



جامعة الشهيد الخيري العربي - تبسة -

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم: الحقوق



مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة: الماجستير (ل و د)

تخصص: قانون إداري

بعنوان

النظام القانوني للمرصد الوطني للمرفق العام في الجزائر

إشراف الأستاذ:

دبيلي كمال

إعداد الطالبة:

خليفة رفيعة

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	أستاذة محاضر "أ"	رايس سامية
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر "ب"	دبيلي كمال
ممتحنا	أستاذة محاضر "أ"	معيفي محمد

السنة الجامعية: 2023/2022



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي - تبسة

كلية الحقوق والعلوم السياسية



قسم الحقوق

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: قانون جنائي وعلوم جنائية

بعنوان:

المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في التشريع الجزائري

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد الطالبة:

ثابت دنيا زاد

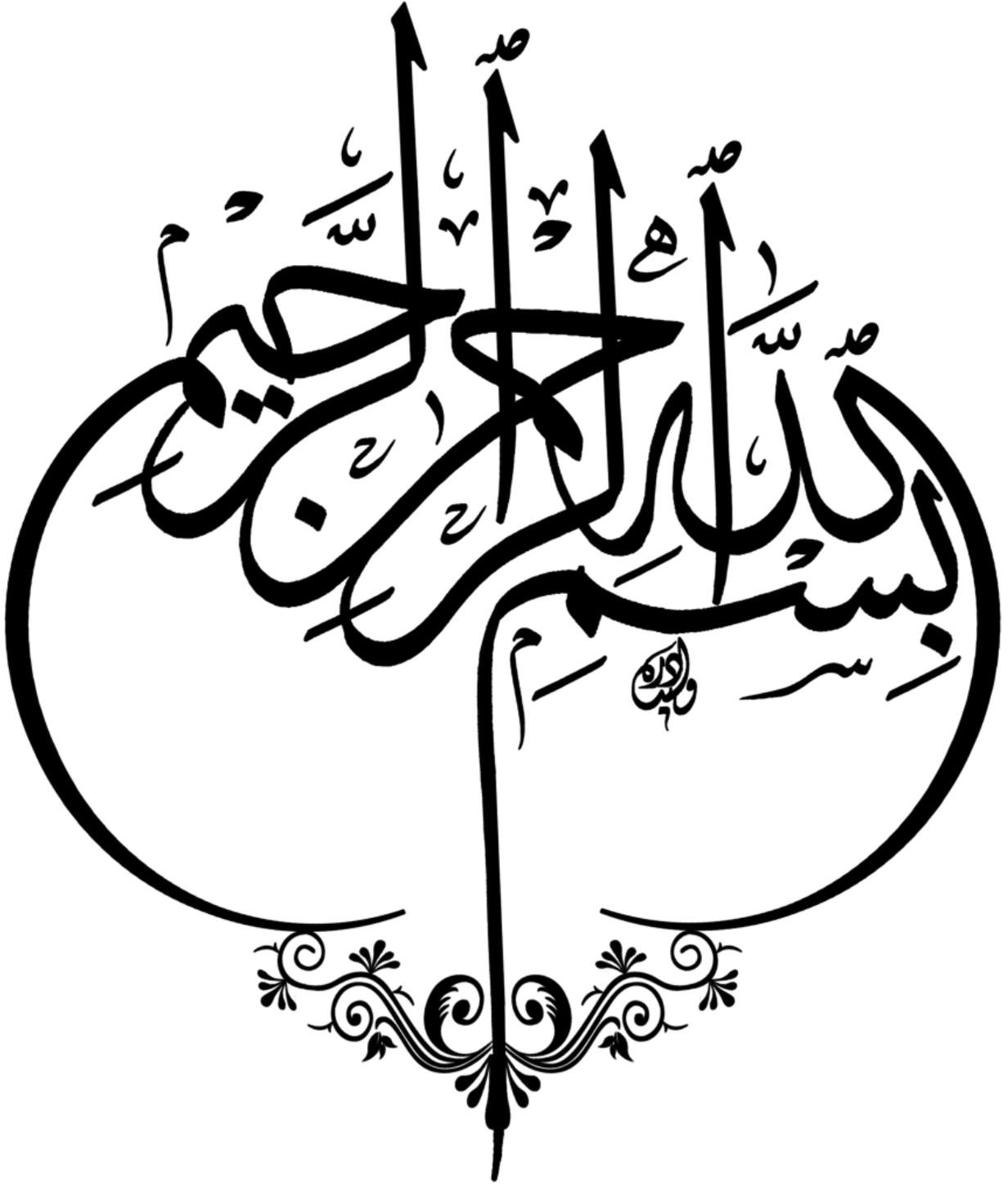
رواق سهام نور

الهدى

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
فرحي ربيعة	أستاذ محاضر - أ-	رئيسا
ثابت دنيا زاد	أستاذ	مشرفا مقرر
بوعزيز عبد الوهاب	أستاذ محاضر - أ-	ممتحنا

السنة الجامعية 2023/2022



الكلية لا تتحمل أي مسؤولية على ما يرد
في هذه المذكرة من آراء

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله سبحانه وتعالى الذي أعاننا على انجاز هذا العمل

المتواضع وأما بعد:

أتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان وأسمى معاني العرفان إلى الأستاذة
الفاضلة والمشرفة " ثابت دنيازاد" على مساعدتي في انجاز هذا العمل وعلى
جميل صبرها وجهودها ونصائحها التي لم تبخل بها، وأسأل الله أن يجزيها
عني خيرا.

كما أتقدم بالشكر والعرفان للجنة المناقشة الموقرة على تفضلهم لمناقشة هذه
المذكرة، و إلى الأساتذة اللذين رافقوني في دربي طيلة خمس سنوات.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى :

من وضع المولى سبحانه وتعالى الجنة تحت قدميها، ووقرها في كتابه

العزیز

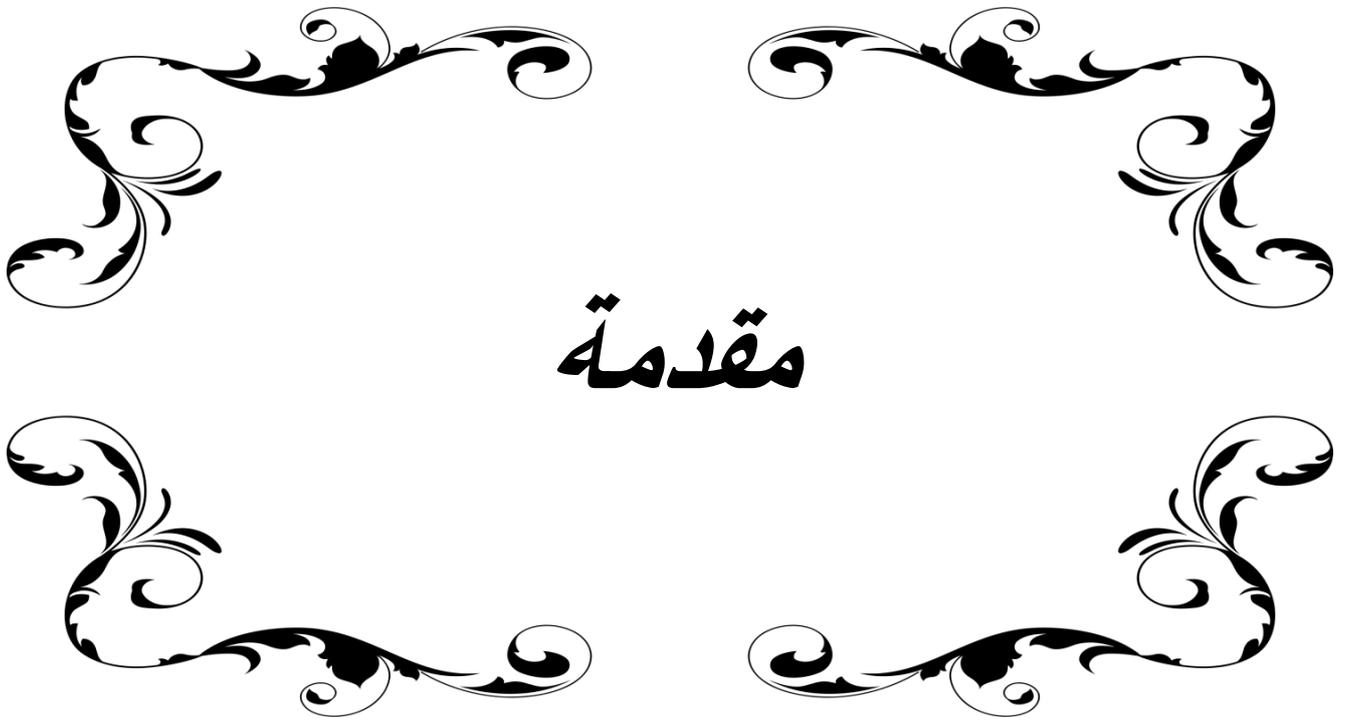
إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي والى أعلى

الأشخاص على قلبي أُمي الحبيبة

إلى أبي ومن لا يستطيع الاستغناء عنهم إليكم إخوتي الأعزاء

إلى كل من عرفته خلال مشوار دراستي

المعنى	الاختصار
صفحة	ص
طبعة	ط
دون طبعة	د.ط
جزء	ج
مادة	م
قانون العقوبات	ق.ع
جريدة رسمية	ج.ر



أسفر التطور العلمي الحاصل في المجال الطبي إلى تحسين الرعاية الصحية وزيادة فرص بقاء المريض على قيد الحياة حتى وان تضررت أعضائه الحيوية، وذلك عن طريق أجهزة تعرف باسم أجهزة الإنعاش الصناعي و التي تعتبر أدوات حيوية في الرعاية الطبية وتلعب دورا مهما في إنقاذ حياة المرضى الذين يعانون صعوبات في التنفس أو توقف النبض، كما تعتبر هذه الأجهزة ضرورية في حالات الطوارئ الطبية والعمليات الجراحية، ومن المهم عند تنفيذ هذا الإجراء التحلي بالدقة والمهارة الأزمة وإتباع الإجراءات الطبية الصحيحة.

وينتج عن عدم قيام الطبيب بعمليات الإنعاش الصناعي على نحو صحيح تفاقم حالة المريض الصحية وحتى وفاته في أغلب الأحيان، مما يفتح المجال لمسائلة الطبيب جزائيا، لان الطبيب يتحمل مسؤولية مراقبة المريض بعناية وتحديد الإجراءات الطبية الأزمة لإنقاذ حياته أثناء القيام بعمليات الإنعاش الصناعي، كما يتحمل في هذا الصدد مسؤولية تقييم حالة المريض بشكل دوري وتعديل الإعدادات المناسبة على أجهزة الإنعاش الصناعي.

لذلك يمكن القول أن استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي طرح بدوره جدلا واسعا على الساحة القانونية في مجال الفقه الجنائي والتطبيقات القضائية، فكما أدت هذه الأجهزة إلى اتساع دائرة الأعمال الطبية والجراحية فإنها أدت كذلك إلى جعل الأطباء أكثر عرضة للمسائلة الجزائية من خلال توسيع نطاق اختصاصاتهم لتشمل أجهزة الإنعاش الصناعي، ناهيك عن فشل المعيار التقليدي لتحديد لحظة الوفاة والذي كان معتمدا قبل وجود هذه الأجهزة مما يطرح كذلك عدة تساؤلات تخص تحديد الوقت المناسب لرفع أجهزة الإنعاش الصناعي دون أن يرتب ذلك مسؤولية جزائية للطبيب.

و تكتسي هذه الدراسة أهمية علمية كونها سلطت الضوء على موضوع جديد نسبيا في مجال المسؤولية الجزائية والذي يعتبر امتدادا للمسؤولية الجزائية عن استخدام الأدوات والأجهزة الطبية وما طرحه هذا الموضوع من إشكاليات قانونية في هذا المجال.

كما لا نغفل الأهمية العملية البالغة لهذا الموضوع وذلك نتيجة تفاقم الأخطاء الطبية أثناء القيام بعمليات الإنعاش الصناعي بسبب قلة الخبرة وسوء الاستخدام من طرف الأطباء، ضف إلى ذلك ارتباط البحث بمسألة مستجدة في مجال المسؤولية الجزائية تتمثل في المسؤولية الجزائية عن استخدام الأجهزة الطبية عموما وأجهزة الإنعاش الصناعي خصوصا، حيث يتصل هذا الموضوع بالقانون والطب معا مما يثير مسألة قانونية تتسم بالدقة.

أما عن دافعنا لدراسة هذا الموضوع فانقسم إلى الدافع الشخصي الذي يتمثل في الاهتمام بمجال القانون الطبي وما يترتب على الأطباء من مسؤوليات في هذا المجال و الرغبة في معرفة النتائج القانونية المترتبة عن سوء استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي من قبل الطبيب.

أما الدوافع الموضوعية فتجلت في الرغبة في تسليط الضوء على هذا الموضوع كونه جانب جديد من جوانب المسؤولية الجزائية عن استخدام الأدوات والأجهزة الطبية، و إبراز مدى تماشي القوانين الخاصة وحتى قانون العقوبات مع مثل هذه المستجدات الطبية.

وقد كان لنا في هذه الدراسة أهداف علمية تجلت في تحديد مسؤولية الطبيب الجزائية عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي و معرفة حدود مسؤولية الأطباء الجزائية في حالة حدوث أي أخطاء طبية في مجال الإنعاش الصناعي بالإضافة إلى تعزيز فهم

مسؤولية الأطباء الجزائرية في حالة حدوث أي أخطاء طبية في مجال الإنعاش الصناعي وكذلك بيان أوجه القصور في قانون العقوبات فيما يتعلق بهذا الموضوع.

وعن أهدافنا العملية نذكر محاولتنا للفت انتباه المشرع الجزائري إلى ما استجد من تطورات شملت المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي مما يستدعي معه استحداث نصوص قانونية جديدة تواكب هذا التطور الحاصل، والأمل في تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال توعية الأطباء والعاملين في مجال الصحة حول العواقب القانونية التي قد تلحق بهم نتيجة عدم قيامهم بالالتزامات المفروضة عليهم أثناء عمليات الإنعاش الصناعي.

و بناء على ما تقدم فان الإشكال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: ماهي أبعاد وحدود المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في التشريع الجزائري؟

وينتج عن هذا التساؤل عدة إشكاليات فرعية تتمثل في:

- ماهي عمليات الإنعاش الصناعي؟
- ما معيار الوفاة الواجب إتباعه لتجنب قيام المسؤولية الجزائرية عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي؟
- ماهي الضمانات والضوابط القانونية التي يجب أن يلتزم بها الطبيب أثناء إجراء عمليات الإنعاش الصناعي؟
- ماهي الحالات التي يمكن أن تؤدي إلى تحميل الطبيب المسؤولية الجزائرية عن عمليات الإنعاش الصناعي؟
- فيما تتمثل موانع المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في التشريع الجزائري؟

ولدراسة هذا الموضوع *اتبعنا في دراستنا هذه منهجين* يتمثلان في المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، حيث استخدمنا المنهج الوصفي في دراسة وشرح المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة، كما اعتمدنا أيضا المنهج التحليلي لتحليل النصوص القانونية ذات الصلة بالمسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي.

وقد سبقنا لدراسة هذا الموضوع: ساري خالد عبده صالح، المسؤولية الجنائية للطبيب عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغيا-دراسة مقارنة-، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في القانون، كلية القانون، جامعة النيلين، 2018.

غير أن هذه الدراسة قد تطرقت لصورة واحدة فقط من صور المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي ألا وهي رفع أجهزة الإنعاش الصناعي ولم يتطرق في دراسته للمسؤولية الجزائية للامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي، بينما شملت دراستنا على كلتا الصورتين.

إضافة إلى ذلك تناول الباحث دراسته في ظل التشريع السوداني بينما خصصنا دراستنا للمسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في ظل التشريع الجزائري وحده.

كما أن الباحث خصصا جزءا كبيرا من دراسته للموت الدماغي وجزءا اقل للمسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي، بينما خصصنا نحن دراستنا حصرا للمسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي.

ولالإجابة على الإشكالية المطروحة اعتمدا التقسيم الثنائي من خلال تقسيم موضوعنا إلى فصلين، تطرقنا في الفصل الأول إلى الإطار المفاهيمي للإنعاش الصناعي والذي تناولنا فيه مفهوم الإنعاش الصناعي في المبحث الأول، والضوابط القانونية للإنعاش الصناعي

وضمانات إيقافه في المبحث الثاني، أما الفصل الثاني فقد خصصناه لأحكام المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي، وتناولنا فيه صور المسائلة الجزائرية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي في المبحث الأول، وامتناع المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في المبحث الثاني.



الفصل الأول

الإطار المفاهيمي لعمليات الإنعاش



الصناعي

يعتبر الإنعاش الصناعي من أهم المكتشفات الطبية الحديثة و الذي يتم بواسطة أجهزة عالية التقنية تهدف إلى الإبقاء على حياة المريض رغم تعطل عمل الوظائف الأساسية للمريض، حيث ساهمت هذه الأجهزة في تخطي المراحل الحرجة التي تهدد حياة عديد من المرضى، ورغم هذا فلا يمكن إنكار أن استخدام وسائل الإنعاش الصناعي قد أضاف متغيرات معقدة فيما يخص معادلة الموت و الحياة و مرحلة الحياة المعلقة بينهما، وأثار الجدل حول تحديد معيار للتخلي عن استخدام هذه الأجهزة.

وعليه وللإلمام بجوانب الموضوع وجب التعرف أولاً على مفهوم الإنعاش الصناعي في المبحث الأول ثم تبيان الحدود القانونية للإنعاش الصناعي وضمانات إيقافه في المبحث الثاني من هذا الفصل.

المبحث الأول: مفهوم الإنعاش الصناعي

إن الإنعاش الصناعي باعتباره أسلوب علاجي جديد قائم على إنقاذ حياة العديد من المرضى الذين توقفت أعضائهم الحيوية بالفعل جعله ضرورة حتمية لا يمكن الاستغناء عنها في عديد الحالات، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإنه يصعب وضع تعريف جامع للإنعاش الصناعي نظراً لتطوره المستمر.

ولقد حاولنا التطرق في هذا المبحث إلى تعريف الإنعاش الصناعي في المطلب الأول، كما تطرقنا إلى ضرورة الإنعاش الصناعي في المطلب الثاني.

المطلب الأول: تعريف الإنعاش الصناعي

يلاحظ أنّ مصطلح الإنعاش الصناعي ما هو إلا مركّب وصفي، يتكوّن من كلمتين: "الإنعاش"، و"الصناعي"، فكان لا بد من تعريف كل كلمة من الناحية اللغوية، ثمّ الوقوف على مفهومها من الناحية الاصطلاحية.

الفرع الأول: تعريف الإنعاش الصناعي لغة

1- الإنعاش لغة: نَعَشَ الشَّيْءَ يَنْعُشُهُ نَعْشاً، وَأَنْعَشَهُ: رَفَعَهُ، وَأَنْتَعَشَ: ارْتَفَعَ، وَالإِنْتَعَاشُ رَفْعُ الرَّأْسِ، وَالنَّعْشُ سَرِيرُ المَيِّتِ مِنْهُ، سُمِّيَ بِذَلِكَ لِارْتِفَاعِهِ.¹

2- الصِّنَاعِي لغة: من الفعل صنع صنعه يَصْنَعُهُ صُنْعاً، فهو مصنوع وصنع: عمَلُهُ².

¹- ابن منظور، لسان العرب، مادة نعش، دون طبعة، الجزء 14، دار الكتب العلمية، بيروت-لبنان-، 1997، ص 299.

²- ابن منظور، لسان العرب، مادة صنع، الجزء 8، المرجع نفسه، ص 292.

والصاد والنون والعين أصل صحيح واحد، وهو عمل الشيء¹.

فالإنعاش في اللغة يدل على رفع الشيء وتقويته إذا ضعف وبذلك تظهر العلاقة بين المعنى اللغوي للإنعاش والمعنى الاصطلاحي، إذا الغرض من الإنعاش الطبي كما سيأتي هو تقوية الأعضاء المتوقفة عن العمل، أو التي ضعفت عن العمل في جسم الإنسان، كالقلب والدماغ.²

الفرع الثاني : تعريف الإنعاش الصناعي اصطلاحاً

ظهر في السنوات الأخيرة أسلوب علاجي جديد في الطب لم يكن معروفاً من قبل نظراً لتطور أساليب العلم والهندسة والكيمياء والإلكترونيات التقنية للمريض الذي يصارع الموت من شأنه أن ينشط دورته الدموية ويعيد النبض للقلب، وقد نجح في حالات كثيرة في أن يسترد للإنسان وعيه كاملاً وتعود إليه وظائفه الحيوية.³

وسمي الأسلوب الجديد بالإنعاش الصناعي، وقد أطلق عليه عدة تسميات منها العناية المركزة، العناية المكثفة، أو الحفاظ على الحياة بوسائل صناعية، ويتم العمل بوسائل الإنعاش في غرف العناية المركزة بالمستشفيات.⁴

¹ - أبي الحسين أحمد بن فارس بن زكريا، مقاييس اللغة، مادة صنع، دون طبعة، الجزء الثالث، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، دون بلد نشر، 1979، ص 313.

² - مازن مصباح صباح و أمجد درويش أبو موسى، أثر قاعدة الضرر يزال على التداوي بأجهزة الإنعاش، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات، جامعة الأزهر، فلسطين، العدد الخامس و الثلاثون، 2015، صفحة 304.

³ - محمود أحمد طه، المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، دون طبعة، مركز الدراسات والبحوث، الرياض - السعودية، 2001، صفحة 67.

⁴ - مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية، الجزء الأول، دون طبعة، دار هومة، الجزائر، 2003، صفحة 330.

ويعرف الإنعاش الصناعي بأنه عبارة عن مجموعة من الوسائل والإجراءات الطبية المعقدة التي تستخدم لفترة ما قد تطول أو تقصر لتحل محل الوظائف العضوية الأساسية للمريض أو تساعدها، وذلك حتى يتمكن من اجتياز فترة حرجة خلال مرضه يكون معرضا فيها لاحتمال الموت إذا لم تستعمل هذه الوسائل.¹

كما يعرف أيضا بأنه عبارة عن أجهزة التنفس الصناعي الأوتوماتيكي وهي أجهزة معقدة تقوم نيابة عن المريض بإتمام عملية التنفس لفترة قد تستمر فترة قصيرة بعدها يعود المريض إلى التنفس الطبيعي ويخرج من المستشفى معافى وقد تستمر لفترة طويلة تنتهي بوفاة المريض.²

أي يمكن تعريفه بشكل جامع بأنه " العناية المركزة باستخدام أجهزة اصطناعية ومعالجة دوائية تحت مراقبة فائقة يقدمها الفريق الطبي المتخصص لمعالجة مرضى الحالات الحرجة حين توقف وظائف أحد الأعضاء الحيوية إلى أن تعود هذه الأعضاء إلى وظائفها الطبيعية التلقائية"³.

فحقيقة الإنعاش الطبي هو محاولة الأطباء إعادة الأجهزة الحياتية للمريض إلى وضعها الطبيعي وذلك بإدخاله في غرفة الإنعاش والعناية المكثفة واستخدام أجهزة مخصصة.⁴

¹ -صفوان محمد شديفات، المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، 2011، صفحة 318.

² -ماروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، مجلة كلية أصول الدين، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، الجزائر، العدد الأول، 1999، صفحة 279.

³ -قراني مفيدة، المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي، مجلة العلوم الإنسانية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة 1، الجزائر، المجلد 33، العدد 1، 2022، صفحة 565

⁴ -فاطمة مناعي، موت الدماغ و اثاره-دراسة فقهية طبية-، أطروحة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاسلامية، تخصص فقه الأصول، كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر، 2020/2019، صفحة 133.

المطلب الثاني: ضرورة الإنعاش الصناعي

إن ضرورة الإنعاش الصناعي توجب عليا التطرق لوسائل الإنعاش الصناعي العديدة ودورها في إنقاذ المريض في الفرع الأول، وسنتطرق في الفرع الثاني إلى الحالات التي يتوجب فيها المعالجة فيها بالإنعاش الصناعي.

الفرع الأول: وسائل الإنعاش الصناعي ودورها في إنقاذ المريض

سنتطرق أولاً إلى وسائل الإنعاش الصناعي و ثانياً إلى دور هذه الوسائل في إنقاذ المريض.

أولاً: وسائل الإنعاش الصناعي

تتعدد وتتنوع أجهزة الإنعاش الصناعي ويتوقف استخدامها على حالة المريض وما يحتاجه منها ومن هذه الأجهزة:

1-المنفسة: جهاز الإنعاش التنفسي هو جهاز كهربائي يقوم بإدخال الهواء إلى الرئتين وإخراجه منها مع تحكمه في نسبة الأوكسجين في الهواء الداخل بالإضافة إلى عدة أشياء أخرى للمساعدة على إيصال الأوكسجين إلى الدم وإخراج ثاني أوكسيد الكربون وتعمل المنفسة على تعويض المصاب بالأوكسجين اللازم عوضاً عما تقدمه الرئتين من ذلك أثناء عملها الطبيعي وتحريك القفص الصدري للمصاب بصورة رتيبة تشبه الشهيق والزفير في محاولة لاستعادة عمل الرئتين.¹

2-جهاز منع الذبذبات أو مزيل الرجفان : هو جهاز يعطي صدمات كهربائية لقلب اضطرب نبضه اضطراباً شديداً بحيث إذا لم يجري إنعاش القلب بهذا الجهاز فمن

¹ -ساري خالد عبده صالح، المسؤولية الجنائية للطبيب عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغياً "دراسة مقارنة"، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في القانون، كلية القانون، جامعة النيلين،السودان، 2018، صفحة 66.

الممكن أن يتوقف وهو ما يعني عدم وصول التغذية إلى الدماغ وموته وبالتالي وإذا مات الدماغ وخصوصا جذعه فإن ذلك يعني استحالة عودة الشخص المصاب إلى وضعه الطبيعي ويقوم الطبيب بوضع مزيل الرجفان على صدر المصاب ويمرر تيارا كهربائيا يعمل على إيقاف الذبذبات وإعادة القلب إلى نبضه وكذلك يستخدم الجهاز في حالة توقف القلب حيث يمكن للصدمة الكهربائية إعادة القلب إلى العمل.¹

3-جهاز منظم ضربات القلب: هو عبارة عن جهاز صغير موصل بسلك يتم إدخال هذا السلك إلى تجاويف القلب وبعدها يقوم الجهاز بتوليد شرارات كهربائية وبشكل منتظم ويستخدم هذا الجهاز عندما تكون ضربات القلب بطيئة جدا مما يؤدي إلى هبوط ضغط الدم بحيث لا يصل الدم إلى الدماغ بكمية كافية أو ينقطع لفترة تمتد إلى ثواني ثم يعود مما يتسبب في حصول الإغماء وفقدان الوعي المتكرر.²

4- أجهزة الغسيل الدموي: هو إجراء طبي يتمثل في إزالة الفضلات والمواد السامة والسوائل الزائدة من الجسم، وذلك عندما تتوقف وظيفة الكلى عن العمل، فيستعيد الجسم توازنه بواسطة أجهزة الغسيل عن طريق الإزالة من الدم أو من الديالة إلى الدم، والرعاية الطبية التي يتطلبها مريض الغسيل الكلوي طويلة المدى، بحيث تكون الوصفات الطبية مناسبة، وفقا للمتغيرات المعتمدة على المريض والجهاز³

5-الأدوية الداعمة لنظام القلب و الأدوية الدموية: هي الأدوية التي ترفع ضغط الدم، وانقباضات في الأوعية الدموية، ومضادات لإبطاء أو زيادة ضربات القلب،

¹ -حماییدی نسرين، الإنعاش الصناعي بين الشريعة و القانون، مجلة البحوث و الدراسات القانونية و السياسية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة البليدة-2، الجزائر، العدد الثاني عشر، دون سنة نشر، صفحة 155.

² -المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³ -فاطمة مناعي، المرجع السابق، صفحة 132.

وتستخدم بشكل كبير في للحفاظة على الصدمات القلبية، و الأوعية الدموية، أو عندما تعاني الأعضاء من أضرار شديدة مثل: السكتة، أو النوبات القلبية، أو مدرات البول لتصريف السوائل الزائدة في الجسم.¹

6-جهاز الإيكمو (Ecmo): يعدُّ شكلاً من أشكال دعم الحياة خارج الجسم، فهو بمنزلة رئة صناعية خارجية، يتم توصيلها بالمريض عن طريق قسطرات وريدية دقيقة، يتطلب إدخالها مهارات عالية، يقوم الجهاز بدوران خارجي اصطناعي لنقل الدم الوريدي من المريض إلى جهاز تبديل الغاز (oxygeniser)، ويتم تخصيب الدم بالأكسجين، وإزالة ثاني أكسيد الكربون، ثم يعاد دوران الدم في جسم المريض.²

7-العلاج بالمضادات الحيوية: هذا العلاج يخص المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة تعرضهم للإصابة بالعدوى، والتي سوف تؤثر على حياتهم، ونتيجة لذلك فإنّ المرضى يتلقون المضادات الحيوية بنسبة 33 % إلى 88 %، والتي قد تكون سببا في التخفيف من الأعراض المرضية المميّة.³

ثانياً: دور وسائل الإنعاش الصناعي في إنقاذ المرضى

يعتبر الإنعاش الصناعي من أهم مظاهر التطور الطبي، حيث تمكن الأطباء باستخدام هذه الأجهزة من إنقاذ الكثير من الحالات المستعصية، إذ أصبحت أجهزة الإنعاش الصناعي تحل محل بعض أعضاء الجسم في أداء وظائفها، فهي تهدف إلى

¹-فاطمة مناعي، المرجع السابق، صفحة 131.

²-المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³-المرجع نفسه، صفحة 132.

إعادة وظائف الجسم الحيوية والأساسية، فيمكن أن يعود نشاط قلب المريض إلى العمل مع جهازه التنفسي إذا تم ربطه بأجهزة الإنعاش الصناعي.¹

والمبدأ الذي يقوم عليه عمل هذه الأجهزة بسيط ويقضي الاستعاضة عن القلب والرئتين عند عجزهما أو عجز أحدهما عن أداء وظيفته بأجهزة تحل محلها للقيام بوظائفها بغية الحيولة دون تلف خلايا المخ بشكل رئيسي لتوقف حياة الإنسان عليها، بالإضافة إلى خلايا الأعضاء الأخرى من خلال المحافظة على استمرارية وصول الدم المحمل بالأوكسجين إلى تلك الأعضاء لأن توقف القلب والرئتين يعقبها مباشرة حصول اختلال وظيفي في الدماغ تتوقف فيه خلاياه عن العمل وسرعان ما تموت هذه الخلايا بعد مرور 5 دقائق من بداية الموت السريري.²

و الطبيب المختص الذي يقوم باستخدام أجهزة الإنعاش عن المريض في مثل هذه الحالة، لا يجوز له أن يرفعها عنه إلا بعد التأكد من موت خلايا مخه موتا حقيقيا، وإلا تسبب في موت المريض موتا حقيقيا، ومن ثم يقع تحت طائلة المسؤولية الجنائية والمدنية، ولا يمكنه في مثل هذه الحالة أن يتحجج بأن هناك مرضى آخرين كانوا في نفس حالة المريض، أي هم أيضا في حاجة ماسة إلى أجهزة الإنعاش الصناعي، ذلك أن مبدأ التساوي بين المواطنين يمنع التضحية بحياة مواطن لإنقاذ آخر.³

و الدليل على تساوي المواطنين هو الجزاء المقرر في قانون العقوبات في حالة القتل (المادة 254 وما يليها من قانون العقوبات) بحيث أن كل المواطنين متساوون في الحق في الحياة وفي الحق في سلامة الجسم، ومن واجب الطبيب المختص المحافظة

¹ -حمو حسينة، المسؤولية الجنائية للطبيب الممتنع، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم، تخصص القانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو-الجزائر-، 2023، ص 145.

² -حمايدي نسرين، المرجع السابق، صفحة 156.

³ -ماروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، المرجع السابق، صفحة 283.

عليها طبقاً لما نصت عليه أحكام المادة: 7 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب بقولها: (تتمثل رسالة الطبيب وجراح الأسنان في الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعاناة ضمن احترام حياة الفرد وكرامته الإنسانية، دون تمييز من حيث الجنس والسن والعرق والدين والجنسية والوضع الاجتماعي والعقيدة السياسية أو أي سبب آخر في السلم والحرب).¹

لكن مبدأ المساواة هذا قد يجعل الطبيب في موقف حرج، وذلك في حالة وجود أكثر من مريض وكلهم في نفس الوضعية، وهو لا يملك إلا جهازاً واحداً أو يملك عدة أجهزة لا تكفيهم جميعاً.²

وفي هذا الصدد قد ذهب الرأي الراجح في القانون المقارن إلى القول أن الطبيب في مثل هذه الحالة مخولاً طبقاً للقواعد العامة في التقديم والتأخير بشرط أن يقيم اختياره على معايير موضوعية و اعتبارات اجتماعية تتصل مباشرة بمدى نفع الشخص للمجتمع، وبمدى إمكان إنقاذ حياته، ولا يجب أن يقيّمها على اعتبارات شخصية تعتمد على المال أو النسب أو السلطة، فإذا كانت المزايا التي يخولها الحق في الحياة بالنسبة للمواطنين لا تختلف من مواطن إلى آخر، فإنها مع ذلك تختلف في منفعتها للجماعة.³

فالمصالح هنا متساوية على المستوى الفردي ولكنها غير متساوية على المستوى الاجتماعي و الواجب.⁴

¹ -المادة 7 من المرسوم التنفيذي رقم 92-276، المؤرخ في 06 جويلية 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب، ج ر، العدد 52، الصادر في 08 يوليو 1992.

² -ماروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، المرجع السابق، صفحة 284.

³ -المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

⁴ -المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

الفرع الثاني: الحالات التي يتوجب فيها المعالجة بالإنعاش الصناعي

تنقسم الحالات التي يتوجب فيها المعالجة بالإنعاش الصناعي الى قسمين هما :

1-التنفس الصناعي العلاجي:

يقوم التنفس الصناعي العلاجي على إعادة الوظائف الحيوية في الجسم، لمباشرة عملها من جديد بعد أن تكون قد توقفت أو أوشكت على التوقف، وهذا التوقف يحصل اما بسبب المرض أو بعض الحوادث التي تصيب المراكز الحيوية بعطب مؤقت، وعلى الرغم من قصر هذه الفترة إلا أن الشخص لا يزال حيا و يتعين إنقاذه قبل أن تتلف خلايا مخه.¹

ويترتب على اعتبار الشخص حيا خلال هذه الفترة الوجيزة نتائج قانونية هامة، منها وجوب أن يقوم الطبيب بتنفيذ التزامه تجاه المريض بمحاولة إنقاذه من خلال تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي حيث أن المريض لا يزال على قيد الحياة من الناحية القانونية.²

وتتمثل أغلب الحالات التي يتوجب فيها المعالجة بأجهزة الإنعاش الصناعي على سبيل المثال لا الحصر في:

- حوادث السيارات : التي يترتب عنها كسور متعددة بالجسم ككسور القفص الصدري، ففي مثل هذه الحالات إذا ترك فيها المريض يتنفس دون مساعدة الأجهزة الصناعية فإنه سيتعرض لهبوط أو فشل في الجهاز التنفسي مما يحدث له مضاعفات خطيرة تنتهي بوفاته.³

¹- فاطمة مناعي، المرجع السابق، ص128.

² -حمايدي نسرين، المرجع السابق، صفحة 157.

³-مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية، المرجع السابق، صفحة

- حالات التسمم بالمخدرات و المنومات و المهدئات
- حالات الغيبوبة الناتجة عن إصابات الرأس
- حالات الفشل الكلوي: و هذه الحالات تعالج بالكلية الصناعية.
- حالات عدم انتظام ضربات القلب: فإذا أبطأ فإنها تسرع وإذا أسرع فإنها تبطئ وذلك حتى تعيد توازن دقات القلب¹.

2-التنفس الصناعي الإجباري:

يستعان بأجهزة الإنعاش الصناعي في إجراء العمليات الجراحية وبدونها لا يستطيع الأطباء إجراء العمليات الجراحية، فعلى سبيل المثال في عمليات جراحة القلب المفتوح أو في عمليات الجراحة داخل القلب نفسه، يستعان في إتمام هذه العمليات بأجهزة الرئة والقلب الصناعي و هي أجهزة تقوم بوظيفة القلب والرئتين خلال فترة توقف قلب المريض عن العمل وذلك لحين إتمام العملية الجراحية ويعود بعدها قلب المريض للخفان ويعود المريض لحالته الطبيعية التي كان عليها قبل أن تجرى له العملية الجراحية.²

¹-مروك نصر الدين، المرجع السابق، صفحة 331.

²-ماروك نصر الدين، الانعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، المرجع السابق، صفحة 280.

المبحث الثاني: الضوابط القانونية للإنعاش الصناعي وضمانات إيقافه

يشير الإنعاش الصناعي إلى الكثير من المشاكل المرتبطة بنواحي عديدة، فهو يبرز من الناحية الطبية الحالة الثالثة للإنسان، أي الحالة الفاصلة بين الحياة و الوفاة، وما يرتبط بها من حالات فقد الشعور و الغيبوبة ودرجاتها، ومدى جواز استخدام أو سحب هذه الأجهزة من وجهة نظر القانون الجنائي.

وعليه وتبعاً لذلك فإننا سنتطرق في المطلب الأول للضوابط القانونية للإنعاش الصناعي، أما المطلب الثاني فقد خصصناه إلى ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي.

المطلب الأول: الضوابط القانونية للإنعاش الصناعي

إن لاستعمال أجهزة الإنعاش الصناعي عديد الضوابط القانونية التي ترتب مخالفتها المسائلة الجزائية لذا سنتطرق في الفرع الأول إلى حالة وجود الشخص في غيبوبة عميقة أما الفرع الثاني فسنتطرق فيه إلى حالة وفاة الشخص.

الفرع الأول: حالة وجود الشخص في غيبوبة عميقة:

الغيبوبة عبارة عن فقد الشعور والأحاسيس الخارجية لأسباب عديدة منها الإصابات المخية، حدوث نزيف، تصلب شرايين القلب ، وقد تحدث نتيجة تسمم أو إثر الإصابة بأمراض عصبية أو أورام مخية أو تشوهات أو توقف القلب بسبب عملية التخدير.¹

فقد يتعرض الإنسان لأزمة صحية مؤقتة، كمرض مزمن شديد يصيب القلب والرئتين أو تكرار السكتة القلبية، مما ينجم عنه توقف نبضات القلب والدورة الدموية والتنفس، وقد يتوقف جذع المخ عن عمله، على الرغم من أن خلاياه ما تزال حية، فيكون

¹ -دعاس حميدة و بوقطوشة وردة، مشكلة تحديد لحظة الوفاة وعلاقتها بالموت الدماغي، ورقة بحثية ضمن فعاليات الملتقى الدولي الأول، المعنون ب "جسم الإنسان بين الضرورة الطبية و الضوابط الشرعية و القانونية، المنعقد في كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد لمين دباغين، الجزائر، 2017، صفحة 324.

المريض في حالة الغيبوبة العميقة أو الطويلة، فتستخدم أجهزة الإنعاش الصناعي لتزويد الدماغ بالدم المحمل بالأوكسجين كي لا تموت خلاياه.¹

يفقد المريض في حالة الغيبوبة العميقة الإحساس والإدراك، لكن دون أن تموت خلايا مخه، بل يظل جسم المريض محتفظاً بحياة عضوية تتمثل في الإبقاء على درجة حرارة الجسم، والتنفس والدورة الدموية، لذلك لا يعتبر الإنسان ميتاً في هذه الحالة.² ويعتبر المريض في هذه الحالة حياً في حكم الشرع والقانون، رغم توقف بعض أعضائه الحيوية عن العمل بصفة مؤقتة، ويتمثل الهدف من ربط المريض بأجهزة الإنعاش الصناعي في هذه الحالة في إيصال الغذاء والأوكسجين إلى الدماغ حتى لا تموت خلاياه.³

ولا يحتج لدفع مسؤولية الطبيب القول بأن أجهزة الإنعاش هي من الإجراءات العلاجية التي تخضع لتقدير الطبيب، وأن من سلطته تغيير وسيلة العلاج متى تقرر له أنها غير مجدية في تحقيق شفاء المريض، والسبب في ذلك أن التزام الطبيب ليس بغاية، وهي شفاء المريض، وإنما بوسيلة وبذل عناية.⁴

فإذا كان استخدام أجهزة الإنعاش والتغذية الصناعية هي الوسيلة الوحيدة لإطالة حياة المريض وضمان إستمراريتها ولو لفترة وجيزة، أصبح ذلك التزاماً على الطبيب باستخدامها أيّاً كانت النتيجة التي يمكن أن تترتب على ذلك.⁵

فضلاً عن أن مهمة الطبيب هي محاولة شفاء المريض وتحسين صحته بالقدر المستطاع، وليس من اختصاصه أن يقتل مريضاً ما زال على قيد الحياة، وهو بأمس

¹ - رحيمة لدغش، الموت الدماغى و الانعاش الصناعى، مجلة العلوم القانونية و السياسية، جامعة زيان عاشور

الجلفة، الجزائر، العدد 01، 2019، صفحة 1758

² - حمو حسينة، المرجع السابق، ص 147.

³ - المرجع نفسه، ص 148.

⁴ - رحيمة لدغش، المرجع السابق، ص 1759.

⁵ - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

الحاجة للمساعدة، فالفرق شاسع بين الهدف النبيل بإنقاذ حياة المريض وتخليصه من آلامه وبين الوسيلة غير الطيبة لإنهاء حياته بقتله، كما لا يشفع للطبيب أن هناك مرضى آخرون هم في حاجة إلى أجهزة الإنعاش، لأن الضرر لا يزال بضرر مثله، ولأنه يمنع شرعاً التضحية بحياة إنسان لإنقاذ حياة آخر، استناداً لمبدأ التساوي بين الناس معصومي الدم.¹

ولذلك فإن فصل هذه الأجهزة عن المريض في هذه المرحلة يعد قتلًا متى أدى هذا الفعل إلى وفاته حتى ولو كان الدافع لذلك التعجيل بموت هذا المريض لاستحالة شفائه لأن واجب الطبيب هو المحافظة على حياة الإنسان أو ما تبقى منها وليس له الحق أن يحكم بالموت على شخص بحجة أن مرضه ميؤوس منه.²

وذهب المشرع المصري إلى مساءلة الطبيب عن جريمة قتل عمدية ذلك أن للمريض من الحياة ما للأحياء بحيث يستحق من يتسبب في إنهاء حياته العقاب، أما القانون الجزائري لا يبيح القتل بدافع الشفقة، ذلك أن من يوقف أجهزة الإنعاش الاصطناعي على مريض ميؤوس من شفائه قبل توقف خلايا مخه فإنه يعد مرتكباً لجريمة القتل العمد³ المنصوص عليها في المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري.

وفي هذا النطاق يذهب المشرع الجزائري إلى إلزام الطبيب بتقديم العلاج للمريض وعلى مسؤوليته في حالة الاستعجال من أجل إنقاذ حياته حيث نص في المادة 52 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب على ما يلي: " ويجب على الطبيب أو جراح الأسنان في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض"⁴.

¹ -رحيمة لدغش، المرجع السابق، صفحة 1759.

² - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³ - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

⁴ -المادة 52 من المرسوم التنفيذي رقم 92-276، المؤرخ في 06 جويلية 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب، ج ر، العدد 52، الصادر في 08 يوليو 1992.

الفرع الثاني: حالة الوفاة

إن الطبيب في حالة الوفاة لا يكون مسؤولاً جزئياً إذا ما قام بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض، لأن المريض الذي ماتت خلايا مخه لا يتمتع بحياة إنسانية طبيعية جديرة بحماية القانون، وذلك لأن الواجب الملقى على الطبيب والذي يتمثل أساساً في شفاء المريض يتوقف في لحظة الوفاة، ويتحول إلى واجب ترك المريض يموت في سلام وألا يطيل فترة عذابه ضد الموت المحتوم.¹

غير أنه قد ثار جدل فقهي كبير في ما يخص تحديد لحظة الوفاة التي تعد معياراً أساسياً وفاصلاً في الإقرار بالمسؤولية الجزائية للطبيب في مرحلة الإنعاش الصناعي من عدمها.

فإذا كان الموت هو صعود الروح إلى بارئها، فإن تحديد لحظة انفصالها عن الجسم تحتاج إلى تحديد معيار واضح نفرق على أساسه بين الميت و الحي، فتحديد لحظة الوفاة، من المسائل بالغة الأهمية، فتحديد هذه اللحظة هو الحد الفاصل بين الحياة والموت و بين التعامل مع إنسان حي والتعامل مع جثة إنسان، كما أن الموت واقعة قانونية يترتب عليها آثار قانونية بالغة الأهمية ومن هنا جاءت أهمية وضع معيار دقيق لتحديد لحظة الوفاة به نستطيع أن نحكم على ما إذا كان الإنسان قد توفي من عدمه ويمكن تحديد ذلك من خلال تحديد زمن الوفاة من الناحية الطبية ومعرفة موقف المشرع الجزائري من ذلك² :

¹ - مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية-دراسة مقارنة-، الجزء الأول-الكتاب الأول-، المرجع السابق، صفحة 336.

² - علي محمد بيومي، أضواء على نقل وزراعة الأعضاء، دون طبعة، دار الكتاب الحديث، دون بلد نشر، دون سنة نشر، صفحة 78.

أولاً: تحديد زمن الوفاة من الناحية الطبية

الوفاة في المجال الطبي قديماً كانت تشخص على أساس توقف التنفس و الدورة الدموية، وهي الوفاة المعروفة في اغلب حالات الوفاة في العالم، و التي يتم الإعلان عنها بتشخيص توقف التنفس و الدورة الدموية، ثم الى جانب الصورة التقليدية لتشخيص الوفاة ظهر مفهوم جديد يتم الإعلان فيه عن الوفاة بناء على تشخيص موت الدماغ ويعرف كذلك بالمعيار الحديث لتحديد لحظة الوفاة.¹

1- المعيار التقليدي لتحديد لحظة الوفاة:

يقصد بالموت الظاهري " توقف العمليات الحيوية لدى جسم الإنسان و المرتكزة في القلب و التنفس"،² ووفقاً لهذه النظرية فإن لحظة الموت الطبيعي للإنسان تكون في لحظة موت القلب و الدورة الدموية والجهاز التنفسي.³

وأساس اعتبار الإنسان قد مات بمجرد توقف القلب والرئتين عن العمل أنه بمجرد هذا التوقف يُصاب المخ هو الآخر بصورة تلقائية بالتوقف خلال بضع دقائق، وعندئذ يتحول جسم الإنسان الذي ينبض إلى جثة، وهو ما أشار إليه الدكتور (Gerin) ((إن طريقة التثبيت من الوفاة تعتمد على تقرير التوقف التام النهائي للنشاط القلبي، اعتماداً على أنه في حالة توقف النشاط أو الأعمال الدورانية المستمرة لأكثر من عشرين دقيقة، تُصاب الخلايا العصبية وتتعرض لاختلالات تخريرية بحيث لا يُعد هناك أية إمكانية لاستعادة الحياة))، وهو نفس ما ذهب إليه د. فيصل شاهين من أن توقف القلب يتبعه

¹ -ميرة وليد، تحديد زمن الوفاة وأثره على الحقوق في ظل المستجدات الطبية،مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية و السياسية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر، المجلد 06، العدد 02، 2021، صفحة 1343.

² -محمود احمد طه، المرجع السابق، صفحة 28.

³ - منذر الفضل، المسؤولية الطبية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012، صفحة 276.

توقف أجهزة البدن عن العمل ولكنها لا تموت كلها دفعة واحدة، وإنما تموت تباعاً، فإذا حدث توقف القلب لأي سبب كان عند شخص غير متوفي دماغياً ، فإن ذلك يتبعه توقف خلايا الدماغ وموتها بعد دقائق معدودة، ثم يتبعه توقف خلايا الكلية والكبد والبنكرياس والأعضاء الأخرى بعد نصف ساعة إلى الساعة.¹

ويعني هذا القول أن توقف القلب والرئتين عن العمل لا يعني أن الإنسان قد مات بالفعل، وإنما يعني أنه في طريقه الحتمي للموت خلال بضع دقائق حيث يتوقف المخ بصورة تلقائية، وهذا يفسر لنا تعريف الدكتور Vigauraux للموت الظاهري بأنه ((التوقف المؤقت للمقومات الأساسية للحياة: التنفس، والنبض ، وخفقان القلب لشخص ما زال حياً لكنه يظهر بمظهر الميت)).²

تعرض هذا المعيار للإنقاد من غالبية المهتمين بتحديد معيار للموت، باعتباره معياراً قديماً كان يتماشى مع الحقبات الزمنية السابقة حين كان الطب غير مُتقدم في هذا المجال، فقد كان يتعذر على الطبيب في حالة انخفاض الوظائف الجسمانية لأجهزة الجسم إلى أدنى حد يُمكن ان تستمر معه الحياة إثبات استمراره في الحياة، وما ذلك إلا لعدم قدرته على سماع ضربات القلب الضعيفة بسماعته كما لا يُمكنه الإحساس بها بواسطة أصابعه عند الرسغ، ونفس الأمر بالنسبة للحركات التنفسية والمنعكسات العصبية.³

ويُشير المعارضون لإعتبار الموت الظاهري موتاً حقيقياً إلى أن التقدم الطبي أثبت أن توقف جهازي القلب والتنفس عن العمل لا يعني بالضرورة أن صاحبها قد مات وذلك لإعتبارات عديدة:

¹- محمود أحمد طه، المرجع السابق، صفحة 29.

²- المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³- مهند صلاح أحمد فتحي العزة، الحماية الجنائية للجسم البشري في ظل الإتجاهات الطبية الحديثة، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002، صفحة 52

أ- يؤخذ على هذا المعيار أن التعويل على موت القلب وسائر أعضاء الجسم من شأنه إعالة إجراء العديد من الممارسات الطبية العلاجية الحديثة وعلى رأسها عمليات نقل وزراعة الأعضاء والتي بلزم لنجاحها نقل العضو وزراعته قبل تآكل أنسجته وتلفها، الأمر الذي يتأتى إذا ما تبيننا المعيار التقليدي لتحديد لحظة الوفاة و الذي سوف يترتب عليه في معظم الحالات فساد أعضاء الجسم وعدم إمكانية الاستعادة منها.¹

ب- أن الوفاة الحقيقية لا تحدث إلا بتوقف الأجهزة الثلاثة: القلب، والمخ، والرئتين، وهو ما لا يحدث في لحظة واحدة، إذ يستغرق توقف المخ عن العمل متأثراً بتوقف التنفس والدورة الدموية بضع دقائق من توقف وصول الدم المحمل بالأكسجين إليه.²

ج- أثبت التقدم العلمي في المجال الطبي وبتوفيق من الله عز وجل إمكانية إعادة التنفس إلى العمل عن طريق التنفس الصناعي وتنبيه القلب عن طريق نقل الدم إليه باستخدام جهاز منظم القلب الكهربائي أو بحقنه بمنبهات القلب ومقوياته سواء تحت الجلد أو بالقلب نفسه، وإيقاظ مراكز الإحساس عن طريق الصدمات الكهربائية وبمهيجات الجلد والأغشية المخاطية وأعضاء.³

في ضوء الانتقادات السابقة التي وجهت إلى معيار الموت الظاهري والتي ثبت صحتها عملياً في ضوء التقدم الطبي الكبير في هذا المجال فقد تحدثت المؤلفات العلمية ووسائل الإعلام عن أشخاص توقفت حركاتهم التنفسية ودقاتهم القلبية ثم عادوا للحياة بعد فترة من الوقت، وذلك بفضل وسائل الإنعاش الحديثة أو من تلقاء أنفسهم.⁴

¹- مهند صلاح أحمد فتحي العزة، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

²- محمود أحمد طه، المرجع السابق، صفحة 30

³- المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

⁴- المرجع نفسه، صفحة 31.

و أمام فشل معيار الموت الظاهري في التأكد من موت الإنسان وتحديد لحظة وفاته كان لابد من البحث عن معيار آخر للموت.¹

2- المعيار الحديث لتحديد لحظة الوفاة:

إن توقف القلب والتنفس والدورة الدموية لا يعني بالضرورة أن الشخص قد مات وأن هذه الأمارات - على أهميتها- يمكن أن تحدث مع شخص حي، بل إن الوقائع أثبتت انتعاش أشخاص وعودتهم إلى الحياة الطبيعية بعد مرورهم بفترة توقفت فيها تلك الأجهزة عن العمل تماماً.²

وقد اتجه العالم حالياً إلى اعتبار الشخص متوفى إذا ماتت خلايا المخ على الرغم من بقاء قلبه حياً، ومتى ماتت خلايا المخ بصورة كلية ونهائية يستحيل عودتها إلى الحياة، وما بقاء القلب حياً وسائر الأعضاء في هذه الحالة إلا ضرب من ضروب الإنعاش الصناعي لغايات المحافظة على القيمة التشريحية و البيولوجية لهذه الأعضاء،³ وبناء على هذا الرأي يمكن الاستفادة من خلايا أعضاء جسم الإنسان المتوفى و التي تضل حية لحين تدخل الموت الخلوي.⁴

فموت الدماغ هو تعطل جميع وظائف الدماغ بما فيه جذع الدماغ تعطلا دائماً، وبهذا صدر القرار من عدد من اللجان الطبية، وصار هذا التعريف مقبولاً في الأوساط الطبية، وضابطاً لتحديد موت الدماغ، فقد جاء في قرار المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية في بيان المراد به : التوقف الكامل الذي لا رجعة فيه لكل وظائف الدماغ بأجمعه، بما

¹ -محمود أحمد طه، المرجع السابق، صفحة 32.

² -مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية-دراسة مقارنة-، الجزء الأول-الكتاب الثاني-، دون طبعة، دار هومة للنشر و التوزيع، الجزائر، دون سنة نشر، صفحة 278.

³ -سميرة عايد ديات، عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية بين القانون و الشرع، دون طبعة، منشورات الحلبي الحقوقية، دون بلد نشر، دون سنة نشر، صفحة 246.

⁴ -أسامة السيد عبد السميع، نقل وزراعة الأعضاء البشرية بين الحظر و الإباحة-دراسة فقهية مقارنة-، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2006، صفحة 100.

في ذلك جذع الدماغ، وإذا تلف جذع المخ، فإن المراكز المسؤولة عن استمرار التنفس، والدورة الدموية، والوعي، والإدراك تفقد وظيفتها، فيدخل المصاب في غيبوبة دائمة مع عدم الاستجابة للتنبية بالألم على أي صورة كان ويتوقف تنفسه، كما أن نبض القلب يتوقف بعد مدة من غيبوبته، وإذا شخص موت الدماغ وفق الشروط الطبية فإن المصاب لا يمكن أن يبقى حياً، حيث تتعطل وظائف الأعضاء الأخرى ولا يمكن علاجه، لأن خلايا الدماغ إذا ماتت فإنها لا تتجدد كما هو الحال في خلايا الأعضاء الأخرى، كما أنه لا يمكن استبدالها بأخرى سليمة.¹

و لموت الدماغ علامات منها :

- أن المريض في غيبوبة دائمة مع عدم استجابته للتنبية بالألم مطلقاً ولو كانت قوية ومؤلمة وتكرر إجراؤها.
- توقف التنفس التلقائي توقفاً دائماً: ويمكن الكشف عن ذلك بفصل جهاز التنفس الصناعي عن المريض لمدة عشر دقائق، وملاحظة عدم قدرته على التنفس.
- توقف الوظائف الأساسية لجذع الدماغ.
- عدم وجود موجات كهربائية صادرة عن المخ في تخطيط الدماغ الكهربائي.
- توقف الدورة الدموية في الدماغ، ويمكن ملاحظة هذا بواسطة الأشعة الملونة للشرايين، أو الفحوصات بالنظائر المشعة، أو أجهزة التردد الصوتي.
- انعدام الحركات الإرادية.
- اتساع حدقتي العين، وعدم استجابتها للمؤثرات الضوئية وانعدام الانعكاسات من القرنية، وسائر الانعكاسات الصادرة من العينين.²

¹-رحيمة لدغش، المرجع السابق، صفحة 1753.

²-المرجع نفسه، صفحة 1754

فإذا وصل المريض لحالة موت الدماغ كلياً، وتوقف القلب عن النبض وتوقف الدورة الدموية تصبح حياته حياة صناعية يستحيل معها الرجوع إلى الحياة مرة أخرى لأنه فقد خواصه الوظيفية الأساسية، فلا مانع شرعاً وقانوناً من إيقاف أجهزة الإنعاش عن جسد الإنسان الذي مات مخه وتوقف توقفاً كاملاً، ولم يعد قلبه ينبض، وبناء على ذلك لا يوجد ما يمنع من استخدام أجهزة الإنعاش الصناعي للمحافظة على بعض أعضاء الميت أو بعض خلايا جسمه.¹

ثانياً: موقف المشرع الجزائري من تنظيم حالة الوفاة

لم يهتم المشرع الجزائري بتحديد لحظة الوفاة إلا وقت قريب، ذلك أن من كان يختص بذلك هو الطبيب عن طريقة ملاحظة توقف الدورة الدموية والتنفس، فلم تكن المشكلة تثار إلا بصدد مدى حق أطباء المستشفيات في استئصال أعضاء من جثث المتوفى خدمة للبحث العلمي وذلك دون انتظار مهلة 24 ساعة المطلوبة في الفترة ما بين الموت وتشريح الجثة، وبتطور التقنيات الطبية الحديثة وظهور ما يعرف بالإنعاش الصناعي ظهر معه مشكل جواز عمليات نقل وزرع الأعضاء والرضا بالمساس بالجثة.² ونفس الشيء بالنسبة للقانون رقم 18-11 المتضمن قانون الصحة رغم تطرقه إلى زراعة الأعضاء بعد الوفاة إلا أنه لم يعط تعريفاً للوفاة مكتفياً فقط بالإشارة إلى بعض الإجراءات المتعلقة بإثبات الوفاة، مثل وجوب تحرير شهادة طبية من طرف طبيب يثبت الوفاة كشرط جوهري لإستخراج تصريح بالدفن، فلا يمكن دفن شخص دون تصريح بالدفن ولا تصريح بالدفن دون شهادة طبية، حيث نصت المادة 204 من القانون رقم

¹ -ميرفت منصور حسن، التجارب الطبية و العلمية في ضوء حرمة الكيان الجسدي-دراسة مقارنة- دون طبعة-، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2013، صفحة 337.

² -مراحي ريم و جبيري ياسين، نقل الأعضاء من الموتى بين تحقق حالة الوفاة و الإنعاش الصناعي بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي، مجلة المعيار، كلية أصول الدين، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة-الجزائر-، المجلد 26، العدد 03، 2022، صفحة 437.

11-18 المتعلق بالصحة على ما يلي : " لا يتم الدفن إلا على أساس شهادة طبية لإثبات الوفاة يعدّها طبيب حسب الكيفيات المحددة عن طريق التنظيم. تبين هذه الشهادة المحررة حسب نموذج تعده الإدارة المختصة، سبب أو أسباب الوفاة وعند الاقتضاء، المعلومات المفيدة للصحة العمومية وفق شروط تضمن سرّيتها".¹

ونصت المادة 302 من القانون رقم 11-18 المتعلق بالصحة على ما يلي : " لا يمكن نزع الأعضاء أو الأنسجة البشرية من أشخاص متوفين بغرض الزرع إلا بعد معاينة طبية وشرعية للوفاة وفقا لمعايير علمية يحددها الوزير المكلف بالصحة".

يلاحظ أن المادة 362 تشير إلى أن المعاينة الطبية والشرعية للوفاة تحدد وفق معايير علمية يحددها وزير الصحة، حيث أن هذه المادة تحيل إلى التنظيم متمثلا في قرار² صادر عن وزير الصحة يحدد المعايير العلمية التي يمكن أن يعتمد عليها الأطباء للتصريح بالوفاة، غير أنه لم يصدر أي قرار تنظيمي عن وزارة الصحة تطبيقا لأحكام المادة 362 من القانون رقم 11-18 المتعلق بالصحة يحدد المعايير العلمية للمعاينة الطبية والشرعية للوفاة، لكن بالرجوع إلى أحكام المادة 449 من القانون رقم 11-18 المتعلق بالصحة والتي تنص على ما يلي : " تلغى أحكام القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل و المتمم، غير أن النصوص المتخذة لتطبيقه تبقى سارية المفعول إلى غاية صدور النصوص التنظيمية المنصوص عليها في هذا القانون ".

يلاحظ أن نص المادة 449 من القانون رقم 11-18 المتعلق بالصحة ينص على أن النصوص التنظيمية التي صدرت تطبيقا لأحكام القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية

¹ -المادة 204 من القانون رقم 11-18، المؤرخ في 2 يوليو، يتعلق بالصحة، ج ر، العدد 46، الصادر بتاريخ 29 يوليو 2018.

² -ميرة وليد، المرجع السابق، صفحة 1347

الصحة وترقيتها تبقى سارية المفعول إلى غاية صدور النصوص التنظيمية المنصوص عنها في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة.

وبالنظر إلى عدم صدور النصوص التنظيمية المتخذة تطبيقاً لأحكام المادة 362 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، وبالرجوع إلى المادة 164 من القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها الملغى، وهي المادة التي تقابل المادة 362 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، وتطبيقاً لأحكام المادة 164 من القانون رقم 85-05 المتعلق بقانون حماية الصحة وترقيتها الملغى، صدر القرار الوزاري رقم 34 بتاريخ 19 نوفمبر من سنة 2002 يتعلق بالمعايير التي يجب اعتمادها عند تقرير حالة الوفاة.

وقد اعتمد القرار الوزاري المذكور أعلاه المعايير التالية لتقرير حالة الوفاة هي¹:

- الانعدام التام للوعي.

- غياب النشاط العضوي للدماغ.

- التأكد من الانعدام التام للتهوية العفوية عن طريق اختبار Hypercapnie.

- التأكد من موت خلايا المخ باستخدام رسم المخ الكهربائي مرتين ومن إنجاز طبيبين محلفين.²

يلاحظ من خلال المعايير المذكورة أعلاه أن هذه المعايير هي نفسها المعايير المعتمدة في تشخيص الوفاة عن طريق موت الدماغ، حيث لم يذكر في تلك المعايير توقف القلب ولا الدورة الدموية التي تعد المعيار التقليدي لتحديد الوفاة، كما سبقت الإشارة إليه من أن الوفاة العادية تعتمد في تشخيصها على توقف التنفس والدورة الدموية بسبب توقف القلب، ومن ثم يلاحظ اتجاه التشريع الجزائري إلى اعتماد معيار موت الدماغ، هذا التوجه تبناه

¹- ميرة وليد، المرجع السابق، صفحة 1348.

²- رحيمة لدغش، المرجع السابق، صفحة 1752.

في حالة كون الشخص المصرح بوفاته محل لزراعة الأعضاء¹ تطبيقاً لأحكام المادة 362 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة .

المطلب الثاني: ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي

تتمثل ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي في: التأكد من وفاة المريض و التي سيتم التطرق لها في الفرع الأول، و إعلان الوفاة و الذي سيتم التطرق إليه في الفرع الثاني.

الفرع الأول: التأكد من وفاة المريض

إن تشخيص موت الدماغ أمر مهم للغاية من الناحية الطبية والشرعية والقانونية، فأما أهميته من الناحية الطبية، فلأن تكاليف العلاج في العناية المركزة باهظة جداً، كما أن عدد الأسرة فيها قليل جداً، وقد خصصت للمرضى ذوي الخطر العالي، والذي يحتاجون لعناية فائقة، ومن هؤلاء المرضى موتى الدماغ.²

و لكي يتم تشخيص الموت الدماغي وُضعت شروط مُسبقة واحتياطات وإرشادات واستثناءات يجب التأكد منها قبل التفكير في التشخيص، ثم حُددت علامات إكلينيكية يتعين توافرها مجتمعة للتأكد من موت جذع المخ، ويقوم بالفحص فريق طبي متخصص يتكون من طبيبين مختصين على الأقل من ذوي الخبرة في تشخيص حالات موت الدماغ (أحدهما مختص في جراحة المخ والأعصاب أو طب الأمراض العصبية أو طب العناية المركزة).³

وبالرجوع الى المشرع الجزائري فإنه قد حدد المعايير التي يجب اعتمادها عند تقرير حالة الوفاة بموجب القرار الوزاري رقم 34 بتاريخ 19 نوفمبر من سنة 2002 والذي يتعلق بالمعايير التي يجب اعتمادها عند تقرير حالة الوفاة، حيث تتمثل هذه المعايير في:

¹- رحيمة لدغش، المرجع السابق، صفحة 1752

²- المرجع نفسه، صفحة 1755.

³- إبراهيم صادق الجندي، الموت الدماغي، الطبعة الأولى، مركز الدراسات و البحوث، الرياض، 2001، ص52.

- الانعدام التام للوعي.
- غياب النشاط العضوي للدماغ.
- التأكد من الانعدام التام للتهوية العفوية عن طريق اختبار Hypercapnie.
- التأكد من موت خلايا المخ باستخدام رسم المخ الكهربائي مرتين ومن إنجاز طبيين محلفين.¹

الفرع الثاني: إعلان الوفاة

لم يخص المشرع الجزائري الوفاة عن طريق أجهزة الإنعاش الصناعي بإجراءات خاصة إلا أنه وبالرجوع إلى القانون 18-11 المتعلق بالصحة فإنه تطرق في المادة 204 إلى أنه " لا يتم الدفن إلا على أساس شهادة طبية لإثبات الوفاة يعدها طبيب حسب الكيفيات المحددة عن طريق التنظيم.

تبين هذه الشهادة المحررة حسب نموذج تعده الإدارة المختصة، سبب أو أسباب الوفاة وعند الاقتضاء، المعلومات المفيدة للصحة العمومية وفق شروط تضمن سريتها". من خلال هذه المادة يتبين أن إعلان الوفاة يتم بناء على شهادة طبية يحررها أي طبيب وفقا لأحكام المادة 204 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة وأحكام المرسوم التنفيذي رقم 22-178 المؤرخ في 28 أبريل 2022 المتعلق بالشهادة الطبية.

غير أنه كان على المشرع الجزائري لزوما أن يأخذ بالضمانات التالية عند إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض:

- أخذ رأي لجنة طبية بوقف أجهزة الإنعاش الصناعي على المريض بعد التأكد من موت خلايا مخه، ذلك أن المعيار الطبي الحديث يعتمد على وفاة خلايا المخ.

¹- رحيمة لدغش، المرجع السابق، صفحة 1752

– استئذان القضاء: سواء أكان رئيس المحكمة الذي يعينه رئيس المحكمة لهذا الغرض، و الذي يتبع اختصاصهم مكان المستشفى أو العيادة الطبية الموجود بها المريض.

– استئذان أسرة المريض آخذين في الاعتبار الأولويات.¹

– إضافة إلى إجراءات إعلان الوفاة الأخرى السابق ذكرها في نص المادة 204 من الأمر 18-11.

وفي هذا الصدد قرر كل من القضاء الأمريكي و الكندي أن الطبيب لا يجوز له أن يقنع برأيه الفردي بعدم إمكانية عودة المريض للحياة الطبيعية، بل يجب عرض مثل هذا الأمر على فريق طبي متخصص.²

فإذا ثبت لدى الفريق الطبي أن لا أمل في الحياة الطبيعية للمريض فإنه يستأذن جهة رسمية مختصة (النيابة العامة) في شأن إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي، وهذه الجهة الرسمية لن توافق على تنفيذ قرار إيقاف هذه الأجهزة إلا بشرطين³:

– اتخاذ الإجراءات لإعلان الوفاة كتحرير محضر أو شهادة الوفاة.

– الحصول على موافقة الأسرة على تنفيذ القرارات.

فإذا أوقف الطبيب المختص أجهزة الإنعاش الصناعي تنفيذًا للقرار المستوفي لشروطه و المصادق عليه فإن هذا الإجراء يكون سليماً من الناحية الشرعية و القانونية ولا يؤاخذ عليه الطبيب.⁴

¹- ماروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، المرجع السابق، صفحة 295.

²- المرجع نفسه، صفحة 294

³- المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

⁴- المرجع نفسه، صفحة 295.

خلاصة الفصل:

خلاصة هذا الفصل أن عمليات الإنعاش الصناعي هي عمليات طبية تهدف إلى إنقاذ حياة الأشخاص الذين يعانون من توقف في وظيفة القلب والتنفس، وتتضمن هذه العمليات استخدام أدوات وتقنيات مختلفة لإعادة تدفق الدم والأكسجين إلى الجسم من بينها: المنفسة، جهاز منع الذبذبات أو مزيل الرجفان، جهاز منظم ضربات القلب، أجهزة الغسيل الدموي...الخ.

ويرتبط استعمال أجهزة الإنعاش الصناعي بالعديد من الضوابط القانونية التي ترتب المساءلة الجزائية في حالة مخالفتها، وتتمثل هذه الضوابط في عدم جواز فصل أجهزة الإنعاش الصناعي عن الشخص الذي مازال في حالة غيبوبة عميقة، فالمريض في هذه الحالة هو إنسان حي، ويترتب على سحب أجهزة الإنعاش الصناعي في هذه المرحلة مساءلة الطبيب جزائياً، أما في حالة وفاة المريض فان الطبيب لا يكون مسؤولاً جزائياً إذا ما قام بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي، غير انه قد يكون بصدد متابعة جزائية إذا أخطأ في تحديد لحظة الوفاة أو اغفل عن الإجراءات الواجب إتباعها في هذه الحالة. فيجب على الطبيب أن يحدد لحظة وفاة المريض طبقاً للمعيار الحديث لتحديد لحظة الوفاة، والذي يعتبر الشخص متوفى إذا ماتت خلايا المخ.

أما بالنسبة لضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي فإنها تتجلى في التأكد من وفاة المريض أولاً ثم إعلان وفاة المريض ثانياً ليتمكن الطبيب سحب أجهزة الإنعاش الصناعي.



الفصل الثاني

أحكام المسؤولية الجزائية للطبيب



عن عمليات الإنعاش الصناعي

عندما يواجه الأطباء تحديات في معالجة المرضى المصابين بحالات حرجة والتي قد تهدد حياتهم فإنهم قد يضطرون لإستخدام التدخلات الطبية الحاسمة مثل الإنعاش الصناعي، وفي هذه الحالة يجب على الطبيب تشخيص الحالة بدقة واستخدام البروتوكولات الصحية للإنعاش، والحفاظ على مستوى عال من الرعاية الطبية والحرص على تقليل المخاطر الناتجة عن التدخلات الطبية في هذا المجال، ويتعين على الطبيب تحمل المسؤولية الجزائية عن أي تصرف غير مشروع يقوم به بصدد عملية الإنعاش الصناعي يخالف أحكام قانون العقوبات والقوانين المكملة.

إن الحديث عن أحكام المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي يدفعنا من باب أولى إلى تقسيم الفصل الثاني إلى مبحثين، حيث سنتطرق في المبحث الأول إلى صور المساءلة الجزائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي، أما المبحث الثاني فسنتناول فيه امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي.

المبحث الأول: صور المساءلة الجزائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي

عندما يتعلق الأمر بحياة المريض يتحمل الطبيب المسؤولية الجزائية الكاملة عن قراراته وأفعاله خلال الإنعاش الصناعي حيث أن اتخاذ قرارات غير صائبة خلال عملية الإنعاش الصناعي قد يؤدي إلى تفاقم حالة المريض أو حتى وفاته، وفي هذا الصدد تتعدد صور المساءلة الجزائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي لتشمل جرائم المسؤولية الناشئة عن الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي والذي تطرقنا إليه في المطلب الأول، أما المطلب الثاني فتطرقنا فيه إلى المسؤولية الجزائية الناشئة عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي.

المطلب الأول: المسؤولية الجزائية الناشئة عن الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي

تتميز الخدمات الطبية المختلفة التي يقوم بتقديمها المستشفى العمومي بالطبيعة الطارئة، حيث يكون جاهزا دائما لتقديم كل ما يحتاج إليه المرضى من تدخلات و إسعافات طيلة 24 ساعة، تكون بذلك الأطقم الطبية العاملة في المستشفى مستعدة في كل وقت لأي طارئ قد يحدث لأن الأمر يتعلق بإنقاذ أرواح من الهلاك بسبب ما يتعرضون إليه من إصابات يومية ناتجة عن حوادث مختلفة.¹

ومادام للمريض المهّد بموت أكيد و حال فرصة ولو قليلة بالبقاء على قيد الحياة، ينبغي على الطبيب أن يقوم بربطه بأجهزة الإنعاش الصناعي التي تُعيد لبعض الأعضاء حيويتها، أمّا إذا امتنع عن ربط المريض بهذه الأجهزة و قبل الموت الدماغى² للمريض فإنّه يكون قد ارتكب جريمة الامتناع عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر، و يُسأل جزائياً عن ذلك، إذ تقع جريمة الامتناع في هذا المجال بمجرد إخلال الطبيب بالتزامه

¹ -حمو حسينة، المرجع السابق، ص 151.

² -المرجع نفسه، صفحة 152.

بواجباته الإنسانية والمهنية التي يفرضها عليه نُبلُّ المهنة التي يمارسها، فالواجب الإنساني و المهني يُملي على الطبيب مساعدة كلِّ شخص معرّض للخطر.¹

ويدخل الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي في إطار جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، مما يدفعنا إلى التطرق لتعريف هذه الجريمة في الفرع الأول وبيان أركانها في الفرع الثاني والعقوبات المترتبة عنها في الفرع الثالث.

الفرع الأول: تعريف جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر

تعددت تعريفات فقهاء القانون الجنائي الوضعي بشأن تعريف الامتناع وبيان ماهيته باعتباره أحد شقي السلوك الإنساني، حيث أن السلوك الإنساني إما أن يكون إيجابياً، أي يتمثل في الإقدام على الفعل، وقد يكون سلبياً، أي يتمثل في الكف عن الفعل، وهذه التعريفات لماهية الامتناع مع تعددها واختلاف ألفاظها إلا إنها متقاربة في مضمونها وفحواها.²

حيث يمكن تعريفه بأنه "الترك الإرادي أو الكف عن أداء عمل معين كان من الواجب على الممتنع أن يقوم به ولكنه لم يفعل"³

الفرع الثاني: أركان جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر

تتمثل أركان جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر الركن الشرعي للجريمة والذي سنتطرق له أولاً ثم الركن المادي للجريمة والذي سنتطرق له ثانياً وأخيراً سنتطرق لعقوبة جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر ثالثاً.

¹ -حمو حسينة، المرجع السابق، صفحة 153.

² -هشام محمد مجاهد القاضي، الإمتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي-دراسة مقارنة-، دار الفكر الجامعي، مصر، 2007، صفحة 41.

³ -المرجع نفسه، صفحة 42.

أولاً: الركن الشرعي للجريمة

يتجلى الركن الشرعي لجريمة عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر في نص المادة 182 في فقرتها الثانية من قانون العقوبات الجزائري على أنه: "ويعاقب بالعقوبات نفسها كل من امتنع عمداً عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر منه أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن تكون خطورة عليه أو على الغير"¹

ثانياً: الركن المادي للجريمة

يشمل الركن المادي للجريمة السلوك الإجرامي و النتيجة والعلاقة السببية وسنتطرق لكل منهم كما يلي:

1- السلوك الإجرامي:

نصت المادة 182 في فقرتها الثانية من قانون العقوبات الجزائري على أنه: "و يعاقب العقوبات نفسها كل من امتنع عمداً عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر منه أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن تكون خطورة عليه أو على الغير".

من خلال نص هذه المادة نجد أن جوهر قيام هذه الجريمة هو الامتناع ويقصد به التقاعس والإحجام عن القيام بفعل ايجابي معين يبتغي منه المشرع تحقيق مصلحة معينة، فالامتناع المجرم قانوناً إذن يحدث مساساً بالمصلحة المحمية جنائياً أو يعرضها للخطر ومن ثم تجريم الامتناع عن علاج المرضى جاء لحماية مصلحة المرضى والمتمثلة في حقهم في الصحة والسلامة الجسدية وحقهم في الحياة، فأى امتناع يكون خال من كل أثر أي لا ضرر منه ولا خطر فلا يصلح لأن يكون محلاً للتجريم.

¹--المادة 182 من الأمر رقم، 66-156، المؤرخ في 08 يوليو 1966، المتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم، ج ر، العدد 49، الصادر بتاريخ 11 جوان 1966.

وحتى تقوم هذه الجريمة لابد من توافر بعض الشروط المسبقة تنفرد بها هذه الجريمة عن باقي الجرائم وهي كالآتي¹:

أ-وجود مصاب في حالة خطر: إنّ شرط وجود مصاب في حالة خطر معناه أن القانون لا يلزم على الطبيب أن ينتقل إلى شخص قد مات، لأنّ هذا الأخير لم يعد في عداد الأحياء، فهو ليس شخصا في المفهوم القانوني للفظ،² حيث يشترط وجود شخص في خطر حال وثابت وحقيقي يستلزم التدخل المباشر.³

ب-إدراك الخطر من طرف الطبيب : إنّ الطبيب لا يمكن أن يكون محل عقوبات جزائية، إذا لم يكن على علم بحالة الخطر، فلقد ورد عن الغرفة الجزائية بمحكمة النقض الفرنسية ما يلي: "إنّ المتهم يجب أن يكون شخصا مدركا للطبيعة المستعجلة للخطر الذي يتعرض له الشخص ... وألا يثور شك في ضرورة التدخل العاجل لإنقاذه"، لكن هذا العلم يمكنه أن يختلف بحسب كون الفاعل (الجاني) متواجد مع الضحية لحظة ظهور الخطر أم لا، فإذا كان الطبيب يتواجد بمقربة من الضحية يكون له بالضرورة - بسبب تأهيله - تمام الإدراك بوجود الخطر.⁴

ج- عدم وجود خطر بالنسبة للنفس أو للغير: إنّ المشرع إذ عاقب على اللامبالاة فإنّه لم يفرض العمل البطولي، إنّ المادة 182 من قانون العقوبات لا تعاقب إلا من يستطيع تقديم المساعدة بدون خطر على نفسه أو على غيره، ومع ذلك يتمتع عمدا عن

¹ -قند سعاد، جريمة الإمتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر وتطبيقاتها في المجال الطبي، مجلة الإجتهد القضائي، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، الجزائر، المجلد 12، العدد 01، 2020، صفحة 676

² -سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، مجلة الإجتهد للدراسات القانونية و الإقتصادية، معهد الحقوق والعلوم السياسية بالمركز الجامعي تمنراست، العدد 07، 2015، صفحة 165.

³ -سميرة عايد ديات، المرجع السابق، صفحة 263.

⁴ -سليمان حاج عزام، المرجع السابق، صفحة 167.

تقديمها لأنّ المكلف بتقديم المساعدة لا يمكنه أن يتحلل منها بافتعال خطر بسيط لا وزن له في مقابل خطر عظيم.¹

2- النتيجة:

النتيجة هي التغيير الذي يحدث في العالم لخارجي كأثر مترتب على السلوك، كما تعرف النتيجة كذلك بأنها السلوك المتمثل في العدوان على مصلحة يحميها القانون، بالإضرار بتلك المصلحة أو بتهديدها.²

والنتيجة الإجرامية في جرائم الامتناع هي عنصر متطلب في الركن المادي للجريمة المتمثل في الامتناع بحيث لا تقع الجريمة تامة إلا بحدوث النتيجة.³

3- العلاقة السببية:

إن القول بتوافر علاقة السببية يكون ممكنا في الحالة التي تتحقق فيها النتيجة بعدم تدخل المتهم (امتناعه)، بحيث أن النتيجة في هذه الحالة ما كانت لتتحقق لو تدخل المتهم، وبالتالي فإن عدم تدخله يعتبر سببا كافيا للنتيجة⁴، وبالتالي يسأل عنها، أما إذا كانت النتيجة ستتحقق ولو باشر المتهم عمله كما أمره به القانون فإن رابطة السببية تنقطع لأن الامتناع لم يكن ظرفا ملائما لحدوث النتيجة ولم يكن هو السبب المؤدي إلى حدوثها.⁵

ثالثا: الركن المعنوي

إن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر جريمة عمدية يشترط لقيامها توافر عنصري العلم والإرادة لدى الفاعل، ويتمثل ذلك في علم الطبيب

¹ - سليمان حاج عزام، المرجع السابق، صفحة 168.

² - بن عشي حسين، جرائم الإمتناع في القانون الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في العلوم القانونية، تخصص قانون جنائي، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة باتنة 1، 2015/2016، صفحة 65.

³ - المرجع نفسه، صفحة 66.

⁴ - المرجع نفسه، صفحة 69.

⁵ - بن عشي حسين، المرجع السابق، صفحة 70.

بحالة الخطر التي يعيشها المريض و مع ذلك يتمتع عمداً عن تقديم المساعدة أو عن إسعاف المريض عن طريق ربطه بأجهزة الإنعاش الصناعي، كما أنّ خطأ الطبيب في تقديره لمدى الفائدة من تقديم المساعدة، أو الاستعجال في التدخل لا يعفيه من المسؤولية، لأنه يفترض فيه أن يكون أعلم الناس لحالته.¹

الفرع الثالث: عقوبة جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر

إن الطبيب بحكم مهنته ونبيل رسالته لا يتصور فيه ترك مريض في حالة خطر لأن ضميره يلزمه بل وبمجانية هذا السلوك بتلبية نداء المريض وعلاجه وتأسيسا على ما تقدم فإن الطبيب متى ما امتنع بمحض إرادته عن تقديم العون لشخص في خطر ولم يكن ذلك ليشكل مخاطرة له أو للغير وكان بإمكانه المساعدة سواء بعمله الشخصي أو بطلب العون وقع تحت طائلة نص التجريم المعاقب على هذا السلوك²، فقد نصت المادة 182 من قانون العقوبات في فقرتها الأولى على ما يلي: "يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 500 إلى 15.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين ... ويعاقب بالعقوبات نفسها كل من امتنع عمدا عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان بإمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر منه أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن تكون هناك خطورة عليه أو على الغير ...".

وعلى أساس ذلك يجب اعتبار المريض المههد بموت أكيد وحال - في خطر - مما يتعين على الطبيب تقديم المساعدة له بقدر الإمكان حتى وفاته، فيجب عليه أن يقوم بتركيب أجهزة الإنعاش الصناعي عليه واستمرار عملها، متى وجدت فرصة حقيقية لبقاء المريض على قيد الحياة، فإذا امتنع الطبيب عن تركيب هذه الأجهزة أو ترك المريض بدون مساعدة بعد قفل الأجهزة عن جسمه وقبل موت خلايا المخ، فإنه يتسبب بذلك في

¹ -حمو حسينة، المرجع السابق، صفحة 154.

² -كشيدة الطاهر، المسؤولية الجزائية للطبيب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الطبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010/2011، ص 183.

موت المريض موتاً حقيقياً، ومن ثم يسأل جنائياً عن جريمة الامتناع عن تقديم¹ المساعدة، لرفضه قبول المريض على أساس أنه ميت من وجهة نظره دون أن يقوم بفحصه أو يتأكد من موته.²

المطلب الثاني: المسؤولية الجزائية الناشئة عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي

يعد رفع أجهزة الإنعاش الصناعي من المهام الحرجة التي يقوم بها الطبيب خلال عملية الإنعاش الصناعي، وقد يتسبب القيام بهذه المهمة بشكل غير صحيح في وقوع أضرار جسيمة على المريض أو حتى وفاته، مما يتطلب تحمل المسؤولية الجزائية للطبيب عند وقوع مثل هذه الحوادث، ويشمل رفع أجهزة الإنعاش الصناعي العديد من الصور الجرمية تتمثل في: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي نتيجة التشخيص الخاطئ للوفاة والذي سنتطرق له في الفرع الأول، أما الفرع الثاني فسنتطرق إلى رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل بدافع الشفقة، وبالنسبة للفرع الثالث فسنتطرق فيه إلى رفع أجهزة الإنعاش الصناعي وجريمة المساعدة على الانتحار، وبالنسبة للفرع الرابع فسنتناول فيه رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل العمد.

الفرع الأول: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي نتيجة الخطأ في تشخيص حالة الوفاة :

من الممكن أن يشخص الطبيب حالة المريض ويقرر أنه ميت وهو في الحقيقة مازال حي، وبالتالي يقوم برفع الأجهزة أو يمتنع عن وضعها على المريض بناء على الاعتقاد الخاطئ الذي تبني عليه فعله الإيجابي (رفع الأجهزة عن المريض)³، فهل يسأل الطبيب في مثل هذه الحالات؟

¹ -مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية دراسة مقارنة، الجزء

الأول، الكتاب الأول، المرجع السابق ، صفحة 344.

² -المرجع نفسه، صفحة 345.

³ -حمو حسينة، المرجع السابق، صفحة 177.

إن الخطأ في تشخيص حالة الوفاة أثناء مرحلة الإنعاش الصناعي قد يترتب عنه مسؤولية الطبيب الجزائية و التي تكيف على أساس القتل الخطأ، وعلى هذا الأساس سنتطرق أولاً الى مفهوم التشخيص وثانياً إلى عناصر الخطأ الطبي في الخطأ في تشخيص حالة الوفاة، وثالثاً إلى العقوبات المترتبة عنه.

أولاً: مفهوم الخطأ في التشخيص

إن تبيان مفهوم الخطأ في التشخيص لا يكون الا بتعريف الخطأ في التشخيص وتبيان حالاته كما سنتطرق له.

1-تعريف الخطأ في التشخيص

تأتي مرحلة التشخيص عقب مرحلة الفحص ويقوم به أي طبيب عام أو متخصصاً بوصف العلة بناء على الأعراض "الكلينيكية" أو بعد إجراء التحاليل أو الأشعة، فالتشخيص ما هو إلا استنتاج علمي وعقلي، لنتيجة معينة حول الحالة الصحية للمريض من خلال التقويم الفني لأعراض وعوامل وحقائق بشأن حالة المريض وتحديد طبيعتها تمهيداً للعلاج المناسب.¹

ويعرف الخطأ في التشخيص بأنه "إخلال الطبيب بالأصول العلمية الثابتة المعترف بها والتي يجب على كل طبيب عادي الإلمام بها".²

2-حالات الخطأ في تشخيص حالة الوفاة:

تنقسم الأخطاء التي قد يقوم بها الطبيب أثناء تشخيصه إلى الخطأ العلمي في التشخيص و الخطأ بالإهمال في التشخيص:

¹ -كشيدة الطاهر، المرجع السابق، صفحة 67.

² -زهرة بن عبد القادر و فغور رابح، الخطأ الطبي بين الشريعة الاسلامية والقانون، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عباس الغرور خنشلة، الجزء 02، العدد 08، 2017، صفحة 655.

2-1-1- حالة الخطأ العلمي:

غالبا ما يتمثل الخطأ العلمي في تغليب الطبيب لرأي علمي على آخر. فان أخطأ فلا مسؤولية عليه.¹

2-2-2- حالة الخطأ بالإهمال:

حالة الخطأ بالإهمال تظهر في عدة صور كتسرع الطبيب في تكوين رأيه عن حالة مرضية دون الاستعانة بنتائج التحاليل أو صور الأشعة أو دون استعانة بالزملاء الاختصاصيين، فهذا الخطأ الجسيم أو الفاحش يصفه القضاء بالجهل الذي لا يعذر.² ولقد استقر الاجتهاد على أن مجرد الغلط في التشخيص لا يثير مسؤولية الطبيب إلا إذا كان منطويا على إهمال في الفحص الطبي ويسمى الإهمال في التشخيص، أو على جهل جسيم بأولويات الطب ما يؤدي إلى الغلط العلمي في التشخيص.³ فيسأل الطبيب على أخطاء التشخيص إذا كانت جسيمة وتنطوي على جهل مطبق بالعلوم الطبية وكان الغلط غير مغتفر،⁴ فمسؤولية الطبيب تتوافر بشرط أن يكون إهماله في تلك المرحلة هو الذي تترتب عليه الإصابة أو وفاة المريض، ذلك أن الطبيب يكون مخطأ طالما أهمل في الرجوع إلى كل الوسائل الخاصة التي تتطلبها الأصول العلمية والطبية لتشخيص المرض طالما لم يقم به بالرغم من ضرورتها.⁵

وقد أشار قانون العقوبات الجزائري إلى أن الإهمال يعد صورة من صور القتل الخطأ يستوجب معه المساءلة الجنائية بنصه في المادة 288 من قانون العقوبات على

1 - زهرة بن عبد القادر و فغرور رابح، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

2 - كشيدة الطاهر، المرجع السابق، صفحة 68.

3 - علي عصام غصن، الخطأ الطبي، منشورات زين الحقوقية، دون بلد نشر، 2006، ص 69.

4 - طاهري حسين، الخطأ الطبي و الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة-دراسة مقارنة-، دار هومة، الجزائر، دون سنة نشر، ص 25.

5 - أمير فرج يوسف، خطأ الطبيب من الناحية الجنائية و المدنية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2007، ص

أنه " كل من قتل خطأ أو تسبب بذلكأو إهماله..."، وبالنسبة لتعريف الإهمال الطبي في هذا الصدد فهو ان يقف الممارس الصحي موقفا سلبيا، فلا يتخذ واجبات الحيطة والحذر واليقظة التي كان من شأن اتخاذها الحيولة دون وقوع الضرر بالمريض.¹

ثانيا: عناصر الخطأ الطبي بمناسبة التشخيص الخاطئ للوفاة

1-العنصر الأول: هو العنصر المادي يتمثل في عدم اتخاذ الجاني لدرجات الحيطة والحذر والتدابير اللازم إتباعها لمنع ترتب النتيجة الإجرامية ووقوعها.²

2-العنصر الثاني: النتيجة وهي الضرر المتحقق الذي يصيب المريض في جسمه أو نفسه إثر الخطأ الطبي، ويعتبر هذا الخطأ ركنا أساسيا لقيام المسؤولية الجنائية للطبيب، فإذا لم يتحقق هذا الضرر تنتفي المسؤولية الجنائية حتى وإن كان من المتصور قيام مسؤولية مدنية.³

3-العنصر الثالث: علاقة السببية فيتوجب أن تتوافر علاقة السببية بين خطأ الطبيب والضرر الحاصل على المريض حتى نتمكن من مساءلة الطبيب الخطأ الطبي، ذلك أن علاقة السببية هي الرابط بين الفعل والنتيجة والتي من خلالها نستطيع أن نثبت أن ارتكاب الجريمة هو الذي نتج عنه حدوث الجريمة.⁴

¹ - حبيبة شهرة ووهيبة بوصبيح العايش، أثر الإهمال الطبي في نشوء الجريمة الطبية-قسم الولادة بالمستشفيات الجزائرية نموذجا-، مجلة الشهاب، معهد العلوم الاسلامية بجامعة الوادي، الجزائر، المجلد 07، العدد 03، 2021، ص 295.

² - أحمد عبد الحكيم شهاب و بسمة محمد يوسف هنية، المسؤولية الجنائية للطبيب عن الخطأ الطبي، مجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، معهد الحقوق والعلوم السياسية، المركز الجامعي بافلو، المجلد 05، العدد 01، 2021، صفحة 32.

³ - حبيبة شهرة ووهيبة بوصبيح العايش، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

⁴ - أحمد عبد الحكيم شهاب و بسمة محمد يوسف هنية، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

ثالثا: العقوبات المقررة للخطأ الطبي بمناسبة التشخيص الخاطئ لحالة الوفاة:

يترتب على الخطأ بالإهمال في تشخيص حالة الوفاة تطبيق العقوبات الواردة في المادة 288 من قانون العقوبات الجزائري والتي تنص على أنه "كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونته أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته الأنظمة يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 1.000 إلى 20.000 دينار."

غير أنه تنتفي المسؤولية الجزائية للطبيب في هذه الحالة متى ما أجرى الطبيب التشخيص بعناية ودقة كبيرة وهذه العناية تكون وفقا للأصول العلمية المتعارف عليها في علم الطب.¹

الفرع الثاني: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي و القتل بدافع الشفقة

في بعض الأحيان قد يكون المريض الموضوع تحت أجهزة الإنعاش الصناعي ميؤوس من شفائه، مما يدفع الطبيب لتقرير وضع نهاية لحياة المريض الميؤوس من شفائه وخاصة الذي يطول وضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي وذلك برفعها رحمة وشفقة على المريض لتسريع وفاته،² فهل يكون الطبيب في هذه الحالة عرضة للمساءلة الجزائية؟

يتطلب البحث في مدى مسؤولية الطبيب الجزائية في حالة رفع أجهزة الإنعاش الصناعي بدافع الشفقة على المريض في تبيان مدلول القتل بدافع الشفقة وذكر اتجاه الفقه القانوني حول رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل بدافع الشفقة ثانيا ثم تبيان موقف المشرع الجزائري ثالثا.

¹ - مرعي منصور عبد الرحيم بدر، الجوانب الجنائية للتجارب العلمية على جسم الإنسان، دار الجامعة الجديدة،

الإسكندرية-مصر-، 2011، صفحة 203.

² - قراني مفيدة، المرجع السابق، صفحة 568.

أولاً: تعريف القتل بدافع الشفقة

يعرف القتل بدافع الشفقة بأنه " القدرة على إحداث الموت بدون آلام لمريض ميؤوس من شفائه، حيث يكون تطور المرض حتمي، وهو يتعذب من الأوجاع الجسدية غير المحتملة والمركزة، والطرق العلاجية لا تستطيع تخفيفها"¹

هذا القتل قد يرتكبه الطبيب بدافع تخليص المريض من المعاناة والآلام فالجاني في هذه الحالة متعمد القتل بلا شك، غير أن دافعه الذي دفعه لارتكاب هذه الجريمة هو دافع الشفقة والرحمة !!! التي تكون ردة فعل لحالات مرضية مستعصية²

ثانياً: اتجاهات الفقه القانوني حول رفع أجهزة الإنعاش الصناعي لدواعي القتل بدافع

الشفقة

اختلفت اتجاهات الفقه القانوني بشأن هذه المسألة، فقد أيد بعض فقهاء القانون هذه الفكرة واستندوا في ذلك إلى بعض الحجج والأسانيد. في حين ذهب اتجاه ثاني إلى ما يخالف أصحاب الاتجاه الأول تماماً ورفضوا فكرة القتل بدافع الشفقة رفضاً مطلقاً. وظهر اتجاه ثالث اختط لنفسه طريقاً وسطاً بين كل من الاتجاهين السابقين³، وفيما يلي بيان لكل من هذه الاتجاهات:

1- الاتجاه المؤيد للقتل بدافع الشفقة:

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى إن عدم مسؤولية الطبيب الجنائية في حال الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو رفعها عن المريض يجد أساسه في حق المريض

¹ - أسامة إبراهيم علي التايه، مسؤولية الطبيب الجنائية في الشريعة الإسلامية، الطبعة الأولى، دار البيارق، بيروت- لبنان-، 1999، صفحة 157.

² - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³ - صفاء حسن العجيلي، الأهمية الجنائية لتحديد لحظة الوفاة-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن، 2011، صفحة 164.

في رفض العلاج الذي عبر عنه قبل دخوله في حالته المرضية أو عن طريق ممثله القانوني، ويسوغ أنصار هذا الاتجاه رأيهم ببعض المبررات أبرزها¹:

- يجد القتل بدافع الشفقة مبرراً له في حالة الإكراه المعنوي كمانع من موانع العقاب نظراً لما يمارسه المريض على طبيبه من توسلات وضغوطات تدفعه لإنهاء حياته.²

- إن الاقتناع بعدم جدوى العلاج مع الاستمرار فيه لا معنى له سوى تأخير الموت أكثر منه إطالة للحياة، ومهنة الطب ليست الإبقاء على الحياة بأي ثمن وليست الحيلولة دون الموت الطبيعي إنما تقادي الموت والوقاية منه قبل أن يحل أوانه، فليس للطبيب الحق في سرقة الموت من المريض، وترك المريض بدون استخدام وسائل الإنعاش الصناعي لا يعني قتله، لأن ترك المريض بالامتناع عن تقديم علاج غير نافع له لا يشكل سبباً مباشراً أو غير مباشر في موته في هذه الحالة، وإنما يكون موت المريض لأسباب لا قبل للطب لمحاربتها.³

2 - الاتجاه المعارض للقتل بدافع الشفقة:

يذهب أنصار هذا الاتجاه إلى ما يخالف الاتجاه السابق ويرون بعدم أحقية المريض في رفض العلاج، ولا يجوز للطبيب أن يمتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو يرفعها بناءً على طلب المريض أو إلحاح أسرته وإلا قامت مسؤوليته،⁴ وقد إستندوا في ذلك إلى عدة أسانيد أبرزها:

¹ - صفاء حسن العجيلي، المرجع السابق، صفحة 136.

² - خليل سعيد إعبيه، مسؤولية الطبيب الجزائية وإثباتها-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان-الأردن-، 2017، صفحة 323.

³ - صفاء حسن العجيلي، المرجع السابق، صفحة 137.

⁴ - المرجع نفسه، صفحة 138.

- لا يعد رضاء المجني عليه سبباً للتبرير في القتل ذلك أن الحق في الحياة يتعلق بحق الخالق وحق المجتمع وحق الإنسان، كما أن الشفقة تعتبر باعثاً لا يهدم الركن المعنوي، ولا يؤثر على قيام المسؤولية¹ الجزائية وإن كان له دور في مقدار العقوبة المحكوم بها، بالتالي فإن طلب المريض الميئوس من شفائه من طبيبه إنهاء حياته كتعبير عن رضائه، لا يشكل سبباً للتبرير، ولا مانعاً من موانع المسؤولية الجزائية للطبيب.²

- إن المريض في المراحل المتأخرة من بعض الأمراض يكون في حالة غيبوبة أو فاقدًا للوعي ولا يستطيع أن يعبر عن إرادته تعبيراً صحيحاً، وبالتالي فلا يجب علي الطبيب أن يوافق المريض علي إرادته غير الصحيحة وينهي حياته وإلا اعتبر قاتلاً، فإذا أوقف الطبيب أجهزة الإنعاش الصناعي للمريض فاقد الوعي بناء علي موافقة أهله فلا يعتد بهذه الموافقة ويسأل الطبيب جنائياً ومدنياً.³

ثالثاً: موقف المشرع الجزائري حول رفع أجهزة الإنعاش الصناعي لدواعي القتل بدافع الشفقة

إن المشرع الجزائري لم يعترف بهذا النوع من الموت لأنه لم ينظمه ولم يفرد له حكماً خاصاً أو تشريعاً مستقلاً ولذلك فإن رضا المجني عليه (أي المريض) لا يعتبر سبباً من أسباب الإباحة وأن الباعث على القتل وإن كان نبيلاً لا يبرره لأنه ليس عنصراً من عناصر القصد، لذلك يمكن أن يعاقب الشخص الذي يمارسه إما على أساس المساعدة على الانتحار المنصوص عليها في المادة 273 من قانون العقوبات أو

¹ - خليل سعيد إعبيه، المرجع السابق، صفحة 324.

² - المرجع نفسه، صفحة 325.

³ - هشام عبد الحميد فرج، الأخطاء الطبية، دون طبعة، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة-مصر-، 2007، صفحة

بارتكابه فعل القتل العمد المنصوص عليه في المادة 254 وما يليها¹ ، وسيتم التطرق لكل جريمة تاليا في الفرعين الثالث والرابع من هذا المطلب.

الفرع الثالث: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي وجريمة المساعدة على الانتحار

إن الطبيب ملزم على استخدام الإنعاش الصناعي كوسيلة لإنقاذ المريض المصاب بحالة صحية خطيرة وليس كوسيلة للمساعدة على إنهاء حياته، وفي هذه الحالة الأخيرة يتعرض الطبيب الذي يقوم برفع أجهزة الإنعاش الصناعي مساعدة للمريض على انتحاره للمساءلة الجزائية على أساس جريمة المساعدة على الانتحار.

لذا سنتطرق أولا إلى تعريف المساعدة على الانتحار وثانيا إلى أركان جريمة المساعدة على الانتحار وثالثا إلى العقوبات المقررة لجريمة المساعدة على الانتحار.

أولا: تعريف المساعدة على الانتحار

المساعدة على الانتحار تعني معاونة الشخص المنتحر بأي وسيلة كانت، وبأي فعل يعينه على إتمام ما أقدم عليه.²

ثانيا: أركان جريمة المساعدة على الانتحار

تقوم هذه الجريمة على أركان ثلاثة هي:

1-الركن الشرعي:

يتجلى الركن الشرعي في نص المادة 273 من قانون العقوبات على أنه " كل من ساعد عمدا شخصا في الأفعال التي تساعده على الانتحار أو تسهله له أو زوده

¹ - راجع لالو، القتل بدافع الشفقة بين التجريم و الإباحة، مجلة صوت القانون، مخبر نظام الحالة المدنية، جامعة خميس مليانة، الجزائر، 2022، المجلد الثامن، العدد 02، 2022، صفحة 855.

² - عبد الملك بن حمد الفارس، جريمة الإنتحار و الشروع فيه بين الشريحة والقانون وتطبيقاتها في مدينة الرياض، بحث مقدم إستكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العدالة الجنائية، تخصص التشريع الجنائي الإسلامي، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2004، صفحة 98

بالأسلحة أو السم أو بالآلات المعدة للانتحار مع علمه بأنه سوف تستعمل في هذا الغرض يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات إذا نفذ الانتحار"

2-الركن المادي:

يشمل الركن المادي لجريمة المساعدة على الانتحار العناصر التالية:

- 1-1- فعل المساعدة على الانتحار والتي تعني تقديم العون للراغب في الموت.¹
- 1-2- النتيجة الجرمية: يتطلب الركن المادي تحقق نتيجة إجرامية تتخذ إحدى صورتين إما وفاة المنتحر، وإما شروعه في الانتحار الذي يتخذ في الغالب صورة إصابته بأذى بدني.

فإذا لم تتحقق النتيجة فلا عقاب وتطبيقا لذلك فإنه إذا رفض المجني عليه فكرة الانتحار أو وسيلة المساعدة عليه، أو اقتنع بالفكرة ولكن لم ينفذها أو استعمل الوسيلة التي قدمت إليه ولكنه لم يصب بأذى فالعقاب لا يوقع في جميع الحالات السابقة، وعلّة عدم العقاب، أن الفعل لم يترتب عليه ضرر اجتماعي ومن ثم يسوغ التسامح فيه.²

- 1-3- الرابطة السببية: يتعين أن تربط علاقة السببية بين فعل المساعدة وبين النتيجة الإجرامية ويخضع إثبات هذه العلاقة للقواعد العامة.³

3-القصد الجنائي:

يجب أن يعلم المتهم بدلالة فعله ويتوقع إقدام المجني عليه على قتل نفسه وتتجه إرادته إلى اقتراف هذا الفعل وإلى إحداث وفاة المجني عليه ويكفي القصد الاحتمالي لقيام هذه الجريمة، فمن توقع حينما ارتكب فعله إمكان أن يقدم الجاني عليه نتيجة ذلك الفعل على قتل نفسه فقبل هذا الإمكان كان مسؤولاً عن هذه الجريمة.⁴

1 - عبد الملك بن حمد الفارس، المرجع السابق، الصفحة 105.

2 - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

3 - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

4 - المرجع نفسه، صفحة 106.

ثالثا: عقوبة جريمة المساعدة على الانتحار

إذا كان تصرف الطبيب الذي ساعد المريض الميئوس من شفائه بناء على رغبته في الانتحار فهنا يسأل الطبيب عن جريمة المساعدة على الانتحار المعاقب عليه وفق أحكام المادة 273 من قانون العقوبات التي تنص على أنه " كل من ساعد عمدا شخصا في الأفعال التي تساعده على الانتحار أو تسهله له أو زوده بالأسلحة أو السم أو بالآلات المعدة للانتحار مع علمه بأنه سوف تستعمل في هذا الغرض يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات إذا نفذ الانتحار".

وعليه يمكن القول بأن الطبيب الذي يقوم برفع أجهزة الإنعاش الصناعي مساعدة للشخص المنتحر على الانتحار، يكون محلا للمساءلة الجزائية على أساس جريمة المساعدة على الانتحار، وعليه يخضع للعقوبات المنصوص عليها في المادة 273 من قانون العقوبات الجزائري.

الفرع الرابع: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل العمد

إذا أقدم الطبيب المختص بالإنعاش بعزل المريض عن أجهزة الإنعاش الصناعي قبل التأكد من موته، يكون قد ارتكب جريمة القتل العمد حتى ولو كان دافعه إلى ذلك التعجيل بموت هذا المريض بدافع الشفقة لتخليصه من الآلام المبرحة لاستحالة شفائه، إذ يكون الطبيب بذلك قد خالف قواعد أخلاقيات المهنة الطبية التي تفرض عليه أن يبذل عناية لشفاء المريض وليس التعجيل بموته.¹

وعليه سنتطرق أولا إلى تعريف جريمة القتل العمد ثم تبيان أركانها ثانيا، والعقوبات المقررة عنها ثالثا.

¹-حمو حسينة، المرجع السابق، ص 169

أولاً: تعريف جريمة القتل العمد

جاء في المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري بقولها "القتل هو إزهاق روح إنسان عمدا"

كما عرفه بعض الباحثين بأنه "إنهاء حياة إنسان بفعل إنسان آخر".¹

ثانياً: أركان جريمة القتل العمد

تتمثل أركان جريمة القتل العمد في الركن الشرعي والركن المادي بالإضافة إلى عنصر العقوبة وسيتم التطرق إلى كل منهم كالتالي:

1-الركن الشرعي:

يتجلى الركن الشرعي لجريمة القتل العمد في مجموعة نصوص قانونية منصوص عليها في قانون العقوبات وتتمثل هذه النصوص في المواد 254، 255، 256، 257، 258، 259، 260، 261، 262، 263.

2-الركن المادي:

يتكون الركن المادي من السلوك الإجرامي والنتيجة الجرمية والعلاقة السببية كالتالي:

1-1-السلوك الإجرامي: بالنسبة للسلوك الإجرامي فإنه يتحقق بكافة صور الإعتداء على الحياة التي تصدر عن الجاني ودون عبء بالوسيلة التي لجأ إليها.²

1-2-النتيجة الإجرامية: لا يكفي لتمام جريمة القتل أن يأتي الجاني نشاطاً صالحاً لإحداث الوفاة، وإنما ينبغي أن يؤدي هذا النشاط فعلاً إلى موت المجني عليه، وإزهاق روحه.

فإزهاق الروح هو الأمر المترتب على سلوك الفاعل، وبه تتم جريمة القتل العمد.³

¹ -سعدي حيدرة، الجرائم ضد الأشخاص و الأموال-القسم الخاص بين النص و الواقع، ألفا للوثائق للنشر و التوزيع، دون بلد نشر، 2021، صفحة 40.

² -هشام محمد مجاهد القاضي، المرجع السابق، صفحة 207.

³ -المرجع نفسه، صفحة 214.

1-3-رابطة السببية: لا يكفي أن يحصل من الفاعل نشاط إجرامي، وأن تقع نتيجة، وإنما يُشترط للقول بتوافر الركن المادي في حقه أن تنسب هذه النتيجة إلى ذلك النشاط، أي أن يكون بينهما رابطة سببية.¹

3-الركن المعنوي:

لا يتحقق القصد الجنائي في جريمة القتل إلا إذا كان الجاني عالماً وقت ارتكاب الفعل بأنه يوجه فعله إلى إنسان حي، وأن من شأن هذا الفعل إزهاق روحه، وأن تتجه إرادته فضلاً عن ذلك إلى إزهاق هذه الحياة.²

ثالثاً: عقوبة جريمة القتل العمد في حالة سحب أجهزة الإنعاش الصناعي

إن الطبيب الذي يقوم برفع أجهزة الإنعاش الصناعي دون التحقق من وفاة المريض لأي سبب كان يسأل جزائياً عن جريمة القتل العمد وقد نصت المادة 263 من قانون العقوبات الجزائري في فقرتها الثانية على أنه "ويعاقب القاتل في غير ذلك من الحالات بالسجن المؤبد"، أما إذا ترافق القتل العمد مع سبق الإصرار والترصد من قبل الطبيب القائم على الإنعاش فإن العقوبة هي الإعدام حسب نص المادة 261 من قانون العقوبات الجزائري.

وبناء على ذلك إذا ركب الطبيب أجهزة الإنعاش الصناعي على مريضه لا يجوز له قبل التأكد من موته موتاً حقيقياً أن ينزعها عنه، وإلا تسبب في إزهاق روحه، و هذا ما ذهب إليه البعض الآخر من الفقه بالقول: "إن الإنسان لا زال حياً ومن ثم فإن إيقاف أجهزة الإنعاش من شأنه التسبب بتوقف خلايا المخ، وبالتالي حدوث الوفاة الطبية وعليه يعد قاتلاً، وذلك أياً كانت التبريرات لذلك".³

1 - هشام محمد مجاهد القاضي، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

2 - المرجع نفسه، صفحة 217.

3 - ماجد محمد لافي، المسؤولية الجزائية الناشئة عن الخطأ الطبي-دراسة مقارنة-، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012، صفحة 260.

المبحث الثاني: امتناع المساءلة الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي

يجب على الطبيب في مجال عمليات الإنعاش الصناعي الالتزام بالمعايير الطبية وتقديم الرعاية الصحية اللازمة للمريض وتفادي الأخطاء، وخلاف ذلك تقع مسؤوليته الجزائية، غير أنه قد يرتكب الطبيب القائم على عملية الإنعاش الصناعي خطأ يستوجب المساءلة الجزائية ومع ذلك لا تتم مساءلته، وذلك بسبب توفر مانع من موانع المسؤولية الجزائية يستوجب عدم مساءلته عن خطئه الذي ارتكبه.

ولفهم موانع المسؤولية الجزائية في مجال عمليات الإنعاش الصناعي، يستوجب أولاً التطرق لمفهوم موانع المسؤولية الجزائية في المطلب الأول، أما المطلب الثاني فخصصناه لحالات امتناع المسؤولية الجزائية.

المطلب الأول: مفهوم موانع المسؤولية الجزائية وتبيان خصائصها

لإبراز مفهوم موانع المسؤولية الجزائية سنتطرق في هذا المطلب إلى تعريف موانع المسؤولية الجزائية في الفرع الأول وتبيان خصائص موانع المسؤولية الجزائية في الفرع الثاني، أما الفرع الثالث سنناقش فيه علاقة السببية كأساس لامتناع المسؤولية الجنائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي.

الفرع الأول: تعريف موانع المسؤولية الجزائية

يقصد بموانع المسؤولية الأسباب التي تنفي الركن المعنوي للجريمة، فتنتفي بذلك مسؤولية الجاني عن الفعل الإجرامي الذي ارتكبه . ولما كان الركن المعنوي لا يتوافر إلا إذا كان الفعل الذي ارتكبه الجاني¹ منبثاً عن إرادة آثمة يعتد بها القانون ، والإرادة الآثمة التي يعتد بها القانون يجب أن يتحقق لها شرطان : التمييز وحرية الاختيار، لذلك فإن أي سبب ينفي أحد هذين الشرطين يعتبر مانعاً من موانع المسؤولية الجنائية، وتعتبر موانع

¹ - فوزية عبد الستار، شرح قانون العقوبات-القسم العام-، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر-، 1987، ص 57.

المسؤولية أسبابا شخصية تؤثر في الفاعل ولا تؤثر في الفعل، فيظل الفعل مصطبغاً بعدم المشروعية، ويترتب على ذلك أثران: الأول أن مانع المسؤولية ينفي المسؤولية الجنائية لمن توافرت فيه دون غيره من المساهمين معه سواء كانوا فاعلين أو شركاء فتظل مسؤوليتهم عن الجريمة قائمة، و الثاني أن مرتكب الفعل وإن انتفت مسؤوليته الجنائية يظل مسئولا من الناحية المدنية فيلتزم بتعويض ما قد يترتب على فعله غير المشروع من ضرر.¹

الفرع الثاني: خصائص موانع المسؤولية الجزائية:

- ذات طبيعة شخصية: فهي تتصل بالفاعل ولا شأن لها بالجريمة في ذاتها، مما يترتب عليه أن موانع المسؤولية لا تنتج أثرها إلا فيمن توافرت فيه من الجناة سواء أكانوا من الفاعلين الأصليين أم الشركاء أم المحرضين.²
- لا أثر لموانع المسؤولية على التكييف القانوني للفعل المرتكب لأنه ذو طابع شخصي متعلق بفاعل الجرم وليس بالفعل المرتكب.³
- عند تحقق أي مانع من موانع المسؤولية يتم تجريد الإرادة من أي قيمة قانونية لها، فلا وجود لها من وجهة النظر التشريعية أما من الناحية النفسية فهي موجودة ولها كيان ملموس.⁴

¹ - فوزية عبد الستار، المرجع السابق، صفحة 58.

² - ولاء حماد ومصطفى عبد الباقي، موانع المسؤولية الجزائية وفقا لقانون العقوبات الأردني الساري في الضفة الغربية ومشروع قانون العقوبات الفلسطيني، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، كلية الحقوق والادارة العامة، جامعة بيرزيت، فلسطين، المجلد 31، العدد 4، 2017، ص 525.

³ - المرجع نفسه الصفحة نفسها.

⁴ - المرجع نفسه، صفحة 526.

الفرع الثالث: علاقة السببية كأساس لامتناع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي

تعني العلاقة السببية أنه يجب أن يكون هناك علاقة مباشرة بين فعل الطبيب القائم على عملية الإنعاش الصناعي والضرر الذي تسبب به للمريض وانتفاء هذه العلاقة السببية بعني بالضرورة انتفاء المسؤولية الجزائية للطبيب عن عملية الإنعاش الصناعي.

أولاً: مفهوم علاقة السببية

إن مفهوم العلاقة السببية في المجال الطبي يتجلى من خلال وجود رابطة مباشرة بين الخطأ الطبي المرتكب من قبل الطبيب والنتيجة التي أصابت المريض وأن يكون الخطأ هو السبب الذي أدى إلى وقوع النتيجة، فإن انتفت علاقة السببية في مجال الأخطاء الطبية غير العمدية فلا مسؤولية للطبيب إذ تعد علاقة السببية شرطاً لقيام المسؤولية الجزائية للطبيب عن خطئه الطبي.¹

و لقد انقسمت آراء الفقهاء إلى آراء مختلفة بين مؤيد لضرورة أخذ كل العوامل التي أدت إلى إحداث النتيجة، وبين مؤيد للبحث عن السبب الحقيقي من بينها أو القريب منها مما أدى إلى ظهور عدة نظريات فقهية تعالج العلاقة السببية أهمها نظرية تعادل الأسباب وتكافئها، ونظرية السبب المنتج أو الفعال.²

المطلب الثاني: حالات امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي

تواجه المسؤولية الجزائية للطبيب في حالات الإنعاش الصناعي العديد من العوامل المؤثرة، ومن بينها حالات امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب، حيث تتعلق هذه الحالات بعوامل تكون خارجة عن إرادة الطبيب القائم على عملية الإنعاش فقد يتعذر على الطبيب

¹ - زهدور أشواق، المسؤولية الجزائية للطبيب في مجال الجراحة العامة، مجلة البحوث في الحقوق والعلوم السياسية،

كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابن خلدون بتيارت، الجزائر، العدد 02، 2015، ص 247.

² - المرجع نفسه، الصفحة 248.

تنفيذ عملية الإنعاش بنجاح بسبب تدهور حالة المريض أو عدم توفر الإمكانيات اللازمة للعلاج، مما يستدعي إعفاء الطبيب القائم على عملية الإنعاش من المسؤولية الجزائية. وتتمثل حالات امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي في انعدام رابطة السببية بسبب خطأ المريض أو خطأ الغير والتي سيتم التطرق إليها في الفرع الأول، وحالتي الضرورة والقوة القاهرة في الفرع الثاني.

الفرع الأول: خطأ المريض أو خطأ الغير:

في بعض الأحيان قد يحدث انعدام رابطة السببية بسبب خطأ المريض أو خطأ الغير، وهذا يؤدي إلى امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب وتعد هذه الحالات من الحالات التي تستوجب الدراسة في هذا المجال.

أولاً: خطأ المريض

إن التطرق إلى خطأ المريض يستوجب منا تعريفه ثم ذكر الحالات التي تنتفي فيها المسؤولية الجزائية بسبب خطأ المضرور.

1- تعريف خطأ المريض(المضرور):

عرّف الفقه خطأ المضرور بأنه: « ذلك التصرف غير المشروع الصادر عن المضرور والذي يساهم في إحداث الفعل الضار ومن شأنه إذا تحققت شروطه أن يهدم علاقة السببية بين الخطأ والضرر».¹

فقد أجمع الفقه والقضاء على اعتبار خطأ المضرور سبباً أجنبياً، يعفي الطبيب من المسؤولية الجزائية.²

1- الحالات التي تنتفي فيها المسؤولية الجزائية بسبب خطأ المضرور

تتمثل الحالات التي تنتفي فيها المسؤولية الجزائية بسبب خطأ المضرور في:

¹ - بوسماحة أمينة، إنعدام رابطة السببية في جرمي القتل والجرح الخطأ في المجال الطبي، مجلة البحوث القانونية والسياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة د.الطاهر مولاي، الجزائر، العدد الرابع، 2021، ص 163.

² - المرجع نفسه، ص 163.

2-1- حالة خطأ المريض وحده هو المتسبب بالضرر:

من المتفق عليه فقها وقضاء أنه إذا تسبب المضرور بخطئه في إحداث الضرر الذي لحق به يتحمل وحده تبعه هذا الضرر ولا يثور أي خلاف حول ذلك، فالأمر نفسه في مجال المسؤولية الطبية، حيث يكون خطأ المريض في حكم السبب الأجنبي ومثال ذلك أن يقدم مريض على الانتحار أو الهروب من المستشفى، فإن مسؤولية كل من الطبيب أو المستشفى في هاته الحالة تنتفي بعد إثبات عدم وجود خطأ من طرفهما واضحا كذلك الأمر في حالة انتحار المريض بتناوله أشياء حرمها عليه الطبيب بصفة صريحة وقاطعة مبرزا له نتائجها، فيتسبب ذلك في وفاته شرط أن لا يكون مصابا بمرض عقلي.¹

2-2- حالة استغراق أحد الخطأين للأخر:

هذه الحالة تضم صور عديدة فقد يكون خط المريض بقدر من الجسامة، فيستغرق خطأ الطبيب بحيث يكون خطؤه أقوى، كما يضم صورة أن يكون خطأ المريض لاحقا لخطأ الطبيب أو أن خطأ هذا الأخير لاحقا لخطأ الأول، ومثال ذلك أن يقوم المريض بتناول جرعات زائدة من الدواء بعد العملية رغم تحذير الطبيب له، فيتوفى من جراء ذلك فهنا خطأ المريض استغرق خطأ الطبيب في عدم متابعته لحالة المريض بعد العملية، وبالتالي لا يسأل الطبيب عن الوفاة، أيضا قد يقوم المريض بتضليل الطبيب بإعطائه معلومات كاذبة عن تعاطيه أية أدوية أو إتباعه علاجاً معيناً، مما يؤدي إلى خطأ الطبيب في وصف العلاج، فيصاب المريض بضرر في صحته، وفي هذا الصدد فقد استقر القضاء في فرنسا أن خطأ المضرور لا يعفي من المسؤولية بشكل كامل بل يعفي

¹ - عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 126.

المرفق الطبي سواء كلياً أو يخفف من مسؤوليته ويبقى على المستشفى إقامة الدليل لإثبات الخطأ المضرور.¹

2-3- حالة الخطأ المشترك:

أما إذا ساهم خطأ المريض في إحداث الضرر مع خطأ الطبيب بمناسبة ممارسته لنشاطه بمؤسسة الصحة العمومية، ففي هذه الحالة لا مجال لإعفاء هذه الأخيرة من المسؤولية بل لا بد من توزيعها بينهما (المريض والمؤسسة الصحية)، خاصة إذا لم يستغرق أحد الخطأين الآخر، فيكون للمضرور أن يتحمل نصيبه من المسؤولية وله أن يرجع على مؤسسة الصحة العامة بقدر مسؤوليتها في إحداث الضرر.²

ثانياً: انعدام رابطة السببية بسبب خطأ الغير

يقصد بالغير في المجال الطبي أي شخص غير الطبيب المعالج أو المريض، كما لا يعد من قبيل الغير الأشخاص الذين يعملون تحت مسؤولية الطبيب كمساعديه والممرضين العاملين معه، فمتى كان الخطأ من جانب الأشخاص الذين سبق ذكرهم، فإننا أمام مسؤولية الطبيب عن تابعيه، وهذا باعتبار أن رئيس الفريق الجراحي يعتبر مسؤولاً عن من يعمل تحت رقبته وإشرافه.³

إن خطأ الغير يقطع رابطة السببية متى استغرق خطأ الجاني وكان كافياً بذاته لإحداث النتيجة، بالإضافة إلى أن فعل الغير لا يرفع المسؤولية عن الأعمال الشخصية إلا إذا اعتبر هذا الفعل خطأ في حد ذاته وأحدث وحده الضرر.⁴

وقد يكون هذا النفي جزئياً إذا اشترك مع خطأ المدعى عليه في إحداث الضرر ففي هذه الحالة يتحمل تبعة هذا الخطأ في جبر الضرر بمقدار ما أحدث من خطأ، وهو

¹ -بوسماحة أمينة، المرجع السابق، ص 164.

² -عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 126.

³ -بوسماحة أمينة، المرجع السابق، ص 168.

⁴ -محمد حسين منصور، المرجع السابق، ص 117.

الأمر الذي يقدره قاضي الموضوع، بينما يكون النفي كليا إذا كان خطأ الغير المتسبب الوحيد في إحداث الضرر.¹

الفرع الثاني: حالة الضرورة والقوة القاهرة

تعتبر حالتى الضرورة والقوة القاهرة من الأسباب التي تؤدي إلى امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب مما يستوجب دراسة حالة الضرورة أولا وحالة القوة القاهرة ثانيا.

أولا: حالة الضرورة

إن دراسة حالة الضرورة كمانع من موانع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي تستوجب منا تعريفها و تحديد طبيعتها القانونية ثم ذكر شروطها على النحو التالي:

1-تعريف حالة الضرورة

هي الحالة التي يوجد فيها شخص ما دافعا عن نفسه أو عن غيره خطرا محدقا به أو بغيره إلا بارتكاب جريمة بحق نفسه أو بحق أشخاص آخرين من أجل التخلص أو الوقاية من خطر جسيم وحال، حيث أن الطبيب غير المرخص له قانونا والذي وجد نفسه أمام حالة استعجاله مثلا تهدد المريض بخطر الموت كحالة اختناق عند الحوادث ورجوع اللسان إلى الخلف نتيجة كسر في الفك السفلي أو نتيجة حساسية وانغلاق القصبة الهوائية لدى مريض، تستوجب حتى إجراء فتحة له في القصبة الهوائية لتمكينه من التنفس.²

و لقد تناول المشرع الجزائري حالة الضرورة في المادة 48 من قانون العقوبات التي تنص على أنه: " لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب جريمة قوة لا قبل له بدفعها ".

¹ -عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 128.

² -كشيدة الطاهر، المرجع السابق، ص 87.

كما أن قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 18-11 تناول حالة الضرورة في المادة 413 منه التي تنص على: " باستثناء الضرورة الطبية المبررة، يعاقب طبقاً لأحكام المواد 288 و 289 و 442 (فقرة 2) من قانون العقوبات، كل مهني الصحة، عن كل تقصير أو خطأ مهني تم إثباته، يرتكبه خلال ممارسته مهامه أو بمناسبة القيام بها ويلحق ضرراً بالسلامة البدنية لأحد الأشخاص أو بصحته أو يحدث له عجزاً مستديماً أو يعرض حياته للخطر أو يتسبب في وفاته"¹، والمادة 21 فقرة 4 بنصها على أنه " ولا يمكن أن تتعرض السلامة الجسدية للشخص لأي مساس إلا في حالة الضرورة الطبية المثبتة قانوناً وحسب الأحكام المنصوص عليها في هذا القانون" .

كما أشار إلى هذه الحالة كذلك المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب في مادته التاسعة التي توجب بتقديم الإسعافات الضرورية للمريض المهتدد بخطر وشيك.²

2- الطبيعة القانونية لحالة الضرورة:

لقد اختلف الفقهاء في تحديد الطبيعة القانونية لحالة الضرورة، فمنهم من يرى أنها مانع من موانع المسؤولية الجزائية ومنهم من يرى أنها سبب من أسباب الإباحة وسنتطرق لكلا الرأيين مع تبيان موقف المشرع الجزائري.

2-1- حالة الضرورة كسبب مانع للمسؤولية الجزائية:

ويقصد بها الحالة التي يوضع بها الشخص الجاني في ظروف استثنائية فيندفع بطريقة عفوية وتلقائية إلى ارتكاب سلوك إيجابي يجرمه القانون وذلك درءاً لخطر جسيم يهدده خاضعاً لغريزة البقاء، فعليه الإعفاء من المسؤولية في حالة الضرورة هنا قائمة على

¹ -المادة 413 من القانون رقم 18-11، المؤرخ في 2 يوليو، يتعلق بالصحة، ج ر، العدد 46، الصادر بتاريخ 29 يوليو 2018.

² -مرسوم تنفيذي رقم 92-276، المؤرخ في 06 جويلية 1992، المتضمن مدونة أخلاقيات مهنة الطب، ج ر، العدد 52، الصادر في 08 يوليو 1992.

شخص الجاني على اعتبار أنها أثرت في إرادته إلى الحد الذي أفقدته أو كادت تفقده اختياره، ففي هذه الحالة تضيق قدرة الشخص على الاختيار والتفكير الهادئ بصورة كاملة يعني أن إرادة الشخص لا تتمتع بالحرية الكاملة في الاختيار.¹

2-2- حالة الضرورة كسبب من أسباب الإباحة:

وهي الحالة التي تحيط بالفرد و تنذر بخطر جسيم تلحق بنفسه أو ماله أو نفس أو مال غيره من الأفراد ولا سبيل إلى الخلاص منها إلا عن طريق التضحية بمصلحة أقل منها أهمية أو متعادلة معها ويبدو أن أساس حالة الضرورة أساس موضوعي وهي هذه الحالة قد يكون في استطاعة الفرد لو أراد أن يحجم عن إتيان السلوك المادي المجرم دون أن يصيبه ضرر، تاركا حدوث النتيجة الجسيمة مما يتعذر القول بأن حالة الضرورة قد أثرت في إرادته بحيث تمتع مسؤوليته، ففي هذه الحالة لم يقترف الفرد الفعل نتيجة التأثير في الإرادة بل تصرف مختارا وفقا لمبدأ التوازن بين المصالح لإنقاذ الحق الأجدر بالرعاية مثل التضحية بالجنين من اجل إنقاذ الأم.²

2-3- موقف المشرع الجزائري من الطبيعة القانونية لحالة الضرورة:

إن أسباب الإباحة إذا توفرت عناصرها تخرج الفعل من دائرة التجريم إلى دائرة الإباحة فيصبح هذا الفعل مباحا عكس حالة الضرورة التي يبقى فيها الفعل محتفظا بصفته الجرمية وكل ما في الأمر أن العقوبة لا تقع على مرتكب الجريمة، وانطلاقا من نص المادة 48 من قانون العقوبات الجزائري التي تنص على أنه " لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب الجريمة قوة لا قبل له بدفعها"³، كما نص في المادة 308 من قانون

¹ - قسوري فهيمة، حالة الضرورة في عمليات نقل وزراعة الأعضاء البشرية(دراسة مقارنة بين الشريعة وقانون الصحة الجزائري الجديد)، مجلة دراسات وأبحاث، جامعة زيان عاشور الجلفة، بالتنسيق العلمي مع مركز ابن خلدون للدراسات والأبحاث الأردن، الجزائر، مجلد 11، عدد 7، 2019، ص 250.

² - المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

العقوبات الجزائية على أنه "لا عقوبة على الإجهاض إذا استوجبت ضرورة إنقاذ حياة الأم من الخطر متى أجراه طبيب أو جراح في غير خفاء وبعد إبلاغه السلطة الإدارية"، يتبين لنا أن المشرع الجزائري استخدم لفظ "عقوبة" وهو ما يدل على أن الفعل مازال محتفظاً بصفته الجرمية ورغم ذلك لا يعاقب مرتكب الفعل المجرم لأنه بصدد حالة الضرورة، أي أن حالة الضرورة مانع من موانع المسؤولية الجزائية وليست سببا من أسباب الإباحة.

3- شروط حالة الضرورة

تنقسم الشروط إلى شروط تتعلق بالخطر وشروط تتعلق بتقدير الخطر وشروط تتعلق بالعمل المرتكب.

3-1- الشروط التي تتعلق بالخطر:

يعني هذا الشرط أنه لا يمكن القول بتحقق حالة الضرورة بوجود أي خطر في أي صورة، بل لابد من تحقق شروط ومواصفات معينة في ذلك الخطر هي كالاتي:

3-1-1- أن يكون الخطر حقيقيا:

لا يكفي الخطر المحتمل أو المفترض بل يجب أن يكون الخطر حقيقياً حيث استقر قضاء محكمة النقض الفرنسية على أن يكون الخطر الذي يتعرض له الشخص حالاً ومستمراً وذا طبيعة تُوجب ضرورة التدخل في الحال.¹

3-1-2- أن يكون الخطر جسيما:

فالخطر الجسيم هو الذي من شأنه أن يحدث ضرراً لا يمكن جبره، أو لا يجبر إلا بتضحيات كبيرة، ومن الفقهاء من يعرف الخطر الجسيم بأنه: الخطر الذي يثير لدى الإنسان الخشية من انهيار كيانه سواءً أكان هذا الكيان مادياً أو أدبياً.²

¹ - حمو حسينة، المرجع السابق، ص 103.

² - حباس عبد القادر، حالة الضرورة وتأثيرها على المسؤولية الجنائية في جريمة القتل، مجلة الواحات للدراسات والبحوث، جامعة غرداية، الجزائر، العدد 20، 2020، ص 310.

3-1-3- أن يكون الخطر مهدداً للنفس أو المال أو نفس الغير أو ماله:

يرى البعض أن لفظ "النفس" إنما يعني مجموعة الحقوق المتصلة بالنفس، أي اللصيقة بالشخص، وهي التي لا تدخل في دائرة التعامل، وتشمل الحقوق في الحياة، وسلامة الجسم، والحرية، والعرض، والشرف، والاعتبار، إلا أن هناك من يعترض على هذا التخصيص في سرد الحقوق الشخصية، ذلك أن لفظ القانون جاء عاماً ومرسلاً دون أن يلحقه قيد.¹

3-1-4- أن يكون الخطر حالاً:

يشترط أن يكون الخطر حالاً، أي أن يحدث بالشخص خطر حقيقي ووشيك الوقوع، يقتضي ضرورة التدخل العاجل ولا يحتمل التأخير.²

3-1-5- أن لا يكون لإرادة الفاعل دخل في حدوث الخطر:

يقصد بهذا الشرط أن إرادة الفاعل لم يكن لها دخل في نشوء الخطر الحال الذي دفعه إلى ارتكاب جريمة الضرورة، فالاضطرار يفترض المفاجأة، ولا تتحقق المفاجأة إلا إذا توافر أمرين: الأول، عدم العلم المسبق بالخطر، وثانياً عدم اتجاه الإرادة إليه، وهذه المفاجأة هي التي تؤثر في حرية الاختيار لأنها لا تترك لدى المضطر فسحة من الوقت يتدبر فيها أمره في سبيل الخلاص من الخطر الحال، ويتولد عنها "الاضطرار" الذي يدفع إلى ارتكاب جريمة الضرورة.³

3-2- الشروط التي تتعلق بتقدير الخطر:

يخضع تقدير الخطر ووجود حالة الاستعجال التي تتطلب التدخل السريع للسلطة التقديرية للطبيب وحده، تحت رقابة ضميره المهني وقواعد مهنة الطب، وبالتالي في هذه

¹ - حباس عبد القادر، المرجع السابق، الصفحة نفسها.

² - حمو حسينة، المرجع السابق، ص 101.

³ - ولاء حماد ومصطفى عبد الباقي، المرجع السابق، ص 536.

الحالة فإنّ الالتزام بالتدخل وتقديم المساعدة يصبح واجباً، إذا ما بدا ظاهرياً للطبيب بأنّ الخطر وشيك.

غير أنّه إذا كان تقدير وجود الخطر على المريض الذي يحتاج إلى المساعدة مسألة يقدرها الطبيب الممتنع، فإنّ لمحكمة الموضوع سلطة في رقابة ملائمة مدى وجود الخطر عليه، و تمارس هذه السلطة باعتبارها مسألة واقعية وموضوعية يترك أمر.تحديدها لتقدير المحكمة، وتطبيقاً لذلك فُضي في فرنسا بإدانة طبيب رفض تقديم المساعدة لمريض متذرّعاً بأنّ مرضه غير خطير، ومن دون أن يكون هناك خطر على الطبيب من إنقاذه.¹

3-3- الشروط التي تتعلق بالعمل المرتكب:

فعل الضرورة هو الفعل الذي يرتكبه الشخص لوقاية نفسه أو غيره من خطر جسيم على وشك الوقوع ويشترط في هذا الفعل:

- أن يكون من شأنه التخلص من الخطر بارتكابه الجريمة وليس كطريقة للانتقام من شخص بحجة توافر حالة الضرورة أو لطمس معالم جريمة قامت من فعله.²
- أن يكون هو الوسيلة الوحيدة للتخلص من الخطر وبقدر حالة الضرورة فإن كان المضطر بوسعه الاستعانة بوسيلة أخرى لتفادي الخطر فلا يعفى من المسؤولية في حال إتيانه لتلك الجريمة بحجة حالة الضرورة كما يسأل إذا لجأ إلى جريمة أشد وترك الأخرى منها لتفادي. هذا الخطر.

¹ - حمو حسينة، المرجع السابق، ص 105.

² - كشيده الطاهر، المرجع السابق، ص 89.

- أن يكون بحسن نية لإبعاد الخطر فإذا انحرف عن هذا الهدف اعتبر جريمة ويعاقب عليها كالطبيب الذي يستخدم أسلوباً في علاج حالة طارئة ولكن بهدف تجريب مدى نجاعة هذا الأسلوب.¹

ثانياً: القوة القاهرة

سنتطرق في هذا العنصر إلى تعريف القوة القاهرة بداية ثم إلى تبيان شروط القوة القاهرة.

1- تعريف القوة القاهرة

هي الواقعة التي يتعذر على الفرد دفعها أو يمنع أثرها، لا تكون متوقعة عادة، ويمكن إسناد الضرر الحاصل للغير إليها.²

و على هذا الأساس إذا دفع المسؤول سواء الطبيب أو مؤسسة الصحة العمومية بالقوة القاهرة أو الحادث المفاجئ وثبت للمحكمة صحة دفعه بأن كان ذلك هو السبب الوحيد في وقوع الضرر، تنعدم في هذه الحالة علاقة السببية وتنتفي معها مسؤولية الطبيب أو مؤسسة الصحة العامة.³

2- شروط القوة القاهرة:

تتمثل شروط القوة القاهرة في أن تكون غير ممكنة التوقع بالإضافة إلى استحالة دفعها كما سيتم التطرق إليه تالياً:

2-1- أن تكون غير ممكنة التوقع:

فيجب أن تكون القوة القاهرة غير متوقعة، وإذا أمكن توقع الحادث فلا يعتبر كقوة قاهرة أو حادث مفاجئ، وعدم إمكانية التوقع يجب أن تكون حتى من جانب أشد الناس حيطة وفطنة، كما أن عدم القدرة على التوقع لا يتصور فقط في الحوادث التي لم تقع

¹- كشيدة الطاهر، المرجع السابق، ص 90.

²- عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 124.

³- المرجع نفسه، ص 125.

مسبقاً، بل حتى في الحوادث الواقعة مسبقاً غير أنه لا يعرف متى قد تقع مرة أخرى، والمعيار المعمول به هنا هو المعيار الموضوعي.¹

وهنا يرجع للقضاء تقدير ما إذا كانت هذه القوة بإمكان الجاني توقعها أم لا، وقد كان القضاء في فرنسا متشدداً في هذا الشرط، حيث قضي في أكثر من حكم بعدم توافر شرط عدم التوقع في بعض الحالات، فمسألة تقدير إمكانية توقع القوة القاهرة مسألة موضوعية تعود لمحكمة الموضوع.²

ومن الأمور التي لا يمكن توقعها الكوارث الطبيعية والأزمات الاقتصادية تتمثل أساساً في الزلازل أو الفيضانات، إضافة إلى الحرائق أو الحروب المباغته، حيث يترتب عنها عدة آثار سلبية، كندرة الأدوية أو تعطل بعض الأجهزة خاصة تلك المستعملة في قاعات الجراحة، الأمر الذي يصعب من مهمة الطبيب في معالجة مرضاه، ويجعل عمله لا يجدي نفعاً في مثل هذه الأوضاع التي لا يمكن توقعها ويستحيل دفعها من قبل حتى الطبيب اليقظ المتبصر.³

وقد ذهبت في هذا الصدد محكمة النقض المصرية في الطعن رقم 44/773 في جلستها المؤرخة في 03 جانفي 1987 بأنه: « يشترط وعلى ما جرى به قضاء هذه المحكمة لاعتبار الحادث قوة القاهرة عدم إمكان توقعه واستحالة دفعه، فإذا تخلف أحد هذين الشرطين انتفت عن الحادث صفة القوة القاهرة».⁴

¹ - عمار فيصل، تطبيق القوة القاهرة على النقل البحري كحالة من حالات إعفاء الناقل البحري من المسؤولية، المجلة الجزائرية للقانون البحري أو النقل، مخبر القانون البحري والنقل، جامعة ابي بكر بلقايد، الجزائر، العدد 7، 2018، صفحة 272.

² - بوسماحة أمينة، المرجع السابق، ص 159.

³ - عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 125.

⁴ - بوسماحة أمينة، المرجع السابق، ص 159.

2-2- استحالة الدفع:

ليس من العدل قبول دفع المسؤول بالقوة القاهرة إذا كان في استطاعته دفعها، والعكس إذا كان بإمكانه دفعها تبقى المسؤولية قائمة لعدم انتفاء العلاقة السببية بين الخطأ والنتيجة بل الأمر لا يقف عند هذا الحد فيشترط أن تكون القوة القاهرة من شأنها أن تجعل تفادي النتيجة أمراً مستحيلاً، استحالة تلحق بكل من هو في موقف هذا المسؤول وتؤدي إلى حدوث نفس النتيجة حتى ولو كان طبيب على درجة كبيرة من الخبرة فلا يمكنه تخطي هذا العائق.¹

بتوافر هذين الشرطين المتمثلين في عدم إمكانية الدفع والتوقع تنتفي الرابطة السببية وبالتالي انتفاء مسؤولية الطبيب الجنائية.

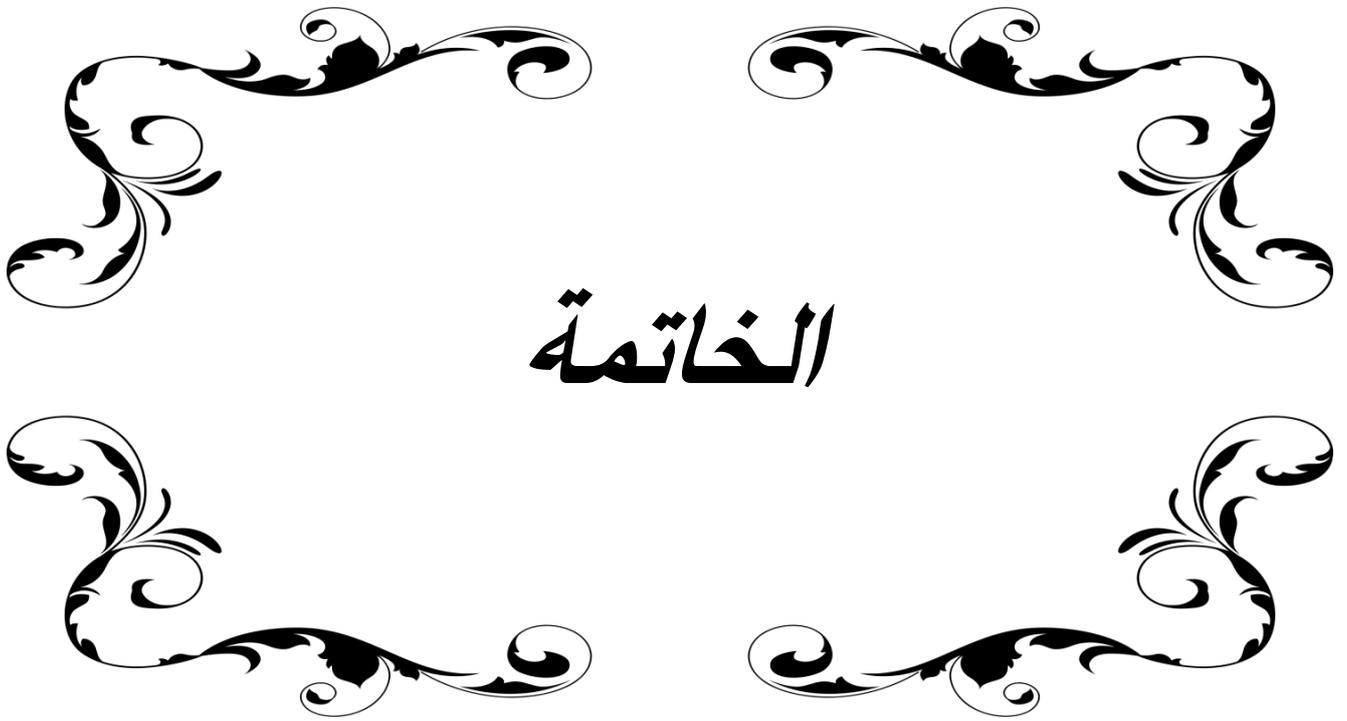
¹ -كشيدة الطاهر، المرجع السابق، ص 90.

خلاصة الفصل:

يستخلص من هذا الفصل أنه يجب على الطبيب الحرص على تقديم الرعاية الصحية بأعلى مستويات الجودة والالتزام بالإجراءات الطبية اللازمة لتنفيذ عمليات الإنعاش الصناعي بشكل صحيح و إلا ترتبت مسؤوليته الجزائية.

وتشمل صور المسائلة الجزائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي امتناع الطبيب عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي، والذي يكيف على أساس جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، أما الصورة الثانية فتتمثل في رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والتي تشمل: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي نتيجة الخطأ في تشخيص حالة الوفاة، رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل بدافع الشفقة، رفع أجهزة الإنعاش الصناعي وجريمة المساعدة على الانتحار، وأخيراً رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل العمد.

وفي هذا الصدد تمتع مساءلة الطبيب جزائياً عن عمليات الإنعاش الصناعي إذا توفر مانع من موانع المسؤولية الجزائية، وتتمثل هذه الموانع في: خطأ المريض أو خطأ الغير، حالة الضرورة، القوة القاهرة.



الخاتمة

ختاما لما سبق يمكن القول أن مسؤولية الطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي هي مسؤولية كبيرة تتطلب من الطبيب القيام بدوره المهني على أكمل وجه، وذلك يتضمن الاهتمام بتقييم حالة المريض واتخاذ القرار المناسب بشأن إجراءات الإنعاش اللازمة، والالتزام بالمعايير الطبية والقانونية اللازمة للحفاظ على سلامة المريض وأي إخلال بالتزامات الطبيب خلال عمليات الإنعاش الصناعي يرتب مسؤوليته الجزائية.

ومن المهم الإشارة إلى إن المسؤولية الجزائية للطبيب في هذه الحالة لا تقتصر فقط على الخطأ الطبي الواضح، وإنما تشمل أيضا عدم القيام بالإجراءات الطبية المناسبة التي تتطلبها حالة المريض كالامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي ورفع أجهزة الإنعاش الصناعي قبل التحقق من حالة المريض.

وفي هذا الصدد يمكن عرض أهم النتائج المتوصل إليها ونتبعها بجملة من الاقتراحات والتوصيات:

حيث تتمثل أهم النتائج المتوصل إليها في:

- تمثل المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي بعدا جديدا للمسؤولية الجزائية المترتبة عن استخدام الأدوات والأجهزة الطبية لما تلعبه هذه الأجهزة من دور فعال في الحفاظ على حياة المريض.
- يشكل التحقق من حالة الوفاة وإعلانها قبل سحب أجهزة الإنعاش الصناعي ضمانات قانونية تحمي الطبيب من مساءلته جزائيا.
- قيام المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي من عدمها يعتمد على مدى التزامه بالمعايير الطبية القياسية في الإنعاش الصناعي.
- للمسائلة الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي صورتين تتمثلان في المسؤولية الجزائية الناتجة عن الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي والمسؤولية الجزائية الناتجة عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي.

- تمتنع مسؤولية الطبيب الجزائرية عن عمليات الإنعاش الصناعي في حالات: خطأ المريض، خطأ الغير، حالة الضرورة، القوة القاهرة.
- لم يقر المشرع الجزائري أحكاما خاصة لمسؤولية الطبيب الجزائرية عن عمليات الإنعاش الصناعي، بل إن مسؤوليته الجزائرية في هذا الصدد تم استنباطها من الأحكام العامة المتعلقة بالقتل الخطأ، القتل العمد، المساعدة على الانتحار، الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر.
- وبناء على دراسة موضوع المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي يمكن تقديم بعض من التوصيات والاقتراحات كما يلي:
- ضرورة استحداث قوانين تعالج مسألة المسؤولية الجزائرية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي
- فرض عقوبات مشددة على الأطباء والممارسين الصحيين الذين يتسببون في أخطاء طبية خطيرة خلال عمليات الإنعاش الصناعي، وذلك لتحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء الطبية والإهمال الطبي.
- توفير آليات قانونية لتسهيل عمليات الإبلاغ عن الأخطاء الطبية والإخلال بالالتزامات خلال عمليات الإنعاش الصناعي.



قائمة المصادر و المراجع



I- قائمة المصادر:

أولاً: المعاجم والقواميس

1- إبن منظور، لسان العرب، مادة نعش، دون طبعة، الجزء 14، دار الكتب العلمية، بيروت-لبنان-، 1997.

2- أبي الحسين أحمد بن فارس بن زكريا، مقاييس اللغة، مادة صنع، دون طبعة، الجزء الثالث، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، دون بلد نشر، 1979.

ثانياً: النصوص القانونية

1- النصوص التشريعية

1-1- القوانين:

- قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق ل 2 يوليو سنة 2018، المتعلق بالصحة، ج.ر عدد 49 الصادر في 29 يوليو 2018.

1-2- الأوامر:

- أمر رقم 66-156 المؤرخ في 18 صفر عام 1386 الموافق ل 8 جوان سنة 1966، المتضمن قانون العقوبات ، ج ر عدد 49 الصادر في 21 صفر 1386 الموافق ل 11 جوان 1966 المعدل والمتمم.

ثانياً: النصوص التنظيمية

1- المراسيم:

- المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 5 محرم 1413 الموافق ل 6 يوليو 1992 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ج ر عدد 52 الصادر في 08 يوليو 1992

- مرسوم التنفيذي رقم 22-178 المؤرخ في 27 رمضان عام 1443 الموافق ل 28 أبريل سنة 2022، يتعلق بالشهادة الطبية للوفاة، ج ر عدد 32 الصادر في 14 مايو 2022.

2-القرارات :

- القرار الوزاري رقم 34 المؤرخ في 19 نوفمبر من سنة 2002 يتعلق بالمعايير التي يجب اعتمادها عند تقرير حالة الوفاة.

II-قائمة المراجع:

أولاً: الكتب

- 1- أسامة السيد عبد السميع، نقل وزراعة الأعضاء البشرية بين الحظر و الإباحة-دراسة فقهية مقارنة-، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2006.
- 2- إبراهيم صادق الجندي،الموت الدماغي، الطبعة الأولى، مركز الدراسات و البحوث، الرياض، 2001.
- 3- أمير فرج يوسف، خطأ الطبيب من الناحية الجنائية و المدنية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2007.
- 4- أسامة إبراهيم علي التايه، مسؤولية الطبيب الجنائية في الشريعة الإسلامية، الطبعة الأولى، دار البيارق، بيروت-لبنان-، 1999.
- 5- هشام محمد مجاهد القاضي، الإمتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي-دراسة مقارنة-، دار الفكر الجامعي، مصر، 2007.
- 6- هشام عبد الحميد فرج، الأخطاء الطبية،دون طبعة، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة-مصر-، 2007.
- 7- طاهري حسين، الخطأ الطبي و الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة-دراسة مقارنة-، دار هومة، الجزائر، دون سنة نشر.

- 8- محمود أحمد طه، المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، دون طبعة، مركز الدراسات والبحوث، الرياض-السعودية-، 2001.
- 9- مروك نصر الدين، نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن و الشريعة الإسلامية، الجزء الأول، دون طبعة، دار هومة، الجزائر، 2003.
- 10- منذر الفضل، المسؤولية الطبية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012.
- 11- مهند صلاح أحمد فتحي العزة، الحماية الجنائية للجسم البشري في ظل الإتجاهات الطبية الحديثة، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر، 2002.
- 12- ميرفت منصور حسن، التجارب الطبية و العلمية في ضوء حرمة الكيان الجسدي-دراسة مقارنة- دون طبعة-، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2013.
- 13- مرعي منصور عبد الرحيم بدر، الجوانب الجنائية للتجارب العلمية على جسم الإنسان، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية-مصر-، 2011.
- 14- ماجد محمد لافي، المسؤولية الجزائية الناشئة عن الخطأ الطبي-دراسة مقارنة-، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الأردن، 2012.
- 15- سميرة عايد ديات، عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية بين القانون و الشرع، دون طبعة، منشورات الحلبي الحقوقية، دون بلد نشر، دون سنة نشر، صفحة 246.
- 16- سعدي حيدرة، الجرائم ضد الأشخاص و الأموال-القسم الخاص بين النص و الواقع، ألفا لوثائق للنشر و التوزيع، دون بلد نشر، 2021.

- 17- علي محمد بيومي، أضواء على نقل وزراعة الأعضاء، دون طبعة، دار الكتاب الحديث، دون بلد نشر، دون سنة نشر.
- 18- علي عصام غصن، الخطأ الطبي، منشورات زين الحقوقية، دون بلد نشر، 2006
- 19- فوزية عبد الستار، شرح قانون العقوبات-القسم العام-، دار النهضة العربية، القاهرة-مصر-، 1987.
- 20- صفوان محمد شديفات، المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، 2011.
- 21- صفاء حسن العجيلي، الأهمية الجنائية لتحديد لحظة الوفاة-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن، 2011.
- 22- خليل سعيد إعبيه، مسؤولية الطبيب الجنائية وإثباتها-دراسة مقارنة-، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان-الأردن-، 2017.
- ثانياً: الأطروحات والمذكرات الجامعية**
- 1- بن عشي حسين، جرائم الإمتناع في الفانون الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم في العلوم القانونية، تخصص قانون جنائي، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة باتنة 1، 2015/2016.
- 2- حمو حسينة، المسؤولية الجنائية للطبيب الممتنع، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم، تخصص القانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو-الجزائر، 2023.
- 3- كشيدة الطاهر، المسؤولية الجنائية للطبيب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الطبي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010/2011.

- 4- ساري خالد عبده صالح، المسؤولية الجنائية للطبيب عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغيا "دراسة مقارنة"، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في القانون، كلية القانون، جامعة النيلين،السودان، 2018.
- 5- عبد الملك بن حمد الفارس، جريمة الإنتحار و الشروع فيه بين الشريعة والقانون وتطبيقاتها في مدينة الرياض، بحث مقدم إستكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العدالة الجنائية، تخصص التشريع الجنائي الإسلامي، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2004.
- 6- فاطمة مناعي، موت الدماغ و اثاره-دراسة فقهية طبية-، أطروحة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاسلامية، تخصص فقه الأصول، كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر، 2020/2019.

ثالثا: المقالات العلمية:

- 1- أحمد عبد الحكيم شهاب و بسمة محمد يوسف هنية، المسؤولية الجنائية للطبيب عن الخطأ الطبي، مجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، معهد الحقوق والعلوم السياسية، المركز الجامعي بأفلو، المجلد 05، العدد 01، 2021.
- 2- بوسماحة أمينة، إنعدام رابطة السببية في جرمي القتل والجرح الخطأ في المجال الطبي، مجلة البحوث القانونية والسياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة د.الطاهر مولاي، الجزائر، العدد الرابع، 2021.
- 3- ولاء حماد ومصطفى عبد الباقي، موانع المسؤولية الجزائية وفقا لقانون العقوبات الأردني الساري في الضفة الغربية ومشروع قانون العقوبات الفلسطيني، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، كلية الحقوق و الادارة العامة، جامعة بيرزيت، فلسطين، المجلد 31، العدد 4، 2017.

- 4- زهرة بن عبد القادر و فغور رابح، الخطأ الطبي بين الشريعة الاسلامية والقانون، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عباس الغور خنشلة، الجزء 02، العدد 08، 2017.
- 5- زهدور أشواق، المسؤولية الجزائية للطبيب في مجال الجراحة العامة، مجلة البحوث في الحقوق والعلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابن خلدون بتيارت، الجزائر، العدد 02، 2015.
- 6- حمايدي نسرين، الإنعاش الصناعي بين الشريعة و القانون، مجلة البحوث و الدراسات القانونية و السياسية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة البليدة-2، الجزائر، العدد الثاني عشر، دون سنة نشر.
- 7- حبيبة شهرة ووهيبة بوصبيح العايش، أثر الاهمال الطبي في نشوء الجريمة الطبية- قسم الولادة بالمستشفيات الجزائرية نموذجاً-، مجلة الشهاب، معهد العلوم الاسلامية بجامعة الوادي، الجزائر، المجلد 07، العدد 03، 2021.
- 8- حباس عبد القادر، حالة الضرورة وتأثيرها على المسؤولية الجنائية في جريمة القتل، مجلة الواحات للدراسات والبحوث، جامعة غرداية، الجزائر، العدد 20، 2020.
- 9- مازن مصباح صباح و أمجد درويش أبو موسى، أثر قاعدة الضرر يزال على التداوي بأجهزة الإنعاش، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات، جامعة الأزهر، فلسطين، العدد الخامس و الثلاثون، 2015.
- 10- ماروك نصر الدين، الإنعاش الصناعي و المسؤولية الطبية، مجلة كلية أصول الدين، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، الجزائر، العدد الأول، 1999.
- 11- ميرة وليد، تحديد زمن الوفاة وأثره على الحقوق في ظل المستجدات الطبية، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية و السياسية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر، المجلد 06، العدد 02، 2021.

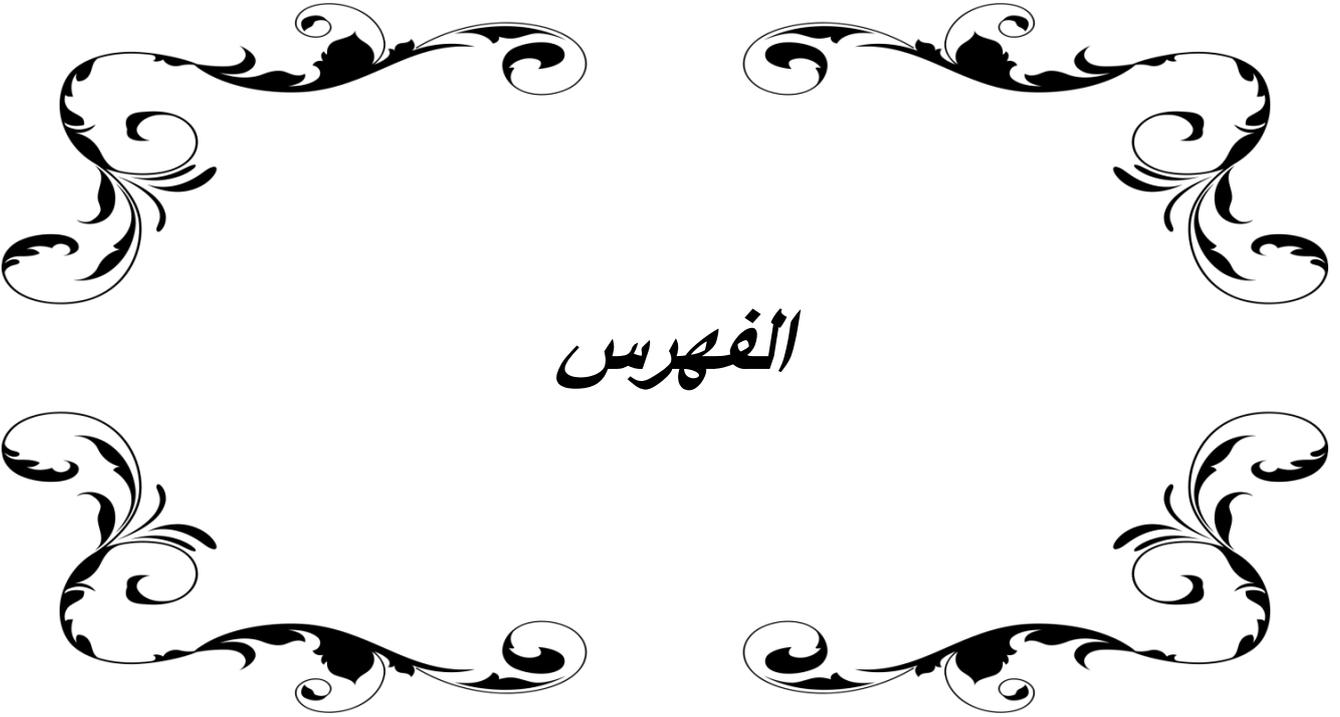
- 12- مراحي ريم و جبيري ياسين، نقل الأعضاء من الموتى بين تحقق حالة الوفاة و الإنعاش الصناعي بين الفقه الإسلامي و القانون الوضعي، مجلة المعيار، كلية أصول الدين، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة-الجزائر-، المجلد 26، العدد 03، 2022.
- 13- سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، مجلة الإجتهد للدراسات القانونية و الإقتصادية، معهد الحقوق والعلوم السياسية بالمركز الجامعي تمنراست، العدد 07، 2015.
- 14- عمار فيصل، تطبيق القوة القاهرة على النقل البحري كحالة من حالات إعفاء الناقل البحري من المسؤولية، المجلة الجزائرية للقانون البحري أو النقل، مخبر القانون البحري والنقل، جامعة أبي بكر بلقايد، الجزائر، العدد 7، 2018.
- 15- قراني مفيدة، المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي، مجلة العلوم الإنسانية، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة 1، الجزائر، المجلد 33، العدد 1، 2022.
- 16- قند سعاد، جريمة الإمتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر وتطبيقاتها في المجال الطبي، مجلة الإجتهد القضائي، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر، الجزائر، المجلد 12، العدد 01، 2020.
- 17- قسوري فهيمة، حالة الضرورة في عمليات نقل وزراعة الأعضاء البشرية(دراسة مقارنة بين الشريعة وقانون الصحة الجزائري الجديد)، مجلة دراسات وأبحاث، جامعة زيان عاشور الجلفة، بالتنسيق العلمي مع مركز ابن خلدون للدراسات والأبحاث الأردن، الجزائر، مجلد 11، عدد 7، 2019.
- 18- رحيمة لدغش، الموت الدماغي و الانعاش الصناعي، مجلة العلوم القانونية و السياسية، جامعة زيان عاشور الجلفة، الجزائر، العدد 01، 2019.

19- رابح لالو، القتل بدافع الشفقة بين التجريم و الإباحة، مجلة صوت القانون، مخبر نظام الحالة المدنية، جامعة خميس مليانة، الجزائر، 2022، المجلد الثامن، العدد 02، 2022.

رابعاً: الملتقيات

1- دعاس حميدة و بوقطوشة وردة، مشكلة تحديد لحظة الوفاة وعلاقتها بالموت الدماغي، ورقة بحثية ضمن فعاليات الملتقى الدولي الأول، المعنون ب "جسم الإنسان بين الضرورة الطبية و الضوابط الشرعية و القانونية، المنعقد في كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد لمين دباغين، الجزائر، 2017.

الفهرس



الصفحة	المحتوى
I	البسملة
II	شكر وعرافان
III	الإهداء
IV	قائمة المختصرات
1	مقدمة
7	الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لعمليات الإنعاش الصناعي
8	المبحث الأول: مفهوم الإنعاش الصناعي
8	المطلب الأول: تعريف الإنعاش الصناعي
8	الفرع الأول: تعريف الإنعاش الصناعي لغة
9	الفرع الثاني: تعريف الإنعاش الصناعي اصطلاحا
11	المطلب الثاني: ضرورة الإنعاش الصناعي
11	الفرع الأول: وسائل الإنعاش الصناعي ودورها في إنقاذ المريض
16	الفرع الثاني: الحالات التي يتوجب فيها المعالجة بالإنعاش الصناعي
18	المبحث الثاني: الضوابط القانونية للإنعاش الصناعي وضمانات إيقافه
18	المطلب الأول: الضوابط القانونية للإنعاش الصناعي
18	الفرع الأول: حالة وجود الشخص في غيبوبة عميقة:
21	الفرع الثاني: حالة الوفاة
30	المطلب الثاني: ضمانات إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي
30	الفرع الأول: التأكد من وفاة المريض
31	الفرع الثاني: إعلان الوفاة
33	خلاصة الفصل
35	الفصل الثاني: أحكام المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي
36	المبحث الأول: صور المساءلة الجزائية للطبيب في حالة الإنعاش

	الصناعي
36	المطلب الأول: المسؤولية الجزائية الناشئة عن الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي
37	الفرع الأول: تعريف جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر
37	الفرع الثاني: أركان جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر
41	الفرع الثالث: عقوبة جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر
42	المطلب الثاني: المسؤولية الجزائية الناشئة عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي
42	الفرع الأول: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي نتيجة الخطأ في تشخيص حالة الوفاة
46	الفرع الثاني: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي و القتل بدافع الشفقة
50	الفرع الثالث: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي وجريمة المساعدة على الانتحار
52	الفرع الرابع: رفع أجهزة الإنعاش الصناعي والقتل العمد
55	المبحث الثاني: امتناع المساءلة الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي
55	المطلب الأول: مفهوم موانع المسؤولية الجزائية وتبيان خصائصها
55	الفرع الأول: تعريف موانع المسؤولية الجزائية
56	الفرع الثاني: خصائص موانع المسؤولية الجزائية
57	الفرع الثالث: علاقة السببية كأساس لامتناع المسؤولية الجنائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي
57	المطلب الثاني: حالات امتناع المسؤولية الجزائية للطبيب عن عمليات الإنعاش الصناعي

58	الفرع الأول: خطأ المريض أو خطأ الغير
61	الفرع الثاني: حالة الضرورة والقوة القاهرة
70	خلاصة الفصل
72	الخاتمة
75	قائمة المصادر و المراجع
84	الفهرس

ملخص الدراسة:

شهد التطور العلمي في مجال الطب استحداث أجهزة الإنعاش الصناعي التي لعبت دورا كبيرا في إنقاذ حياة المرضى كونها تقوم بديلا عن بعض الأعضاء الحيوية، وفي هذا الصدد يرتب إخلال الطبيب بالتزاماته المهنية أثناء القيام بعمليات الإنعاش الصناعي مسؤوليته جزائيا سواء امتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو قام برفعها قبل التحقق من وفاة المريض، ويشكل خطأ المريض أو الغير، حالة الضرورة، القوة القاهرة، حالات تمتنع فيها مساءلة الطبيب جزائيا عن عمليات الإنعاش الصناعي.

Note summary :

The scientific development in the field of medicine has seen the development of industrial resuscitation devices that have played a great role in saving patients lives as they operate instead of some vital organs, in the regard the doctor's breach of his professional obligation during industrial resuscitation operations entail his criminal responsibility whether he refrains from installing industrial resuscitators or lifts them before verifying the patient's death, the mistake of the patient or others, state of necessity, force majeure, constitutes cases in which the doctor's accountability for industrial resuscitation is refrained.