، وحرق القرى، والإعدامـات، والاغتصاب،

17 Guy Hermet, "Les États souverains au défi des droits de l'Homme", in François Jean (ed.), *Face aux crises*..., p. 191.

18 راجع:
Xavier Bougarel, *Bosnie, anatomie d'un conflit*, Paris: La Découverte, 1996, pp. 11–12.

والاعتقـال، عـاقبـة غير مباشرة للحرب، بل واحد مـن أهدافها الرئيسية. فقـد تبنى القوميـون الكروات والمسلمـون والصرب (وهـؤلاء [الصرب] تمتعـوا بتفـوق عسكـري بفضـل دعـم الجيش اليوغسـلافي)، مطامـح راديكاليـة متفاوتة الشدة بـالهيمنة العرقية علـى المناطق التي يريدون السيطرة عليها.

كانت فائدة التدخل الطبي لمنظمة أطباء بلا حدود في هذا البلد الواقع في أوروبـا الوسطـى، الذي تمتـع بنظام حديـث للرعاية الصحيـة وطواقم طبيـة مؤهلـة، هـامشية ومحـدودة. وركزت المنظمـة أساساً علـى مساعدة النازحين وتوفير الإمدادات الطبية لمناطق المسلمين المطوقة بقوات صرب البوسنة. "بغض النظر عن المساعدة المادية، رأينا حضورنا في تلك البلدات المحاصـرة عملاً رمزيـاً: الحاجة إلى أن نكون شهوداً علـى ما يحدث"، كما قـال متأمـلاً بيير سالينيـون، عضو بعثة الفـرع الفرنسي مـن المنظمة إلى البوسنة.[19]

لم تكن منظمة أطباء بلا حدود، وقد شهدت إغلاق المناطق المحاصرة التـي تكدس فيها آلاف النازحـين وتعرضت لرصاص القناصة الصرب ومدفعيتهـم، وعرفـت بمعسكرات اعتقـال المدنيين والأساليـب الإرهـابية التـي استخدمتها الميليشيات لطرد السـكان، تنوي البقاء على الحياد بين المحاصريـن والمحاصَريـن، بـين المبعدين وأولئـك الذين نظمـوا عملية إبعادهـم. وبـدءاً من أبريل/نيسان 1992، ثم أثناء زيـارة الرئيس فرانسوا ميتـيران إلى سراييفـو في يونيو/حزيـران – حيـث قال مفسـراً إن تدخل فرنسـا والأمم المتحـدة سيكـون محدداً بحمايـة المساعـدات الإنسانية – تصاعـدت حدة تصريحات رؤساء منظمة أطبـاء بلا حدود إلى الصحافة. إذ انتقـدوا "استكانـة المجتمـع الـدولي"، لا سيمـا البلـدان الأوروبية، في مواجهـة عمليـات "التطهـير العرقـي" في البوسنـة. وبـرأي المنظمـة، إن التجانـس العرقـي القسـري على أيـدي الميليشيـات الصربيـة في بعض المناطـق المعينة، أشار بدلالته إلى انبعـاث الشمولية القائمة على الإبادة الجماعية في قلب أوروبا. ولهذا السبب اعتبرت المنظمة أن العمل الإنساني للمنظمـات غـير الحكومية يبعث علـى السخرية، إن لم يُعّـد متواطئاً، نظراً

19 Anne Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 686.

لدوره المصاحب – بـل المساعد – للسياسة الإجرامية.[20] وفي عام 1992، اقترح الفرع الفرنسي أن توقف الحركة برمتها عملياتها كلها في البوسنة. ومثلما أعلن روني برومان على المحطة الإذاعية الفرنسية أر تي أل (RTL) في أبريل/نيسان 1992: "يجب قصف تلال سراييفو. يجب أن نعلن الحرب على القوميين الصرب".[21]

وإضافة إلى شبح الإبادة الجماعية المخيم، تأسست دعوة منظمة أطباء بـلا حدود إلى العمل العسكري علـى القانون الإنساني الدولي. ففي نوفمبر/تشريـن الثـاني 1992، أجرت فرق المنظمة مسحاً، هـو الأول من نوعه، شمل ستـين لاجئاً بوسنياً في فرنسـا. وفي مسعى لاقتفاء تاريخ فرارهم، وتقديم تعريـف قانـوني للعنف الـذي تعرضوا لـه، استنتـج تقرير "عمليـة التطهير العرقـي في منطقـة كازاراتش" أن "الفظائـع التي ارتكبها صـرب البوسنة والهرسـك لم تكـن مجرد انتهـاكات لحقوق الإنسـان، ولا جرائم حرب فقط، بـل جرائم ضـد الإنسانيـة، وذلك وفقـاً لتعريف محكمة نورمـبرغ". ووزع التقريـر على الصحافـة والعديد من المؤسسات، مثـل الكونغرس الأمريكي، والمقـرر الخاصـ لـلأمم المتحـدة في يوغسلافيـا. أمـا الدعـوة إلى العمـل العسكري فاتخذت صيغة مناشدة للقيام بـ"عملية دولية للحفاظ على الأمن والنظـام [..] فمن واجب الحكومـات استخدام كل الوسائل الضرورية لوقف الانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني".[22]

وعـبر الطلب من الحكومـات الغربية شن الحرب علـى الأنظمة القمعية بـدلاً من حماية عمليـات الإغاثة، دخلـت المنظمة معترك الجـدل العام في صـف المحافظين الجدد والليبراليين المؤيدين للتعاون الدولي. ومنذ سقوط جـدار برلـين، أصر هؤلاء الآخرون علـى أن الديمقراطيـات الليبرالية لديها مسؤوليـة، ومصلحـة، في استخـدام قوتهـا العسكريـة للدفـاع عـن حقوق الإنسان فيما وراء حدودها. ومن المفاجئ أن موقف منظمة أطباء بلا حدود المؤيد للتدخل في البوسنة لم يكن يستفز على ما يبدو ردود أفعال انتقامية

20 راجع على سبيل المثال:
Rony Brauman, "Introduction", in François Jean (ed.), *Populations in Danger*, London: John Libbey, 1992, p. 5.

21 Anne Vallaeys, *Médecins sans frontières: La biographie*, p. 666.

22 Françoise Bouchet-Saulnier, "Peacekeeping Operations Above Humanitarian Law", in François Jean (ed.), *Life, Death and Aid*..., pp. 128, 130.

مباشرة من جانب الميليشيات الصربية، التـي كان عليها التفاوض معها في سبيـل بقائها في يوغسلافيا السابقة. لكن الخطاب البلاغي للمحافظين الجـدد الـذي ساعدت علـى تضخيمه، تعرضـ لانتقاد حاد مـن المختصين بشـؤون البوسنة والهرسك بوصفه عاملاً أدى إلى تفاقم التطرف في النزاع. وشجعت هـذه الدعوة إلى العمـل العسكري، التي صـورت القومية الصربية بوصفهـا صيغـة معاصـرة مـن النازيـة، علـى تصعيـد الأعمـال الحربية واستخـدام القوميين الكـروات والمسلمين لإستراتيجية لعـب دور الضحية، حيـث اشتبه بـأنهم يعرضـون متعمدين سكانهم المدنيـين للخطر في سبيل الحصول على الدعم العسكري من الغرب.[23]

الصومال ورواندا: "الناس يُقتلون تحت راية العمل الإنساني"

لكـن سياسة منظمة أطبـاء بلا حدود المؤيدة للتدخل تعرضت لهزة في الصومال، حيث أدركت أن العلاج العسكري الدولي يمكن أن يصبح أسوأ من المرضـ. كانت المهمة الرئيسية التي كُلفت بها القـوات الأمريكية والأممية التي نزلت على شاطئ مقديشو في 1992–1993 هي حماية عمليات الإغاثة الإنسانية وتأمينها في وضع انتشرت فيه المجاعة وانعدم الأمن على نطاق واسع. قابلت المنظمة وصول القوات الأجنبية بموقف اتسم بالتناقض. فقد أيـد الفرع البلجيكـي رسمياً التدخل، واعتبره سبيـلاً "للوصول إلى المناطق الريفيـة، وضمان مزيد من الحماية الفعالـة [للمنظمات الإنسانية]"، فضلاً عـن "كسـر الحلقـة المفرغة مـن دفـع المـال إلى الميليشيـات". مـع انهيار الحكومـة الصوماليـة و"خصخصة" العنف إذا جاز التعبـير، أُجبرت منظمة أطبـاء بلا حـدود في الواقع على اللجوء إلى خدمات الحراس المسلحين التي يوفرها زعماء الحرب، والتي بذلك كانت تمولهم مباشرة، ما استحث انتقاد الصحفيين والموظفين. من ناحية أخرى، كان الفرعان الفرنسي والهولندي أكثر تشككاً بالدعاية الضخمة لوصول القوات الدولية، على أساس الاعتقاد بـان إستراتيجيـة الحـوار والتفاوض التـي استخدمهـا إلى الآن ممثل الأمم المتحدة الخاص يرجح أن تخلق ظروفاً تساعد على توسيع أنشطة الإغاثة.

23 راجع على سبيل المثال:
Bougarel, Bosnie, anatomie d'un conflict, p. 17.

في الأشهـر الأولى مـن عـام 1993، سمح انتشار القـوات الدولية بمزيد من توزيع المساعدات الغذائية في المناطق الداخلية من البلد، ما ساعد على احتـواء المجاعـة المنحسرة أصلاً. لكن القوات الدوليـة سرعان ما أصبحت طرفاً في النزاع، فارتكبت فظائع وانتهاكات تنأى عن الحصر، شملت قصف المستشفيـات ومنظمـات الإغاثة المحلية، وتعذيب غـير المحاربين وقتلهم، ارتـكاب مجازر ضد المدنيين. واستهدفـت الفصائل التي أعلنت عليها الأمم المتحـدة والولايـات المتحدة الحرب المنظمات الإنسانيـة، التي ارتبطت في أذهـان الناس بالقـوات الدولية. انسحب الفرع الفرنسـي من الصومال عام 1993، وأدان "الخلـط بين العسكري والإنساني" ما عرض فرقه للخطر وشوه منطـق المساعدة الإنسانية. "في الصومـال، قُتل الناس لأول مرة تحت راية المساعـدات الإنسانيـة".[24] وأقنعـت التجربة منظمـة أطباء بلا حـدود بأن الحماية الدولية المسلحة كانت مجرد شرك، وحالما انهارت الحكومة، تمثل الهـدف السياسي الوحيد للتدخل العسكري في إقامة محمية دولية، بنبرتها الاستعمارية وتكاليفها السياسية والمالية المستحيلة.[25]

بعـد التجربـة في الصومال، رسمـت المنظمة ملامـح انتقادها العلني الأول لمفهـوم التدخـل العسكـري الـدولي. وشـددت علـى حـدوده المقيدة، وإمكانية انزلاقه إلى حرب وحشية، والتأثيرات المؤذية على عمال الإغاثة، الذيـن اعتبروا مشابهين للجنـود المكلفين بحمايتهم. لكـن هذه التحفظات سـوف تجرفها بعيداً أزمة خطـرة إلى حد استثنائي اجتـاح دمارها منطقة البحيرات العظمى في قلب القارة الإفريقية في الفترة ما بين 1994 و 1997.

الدعوة إلى العمل العسكري

بين شهـري أبريل/نيسـان ويوليو/تموز 1994، تعرضـ سكان رواندا مـن قبيلة التوتسي إلى المطاردة والإبادة بطريقة منهجية منظمة. وأدركت منظمـة أطبـاء بلا حـدود بالتدريـج، بعد أن عملـت في عدة مـدن رواندية،

24 Rony Brauman, *Le crime humanitaire. Somalie,* Paris: Arléa, 1993, p. 31.

25 راجع على سبيل المثال:
Guy Hermet, "Rwanda: l'outrage humanitaire", in François Jean (ed.), *Populations en danger 1995. Rapport annuel sur les crises majeures*, Paris: La Découverte, 1995, pp. 94–95.

طبيعـة الإبـادة الجماعية الكامنة في المذابـح. ومع أن أعضاء مجلس الأمن الدولي، الذين قـرروا لأسباب مختلفة عدم التدخل، أنكروا دون لبس الإبـادة الجماعيـة، إلا أن المنظمة دعت صراحة لأول مـرة في تـاريخها إلى التدخل العسكـري الدولي ضد نظام يرتكب "عمليـة إبادة مخططة ومنهجية لطائفة بـأسرهـا".[26] وفي النصف الثاني من عام 1994، احتجت المنظمة على إعادة تشكيـل الإدارة المسؤولـة عـن الإبـادة الجماعيـة في مخيمـات اللاجئـين الروانديـين الذيـن اقترب عددهم من مليونين في زائـير وتنزانيا. وبينما لم يتمكـن الأمين العام للأمم المتحـدة من جمع القوى اللازمـة لتحييد شبكة الإبـادة الجماعيـة والاعتقال، دعت المنظمة الأمم المتحـدة والقوى الغربية إلى نـزع سلاح المخيمات، وفرض الأمن والنظـام، واعتقال المسؤولين عن الإبـادة الجماعية. وأقنع فشل هذه الجهود المنظمة بمغادرة المخيمات بين عامـي 1994 و 1995، لكـي لا تكـون "متواطئـة مع مرتكبي جرائـم الإبادة الجماعية"[27] الذين دعت إلى شن الحرب عليهم.

بعـد سنـة، تعرضت المخيمات في زائـير للهجوم واحداً إثـر الآخر من جيش النظـام الجديـد في رواندا وحلفائـه الكونغوليين. وبعـد العودة إلى المنطقـة في نوفمبر/تشريـن الثـاني 1996، دعـت المنظمـة مـرة أخرى إلى التدخل الدولي المسلح "لحماية اللاجئين وضمان الحصول على المساعدات". لكـن الـدول الغربية، التي أكدت أن أعداداً كبيرة مـن اللاجئين قد عادوا إلى رواندا، أعلنت أن الأزمة انتهـت والتدخل لن يحدث أبداً. إلا أن مئات الآلاف مـن الروانديـين رفضوا العـودة إلى بلادهم. فقد طاردهـم الجيش الرواندي وحلفـاؤه الكونغوليون دون رحمة، واستخدمـوا المنظمات الإنسانية طعماً لاجتـذاب الهاربين، لا لترحيلهمً كما حدث في إثيوبيا، بل لإبادتهم جسدياً. أدانت منظمة أطباء بلا حدود علناً المجازر وانتهاكات حقوق الإنسان التي عرفـت بهـا فرقها طـوال عـام 1997، دون أن تحقق نجاحـاً حقيقاً في حث الجهود والمساعي لوقف القتلة.

في عـام 1997، أقر رئيس الفرع الفرنسي، وهو يتذكر أن المنظمة فعلت كل شـيء بمقدورها لـ"أنسنـة اللاإنساني"، بالحدود المقيدة لأعمال المنظمة

26 نداء الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود المنشور في جريدة "لو موند"، 18 يونيو/حزيران 1994.
27 Libération, 15 Nov. 1994.

والبيانـات والتصريحـات العلنيـة في مواجهـة العنف المتطـرف: "حاولنا ألا نسبـب سـوى أقل قدر ممكن مـن الضرر".[28] ومنذ منتصـف التسعينيات، انحسـرت موجـة الفرح الغامـر في حقبة ما بعد الحرب البـاردة التي أحيت الأمـل بـ"نظام عالمي جديـد مؤسس على حقوق الإنسـان"[29]، ليحل محلها حذر مرير إلى حد ما. ومثلما أعلن فيليب بيبرسون في الجمعية العامة سنة 1996: "يجـب الحذر من الرؤية التـي يسودها جنون العظمة والتي تستهدف شـن حملـة نضال شاملة في سبيـل العدالة والديمقراطية، ومـن رؤية الأمم المتحدة للرفاه الذي يتشاركة الجميع". وبدأت منظمة أطباء بلا حدود إعادة تركيـز موقفها العام علـى سياسات المساعـدة والنأي بنفسهـا عن النزعة التدخلية الليبرالية، ووضـع مسؤولية احترام حقوق الإنسان على المستوى العالمي في عهدة الأمم المتحدة، مدعومة بـالديمقراطيات الغربية.

1999 وما بعدها: المرور بين الإمبريالية والاستبداد

حـين كانـت منظمة أطبـاء بلا حـدود تضـع أهميـة مناشداتها للأمم المتحـدة والـدول الغربية موضع المساءلـة، كان عدد التدخـلات العسكرية الدوليـة يزداد ويتعاظم. ففي مـارس/آذار 1999، شن حلف شمال الأطلسي (الناتـو) حملـة قصف جوي علـى جمهورية يوغسلافيـا الاتحادية، أجبرت الجيش الصربي الذي يروع السكان الناطقـين بـالألبانية في كوسوفو على الانسحـاب. وبعد خمسة أشهر، نزلت القـوات الأسترالية على شواطئ تيمور الشرقيـة تحـت راية الأمم المتحـدة، لتضع حداً للفظائـع والانتهاكات التي ارتكبتها الميليشيات المؤيـدة لإندونيسيا والمعارضة لاستقلال المستعمرة البرتغاليـة السابقـة. وفي مـايو/أيـار 2000، انضمـت مفـرزة مـن قـوات المظليـين البريطانيـين إلى قـوات الأمم المتحـدة المنتشرة في سيراليون، للمساعـدة على إعادة الهـدوء الهش إلى البلد المدمـر نتيجة عشر سنين من الحـرب الأهلية المستعرة. وبعد سنة، أعقـب هجمات الحادي عشر سبتمبر/أيلول على الولايات المتحدة غزو أفغانستان عام 2001، والعراق عام 2003. وفي الوقت ذاته، ازدادت عمليات حفظ السلام التي تقوم بها الأمم المتحدة،

28 فيليب بيبرسن، التقرير السنوي 1997–1996، منظمة أطباء بلا حدود، باريس.

29 François Jean, "Introduction", in François Jean (ed.), *Life, Death and Aid*..., p. 7.

حيـث شملت مهمتها الموكولة إليها الآن حمايــة السكان المدنيين (من بين المهمــات الأخرى)، وليس الاقتصار على عمليات الإغاثة الإنسانية.[30] ومع انتشــار 140,000 جنـدي وشرطـي في ستة عشر بلداً، أصبحـت قوات الأمم المتحـدة بحلول عام 2006 ثــاني أضخم جيش يعمل على الأراضي الأجنبية بعد جيش الولايات المتحدة.

تـبرر هـذا الانبعـاث في النزعة التدخليــة بالمخاوف الأمنيــة (حماية الديمقراطيــة من التهديدات العالمية مثل تفشي الأوبئة، والهجرة، والجريمة المنظمــة، والإرهــاب، الــخ)، والاعتبــارات الإنسانية (مكافحــة الانتهاكات الواسعــة لحقــوق الإنسان وتحرير السـكان من الفقر والقمــع). ومثلما أعلن رئيـس الــوزراء البريطــاني تــوني بلــير في أبريل/نيســان 1999: "لا يمكننا [أوروبــا والولايات المتحدة] أن ندير ظهورنــا للنزاعات وانتهاكات حقوق الإنســان داخل البلدان الأخــرى إذا أردنا أن نعيش بأمان". أما الأمين العام الجديـد لــلأمم المتحدة كــوفي عنان فقد بــرر إرسال القــوات الأسترالية إلى تيمــور الشرقية بمسؤولية الدول الأعضــاء في توكيد أولوية حقوق الإنسان على السيادة الوطنية. وفي معرض حث مجلس الأمن على تبني مبدأ التدخل – "مسؤوليــة الحماية" – الذي يجيــز استخدام القوة رداً على "رواندا، وعلى سريبرينيتشــا، وعلى الانتهــاكات الفظيعة والمنهجية لحقــوق الإنسان"[31]، وصــف إنشــاء المحكمــة الجنائية الدوليــة في الأول مــن يوليو/تموز 2002 بـ"التاريخــي". فهي أول محكمــة دائمة تحمل مسؤوليــة محاكمة المتهمين بارتكاب جرائم حرب ضد الإنسانية والإبادة الجماعية[32].

أشــارت الجهات المانحة، وهي تؤكـد أن الأمم المتحدة والقوى الغربية تتقاسم الأهداف نفسها مع المنظمات الإنسانية، إلى أن هذه الأخيرة تخلت عــن حيادهـا وانضمت إلى التحالفات السياسيــة والعسكرية التي توجه من نيويــورك وواشنطن. وباستثناء العراق، حيث لم توافق المنظمات الأوروبية والأمريكيــة غــير الحكومية على جــدوى استخدام القــوة وفائدتها، تحالفت

30 تمت عمليات الأمم المتحدة هذه في جمهورية الكونغو الديمقراطية (1999) وليبيريا (2003) وهايتي (2004) وكوت ديفوار (2004) وبوروندي (2004) والسودان (2005).

31 "We the Peoples: the Role of the United Nations in the 21st Century", Millennium Report of the Secretary-General of the United Nations, 2000. [http://www.un.org/millennium/sg/report/].

32 United Nations, press release, New York, 1 July 2002.

منظمـات عديدة مع القوات الدولية وشاركت في سياسات تحقيق الاستقرار (في كوسوفـو، وسيراليـون، وأفغانستان، وجمهوريـة الكونغو الديمقراطية، الخ). وشعر كثير منها أنها بهذه الطريقة تسهم في "الهدف الإنساني الحقيقي الوحيـد: تسريـع نهاية الحـرب" و"استبدال نظام مجـرم بحكومة متحضرة بأسرع وقت ممكن".[33] (حسـب تعبير المتطوع الإنساني السابق والأكاديمي مايكل بـاري، حول أفغانستان).

ومنـذ تدخل حلف شمال أطلسي في كوسوفـو، أعلنت منظمة أطباء بلا حـدود أنهـا محايدة في جميـع النزاعات التي تتدخل فيهـا القوات الدولية. وانتقـدت بشـدة وحماسة فكرة "الحـرب الإنسانية" التـي استحضرهـا توني بلـير والحلـف، بوصفها صيغة "تجعـل من الأسهل تناسـي التكلفة البشرية الناجمـة عن استخـدام القوة وعواقب انتهاك سيادة الـدول".[34] إن استخدام العمل الإنساني لتبريـر الحرب يضعف الجدل الديمقراطي ويعرض منظمات الإغاثـة إلى مخاطر الخلط بين العسكري والإنسـاني. وبرأي المنظمة، تفاقم هـذا الخلط بتدخل الجيوش الأجنبية في جهـود إغاثة المدنيين، وحقيقة أن تلـك الجيوش وصفت عمليات الحـرب النفسية كأنها مساعـدة إنسانية. إن مثـل هـذه الممارسات تثير الشـك في استقلاليـة المنظمـات الإنسانية غير الحكوميـة وفي عـدم تحيزهـا، حيث لم تعد تعتـبر خارجيـة ولا علاقة لها بـالنـزاع مـن قبل السـكان والمقاتلين المعارضـين لوجود القـوات الدولية. وأصبـح الانتقاد أكثر تطرفاً بعد مقتل خمسـة أعضاء من منظمة أطباء بلا حدود في أفغانستان (يونيو/حزيران 2004).

كلمـا تدخلت القوات الدوليـة، كانت منظمة أطباء بلا حدود تحكم على مـا تعـده استخدامـات صائبـة أو خاطئة لـدلالات العمل الإنسـاني، وتدين "إبهـام الخطـوط الفاصلة" على كل مستوى – تلك الحرب لم تكن "إنسانية"، وهـذه المساعـدات لم تكن "إنسانية"، وبعض هـذه المنظمات غير الحكومية لم تكـن "إنسانيـة" – لكـن دون أن تُظهـر بعملياتهـا أو مواقفهـا العلنيـة الاستقلاليـة التـي تزعمهـا. على سبيـل المثال، فقـدت الاهتمـام بضحايا

33 Michael Barry, "L'humanitaire n'est jamais neutre", *Libération*, 6 Nov. 2001.

34 Jean-Hervé Bradol, "Introduction", in Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of 'Just Wars': Violence, Politics, and Humanitarian Action*, London: Hurst & Company, 2004, p. 12.

الحـرب علـى الإرهــاب في أفغانستــان والعـراق. وبغض النظر عـن بعض البيانــات المعزولــة مــن رئيس الفـرع الفرنسـي، التزمت المنظمــة الصمت إزاء المجــازر التي ارتكبتهــا قوات التحالف وحلفاؤهــا الأفغان بحق آلاف الأسرى في نوفمبر/تشرين الثاني 2001 – مجازر لم تستحث المطالبة بأي تحقيـق دولي. ولم تقـل شيئاً عن إضفــاء الإدارة الأمريكيــة طابع الشرعية للتعذيب، ولا حاولت توفير الرعاية للضحايا الذين أطلق سراحهم من سجن أبــو غريب. ولا احتجت حين رفضت قــوات التحالف التمييز بين المحاربين وغـير المحاربـين، واعتبرت أن الزمــن تجاوزه ولم يعـد صالحاً في "الحرب علــى إرهــاب" – وهي حجة تبنتهــا على وجه الخصوص حكومات روسيا وكولومبيــا والجزائـر وباكستــان وسري لانكا، التي اتهمـت المنظمات غير الحكومية التي انتقدتها بتبني معايير مزدوجة.

لكـن في الفـترة ما بين 1998 و 2003، وجهـت المنظمة انتقادات حادة إلى الأمم المتحـدة على ما أظهرته الـدول الأعضاء من عدم اهتمام بالعنف في الشيشــان وليبيا والجزائر وكولومبيا، حيث حصلت الفصائل المتحاربة علــى "رخصة للقتــل"[35]، ومن ثم قلصـت فرص السـكان بالاستمرار وقدرة المنظمــات الإنسانية على مساعدتهم. كما أدانـت عجز عمليات الإغاثة عن إنقــاذ ضحايا الحـرب والمجاعة في كوريــا الشماليــة (1996–1998)، وفي السودان (1998)، بسبب خضوعها لإستراتيجيات إدارة الأزمات التي أملتها السياســات الخارجية لأكبر الأطراف المانحــة (الولايات المتحدة، والاتحاد الأوروبي، واليابان).

منظمة أطباء بلا حدود والحماية: هل القضية معلقة أم مغلقة؟[36]

لكن عبر فضــح جرائم الحرب واختلاس المساعـدة الإنسانية أو عرقلتها، ربمــا كانـت المنظمة في الحقيقة تشجـع استخدام التدخل العسكـري الدولي أو اتخــاذ الإجراءات القانونية بحـق مرتكبي هذه الانتهاكات. واستحث هذا البعد الجديد من التعبير الصريح عن الرأي ردود أفعال مختلفة تماماً ضمن كل فرع.

35 Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of 'Just Wars'*, p. 18.

36 Judith Soussan, *MSF and Protection: Pending or Closed? Discourses and practice surrounding the 'protection of civilians'*, Paris: CRASH/Foundation MSF, July 2008.

وقـد رأى البعضـ في ذلك خطوة مقدمة؛ وبـرأي أحد محامي المنظمة، كان التهديـد بـالإجراء القـانوني (والعمل العسكري) "يمثل أداة أقوى من تلك التي في متناولنا حالياً، [...] ويمكن أن يمنحنا قوة دافعة في التفاوض مع أولئـك المتحكمين بـالسلطة، لتقديم علاج أفضل إلى المدنيين تحت سلطتهم، أو للحصـول على الإذن بتوفير المساعدة الإنسانية للسكان".[37] لكن مؤيدي هذا الـرأي اعتقدوا أن العمليات العسكرية لحمايـة المدنيين لم تكن نظامية ومنهجيـة إلى حـد كاف، ووُجهت إلى حد كبير من قبـل الأجندات السياسية الخفية، مـا قلص تـأثيرهـا كثيراً.

لـهذا السبب قـامت المنظمة بحملة من عـام 1998 إلى عـام 2005 لإقنـاع الأمم المتحـدة والدول المشاركة في العمليات العسكرية في البوسنة ورواندا بتعيـين لجـان تحقيـق، بحيث يمكنهـا "تعلـم الدروس من هـذه الإخفاقات الذريعـة، لتوقـي وقـوف الجنـود الذين انتشـروا ضمـن العمليـات الدولية المخـادعـة في المستقبـل موقف المتفـرج – وقد ربطت أيديهـم وأرجلهم – وعدم فعل شيء في مواجهة السياسات الإجرامية".[38] استحثت منظمة أطباء بـلا حـدود الأمم المتحـدة وأعضاء مجلس الأمن على تبني "مبـدأ عسكري حـول حماية السكان"، ليصبح مـن الممكن "ترجمته إلى إجـراءات وأهداف عسكرية" [مفصلة وملموسة].[39]

ظهـر خط آخـر من التفكـير أكثر تشـككاً بتجريم وعسكـرة الكفاح ضد الانتهـاكات الواسعـة لحقـوق الإنسـان. ومثلما علـق أحد ممثلـي المنظمة: "إن أي جنـدي روسـي في الشيشان، أو رئيس فصيلة في الكونغو، أو جندي أمريكـي في أفغانستـان، وفي الحقيقـة كل أولئـك الذيـن يشعـرون بالقلق، مـبرراً كان أم لا، مـن أن عليهـم يومـاً مـا تحمـل مسؤوليـة أفعالهـم أمام محكمـة، سوف يرون في المحكمة الجنائية الدوليـة بـاعثاً محفزاً على إزالة

37 Kate Mackintosh, "The development of the International Criminal Court: some implications for humanitarian action", *Humanitarian Exchange Magazine*, Issue 32, Dec. 2005.

38 Jean-Hervé Bradol, "Une commission d'enquête sur Srebrenica!", *Le Monde*, 13 July 2000.

39 Françoise Bouchet-Saulnier, "Les actions militaro-humanitaires: vrais problèmes et faux débats", Coëtquidan colloquium on international humanitarian law, organised by the French Ministry of Defence, May 2001.

أي وجـود للمنظمـات الإنسانية[40]، لا سيما وأن المدعـي العام (والمنظمات غـير الحكومية التي تؤيد عمله) دعا صراحة المنظمات الإنسانية إلى تقديم المعلومـات لمساعدته على تقرير جـدوى إجراء تحقيق وإعـداد القضايا.[41] واقـترن مع هذا الجدل الخلافي نقاش حاد حـول الفضائل السياسية لنظام العدالة الجنائية الدولية.[42]

في الإطـار ذاتـه، نـزع أولئـك الذين يتبنـون هـذا الـرأي إلى التفكير بأن الحمايـة المسلحـة للمدنيـين في النزاعات ليست سوى فخ مميـت مثل الحماية المسلحـة لعمـال الإغاثـة. في الممارسة العمليـة، كانت حمايـة السكان تعني احتـلال بعض أجزاء البلد أو كلهـا و/أو قلب نظام الحكـم المستبد. وشمل هذا بحـد ذاته عمليـة حربية، مع مـا يصاحبها مـن مجازفة بالفشـل، والتصعيد، والخسائـر في الأرواح. علـى سبيـل المثال، سـرع تدخل حلف شمـال الأطلسي في كوسوفـو نزوح مئات الآلاف مـن السكان في مارس/آذار وأبريل/نيسان مـن عـام 1999. أمـا الأربعون ألـف جندي الذين نشـروا بعد انسحـاب الجنود الصرب في منطقة تبلغ مساحتها ضعف مساحة أحد أقاليم فرنسا، فقد فشلوا في منـع ردة الفعل العنيفة من القمع التـي أدت إلى طرد شرائح سكانية كبيرة مـن الأقليـات الصربيـة والبوسنيـة والرومانية مـن المقاطعة. وبـرأي أولئك المسؤولـين في منظمـة أطبـاء بلا حدود، فـإن "الدعوة إلى الحمايـة العسكرية للسـكان تدل علـى الرغبة في شن 'حـرب عادلة' وفي قيام نظـام عالمي جديد بواسطـة العنف – وتلك مهمة كانت نتائجها غامضة دوماً، كما توجد ضحايا بـين النـاس الذين تحاول إنقاذهم".[43] فضلاً عن ذلـك كله، أكدوا أن المنظمة لا يمكن أن تعتبر محابية للعمل العسكري المسلح دون تعريض فرصتها للوصول إلى مناطق الأزمات للخطر.

40 Eric Dachy, "Justice and Humanitarian action: A Conflict of Interest", in Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of 'Just Wars'*…, p. 318.

41 International Coalition for the ICC, "The role of NGOs", http://www.iccnow.org/?mod=roleofngos, consulted on 2 Apr. 2009.

42 راجع على سبيل المثال:
Fabrice Weissman, "Humanitarian aid and the International Criminal Court: Grounds for divorce", *Making Sense of Sudan*, http://blogs.ssrrc.org, July 2009.

43 Fabrice Weissman, "Not In Our Name: Why Médecins Sans Frontières Does Not Support the 'Responsibility to Protect'", 2010, *Criminal Justice Ethics*, 29: 2, pp. 194–207.

دارفور: عودة إلى ميثاق عام 1971؟

وهكـذا، رأى بعضـ الأعضـاء في منظمـة أطبـاء بلا حـدود أن النبرة العسكريـة والعقابيـة التـي تبناهـا دعـاة النزعـة التدخليـة الليبرالية، قد وجهتها نحو أخلاقية قمعية من المستبعد أن تشجع العمل الإنساني وحقوق الإنسـان. بينمـا عدها آخرون مصـدراً واعداً يمنح بيانـات المنظمة العلنية مزيـداً من التأثير والقوة. وأثبتت أزمة دارفور أن النزعة التدخلية الليبرالية يمكن أن تمثل نقطة قوة وموطن ضعف في آن معاً.

منذ عام 2003، كانت منظمة أطباء بلا حدود حاضرة في النزاع السوداني بـين الحكومـة المركزيـة والمتمردين المكافحـين ضـد التهميش السياسـي والاقتصـادي لمنطقتهم، ولم تتمكن من نشر سوى عشرة أشخاص في دارفور في بدايـة عـام 2004. وعملـت الحكومـة، التي شنـت حملة بـالغـة العنف ضد القاعـدة الاجتماعية للتمرد، على الحد من المساعدات الإنسانية. وفي فبراير/ شبـاط 2004، استطاعـت المنظمـة توفـير مساعـدات أساسية لقرابـة 65,000 شخص، في وقـت قدرت فيـه الأمم المتحدة عدد المهجرين مـن قراهم نتيجة المجازر وسياسة الأرض المحروقة التي رعتها الحكومة بأكثر من مليون.

في أوائل مـارس/آذار، اعتقدت فرق المنظمة أن التعبير الصريح والعلني عن الرأي هو الطريقة الوحيدة لإطلاق عملية إغاثة كافية لتلبية احتياجات دارفـور، ودفع الحكومـة السودانية إلى وقف الجوانـب الأكثر فتكاً ووحشية في إستراتيجيتهـا لمحاربـة التمـرد. لكـن منسـق الأمم المتحـدة للشـؤون الإنسانيـة في السودان هـو الذي كسر حاجز الصمت: ففـي 19 مـارس/آذار 2004، نبـه الصحافة إلى حدة العنـف والمعاناة، مقارناً الكارثة في دارفور بكارثـة رواندا عـام 1994. وأثناء مراسـم إحياء الذكـرى السنوية العاشرة لبدء حملة الإبادة الجماعية في رواندا التي أقيمت في كيغالي في 7 أبريل/ نيسـان 2004، حث كـوفي عنان المجتمـع الدولي على عدم تكـرار الأخطاء المرتكبة في رواندا. ودعا الدول الأعضاء إلى استخدام الوسائل العسكرية إذا استمرت الحكومة السودانية في تقييد وصول المنظمات الإنسانية ومحققي انتهاكات حقوق الإنسان إلى دارفور.[44]

44 راجع: UN press release, 7 Apr. 2004.

ترافقـت تصريحـات ممثلي الأمم المتحـدة مع حملة قويـة للتأثير في الـرأي العـام في الولايـات المتحـدة (في الوقـت الـذي تفجـرت فيه فضيحـة التعذيـب في سجـن أبـو غريـب)، للمطالبـة بتدخـل عسكـري لوضـع حـد "للإبـادة الجماعيـة" أو حملـة "التطهـير العرقـي".[45] وفي يوليـو تمـوز 2004، عرضت بريطانيـا وأستراليا والنرويـج وضع قوات تحـت تصـرف الأمم المتحـدة، وفي سبتمبر/أيلـول 2004، أعلـن وزيـر الخارجيـة الأمريكي كولن بـاول أن عمليات إبـادة جماعية قد ارتكبت فعـلاً في دارفـور، وربمـا تستمـر. وفي الوقـت ذاتـه، هدد نـاطـق بـاسم الحكومـة السودانيـة في الجمعيـة الوطنيـة بـ"فتـح أبـواب الجحيم"[46]، مستحضـراً العـراق، في حـال حـدوث غـزو أجنبـي لبـلاده. بينمـا أكـد الرئيـس السوداني عمر البشير بـأن "المنظمـات الإنسانية هـي العدو الحقيقي" [47] للسودان.

لكـن هذا الضغـط الدولي أسهـم في تراجع حدة العنـف إلى حد بعيد وفتـح المجـال بشـكل غير مسبـوق في شمـال السـودان أمـام منظمات الإغاثة. وبدءً مـن شتاء 2004، نشرت المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحـدة أكثر مـن 13,000 من العاملين في المجـال الإنساني، 900 منهم من الأجانب. وبحلول أواخر العام، كان لدى منظمة أطباء بلا حدود أكـثر من 200 متطوع أجنبي يعملـون في خمسة وعشرين مشروعاً تقدم الخدمـات إلى قرابـة 600,000 شخص. وفي معظم المخيمـات، تراجعت معـدلات الوفيات وسوء التغذية بثبـات، لتنخفض عن عتبة الطوارئ في بدايـة عام 2005. وكان ذلـك أمراً غير مسبوق في تاريـخ الحرب الأهلية السودانية، حيث أعقبت المجازر مجاعات انتشرت على نطاق واسع.

وبينما جعل كل من التعرض للأزمة والتعبئة الإعلامية والدبلوماسية اللاحقـة من الممكن تحقيق هذا الانفتاح، انقسمت منظمة أطباء بلا حدود حـول الموقـف الواجب اتخـاذه فيما يتعلق بحملـة الرأي العـام المطالبة

45 راجع:
Fabrice Weissman, "'Urgence Darfour'. Les artifices d'une rhétorique néoconservatrice", in Olfa Lamloun (ed.), *Médias et islamisme*, Beirut: Presses de l'IFPO, 2010, pp. 113–132.

46 AFP, 19 Sept. 2004.

47 AFP, 29 Oct. 2004.

بالتدخل العسكري الدولي لـ"وقف الإبادة الجماعية" في دارفور. ولم يعتقد أي فـرع بـأنه يـرى سياسة إبادة مشابهة لتلـك الملاحظة في رواندا. ومع ذلك، شعر الفرع الفرنسي وحده أن من الضروري النأي بنفسه عن الخطاب السائد الذي تبنته غالبية المنظمات غير الحكومية.

في يونيو/حزيـران 2004، نشـر الفرع الفرنسي نتائـج مسوح الوفيات السابقـة التـي أجراها في مخيمـات النازحـين. وكانت هـذه أولى البيانات الميدانيـة الوبائيـة التـي تناقض زعـم الحكومة بعـدم حـدوث أي مجازر، وأظهـرت أن الميليشيـات المؤيـدة للحكومة قتلت عدة آلاف مـن الأشخاص (نسبة تراوحت بين 4 و 5 في المئة من السكان الأصليين للقرى التي تعرضت للهجـوم) في أثناء حملة محاربـة التمرد. لكن الفرع دحض توصيف الإبادة الجماعية، وشكك في وجود عقائد وبرامج للإبادة العرقية في السودان. وشدد علـى الحاجـة الملحة إلى توسيع عمليـات الإغاثة الإنسانية، بعـد أن أوقفت الحكومة الآن معظم الجوانب الأكثر وحشية لحملتها، وبعد أن أصبح الإسهال وسوء التغذية من أكثر أسباب الوفيات شيوعاً. أما الرأي القائل بوجود إبادة جماعية فهـو نتيجة "لتشويهات وتحريفات دعائية"، كما كتب رئيس الفرع الفرنسـي، مدينـاً "بعض منظمات حقـوق الإنسان" بسبـب محاولتها فرض "نظام سياسي دولي جديد حيث تخضع الانتهاكات الخطيرة لحقوق الإنسان إلى تدخـل دولي نظامـي ومنهجي، ومسلح إذا دعت الحاجة".[48] وبذلك، ضلل المروجون للزعم القائل بحدوث إبادة جماعية الرأي العام والقوى السياسية فيمـا يتعلق بـالإجراءات الضرورية المنقذة للحياة. أما الوضع فكان بحاجة إلى تدفق من المساعدات الإنسانية – لا القوات.

اعتقـد رؤسـاء الفـرع الفرنسـي أن أي تدخل عسكـري دولي يهدف إلى احتلال جزء من السودان أو قلب نظام الحكم فيه سيكون كارثة، مثلما حدث في العراق والصومال، في الوقت الذي انخفض فيه مستوى العنف انخفاضاً حـاداً. لكـن مديـر العمليـات في الفـرع الهولنـدي تبنـى الـرأي المعاكس. فباستخـدام الخطـاب البلاغـي الـذي طورتـه منظمـة أطباء بـلا حدود في البوسنة، أعلن أن المجتمع الـدولي لن ترضيه سياسة المساعدات الإنسانية وحدهـا في دارفور. ثم استخدمت ملاحظاته من مؤيدي التدخل، مثل كاتب

48 Jean-Hervé Bradol, Le Quotidien du Médecin, 19 July 2004.

صحيفة نيويورك تايمز نيكولاس كريستوف، الذي أكد أن "جهود المساعدات الإنسانيــة تسمــح دعـم الضحايا بحيـث يمكن قتلهـم وبطونهـم مليئة".[49] وبينمــا أدانت حملة الرأي العام جرائم الاغتصاب التي ارتكبتها المليشيات المؤيـدة للحكومة بوصفها جزءاً من إستراتيجية "تطهير عرقي"، نشر الفرع الهولنـدي تقريراً في مـارس/آذار 2005 يوثق أكثر من 500 حـالة من حـالات العنـف الجنسي ويطالـب بوقف الحصانة التي يتمتع بهـا المجرمون. وبعد بضعــة أسابيــع، اتخذ مجلس الأمن الدولي قـراراً بإحالة أزمــة دارفور إلى المحكمــة الجنائية الدوليــة. وفي مـارس/آذار 2009، قـررت المحكمة اتهام الرئيس السـوداني عمر البشير بـارتكاب جرائم حرب وجرائم ضد الإنسانية. ثـم طُـرد الفرعــان الفرنســي والهولنـدي، إلى جانـب تسع منظمــات دولية غـير حكوميــة، اتهمتها الحكومة "بانتهاك مبادئ العمـل الإنساني [...] عبر التعاون مع ما يُسمى بالمحكمة الجنائية الدولية".[50]

أصــاب طرد الفرعين المتهمين بالتعاون مع محكمة الجنايات الدولية، ورفض كثير من البلدان التي تعمل فيها المنظمة للمحكمة، المنظمة برمتها بالصدمــة. فمنذ عام 2009، كانت منظمــة أطباء بلا حدود مترددة أكثر من أي وقـت آخـر في التحـدث علانيــة عن الأزمــات التي تتدخل فيهــا، نتيجة الخـوف من استخـدام كلماتها لتبرير الحـرب أو القيــام بملاحقات جنائية دوليــة، ومن ثم تعريض حضورها للخطر. أما شكوك بعضهم بنظام العدالة الجنائية الدولية والحماية المسلحة للسكان المدنيين، فقد ساعدت في تبرير سياسة سيوافق عليها الدكتور بيجون: التزموا الصمت... وعالجوا.

يرى بعض أعضاء المنظمة في هذه العودة إلى ميثاق عام 1971 خطوة سياسيــة كـبرى إلى الوراء. ويشـيرون إلى أن المنظمة، لـولا التعبئة الدولية حـول دارفور، لما تمكنت قط من توسيع عملياتها، ولقي عشرات الآلاف من السودانيـين حتفهم على الأرجح بسبب الجوع والعنف المتواصلين. بكلمات أخـرى، حتـى لـو لم تكسـر الأمم المتحـدة حاجـز الصمت في مـارس/آذار 2004، كان علــى المنظمة أن تعبر عن موقفها صراحة ولو عنى ذلك تأجيج

49 The New York Times, 6 April 2005.

50 "Sudan expels 10 aid NGOs and dissolves 2 local groups", Sudan Tribune, 5 Mar. 2009

الدينامية السياسية المؤدية إلى احتمال فرض عقوبات جنائية أو عسكرية على القيادة السودانية. وأكثر من ذلك، فقد أكدوا أن منظمة أطباء بلا حدود برمتها فقدت فرصة بناء تحالفات سياسية فيما وراء القوى الغربية والأمم المتحدة، عندما لم تبذل جهداً متناغماً لإدانة جرائم النظام والأكاذيب الدعائية للمحافظين الجدد.

في وقت تغدو فيه البلدان أكثر اهتماماً من قبل بصورتها الدولية – إلى حد تقنين عدم تسامحها مع النقد في الإطار التعاقدي أو التشريعي– تتردد منظمة أطباء بلا حدود في استغلال قدرتها على التحدث علانية. وخوفاً من أن تعتبر صاحبة مصلحة في العمليات القانونية أو العسكرية، ومن ثم تضحي بقدرتها على الوصول إلى مناطق النزاع، تميل إلى ترك المنظمات الدولية الأخرى تتحدث نيابة عنها، على أمل تمييز نفسها بوصفها "شرطة لغوية" عبر اقتفاء سوء استعمال الدلالات الإنسانية. وبذلك، تعاني لإثبات فرادتها، وإظهار عملياً الاستقلالية التي تطالب بها.

بنيت مواقف منظمة أطباء بلا حدود العلنية على تجاربها الميدانية، واستخدام الأطر الإيديولوجية للحظة، أملاً بتعزيز سياساتها الهادفة لمساعدة السكان وإطالة أمدها. وبعد أن تأثرت بمدرسة المحافظين الجدد الفكرية في السبعينيات والثمانينيات، ثم مالت نحو الأممية الليبرالية في التسعينيات، يجب على المنظمة الآن وضع سياسة خاصة بها اعتماداً على رفض التضحية[51]، واختيار تحالفاتها لأغراض وظروف معينة. ومع انضمام الديمقراطيات الليبرالية والأمم المتحدة – التي اعتمدت عليها في الثلاثين سنة الأولى– إلى الحرب، تجبر المنظمة الآن على تنويع دعمها الدبلوماسي والسياسي دون إهمال رفاق الدرب القدامى (وكالات الأمم المتحدة، وجماعات حقوق الإنسان، والدبلوماسية الغربية، والمنظمات الإنسانية غير الحكومية الأخرى). وإذا أرادت تقديم مساعدات فعالة وغير متحيزة، يجب عليها النأي بنفسها بالتساوي عن الإمبريالية الليبرالية في مجتمعات أصولها، والاستبداد في العديد من البلدان حيث تتدخل.

51 Jean-Hervé Bradol, "The Sacrificial International Order and Humanitarian Action", in Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of 'Just Wars'*..., pp. 1–22.

لقـد أظهـرت التجربة أنها لا يمكـن أن تنجح إلا بدعـم التحـالفات السياسية والدبلوماسيــة الملائمــة للظـروف، التــي تُحشـد عبر الانخـراط في المجال العام، حيث يصبح العمل الإنساني بدونه مجرد أداة في خدمة السلطة.

رعاية الصحة

بقلم جان هيرفي برادول

تمثلت الخطوة الأولى التي اتخذها مؤسسو منظمة أطباء بلا حدود في إنشاء منظمة تتكون "حصرياً من أطباء وعاملين في القطاع الصحي"، لمساعدة "ضحايا الكوارث الطبيعية، والحوادث الجماعية، وحالات النزاع المسلح".[1] خلال أول جمعية عامة وضع هؤلاء ميثاقاً[2] تضمن المبادئ الهادية لعمل المنظمة. استُلهمت مبادئ عدم التحيز والحياد والاستقلالية هذه من مبادئ الصليب الأحمر، وشملت فيما بعد أخلاقيات مهنة الطب.

وفي مستهل السبعينيات، كانت النزعة السائدة بين المنظمات غير الحكومية تتمثل في توسيع نطاق العمل ليتجاوز حد توفير الرعاية الصحية للمرضى، ويشمل تعزيز الصحة عموماً. فإن منظمة أطباء بلا حدود تميزت عن غيرها من المنظمات الإنسانية الدولية نظراً لتركيزها على حالات الأزمات ورعاية المرضى. إلا أن هدفها في توفير الرعاية على مستوى مجمل السكان شكل دليلاً مبكراً على طموح تجاه الصحة العامة. لم يعد هذا الطموح، الضمني في النسخة الأولى من الميثاق (عام 1971)، على حاله في النسخة الثانية (عام 1992)، التي أشارت بطريقة ظاهرة وصريحة إلى "السكان في حالة الخطر".

1 أول ميثاق لمنظمة أطباء بلا حدود حُرر في عام 1971، أرشيف المجلس الإداري لمنظمة أطباء بلا حدود، باريس.

2 ميثاق منظمة أطباء بلا حدود، المُعدّل في عام 1992: http://www.msf.fr

قد تكون تعابير مثل "منظمة غير حكومية"، و"بلا حدود"، و"استقلالية"، و"عمـال الإغاثة الإنسانيـة" مضللة. فهي توحي ضمناً بـأن منظمة أطباء بـلا حدود قـادرة وحدها على تحديـد أهدافها واختيار الأنشطـة التي تُنفذ لتحقيقهـا. لكـن لا وجـود في الواقـع للمنطقـة المحايـدة الخاويـة. فمهما تفاقمت حالة عدم الاستقرار، لا بد لأي وجود عمل إنساني، لا سيما الأجنبي، أن يشمل بالضرورة مفاوضات مع السلطات المحلية، السياسية والصحية، أكانـت ممثلـة بحاكـم للمنطقـة، أو مسؤول صحـي، أو ضابـط مسؤول عن ميليشيا، أو مختار قرية، أو زعيم عصابة في إحدى المدن العشوائية. فكيف تمكنـت منظمة أطباء بـلا حدود من التفاوض على ضـم منظمة جديدة من الأطبـاء الممارسين في مجال الصحة العامة؟ لا يـروي هذا الفصل حكاية؛ لكنـه يصـف رحلـة عبر أربعـين سنة مـن التاريـخ تُشاهد من ثـلاث زوايا مختلفة: الخطاب، والبعثات الميدانية، وإدارة التطوير المؤسسي في المنظمة.

أبصر حقل الصحة العامة المعاصر النور في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكيـة في القرن التاسع عشر، في أثناء حقبة من الإصلاح الاجتماعي، وتطور المعرفـة المرتبطة بانتقال الأمراض المعديـة ومكافحتها: "الصحة العامـة[3] هـي علم وفن الوقايـة من الأمراض، وإطالة أمد الحيـاة، وتعزيز الصحـة الجسدية والقـدرة والكفاءة، من خلال الجهـود المجتمعية المنظمة لنظافـة البيئـة، ومراقبـة الأمراض المعديـة، وتثقيـف النـاس بالنظافـة الشخصيـة، وتنظيم خدمات الرعاية الصحية في سبيـل التشخيص المبكر، والعـلاج الوقائي من الأمراض، وتطوير الإجراءات الاجتماعية التي تضمن لـكل فرد في المجتمع مستـوى معيشياً لائقاً للحفاظ علـى الصحة".[4] يعود هـذا المفهوم للصحـة العامة إلى بداية القرن العشريـن، ومـازال مستمراً في إلهام السياسات الصحية حتى اليوم.

شهدت المـدة التي ندرسها في هذا الفصـل (1971–2011)، اضطرابات جيوسياسيـة كـبرى، شملـت إنهـاء الاستعمـار، واحتـدام الحـرب الباردة،

3 Charles-Edward Amory Winslow, "The untilled fields of public health", Science, 1920, 51: 23–33.

4 Charles-Edward Amory Winslow, "The untilled fields of public health", Science, 1920, 51: 23–33, quoted in Karen Buhler-Wilkerson, "Public health nursing: in sickness or in health?", *American Journal of PublicHealth*, 1985, 75: 1155–1161.

وانهيـار الاتحاد السوفييتـي، وانضمام الهند والصـين إلى منظمة التجارة العالمية، وبروز البرازيـل بوصفها لاعباً عالمياً، وتوسّع الاتحاد الأوروبي. ونتيجـة لهذه التطورات، اتخـذت الصحة العامة بالتدريج بعداً تجاوز الأطر الوطنية، كما تجاوز أطر الصحة في فترة الاستعمار، والتعاون الثنائي بين الحكومـات، والتعـاون الإقليمي بين الدول. وتلاقى كل مـن الصحة العامة وطـب المناطق المدارية والعلـوم الإنسانية والسياسية معـاً لإيجاد مفهوم "الصحـة العالميـة". وأصبحت الصحة العابرة للحـدود الوطنية، وهو تعبير أكـثر ملاءمـة لوصـف هذا الارتقـاء، المجال الـذي دخلت فيـه المؤسسات، العامـة أو الخاصـة، المحليـة أو الوطنيـة أو الإقليميـة، الدوليـة أو العابرة للحدود الوطنية، في مناقشـات متوترة غالباً حول وضع المعرفة، واختيار المعايير، وترتيب الأولويات، وتقييم النتائج، وتوزيع الموارد المتاحة.

وبالنسبـة للمنظمـات العاملة في الميدان، كان هـذا التقدم في الصحة العابـرة للحـدود الوطنيـة يعني تحديد موقعهـا إزاء سلسلة مـن المبادرات المقـررة داخل مؤسسات، مثل جمعية الصحـة العالمية تعمل على المستوى العالمي.[5] دعيت المنظمات غير الحكومية إلى مساعدة الحكومات على جعل الحملات الرئيسية للأمم المتحدة حقيقة واقعة: مثل برنامج التلقيح الموسّع (منظمة الصحة العالمية، 1974)، وقائمة الأدوية الأساسية (منظمة الصحة العالميـة، 1977)، وضمـان الحصـول علـى الرعايـة الصحيـة الأولية على الصعيـد العالمي بحلول عام 2000 (المؤتمـر الدولي بشأن الرعاية الصحية الأوليـة المنعقد في ألما آتا، 1978)، ومبادرة باماكو التي تهدف إلى تسريع استفـادة سـكان القارة الأفريقية من الرعاية الصحيـة الأولية (تعهد وزراء الصحـة الأفارقة في الـدورة 37 للجنة الإقليمية لمنظمـة الصحة العالمية، 1987)، والمبـادرة العالميـة للقضـاء علـى شلـل الأطفال (جمعيـة الصحة العالمية، 1988)، والأهداف الإنمائية للألفية المعنية بالصحة (قمة الألفية، مقر الأمم المتحدة، نيويورك، 2000).

مـا هو الدور الذي يجـب على منظمة أطباء بلا حـدود القيام به حيال تنفيـذ السياسات الكـبرى للصحة العامة؟ كان هذا السـؤال موضوعاً لجدل محتـدم منذ انعقـاد أول جمعية عامة للمنظمة عـام 1972: "هنالك موقفان

5 تتم إدارة منظمة الصحة العالمية من قبل 193 دولة عضو تجتمع كل سنة خلال جمعية الصحة العالمية.

متعارضان: الأول يقدم الحجة لصالح رعاية طبية توفر من خلال متطوعين يمكـن حشدهـم على جنـاح السرعة لتنفيـذ مهمات قصـيرة [...]. والثاني دعمـه متطوعون عـائدون من بنغلاديش وجمهوريـة فولتا العليا [بوركينا فاسـو الآن]، ودافـع عـن مبادئ التدخـل في الوضع الطـارئ الآخر: افتقار العالم الثالث المزمن إلى الرعاية الطبية".[6]

في مستهل السبعينيات، تم التعامل مع هذا الانقسام في الرأي بواقعية براغماتيـة. فلكـي تتمكـن منظمة أطباء بـلا حدود من الاستمـرار، وتحظى بالاعـتراف أيضـاً، تمثلـت أولويتهـا في إرسـال عـدد متزايـد مـن الأطباء والممرضـين إلى الميـدان. وهذا هو الأساس المنطقـي الكامن خلف عرضها لتوفير أفراد من الطاقم الطبي للعمل مع المنظمات الأخرى (الصليب الأحمر واليونيسيـف ومفوضيـة الأمم المتحدة السامية لشـؤون اللاجئين ومنظمة فريـر دي أوم (Frères des Hommes) وغيرهـا)، فضلاً عن وزارات الصحة، وحتـى وزارة التعـاون الفرنسية، مثلما جرى في هـذا المشروع الذي خضع للنقاش عام 1973: "في اليمن، ستبني الحكومـة المستشفى وتتولى منظمة أطباء بلا حدود إدارته [...]. يمكن لهذا النوع من المهمات أن يجعل المنظمة لاعبـاً دوليـاً [...]. فضلاً عن ذلك، يمكـن تطويره بواسطـة أطباء شباب في إطار الخدمة المدنية الإلزامية".[7]

مقاومة الشمولية ودعم الحملات الكبرى للأمم المتحدة

خـلال الثمانينيـات، تضاعفت بعثـات المنظمة ومهماتهـا الميدانية. واستمـرت المخـاوف علـى بقائهـا في بيئـة ازدادت فيها حـدة المنافسة، وشهـدت تأسيـس منظمات طبية غـير حكومية مثل منظمـة "أطباء العالم" (Médecins du Monde) (1980)، فضـلاً عـن هيئـات أخـرى تعمـل في ميادين مشابهـة، مثـل منظمـة "العمـل الـدولي علـى مكافحـة الجـوع" (Action Internationale Contre la Faim) (1979). ولم يعد مهماً بالنسبة لها تأكيـد وجودهـا فحسب، بل أصبح من الضروري أيضـاً التميز عن الهيئات الأخـرى من خلال حضورهـا في الميدان، وطبيعة الأنشطـة والآراء المعلنة

6 Anne Vallaeys, *Médecins Sans Frontières. La biographie*, Paris: Fayard, 2004.

7 محضر اجتماع الإدارة العامة في 31 يناير/كانون الثاني 1973، منظمة أطباء بلا حدود، باريس.

في المجـال العام. في غضـون ذلك، ازدادت حدة المناقشـات الإيديولوجية في أوسـاط المنظمات غير الحكومية، وأججتها الصدامات السياسية الدائرة على الساحة الدولية.

في منـاخ الحرب البـاردة، وجدت البلدان النامية، ومعظمها مستعمرات سابقـة نالـت استقلالها حديثاً، نفسها في قلب صـراع على النفوذ بين كتلتي الحـرب البـاردة. في عام 1949، شكّل التصدي لمشكلـة التنمية إحدى الرسائل الأساسيـة الأربـع التـي تضمنها خطـاب القسم الـذي ألقاه رئيس الولايات المتحـدة الأمريكية هاري س. ترومان عنـد تسلمه لمهماته[8]: "يتعين علينا أن نشرع بتنفيذ برنامج جَسور جديـد، لجعل منافع تقدمنـا العلمي والصناعي متاحة لتحسين أوضاع المناطق ذات مستوى تنمية متدني وتطويرها. إن أكثر مـن نصف سكان العالم يعيشون في أوضاع شبـه بائسة. وما يحصلون عليه مـن طعام ليس كافيـاً. وهم ضحايـا للأمراض. حياتهـم الاقتصادية بدائية وراكـدة. ويشـكل الفقر الـذي يعانونـه عائقاً وتهديـداً لهم وللمناطـق الأكثر ازدهـاراً ورخاء". غدا هذا الطموح بتحقيق التنمية قاسماً مشتركاً وتجاوز إلى حد بعيد الانقسامات السياسية، كحال مهمة التحضير التي قام بها الاستعمار في عصـور أخرى. لكن على الرغم من الإجماع على غاية التنمية، ظهر خلاف جوهـري علـى الوسيلة: هل تتحقـق بخدمات القطـاع العـام أو الخاص؟ هل تتولى الدولة أم "السوق" إدارة الاقتصاد؟ الرأسمالية أم الاشتراكية؟

تمركـزت مفاهيم "العـالم الثالث"، والتنميـة، وديون البلـدان الفقيرة، والمجاعـة، وقضايـا الصحـة الدولية، في قلـب الجدل الـذي قادته جمعية "حريـة بلا حـدود" (Liberté Sans Frontières)، التي أنشأتها منظمة أطباء بلا حدود في فرنسا (1984–1989). وفي محاضر المؤتمر التي عقد في عام 1985 تحـت شعار "مفهوم العـالم الثالث على المحـك"، أعلنت جمعية حرية بـلا حدود انتقاداتها بوضـوح: "في الأساس، ترتكز أركان 'النظام الجديد'[9]، المدعومـة مـن حركـة العالم الثالـث بأسرهـا، إلى سمة أحاديـة تتمثل في السعـي إلى تحقيـق أهـداف جديرة بـالثنـاء، عبر وسائل لا تـؤدي سوى إلى

8 راجع الموقع:
http://www.trumanlibrary.org/calendar/viewpapers.php?pid=1030

9 عام 1974، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان المتعلق بإرساء النظام الاقتصادي الدولي الجديد (NIEO)، وكان من بين أهدافه الاستجابة لقضايا التنمية المرتبطة بأسعار المواد الأولية.

فشلهـا".[10] وتصف جمعية حرية بلا حدود مفهوم العالم الثالث بالابن غير الشرعـي "للينينيـة والمسيحيـة الاجتماعية"؛ "نوع من توسّـع الأخلاقيات الاجتماعيـة التقليدية إلى المستوى الدولي". وتعبر هذه المواقف العامة عن التزام المنظمة، إلى جانب الليبيراليين الجدد، بمختلف أنواع الكفاح الجاري في نهايـة الحـرب البـاردة. ولذلـك، ليس مـن المفاجـئ أن يخـرج الأطباء العاملون في المجال الإنساني من الحرب في أفغانستان (1979–1989) وقد حملوا عبء اللقب الودود: "الأطباء الفرنسيون".

لم تنـج القضايا المالية المتعلقة بالصحة من هذه النزعة نحو أطروحات الليبراليـين الجدد: "البحث عملية طويلة ومكلفـة لا يقدر عليها سوى الشركات الصيدلانية، ولن يكون تصنيع الأدوية في العالم الثالث دواء سحرياً لكل داء".[11] وجـرى تبنـي هـذه الآراء بتحريض من بعض المديرين في منظمـة أطباء بلا حدود في باريس، غير أن هذا الموقف السياسي المتميز ضد مفهوم العالم الثالث واجه معارضة ضارية واسعة النطاق وعريضة القاعدة من أعضاء المنظمة في فرنسا، إضافة إلى بلجيكا حيث تأسس فرع للمنظمة في عام 1980.

بالنسبـة للفريق الإداري لمنظمة أطبـاء بلا حدود، لا ينبع هذا الرفض لمفهـوم العالم الثالث من مجـرد معارضة إيديولوجيـة للمحاولات الرامية إلى التنظيـم الاجتماعي والصحـي فقط، التي شابتها مسحـة من الشمولية برأيـه. فقد غذت تجربة المنظمـة مع مساعدة اللاجئـين ومناهضة إدارتها للشيوعيـة، إحداهمـا الأخـرى. ووفقـاً لمفوضيـة الأمم المتحـدة الساميـة لشـؤون اللاجئين، ارتفع عدد اللاجئـين في شتى أرجاء العالم في الفترة ما بـين عامـي 1976 و 1982، مـن ثلاثة ملايين إلى أحد عشـر مليوناً، واستمر بالارتفـاع في التسعينيـات. كان هـؤلاء اللاجئـون فيتناميين وكمبوديين ولاوسيـين وأفغان وإثيوبيين... وأثبت "وجودهـم بحد ذاته فشل الشيوعية، نظـراً لأن 'الجمهوريـات الشعبية' في العالم الثالث 'أنتجت' ما يقارب من 90 في المئة من اللاجئين في العالم".[12]

10 Rony Brauman (ed.), *Le Tiers-Mondisme en question*, Paris: Olivier Orban, 1986.

11 Alain Destexhe (ed.), *Santé, médicaments et développement. Les soins primaires à l'épreuve des faits*, Paris: Fondation Liberté Sans Frontières publications, 1987, p. 12.

12 "Introduction", in François Jean (ed.), *Populations in Danger*, London: John Libbey, 1992.

كانـت بعثـات مساعـدة اللاجئين خيـاراً سياسياً، لكـن المخيمات، المحـددة والمستقـرة نسبيـاً، كانـت أيضـاً المـكان المثـالي لتعلـم الممارسـات الطبيـة والصحيـة. في هـذه المخيمـات، وجـد الأطبـاء العاملـون في المجال الإنسـاني أنفسهم، نتيجـة التفويض المتلاحق (من وزارة الصحـة إلى مفوضيـة الأمم المتحـدة الساميـة لشـؤون اللاجئـين ومنهـا إلى منظمـة أطبـاء بلا حـدود)، في موقـع المسؤولية عـن الصحة العامـة. ولذلـك، كان من المهم لهـم التخلص من الصـورة التي تظهرهم بهيئـة مجموعـة من أصحـاب النوايـا الحسنـة الباحثين عـن المغامرة، ولكنهـم يفتقـدون الكفـاءة والفاعليـة في ميـدان الصحـة العامـة. تأثر هـؤلاء الأطبـاء تأثـراً بـالغاً بهـذه الصـورة (السلبية)، وسببـت لهم عقدة نقصـ أمـام زملائهـم في المهنـة. لقـد وفـرت مخيمـات اللاجئـين في تايلانـد وباكستـان والسـودان والصومـال ومـلاوي ورواندا وزامبيـا وجنـوب أفريقيـا وهندوراس أماكـن مثالية لتعريف فـرق منظمة أطباء بلا حدود بممارسات الصحة العامة.

وسرعـان مـا أفضـى اكتسـاب مهـارة جديـدة إلى تجميـع كتيبـات سريرية وعلاجية وإرشـادات توجيهية معنية بـالأدوية الأساسية التي تم تكيفهـا مـع الظروف المحددة للممارسـة الطبية الإنسانيـة. وانطلاقاً من هـذه الإرشـادات التوجيهية، جُمعت عـدات دوائية وطبيـة لتسهيل إطلاق العمليات الطارئة، وأنشئ في عام 1986 مركز للإمداد اللوجستي في فرنسا لتزويد البرامـج المختلفة بما تحتاج إليه.[13] ونُظمت دورات تدريبية داخل المنظمـة، وأرسـل مديرو الصحـة إلى معاهد الصحة العامـة في الولايات المتحـدة الأمريكيـة. وهكذا أصبح علـم الأوبئة، الذي طـوّره مركز مراقبة الأمراض والوقـاية منها (Center for Disease Control and Prevention)، نموذجـاً لمركز إيبيسنتر (Epicentre) الـذي أسس عام 1987، وتمثل هدفه في تنفيذ دراسات وبائية لتحسين تقييم البرامج وقياس النتائج المتحققة فيما يتعلق بالصحة العامة.

13 Claudine Vidal, Jacques Pinel, "'Satellites': A Strategy Underlying Different Medical Practices", Jean-Hervé Bradol & Claudine Vidal (eds), *Medical innovations in humanitarian situations*, The work of Médecins Sans Frontières, Médecins Sans Frontières, 2011, pp. 22–39.

أدى العمـل الـذي قـام بـه المركـز إلى وضـع سلسلة مـن الأولويـات التي يتعـين أخذهـا بـالاعتبـار عند إقـامة مخيـم في حـالة من حـالات الطوارئ: تقييـم الحاجـات، والتلقيح ضد الحصبة، وتوفير الميـاه والصرف الصحي، وتأمـين الطعام والمـأوى، وتخطيط الموقـع وتنظيمه، والرعايـة الصحية، ومراقبـة الأمراض المعديـة، ومراقبـة الأوبئة ورصدهـا، وتوظيف الطاقم وتدريبـه، وتنسيـق العمليـات. وفي هـذا الصـدد، اعتبر التدخـل في ملاوي خـلال الثمانينيـات العمليـة الأكـثر نجاحاً في مجـال مساعـدة اللاجئين: "في إدارة الحالـة الصحية لمـا يقارب نصف اللاجئين[14]، بـدءاً من تخطيط الموقـع، مروراً بـالتغذية والنظافة والصحة العامة، وانتهاءً بمراقبة الأوبئة بصـورة مستمـرة، كان علينا تطوير مهارة لم نستخدمهـا غالباً إلا بصورة متقطعة".[15] لكن هناك جانباً سلبياً، إذ انشغل طاقم منظمة أطباء بلا حدود بمهمـات ابتعدت بـاطراد عـن رعاية المرضى. وواجه الأطبـاء الذين أرسلوا إلى الميـدان قضايا الصحـة العامة وتدابيرهـا للمـرة الأولى، فـاندفعوا بكل حماس المبتدئين لتنظيم حملات للنظافة أفرزت نتائج وهمية اعتمدت على أوامر سلطوية موجهة إلى المقيمين في المخيمات.

ومنذ السنوات المبكرة، تلازمت المساعدة الطبية التي تقدمها منظمة أطباء بلا حدود إلى السكان المتأثرين بـالنزاع المسلح مع تدخلات المساعدة التقنية الطبيـة، الهـادفة إلى "نقل المعرفـة" ومساعدة "الحكومات على وضع برامجها الصحيـة وإدارتهـا، سواء على الصعيد الوطني أو الإقليمي".[16] وبـالنسبة للفرع الفرنسـي لمنظمة أطبـاء بلا حدود، صنفت ثماني بعثات من أصل نحو أربعين عملـت في نهايـة الثمانينيـات، في فئـة المساعـدة التقنية (اليمـن ومدغشقر وغينيـا والنيجر وغواتيمـالا ورومـانيا وفيتنام ولاوس). تـألفت هذه المشاريع من تنظيم برامج تلقيح، وبرامج الرعاية الصحية الأولية أو المجتمعية (المياه والنظافـة والصرف الصحـي في ميزكيتـال، المدينة العشوائية في سيوداد دي غواتيمـالا). لكن أثناء الثمانينيات، أخل تنامي البعد الدولي للمنظمة بـالتوازن

14 نحو 200,000 شخص.

15 الدورة 17 للجمعية العامة لمنظمة أطباء بلا حدود، التقرير االسنوي، الدكتور روني برومان، ص.5، باريس، 1988.

16 Vincent Brown, “Impact des grands slogans des Nations unies sur les programmes d’assistance technique de Médecins Sans Frontières”, MSF internal report, Paris, 1991, p. 17.

بين البعثات المخصصـة للاستجابة لحالات النزاع والمساعدة التقنية. وكان معظـم (وأحياناً كل) نشاط فروع بلجيـكا وسويسرا وهولندا وإسبانيا، عبارة عن مساعدة تقنية طبية حتى مستهل التسعينيات.

ويُعـد عمل الفرع البلجيكي في تشاد مثـالاً نموذجياً لكيفية دعم إدارة منطقـة صحيـة (مستشفـى إحالـة مع شبكـة مـن المستوصفات). فقـد بدأ البرنامـج عـام 1981، بإرسال أطباء أجانب لتعويضـ النقص الحاصل في الطاقم المحلي المؤهل في إقليمين في شمال البلاد. وفي عام 1983، افتتحت منظمة أطباء بلا حدود مخزناً للأدوية لإمداد المستشفيات والمستوصفات، وبحلـول عام 1985، كان كل "مديري الصحـة"، كما سمي الأطباء، في تسع محافظـات في بلـد لا توجـد فيه كلية طب واحـدة لتدريب الأطبـاء، هم من الذيـن أرسلتهـم منظمة أطباء بـلا حدود، ما عدا طبيب واحـد: "وفقاً للواقع الحقيقـي، تعاقـدت تشـاد تعاقـداً فرعيـاً مع منظمـة غير حكوميـة لتنفيذ إستراتيجيتهـا الصحيـة. ومنذ عـام 1983، حظيت منظمة أطبـاء بلا حدود في نجامينـا بشبكة اتصـالات لاسلكية فعالة، وجمعـت البيانات، ورسمت منحنيـات الأمراضـ الوبائيـة، وخططت لبرامـج صحية. وكانـت مكاتبها مجاورة لوزارة الصحة".[17]

تبعـت بعثات المساعدة التقنية هـذه مبادرات كبرى في مجال الصحة العامـة تولـت الأمم المتحدة مهمة تنسيقها، وذلك علـى الرغم من تحفظات جمعيـة حريـة بلا حـدود على الإعلان النهائـي الذي صدر عـن مؤتمر ألما آتـا (1978): "رأى بعضهـم هـذا الإعـلان نصـاً ثوريـاً يستحث علـى إجراء تغيـير جذري في المجتمع. وقُـدم العاملون في المجال الصحي في الأرياف بوصفهـم 'محررين' لشعبهم".[18] اتصـل الانتقاد الأول بهدف "توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000"، الذي بدا وكأنه يَعِد بعالم مثالي: "يجدد المؤتمر تأكيـده بـكل قـوة علـى أن الصحـة [...] حالـة كاملـة من الرفـاه الجسدي والنفسي والاجتماعي، ولا تتمثل فقط في غياب المرض أو الضعف". ووجه الانتقـاد الثـاني إلى وسائـل تحقيق هذه الغايـة، لا سيما مـا يتصل بالدور

17 Eric Goemaere, “Une ONG au ministère”, in Rony Brauman (ed.), *Utopies sanitaires*, Paris: Le Pommier, 2000.

18 Destexhe (ed.), *Santé, médicaments et développement*, p. 10.

الموكول إلى العاملـين الصحيين في الأرياف، وفق نموذج "الأطباء الحفاة" في الصين الماوية. إن مستوى المسؤولية المنوطة بفئة من الموظفين تفتقر إلى المؤهلات الطبية أو شبه الطبية (الإسعافية)، لم يبشر بفرصة لنجاحهم، لا سيما مع غياب التدريب والإشراف والموارد المادية المتاحة لهم.

وبالرغـم من هـذه الانتقادات، مارسـت إرادة نشـر الممارسات الطبية الحيويـة في بلـدان ناميـة، مقترنـة بمبـدأ المسـاواة الكامـن في صميـم إستراتيجيـة الرعاية الصحية الأولية، تـأثيراً توحيدياً. إذ إن تلقيح الأطفال، واستهداف الأمراض التي تحظى بالأولوية نظراً لتأثيرها في معدل الوفيات وفرص علاجها بنجاح، وتوحيـد بروتوكولات معالجـة الأمراض، ووضع قائمة بالأدوية الأساسية لتوريدها بوصفها جنيسة، وتحسين تنظيم مرافق الرعايـة الصحية وإدارتها. هذه الأهـداف كلها جسدت تقدماً هائلاً مقارنة بالطريقة التي كانت تدار بها المستوصفات والمستشفيات في العالم الثالث. لقـد ساهم مؤتمـر باماكـو (1987) في تهدئة بعض المخـاوف التي أثارهـا إعـلان ألمـا آتا. حيث اقـترح إدارة لا مركزيـة للمرافق الصحيـة تقدم فيها الرعايـة تحت إشراف طاقم مهني مؤهل، فضلاً عن وسيلة للتصدي لمسألة التمويـل: إسهام المستفيدين في تكلفة الخدمات الصحية. وكان هذا الإجراء منسجمـاً مع سياسات التكيف الهيكلي للبنك الدولي وصندوق النقد الدولي، التي دقت المسمار الأخير في نعش "دولة الرفاه".

أُوجـز التقييـم الشامـل لأنشطـة منظمـة أطبـاء بـلا حـدود المتعلقـة بالمساعـدة التقنيـة، في التقريـر السنوي المقدم من رئيـس الفرع الفرنسي أثنـاء انعقـاد الجمعية العامـة عام 1988، وهـو عام شهـد صعوبات مالية بالنسبـة للمنظمة: "ليـس هنـاك أي شك في جدوى هـذه البعثات وفائدتها، ومن المرجح أن تشهد السنوات القادمة فرصاً واسعة لتمويلها".[19]

الفرص الضائعة في تحقيق التنمية وانتصار الليبرالية الجديدة

لم تناقش منظمة أطباء بلا حدود قضية تنامي نفوذ الليبرالية الجديدة في بدايـة الثمانينيـات وتأثيراتهـا في النظم الصحية. لكـن أطباء المنظمة

19 الدورة 17 للجمعية العامة لمنظمة أطباء بلا حدود، التقرير السنوي، الدكتور روني برومان، المذكور أعلاه، ص.5.

الذيـن تولـوا المسؤوليـة في الإدارات الصحيـة العامة، وجـدوا أنفسهم في الخطـوط الأمـامية عند التعامل مع العقبات المعيقة لتنفيذ الرعاية الصحية الأولية. وعقب مؤتمر باماكو، أصبح هؤلاء الأطباء يتولون إدارة مساهمات المستفيديـن في تكاليـف الخدمـات الصحيـة، أمـلاً في أن تتيـح الإيرادات حصـول الجميع علـى الرعاية الجيـدة. غـير أن الواقع كان مختلفـاً تماماً: إسهامـات الأسـر لم تستطـع تعويض تخلي الـدول عن التزاماتهـا المالية. واستبعد كل من لا يملك الوسائل الكافية.

أثرت هذه التوترات المتعلقة بـالميزانية تـأثيراً سلبياً في إدارة المرافق الصحية وجودة الرعاية. فقد غاب الدافع المحفز عن العاملين الصحيين، لا سيمـا أصحاب الرواتـب المتدنية، ما أدى أحياناً إلى مستويات مرتفعة من الغيـاب، والاحتجاجات، وحتـى الإضرابات. أما تبنـي بروتوكولات علاجيـة جديدة، التي أصبحت الحاجـة إليها شديدة بسبب زيادة مقاومة البكتيريـا والطفيليـات للعلاجـات القديمـة، فقـد أعاقته قيـود الميزانية المفروضة على الحكومات.

بينمـا أثقل تنوع التقنيات الصحية الضرورية لاستكمال هذه البعثات بنجـاح، كاهـل أقسـام وإدارات الدعـم التقني، وغيرهـا مـن المرافق الطبية والوبـائيـة واللوجستيـة في منظمـة أطبـاء بـلا حـدود، التي أنشئـت لدعم عملياتهـا. ونـادراً مـا وجـد قسم التوظيـف الطاقـم الذي يملـك المؤهلات الضروريـة للتعامـل مع جميع المهمـات المعنية. في أوروبـا، واجه مديرو المقر الرئيس صعوبات متزايدة في الإجابة عن الأسئلة التي توجهها الفرق الميدانيـة، نظراً لمحدودية معرفتهم بـالسياسات الصحية. ولم تكن تجمعهم سـوى صلات واهية مع وكالتي الأمم المتحدة، اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، اللتين كانتا تحاولان تنسيق وضع هذه السياسات موضع التنفيذ.

كان غيـاب، أو عـدم كفاية، الممارسـات الطبية الحيويـة الملاحظ في منـاطـق جغرافية واسعة، وهـي ظاهرة دعيت بـ"صحـراء الرعاية الصحية"، السبب الأصلي وراء بعثات المساعدة التقنية، التي قُدمت حجة لصالح "نقل المعرفـة" إلى بلدان نـامية. لكن المستخدمـين أبدوا اهتمـاماً محدوداً بعرض الرعايـة الصحية، الـذي طالبهم بـالإسهام فيها بـاسـم مشاركة "المجتمع"، حـين لم يوجد تعريـف لـ"المجتمع" المعنـي، أو لتوقعات الرعايـة الصحية

مـن أفراد هذا "المجتمع" كما يسمـى. وفي نهاية التسعينيات، أوضح تحليل لأنشطة منظمة أطباء بلا حدود في غينيا (محافظة كانكان) الحدود المعيقة لهـذه الأنـواع من البعثات: "تتمثـل أكبر مشكلة يحددهـا الشركاء كلهم في معـدلات الحضـور المتدنيـة في المستوصفـات [...]. ولم يجر قـط أي قياس لمستـوى رضا السكان عـن الخدمات، ولا المتغـيرات الموضوعية للاعتلال أو الوفـاة [...]. وبسبـب نظام استعادة التكاليف، كانـت أسعار بيع الأدوية تحسـب، جزئياً، تبعاً لحجم المبيعات. ومن ثـم، سبب تدني مستوى الحضور مشكلـة مالية هددت بقـاء البرنـامج".[20] لذلك كله، هل يعني هذا التخلي عن المساعدة التقنية وعن فكرة تنمية العالم الثالث؟

في عام 1992، لم تعد الانتقادات داخل منظمة أطباء بلا حدود تقتصر علـى مفهوم العالم الثالث، بـل إن فكرة أن تسهم المساعـدات الإنسانية في تحقيـق التنمية تعرضت للتحدي. واقترح تعريـف جديد للعمل الإنساني في مقدمـة أول كتـاب جمعي نشـر منذ تعليق نشـاط جمعية حريـة بلا حدود عـام 1989: "أولاً، لنخاطـر باقـتراح تعريـف أولي: يهـدف العمـل الإنساني إلى الحفـاظ علـى الحياة والكرامـة الإنسانيـة لاستعادة قـدرة الناس على الاختيار. إن هذا التعريف يعني القول إن المساعدة الإنسانية، في تغاير مع المجالات الأخرى للتضامن الدولي، لا تستهدف تغيير المجتمع، بل مساعدة أفـراده علـى تخطـي فـترة الأزمـة. بمعنى آخـر، عند حـدوث خلـل بتوازن سابق".[21] وقُدم هذا الالتماس المطالب بإنهاء محاولات التنظيم الاجتماعي والصحـي، حجـة لصالـح تعزيـز استقلاليـة منظمة أطبـاء بلا حـدود إزاء سياسات الصحة العامة التي تقررها الحكومات والأمم المتحدة. ومن نتائج هـذا التحوّل في الموقف، إعادة تركيـز عمليات المنظمة على حالات النزاع، والاستجابـة للأوبئة والكوارث الطبيعية، بالتناغم مع مفهوم جديد للنطاق المحدد للعمل الإنساني: حالات الطوارئ. غير أن مثل هذه التدخلات يصعب توقعها إلى حد بعيد، وغالباً ما تكون قصيرة الأجل، بحيث يتعذر أن تشكل العمل الوحيد الذي يرتكز إليه تطور المنظمة ونموها. إن تقديم المساعدة إلى

20 Philippe Biberson (president of MSF-France from 1994 to 2000), “Le désert sanitaire”, in Rony Brauman (ed.), *Utopies sanitaires*, op. cit., pp. 93, 95, 96.

21 “Introduction”, in François Jean (ed.), *Populations in Danger*, 1992, op. cit., pp. 3–9.

اللاجئـين وفـرت على ما يبدو إطار عمل أكثر أمانـاً، مع البقاء ضمن الأطر التـي حددها تعريف عام 1992. غير أن هـذه الإستراتيجية الجديدة تزامنت مـع تفكك الكتلة الشيوعية، بينما غير انتصـار الليبرالية الجديدة المدركات السائدة عن قضية اللاجئين.

"لقـد فقد لاجئـو القـوارب [الفيتناميون] ثقلهـم السياسـي، ومكانتهم الرمزية، وظهورهم الإعلامي. وهم يعاملون الآن على قدم المساواة مع لاجئي القـوارب الألبان، الذين أعادتهم السلطات الإيطاليـة إلى بؤسهم وفقرهم، أو الهاييتيين الذين أعادهم حرس الشواطئ الأمريكي إلى الدكتاتورية، دون أي مراعاة للمبادئ المنصوص عليها في اتفاقية عام 1951 المعنية باللاجئين [...]. لقد ولى الزمن الذي شهد فيه اللاجئون على تفوق الأنظمة الديمقراطية و'البؤس الكبير' للشيوعيـة".[22] وحلّت صـورة المهاجر لأسبـاب اقتصادية الـذي لم يرغـب في استقباله أحد، محـل صورة المنشق الساعـي إلى النجاة، التي جسدت ذات يوم "ترنيمة الحرية". وعزي هذا التحول في الإدراك جزئياً إلى تحفـظ الوكالات المانحة، الـذي فاقمه سوء إدارة مـوارد مفوضية الأمم لمتحدة العليا لشؤون اللاجئين. ومارست البلدان المضيفة ووكالات التمويل علـى حد سـواء ضغطاً مستمـراً لضمان تخفيضات متزايـدة في المساعدات. واشتبه بأي مساعدة للاجئين بالتحريض على الهجرة الاقتصادية.

ولكن مع انتهاء الحرب الباردة، أطلقت الحروب الأهلية التي اندلعت في أفغانستـان وميانمار وليبيريا والصومـال والبوسنة وجورجيا وسيراليون وبوروندي ورواندا والشيشـان وغيرها، هجرات جماعيـة ضخمة، حاولت القوى العظمـى والأمم المتحدة احتواءها عبر إرسال المساعدات في مناطق النـزاع. وسرعـان مـا حلت مخيمـات النازحين داخـل بلدانهـم و"المناطق الإنسانيـة الآمنـة"، التي تلقـت الإمدادات عـبر "الممـرات الإنسانية"، محل المخيمـات خـارج الحدود الوطنية. غـير أن حماية المساعـدات التي تلقتها هـذه المخيمـات الجديدة ومعيارها كانـا أقل مستوى بكثـير، مقارنة بتلك التـي وفرت للاجئين المقيمين في مخيمات داخل بلدان في حالة سلم. وحل تعبـير "إعـادة التوطين" الـذي لا يعد آمنـاً أو طوعياً دوماً، محـل "الملجأ"، بوصفه كلمة رئيسية في سياسات إدارة شؤون اللاجئين.

22 François Jean, “Refugees and displaced persons...”, pp. 121–6.

تمثلـت ردة فعـل منظمة أطباء بلا حدود على التوترات الناجمة عن هذه السياسة الجديدة حيال السكان الهاربين من النزاعات، في الدعوة إلى احترام حقوقهم ومراعاة المعايير الصحية المعتمدة في سياق جيوسياسي أصبح من الماضـي منذ سقوط جدار برلين. وفي عامـي 1989 و 1990، أدى هذا التحوّل في الموقـف إلى تفشـي وباء الحصـاف (البلاغرة) بين ما يزيـد عن 400,000 موزمبيقي مقيم في المخيمات في ملاوي. سجلت 40,000 حالة من المرض[23] الناجم عن سوء التغذية. لكن منظمة أطباء بلا حدود عانت الأمرين للحصول على اعتراف[24] بحقيقة أن هذا الوباء انتشر نتيجة قصور وثغرات في برنامج المساعدات الإنسانية لم يستوف المعايير الغذائية التي وضعها بنفسه.

تعلم الاستقلالية السياسية

في منتصف التسعينيات، مكنت تجربةُ بعثات المساعدة التقنية منظمةَ أطباء بلا حدود من إدراك الحاجة إلى تركيز الانتباه على أولئك المحرومين مـن الرعاية الصحيـة الأولية: مثل المهاجرين لأسبـاب اقتصادية، وسكان المـدن العشوائيـة في العـالم الثالـث، والعاطلـين عـن العمـل والمشرديـن في شـوارع البلـدان الغنيـة، والعمـال أو المزارعـين ذوي الدخـل المحدود، والعاملـين في مجال الجنس، ومدمني المخدرات، والأطفال المحرومين (في دور الأيتـام، أو مراكز احتجاز القاصرين، أو في الشارع)، وسجناء القانون العـام، والمسنين المحرومين من مصـادر رزق، والسكان شبـه الرحل، الخ. كان بعضـ موظفـي منظمـة أطبـاء بلا حـدود يتعـثرون وهـم في الطريق إلى العمـل بـأشخاصـ بلغت ظروفهـم المعيشية حداً مـن الفظاعة جعل من الصعـب معرفـة هل هـم في عداد الأحيـاء أو الأموات. بينمـا اعتاد غيرهم، وهـم في الطريـق إلى المطعم لتناول العشاء، وضع بضع قطع من النقود في أيـدي أطفال بـأسمال باليـة وحالة صحية مؤسفة مقابل حراسة سياراتهم. أمـا أولئك الذيـن شهدوا، مهنيـاً أو شخصياً، الحالة الصحيـة للمقيمين في المؤسسـات (دور الأيتام والسجون ومراكز احتجاز القاصرين ودور العجزة

23 الحصاف (البلاغرة) مرض ينجم عن سوء التغذية (النقص في فيتامين PP أو في التريبتوفان) وقد يؤدي في الحالات الأكثر خطورة إلى الخرف والموت.

24 Alain Moren, Dominique Lemoult, “Pellagra cases in Mozambican refugees”, *The Lancet*, 1990; 335, pp. 1403–4.

والملاجـئ، الخ) فقد كانت صدمتهـم أشد وأدهى. لقد كانت مواجهة حالات الكـرب التـي لم يتصـد لها عمل فـرق منظمة أطبـاء بلا حـدود، والانخراط في ميادين التدخـل الجديـدة هـذه، وسيلة للرد علـى المعضلـة الأخلاقية والسياسيـة التي وجدت فرق المنظمة نفسها فيهـا. كما زادت بؤرة التركيز الجديـدة هـذه من عدد البرامـج التي ترغب هيئـات التمويـل المؤسسية في دعمها، والإسهام في النمو السريع للمنظمة.

أشـار تعبـير "ميادين جديدة للتدخـل" ضمناً إلى تلـك البرامج التي لا تصنـف في فئة مساعـدة السكان المتضرريـن جراء الكـوارث (مثل الحرب والأوبئـة والكـوارث الطبيعية والمجاعة)، أو فئة المساعـدة التقنية. وتجسد مشـروع ميزكيتال في سيوداد دي غواتيمـالا، والمشروع القائم في فرنسا، اللذان افتتحا عام 1987، مثالين نموذجيين في هذا السياق.

ومع أن منظمـة أطباء بلا حدود تخلت تدريجياً عن مشاريع المساعدة التقنيـة مـن أجل التركيـز علـى الأوضـاع والحـالات التي قدمـت بوصفها "جديـدة"، إلا أنهـا لم تتخل كليـاً عن الحملات الكبرى لـلأمم المتحدة، التي ارتقـت وتطـورت في هـذه الأثناء. ففـي الحقيقـة، أصبحت صـورة التنمية مشوشة الملامح إلى حد الاشتباه بأنها استنفدت موارد العالم الطبيعية. أما بالنسبـة للنمـو الاقتصادي فقد ترافق مع تفاقم عـدم المساواة الاجتماعي بحيـث أصبـح من الصعـب الاعتقاد بأنـه يمكـن أن يفيد يوماً مـا السكان المستضعفـين. ونتـج عـن ذلـك تحديـث مصطلحـات الأمم المتحـدة للعمل الاقتصـادي والاجتماعـي، وأصبحـت سياسـة التنميـة مرتبطـة بمكافحة الفقـر، وأعلنت سنـة 1996، سنة دولية للقضاء على الفقـر. وفي هذا السياق الجديد، لم يعد الهدف "توفير الصحة لجميع سكان العالم بحلول عام 2000"، بـل الحد الجزئـي لبعض من الجائحات الصحية الخطـرة بحلول عام 2015: سـوء التغذيـة، ووفيـات الأمهـات والرضّع والأطفـال، والإيـدز، والملاريا، والسل. واعتمدت الوسيلة المقترحة لتحقيق هذه الغاية على الجمع بين آثار النمـو الاقتصـادي وبرامج الدعـم المتخصصة التي تستهـدف المستبعدين والمهمشـين، وتكونـت من أنشطة صحية عالية المـردود. أما برامج الصحة العامـة التي روّجت لها الأمم المتحـدة ومنظمة الصحة العالمية، فقد تخلت عـن رسالتهـا العامـة لتصبـح متخصصة وحصريـة. وجـد التخصص، أو

البرامج المسماة عمودية التي تركز على فئة محدودة من الرعاية، منذ بداية الخمسينيات، لكنه أصبح منهجياً ونظامياً بحلول نهاية التسعينيات.

لم تجمع السياسة الجديدة التي تبنتها الحكومات والأمم المتحدة الدعم الـذي تلقته الحجـج المقدمة لصالح التنميـة في السبعينيات. فقد ترك فشل "اسـترداد التكاليـف" في المراكـز الصحية أثـره، لا سيمـا وأن الممارسة ما زالـت مستخدمة. وتمثل خوف منظمة أطباء بلا حدود من ربطها مرة أخرى مـع سياسة قد تنقلـب ضد المستفيديـن المفترضين. وعوضـاً عن المراهنة علـى فوائـد افتراضيـة تجمـع بـين النمـو الاقتصـادي وبرامـج المساعدة المتخصصـة في رعاية الذين أهملتهم التنمية، طالبت المنظمة بإعادة ضم السكان المستبعديـن إلى الأنظمة الصحية للقانون العام. لم يكن هذا يعني، بـالنسبـة للمنظمة، مجرد المطالبة بتطبيـق الحقوق القائمة وتعزيزها فقط، بل صياغة حقوق جديدة وتشجيع دمجها في التشريعات الوطنية والدولية. وهكذا، لم تكن منظمة أطباء بلا حدود في فرنسا فاعلة ومؤثرة في صياغة القانـون الذي ينص على التغطية الصحيـة الشاملة فحسب، بل نـاضلت في سبيل كل مـادة من مواده.

في حالـة برنـامـج منظمـة أطبـاء بـلا حـدود في مدغشقر، الـذي وفر المعالجـة الطبيـة لـ"أطفـال الشـوارع"، تكثفـت الطموحات لحـث الحكومة علـى القيام بدورها إلى درجـة أدت إلى وقفه عام 2005، بـالرغم من التزايد المتواصـل في عـدد السكان المحرومين مـن الرعاية الصحيـة، دون وجود خدمـات عامة تحـل محله: "يعيش اليـوم 70 في المئة من سـكان العاصمة تحـت خـط الفقـر. وتتلاشى الفـوارق بـين الأسر المشردة التـي تعيش في الشـارع والأسر الأخرى [...]. لكن قضية المعالجة الطبية والرعاية الصحية للفقراء قضية سياسية واقتصادية واجتماعية، ويجب التصدي لها بواسطة السلطـات العامة. إن مكافحة الفقر هي الغاية في هذه الأيام [...]. ولا تملك المنظمـة الإنسانية، مثل منظمة أطباء بلا حدود، الصلاحية ولا القدرة على الحلـول محـل السلطات وتوفـير الرعاية الصحيـة لسائر السـكان المفقرين في المدينـة".[25] لكن الحقيقة هي أن وقـف التعاون مع وزارات الصحة كلية

25 "12 ans auprès des enfants en situation difficile à Tananarive. Les raisons de la fermeture et le bilan du programme", MSF, Paris, 2005, www.msf.fr.

سيسبـب مزيـداً مـن المشقـة والعناء حتـى وإن لم يساعد دومـاً في تحسين حصول الأكثر حرمـاناً وفقراً على الرعاية الصحية.

التصدي للأوبئة والانخراط في مجال الصحة العالمية

هل يمكن معارضة السياسات العامة التي تضر برعاية المرضى، دون الانعزال والتخلي عن محاولة التأثير فيها؟ لقد منح العمل في مجال الصحة العامـة علـى النطـاق العالمـي، إعـادة إحياء مكافحـة الأمراض المعدية، الفرصة لمنظمة أطبـاء بلا حدود لاستكشاف سبل مختلفة للإجابة عن هذا السـؤال. إذ انطلق الاهتمام المتجـدد بالأمراض المعدية من قبل الحكومات والمنظمـات الدولية، مـن تشخيص أجرتـه الأكاديمية الوطنيـة للعلوم في الولايات المتحدة عام 1992، وقدم الأمراض المعدية بوصفها تهديداً داهماً للصحة يرجح أن "يستمر، بل يشتد في المستقبل".[26] وفي عام 1995، أنشأت منظمـة الصحـة العالمية قسماً برئاسـة مدير تم توظيفه مـن مركز مراقبة الأمراض والوقاية منهـا، لمراقبة الأمراض الناشئة والأمراض السارية الأخرى ورصدها.

وانخرطـت منظمـة أطباء بـلا حـدود في التصدي للأوبئـة والأمراض المتوطنـة الرئيسيـة، في مخيمـات اللاجئين وفي البيئـات "المفتوحة" كما كانـت تسمـى، طوال خمسة عشر عامـاً في إطار مساعدتهـا التقنية. وبدأت برامجهـا الهادفـة للسيطـرة على مرض النـوم منذ عـام 1986 في مقاطعة مويو في أوغندا، ومنذ مستهل الثمانينيات، وضعت التدخلات في المخيمات فـرق المنظمة في مواجهة سلسلة واسعة من الأوبئة، مثل الكوليرا والحصبة والتهاب السحايا وداء الشيغيلات، الخ.

في عـام 1995، ساعـدت منظمة أطباء بلا حدود في إعادة إطلاق حملة مكافحـة الأمراض المعدية، في إطـار الاستجابة للحاجـات الحقيقية على أرض الواقع، من جهـة، والتعويض عن تقلص مشاريـع وبرامج المساعدة التقنيـة في مخيمـات اللاجئـين، من جهة أخـرى. وفي مستهل عـام 1996،

26 Joshua Lederberg, Robert E. Shope and Stanley C. Oaks, Jr., *editors, Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, Committee on Emerging Microbial Threats to Health, Division of Health Sciences Policy, Division of International Health, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., 1992.

أجرت منظمة أطباء بلا حدود حملة تلقيح ضد التهاب السحايا في الولايات الشمالية من نيجيريا، شملت نحو ثلاثة ملايين شخص، وتلقى ثلاثون ألف مريض العلاج من المرض.

استحـث ظهور أوبئة جديـدة (لا سيما الإيبولا والإيـدز)، وعودة ظهور بعضـ الأمراضـ القديمـة (مثـل السل وحمـى الدنـك النزفيـة)، فضلاً عن المخـاوف مـن الإرهـاب البيولوجـي (التـي فاقمتهـا حفنة مـن الهجمات بالرسائل الملوثة بجراثيم الجمرة الخبيثة في بعض المدن الكبرى في أمريكا الشمالية عام 2001)، الحكومات على اتخاذ إجراءات عملية. ففي عام 2000، أكدت وكالة المخابرات المركزية في تقرير لها[27] اشتهر منذ ذلك الحين، أنها أخـذت هذه القضية علـى محمل الجد، لأن "الأمراض المعديـة تشكل تهديداً للأمـن القومـي، والاقتصـاد، والاستقـرار السياسي". لاقت هـذه المخاوف، غـير المبررة بـالضرورة من منظور علم الأوبئة، تبريرهـا الرئيسي في تفاقم خطـر الأوبئـة الناجمـة عن فيروس نقص المناعـة البشرية. وشـدد القرار 1308 الصـادر عـن مجلس الأمن الدولي عـام 2000 علـى "أن وبـاء فيروس نقصـ المناعة البشرية/الإيدز قد يشكل خطـراً على الاستقرار والأمن إذا لم تتـم السيطرة عليه". ووصف البنك الدولي الإيـدز بأنه "أزمة تهدد التنمية". وفي سبتمبر/أيلـول 2000، تبنـت الجمعيـة العامـة لـلأمم المتحـدة إعلان الألفية، الذي صيغ أحد أهدافه كالآتي: "وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيـدز والملاريـا وغيرهما من الأمراض بحلـول عام 2015 وبدء انحسارهم اعتباراً من ذلك التاريخ".

ومن وجهـة نظر المنظمـات الدولية والحكومات الممولـة لهذا الهدف، جسـد برنـامج القضـاء على الجدري في عـام 1979 نموذجـاً يحتذى مثاله لمكافحـة الأمراض المعديـة. إذ اعتمد على منع حـالات جديدة عبر احتواء العـدوى إلى حد اختفاء المرض، وتطلب استثمـاراً أولياً لعدة سنوات (حملة التلقيح) وأدى إلى تحقيق النتيجة النهائية (القضاء على المرض).

هنالـك ثلاثة شـروط ضرورية لتطبيق هـذه الإستراتيجيـة: الفعالية، والتكلفـة، والتوافـر الشامل. غير أن تكلفة المنتجـات الدوائية الجديدة، قبل

27 "The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States", John C. Gannon, Chairman, National Intelligence Council, CIA, NIE 99–17D, Jan. 2000.

استعمالها على نطاق واسع، تكون دائماً باهظة جداً على مؤسسات الصحة العامة والمستخدمين. ولا يمكن وصفها على نطاق واسع إلا حين تُطور نماذج اقتصادية محددة لإطلاقها ضمن أنشطة الصحة العامة الرئيسية.

لكن ثمة عقبة إضافية خاصة بالأدوية للأمراض المعدية. إذ يتعين تجديد العلاج دون إبطاء لأن البكتريا والطفيليات والفيروسات تطور مقاومة بمعدل سريع. وفي مجال الأمراض المعدية، يحتاج الطاقم الطبي عادة إلى أدوية حديثة ومكلفة. لكن في نهاية التسعينيات، تدهور الوضع إلى درجة أن الأدوية القديمة نفسها التي ما زالت فعالة، بدأت بالنفاد. وأثناء الندوة الطبية الدولية[28] التي نظمتها منظمة أطباء بلا حدود عام 1996 حول التصدي للأوبئة، أشار المشاركون إلى الافتقار إلى الأبحاث: فمن بين أكثر من 1,000 جزيء جديد طرح في الأسواق منذ عام 1975، لم يطور سوى قرابة عشرة لعلاج أمراض المناطق المدارية وداء السل.[29] نتيجة لذلك، كان هناك نقص متزايد في منتصف التسعينيات في الأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض الوبائية (الإيدز والتهاب السحايا، الخ)، أو الأمراض المتوطنة الرئيسية (داء السل ومرض النوم، الخ)، أو حتى الأمراض العادية التي تصيب المجتمعات الأهلية (التهاب الرئة والملاريا، الخ). وتركز رد الحكومات والمنظمات الدولية على الملاريا (استخدام المبيدات والناموسيات)، والإيدز (الحث على تغيير السلوك الجنسي وتشجيع استخدام الواقيات الذكرية)، على التدابير الوقائية حصراً. كما تركز علاج داء السل على المرضى الذين يحتوي البلغم لديهم على البكتيريا، ولذا قد ينقلون العدوى إلى من حولهم. وظهرت فجوة واضحة بين العرض (المنتجات الطبية المتوافرة)، والطلب (الأولويات السريرية والصحية في مجال الأمراض المعدية). أما الطاقم الطبي في البلدان التي لا تزال الأمراض المعدية تشكل السبب الأول للوفيات، فقد وجدوا أنفسهم تدريجياً دون وسائل تمكنهم من اتخاذ إجراءات فعالة.

28 الندوة الطبية الدولية، وثيقة داخلية لمنظمة أطباء بلا حدود، باريس، 20 أكتوبر/تشرين الأول 1996.

29 تم نشر هذه القضية عقب انتهاء الندوة:
Dr Patrice Trouiller, Piero Olliaro, Els Torreele, James Orbinski, Richard Laing, Nathan Ford, “Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure”, *The Lancet*, Volume 359, Issue 9324, pp. 2188–94, 22 June 2002.

وفي بدايـة القـرن الحادي والعشريـن، سعى عدد كبير مـن المؤسسات (الإدارات العامـة الوطنيـة، والمنظمـات الدوليـة، والشركات الصيدلانية، والجمعيـات الخاصـة الوطنية والدوليـة، والمؤسسات الدينيـة، والنقابات، والأحـزاب السياسية، الـخ) إلى تحسين الوضع وسد النقص. وشكلت شبكة الإنترنـت الوسيلـة المفضلـة لإقامـة علاقـات تخطـت الحـدود، وتطـوّرت وتوسعـت لتصـل إلى المعنيـين علـى المستـوى الأدنى (المرضـى وموفري الرعايـة والمواطنـين)، وارتقـت لتبلـغ قمـة المؤسسـات الصحيـة (منظمة الصحـة العالميـة واليونيسيـف، الـخ)، والمؤسسـات الاقتصاديـة (منظمة التجـارة العالمية)، و المؤسسات السياسيـة (الجمعية العامة ومجلس الأمن لـدى الأمم المتحـدة، ومجموعة البلـدان الثمانية). حتى ذلـك الحين، كانت المسائـل المتعلقـة بتوافـر الأدوية والحصـول عليها تناقش خلـف الأبواب المغلقـة، ويقتصر المشاركون على الخبراء والصناعيين وممثلي الدول. لكن الجـدل حـول ظروف الحصـول على الأدويـة الجديدة أصبـح الآن موضوعاً تركـز عليه وسائل الإعلام اهتمامها إلى حد كبير، واعتبر حضور مؤسسات مكافحـة الإيدز والعاملين في هذا المجال، ومنهـم منظمة أطباء بلا حدود، في قاعة المفاوضات أمراً ضرورياً.

وعند تذكر الدروس المستخلصة من التجربة مع بعثات المساعدة التقنية الطبية، نظمت منظمة أطباء بلا حدود "حملة توفير الأدوية الأساسية"، مولتها جزئيـاً جائـزة نوبل للسلام التي فازت بها عام 1999. وكان من المهم تفادي الارتبـاط مرة أخـرى مع حملة للصحـة العامة عابرة للحـدود الوطنية، دون إحداث أي تأثير في القرارات المتخذة على مستوى القمة، على الصعيد الوطني في وزارات الصحـة، أو ضمن المنظمات الدولية، مثل منظمة الصحة العالمية. وطالبـت المنظمة بألا تقتصر مكافحـة الأمراض المعدية حصراً على التدابير الوقائيـة الرامية إلى استئصال العوامـل الممرضة، بل يجب أن تشمل معالجة المرضـى المصابـين بها. وفي سبيل هـذه الغاية، هنالك حاجـة إلى منتجات طبية جديدة، ودمج استخدامها في الإستراتيجيات الوطنية والدولية.

في نهاية التسعينيات، قررت منظمة أطباء بلا حدود أن من الضروري القيـام بعمل يتصدى لجذر المشكلة، إذا أرادت التأثير في السياسات العامة. وكان هـذا يعني تحديد القوى الدافعـة لضمان إحداث تغييرات في السياسة

وعقـد تحالفات جديـدة. ولذلك، أقامـت منظمة أطباء بلا حـدود روابط مع منظمـات ناشطـة وفاعلـة، مثل حملـة العمـل العلاجي في جنـوب أفريقيا (Treatment Action Campaign)، ومع بلدان، مثل البرازيل وتايلاند، كانت تسعـى إلى توسيع نطـاق الحصول على الأدوية المحميـة ببراءات الاختراع في البلدان متوسطة الدخل. وأصبحت منظمة أطباء بلا حدود الآن ممثلة في كل حلقـة من حلقات السلسلـة: إلى جانب سرير المريض، وفي الاجتماعات داخـل المستشفيـات، وفي مكتب الطبيـب المسؤول عن الصحـة على صعيد الإقليـم أو المنطقـة، وفي الـوزارة، وفي مكاتـب المنظمـات الدوليـة، وفي المؤتمـرات العلميـة، وكلما وحيثمـا تَنظَّم الناشطون علـى المستوى الدولي (القمم المناهضة لمجموعة البلدان الثمانية، على سبيل المثال)، ولكن أيضاً في مكاتـب مستشاري رؤساء الدول، ومقرات شـركات الأدوية ومصانعها، وفي الأقسـام الإدارية المسؤولة عن استيراد المنتجات الطبية، وبالطبع في الجدل العام.[30]

لماذا وافقت الحكومات الوطنية، في حالة الإيدز على سبيل المثال، على رفض نمـوذج "القضاء على الجدري"، وإنفاق مليارات اليورو سنوياً لعلاج ملايـين المرضى، بالرغـم من حقيقة تـدني احتمال القضـاء على المرض؟ يمكـن العثـور على تفسير جزئـي لهذا السلوك غير العـادي في التهديد الذي يشكلـه الإيدز للسلامة العامة، والمستـوى الاستثنائي للتعبئة الاجتماعية، والخوف مـن التداعيات الاقتصاديـة الخطرة، والتقدم العلمـي السريع. من الجوهـري أيضـاً أن نأخذ بالاعتبار أهمية الجدل العـام حول قضية حقوق الملكية الفكرية وتجارة الأدوية.

في نهايـة التسعينيـات، ركـزت منظمـة التجارة العالميـة على عولمة قواعـد حقـوق الملكيـة الفكرية التي تطبق علـى التجارة. غـير أن الاحتكار التجاري الممنـوح للمختبرات الصيدلانية، بفضـل تسجيل براءة الاختراع، كان هـو المسـؤول غالبـاً عـن السعر المرتفـع للعلاجات الجديـدة، لا سيما العلاج المضاد للفيروسات الرجعية. أثارت كارثة صحية عامة، مقترنة مع الأسعـار الباهظة للأدوية (آلاف الـدولارات كل سنة ولكل مريض) التساؤل

30 Marc Le Pape, Isabelle Defourny, "Controversy as a policy", in Jean- Hervé Bradol and Claudine Vidal (eds), *Medical Innovations in Humanitarian Situations*, Médecins Sans Frontières, 2011.

عـن توافق قواعـد الملكية الفكرية مع السلامة العامة، لا سيما الصحة. كان الرهـــان مرتفعـاً: إذ إن التوتر بين الضرورتين الاثنتـين، أي احترام الملكية الخاصـة وضمان السلامة العامة، كان يضعـف النظام الاقتصادي. ولذلك أصبـح من الملح بـالنسبـة للولايات المتحدة الأمريكيـة والاتحاد الأوروبي واليابان، أبرز البلدان المروجة للقواعد الجديدة للملكية الفكرية، تقديم عدد من التنازلات المتعلقة بتوفـير الأدوية. أما موقفها اللامبالي، بل العدواني، الـذي تقاسمته مع كبريات الشركات الصيدلانيـة المتعددة الجنسية، فكان يواجـه خطر إطلاق ردة فعل قوية ضد توسيع قواعد الملكية الفكرية لتشمل مُجمـل التجارة العالمية. وهكذا، ناشد روبـرت ب. زويليك، الممثل التجاري للولايات المتحدة، قبل انعقاد المؤتمر الوزاري لمنظمة التجارة العالمية في الدوحة (2001) ببضعة أشهر، وعلى خلفية قضية محاكمة بريتوريا[31]، ناشد الشركات الصيدلانية الاحتـكام إلى العقل: "إذا لم تحرز الشركات تقدماً في هـذه المسألة، فـإن العداء الذي ستولده يمكن أن يعرض للخطر نظام حقوق الملكيـة الفكرية برمته".[32] وفي أعقاب هذا النداء، وافقت القوى الاقتصادية الكـبرى المجتمعة في مؤتمـر الدوحة، على تعديل موقفهـا المتعلق بتطبيق حقوق الملكية الفكرية تحديداً في مجال تجارة الأدوية مع مؤسسات الصحة العامـة. ونتيجة لذلك، ظهرت أدويـة العلاج الثلاثي لفيروس نقص المناعة البشريـة في الأسـواق في أشـكال جنيسة، وفي تركيبات محـددة الجرعات: وانخفضـت تكلفتهـا إلى أقل مـن مائـة دولار سنوياً لكل مريض. ويتلقى هـذا العـلاج اليوم أكثر مـن خمسة ملايـين مريض في البلـدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط.

لقد استفاد التصدي للإيدز من ظروف اقتصادية وسياسية استثنائية. وفي الحقيقة، فإن من المهم لتطوير الاستقلالية السياسية للأدوية الإنسانية، الإقـرار وأحيانـاً التوقع المسبق، بظهـور مثل هذه الظـروف المؤاتية، التي

31 في عام 1998، رفع تحالف لنحو أربعين مختبراً صيدلانياً دعوى قضائية ضد جنوب أفريقيا في محاولة لمنع تطبيق قانون جنوب أفريقي، تم التصويت عليه في عام 1997 لصالح إنتاج أدوية جنيسة. سُحبت الدعاوى القضائية في عام 2001 بعد ضغط مارسته حملة للرأي العام شاركت فيها منظمة أطباء بلا حدود.

32 Paul Blustein, “Getting out in front on trade: New U.S. representative adds ‘values’ to his globalization plan”, *The Washington Post*, 13 Mar. 2001.

يمكـن فيها تحقيـق أسرع التغـيرات وأعمقها في سياســات الصحة العامة. مثـل هذه الظروف لا يمكن أن تكون دائمــة، ولا يمكن اصطناعها عبر الحث والمطالبة والتأييد.

في مثـل هذه الأوقات، تنفتح فجوة في الفضاء السياسي وتتيح فرصة إعــادة تشكيـل العلاقــات الاجتماعية، وبعضهــا مجمد منذ سنـين. هذه إذاً فرصــة مثاليــة لمحاولــة تقليص عـدد الوفيــات، وتخفيف حـدة المعاناة، وتقليـل وتيرة العجز الوظيفــي المعيق داخل مجموعات سكانية تفتقر عادة إلى خدمات أنظمة الصحة العامة. ونظراً للفجوات الصحية الضخمة السائدة في المجتمعــات المحليــة الكبـيرة، يجـب عدم حصـر تأثير العمـل الصحي الإنســاني في نطــاق الحاجات المحـددة للجماعات المهمشـة. لنأخذ الإيدز على سبيل المثال: لقد جعل بروتوكول الرعاية الذي طوره الأطباء العاملون في المجــال الإنســاني، من الممكـن معالجة ملايين المصابــين بـالعدوى في شتى أرجاء العالم. يتميز هذا البروتوكول بعدم مساهمة المرضى في تكلفة العلاج الثلاثي، ووصف العلاج المضاد الفيروسات الرجعية على شكل أدوية جنيسة مدمجة في حبة واحدة، مع أقل عدد ممكن من الفحوصات المخبرية، ونقـل المعلومات والمسؤوليات العلاجية إلى المريض وأحد مرافقيه، فضلا عن مشاركة المساعدين الطبيين في الوصفة الطبية.

الطب الإنساني ليس ممارسة هـامشية على حواشي الطب الحيوي والصحة العامــة: بل محاولــة لتلبية توقعــات المحرومين من الرعايــة الصحية، على الرغـم من وزنهم الديمغرافي الذي لا يُستهان بــه أحياناً. أما إسهامه المحدد والأهم في حقل الصحة العامة فهو تطوير الممارسات الطبية الأكثر تكيفاً مع الظـروف المعيشية للمرضى المهملين عموماً ومــع أولوياتهم. ومن ثم، يجب علــى الطب الإنساني ألا يكتفي بتجديد ممارساتــه باستمرار فحسب، بل عليه نشـر النتائج المتحققــة والامتثال لمعايير الطب الحيــوي والطب المرتكز إلى الأدلــة، وذلك لإثبات فاعليــة هذه الممارسات. لكن القــرار السياسي واليقين العلمي يعملان في أوقات ومواعيد مختلفة. وإن دعم أو تحدي سياسة الصحة العامة يعني الجرأة على الأمل بحدوث تغيير قد لا يتحقق.

ثمــة أمثلة كثيرة تثبت زيــادة فاعلية العمل الطبي الإنساني حين يُمنح المرضــى المدعومــين من عائلاتهــم مزيد مــن الاستقلال الذاتــي، وترسيخ

علاقات أكثر مساواة معهم. لذلك، فإن تنفيذ برامج علاجية لفيروس نقص المناعـة البشرية، أتـاح فرصة سانحة لتغيير العـادات القديمة فيما يتعلق بتقاسم المسؤوليات بين المرضى، ومرافقيهم، والفريق الطبي، وبين الأطباء والممرضـين والمسعفـين في فريق الرعاية. وفي مجال آخـر، كان استعمال منتجـات جديـدة لعلاج سوء التغذيـة لدى الأطفال مفيـداً واستخلصت منه معلومات مهمة.[33] إذ يعزى نجاح هذا الابتكار، جزئياً، إلى التحسينات التي أدخلـت علـى تركيبة الأغذيـة العلاجية، لكنه ينسـب في نهاية المطاف إلى حقيقـة أن هذه الأغذية تلبي طلبات الأمهات اللواتـي أردن التمتع بالقدرة علـى علاج أطفالهـن في البيت، بأبسط طريقة ممكنة. يشـير هذا كله إلى أن مـن الواجب على الطـب الإنساني، من أجل إقامـة أفضل علاقة مع المريض والمحيطـين به، الانتباه إلى العلوم الاجتماعيـة، لا سيما التيارات الفكرية، مثل نظريـات الرعاية[34]، التي تعرض رؤية جديدة للعلاقة بين من توفر له الرعاية ومن يوفرها.

ومـع ذلـك، فـإن إظهـار تفـوق بروتوكول علاجـي عبر بضعـة برامج مبتكرة، لا يكفي لضمان إدماجه في سياسة الصحة العامة. وظهور نموذج اقتصـادي جديـد يدعم الابتـكار ضـرورة جوهرية للنجـاح في نشره على مستـوى الصحة العامة، وهذا يعني تشكيل تحـالفـات سياسية واقتصادية. أمـا موقف الحكومات الوطنية، والمنظمات الدولية، والشركات والمؤسسات الخاصـة، إزاء العثـور على حلول لأزمـات الصحة العامـة فيحظى بأهمية حاسمة، نظراً لتبعاته وتداعياته على طريقة ارتقائها. ولذلك، يرتكز الجانب السياسـي من عمل المنظمة الإنسانية إلى كشف هـذه المسؤولية عبر تقديم دليـل ملموس على إمكانية تحسين الأداء. لكـن سرعان ما يُستبدل الخلاف بالبحث عن إجماع على إصلاح بروتوكولات الرعاية. ومن ثم، يُعد الطبيب الإنساني حليفاً سياسياً يفتقد الثبات والإخلاص: فهو مخالف منشق حيناً، ومـع الإجماع أحياناً. أما الاستقلالية السياسية للطب الإنساني فهي مبنية على حراك تحالفاته.

---

33 راجع أعلاه، ستيفان دويون، "الهند: الخبير والناشط"، ص 185–204.

34 راجع على سبيل المثال:
Joan Tronto, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge, 1993.

الكوارث الطبيعية

"افعلوا شيئاً!"

مقابلة مع روني برومان
أجرتها كلودين فيدال

هل اعتبرت منظمة أطباء بلا حدود (الإغاثة في) الكوارث الطبيعية جزءاً من مهمتها على الدوام؟

تَصنف الكوارث الطبيعية، إلى جانب النزاعات المسلحة، في الفئة الأولى في حالات التدخل التي أتى على ذكرها محررو ميثاق منظمة أطباء بلا حدود وقانونها الداخلي. وفضلاً عن ذلك، فإن من بين الأحداث التي أدت إلى تأسيس المنظمة، زلزال بيرو (مايو/أيار 1970) الذي تسبب في مقتل 30,000 شخص، وإعصار بولا (نوفمبر/تشرين الثاني من السنة نفسها) الذي ضرب شرق باكستان وخلف ما بين 250,000 و 500,000 قتيل. كانت الكوارث الطبيعية على الدوام محط اهتمام المنظمة. ولنتذكر أنها تشكلت من اندماج جمعيتين اثنتين عام 1970: "مجموعة التدخل الطبي والجراحي الطارئ" (GIMCU) التي أسسها عدد من قدامى المتطوعين في الصليب الأحمر في بيافرا، و"جمعية الإغاثة الطبية الفرنسية" (SMF) التي أنشأتها المجلة الطبية "تونوس" (Tonus) بهدف الاستجابة للكارثة في شرق باكستان. في هذا الوقت، كان طب الطوارئ يكتسب زخماً بوصفه صنفاً خاصاً من الرعاية، وجسدت "الحوادث الجماعية"، حسب التسمية الغريبة في الميثاق، الميدان المثالي لممارسته.

غـير أن التجربــة الأولى "لمجموعة التدخل الطبــي والجراحي الطارئ" في حالــة كارثــة (كارثة بيرو سنة 1970) بــاءت بالفشل: فقد وصل الأطباء الفرنسيــون إلى منطقــة الزلــزال بعد أسبوع مــن وقوعه، ولم يجـدوا حينها جريحاً واحداً بالرغم من فداحة الكارثة. وكل ما تمكنوا من ملاحظته هو أن بلدان المنطقة، ومنها الولايات المتحدة، كانت قد أرسلت مساعدات الإغاثة.

وكان الدرس المستفاد مــن محاولة التدخل الأولى عميقاً في التأثير وبعيداً في المدى، وتحول إلى مبدأ هادٍ في مجمل كوارث الزلازل: من أجل تنفيـذ عملية الإنقاذ في مثل هذه الحالات، يجـب على المساعدات الطبية أن تكون جاهزة في غضون الساعات الثماني والأربعين الأولى بعد وقوع الكارثــة. وأي تأخـير سيـؤدي إلى ضيــاع فرصــة إنقــاذ الضحايا تحت الــركام والجرحى والمصابين الذين يعانون صدمات متعددة، مع أو دون "متلازمــة الهرس" (السحق). وعليه، فقد انصـب اهتمام منظمة أطباء بلا حـدود منذ البدايــة على محاولة تقليص مدة نشر المساعدات عبر التأكد من جاهزية مساعدات الإغاثة الطارئة (العدات)، وبذل أقصى جهد ممكن لإيصــال فرقهــا الميدانية إلى منطقــة الكارثة في غضــون أربع وعشرين ساعــة مــن تلقي الإنــذار. لكن ذلك كلــه لم يجد نفعــاً، وكان علينا انتظار عــام 2005، في أثناء زلزال كشمــير الباكستانية، لنقوم بعمليات جراحية للجرحــى لأول مرة، مع أننا لم نصل إلى الموقع في الوقت المناسب وننفذ عملية الإغاثة على الفور.

شهـدت السنــوات الأخـيرة حدوث عـدد متزايد مــن الــزلازل والكوارث الطبيعيــة الأخــرى. فوفقاً "لمركز بحوث علوم الأوبئــة المرتبطة بالكوارث" (CRED)، ارتفع عدد الزلازل التي تؤدي إلى أكثر من عشر وفيات في المعدل السنــوي مــن 21 بــين عامــي 1960 و 1990 إلى 30 في بدايــة القرن الحادي والعشريــن، مع تسجيل حالات قصوى في السنوات 1990، و 2003، و 2004. لكــن لم يؤد ســوى عدد قليل منهــا إلى عمليات إغاثة دوليــة. وفي الحقيقة، فإننــا لا نستجيــب إلا للزلازل الكبــيرة، حين تكون التقديــرات الأولية لعدد القتلى بالآلاف، وحين تطلــب السلطات الوطنية مساعدة دولية. هذه تذكرة مفيــدة لنــا، فعلى الرغم مــن الدرجة المرتفعــة لهذا النوع مــن الكوارث في تراتبيــة أولويــات المساعدات الإنسانية الطارئة، لم تملــك منظمة أطباء بلا

حـدود سـوى تجربة محـدودة في هذا الميدان حتـى بداية الألفيـة الجديدة. فضـلاً عـن ذلـك كله، ونظـراً لأن نسبـة 80 في المئة من الـزلازل تحدث في منطقـة المحيـط الهادي، فـإن بعد المسافـة عن أوروبا يجعـل الهدف الذي تمليـه قواعـد المساعـدة الطبيـة الطارئة والمتمثـل في الوصـول إلى موقع الكارثـة في غضون ثماني وأربعين ساعة، غـير واقعي من الناحية العملية. لكـن المشكلة لا تنحصـر في بعد المسافة ومدة نشر المساعدات الطبية، كما اتضـح لنـا عام 1990: أثنـاء الزلزال الـذي ضرب منطقة زنجـان في إيران وأسفـر عن 37,000 قتيـل. كانت الفـرق الطبية–الجراحيـة التابعة لمنظمة أطباء بلا حدود حاضرة في المكان بعد ست وعشرين ساعة فقط على وقوع الكارثة. غير أن نشاطها الطبي اقتصر على تقديم استشارات طبية روتينية لا علاقة لها بالطب المعني بالإصابات البليغة كما كان متوقعاً. وما لبثت أن غادرت المنطقة بعد عشرة أيام.

لقـد تطلـب الأمر منا بعضـ الوقت قبل أن نـدرك أن الـزلازل لا تؤدي في حقيقـة الأمر إلى سقوط أعداد كبـيرة من الجرحى، وأن معظم هؤلاء تتم معالجتهم على الفور في المرافق الطبية المحلية الموجودة على تخوم منطقة الكارثة. وما لم تكن الفرق الطبية الأجنبية موجودة في الموقع أصلاً، فإنها ستكـون غـير ضرورية في الحقيقـة. الزلازل لا توفـر الحالـة المثالية التي تصورناهـا لممارسـة طب الطوارئ، وذلك بالرغم مـن الأرقام الهائلة التي تعـد بالآلاف وربما بعشرات الآلاف من الإصابات. لكن بالنظر إلى الأهمية الرمزيـة التي تمثلهـا الكوارث الطبيعية بالنسبـة للمساعدات الطارئة، كان مـن غير المعقول لمنظمة جعلت الاستجابـة الطارئة ثقافة ومعرفة وخبرة، ألا تكـون جزءاً مـن العمل. وهكذا، غيرت منظمة أطبـاء بلا حدود منذ بداية التسعينيـات وجهتهـا وركزت اهتمامها على مهارتهـا الأخرى، أي الإمداد اللوجستـي، مثل تأمين مياه الشرب، وتقديم المشورة الطبية عند الضرورة في أماكـن تجمـع الضحايـا. إن صور الفـرق الجراحية العديـدة التي بذلت جهداً يفوق طاقتها وعملت دون توقف، وبقيت في أذهاننا منذ زلزال بورت أو برانس في هـايتـي، تقترب كثيراً من التمثيـلات التقليدية لطب الكوارث، لدرجـة أننا ننسى أنها في الواقع حديثة العهـد نسبياً، وأنها شوهدت للمرة الأولى في زلزال كشمير سنة 2005.

ما الـذي حدث في كشمير الباكستانيـة في شهر أكتوبر/ تشرين الأول 2005؟ هـل كانـت عمليـات الإغاثة التي أطلقـت استجابة لهذه الكارثة مختلفة عن التجارب السابقة؟

حين وصلنا خبر وقـوع الزلزال، كان مديرو العمليات في الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود في البداية مترددين جداً في التدخل، وذلك للأسباب التي ذكرتها. لكـن فِرق الفرعين البلجيكي والهولندي، التي كانت موجودة في باكستان لحظة وقوع الزلزال، أبلغتنا بفداحة الكارثة، لا سيما العـدد الضخم من الإصابات. لقد عملت جميـع المرافق الصحية في الإقليم فوق طاقتها. ووفقاً للتقديرات الرسمية، هنالك عشرات الآلاف من الجرحى الذيـن عانـوا إصابـات خطـرة، أي كانوا بحاجـة إلى عمليـات جراحية في العظـام ورعاية طبية مركزة. وبغض النظر عـن دقة هذه الأرقام (وسأعود إلى هـذه النقطة لاحقاً)، فقد تبين أنه للمرة الأولى في حالة طوارئ، يكتسح تدفـق من المرضى المصابـين بصدمات متعددة مرافق طبية محلية وتعجز عن التعامل مع الوضع.

أعتقـد أن التفسير الكامن خلف هذه الزيادة المفاجئة في عدد الجرحى يتعلق بالنزعة نحو التمدين الحضري، بكلمات أخرى: في اكتظاظ المساكن سيئـة البنـاء في منطقـة معرضـة لمستوى مرتفـع من الخطـر الزلزالي. في كشمـير، لم يعد الناس يسكنـون مدن الصفائح، بل في منـازل آيلة للسقوط مشيـدة من قطع الاسمنت المخلـوط برماد الفحم والحجـارة. وبينما يؤدي الانهيـار الجزئي لهذا النوع من الأبنيـة إلى سحق الأطراف، إلا أن الضحايا لا يدفنـون تحـت الركام، مثلمـا يحدث في الأبنية المؤلفـة من عدة طبقات. لكن لمدن الصفائح ميزة على الأقل تتمثل في أن الخشب أو المشمع أو ألواح الصفيـح المستخدمة في بنائهـا لا تسبب سوى ضرر بسيـط عند انهيارها. وهـذه تذكـرة بأن كل ما هـو "طبيعـي" في الكارثة ينحصـر بأسبابها، أي الأصـل الزلـزالي أو المناخي للحدث. بينمـا تنتج تداعياتهـا وتبعاتها عن القـرارات التي يتخذها البشر، مثل اختيـار الموقع أو معايير البناء، وغياب الحمايـة الكافيـة عن المنشـآت الصناعيـة في المناطق الخطـرة. وبالعودة إلى حالـة كشمـير، لم تكن الكثافة السكانية في المـدن مجرد نتيجة للهجرة مـن الريـف، كما هو شائع في جميـع البلدان، بل هي جزء مـن إستراتيجية

متعمـدة ومقصودة لتوزيع السكان مرتبطة بالمؤامرات الانفصالية والنزاع علـى الأراضـي مـع الهند منذ تقسيـم البلدين عـام 1947. ومـع ذلك، لعبت الفـرق الجراحية والطبية الدولية دوراً حقيقياً ورئيسياً لأول مرة في تاريخ الاستجابات الطارئة للزلازل.

في سنـة 2005، ذكرت الصحافة أن الوصـول إلى الضحايا كان في الكثـير مـن الأحيان مستحيلاً. فما هي الحلـول العملية التي اكتشفت للتغلب على هذه المشكلة؟

في البداية، كان الوصول إلى المنطقة صعباً بالفعل، وذلك بسبب طبيعتهـا الجغرافيـة، ولكن أيضاً لأسبـاب سياسية. منطقـة كشمير هضبة تنحـدر باتجـاه الشرق، ويسهل الوصـول إليها من الهند. لكـن على الجانب الباكستاني، هنالك حاجز من الجُرف شديدة الانحدار يصعب عبوره. منعتنا الانهيارات الأرضية من استخدام الطرق، ولأن الوقت كان في أوائل الشتاء، زاد سوء الأحوال الجوية من تعقيد الأمور. اضطررنا لاستخدام المروحيات، التـي كانـت مناسبة جداً لنقـل الطاقم، ولكـن طاقتها المتدنيـة من ناحية نقـل الشحنـات كانت تعنـي أنها غـير مناسبـة لكارثة بهذا الحجـم. كانت هـذه الصعوبات العمليـة هي المشاكل الرئيسية التـي واجهتنا، إذا لم نأخذ بالاعتبـار المعارضـة الأولية للجيش الباكستاني، الـذي انحصر اهتمامه آنذاك بتوفـير المساعدة لجنوده والحفاظ على سيطرته على مقاطعة تحظى بأهمية إستراتيجية في النزاع مع الهند.

كان بالمستطاع التغلب على هذه العوائق الطبيعية عبر جلب المساعدات عـن طريق الهنـد، وعرضت الهند فعلاً تقديم المساعـدة إلى باكستان. ولكن الجيش الباكستـاني لم يكن بوارد القبول بهذا العرض، وسرعان ما رفضه صراحـة، مـع أنـه وافق على فتـح جزئي للحـدود بين البلديـن. لكن ذلك لا يعنـي أن الجيش اهتم بجنـوده وبتأمين مناطقه فقط، وتـرك السكان دون مساعـدة. بل على العكس، فبعد بضعة أيام زاد نشاطه باطراد، وجلب مزيداً مـن الإمدادات والمساعـدات، وعالج الجرحى وأخلاهـم بالمروحيات، وأدار تنسيـق عمليات الإغاثة. كما رُفعـت القيود عن الحركة والتنقل ولم يكن من الضروري الحصول على إذن خاص للسفر إلى المناطق القبلية.

سرعـان ما بدأ عدد كبير من المنظمات المحليـة غير الحكومية العمل، حيـث ساعـدت الضحايا على التنظيم في مراكز تجمـع ووفرت لهم المأوى. وحظي بعضها بفرق على درجة رفيعة من الكفاءة وحسن التجهيز، لا سيما مؤسسـة الرشيـد، وهي منظمة إسلاميـة قريبة عقائدياً مـن حركة طالبان الباكستانيـة، حيـث أقامـت مستشفى يضم ستـين سريراً لجراحـة العظام، ووفرت خدمـات ومساعدات للمحتاجـين. أما تعاوننا مـع الجيش، ووزارة الصحـة، ومؤسسـة الرشيد فكان ممتازاً على وجه العمـوم، ما فاجأ الطاقم الإداري في منظمـة أطباء بلا حدود، الذي توقع أن تكون الأمور أشد تعقيداً. بينمـا اتخذت المنظمـات الإسلامية المحليـة، التي استفادت مـن الشبكات الاجتماعيـة الراسخـة المعنية بتقـديم المساعدات، إجـراءات فورية وقدمت كميات كبيرة من المساعدات.

دعونا لا نتجاهل حقيقة أن معظم عمليات البحث عن الناجين وتوفير الطعـام والمأوى في المراحـل المبكرة من أي حالة كارثية يقوم بها الأفراد والمنظمـات المحلية. وخلافاً للاعتقاد التقليـدي، لم نشهد حالة صدمة، بل حالـة من التضامن الفعال، علـى الأقل أثناء الأسابيـع القليلة الأولى. على الرغـم من غيـاب المفاجأة فيما يتعلق بمـدى التعبئة المحليـة في كشمير، يجب القول أن المنظمات الإسلامية غير الحكومية أدت تعاوناً كبيراً، حالما تبين أن منظمة أطباء بلا حدود، ليست منخرطة في أي أنشطة تبشيرية، وأن المرضـى يتلقون الرعاية المناسبة. بل امتـدح أعضاء المنظمات الإسلامية المساعدة اللوجستية الثمينة التي تلقوها من الجيش الأمريكي.

شهـد الوضـع حالة مـن التعاون الوثيق مـع وزارة الصحـة، والجيش، حيـث استخدمـت مروحياتـه بين الحـين والآخـر، والمنظمـات الدينية غير الحكوميـة. ولم تـثر علاقتنـا البنـاءة مـع شركائنـا الطبيعيـين: السلطات الصحيـة، والمنظمات الباكستانية غـير الحكومية، أي مشكلة لمنظمة أطباء بلا حدود. لكن ذلك لا ينطبق على الجيش، الذي نظرت إليه المنظمة بوصفة شريكاً يمكن أن يسيء إلى سمعتها وذلك بالرغم من الدور الحاسم الذي قام به. بل اقترح بعض مديري العمليات تخفيض عدد الفرق للحد من الاتصال مـع الجيش. وتراجع هـذا الإصرار علـى التمييز بين المؤسسـات العسكرية والإنسانيـة، الذي استحثته المخاوف على سلامة الفرق، عن الواجهة لتحل

محـل ضرورات العمل الملح والعاجل في سياق اتسم بحالة طوارئ مستمرة وعلاقـات عمـل مثمرة مـع مختلـف اللاعبين الفاعلـين ، بغضـ النظر عن النزاعات التي كان يمكن أن تعيقها في الماضي.

في حـالات الكـوارث الطبيعية عمومـاً، يكون الجيش الوطني الأفضل موقعـاً والأحسـن تجهيـزاً للاستجابـة، وبغضـ النظر عن بعضـ الحالات الاستثنائيـة (مثلما حـدث في المنطقة الخاضعة لسيطـرة نمور التاميل في سري لانكا بعد كارثة التسونامي عام 2004)، يتلقى الترحيب من الضحايا. ولذلـك، لا يوجد سبب للنأي بأنفسنا عـن الجيش، مثلما نفعل، على صواب، في حـالات النـزاع. ينطبـق ذلك بالتسـاوي علـى الإغاثة الطبيـة والإمداد اللوجستي المقدمين من القوات المسلحة الأجنبية.

عندمـا نأخـذ بالاعتبـار الصعوبـات الماديـة الناجمـة عـن الطبيعة الجغرافيـة للمنطقة، نجـد أن عمليات تقديم المساعدات تميـزت بالدينامية والنشاط، ووصلت في غضون ثلاثة أسابيع إلى مستوى تلبية الاحتياجات. لكـن عندمـا يتعلق الأمـر بالرعاية الطبيـة، لاحظت فرق منظمـة أطباء بلا حـدود أن المعايير لم تكـن مُرضية، وذلك على الرغم مـن أن استجابة البلد كانـت سريعة وسخية: تعـددت عمليات البتر، بل ربما زادت إلى حد فائض، ولم تكـن التدخلات المحافظة في جراحة العظام –لإنقاذ الأطراف الجريحة – علـى المستوى المطلوب. دعونا نتذكـر أن معظم العمليات الجراحية التي أجرتهـا فـرق المنظمة، التـي لم تتعامل مـع تدفق الضحايـا المصابين في البدايـة، كانت ثانويـة. لكن تجدر الإشـارة إلى أن أي تحفظات بشأن جودة المعالجة الطبية نبعت من الانطباعات السريرية لا من اكتشافات الدراسات الوبائيـة، وإلى أن هذا كان سيـاق جراحة إصلاح الضرر إزاء عدد كبير جداً مـن الجرحى. لكـن اكتظاظ المرافـق الصحية بالمرضى لا يفسـر كل شيء. وبرأيـي، يجـب أن نتفحص أيضـاً السبب وراء التقنيـات الجراحية الخاصة بالحـرب. فالجـروح النافذة التي نجمـت عن المقذوفات (طلقـات رصاص، وشظايـا، الـخ) يمكن أن تـؤدي إلى مضاعفـات، لا سيمـا الالتهابات، التي ربما تستحث الجرّاح في البيئة الغامضة للنزاع المسلح، على إجراء عمليات جراحية جذرية. لكن الجروح الناجمة عن السحق تحت الركام، أكثر الجروح شيوعـاً في الجراحـة المدنيـة، تسمح باستخـدام تقنيات أكـثر تحفظاً. ومع

ذلك، مثلما رأينا في إندونيسيا أثناء التسونامي عام 2004، ومرة أخرى بعد زلـزال هـايتـي عام 2010، بدا أن نموذج الحـرب، أو الحرب الخاطفة في هذه الحالـة، هو المهيمـن دائماً. وتأثرت الفـرق الطبية بهذه الصـورة التمثيلية مثلمـا تأثـر المراقبـون، كمـا كشفـت ملاحظـة لفريق مـن عمـال الإغاثة الأمريكيين: "كان الجراحون الذين عملوا فوق طاقتهم [...] يبترون الأعضاء ويقطعون الأنسجة المصابة والمتضررة. [...] وعلى مدى اليومين اللاحقين، مارسنـا الطب الخاص بالحرب باستمرار كأننا في ساحة المعركة".[1] وكان من المبرر لنا أن نسأل أنفسنا هل لهذا النوع من التمثيل تأثير في التقنيات المستخدمة، ويتم إجراء الدراسات باستخدام البيانات الطبية المجموعة في هايتي[2]، الكارثـة الطبيعية الوحيدة الأخرى، إلى جانب كارثة كشمير، التي أدت إلى وقـوع هذه الأعداد الضخمة مـن الإصابات. وتفسر حداثة التجربة مع العمليات الجراحية واسعة النطاق في مثل هذه الظروف الافتقار الراهن للمعرفة الممنهجة عن الموضوع.

نفتقـر أيضاً إلى البيانـات الكمية الموثوقة لإجراء تقييـم شامل لعملية الإغاثـة في باكستـان. وتؤشر الأرقام المقدمة بعد يـوم من الكارثة، 54,000 قتيـل، و 77,000 جريح ومئـات آلاف المشردين، إلى حجم الكارثة، لكن يجب النظـر إليهـا بحذر، لا سيما مـن وجهة نظر طبية. ففي ضـوء غياب التسجيل المدني والبيانات الديمغرافية، لا يمكن سوى إعطاء تقدير تقريبي لعدد القتلى.

امتدحـت الأمم المتحـدة والمنظمـات غـير الحكومية التعـاون المدني–العسكـري، أو كمـا دعـي: "القيـادة العسكريـة" لعمليات الإغاثـة، واعتبرته ناجحـاً. كمـا حقـق تقسيم مجموعـات المسؤوليـة اعتماداً علـى القطاع، أو "المجموعـات العنقوديـة" (الإمداد اللوجستي، والصحـة، والصرف الصحي، الـخ)، الذي وجد الجيش صعوبة أقل من المنظمات الإنسانية في التأقلم معه (مثلما لاحظ ممثل الأمم المتحدة[3] بشيء من السخرية)، نجاحاً مشهوداً أيضاً.

1 Paul S. Auerbach et al., "Civil-military Collaboration in the Initial Medical Response to the Earthquake in Haiti", *The New England Journal of Medicine*, Feb. 2010.

2 تحت إشراف البروفيسور أنتوني ريدموند، معهد شؤون المساعدات الإنسانية والاستجابة في النزاعات (HCRI)، جامعة مانشستر.

3 Lieutenant General Ahmed Nadeem and Andrew Mc Leod, "Non-interfering coordination: the key to Pakistan's successful relief effort", *Liaison Online* 4, no. 1 (2008)

لكـن هدنـة الأمـر الواقع الناجمـة عن الكارثـة الطبيعيـة لا تؤشر إلى نهايـة الأعمال العدائية، ويجب ألا نتعامى عن البعـد السياسي للمساعدات وحتى المناهضـ للتمرد. إن نشر القوات الأمريكيـة وحلف شمال الأطلسي (الناتـو) استجابـة للزلزال، بـكل ما يسببه مـن حساسية مفرطـة، قد أملته بـكل وضـوح مثـل هـذه الاعتبـارات. ولم يواجـه معارضـة مرئيـة، نظـراً لاهتمـام السكان كلهم بما يوفر لهم من مساعدة لا بمن يوفره. أما بالنسبة للجماعات الإسلامية، فقد التزمت غالبيتها الصمت، مع أن بعضها عبر عن موافقتـه علناً. واستنتجت دراسـة أجراها معهد السـلام الأمريكي أن هدف "كسـب القلوب والعقول" بقي نظرياً بالنسبة للجماعات الناشطة والولايات المتحـدة وحلـف شمـال الأطلسـي على حـد سـواء، لأن الشعـور بالامتنان العابـر لا يـؤدي إلى الـولاء السياسي. لكن مـع هيمنة هـذا الاعتقاد، توسع الحيز المتاح للعمل، نظراً لعدم رغبة أي طرف في الظهور بمظهر الذي يحرم الناس من المساعدات الثمينة في زمن الأزمة الحادة.

ما هو تعريفكم للكارثة الطبيعية؟

الكارثـة هي التي توقع الاضطراب والفوضى في المسار العادي للأمـور. ومن وجهة النظر العمليـة الصرفة لمنظمة تعمل في مجال الإغاثة الطبيـة العاجلة، فإنهـا تعني أولاً الـزلازل، ثم الظواهر المناخيـة العنيفة، عواصـف وأعاصير وفيضانـات، التي تحدث في مناطق مكتظة بالسكان أو قربها. ظلت الزلازل موضوعنا الوحيد للنقاش إلى الآن، نظراً لأنها أصبحت مؤخـراً السبب الرئيسي للعمليات الطبيـة الطارئة. لكن عند النظر من زاوية أعرضـ، واستعمال مصطلحات تلقـى قبولاً أوسع، يمكننـا تعريف الكارثة بأنهـا مواجهة مفاجئة بين قوى طبيعية تسبب الأذى ومجموعة من الناس تجـد نفسها عرضة لـلأذى، حيث تتجـاوز المطالب قـدرة المجتمع المحلي المنكـوب بالكارثـة على مغالبتها والاستجابة لهـا، أو بكلمات أخرى: "هي نتاج المواجهة بين الأخطار والضعف".[4]

تكمـن مشكلـة هـذه التعريفـات في تعريـف "الطبيعـي". فربمـا يكون

4 Grégory Quénet, “Catastrophe naturelle”, in Yves Dupont (ed.), *Dictionnaire des risques*, Paris: Armand Colin, 2007.

الحدث المسبب طبيعياً، لكن التبعات اللاحقة وثيقة الصلة بطريقة تنظيم المجتمع في الأماكن التي يقع فيها. على سبيل المثال، ربما تتذكر أن السلطات المعنية وصفت موجة الجفاف في إثيوبيا (1985)، والنيجر (2005)، والغزو اللاحق للجراد بـ"الكارثة الطبيعية"، والسبب الرئيسي لحالة سوء التغذية أو المجاعة. طُردت منظمة أطباء بلا حدود من البلدين كليهما بعد الجدل السياسي الخلافي حول هذه القضايا.[5] ولنتذكر عنواني الكتابين المثيرين للسخرية اللذين نشرتهما المنظمة حول الموضوع: "Éthiopie. Du bon usage de la famine" ["إثيوبيا: حسن استخدام المجاعة"]، و "A Not-So Natural Disaster, Niger 2005" ["كارثة ليست بالطبيعية كلياً: النيجر2005"].[6]

شكل وباء الكوليرا الذي انتشر في هاييتي أثناء شتاء 2010–2011 مصدراً لجدل خلافي محتدم من الطبيعة نفسها: عزا المدافعون عن فرضية "الطبيعية" أصله إلى العوالق البحرية وعارضوا جميع أولئك الذين زعموا أن العدوى كانت من أصل بشري (سببها تفريغ مجرور يحتوي جراثيم الكوليرا في نهر). وافق الكل على أن المرض ما كان ليسبب هذه الوفيات كلها (بلغ العدد الإجمالي 4,800)، لولا أوضاع النظافة السيئة في البلد، لكن الظروف التي أدت إلى تفشي الوباء كانت موضوعاً لخلافات حادة، حتى داخل منظمة أطباء بلا حدود. وحقيقة تحميل وحدة من قوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة المسؤولية عن الأصل البشري للوباء، والتي كانت متورطة في صدامات سياسية نتيجة حملة الانتخابات الجارية آنذاك، أدت إلى التشديد على البعد السياسي للوباء. وفي هذا السياق، أكد تحقيق أجرته الأمم المتحدة الفرضيةَ الثانية.[7] مرة أخرى، لم يكن المهم مجرد تقرير لأصل الوباء؛ إذ إن لفهم سببه تبعات عملية على كيفية تنظيم الاستجابة الفورية على الصعيد الطبي الصحي بما فيها تدابير الصرف الصحي.

5 أكثر تحديداً، في النيجر، عُلّقت أنشطة الفرع الفرنسي لمنظمة أطباء بلا حدود سنة 2008 بأمر من رئيس البلاد، وذلك بعد مرور سنتين على الخلافات العلنية، ولكنها كانت على صلة مباشرة بها.

6 على التوالي:
François Jean, (ed.), MSF, 1986; Xavier Crombé & Jean-Hervé Jézéquel (eds), London: Hurst and Co., 2009.

7 "Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti", May 2011.

يبـدو أن الخلافات نتجت عـن تعريف الكوارث الطبيعية بقدر ما نتجت عن تقييم تبعاتها وعواقبها؟

مثلمـا رأينا للتو، يمكن أن تؤدي إعـادة تصنيف حالة من أزمة كبرى إلى كارثة طبيعية إلى جدل خلافي بسبب المسؤوليات السياسية التي يشملها مثل هذا التصنيف. لكن بغض النظر عن أي خلاف حول هذا الجانب، يمكـن لتبعـات الكارثة أن تشكل أيضـاً مصدراً للجدل والشقـاق، خصوصاً (لكـن ليس حصراً) فيما يتعلق بـالأوبئـة التي تسببها. ونتيجة الانتباه غير المسبـوق لوسائـل الإعـلام، أدت كارثة التسونامي عـام 2004 إلى دفع هذا السؤال أمام المجال العام.

بعد بضعة أيام من هذه الكارثة الاستثنائية واسعة النطاق، أعلن مدير العمليـات في منظمـة الصحة العالميـة: "ربما نرى أن عـدد الوفيات الناتج عـن المرض يماثل عددها الناجـم عن الكارثة الفعلية نفسها".[8] وهكذا، أثير موضـوع الموجة الثانية المحتملة من الوفيات بسبـب الأوبئة، التي هددت بمضاعفـة عـدد الضحايا الناجم عـن كارثة التسونامـي الفعلية. وتطرقت إليه منظمـة الصحة العالمية في مؤتمر صحفي لاحق نقلته وسائل الإعلام بـكل حماس، فأدى ذلك كلـه إلى تركز جهود الإغاثة علـى توفير المساعدة الطارئـة لقرابة 150,000 شخصـ يتعرضون لخطر الموت المحتم. أما نجاح مثل هذه التصريحات والبيانات التي لا تستند إلى أساس علمي أو تجريبي، فينبـع من مدى اتساقها مع الاعتقاد المنتشر على نطاق واسع بأن الجثث المتحللة هي مصدر الأمراض المعدية. لكن مثلما بينت عدة دراسات بحثية، لم تظهر حالات من الأوبئة الفتاكة في أعقاب الكوارث، مهما كان حجمها.[9] وبأسلـوب أكثر بساطة، تسبب الأوبئة الوفيات والجثث، لكن الجثث لا تسبب الأوبئـة. وربمـا تظهـر بعض البـؤر الوبائيـة للأمراض المعديـة الهضمية والتنفسيـة وتتطلـب إجـراءات وقائيـة وعلاجية، لكـن تأثيراتهـا لا تشابه التصريحات التخويفية التي ذكرتها للتو.

8 "WHO warns up to five million people without access to basic health services", 30 Dec. 2004.

9 C. de Ville de Goyet, Stop Propagating Disaster Myths, The Lancet, 2000, 356: 762–4, Nathalie Floret et al., "Negligible Risk for Epidemics after Geophysical Disasters", *Emerging Infectious Diseases*, www.cdc.gov/eid, Vol. 12, 4 Apr. 2006.

وعلـى العمـوم، ولأسبـاب مشابهة لتلـك التـي تناولتها آنفـاً فيما يتعلـق بالزلازل، لم تظهـر حالة طارئة، حالة مـوت أو حياة، بعد كارثة التسونامـي. أمـا المحنـة الرهيبـة التي عانها عـدد كبير مـن الناجين، وبعضهـم فقـد كل شـيء، فتـبرر بحد ذاتهـا الدعـوة للتضامـن، وأنا لا أعارض بالتأكيد الحاجة إلى الاستجابة لها. لكن نموذج "إنقاذ السكان الذيـن يواجهون الخطر" الـذي تم تبنيه، كان غير مناسـب على الإطلاق. ففـي إحـدى المراحـل، شاهدنا قرابـة عشرة جراحين يتجمعـون حول مصاب واحد في إندونيسيا، حين كنا نتحدث عن مئات آلاف المصابين! في الممارسـة العملية، ولكـي نساعد فعلاً ضحايا الكارثة، هنالك حاجة إلى مـوارد مالية ومادية لإزالـة الأنقاض والبدء بالبنـاء، وهذا يختلف اختلافـاً كبيراً عـن إطلاق عمليـة طبية طارئـة. لكن بلغ ضغـط وسائل الإعـلام حـداً جعل مـن الصعب علـى منظمة أطبـاء بلا حـدود الابتعاد والامتنـاع عن المشاركـة. ولم تضيع الفرق الميدانيـة أي وقت في إثارة القضيـة؛ فقد فهم أكثر الأعضـاء خبرة ودراية ما كان يحدث في غضون بضعـة أيام. لكن الانسحاب من بلد بهذا الوضع المشحون عاطفياً سوف يتعرض لسوء فهم، وقررت قيادة المنظمة تحويل التركيز إلى المساعدات غير الطبية.

إذاً، هـل يمكـن لطريقة تقديم الكارثة بعد الحـدث أن تحدث فرقاً مهماً؟

مثلمـا رأينـا، قلص حجـم التعبئـة جميـع الروايـات السردية والمعتقـدات والتمثيـلات السائـدة للحـدث. وتركز الحديث علـى المصابين واللاجئـين والأوبئة، والأيتام أيضاً حين أصدرت منظمة اليونيسيف بياناً. ناقشنـا آنفـاً الإصابـات والأوبئـة، لكـن قضيـة اللاجئين والأيتـام كانت مشابهـة. وسوف أناقشها بمزيد من الإسهاب بعد لحظة. إذ أريد أولاً التأكيد علـى أن هذه الموضوعات الأربعة، التي تتكرر مـراراً أثناء الأسابيع القليلة الأولى، شكلـت خطابـاً سردياً عن التبعات والعواقـب التي تلاحظ عادة في النزاعـات المسلحـة. بكلمـات أخرى، من خـلال دراسة الحدث بعـد وقوعه، يتضح أننا كنا نستجيب في اللاوعي للكارثة الطبيعية وكأنها حرب.

هنالـك صـور فوتوغرافيـة وتلفزيونيـة لا نهايـة لهـا عـن التأثيرات اللاحقة للكارثة، مع التركيز على بضع مئات من الأشخاص المتجمعين في ملاجـئ مؤقتة، "تظهـر" وجود مخيمات للاجئين، بينمـا لم يكن الناس في الحقيقـة متجمعين، بل في حالة مـن التشتت والتفرق. وأراد معظمهم البقاء بالقـرب مـن منازلهم بقدر الإمـكان، وكانوا يقيمون مع جـيران أو أقارب، ويتنقلون جيئة وذهاباً بين منازلهم القديمة وأماكن إيوائهم المؤقتة. الأمر ذاتـه ينطبق على الدمار الناتج عن كارثة التسونامي. ففي سري لانكا على سبيـل المثـال، تركز الدمار في قطاع ضيق مـن الأرض يتراوح عرضه بين 50 إلى 300 مـتر اعتماداً على تضاريس المناطق التي اكتسحتها موجة المد (باستثنـاء المنطقـة التي أصيبت بأضرار فادحـة في الشمال). ولذلك، كان الناجون في الواقع على بعد بضع دقائق (سيراً على الأقدام) على الأكثر من الأجـزاء التـي لم تتأثر بالكارثة من البلد، وهـذه حقيقة لم نراها في الصور التـي شاهدناهـا. ولا ريـب في أن هذا النوع من التمثيـل المجازي المرسل، حيـث يدان عمال الإغاثة والصحفيون معـاً بالذنب نفسه، مضلل إلى درجة خطـرة. يجـب أن أضيف أيضاً أن آلاف الأطبـاء والممرضين السريلانكيين، الذيـن وصلوا في غضون ساعات لمساعدة زملائهـم ومواطنيهم، لم يكونوا ظاهريـن للعيـان نظراً لتعـذر تمييزهم عـن ضحايـا الكارثـة. دُعمت هذه التمثيـلات المغلوطـة بقدر كبير مـن المعقولية والقبول لأنهـا ناسبت جيداً الفكـرة المعتنقة مسبقـاً، التي ذكرتها آنفاً، عن ضحايـا الكارثة المصابين بحالة الصدمة الشاملة، وهم ينتظرون مستسلمين وصول المساعدة.

أمـا بالنسبـة للأيتـام الذين وصفهم مديـر منظمـة اليونيسيف بأنهم يتجولـون في الشـوارع، تحت رحمة عصابات استغـلال الأطفال في البغاء، لم يكـن الوصـف سـوى شائعة انتشرت على جنـاح السرعة، لكـن بددتها بسرعـة المنظمات الإنسانية الأخرى، واليونيسيـف ذاتها. ومن الواضح أن هنـاك بعض الأطفـال دون شك فقدوا آبائهم، لكن مـا أتحداه هنا هو الزعم بأنهـم تركوا ونبـذوا ليواجهوا مصيرهم لوحدهم. وربمـا يجب أن أفسر في هـذه النقطـة أن حركة التضامن التي ظهرت في أعقـاب كارثة التسونامي، التـي كثـيراً ما صورت في الشمـال بوصفها نموذجاً مثاليـاً، واستشهد بها باعتبارهـا مرجعيـة، خلفـت في الحقيقـة في البلدان المعنيـة ذكريات عن

جماعـة مهتاجـة ومتغطرسـة وتفتقـد الفاعليـة. وعلى الرغم مـن مساعي منظمة أطباء بلا حـدود الحثيثة للنأي بنفسها عن الخطاب الجدالي السائد، إلا أنها لم تتمكن من النجاة من الحكم الجمعي القاسي.

لكن دعوني أعود لحظة إلى صورة الحرب التي رُكبت فوق صورة الكارثة الطبيعيـة. فعلى الرغم من الصـور التي تجعل الحالتـين متشابهتين كثيراً، إلا أنهمـا في الحقيقـة متعارضتان ومتناقضتان تمامـاً. إذ تتركز الكوارث في مـدة زمنية محدودة جداً، وضمن منطقـة جغرافية محصورة جداً، بينما تنتشـر النزاعات المسلحة على منطقة جغرافيـة واسعة وتمتد فترات طويلة مـن الزمن. الحـروب أحـداث ممتدة مطولـة، عشوائيـة في حركاتهـا، تقتل وتجـرح في مسارها، وتسبب نزوح السـكان وتشردهم وإعادة تجمعهم بين منطقـة وأخرى، وتخلق ضغطـاً مكثفاً ومتواصلاً لا يهـدأ ولا يلين، وإفقاراً حـاداً وكاسحـاً لا يستكـين، ودمـاراً واسـع النطاق، يشمـل أيضـاً المرافق الصحيـة. لا يمكـن لعوامـل الإضعاف هذه، التـي تنتج كل تلـك التـأثيرات، وتخلق احتمالاً كبيراً لانتشار الأوبئة، أن تنتج عن حدث مفرد واحد وحسب. ولا يمكـن للكارثة الطبيعية، مهما بلغـت فظاعتها ورعبها، أن تولد النتائج نفسها التي تفرزهـا الحرب.

هـل يوجـد ارتبـاط واضح بـين الخرافـات المحيطـة بـالأحداث اللاحقة على الكارثة وبين الأوضـاع السياسية؟

المساعـدات الدوليـة الطارئـة محملة بنـوع محدد مـن الشحنة الرمزيـة التـي لا تتصـل بفائدتهـا الحقيقـة، مثلمـا رأينا للتـو. وهي جزء جوهـري حتماً لا يتجزأ مـن الديناميات القائمة مسبقـاً للعلاقات الدولية، وتصبـح امتداداً لهـا. على سبيل المثال، حين ضرب زلزال إيران في يونيو/ حزيـران عام 1990، عرضت الحكومـة الفرنسية إرسال فرق متخصصة، مع أن العلاقـات الدبلوماسية مقطوعة بين البلدين: وأظهرت المساعدة الطارئة حقيقـة استئنـاف المحادثات سراً بـين باريس وطهران. الأمـر ذاته ينطبق علـى الصـين التـي أرسلت طائـرة محملـة بمساعـدات الإغاثـة إلى هـايتي بعـد زلـزال يناير/كانون الثـاني 2010، على الرغم من عـدم وجود علاقات دبلوماسية بين البلدين بسبب اعتراف هـايتي بتايوان. كانت هذه سابقة، إذ

لم تسهم الصين من قبل بعمليات الإغاثة من الكوارث خارج مجال نفوذها الإقليمـي في آسيا. لكن حقيقة أن الصين تريد الآن توكيد مكانتها بوصفها قـوة عالميـة كانت تعني المشاركة في جهود الإغاثـة الدولية. ومثلما أثبت زلزال باكستان وجود "سياسة كـوارث"، هنالك أيضاً "دبلوماسية كوارث"، حيث تتيح الظروف الخاصة التي أوجدتها الحالة الطارئة للحكومات إظهار خياراتها الإستراتيجية بتكلفة زهيدة.

في هذا الصدد، تستحق حالة إعصار نرجس الذي ضرب ميانمار عام 2008، الانتبـاه والاهتمام. ففـي مايو/أيـار 2008، اكتسحت رياح بلغت سرعتهـا 250 كيلومـتراً في الساعة دلتا نهـر إراوادي، أعقبتها موجة مد بـارتفاع أربعة إلى ستة أمتار، اجتاحت النهر وأدت إلى خسائر ضخمة في الأرواح ودمـار هـائل في هذه المنطقة المتميزة بكثافة السكان وخصوبة التربـة. لم يستجب النظام الحاكم، الذي تشبـث كعادته بـالهاجس الأمني والهوس بـالحفـاظ على النظـام، ولا مبـالاتـه المعهودة بشعبـه، واكتفى بمناشـدة الأمم المتحدة تقديم مساعدات دوليـة ورفض أي وجود أجنبي على أراضيه. لكن منذ الأيام القليلة الأولى، استطاع أعضاء منظمة أطباء بلا حـدود، وغيرهـا من المنظمات غير الحكوميـة العاملة في البلد، السفر إلى المنطقة، وتقييم مدى الأضرار، وإطلاق جهود إغاثة بالموارد المحلية المتوافـرة. في الوقت ذاته، كانت الطائرات القادمة من البلدان المجاورة، مثـل الهند وتـايلانـد وبنغلاديش وماليزيـا، إضافة إلى البلـدان الغربية التـي تدخلت بـاسـم الأمم المتحدة، تهبط في مطـار العاصمة يـانغون. في هـذه الأثناء، كانت الصحافـة والحكومات الغربية، التـي عجزت على ما يبـدو عن تجـاوز خطاب النظام الحاكـم البلاغي الانعـزالي والمغالي في التركيـز علـى السيـادة الوطنية، تتحدث عـن القيود المعيقـة للمساعدات الخارجيـة، وحتى عن منعها كليـة. وفي 11 مايو/أيار، أصدرت المنظمة غـير الحكومية، "أوكسفـام" (Oxfam)، بيـاناً حددت نبرتـه الأسطرُ القليلة الأولى: "قـالـت الوكالـة الدولية أوكسفـام اليوم (11 مايو/أيـار) إن عدداً يصـل إلى 1,5 مليـون شخص معرضـون للخطر في منطقـة الإعصار في ميانمـار في الأسابيع والأشهر القادمـة، بسبب الأمراض وكارثة الصحة العامة إذا لم يوفر الماء النظيف وتدابير حفظ الصحة بصورة عاجلة".

لا يوجـد مـا يبرر هذا التهويـل والتخويف من المنظور الميداني. صحيح أن الجيش شوهـد وهـو يحـول المساعـدات لأغراضـه الخاصـة، أو يكسب مـن توزيعهـا، لكـن السـكان، كحالهـم دائمـاً، نجحـوا في تنظيـم أنفسهم علـى مستويات مختلفـة. وقامت المنظمـات والسلطات المحليـة، والصليب الأحمـر، والمعابد البوذية، ورجال الأعمـال الأثرياء، بتوزيع الماء والطعام والمعـدات، وبدأت المساعدات الأجنبيـة بالوصول عن طريق المنظمات غير الحكوميـة. أما بالنسبـة للمصابين وتهديدات الأوبئة، فأكـرر ما قلته قبلاً عن التسونامي: لا وجود لها.

كان مـن المفاجـئ أن معظم التغطيـة التلفزيونية، عبر أفـلام الفيديو التي صورهـا الأهالي المحليون، أو التقاريـر التلفزيونية الرسمية، عرضت مشاهـد لتوزيـع المساعـدات في كل مـكان تقريباً. رأينـا مشاهد قصيرة لا حصـر لها لرجال أعمال يصلون مع شاحناتهم ويوزعون زجاجات المياه، وأكياس الرز، الـخ. وفي أمكنة أخـرى، ظهر الرهبان البوذيـون في مشاهد مشابهـة، كحـال الجيش أو المنظمـات غير الحكوميـة، أو الصليـب الأحمر في ميانمـار. كنـا نشاهد أساسـاً الصور المعتادة لتوزيـع الطعام، مع جثة أو اثنتـين هنا وهنـاك. وحين راقبـتُ التغطيـة الإعلامية بانتبـاه، أدركت أن التعليقـات المرافقـة للصور تناقض بالفعل كل مـا تظهره، مع الإصرار على الغياب الكامـل للمساعدات وأعداد الجثث المتحللة، التي وصفت بأنها قنابل جرثومية زمنية توشك على نشر شحناتها الفتاكة. وحين سألت أثناء المقابلات عن الموضوع بعض الصحفيين عن رأيهم بالتناقض بين الصور والتعليقـات قالـوا إنهـم لم يلاحظـوه، وشككـوا بوضوح بـأي رأي يتحدى النظرة التخويفية العامة.

إذاً، في هذا السياق بالذات، بدأت تظهر في الصحافة تهديدات بالتدخل العسكـري لفرض المساعـدات بالقوة. وأطلـق غاريث إيفانـز، أحد مبتكري مفهـوم "مسؤوليـة الحمايـة" الـذي تبنتـه الأمم المتحـدة، هـذه الحملة في 12 مايو/أيـار[10]، تبعـه بعـد يومـين روبرت كابـلان، أبـرز الإستراتيجيين المنتمين إلى المحافظين الجدد، الذي رسم الخطوط العريضة للتدخل المسلح

10 Gareth Evans, "Facing up to our responsibilities, *The Guardian*, 12 May 2008

في مقالـة بعنـوان "المساعـدة الإنسانيـة تحـت تهديد السـلاح"[11]. وفي 19 مايو/أيـار نشر وزير الخارجية الفرنسي برنـار كوشنير مقالة ذكرتنا بأن "مجلس الأمن يستطيـع في أي وقت أن يقرر التدخل لفتـح ممر للمساعدات الإنسانيـة، كمـا جـرى في الماضي".[12] وهكـذا، أبحرت ثـلاث سفن حربية، بريطانيـة وفرنسية وأمريكيـة، على جناح السرعـة إلى ساحل ميانمار في إشـارة دالـة على عـزم الحكومات الثـلاث على إنقـاذ أرواح مئـات الآلاف من الضحايا الأبرياء كما زعم.

وتجـدر الإشـارة إلى أن منظمـة الصحـة العالمية ذكرت علـى موقعها الإلكـتروني هـذه المرة أن الجثـث لا تشكل خطراً وأن الناجـين من الإعصار ليسـوا معرضين لخطـر الأوبئة الفتاكـة، وذلك خلافاً لما حـدث بعد كارثة التسونامـي. لكـن ذلك لم يكن كافيـاً لمنع وزارة الخارجيـة البريطانية من التحذير من "الخطر"، أو من إقنـاع دعاة التدخل المسلح، حكومات ومنظمات وجمعيـات علـى حد سـواء، بـالعدول عـن استخدامه لتشجيـع مجلس الأمن علـى تفعيـل آلية "مسؤوليـة الحمايـة"[13]. وإلى أن اندلعت الحـرب في ليبيا في مارس/آذار 2011، التـي حرضـت عليهـا الحكومات نفسهـا (الفرنسية والبريطانيـة والأمريكيـة)، كان هذا الجدل الوحيد الـذي تصور فيه مجلس الأمن فعلاً تطبيق هذه الآلية.

هـل تعلمـت منظمـات الإغاثـة الطارئـة أي دروس جديدة من الزلزال في هـاييتي؟

كان زلـزال يناير/كانون الثاني 2010 الـذي ضرب هـايتي ثاني حالة طوارئ طبية–جراحيـة كبيرة بعد زلزال باكستان عام 2005. وكانت منظمة أطباء بلا حدود تعمل في هـايتي منذ عدة سنوات حين وقعت الكارثة وبذلك وجـدت في المكان المناسب للاستجابة بسرعة. أقيمت ثلاث وحدات جراحيـة في حاويـة وأجريـت أولى العمليـات الرئيسية بعد ثلاثـة أيام من

11 *The New York Times*, 14 May 2008.

12 Bernard Kouchner, “Birmanie: morale de l’extrême urgence”, *Le Monde*, 19 May 2008.

13 John D. Kraemer, Dhrubajyoti Bhattacharya, Lawrence O. Gostin, “Blocking humanitarian assistance: a crime against humanity?”, *The Lancet*,Vol. 372, 4 Oct. 2008.

وقـوع الزلـزال. وأثناء الساعات الثمـاني والأربعـين الأولى، وفرت الرعاية في الشـوارع. وأرسلـت مستشفى الخيام (القابلة للنفـخ) التي استخدمت في بـاكستـان، ومن ثم كنـا نشتغل في أفضل الظروف الممكنة منذ اليوم الثالث عشـر، وهـو الوقت الـذي تطلّبه جلـب وإقامة هذا المرفـق الكبير في الموقع وتشغيلـه. بـالمناسبة، أصبـح الآن من الممكن وضع مـدة الساعات الثماني والأربعـين الشهيرة التي يتعذر علـى المصابين النجاة بعدها في ملف على رف "الحكمة التقليدية"، مثلما أكدت سابقة بـاكستان. وهكذا، اتخذت منظمة أطبـاء بلا حدود موقعـاً إلى جانب عديـد من المنظمات المحليـة والدولية، الحكوميـة والخاصـة، التـي اندفعـت لبـدء عملياتهـا في بـورت أو برانس وضواحيها خلال الأسبوعين اللاحقين على الزلزال.

كـثر الحديث آنـذاك عـن الفوضى العارمـة التي رافقت نشـر "فيالق البعثات الاستكشافية الإنسانيـة". حيث تعرض غياب التنسيق، والنقص في المعلومـات عـن الاحتياجـات، وطريقـة إدارة عمليـات الإغاثـة، إلى انتقـادات لاذعة في الصحافـة، غير أن هذه الانتقـادات لم تكن صحيحة في الواقـع. أولاً، لأن الفوضـى علامة من علامـات الكارثة، لا سيما حين تحل بعاصمة البلد، أي مركز السلطة فيه. ثانياً، لأن المثالب والعيوب في المؤسسـات العامة في هـايتـي معروفة للقاصي والـداني، ولأن البلد كان دون جيش، بعـد أن جرى حله بضغط من الولايـات المتحدة أثناء عملية "استعـادة الديمقراطية" عام 1995. أخيراً (والأكثر أهمية)، لأن الاستجابة للاحتياجـات العاجلة والملحـة تركزت على منطقة محـدودة، فقد نفذت بطريقـة صائبة، على الرغم مـن كل شيء، باستثناء الملاجئ، التي كانت غير مناسبة وغير كافية.

هنـالك قضيتـان اثنتان تتعلقان بـالناحية الطبيـة أود الإشارة إليهما على نحو خاص: الأولى، محـددة وتتصل باستخدام التقنيات المستمدة من العمليـات الجراحيـة في فترة الحـرب، التي تميل لأن تكون أكـثر راديكالية وتطرفاً لكن قد تكون غير مناسبة؛ والعدد المرتفع من الجراحيين العسكريين في مثل هذه الأوضـاع، فضلاً عن المقارنة الحاضرة دوماً مع صورة الحرب كمـا ذكرنـاً آنفاً، يدفعنـا إلى التفكير بالمسألـة ملياً. القضيـة الثانية أكثر عموميـة وتتعلـق بالمعايير التي تتبناهـا صراحة أو ضمنـاً الفرق الطبية

من مختلـف الثقافات المهنية لتقريـر الحالات، الطبيـة والجراحية[14]، التي يجـب منحها الأولوية وتلـك التي يتعذر معالجتها. فهل يـؤدي عبء العمل المرهـق إلى حد استثنائي ومنطق التقنين الذي تفرضه الكارثة، حيث يأتي دور الفـرز الذي يحدد الأولويات عادة، إلى تهاون أو تراخ في الإجراءات؟[15] ليس لدينا سـوى بيانات مجزأة وهشة، لذلك لن أحـاول الإجابة عن هذين السؤالين، بل أريد التشديد على الحاجة إلى التفكير المنهجي بهما.

لماذا يكون تقدير عدد ضحايا الكارثة موضوعاً لمثل هذه الجدل المتكرر؟

تقديـر عـدد الضحايا قضية مهمة أخرى نظـراً لأن الرقم علامة عاطفية حاسمـة، منبه "يتيح لنا الشعور بالكارثة"[16]، وتقرير درجتها على مقياس الخطورة. وخلافاً لما نراه في كثير من حالات النزاع، تلقى حصيلة الكارثـة (التقريبية عادة) التي تعلنها السلطـات الحكومية والأمم المتحدة، القبـول من الصحافـة ومنظمات الإغاثـة بوصفها موضوعيـة، وذلك على الرغم من عدم موثوقيتها. فبعد ثلاثة أيام من زلزال هـايتي، أعلنت الحكومة انتشـال 50,000 جثة. وسوف يرتفع هذا الرقم يوماً بعد يوم ليبلغ 250,000 أو حتى 300,000 بعد شهر[17]، ما يجعل الكارثة الأكبر والأخطر في التاريخ.

اعتمـدت هـذه التقييمات على تقديـر لكثافة السـكان وعدد المباني المنهارة في المنطقة المعنية، وهذا ما ترك مجالاً للغموض وعدم اليقين. إن احـترام الضحايـا لا يمنـع تحدي الأرقـام التي جمعـت في حالة من الفوضـى العارمة دون أي أساس مـن المصداقية. وأقر بشكل غير رسمي عـدد من مديـري وكالات الأمم المتحـدة الذين قابلناهم بعـد ستة أشهر مـن الزلزال، بـأن حصيلة القتلـى التي تراوحت بـين 50,000 و 70,000، اعتمـدت أساسـاً علـى عدد المقابـر الجماعية التـي حفرتهـا بعثة الأمم المتحـدة لتحقيق الاستقـرار في هـايتـي (Minustah)، المنظمـة الوحيدة

14 Frédérique Leichter-Flack, “Sauver ou laisser mourir”, http://www.laviedesidees.fr.

15 http://www.theworld.org/2010/02/doctors-face-ethical-decisions-inhaiti/

16 Sandrine Revet, “Anthropologie d’une catastrophe, Les coulées de boue au Venezuela”, *Presses Sorbonne Nouvelle*, 2007, p. 267.

17 “Death toll from the earthquake could reach 300,000, according to the president of Haiti”, *Le Monde*, 22 Feb. 2010.

المسؤولة عن القيام بهذه المهمة.[18] وعلى نحو مشابه، قدر رئيس البعثة البلجيكيــة للمنظمة الدوليــة للمعوقـين (Handicap International)، بعد مسـح لمختلـف الأطراف الفاعلة في مجالها، أن عـدد المعاقين أقرب إلى ألف من خمسة آلاف، وهو الرقم الذي أصبح رسمياً بعد تداوله على نطاق واسع في أوساط منظمات الإغاثة.

مـن الواضـح أن تقليص حجم الخسائـر المقـدرة في الأرواح البشرية قضيــة حساســة، لأنهــا مرتبطــة بالوجـدان الجمعـي. وتخفيض الأرقــام يعرضنا للشبهات والاتهام بتحجر القلب، أو حتى بالعداء، والدوافع المبيتة المخجلــة، في حالة الكارثة الطبيعية، وأكثر مـن ذلك في الأوضاع الأخرى ذات البعد السياسي المباشر، مثل النزاع المسلح، أو نزوح السكان، أو قياس حجم الفظاعــات المرتكبة.[19] حصيلة القتلى بعد زلـزال أرمينيا عام 1988، التي قدرت بعد أسابيع قليلة من الكارثة بـ 100,000 قتيل، خفضت فيما بعد إلى 23,390 كمــا نشرتها السلطات. ولّد هذا التخفيض في الحصيلة الرسمية للوفيــات ردود أفعال من عدم الفهم، وحتــى العداء، نظراً لأن الرقم الأصلي غـدا رمزاً لمعاناة الشعـب الأرميني، واعتبر تغييره إنكاراً لهذه المعاناة. في الممارســة العمليــة، من المرجح أن تتكاثر مثل هــذا التحريف والتضخم في عديد من الحالات المشابهة.

مــن المؤكد أن تقدير عدد الضحايا، وعـدد القتلى بينهم، ليس ممارسة سطحيــة لا ضـرورة لها، ولا يقتصـر السبب على كونه يجسـد السؤال الأول الــذي يطرحه الكل، بــل لأنه على وجه الخصوص يتيــح عتبة للانطلاق في العمــل، مهما كان غامضــاً ومتقلباً أثناء تنظيم تقـديم المساعدات. ولوحظ أننــا نعتبر الكارثة كبرى وتبرر التدخل الدولي حين تبلغ حصيلة القتلى، أو تتجاوز، عشرة آلاف. لكن الأهمية العملية لمثل هذه التقديرات محدودة من منظـور منظمة الإغاثة، وأنا أثير هــذه القضية هنا للتوكيد على أن الطبيعة الغامضــة للأرقام تجعل من الصعب جداً معرفة الموارد التي يجب تفعيلها، سـوى الاعتماد على العتبــة المذكورة آنفاً. من الناحيــة الواقعية، قد تتمثل

18 خلال لقاءات المؤلف مع هؤلاء الأشخاص في بورت أو برانس شهر يونيو/حزيران 2010.

19 Peter Andreas, Kelly M. Green (eds), *Sex, Drugs and Body Count, The Politics of Numbers in Global Crime and Conflict,* New York: Cornell University Press, 2010.

المعلومـات المحـددة المطلوبة لتوجيـه عمليات الإغاثة، في عـدد الناجين وحالتهم من أجل تقدير متطلبات المساعدة الطبية، فضلاً عن الاحتياجات من الأنـواع الأخرى من المعونة – مأوى، وطعام، وماء، واتصالات، وإزالة الأنقاض، ونقـل – مـن ناحيـة، ومـن ناحية أخـرى في معرفة مـا تفعله منظمات الإغاثة الأخرى، المحلية والدولية.

مع أن ضحايا الكارثة ليسوا ضحايا جلادين، إلا أنهم في وضع ارتفع عليـه الرهـان، كما أظهـرت الأمثلة السابقـة. إذ يتجمع التمويـل والتغطية الإعلامية وحشد التعاطف مع المنكوبين لتوليد تصعيد في الوضع لم يخطط لـه أحد، لكن تعززه الطبيعة التي لا يمكن إنكارها للقضية المدافع عنها، ألا وهي زيادة المساعدات الطارئة إلى أقصى حد ممكن.

خاتمة

تحت وطأة الحالة الطارئة
كيف تكيف منظمة أطباء بلا حدود خياراتها وتبررها

بقلم مارك لوباب

نظـراً للقيـود والعقبات التـي تواجهها منظمـة أطباء بـلا حدود حين تتولى مهمة القيام بعملياتها وتطويرها والإشراف عليها، ما هي المبررات التـي تسوغهـا وتقدمها لتحظى أعمالهـا بالقبول داخل بيئتهـا السياسية، والثقافية، والعسكرية، والعلميـة، إضافة إلى قبول تلك الجهات والمنظمات التي تعمل باسمها؟

اتخذت دراسة الحالات في القسم الأول من هذا الكتاب مقاربة دينامية لهـذا السؤال. وهي تشمل فهـم الإجراءات المعنية ومراقبـة طريقة مشاركة المنظمة فيها، وتحديد الأسباب الموجبة لاتخاذ الخطوات الإجرائية والنجاح (أو الفشـل) في تنفيذهـا. وتقـدم كل حالـة المـبررات وراء اختيـار البرامج وتنفيذهـا (منها: التحكم والمراقبة، والاستقلالية، والتحدث علانية) وتسرد الخلفيـة المحلية والدولية التي توفر السياق لهذا الخيارات. تبين التفسيرات المـبررات حين تتشـكل، ومن ثم حين تُكيـف وتُعدل اعتمـاداً على الأحداث التـي تجري في كل سيـاق، وعلى تأثيرات البرامـج المقترحة، والممارسات الطبية، والحجج الإنسانية.

من المفيد بدايةً، عند إجراء تحليل سوسيولوجي لأنماط التبرير، تحديد المواقـف المميـزة التي تتيح لنا إجـراء التمايزات وتعيـين أساليب التفكير.

وسـوف أميـز بـين الواقعيـة والمواجهـة والامتنـاع عـن التدخـل – ثلاث مقـاربـات، وثلاثة مواقف مرتبطة بها.

الواقعية والمواجهة والامتناع عن التدخل

يوضح تحليل للحالات الموصوفة في هذا الكتاب سلسلة من السلوكيات التي تبناهـا اللاعبون المؤثرون في المجال الإنسـاني. بدايةً، سوف أتناول حصراً تلك الملامـح والسمات التي تسلط الضوء على الاختلافات والفوارق والتباينـات في الأسس المنطقيـة للعمـل، إزاء القيـود والعراقيـل الفعليـة أو المتوقعـة. وسـوف تعتمـد مقاربتـي علـى توصيـف ألـبرت هيرشمـان للمفاهيم الثلاثة للخروج، والصوت، والولاء. سوف أرتكز أيضاً إلى الوصف السوسيولوجي للموقف الواقعي، كما قدمه سيريل لوميو.[1]

يتصدى تحليل هيرشمان للاستجابات الفردية والجمعية للأوضاع الاقتصاديـة والسياسة. ويميز بين الخروج (أي "المغادرة بكل بساطة")، والصـوت (التعبير عن عدم الرضا)، وأخيراً الـولاء، الذي يشمل "التلميح إلى بعض النفـوذ وتوقـع أن الحق، بمـرور الزمن، سوف يـوازن الباطل ويسـود".[2] يسعى هيرشمان إلى تحديـد الظروف التي يعبر فيها عن هذه المواقـف، والأوضـاع التي تتناقض فيها أو تتواءم لتعمـل معاً.[3] وفقاً لسيريـل لوميـو، يشمـل الموقـف الواقعي، للفـرد والمؤسسـة، الاعتراف والقبـول بقيـود مـا يمكن فعلـه في وضع معـين، واستخلاص النتائج الصحيحـة؛ أي ممارسـة ضبط النفس حين نعزو معنى دلاليـاً إيجابياً لذلك الموقف الحذر.

اخـترت صفة "الحرة" – ضداً علـى صفة "غير الحرفية" – لترجمة فئات هيرشمـان الثـلاث، لأن هـذا التعديـل البسيـط يسمـح بتوضيح عـدة جوانب وملامـح مـن الخيارات المتخـذة في مناطق تدخـل منظمة أطبـاء بلا حدود. وهكـذا، اخـترت لـ"الخـروج" تعبـير "الامتنـاع عـن التدخـل"، ولـ"الصـوت":

1 Cyril Lemieux, *Le Devoir et la Grâce*, Paris: Economica, 2009, p. 85–89.

2 Albert O. Hirschman, *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1970, p. 78.

3 Albert O. Hirschman, *A Propensity to Self-Subversion*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1995, p. 12–14.

"المواجهـة"، ولـ"الـولاء": الواقعيـة. هـذه التعابـير المختلفـة لا تعنـي أننـي تجاهلـت درس هيرشمان –بل علـى العكس تماماً. وفي الحقيقـة، ذكر مراراً وتكـراراً أن هذه المفاهيم يمكـن استعمالها لتحليل سلسة واسعة من الظواهر الاجتماعية، وحذر من مغبة تطبيقها بطريقة آلية.

قـد تتفـاوت هـذه التعابـير المنتقـاة مـن قبـل اللاعبـين الفاعلـين والمراقبين المعنيين لوصف المنطق الكامن خلف خيارات معينة، اعتماداً على إمكانية نسبة قيمة إيجابية أو سلبية لها. ومن ثم، ربما يمكن الإشارة إلى كلمة "واقعية" بوصفها "تعاوناً" (مع معناها الدلالي السلبي في فرنسا في أعقاب الحرب العالمية الثانية والاحتلال النازي للبلد)، أو "دبلوماسية". أمـا "المواجهة" فيمكـن اعتبارهـا "لا مسؤولية" أو "سخـط". أخيراً، يمكن ذم كلمـة "انسحاب"، باعتبارها لا مبـالاة أو مدحها باعتبارها شكلاً من أشـكال الشجاعـة والصلابة المهنيـة، والتزاماً بمبادئ منظمـة أطباء بلا حـدود. ولا يقصد بالمنظور المتبع التثمين أو التبخيس، أو التوصية بشكل مـن التدخل دون آخـر، أو توفير دليل توجيهي للحجـج الإنسانية اعتماداً على الأوضاع، أو اللحظات الزمانية، أو الممثلين، أو الالتزامات الطبية. بل يمثل خريطة (جزئيـة) تبين مدى الخيارات والمبررات التي تبنتها منظمة أطبـاء بلا حدود فعليـاً في تدخلاتها أثناء العقد الممتد بين عامي 2000 و 2010، ولا يقترح سبيلاً مفضلاً.

ثمـة خطر مرتبط بهـذا النوع من الوصـف، ألا وهو خلـق "معسكرات"، كأنمـا يشكل أنصار كل طريقة تفكير "معسكراً"، أو "حوصروا في منعكسات ضاغطـة وخاضـوا كما هو متوقـع في سلسلة من الحـركات والمناورات".[4] وسـوف نرى أن منظمـة أطباء بلا حدود ليست موئلاً للمعسكرات التي تؤكد طريقـة تفكـير معينة، بل إن أولئك الذين يتبنـون الموقف الواقعي في حالة محـددة سـوف يصادقون، في مرحلـة أخرى من العملية، علـى المواجهة أو الامتناع عن التدخل، والعكس صحيح.

سـوف نصـف الآن كيف عـبرت مشاريـع منظمة أطباء بـلا حدود عن هذه المواقف.

---

4 Albert O. Hirschman, *The Rhetoric of Reaction*, Cambridge, Mass., and London, England: The Belknap Press of Harvard University Press, 1991, p. 164.

ما هي الممارسات التي ترتبط بالواقعية؟

تتمثـل السمــة العامــة للموقـف "الواقعـي" في القبـول غـير المشروط بـالمعوقات المفروضة من السلطات الوطنية والدولية في سبيل الحفاظ على فرصـ التحرك والعمـل. يشمل ذلك تسويــة وتنازلاً إمــا في سبيل الحصول على تفويض للبدء بنشاط ومن ثم تطويره، أو المحـافظة على احتمـال العمل والتحرك في المستقبل.

يتمثـل هذا الخيار بصـورة نموذجية في تدخل الفـرع الهولندي لمنظمة أطبــاء بلا حدود في ميانمار الذي بدأ عــام 1992. فمن أجل ترسيخ حضورها هنــاك، تخلـت المنظمة في البدايــة عن مشروعهــا للتدخل في ولايــة أراكان، حيـث كانت الحكومة تقمع بكل وحشيــة أقلية الروهينجا، وقبلت الموقع الذي عينتــه لها الحكومــة في ضواحي يانغون. وقدم الفـرع السويسري النوع ذاته مــن التنــازل مقابل السماح له بدخول البلاد عــام 1999. أما الفئة الثانية من التنازلات فتعلقت بـالسيطرة على المشروع. فبدءاً من أواخر عام 2004، فرضت الحكومة مزيداً من الإجراءات المعقدة على دخول البلاد، وشددت قواعد وأنظمة التنقـل خارج يـانغون، وطالبت المنظمــات الإنسانية بتقديم لوائح بموظفيها، وبوجود "موظف ارتبـاط" يرافق الفرق في رحلاتها. بـاختصـار، زادت الحكومة القيــود المعرقلة لاستقلالية الفرق الطبيــة. وتشمل الفئة الثالثة من التنازلات موافقــة الفرعـين كليهما على الامتنـاع عن الانتقــاد العلني للسلطات، بما في ذلك انتقاد القيود الموضوعة على أنشطتها الطبية.

اختار الفرع الإسباني من منظمة أطباء بلا حدود، لكي يتعامل مع سوء التغذيــة في الهنـد، أن يحد مــن ظهور أنشطته، ويحصـر عمله ضمن منطقة واحـدة، ويركـز اهتمامه علــى معالجة الحــالات الحادة والمزمنــة من سوء التغذيــة. إلا أن برامــج المنظمة لمكافحة سوء التغذيــة تشمل استيراد أغذية علاجية جاهزة للاستخدام، انتقدها الناشطون من حملة "الحق في الطعام" (التــي دخلت معهــا المنظمة في حوار)، ولم توافق عليهــا الحكومة الوطنية. لكـن بفضـل القيود التــي وضعها الفـرع الإسبــاني على أنشطتــه، نجح في التوقيع على اتفاق على مستوى المقاطعة. ثم وافقت السلطات الصحية على السمــاح للمنظمــة باستخدام الأغذيــة العلاجية الجاهـزة لمعالجة الحالات الحادة والمزمنة من سوء التغذية.

أمـا الفـرع الفرنسـي، فقـد اختـار التخلي عـن مشروعـه والانسحاب بهـدوء عندمـا واجه العقبات علـى المستوى المحلي . ويميـز هذا الشكل من الانسحاب موقف المواجهة – الذي وجد التعبير عنه في رفض الاستمرار في التفاوض – والموقف الواقعي كليهما، كما أظهرهما التحفظ والتكتم اللذين تم بهمـا الانسحاب. ولأن الانسحاب كان مقتصـراً على مشروع واحد، فقد تمكنـت منظمـة أطباء بلا حدود من الاستمـرار في المشاركة في المجادلات والنقاشات داخل الهند حول معالجة سوء التغذية.

في الحقيقـة، تكشـف كل دراسـة حالة لحظات يمارس فيها الموقف الواقعي دوره المؤثر. فالعقبات والقيود موجودة في كل مكان، ولا تختلف إلا في الكثافـة والصرامـة، والمـدى والطبيعة. يجب علينا تعلـم التعايش معهـا والتفاوض على طرق مناسبـة لتكييف أعمالنا وتعديـل إجراءاتنا للتوافـق معها. تثير كل حالة السؤال عن الحدود والقيود المقبولة. وتسمح لنـا المرحلة الواقعية من العمل باستخلاص العبر التي يمكن منها تقييم مـدى توافق العمـل الإنساني مـع القيـود المفروضة، ومن ثـم اتخاذ قرار بالمتابعـة أو المواجهـة أو الانسحـاب. ولهـذا السبـب، مـن المفيـد عرض أمثلـة تسلط الضوء على خيار تبنـي المقاربة الواقعية، كما هي الحال في دراسات الحالة المتعلقة بسري لانكا، ونيجيريا، وقطاع غزة، والصومال، وأفغانستان، واليمن.

ماذا تعني المواجهة داخل منظمة أطباء بلا حدود؟

التفاوض شكل من أشكال المواجهة، لكنه في البدء شكل متحفظ ومحصور نظـراً لأن هدفه هو التوصل إلى اتفاق، بروح مـن الواقعية، ولأن منظمة أطباء بـلا حـدود تسعى إلى التمكن من القيام بأنشطتها الطبية. تلك كانت الحالة في أفغانستان، حين سعت المنظمة عام 2008 إلى استئناف أنشطتها التي أوقفتها عـام 2004 بعـد مقتـل خمسة مـن أعضائها. بـين عامـي 2008 و 2009، كانت المفاوضـات تجـري على عـدة جبهات، شملـت السلطات الأمريكيـة. ولضمان سلامـة المرضـى (بغض النظـر عـن انتمائهـم إلى المعارضـة أو السلطة) في مستشفـى لاشكرجـاه حيث عملت المنظمـة، كان يجب تحديـد المرفق بوصفه محايـداً وبذلـك حظـر وجـود المسلحين وفقـاً لاتفاقيـات جنيـف. تمثل هدف

المفاوضـات مـع المعارضـة المسلحة لحكومة كـرزاي في التوصـل إلى اتفاق يسمـح بنقل الأدوية بأمان على الطرقـات. وأمكن تجنب مواجهة مع السلطات الأمريكيـة حـين أصـدرت إدارة أوبـاما أوامـر توجيهية إلى القيـادة العسكرية الأمريكيـة لبت مطالب منظمة أطباء بلا حـدود على الصعيد المحلي. لكن ثبت أن مواجهـة المعارضـين المسلحين صعبة الاحتواء عـبر المفاوضات. واستغل ممثلـو إمارة أفغانستان الإسلامية طلبات المنظمة لتقديم مطالب صعب عليها تلبيتهـا، علـى سبيل المثال: تعهد خطي من القـوات المسلحة الأمريكية يضمن التزامهـا باتفاقيـات جنيـف، حيـث لم يكن بإمـكان المنظمة الحصـول عليه. واستخدمت إمـارة أفغانستان الإسلامية قدرتها على السماح بنقل الأدوية، أو إعاقتها، لبـدء مواجهة مع منظمة أطباء بلا حدود أجبرت على دخولها وسعى عبرهـا معارضو الحكومـة إلى تحقيق مكسب سياسي؛ هـو الاعتراف بسلطتهم وإكسابها الشرعية في المناطق التي يسيطرون عليها.

لكن التوترات لم تنحصر في نطاق المناقشات الحذرة والمتحفظة مع مختلـف الأطـراف في السلطة وأصحاب النفوذ، مـن المستوى المحلي إلى مستوى الدول والمؤسسات الدولية. لقد جسدت سياسة المنظمة في جنوب أفريقيـا نمطاً معيارياً للدخول إلى مجال المواجهـة العلنية. فقد تحـالفت منظمـة أطباء بـلا حدود مع "حملة العمل العلاجـي"، وهـي حركة نـاشطة تنظـم حملات لعـلاج فيروس نقص المناعـة البشرية/الإيـدز، ودعمتها في حملتهـا ضد السلطات التـي تأثرت مواقفها العلنيـة بصورة واضحة بـالنظريـات التـي تنكـر أن الفيروس يسبـب المرض. واستهدفت الحملة أساسـاً وزيـر الصحة والرئيس ثابو مبيكـي، الذي قاد موقفُـه الحكومةَ إلى رفض معالجة المرضى بـالعلاج المضـاد للفيروسات الرجعية. وبين عـامـي 2008 و 2009، عملـت المنظمـة مـع المؤسسات القـانونيـة للدفـاع هـذه المرة عن حقوق المهاجرين من زيمبابوي في الحصول على الرعاية الطبيـة في جنوب أفريقيـا. وفي أوائل عام 2008، أطلقـت المنظمة برامج إغاثـة طبيـة استهدفـت السـكان علـى طول الحـدود مـع زيمبـابوي وفي جوهـانسـبرغ. واستخدمـت المعلومات التي تم جمعهـا أثناء الاستشارات الطبيـة وقدمت خبرتها ومعرفتها لتعزيز جهود النـاشطين من أجل توفير الرعاية الصحية للمهاجرين.

انخرطت المنظمـة في أشكال أخرى من الانتقادات العلنية، مثل ما حدث في إثيوبيـا حيث أوقف الفرع السويسري بعثتـه وأصدر في الوقت ذاته نشرة إعلاميـة ندد فيها بالعقبات المفروضة من السلطات على أنشطتها الطبية في منطقـة الصومال. "بالرغم من المحـاولات المتواصلة لتحسين علاقات العمل مـع السلطات، إلا أن منظمتنا تأسف لغياب أي حيز للاستقلالية والحيادية".[5] وفي مثـال آخر، شاركت مهمـة المنظمة في فرنسا في عدة حملات عامة لدعم التغطيـة الشاملـة للرعايـة الصحيـة، ومن ثم العمـل مع المنظمـات الأخرى التـي تطالب بالحق المتواصل للأجانب المرضى "بالبقـاء في فرنسا قانونياً والاستمـرار في تلقـي المعالجة الطبية".[6] في المثـال الأول، طلبت المنظمة من الحكومة الإثيوبية السماح لها باتخاذ الإجراءات العملية، وفي الثاني، شجعت الحكومة الفرنسية على اتخاذ هذه الإجراءات.

مـن المؤكـد أن إستراتيجية الانتقـاد المباشر والصريـح للمؤسسات، مثلمـا كانـت الحـال في جنـوب أفريقيـا وغيرهـا[7]، بعيـدة كل البعد عن المقاربة الأكثر شيوعاً. وفي الحقيقة، تفضل المنظمة عادة حصر المواجهة في نطاق عملية التفاوض. ويتغاير هذا الواقع مع الصورة العامة للمنظمة: حضـور إعلامي قوي، وفعالية مؤثرة في استخدام الانتقاد العلني، وقدرة علـى إلحاق الضرر بالشركات التجارية، والحكومـات، والهيئات الدولية عبر تدخلاتها.

الامتناع عن التدخل

تتبنى منظمة أطباء بلا حدود هذا السلوك بانتظام نظراً لأن الأولويات الطبيـة الراسخـة تفرض اختيار بعض التدخـلات المعينة، وفي الوقت ذاته رفض أخرى. ولذلك ذكرت ماري بيير آلييه، رئيسة الفرع الفرنسي، أن "من واجبنا العثور على حلول للمرضى الذين بدأنا معالجتهم، لكن ذلك لا يلزمنا

5 الفرع السويسري لمنظمة أطباء بلا حدود، أديس أباب/جنيف، 10 يوليو/تموز 2008.

6 MSF, "Commission Dasem: dernière chance pour les étrangers malades en France?" Paris, 3 May 2011, http://www.msf.fr/presse/communiques/commission-dasem-derniere-chance-etrangers-malades-en-france.

7 مثلاً، في إثيوبيا سنة 1985، وزائير في مايو/أيار 1997 (فيما يخص تتبع اللاجئين الروانديين)، وفي كوريا الشمالية في سبتمبر/أيلول 1998، الخ.

بتوفـير الرعايــة للسـكان كلهم في منطقــة معينــة إلى ما لا نهايــة".[8] لكن الحدود الفاصلة بين التدخـل والامتناع عن التدخل تزداد إبهاماً وضبابية في عمـل منظمة أطبــاء بلا حدود. فبينما اختــارت المنظمة منذ زمن طويل الامتناع عن التصدي للأمراض المعدية المزمنة التي تتطلب معالجة طويلة الأجـل، تعالــج حالياً المرضى الذيـن يعانون من داء السـل والإيدز، اللذين يتطلبان علاجاً قد يستمر عدة أشهر (للأول) أو العمر كله (للثاني).

يستحـث القـرار المتعلـق بـالتدخـل أو الامتناع عن التدخـل مجادلات ومناظـرات تتجـاوز حـدود القضايـا الطبيـة. لقد ولّـد الخيـاران كلاهما، ويولـدان بـانتظـام، خلافـات جدالية، بل مواجهـات، بين أعضـاء المنظمة الفاعلـين. إذ يدعـم بعضهم إنهاء برنـامج على أسـاس أن المنظمة مجموعة معنيــة بـالاستجابة الطارئة، لينتقل النقاش من المجال الطبي إلى المجال السياســي، ويتحول الجـدال الخلافي إلى مواجهة. ولا ريـب في أن مثل هذه المحـاولــة لحصر منظمــة أطباء بلا حـدود في إطار هوية ضيقــة يتناقض مع ممارساتها الفعليــة، لا سيما قابلية مبادئها الهادية لأعمالها للتكيف، ومــع سلسلة الحالات والأوضـاع التي تتدخل فيها. وتستمر الحجة المؤسسة على الهوية في ممارسة بعض التأثير داخل المنظمة، لكن فعاليتها لا تظهر إلا إذا تلقـت الدعم والتأييد مـن أولئك الذي يتمتعون بسلطة اتخـاذ القرارات والسيطرة على الاتصالات داخل الفروع الوطنية فيها.

يمثل ذلك كله الوضع الذي اختار فيه الفرع الفرنسي من منظمة أطباء بــلا حدود مغــادرة شمــال نيجيريا بهـدوء. ففي عــام 2005، افتتــح الفرع برنـامجــاً لمعالجة حالات سـوء التغذية الحادة والمزمنة في ولاية كاتسينا. وحـين أوردت وكالــة رويترز أخبــار الأزمــة الغذائية في المنطقــة[9]، ضغط وزير الصحة من أجل إغلاق البرنـامج خوفاً من الصورة السلبية التي تنقلها حشـود الأطفــال المهزولين. وهدد الفرع الفرنسي بإصـدار بيان علني، لكن حين لاحظ انخفاض عدد الأطفال المحتاجين إلى العلاج، تخلى عن التهديد وغــادر بهدوء كاتسينــا في ديسمبر/كانــون الأول 2005. وفي المدة ذاتها،

8 Marie-Pierre Allié, “Après la TB, le VIH, le diabète, demain le cancer?”, *Borderline*, no. 1, MSF, Paris, Mar. 2011.

9 “Severe child malnutrition hits Nigeria’s far north”, *Reuters*, 26 July 2005. http://nm.onlinenigeria.com/templates/?a=3990&z=12.

وفي السنوات اللاحقة، تبنى الفرع نفسه مقاربة مختلفة اختلافاً كلياً لحالة سوء التغذية في النيجر، تميزت بالواقعية والمواجهة في آن: "تحويل الحدود المقيدة إلى تحديات والتحديات إلى خيارات".[10]

أسس المبررات

في سبيل توصيف أكثر دقة للحجج المؤيدة لمقاربة على أخرى، خصوصاً الواقعية على المواجهة (أو العكس)، يجب علينا وضع هذه الخيارات في سياق البعثات والمهمات، مثلما رواها كتاب دراسات الحالات.

الواقعية

مثلما رأينا آنفاً، تبدو الواقعية أولاً كضرورة. ويجب التوصل إلى اتفاق مع "القوى الموجودة". ولذلك، تعد هذه المفاوضات جزءاً من العمل النمطي لطاقم منظمة أطباء بلا حدود من أجل بدء بعثة، وتنفيذها، والحفاظ على استمراريتها، وتطويرها. نحن لا نركز هنا على اللحظة التي تمارس فيها الواقعية الحاسمة الأهمية لبدء البعثة دورها المؤثر، بل على كيفية الحفاظ على هذا الموقف، حتى حين تؤدي الظروف إلى مواجهة في أكثر أشكالها تنوعاً. أما الحجة السائدة التي تؤكّد بانتظام لتبرير الواقعية فهي تهديد الخطر الداهم. وشاع ربطها بالحجة القائلة إن النقد لا جدوى منه و"لا يمكن أن يحدث أي فارق حقيقي".[11]

يُحذر من تهديدات عديدة، متزامنة غالباً، مثلما حدث في عام 2009 حين قدم رئيس بعثة الفرع الفرنسي في سري لانكا الحجة لصالح التزام الصمت والحذر. "كيف يجب أن تكون إستراتيجيتنا للاتصال والإعلام حين لا نملك معلومات من المصادر الأصلية لننقلها؟ عندما تكون منظمة حاضرة في منطقة النزاع (اللجنة الدولية للصليب الأحمر) – إذاً تتمتع

10 Carlo Ginzburg, *Rapports de force*, Paris: Hautes Études, Gallimard, Seuil, 2003, p. 112.

من أجل دراسة مفصلة عن سياسة النيجر في مواجهة الأزمة الغذائية، راجع:
Xavier Crombé, Jean-Hervé Jézéquel, A Not-so Natural Disaster: Niger 05, London: Hurst & Co., 2009.

11 Hirschman, *The Rhetoric of Reaction*, p. 45.

بمشروعيـة أكـبر في مناقشة الوضع– تملك بنية اتصـالات دولية جاهزة؟ عندمـا يتضـح إلى حد مـا أنها لن تمارس أي تأثير في النـاس الذين نريد التدخل باسمهم؟ عندما تفقد منظمة أطباء بلا حدود، من منظور العمليات، القـدرة علـى الاستجابـة التي قد تسمح لنـا بمواجهة السلطـات فعلاً؟ حين تجازف بتعريض الطاقم الوطني للخطر؟".[12]

تُـبرر الواقعيـة أساسـاً بثلاثـة أخطـار: التخلي عـن المرضى ووقف العـلاج؛ تعريضـ الفرق الميدانيـة من أعضـاء الطاقم الوطنـي[13] للخطر؛ التعرض لمنـع توسيـع منطقـة التدخـل، والمخاطـرة بالطـرد وإضعاف الفرص المستقبلية للتدخل.

توفر البعثات في سري لانكا أمثلة نموذجية على القرار بالامتناع عن الانتقاد العلني باسم الحالة الطبية الطارئة. ففي عام 2009، اخترق الجيش السريلانكـي الخطوط الدفاعيـة لمتمردي نمـور التاميل، الذين انحسرت سيطرتهم علـى الأراضي باطراد. وجرى إخلاء عشرات الآلاف مـن المدنيين مـن مناطق المتمردين إلى منطقة مؤقتة ثـم أجبروا على التجمـع في مخيمـات اعتقال، دعيت رسميـاً باسم "قـرى الرعاية". في البدايـة، كان الفرع الفرنسي يمارس نشاطـه بالقرب من معسكر مينيك فـارم، حيـث أقام مستشفى جراحيـاً. وغطى البرنامجَ اتفـاقٌ مع وزارة الصحـة، لكنـه كلف ثمناً: بنـد يشترط السرية والكتمـان تمتنع بموجبه المنظمـة عن أي "تعليق علني" دون موافقة وزارة الصحة. مثل ذلك قيداً صارمـاً للمنظمـة، لكنهـا قبلته لتجنب الطـرد، وبهـدف تقليص القيود المفروضـة على الوصول إلى المعسكرات بحيث تستطيع توفير المساعدة للمحتجزيـن. بقيـت القيـود على حالها. أمـا العمل الطبي الـذي ستقوم بـه، واقـتراح توسيع التدخـل في المخيمات فقد بررا هـذه المثابرة على الاستمـرار، علـى الأقـل في نظـر المؤيدين لهـذا الخيار. كما عـبر تقرير تقييمي وُضع بعد أن قام عدد من مديري المنظمة بزيارة سري لانكا عن هـذا الرأي. "ما زال هناك الكثير من العمل الضروري في [معسكر مينيك فـارم]. يجب أن نصبـح ترساً مسننـاً ضرورياً في آلـة العمليات، لأنها

12 منظمة أطباء بلا حدود، مطبوعة داخلية، مارس/أبريل 2009.

13 يشير التعبير "طاقم وطني" إلى موظفي منظمة أطباء بلا حدود الآتون من البلد حيث تقوم المنظمة بعملياتها.

الطريقة الوحيدة للحصول على فرصة إلغائه (أو مغادرته بصخب) حين نعتقد أن الوقت المناسب قد أزف".[14]

تحولت الرغبة في الاستجابة لـ"احتياجات [السكان] الطبية"، وعدم التخلي عن "مرضانا" بأي ثمن، إلى دافع كاسح للبقاء في ميانمار. وذكر مدير برنامج للفرع الهولندي ذلك بوضوح على محطة سي إن إن عام 2007: "لدينا برنامج ضخم. في السنة الماضية عالجنا أكثر من مليون مريض من الملاريا والإيدز. وما زالت أنشطة البرنامج مستمرة. نحن نعالج أمراضاً فتاكة. لذلك، فإن من المهم لنا كثيراً الاستمرار في معالجة المرضى". برر هذا الخيار تجنب الأعمال التي تعرض الأنشطة الطبية للخطر، بغض النظر عما كان يحدث في ميانمار. كما خشي المنسقون الميدانيون من أن أي انتقاد للنظام يمكن أن يؤدي إلى ردات فعل انتقامية ضد موظفي المنظمة البورميين وتعريضهم للخطر. وعبرت الفرق العاملة في سري لانكا عن الخشية ذاتها. وفي الحقيقة، تشير الأخطار التي تواجه الفرق إلى أن مثل هذه المخاوف مشروعة. ففي منطقة أوغادين الإثيوبية، اتهم أفراد الطاقم الوطني بالتجسس ووضع بعضهم في السجن. وفي فلسطين، خضع اثنان من الموظفين الغزاويين لاستجواب قاس من قبل ضباط شرطة حماس. وفي 4 أغسطس/آب 2006، أُعدم سبعة عشر موظفاً من منظمة "العمل على مكافحة الجوع" في سري لانكا.

لاحظنا آنفاً مبرر اختيار عدم إصدار انتقاد علني لأنه لن يحدث أي فارق مهم، لكن ليس عموماً، بل في بعض الحالات المحددة، مثل سري لانكا، حين استنتج رئيس بعثة الفرع الفرنسي أن التعليق العلني "لن يؤثر في الناس الذين نريد التدخل باسمهم". أما فكرة لاجدوى إصدار إدانات فقد عرضت أيضاً بعد قصف المدنيين اليمنيين في الطلح (سبتمبر/أيلول 2009). إذ شنت القوات الجوية الحكومية الهجوم، وكان الفرع الفرنسي للمنظمة شاهداً عليه. حيث كانت المنظمة الإنسانية الوحيدة الحاضرة، كما عالجت عدداً من الأطفال الذي أصيبوا بجروح خطرة في المستشفى ولم ينج منهم سوى اثنين. لكن المنظمة اختارت عدم إدانة القصف، حيث استنتجت أن مثل هذا العمل لن يؤدي إلى تبني الأطراف المتنازعة أساليب أقل ضراوة في القتال، لكن يمكن

14 Fabrice Weissman, "Welcome to the Farm: MSF and the confinement of IDPs in the Vanni", Paris, July 2009.

أن يهـدد أنشطـة المنظمـة الطبية ويصـدّع علاقتها بالحكومـة اليمنية، وهي علاقـة حاسمـة الأهمية لقدرة المنظمة على تنفيـذ عملها. كان من الضروري الحفاظ على تلك العلاقة نظراً لأن المساعدات الإنسانية يتعذر نشرها بدونها.

جـرى تأكيد حجة اللاجـدوى في ظروف أخرى. ففي عام 2001، تحدى فريـق منظمـة أطباء بلا حـدود في قطاع غـزة مركز عمليـات المنظمة في بـاريـس، وانتقده بسبـب تجاهل التجربـة الميدانية والبيانـات والشهادات التي جمعها الفريق لإدانة معاملة إسرائيل للشعب الفلسطيني. ورد عدد من أعضاء مجلس إدارة الفرع الفرنسي بالقول إن الحالة الفلسطينية واحدة من الحالات التي تحتل عناوين الأخبار العالمية، وأن الشهادات والبيانات التي جمعتها المنظمة تناولت العنف الذي حظي قبلاً بتغطية إعلامية واسعة. لم يستخـدم تعبير "لاجـدوى" صراحة نظراً لأنه قد يصـدم الجمهور. لكن كان ذلـك هو المعنى السياسي الكامن بين سطـور الانتقاد باستعمال الشهادات والبيانـات للتعبـير عن التـزام وجـداني وسياسي بقضية شعـب خضع هنا لعنف متواصل نتيجة عمليات الجيش الإسرائيلي.

المواجهة

يعتمـد خيـار المواجهة على عدة مـبررات: أولاً، "الخطر المحدق"، حيث لا يفيـد كثـيراً وفقاً لهـذا المبرر "تقديم الحجـة لصالح سياسـة معينة على أساس صوابيتها؛ بل يجب الإصرار علـى ضرورتها الملحة لتفادي كارثة مهـددة معينة"[15]؛ ثانيـاً، احترام القانـون الإنساني الدولي؛ ثالثـاً، التوافق مـع المبـادئ المنصوص عنها في ميثاق منظمة أطبـاء بلا حدود وفي عدة "وثائق مرجعية" ذكرت فيها المنظمة قواعدها وقوانينها المتعقلة بالتدخل والأسباب الموجبة لاتخاذ الخطوات والأعمال الإجرائية.

تجسـد الأزمـة الغذائية في النيجـر عام 2005 مثـالاً نموذجياً لكيفية استخـدام حجة الخطر المحدق. ففـي أبريل/نيسان، لاحظ الفرع الفرنسي،

15 Hirschman, The Rhetoric of Reaction, p. 244. Hirschman attributes the argument of imminent danger to the "repertoire of progressive rhetoric" that is, "[progressives] typically perceive the dangers of inaction, rather than those of action". (p. 243).
يعزو هيرشمان حجة الخطر المحدق إلى "قاموس الخطاب التقدمي"؛ وبالفعل، "كقاعدة عامة، لا يعي [التقدمي] بالمخاطر من خلال العمل، بل من خلال الجمود".

وأعلـن، أن عدداً كبيراً إلى حد غير عادي مـن الأطفال يعانون حالة حادة ومزمنـة من سـوء التغذية، ودعا إلى "عمليات توزيـع واسعة للغذاء". وفي أوائل شهر يونيو/حزيران، أصبح الطلب أكثر إلحاحاً. "يجب اتخاذ إجراءات استثنائية بصورة عاجلة بحيث يمكـن للسكان المستضعفين والمعرضين للخطـر كلهم الحصـول على الغـذاء مباشرة ومجانـاً". وفي أواخـر الشهر نفسـه، صدر بيان علني آخر، وصف الخطـر المحدق والوشيك بتعابير أشد حـدة من قبل. "ستحـدث آلاف الوفيات التي يمكن تفاديهـا هذا الصيف"، في إشـارة إلى الأطفـال المعرضين للموت، علـى الرغم من وجود منتجات غذائية يمكن أن تنقذهم.[16] تصدر منظمة أطباء بلا حدود بانتظام بيانات عـن الأخطار المهددة للحياة. وعلى وجه العموم، تسعى هذه البيانات إلى تنبيـه السلطـات الوطنيـة والدولية وحثهـا على التحـرك واتخاذ خطوات عملية من جانبها. وهي تتصل بموقف طبي قياسي. أولاً، تشخيص الحالة ووصـف العـلاج. ثانيـاً، تقييم نجاعة هـذه الوصفـات في الممارسة وفي عمليـات المسح بواسطـة الخبراء والمختصين بـالأوبئـة في المنظمة. يتبع ذلـك مطلب طبي معيـاري، يبرر المواجهة العلنية حـين تعتقد المنظمة أن المؤسسات تقاوم المعالجة التي ثبت تأثيرها وفاعليتها في العلاج. كثيراً مـا دخلت منظمـة أطباء بلا حـدود في هذا النوع مـن المواجهة للحصول على قبول بعلاج جديد؛ على سبيل المثال، من أجل تبرير استعمال ووصف الأدوية المضادة للفيروسـات الرجعية والمعالجة الثلاثية لفيروس نقص المناعـة البشريـة، والتركيبـة المستمدة مـن الأرتيميسينين لعـلاج أوبئة الملاريا عندمـا تبين وجود مقاومة للأدوية المضادة للملاريا المستعملة سابقـاً في أفريقيا.[17] يربط بعضهم هذه المبـادرات والعمل السياسي الذي يشملهـا مـع "الأخلاقيـات العالمية لمهنة الطـب" التي أشـار إليها ميثاق

16 من أجل سرد للظروف التي استُخدمت فيها حجة الخطر المحدق في النيجر، راجع:
Marc Le Pape, Isabelle Defourny, "Controversy as a Policy", Jean-Hervé Bradol, Claudine Vidal, Medical Innovations in Humanitarian Situations: the Work of Médecins Sans Frontières, Médecins Sans Frontières, 2009

17 بالنسبة للمواجهات التي وقعت بسبب إدراج مشتقات الأرتيميسينين والعلاجات المضادة للفيروسات الرجعية، راجع:
Suna Balkan, Jean-François Corty, "Malaria, Introducing ACT from Asia to Africa", and Jean-Hervé Bradol, Elizabeth Szumilin "Aids, a New Pandemic Leading to New Medical and Political Practices", Jean-Hervé Bradol, Claudine Vidal, ibid.

منظمة أطباء بلا حدود، بينما يستحضر غيرهم الآداب الأخلاقية المهنية. وبغض النظر عن ذلك كله، من المحتم أن يحول أي بيان علني يحدد خطراً يواجـه بـالإهمـال تقرير الطبيب إلى انتقاد سياسـي. وسوف ترد السلطات التي ينتقدها بـالتأكيد، إما بحظر أنشطة معينة، أو فرض قيود بيروقراطية إضافية، أو طرد المنظمة، أو تهديدها بـالطرد.

تستحضـر المنظمـة القانون الإنسـاني الدولي[18] بانتظـام حين يعرقل وصولهـا غير المقيد إلى سـكان تعتقد أنهم بحاجة إلى المساعدة. كانت تلك هي الحالة في سري لانكا، وأوغادين، وباكستان. كما ظهرت أيضاً إشارات أخـرى إلى المعايـير، لا سيمـا تلك التي تطورت في مجموعـة من النصوص المرجعيـة التي حددت فيها منظمة أطباء بلا حـدود مبادئ العمل الطبي– الإنسـاني التـي تحترمها؛ خصوصاً عـدم التحيز في توفـير الرعاية، وحظر الأسلحـة في مواقع تقديم الرعاية الطبيـة، و" الاستقلالية التامة من جميع القـوى السياسية والاقتصادية والدينية" (ميثـاق منظمة أطباء بلا حدود). وحـين تُستحضـر هذه المبادئ في مجال عام لدعـم حجة من الحجج، تقدم بوصفهـا خطوطاً يجب على المنظمة عدم تجاوزهـا. لكن حتى حين يتعلق الأمـر بهذه المبادئ، يمكن لدعاة الواقعيـة إضعاف حجة أنصار المواجهة. وربما تقـدم تنازلات فيمـا يتعلق بـالقواعـد المعروضـة بوصفها جوهرية للعمـل الإنساني الطبي، مثـل المشاركة الشخصية لطاقـم منظمة أطباء بلا حـدود في توفير الرعاية الطبيـة، والخيار النهائي للأولويـات الطبية التي تلتزم بها المنظمة والبرامج التي يشرف عليها أطباؤها.

الامتناع عن التدخل

يمكـن اختصـار الحجـة التي تستخـدم بانتظـام لدعـم الامتناع عن التدخـل فيمـا يأتي: "هذا ليس دور منظمة أطباء بلا حـدود". هنالك عدة نسـخ من هـذه الحجة. تشير واحـدة إلى "هوية" المنظمـة، وتعتمد الأخرى على لغة الطبيب الممارس، التي تؤكد خبرة المنظمة ومعرفتها وأولوياتها

18 راجع:
Françoise Bouchet-Saulnier, *The Practical Guide to Humanitarian Law*, Maryland: Rowan & Littlefield, 2007

الطبيــة وتستخدمهــا لرفض بعضـ الأنشطة. في الحالــة الأخيرة، يمارس الامتنــاع عـن التدخل دوره المؤثـر في حالة المجـادلات الخلافية الطبية التــي يمكن أن تصبح مواجهات سياسيــة داخلية حين تقدم قضية الهوية لفرض قرار أو إدانته.

لا تشمـل دراســات الحالات نمــاذج كثيرة عن مثل هـذه المواجهات. إذ يركـز الكتّــاب بـدلاً من ذلـك على سرد مــا أرادت فـروع المنظمة فعله، ومــا تمكنت من فعلــه. ونادراً ما تشـير إلى أمراض اختــارت الفروع عدم معالجتها. ومن أجل فهم خيار الامتناع عن التدخل يجب إجراء تحقيقات استقصائية جديدة، لا سيما فيما يتعلق بالمجادلات التي تظهر عند تحديد البرامج وتعريفها.

بين الواقعية والمواجهة: توترات وتفاعلات محتومة

هــل يسـود خيار الواقعيــة في الحرب وتهيمن المواجهــة في السلم؟ في الحقيقــة، ثمــة مزيد مــن الاعتماد المنهجــي، في غياب النزاعــات المسلحة، علــى الانتقاد العلني، والمواجهة، والتحالفات مع المنظمات الأخرى، مثلما جـرى في حالتي جنوب أفريقيــا وفرنسا. لكن من ناحية عملية، إذا لاحظنا البعثــات من البدايــة إلى النهاية، نجد أنهــا نادراً ما تتميـز بأسلوب واحد. بدلاً من ذلك، هنالك على الدوام تقريباً انتقال من نوع من التفكير والمنطق والمقاربة إلى آخر. وهذا طريق ذو اتجاهين: من الواقعية إلى المواجهة، ومن المواجهة إلى الواقعية. وتتصل هذه التنويعات بديناميات كل حالة ووضع. ومــع ذلك كله، ربمــا تكون الصيــغ المختلفة من التفكـير والمنطق والحجج التــي تعتمد عليها المنظمة متناقضــة ومتعارضة، وتستفز النزاعات وحتى الأزمات داخل المنظمة[19] وباقي فروعها. ومن ثم، فإن أولئك الذين اختاروا المواجهــة والانتقاد العلنــي يقدرون قيمة المقاربة حـين تنتج تغييراً يعده بعضهم تقدماً في الممارسة الطبية. لكن آخرون يضعونها موضع المساءلة والتشكيـك، ويشـددون علــى العقبــات المعيقة للبرامــج الراهنــة والمعرقلة لتطورهـا. أما الذين يؤيدون ويمارسون المقاربة الواقعية في بعض الحالات

19 يخلق الخيار بين الواقعية والمواجهة والامتناع توترات داخل منظمة أطباء بلا حدود وعلى مستوى فروعها؛ وتتطلب معرفة هذه النقاشات الداخلية دراسات معينة، ولهذا السبب نادراً ما يتم الرجوع إليها في هذه الدراسة.

المعينــة فيجدونهــا إيجابية، لأنهم يعتقـدون بـأنها تسمــح بتنفيذ البرامج الطبيــة، حتــى في السياقــات المغاليــة في التقييـد. وأولئك الذيــن يتخذون وجهــة نظـر سلبيــة يعتــبرون التنازلات غـير مقبولــة تبعاً لمبــادئ العمل الإنســاني والأهــداف الطبية التي يؤمنــون بـأنها تحدد هويــة منظمة أطباء بــلا حدود. أخيراً، يعتمد الذيــن يؤيدون الامتنـاع عن التدخل على حقيقة أن بعضـ الأمراضـ تتطلب معالجة طويلــة الأمد لا تتوافق برأيهــم مع أعمال المنظمة ومسؤولياتها. بينما يدين نقادهم الامتنـاع عن التدخل والانسحاب بوصفهمــا شكلاً من أشـكال اللامسؤولية تجاه المرضــى – رفض للالتزام طويل الأمد وعلامة دالة على الطبيعة المحافظة لممارسات المنظمة الطبية.

حقيقــة أننــا لاحظنــا حـدوث تغـيرات في طريقــة تقدير قيمــة بعض المقاربــات المعينــة، وأن الأسلـوب الذي توصـف به ينتقل مــن الإيجابي إلى السلبــي ومــن السلبي إلى الإيجابي، لا تعني أننــا نعجز عن حل مشكلة الغموض وعـدم اليقين المحيطة بصحة الخيارات. لكن يجب ألا نقف دوماً مــع العالمي والشامــل – "ادعاء مبــادئ عالمية مفترضة" مثـل اتفاقيات جنيـف – بل يجب التوصـل إلى تسوية بين الشامل والمحـدد، واستحضار التجربــة الطبيــة الفريـدة لجهــة فاعلة محـددة لتبريــر انتقــاد الإجراءات الحكوميــة، أو بـالعكس، لتسويغ الحاجة إلى استيعابها والتكيف معها. وفي الحقيقة، فإن "هذين النمطين من إضفاء صبغة الشرعية لا يستبعد أحدهما الآخـر. في بعضـ الحالات، ربما نجد أنهما مطلوبــان معاً لتقديم شكوى أو تبرير عمل".[20]

في عــام 2006، أعادت منظمــة أطباء بلا حدود التأكيـد بالإجماع على عدة مبادئ للعمل. أولاً: "العمل الإنساني– الطبي الفردي [..] محوري في عمل المنظمة".[21] يتغايــر هذا المبدأ مع "دور جوهــري" آخر، ألا وهو الإدانة العلنية "للجرائم الخطـيرة التي يتجاهلها العالم"، و"أعمال العنف الخطيرة والواسعة النطاق التي يتجاهلها العالم ضد الأفراد والجماعات"[22]، التي يمكن للعاملين

20 Michel Feher, “Les gouvernés en politique”, *Vacarme*, 34, winter 2006. www.vacarme.org.

21 منظمة أطباء بلا حدود، اتفاقية لا مانشا، 25 يونيو/حزيران 2006. هذه الاتفاقية تشكل "وثيقة مرجعية" تحدد أي شكل من أشكال العمل "الطبي والإنساني في آن واحد" الذي تتفق بشأنه جميع فروع منظمة أطباء بلا حدود. http://www.msf.fr

22 منظمة أطباء بلا حدود، اتفاقية لا مانشا، 2006.

الميدانيـين أن يكونـوا شهـوداً عليهـا اعتمـاداً علـى البيانـات الطبية وعلى تجاربهم الخاصة.

رأينـا أن التوتر بين العمل الطبي والتعبـير الصريح عن الرأي متأصل في الحقيقـة في صميـم عمـل المنظمـة وربمـا يستفـز أحكامـاً متناقضـة تفتقـد المرونـة بدرجة أو أخرى. وهذا ما سعيـتُ إلى إعادة بنائه عبر تقديم المـبررات العديدة التي يعتمد عليها الأعضـاء الناشطون في المنظمة لجعل البرامـج الطبيـة مقبولة، أو بكلمـات أخـرى متوافقة مع القيـود والعقبات العديـدة التي تواجـه الأطباء في المجالات الإنسانية قبـل أن يتخذوا إجراء عمليـاً، بينمـا تطور البرامج الطبيـة، وأخيراً، عندما يـأزف وقت إنهاء هذه البرامـج. حاولـت البقـاء على الحيـاد. ربما يتحـدى بعضهـم بالتأكيد هذا الموقف، لاسيما أن أولئك الذين يتخذون الإجراءات العملية يجب أن يصنعوا خياراتهم، ويبرروها، ويدافعـوا عنها، ويقبلوا النتائج والتبعات. ومع ذلك، فـإن الابتعـاد مسافة (لكن ليس إلى مستـوى أعلى) أمر مفيـد إذا سمح لي بإعـادة بناء الطرق العديـدة للتغلب على العقبات التي تبنتها منظمة أطباء بلا حدود على مسار العقد الأول من القرن الحادي والعشرين.

MEDECINS SANS FRONTIERES
أطبّاء بلا حدود

تضم منظمة أطباء بلا حدود تسعة عشر فرعاً، يتمتع كل واحد منها ببنية جمعية، مقراتها في البلدان التالية: ألمانيا وأستراليا والنمسا وبلجيكا وكندا والدانمرك وإسبانيا والولايات المتحدة وفرنسا واليونان وهولندا وهونغ كونغ وإيطاليا واليابان ولكسمبورغ والنرويج والمملكة المتحدة والسويد وسويسرا. كل جمعية مسؤولة أمام مجلس إدارة ينتخبه أعضاؤها خلال جمعية عامة سنوية. تنتمي الفروع التسعة عشر إلى خمس مجموعات تنفيذية تتشكل حول الفروع المتواجدة في كل من فرنسا وبلجيكا وهولندا وسويسرا وإسبانيا. كل فرع يُحدد سياسات التدخل الخاصة به بصورة مستقلة، بما يتوافق مع ميثاق مشترك ومجموعة من الاتفاقات المعقودة بين جميع هذه الفروع.

كما أن لمنظمة أطباء بلا حدود مكتباً إقليمياً في المنطقة العربية متواجد في دولة الإمارات العربية المتحدة منذ عام 1992، بغرض المساهمة في إذكاء الوعي بشأن العمل الإنساني وروح التطوع، فضلاً عن توثيق جسور التواصل مع وسائل الإعلام العربية. مؤخراً، أصبحت منظمة أطباء بلا حدود تشرف على بعض أنشطتها الإنسانية في المنطقة وتديرها من المكتب الإقليمي في دولة الإمارات.

في عام 2010، بلغت الموارد المالية الإجمالية لمنظمة أطباء بلا حدود 943 مليون يورو، أكثر من نسبة 90 في المئة منها على شكل تبرعات من مصادر خاصة وليس من حكومات. كما بلغت النفقات الخاصة بالعمليات 634 مليون يورو. وكانت من أكبر عمليات التدخل، بالنظر إلى النفقات التي خُصصت لها، قد تمت في كل من هايتي وجمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان والنيجر وباكستان. شكّلت المشاريع التي أُنجِزت في سياق النزاعات المسلحة أو انعدام الاستقرار الداخلي نحو نصف ما نفذته منظمة أطباء بلا حدود، بينما أُنجز النصف الآخر في أوضاع مستقرة. وقد أنجزت منظمة أطباء بلا حدود 7،3 مليون استشارة طبية داخلية، وتم علاج 360,000 مريض في المستشفيات. كما قامت بعلاج 370,000 طفل يعانون من سوء التغذية و 74,000 مريض مصاب بالكوليرا ونحو 40,000 جريح حرب. من ناحية أخرى، وفّرت

المنظمــة العــلاج المضــاد للفيروســات الرجعيــة لنحــو 180,000 مريض مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية.

أنجـزت جميع هـذه المشاريع بفضـل جهود أكثر مـن 25,000 موظف، بـين أطباء وممرضين ومسؤولي لوجستيـات وإداريين وأخصـائيين في علم الأوبئة وتقنيي مختبر، الخ، يعمل معظمهم في بلدانهم الأم.

لمزيد من المعلومات عن منظمة أطباء بلا حدود، يرجى زيارة الموقع: www.msf-me.org

ميثاق منظمة أطباء بلا حدود

أطبــاء بــلا حـدود منظمــة طبية دولية غـير حكوميــة تتكون مـن أطباء وعاملين في القطاع الصحي. كما أنها مفتوحة لكل المهن الأخرى التي تساهم في تحقيق أهدافها. ويتفق جميع أعضائها على احترام المبادئ التالية:

- أن تقـدم منظمــة أطباء بلا حـدود المساعدات إلى السـكان المتضررين في مناطـق الأزمات وإلى ضحايــا الكوارث الطبيعية وتلك التي يصنعها الإنســان وإلى ضحايا النزاعات المسلحة بغض النظر عن العرق أو الدين أو العقيدة أو الانتماء السياسي.

- أن تلتـزم منظمــة أطبــاء بــلا حـدود بالحيــاد وعـدم التحيـز تطبيقــا لأخلاقيات مهنة الطب ومراعاة حق الجميع في الحصول على المساعدة الإنسانيــة، كما تطالب المنظمة بالحرية المطلقة دون قيد أو شرط أثناء ممارسة مهامها.

- أن يلتـزم أعضــاء المنظمــة باحـترام المبــادئ الأخلاقيــة لمهنتهـم وبالحفــاظ علــى الاستقلاليــة التامــة مـن جميـع القـوى السياسيــة والاقتصادية والدينية.

- أن يـدرك الأعضاء المتطوعون المخاطر والصعوبات التي قد يتعرضون لها أثناء أداء مهامهم، كما لا يحق لهم أو لذويهم المطالبة بأي تعويض غير الذي تحدده المنظمة في حدود إمكانياتها.