

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة جيلالي ليابس / سيدي بلعباس



كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم: الحقوق

المسؤولية الجزائية للممرّض

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم

تخصص: قانون عام - فرع: قانون وصحة

إعداد الطالب:

- تابري مختار

إشراف الأستاذ:

- أ.د بودالي محمد

أعضاء لجنة المناقشة

- | | | | |
|--------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| رئيسا | جامعة سيدي بلعباس | أستاذ محاضر - أ- | د. تيزي عبد القادر |
| مشرفا ومقررا | جامعة سيدي بلعباس | أستاذ التعليم العالي | أ.د بودالي محمد |
| عضوا مناقشا | جامعة بشار | أستاذ محاضر - أ- | د. بورويس لعيرج |
| عضوا مناقشا | جامعة خنشلة | أستاذ محاضر - أ- | د. بن سعيد عمر |
| عضوا مناقشا | جامعة سعيّدة | أستاذ محاضر - أ- | د. مغربي قويدر |

السنة الجامعية: 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر

شكر خاص إلى الأستاذ الدكتور المشرف على البحث "بودالي محمد"،
الذي ساعدني ولم يبخل عليّ بنصائحه القيّمة وتوجيهاته السديدة.
ولا يفوتني أن أشكر أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة الأطروحة.
كما أشكر كل من ساعدني على إتمام هذا العمل.

...

.

.

.

قائمة المختصرات

باللغة العربية

ب.ت.ط: بدون تاريخ الطبع.

ب.م.ط: بدون مكان الطبع.

ج.ر: الجريدة الرسمية .

ج: الجزء.

ص.ص: من الصفحة إلى الصفحة.

ص: صفحة.

ط: طبعة.

ع: العدد.

ق.إ.م.إ: قانون الإجراءات المدنية والإدارية.

ق.ص.ت: قانون حماية الصحة وترقيتها.

ق.ص.ج: قانون الصحة العمومية الجزائري.

ق.ع: قانون العقوبات.

ق.إ.ج.ج: قانون الإجراءات الجزائية الجزائري.

ق.م.ج: القانون المدني الجزائري.

ق.م.ف: القانون المدني الفرنسي.

م.أ.ط: مدونة أخلاقيات الطب.

م.ت: مرسوم تنفيذي.

م.ق: المجلة القضائية.

باللغة الفرنسية

AFAR: Annales Français d'Anesthésie et de Réanimation.

al: alinéa.

art: article.

Cass.civ: Arrêt rendu par la chambre civile de la Cour de Cassation.

Cass.crim: Arrêt rendu par la chambre criminelle de la Cour de Cassation.

Cass.social: Arrêt rendu par la chambre sociale de la Cour de Cassation.

CE: Conseil d'Etat.

CE, Ass: Conseil d'Etat, Assemblée plénière.

Coll: Collection.

Con, méd.: Revue "Le Concours Médical".

CSP: Code de la Santé Publique.

Dir: sous la direction de.

et al: Du latin *Et alii* Signifiant: et les autres auteurs.

Ibid: adverbe du lation Ibidem: au même endroit, référence précédente.

Idem: référence utilisée dans la note précédente figurant sur la page antécédente.

J.O.R.F: Journal Officiel de la République Française.

L.G.D.J: Librairie générale de Droit et de Jurisprudence.

n°: numéro.

N°s : numéros.

O.P.U: Office des Publications Universitaires.

Op.cit: *Opus citamu*. Ouvrage précédemment cité.

P.: page.

pp: pages.

SFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

SSR: Sous-sections réunies ex: 4/5 SSR - 4^{ème} et 5^{ème} sus sections réunies.

T: Tome.

Trad.fr: traduit en langue française.

Vol: Volume.

D : Recueil Dalloz.

T.G.I : Tribunal Grande instance.

R.D.A : Revue de droit d'assurance.

Encycl. Med. Chir : Encyclopédie médico-chirurgicale.

J.C.P : Juris classeur périodique.

R.G.A.T : Revue générale des assurances terrestres.

Bull. civ : Bulletin des arrêts de la cours de cassation, chambres civiles.

Bull. crim : Bulletin des arrêts de la cours de cassation, chambres criminelles.

R.C.A : Revue responsabilité civile et assurances.

G.P : La Gazette du palais.

حقائق

مقدمة:

التمريض قديم جدا فهو أقدم من الطب نفسه وقد بدأ التمريض في فجر التاريخ كخدمة اجتماعية نشأت من الحس الغريزي الطبيعي بحماية الأسرة ورعايتها، فرعاية الأم لوليدها في الصحة والمرض هي نوع من التمريض ومساعدة المرأة للمرأة في الولادة وجد قبل أن يعرف الطب¹.

وبالرغم من أن الأهداف النبيلة للتمريض استمرت على مدى التاريخ، إلا أن ممارسة التمريض تغيرت تأثرا بعوامل المجتمعات المختلفة والتطور الطبي، حتى نشأ التمريض كمهنة ولها أصولها ودرجاتها العلمية ولا غنى عنها لأي مجتمع ولا يمكن ممارسة الطب بدونها في أي وقت، ولم تكن المجتمعات القديمة تحترم حياة البشر كما تحترمها المجتمعات الحديثة وكذلك التمريض وكل المهن المتعلقة بحياة الإنسان لم تكن تحظى بالاحترام الواجب فاحترام التمريض كمهنة هو جزء من احترام الحياة البشرية.

عندما يبحث الإنسان في تاريخ التمريض فإنه يجد أن المهارات التمريضية قديمة جدا، ويمكن القول أن تاريخ البشرية يشبه النسيج المتداخل والمتشابك الذي لا يمكن فصل خيوطه أو معرفة بدايته أو نهايته، إن المهارات التمريضية عرفت منذ أن عرفت البشرية. وقد اعتبرت الأم الممرضة الأولى التي عرفت البشرية فقد كانت تقوم بالعناية بالوليد منذ ولادته، كما اعتنت بالمرضى والجرحى وكبار السن في الأسرة، كما أن النساء كن يساعدن بعضهن البعض أثناء عملية الولادة وقد تفوقت بعض النساء في هذا المجال وتوارثت بعض النساء مهارات في التوليد والعناية بالمرضى².

¹ - محمد فؤاد توفيق، المسؤولية الطبية في الشريعة الإسلامية، دار التصوير والنشر، الكويت، طبعة 2008.

² - عمر رضا كحالة، أعلام النساء، الجزء الأول، الطبعة الأولى، الديوان الحلي للمطبوعات، لبنان، سنة 1998 ص41.

عرف الإنسان المرض وفنون الطب والتمريض منذ زمن بعيد، ولكن لوحظ عند دراسة المخطوطات التاريخية أن هذه المهارات اختلفت في طبيعتها من الشرق إلى الغرب ويرجع هذا إلى اختلاف البيئات والحضارات وقد أبرزت المخطوطات ارتفاعها في المهارات الطبية في جميع الحضارات وحيث أن التمريض لا ينفصل عن الطب فلا يمكننا القول أن المريض يحتاج إلى مهارات طبية فقط ومهارات تمريضية فقط ولكنها يحتاج إلى الاثنين معا حتى يصل إلى الشفاء التام، حيث أن كثيرا من المعلومات التمريضية تعتمد في أساسها على معلومات طبية لذلك فمن المهم عند دراسة تاريخ التمريض أن يتعرض المرء إلى تاريخ الطب أيضا¹.

مارست المرأة جميع المهارات التمريضية كما قامت بأعمال الخدمة والنظافة وكانت تعتني بالمرضى والمحتاجين وكبار السن ومارست فن التوليد وقد سميت في ذلك الوقت بالراهبة حيث أنها كانت تساعد القساوسة ورجال الدين اليهودي في عنايتهم بالمرضى وكانوا يتخذون من المعابد مكانا لإيواء المرضى والعناية بهم كما كانت تعتبر المعابد مرجعا للعلم والمعرفة² فكان يتعلم فيها الأفراد فنون الطب والتمريض والعقائد الدينية والسحر وازدهرت في ذلك الوقت الحضارات المختلفة ومن أمثلة ذلك:

مصر: وتعتبر أقدم حضارة إنسانية عرفت الطب والجراحة والتمريض وهي أول حضارة عرفت الكتابة ونقشت على الحجر في المعابد أول جراحة في المخ في التاريخ وهي عملية تربنه.

الصين: تدل المخطوطات أن الممارسات التمريضية كانت بجانب الممارسات الطبية وقد تفوقوا في ذلك ودونوا الكتب الطبية التي تصف الأعضاء الداخلية والشرابين ووصفوا أنواعا من الحميات والأمراض ومارسوا العلاج بوخز الإبر.

¹ - عبد الفتاح محمود إدريس، قضايا طبية من منظور إسلامي، مكتبة الإسكندرية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، 1993، ص104.

² - عمر رضا كحالة، أعلام النساء، مرجع سابق، ص 42.

كذلك البابليون اهتموا بالتمريض وتفوقوا في استخدام العقاقير ومختلف العلاجات.

أما الهنود فلقد أبرزوا دور الممرضة في كتبهم وقالوا انه من المهم على الممرضة أن يكون لديها معلومات عن العقاقير واستخداماتها وأن تكون نشيطة وماهرة ومخلصة في عملها مع المرض ظاهرة الجسم والعقل كما اهتموا بولاء الممرضة التام للطبيب¹.

وأرجع اليونان القدماء إلى "أبوللو" أن يكون إله الصحة والطب وفي حوالي 450 ق.م سمي اليونانيون "هيبوقراط Hippocrate" أبو الطب ويعتبر عصره من أعظم العصور في الطب اليوناني وهو الذي أرجع حدوث الأمراض لأسباب معينة وليس السحر ووضع قوانين لمهنة الطب كما وضع قواعد صحية بني عليها طبيعة أساس الطب الحديث ويمكن تلخيص فلسفته في أن المرض عارض طبيعي وما الظواهر المرضية إلا رد فعل من جانب الجسم وأن أهم ما يقدمه الطبيب للمريض هو رفع القوى الدفاعية في الجسم.

ومن أهم أعمال هيبوقراط العهد الذي يقطعه الأطباء على أنفسهم عند تسلم مقاليد المهنة ولكن التاريخ لم يذكر شيئاً عن التمريض في ذلك الوقت حيث انه لا يمكن أن توجد حضارة وفنون طبية بدون فنون وممارسات تمريضية.

أنشأ بطليموس الأول جامعة الإسكندرية في مدينة الإسكندرية وذلك في النصف الأول من القرن الرابع قبل الميلاد ونقل إليها العلماء من جامعة عين شمس القديمة والتي تسمى جامعة "أون" كما أحضر إليها علماء من اليونان وتميزت هذه الجامعة بعلمائها وبالمكتبة العظيمة الملحقة بها².

وقد حضر إليها الطلاب من مختلف البلاد والجهات وأصبحت قبلة العلماء من أشهر العلماء الذين تخرجوا منها الطبيب الصيدلي "جالينوس" الذي نقل العلم إلى روما ومنها

¹ - عبد الفتاح شوقي، تطور آداب مهنة الطب على مر التاريخ "مسؤولية الطبيب"، دار النشر للطباعة والتوزيع، جمهورية مصر العربية، 2007، ص89.

² - كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي. دار النضال، بيروت، الجزء الثاني، 1990، ص66.

انتشر في كثير من أنحاء العالم، كذلك كان من علمائها بطليموس وإقليدس وأوديا سوس وأرخميدس وقد استمرت هذه الجامعة منارة للعلم حتى العصر الحديث¹.

إن الممارسات التمريضية والخدمات الصحية نظمت في العصر المسيحي حيث أن جميع هذه الخدمات كانت تقدم بدون مقابل للمرضى والمصابين بأمراض مستعصية والمعاقين وكبار السن والأطفال وكان الاعتقاد السائد أن خدمة المحتاج تقرب إلى الله حيث أنه من واجب القوى مساعدة الضعيف كما اهتموا بالعناية بالجسم والروح واهتموا بالفقراء والمعوزين وكان من أهم الأعمال في العصر المسيحي هو بناء بيوت تستخدم كمستشفيات للمرضى خاصة الفقراء منهم².

ولقد كان نظام التمريض الديني مقسم كالآتي :

1-الديكونس:³

تعتبر "الديكونس" وهو الاسم الذي أطلق على الممرضات في هذا العصر من أوائل النساء اللاتي عملن بالتمريض وقد نظمت الكنائس هذه الخدمات وكان يشرف عليها الأسقف "اليشوب أولقيس" كما قاموا بالتمريض عن طريق الزيارات الصحية وهن أول من أوجدوا تمريض الصحة العامة وكان من مسؤوليات الديكونس تقديم خدمات تمريضية للمرضى في بيوتهم وقد أوجدت الكنيسة ميزانية مالية خاصة لهذه الخدمات وقد كانت الديكونس من النساء ذوات السمعة الحسنة ومن الأغنياء كما كن ينتمين إلى أسر ذات نفوذ وقوة وكن إما أرامل أولم يسبق لهن الزواج وكانت من خدماتهن توجه للمرضى والفقراء والمحتاجين وكان حب الله قبل حب الإنسان هو الوازع والدافع للتصدق والعطف على المحتجين.

وأعطيت للراهبات والأرامل مسؤولية رعاية المرضى والفقراء وذوى العاهات ورعاية الأطفال والمسافرين وفي القرن الثاني عشر أثناء الحروب الصليبية ظهر نظام

¹- محمد العربي الخطابي ، الطب والأطباء في الأندلس الإسلامية، دار الغرب الإسلامي، بيروت، 1988، ص78.

²- عمر رضا كحالة ، أعلام النساء، مرجع سابق، ص45 .

³- كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، المرجع السابق، ص67 .

التمريض في الجيش وأهمها نظام الفرسان بالقديس سان خون في القدس وكان لهذا النظام في التمريض فروع مختلفة في جميع البلاد المسيحية وأنشئوا أول مستشفى في القدس ثم في رودوس ومالطة ومارس الرجال التمريض في ذلك العصر¹.

2- الأخوات الصالحات أو الراهبات

ومن أهم أنواع التمريض الديني نظام "الأخوات الصالحات أو الراهبات" الذي وجد في فرنسا في القرن السابع عشر الميلادي ومن أشهر هذه الفئة من الراهبات اللاتي عملن في كاتدرائية نوتردام سنة 1443م باسم القديس مان أغسطس وكن يقمن بالخدمة والتنظيف بجانب الخدمات التمريضية وكن يمارسن العبادات الدينية ويشرفن عليهن القساوسة.

من أمثال سان فنسان دي بول (1576 - 1770 م) كان سان فنست دي بول قسيس فرنسي وقد اهتم اهتماما بالغا بالأعمال الخيرية وخاصة التي توجه للخدمات التمريضية في المستشفيات والمنازل وقد جمع بعض السيدات اللاتي يرغبن في العمل الخيري للقيام بهذه الخدمات وأشرف عليهن ولتخذ أحد المنازل لتدريب الفتيات على الأعمال التمريضية وعلمهن مبادئ الكتابة والقراءة والحساب وقد ساعدته في هذه المهنة إحدى الأنسات وهي مدموزيل "ليجرا" وقد اعتبرت الأخوات الخيرات أول من أوجد الخدمات التمريضية كخدمة تقدم للمجتمع وأول من نادى بأهمية الدور التطوعي في تمريض المرضى في المستشفيات والبيوت وكبار السن وفي ساحات الحروب وقد انتشر هذا النظام التطوعي في التمريض في كثير من البلدان وكان من بعض مسؤوليات القائمين به جمع تبرعات للكنيسة حيث أن الكنيسة كانت تقوم برعاية المحتاجين.²

أهم الشخصيات التي اشتهرت في هذه الحقبة من الزمن :

– غوب: وهي إيطالية الأصل وكانت أول ديكونس قامت بخدمات تمريضية.

¹ - عبد الفتاح شوقي، تطور آداب مهنة الطب على مر التاريخ، المرجع السابق، ص90.
² - ابن أبي أصيبعة، موفق الدين أبو العباس، أحمد بن القاسم بن يونس السعدي الخزرجي، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، تحقيق د. نزار رضا، دار مكتبة الحياة، بيروت، 1989، ص48.

- غابيو لا: كانت لديها ثروة طائلة وهي أوجدت أول مستشفى بروما، وقد كرست مجهودها لخدمة الفقراء والمرضى.
- بولا: كانت صديقة لغابيو لا وهي سيدة غنية وقد أنشأت مستشفيات اللاجئين والمسافرين في طريق القدس كما كانت تقدم لهم خدمات تمريضية.
- أوليمبياس: كانت أوليمبياس غنية وبذلت جهدها في خدمة المرضى والفقراء واللقطاء وكبار السن¹.

وقد بدأ النهوض بمستوى التمريض في منتصف القرن التاسع عشر حيث ظهر قس ألماني يدعى "ثيادور فلندر" في عام 1836 م بمساعدة زوجته فردريكا بإنشاء مستشفى وبدأ في اختيار بعض الفتيات من ذوات الأخلاق الحميدة والسمعة الحسنة ودربهن على المهارات التمريضية وابتداء من ذلك العهد أحي نظام الديكونس ثانية وقد سميت هذه المستشفيات *بالكيزروارت" وكانت تقوم بعلاج المرضى بجانب تعليم الفتيات وتدريبهن على التمريض للمرضى في المستشفيات والمنازل وقد أعطيت للفتيات بجانب تدريبهن العملي بعض المحاضرات في آداب المهنة وبذلك يعتبر هذا أول نظام تدريبي للفتيات في مجال التمريض كما تعتبر المحاضرات التي أعطيت من فلورنس وزوجته أول مذكرات في التمريض.

فلورانس نايتنجيل : Nightingale Florence 1820 - 1910 م

ولدت فلورنس نايتنجيل في بلدة فلورنسا بإيطاليا عام 1820 م وكانت من عائلة غنية تؤمن بتعليم المرأة وتعتبر فلورنس نايتنجيل أول من وضع قواعد للتمريض الحديث ففي عام 1851 تعلمت التمريض في مدرسة الكايزروارت وهي أول من وضعت أسس لتعليم التمريض².

¹ - كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، المرجع السابق، ص 69 .

² - عمر رضا كحالة ، أعلام النساء، مرجع سابق، ص 48.

وكانت تؤمن بأهمية وضرة وضع برامج لتعليم التمريض وبرامج لتدريس آداب المهنة وأن تكون هذه البرامج في أيدي نساء مدربات وعلى أخلاق عالية يتحلين بالصفات الحميدة كما أنها أول من وضعت مستويات للخدمات التمريضية والخدمات الإدارية في المستشفيات وقد وصفت فلورنس نايتنجيل الممرضة في مذكراتها بالصفات التالية:

- إن الممرضة يجب أن تبتعد عن الأقاويل والإشاعات.
- ولا يجب أن تتحدث عن مرضاها أو أسرارهم.
- كما يجب أن تكون أمينة على مرضاها.
- ولا تتأخر على المرضى عند تنفيذ طلباتهم حيث أنهم يضعون حياتهم بين أيديها.
- ويجب أن تكون دقيقة الملاحظة رقيقة المعاملة حساسة لشعور الغير¹.

وقد اهتمت فلورنس بالنظافة وقواعد التطهير، وكما اهتمت بتمريض الصحة العامة في المجتمع وقد تطوعت فلورانس نايتنجيل في حرب القرن عام 1854 م وقامت بتمريض الجنود في الجيش، ونتيجة لمجهوداتها في الحرب تبرع لها الشعب الإنجليزي بالنقود لتتنشئ مدرسة لتعليم الممرضات في مستشفى سان توماس St.Thomas's Hospital بإنجلترا وكانت فلورانس تنتقى طالباتها بدقة، ومنذ إنشاء مدرسة فلورانس نايتنجيل اعتبر التمريض مهنة يجب التدريب عليها ووضع خطة تعليمية لها، وكذلك اعتبرت أن التمريض فن وأن الممرضات لا يتعاملن مع رخام أو حجارة ولكنهن يتعاملن مع آدميين أحياء لهم احتياجات ولهم شخصيات وطباع مستقلة وكان من ضمن عباراتها عن التمريض "أن التمريض يمرض أجساما حية وأرواح"².

وفي ظل ما تبنته مختلف الشعوب والمجتمعات من مفاهيم، لما يعرف بدولة المؤسسات اعتبرت مهنة التمريض وظيفية من وظائف الدولة التي تقدمها كخدمات ذات طابع عمومي، تتكفل بتنظيمها وضمان استمراريتها باعتبارها احد المبادئ العامة لما يسمى بالنظام

¹ - كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، المرجع السابق، ص69.

² - ابن أبي أصيبعة، موفق الدين أبو العباس، أحمد بن القاسم بن يونس السعدي الخزرجي، المرجع السابق، ص 52 .

العام في الدولة ألا وهو مبدأ حفظ الصحة العامة التي تعتبر أولى المهام التي تقع على عاتق الدولة. إذ نظمت مختلف التشريعات مهنة التمريض واعتبرتها من قبل الوظائف العامة.

ونذكر على سبيل المثال المشرع الفرنسي الذي أدرج هذه المهنة في القطاع العام بعدما كانت مهنة تمارس في القطاع الخاص، كالشركات المدنية المهنية وهو ما جاء به المرسوم التنفيذي رقم 79-949¹. وأصبحت وظيفة عامة تخضع لقواعد قانون الوظيفة العامة الذي يحدد ما لها من حقوق وما عليها من واجبات. وقد حدي حده في ذلك المشرع الجزائري في تشريعه لقانون الصحة لسنة 1985، الذي ينظم فيه القواعد العامة لقطاع الصحة، ثم أتى بالمرسوم التنفيذي رقم 91-107² المتعلق بالقانون الأساسي للمستخدمين الشبه الطبيين، الذي الغي بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المتعلق بالقانون الأساسي للموظفين المنتمين للأسلاك الشبه الطبية.

أين نظم المشرع الجزائري هذه الفئة تنظيمًا يتماشى ومتطلبات العصر الحديث، الذي أصبح يسمى بعصر الآلة والسرعة، ولاسيما في القطاع الصحي، الذي يجمع بين شخص الطبيب والممرض اللذان أوكلت إليهما مهام التطبيب والتمريض. وهذا إن دل على قيمة عمل هاذين الشخصين إنما يدل على ثقل المسؤولية التي تقع عليهما، ولقد عرفت مسؤولية الطبيب تطورا كبيرا في الآونة الأخيرة، خاصة بالنسبة للمجتمعات المتقاضية التي أثبتت إمكانية الخطأ الذي يمكن أن يخلفه هذا الشخص، باعتباره عنصر بشري جبل بالخطأ مهما كانت مرتبته في الكفاءة أو العلم وهو ما قضت به محكمة النقد الفرنسية في قرار لها سنة

¹ -Le décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.

² - المرسوم التنفيذي، 91-107 المؤرخ في 27 أبريل 1991 المتعلق بالقانون الأساسي للمستخدمين الشبه الطبيين، ج.ر.

العدد 22. الملغى بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 13 ربيع الثاني عام 1432 الموافق لـ 20 مارس

2011، تتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المستثمرين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية ج17، سنة

1962¹. وعليه فان مسؤولية الطبيب أو الممرض هي حق مقدس من حقوق المرضى الذين لا يملكون سوى أن يسلموا أنفسهم لهاذين الشخصين

لذلك كانت مثل هذه الأسباب و أخرى دافعا في اختيار موضوع المساءلة الجزائية للممرض، ومن أهم هذه الأسباب هو استكمال ما بدأت به البحث في مذكرة الماجستير التي توصلت بموجبها إلى أن نجاح العمل الطبي مرهون بنجاح العمل التمريضي. وسبب آخر أن الكثير من رجال القانون يخرجون العمل التمريضي من نطاق المسؤولية الشخصية، على اعتبار أن الممرض هو عمل تابع لعمل الطبيب وبالتالي الاكتفاء بتطبيق قواعد مسؤولية المتبوع عن أعمال تابعة.

إلا أن واقع هذه الفئة أصبح يتخذ طابع التخصص بحسب تخصصات الطب، فلم يعد الممرض ذلك الشخص الذي يقوم بمختلف المهام التي تحقق المساعدة للطبيب فقط، وإنما أصبح هناك فصل بين المهام وتحديد للتخصصات. فالممرض الذي يشرف على عملية الحقن والتضميد مثلا يختلف عن الممرض المدلك أو المرمم للأسنان، وممرض التخدير يختلف عن الممرض المكلف بتشغيل أجهزة الأشعة، فكل بحسب تخصصه.

وهو ما جاء به المشرع الفرنسي في تنظيمه لهذه الفئة في المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 2010-1139². وتبعه في ذلك المشرع الجزائري بموجب المشروع التنفيذي رقم 11-121 المتعلق بالموظفين المنتميين للأسلاك الشبه الطبية، هذا إن دل على شيء إنما يدل على توسع نطاق المسؤولية عن أعمال هذه الفئة.

السبب الآخر الذي جيش اهتمامي بموضوع المسؤولية الجزائية هو الغياب الشبه التام للبحث في مثل هذا الموضوع من قبل المختصين الأكاديميين في المواد الجزائية. كذلك على وجه الخصوص الغياب الشبه التام في الساحة القضائية، ذلك أن جل الشكاوى ترفع ضد

¹ - « Que toute personne, quelle que soit sa situation ou sa profession est soumise à cette règle ». Cass.civ,02/07/1962, bulle. Civ, n° 214, p89.

² -Le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière .

الأطباء عند ارتكاب الجريمة وليس ضد الممرضين على اعتبار أن الطبيب هو المسؤول الأول والأخير عن العمل العلاجي الذي يشرف عليه.

الدافع الخامس محاولة تسليط الضوء على بعض الجرائم التي ترتكب من طرف الممرضين بصفة شخصية لا الأطباء على الرغم من وجود علاقة التبعية.

كما تتجلى أهمية هذا الموضوع في معرفة حقيقة العمل التمريضي وقيمه الفنية في مجال الممارسة الطبية. كذلك تتجلى أهمية هذا الموضوع في مسألة التفرقة بين الخطأ التمريضي والخطأ الطبي الموجب للمساءلة الجزائية ولاسيما إذا وقعت الجريمة في نطاق العمل الجماعي الذي تشترك فيه أيدي الأطباء والممرضين.

كذلك تتجلى أهمية هذا الموضوع في بعض الجرائم التمريضية ومسألة الإثبات فيها، التي كثيرا ما يقع فيها القاضي الجزائي قاصرا على أن يحدد قناعاته في النزاع الفني التمريضي المعروف أمامه، وكذا إمكانية جبر الضرر الذي تخلفه هذه الجريمة.

وعليه فإن لموضوع المساءلة الجزائية للممرض إشكالية هامة تتمثل في مدى خضوع الأعمال التمريضية للقواعد العامة للمسؤولية الجزائية؟ أم أن هناك مسؤولية خاصة بهذه الطائفة؟

وللإجابة عن الإشكالية الأساسية السابقة يستدعي التعريف ببعض المسائل المرتبطة بها، كحقيقة العمل التمريضي وطبيعته القانونية، وكذا أساس إباحة العمل التمريضي على جسم الإنسان، بالإضافة إلى مدى اختلاف العمل التمريضي أو العلاجي عن العمل الطبي ومدى تكاملهما، وكذلك مدى استقلالية العمل التمريضي عن العمل الطبي، ثم بيان الأعمال التي تعد من اختصاص الممرض دون غيره، وكذا بيان الأحوال التي تقوم فيها مسؤولية الممرض الجزائية، ودوافع الإعفاء منها، ومن تم بيان نطاق الجرائم التي يمكن أن يرتكبها الممرض، ووسائل إثباتها، وأخيرا مدى إمكانية التأمين عن الحوادث التمريضية.

الأمر الذي حتم علينا الأخذ بالمنهج التحليلي والمقارن أولاً في القانون الفرنسي والاجتهادات القضائية وثانياً محاولة تقريب الحلول التي قدمت في القانون السابق بالحلول التي قدمها القانون الجزائري والاجتهاد القضائي في الجزائر إن وجد.

وهو الأمر الذي حتم علينا تقسيم بحثنا إلى بابين الأول بعنوان أحكام المسؤولية الجزائرية عن الأعمال التمريضية والثاني بعنوان نطاق المسؤولية الجزائرية للممرض وأثارها.

الباب الأول :

أحكام المسؤولية الجزائية عن الأعمال التمريضية

الباب الأول : أحكام المسؤولية الجزائية عن الأعمال التمريضية

إن الحديث عن أحكام الأعمال التمريضية باعتبارها نشاطات لا تتجزأ عن العمل الطبي بل تسبقه من حيث العمل بصفة إجمالية يقتضي منا تبيان المفاهيم والدلالات التي توضح وتفسر العمل التمريضي باعتباره فعل يقع على جسم الإنسان بيد شخص يسمى "الممرض"، إذ يرتبط فعل التمريض بالإنسان ارتباكا حتميا مقصده العلاج والمصاحبة أثناء كل المراحل، لذلك عمل كل من الباحثين والدارسين في هذا الميدان على تحديد وشرح كل المفاهيم المتعلقة بهذين العنصرين وهما فعل التمريض وجسم الإنسان.

وعليه سنمهد في فصل أول للبحث في ماهية العمل التمريضي ، ثم نتعرض بالدراسة للمهام التي تقع على عاتق الممرض كفصل ثاني، وأخيرا في فصل ثالث سنتحدث عن حالات وشروط قيام المسؤولية الجزائية للممرض وكذا أسباب انتفائها.

الفصل الأول: ماهية العمل التمريضي

لقد أضحى إشكالية التمريض كعمل من الأعمال التي تقع على جسم الإنسان موضع بحث وتساؤل عند الكثير من الباحثين والممارسين في القطاع الصحي خصوصا عندما يتعلق الأمر بنظرية التمريض الجديدة في عمر البحث العلمي الطبي الذي شاع وراج فيه ما يعرف بالعمل الطبي فقط دون الوقوف والتمحيص بالعمل التمريضي الذي يعتبر في حقيقة التاريخ أقدم من الطب، وعليه سنحاول شرح المفاهيم المتعلقة بالعمل التمريضي وعلاقته بجسم الإنسان باعتباره عملا مباحا تقتضيه الضرورة العلاجية.

المبحث الأول: مفهوم العمل التمريضي

ينحصر مفهوم العمل التمريضي في مسألة تحديد مصطلح التمريض من الناحية اللغوية أولا ثم من الناحية الاصطلاحية فالقانونية وهو ما سيتضمنه المطلب الأول أما المطلب الثاني فسنخصصه للحديث عن الجسم البشري كمحل للعمل التمريضي

المطلب الأول: التعريف بعمل التمريض

إنه لمن الجدير بالبحث أن نتطرق إلى التعريف بهذه المهنة ولا بأس أن نعرّج بكلّ من التعريف اللغوي والاصطلاحى كفرع أول والتعريف القانوني لمهنة التمريض كفرع ثاني.

الفرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحى

فكلمة التمريض مأخوذة من فعل مرّض بمعنى صيّر أو جعل مريضا من حالة أسوأ إلى حالة أفضل أي داوى وتولى العناية والمساعدة ليزول المرض نقول مرّضت الممرضة جريحا أي قامت بإسعافه وتضميد جروحه¹.

¹ ابن منظور، لسان العرب، المجلد الثالث، دار الكتاب العلمية، ط 1، بيروت، 2005، ص 542.

أما اصطلاحاً فالمررض: هو من يقوم بشؤون المرضى ويقضي حاجتهم العلاجية وغيرها تبعاً لإرشادات الطبيب ويحمل هذه الصفة بإجازة القانون¹.

الفرع الثاني: التعريف القانوني

هي وظيفة مبنية على أساس من العلم والخبرة اختيرت اختياراً مناسباً حسب مجال العمل الخاص بها وهي تتطلب مهارات وتخصصات معينة وتحكمها قوانين وآداب خاصة وذلك بهدف رعاية الفرد وأسرتة والحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض وتخضع بذلك للنظام القانوني للدولة عبر ما يسمى باللوائح والقوانين الخاصة بها².

المطلب الثاني: الجسم البشري كمحل للعمل التمريضي

إن الأساس التقليدي في الفقه الفرنسي كان يقوم حسب تأكيد J.P.BAND على أن: "قدسية الجسم هي نتيجة تشبيهها للإنسان إذ يعادل القول أنها تفقد قدسيتها عندما يتوارى هذا الشخص أثناء طقوس الجنازة"³.

غير أن الفقه الحديث أثبت عكس ذلك بتقسيم الحقائق بين الأشخاص والأشياء، وأن جسم الإنسان يحدد الكائن البشري، وبذلك استبعد بشدة ارتباط الجسم بالأشياء، وحسب تقرير مجلس الدولة الفرنسي المعنون بـ "علوم الحياة من الأخلاق إلى القانون"، الصادر في: 1976 في الصفحة 16، أن جسم الإنسان لا تمنع من الانتفاع بالأعضاء البشرية وفقاً لاعتبارات أخرى⁴.

فالجسم البشري هو ذلك الكيان الذي يباشر الوظائف الحيوية، وهو محل التدخل الفني عن طريق الخدمات العلاجية⁵ في دراستنا، وانطلاقاً من ذلك تتطلب دراسة الجسم والحماية

¹ سهيل إدريس، المنهل، دار الآداب، بيروت، 2007، ص 614.

² أ.د/محمد الجوادي، الطب والقانون، ديوان النشر والطباعة، الطبعة الأولى، القاهرة، سنة 1999، ص 89.

³ ABOIF David: "structure de la personne humaine", thèse doctorat, Paris, Dalloz, 1978.p185

⁴ مأمون عبد الكريم: رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية (دراسة مقارنة)، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2009، ص 382.

⁵ Jean PENNEAU, La responsabilité de l'infirmier 1^e éd Dalloz, 2004, P 199.

المقررة له، التعرض لإشكالات قانونية لأن الجسم حضي في الوقت الحاضر بأهمية بالغة بعد ازدياد الأخطار الناجمة عن التقدم العلمي والتكنولوجي.

تجدر الإشارة أنه في كثير من الأحيان العلوم الطبية وبحوثها تسبق العلوم الإنسانية باعتبار هذه الأخيرة تأتي لتنظم هاته البحوث مع القيم والمبادئ السائدة في المجتمع حيث تتطلب دراسة هذا الفرع تبيان مفهوم الجسم البشري ومكوناته في بند أول ثم تحديد مفهوم لحظتي الوجود والوفاة للجسم من الناحية القانونية في بند ثاني.

الفرع الأول: الجسم البشري ومكوناته

لا يعدو المقصود بجسم الإنسان لدى الفقه الجنائي أن يكون ذلك البنيان البشري¹ الذي تم انفصاله عن رحم الأم، ولا يشوبه مسخ يخرج عن الصورة التقليدية لبني البشر²، كما أنه من المسائل الأولية اللازمة لتبان عناصر محل التدخل الطبي وإجراء التجارب والأبحاث الطبية³.

بناء على ما سبق تتطلب البحث عن المقصود بالجسم البشري إمطة اللثام عن مفهومه (أولاً) ثم إلى البحث في مكوناته (ثانياً).

البند الأول: مفهوم الجسم

الجسد هو جسم الإنسان، ولا يقال لغيره من الأجسام، ولا يقال لغير الإنسان جسد من خلق الأرض، والجسد هو الجسم في لغة العرب، ويراد به الجثمان والجسم هو البدن كذلك، لقوله تعالى: "فَالْيَوْمَ نُنَجِّيكَ بِبَدَنِكَ لِتَكُونَ لِمَنْ خَلَقَ آيَةً"⁴. يختلف مفهوم النفس عن مفهوم الجسد في كون النفس أعم من الجسم إذ تشمل الروح والجسم، أما لفظ الجسد أو الجسم فإنه لا يشمل في غالب الأحيان النفس أو الروح، فكل نفس تشمل الجسد وليس كل جسد نفس.

¹ François VIALLA, sous dir, Les grandes décisions du droit médical. éd ALPHA-L.G.D.J., Paris, 2010, P 211.

² فتوح عبد الله الشاذلي: جرائم الأشخاص والأموال، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص131.

³ مهند صلاح أحمد فتحي العزة: الحماية الجنائية للجسم في ظل الاتجاهات الطبية الحديثة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2002، ص 03.

⁴ سورة يونس، الآية 92.

إن التعرض لمفهوم الجسم يكتسي أهمية كبيرة خصوصاً مع التطور المذهل للعلوم الطبية، ذلك أن جسم الإنسان لا ينظر إليه ككتلة واحدة بل هو أعضاء ومشتقات ومنتجات بشرية وأبرز مثال على هذا ما نصت عليه المادة 161 من قانون الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بالقول: " لا يجوز انتزاع أعضاء الإنسان ولا زرع الأنسجة أو الأجهزة البشرية إلا لأغراض علاجية أو شخصية ..."¹.

يقصد بجسم الإنسان ذلك الكيان الذي يباشر وظائف الحياة والمتمكون من خلايا وأنسجة وأعضاء مترابطة ومتناغمة في دقة متناهية أبدعها الخالق عز وجل، حيث قال في محكم التنزيل: "وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّنْ طِينٍ {12} ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ {13} ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ {14}"².

أما التشريعات القانونية فلم تضع تعريفاً لجسم الإنسان رغم أن التحديد الاصطلاحي الفقهي للجسم يبدو كافياً لبيان الأحكام الخاصة بالمساس بسلامته، إلا أن قصور كبيراً يلاحظ فيه إذا ما أنصرف الحديث إلى الممارسات الطبية خاصة المستحدثة منها، إذ أنه لم يميز بين مكونات الجسم سواء كانت طبيعية أو اصطناعية، اندمجت بجسم الإنسان أو كانت ثابتة أو لا، وهل كانت تؤمن وظيفة حيوية أو لا، فردية كانت أو اجتماعية.

فالجسم يتكون من مادة أو كيان تصب فيه الحياة أو الروح³ وهو مجموعة من الأجهزة و الأعضاء تمكن من القيام بوظائف فيزيولوجية وعقلية، إذ أن النفس التي هي جسد وروح تتحدد من خلالها الشخصية والمواهب والمشاعر والروح كظاهرة وسر إلهي تبقي من علم الغيب إذ يقول سبحانه وتعالى: "وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا"⁴.

¹ م 161 من ق 85-05 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 22، بتاريخ 17/02/1985.

² سورة المؤمنون، الآيات (12،13،14).

³ ابن القيم الجوزية، الطب النبوي، دار المعرفة، ط 7، بيروت، 2005، ص 379.

⁴ سورة الإسراء، الآية 85.

البند الثاني: مكونات الجسم البشري

تتكون مادة الجسم البشري من قسمين رئيسيين لا يقصر التفاوت والتباين فيما بينهما على الناحية الطبية والعلمية فحسب، بل يبدو الأثر الأكبر في اختلافها في ترتيب الآثار القانونية وتكييف أفعال المساس بسلامتهما وهذان القسمان هما الأعضاء البشرية ومشتقات الجسم التي أولتهم تشريعات أخلاقيات العلوم الإحيائية اهتماما كبيرا¹. فيما يلي نبين المقصود بكل هذين القسمين في اللغة والطب والفقہ الإسلامي والقانون الجزائري وتشريعات أخلاقيات العلوم الإحيائية.

أولاً: مفهوم الأعضاء

لا يبدو من المغالاة القول أنها قليلة جدا تلك الكتابات التي تصدت لتحديد المقصود بالعضو البشري على نحو دقيق وصحيح لأن وضع التعريف من الناحية الطبية أمر لا يتسم بالأهمية والضرورة التي يتسم بها من الناحية القانونية، فرجال القانون أكثر احتياجا من رجال الطب لوضع تعريف محدد ودقيق للمقصود بالعضو البشري لتسهيل تكييف المسؤولية الجنائية عن المساس به².

1- تعريف العضو لغة:

كل جزء من جسد الإنسان كاليد والرجل والأنف وكل عضو وافر بلحمه، ويقال عضيت الشاة تعضية أي جزأتها إلى أعضاء، ويطلق كذلك العضو على الأطراف³.

¹ مهند صلاح أحمد فتحي العزة: المرجع السابق ص 11.

² هيثم حامد المصاورة: نقل الأعضاء البشرية بين الخطر والإباحة (دراسة مقارنة)، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 09.

³ أبو زكريا يحيى بن شرف النووي: روضة الطالبين، ج 7، دار الكتب العلمية، بيروت، 2006، ص 278.

2- تعريف العضو في الطب:

أشارت إليه مدونة أخلاقيات الطب في المادتين¹ 34 و² 35 عند منعها لبتنر واستئصال الأعضاء دون سبب طبي غير أنها لم تبين تعريفه.

فهو عبارة عن مجموعة من الأنسجة أو الأجزاء المتصلة تعمل مع بعضها البعض لتؤدي وظيفة معينة مثل المعدة والقلب والرئة والأعضاء التناسلية واتصال العضو بالجسم لتأدية وظيفة³.

بناء على ذلك هذا ما يستبعد اعتبار النظارة أو آلة السمع أو عصا الأعرج كأعضاء⁴ وامتدت هذه الفكرة لتشمل أيضا الأعضاء التي نقلت إلى الجسم حسب ما اقتضت ظروف الإنسان الصحية سواء أعضاء بشرية أو غير بشرية لتعوض نقص أصيل أو طارئ واستبدال للذي هو أدنى بالذي هو خير⁵.

3- تعريف العضو في الفقه الإسلامي:

تناول مجمع الفقه الإسلامي بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيا أو ميتا على أنه: "أي جزء من الإنسان من أنسجة وخلايا ودماء ونحوها كقرنية العين سواء أكان متصلا به، أم انفصل عنه"⁶.

كما عرفه فريق من الفقه على أنه: "أي جزء من أجزاء الإنسان⁷، سواء أكان عضوا مستقلا كاليد والكلية، ونحو ذلك أو جزءا من عضو كالقرنية والأنسجة والخلايا وسواء منها

¹ م 34 من المرسوم تنفيذي رقم: 276/92 المؤرخ في 1992/07/06، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 52، السنة 29، بتاريخ: 1992/07/08.

² م 35 من م ت رقم: 276-92.

³ صابر محمد السيد، محل التصرفات التي ترد على الأعضاء البشرية الجامدة، دار الكتب القانونية، القاهرة، 2008، ص 200.

⁴ طارق سرور، نقل الأعضاء البشرية بين الأحياء، دار النهضة العربية ط 1، القاهرة، 2001، ص 188.

⁵ مأمون عبد الكريم: المرجع السابق، ص 370.

⁶ أحمد محمد كنعان، الموسوعة الطبية الفقهية، دار النفائس، ط 2، بيروت، 2006، ص 123.

⁷ محمد أحمد مبيض، مصلحة حفظ النفس في الشريعة الإسلامية، مؤسسة المختار، ط 1، القاهرة، 2005، ص 211.

ما يستخلف كالشعر والظفر ومالا يستخلف، ومنها الجامد والسائل كالدّم واللبن، وسواء كان ذلك متصلا به أم انفصل عنه"¹.

يمائل هذا التعريف تعريف آخر أعطى للأعضاء وهو: "أنها مكونات بدن الإنسان وما يتولد منها"²، إن أبرز ما يميز هذه التعريفات هو اتساعها وشمولها لجميع الأعضاء والأجزاء وهذا ما يعاب عليها مع العلم أن الكثير منها لا يعد عضوا كاللبن والخلايا ولهذا اتجه البعض من الفقه تعريف العضو البشري على أنه: "كل جزء إذا أنتزع لم ينبت"³. فصحيح هذا التعريف أصاب في جانب منه.

4- تعريف العضو في قانون العقوبات الجزائري وأخلاقيات العلوم الإحيائية:

تنص المادة 264 في فقرتها الثالثة من قانون العقوبات الجزائري: "... إذا ترتب على أعمال العنف الموضحة أعلاه فقد أو بتر إحدى الأعضاء أو الحرمان من استعماله أو فقد البصر أو فقد إبصار إحدى العينين أو أية عاهة مستديمة أخرى، يعاقب الجاني بالسجن المؤقت من خمس إلى عشر سنوات"⁴.

عند تمعننا لنص هذه المادة فطبعا أول تساؤل يدور في أذهاننا هو حول حقيقة المقصود بالعضو الذي تتحقق الجريمة بفقده أو بتره أو الحرمان من استعماله فنجد هنا غموض وعدم وضوح مفهوم العضو في ذهن المشرع الجزائري، فهو يستعمل ألفاظ تؤدي إلى نتيجة واحدة مثل الفقد، البتر، الحرمان، ناهيك عن فقد البصر الذي لا يعدو أن يكون فقد لمنفعة ولوظيفة عضو ألا وهو العين.

¹ ابن القيم الجوزية، الطب النبوي، المرجع السابق، ص 411.
² وائل محمد أبو الفتوح العزيري: المسؤولية عن عمليات نقل الدم (دراسة مقارنة)، دار المغربي للطباعة، عمان، الأردن، 2006، ص 04.
³ هيثم حامد الصاوره: المرجع السابق، ص 12.
⁴ م 264 من أمر رقم 66-156، المؤرخ في 1966/06/08 والمتضمن قانون العقوبات، المعدل والمتمم ج ر، ع 49، 1966.

أما في القانون الفرنسي فالمشرع لم يتطرق لتعريف العضو إلا أنه أدرك مؤخرا في قوانين أخلاقيات العلوم الإحيائية الصادرة في سنة 1994¹ الفارق الجوهرى بين أعضاء الجسم وسائر المشتقات والمكونات وهذا بإفراد قسم مستقل خاص بالأعضاء وآخر بالمشتقات.

أما من جهة التشريعات الأنجلو-أمريكية نجد القانون البريطانى الخاص بتنظيم نقل وزراعة الأعضاء الصادر فى 1989 من التشريعات الرائدة فى وضع تعريف لمصطلح العضو حيث يقول: "يقصد بكلمة عضو فى تطبيق أحكام هذا القانون كل جزء من الجسم يتكون من مجموعة مركبة من الأنسجة والذي لا يمكن للجسم استبداله بشكل تلقائى إذا ما استوصل بالكامل".

كما عرفه Tereve: "بأن العضو لا يقتصر على الجامد كالقلب، الكلى، والرئة والكبد، وإنما يشمل السائل أيضا كالدّم، المنى، الهرمونات، قرنية العين"².

فمن خلال هذه التعريفات نجد أن جانب من الفقه ميز بين ما يجوز نقله من الأعضاء والتنازل عنه، وما لا يجوز المساس به³، إذ أن الفيصل فى هذه المسألة لا يمكن بحال من الأحوال رده إلى معيار لزوم استمرار الحياة بل إلى أعمال ضوابط وشروط محكمة للممارسات الطبية لكي لا تنحصر الحماية الجنائية للجسم إذ ما عساه أن يكون من الأعضاء وجوده ضروريا للحياة سواء المخ، القلب، الكبد، والرئة⁴.

على هذا الأساس فالعضو فى مفهوم القانون أشمل وأوسع منه فى الطب، فالقرنية مثلا هى جزء من العضو فى المفهوم الطبي، أما فى القانون فهى عضو.

¹ مهند صلاح أحمد فتحي العزة: المرجع السابق، ص 15.

² François DELOBBE, La perte de chance de guérison ou de survie, un préjudice imaginaire?, in : Droit médical, Dir : Yves-Henri LELEU, éd. LARCIER, Bruxelles, 2005, P 120.

³ وائل أبو الفتوح العزى، المرجع السابق، ص 38.

⁴ هدى سالم محمد الأطرقجي، مسؤولية مساعدي الطبيب الجزائية، دار العلمية الدولية ودار الثقافة، ط 1، عمان، 2001، ص 351.

ثانيا: مفهوم المشتقات والمنتجات البشرية

عرفنا المقصود باصطلاح العضو، وبمفهوم المخالفة يمكن أن نستنتج مفهوم المشتقات والمنتجات التي هي كافة العناصر والمواد البشرية التي لا تشكل وحدة نسيجية متكاملة ولا يترتب على استئصالها فقدانها للأبد، بل يمكن تجدها وتعويضها واستبدالها من الجسم نفسه دون حاجة لزراعتها كالأعضاء¹، ولا تخضع لنفس القواعد والأحكام المقررة للأعضاء، إذ أن القانون أستبعد من نصوصه بعض الأنسجة والخلايا ومنتجات جسم الإنسان بسبب طبيعتها وظروف الحصول عليها كمخلفات وبقايا العمليات الجراحية²، الشعر، حليب الأمر، ... الخ.

إن الواقع يؤكد أن هذه المكونات والمشتقات الجسدية تتعرض أحيانا لأذى يمس بسلامتها ووظيفتها كتسليط إشعاعات ضارة عليها³ رغم عدم النص على حمايتها وتبرير هذا هو أن الحماية الجنائية مقررة وشاملة لجميع عناصر الجسم دون الحاجة إلى إضفاء حماية عليها.

الفرع الثاني: تحديد مفهوم لحظة وجود الجسم البشري ونهايته

إذا كان الإنسان هو الكائن الحي المتمثل في إتحاد البويضة الأنثوية مع الحيوان المنوي الذكري وعندما تبدأ الخلية في الانقسام يبدأ الجنين في التكوين، فإن الجسم البشري هو مجموع الخلايا والأنسجة المشكلة للأعضاء والمشتقات مع إلزامية لقيام هذه العناصر المكونة للجسم بوظائفها الطبيعية والحيوية وجوب سريان الحياة في هذا الأخير⁴.

¹ محمد عبد المقصود، حسن داود: مدى مشروعية الاستشفاء بالدم البشري وأثر التصوف فيه، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 1999، ص 26.

² محمد سليم شهيد، المسؤولية المدنية عن الجراحة الطبية - دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراة في القانون كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة جيلالي ليايس بسيدي بلعباس، 2011-2012، ص 217.

³ عبد الرحيم لنوار، المسؤولية الجنائية للأطباء عن القتل والإصابة الخطأ، أطروحة دكتوراة الدولة في القانون، كلية الحقوق بن عكنون جامعة الجزائر، 2006-2007، ص 189.

⁴ Pierre-Louis FAGNIEZ: droits des malades a fin de vie, in : La presse médical, T.34, N°07, 09 avril 2005, PP 413-414.

البند الأول: لحظة وجود الجسم البشري

قبل البدء في هذا الحديث، لابد من الاعتراف بادئ ذي بدء للشريعة الإسلامية في أسبقيتها في بحث هذه المسألة باستفاضة، حيث تشير بأن الجسم البشري لا يكتمل في صورته النهائية أثناء المدة الممتدة إلى 120 يوماً منذ بداية التلقيح للبويضة على أساس تشكل العلقة ثم المضغة، ففي هذه المرحلة لا تنفخ الروح والاعتداء عليها يستوجب الغرة (نصف عشر الدية) وليس بجناية لأن الجنين هنا مهياً لتدب فيه الحياة وقابلاً لها لو ترك لينمو حتى تدب فيه الحياة¹.

أما المرحلة الثانية التي تلي 120 يوماً أي بعد 4 أشهر فتنفخ الروح في الجسد وذلك لوضوح دلالة أحاديث عبد الله ابن مسعود على ذلك² حتى تمام الولادة فيحرم فيها الإسقاط ما لم تكن ضرورة لذلك وتظهر في هذه المرحلة معالم الجسم حيث يقول عز وجل: "وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّنْ طِينٍ {12} ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ {13} ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ {14}"³.

أما قانوننا فإن الجنين إذا كان ما زال في بطن أمه فهو يخضع لحمايته كجنين بالنصوص التي تعاقب على الإجهاض⁴، وهنا يوجد تباين كبير بين القوانين التي تحكم هذه الجريمة خاصة في الأمر المتعلق بتحديد محل الجريمة من حيث بداية الجنين، فهل يتحقق بمجرد اكتمال عملية التلقيح أم أنه يتراخى إلى مراحل التكوين الأخرى؟

¹ عصام أحمد البهجي، تعويض الأضرار الناتجة عن طبقات الهندسة الوراثية في ضوء قواعد المسؤولية المدنية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2006، ص 271.

² أحمد محمد لطفي أحمد: التلقيح الصناعي بين أقوال الأطباء وآراء الفقهاء، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006، ص 160.

³ سورة المؤمنين: الآيات 12، 13، 14.

⁴ قرار الغرفة الجنائية بالمحكمة العليا ملف رقم: 326084 الصادر بتاريخ 28 مارس 2006، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 04، الجزائر، 2007، ص 176.

كما أنه محل الجريمة يندرج في بند المنتجات البشرية¹ إذا ما تمت عملية الإخصاب بطريقة غير طبيعية خارج نطاق جسم الإنسان وداخل أنبوب اصطناعي ولكن السؤال المطروح هو التكيف للإجهاض وتمييزه عن القتل لأن المجني عليه في الأولى هو الجنين بينما في الجريمة الثانية هو الإنسان الحي.

ففي القانون الأردني للعقوبات في مادته 155 يعتبر المولود إنسانا يمكن قتله متى نزل من بطن أمه سواء تنفس أم لم يتنفس وسواء كان حبل سرتة قطع أم لا ومنه يرى القانون أن ميلاد الجنين هو بداية الحياة ولا يكون إنسان إلا إذا ولد ونزل وخرج من بطن أمه وعكس ذلك يخضعه لأحكام أخرى².

أما قانون العقوبات الجزائري والمصري فإنهما لم يتعرضا إلى بيان محل الجرائم تلك وهما بصدد تنظيم الجرائم الماسة بالحياة أو المتعلقة بالإجهاض أما الفقه المصري فلقد اختلف في تحديد هذه المسألة فذهب جانب منه إلى اكتساب الكيان المادي للإنسان وصف الجسم، يتحقق مع بداية عملية الولادة والانفصال عن الرحم، وذلك ببروز جزء فقط من جسم الجنين دون لزوم الانفصال التام وبهذا يشمل بالحياة المقررة لجسم الإنسان فيشكل الاعتداء عليه جريمة قتل أو إيذاء³.

الجانب الآخر من الفقه المصري يرى أن الجنين ينتقل كيانه المادي من نطاق الحماية الجنائية المقررة في جرائم الإجهاض⁴، إلى نطاق الحق في الحياة وسلامة الجسد بمجرد اكتمال نموه وبداية عملية الولادة دون شرط بروز جزء من أجزائه ولا انفصال تام، وعلّة ذلك في أن الجنين إذا كان كيانه المادي مكتملا ومتخذاً لصورته النهائية التي سيولد عليها، فلا فرق بينهما وبين الصورة بعد الانفصال عن الرحم، ويضاف إلى ذلك إلى أن أفعال

¹ طارق سرور، المرجع السابق، ص 208.

² أحمد حسن عباس الحياوي، المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني والجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 104 .

³ يوسف جمعة يوسف الحداد، المسؤولية الجنائية عن إسقاط الجنين، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2006، ص 197.

⁴ عبد الفتاح مصطفى الصيفي، قانون العقوبات، القسم الخاص، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2000، ص 326.

الاعتداء لا تؤدي إلى الموت دائماً. ومنه لا مجال للحديث عن جريمة الإجهاض كاستقطاع
المرض بنفسه أو بأمر من الطبيب خلايا أو أنسجة من ذلك الجنين من أجل تطوير الأبحاث.
أما التشريع الفرنسي فقد أباح في بادئ الأمر إنهاء حياة الحمل خلال العشرة أسابيع
الأولى في حالة رضا الأم الحامل. ومنه فالوجود القانوني للإنسان واكتساب كيانه المادي
وصف الجسم، وبالتالي تقرير الحماية الجنائية لا تكون إلا بمرور 10 أسابيع¹.

لكن القضاء الفرنسي² أدرك الفجوة التشريعية الكبيرة في نطاق الحماية الجنائية
لسلامة الجسد خاصة في نهاية مراحل تكوين الجنين، فاعتنقت المحاكم معيار القابلية للحياة
القاضي بأن الجنين القابل للحياة والولادة بمثابة شخص متمتع بكيان جسدي مستقل وتشكل
أفعال الاعتداء عليه جريمة قتل عمدي أو بإهمال أو جريمة إحداث عاهة مستديمة.

غير أن القانون المدني الجزائري بدوره أشار إلى ذلك في هذا الشأن في مادته
الخامسة والعشرون³ بنصها: "تبدأ شخصية الإنسان بتمام ولادته حيا وتنتهي بموته"، وطبقا
لهذا فالإنسان لا يوجد إلا لحظة ميلاده حيا ويستمر هذا الوجود إلى لحظة موته ويتحول
حينئذ إلى جثة.

البند الثاني: تحديد لحظة نهاية الوجود للجسم البشري (الوفاة)⁴

إذا كان تحديد لحظة بدأ الحياة أو الوجود للجسم البشري هو الإعلان عن دخول
الكيان المادي للإنسان إلى نطاق الحماية المقررة له فإن الوقوف على لحظة الوفاة⁵ يعد
الفصل في انتهاء نطاق هذه الحماية، هذا بمفهومه الواسع، فبتحقق الموت ينتهي وصف
الجسم عن الكيان المادي للإنسان ليدخل إلى باب الأحكام الخاصة بحماية حرمة الجثث⁶

¹ Gilles BRUCKETR "Surveillance" in : traité de santé publique, dir François Bourdillon, éd médecine science, Paris 2004, P 198.

² Cass. 1^{re}. 20 Janv. 2011, n° 10-17357, bull.crim, n° 127, p 175. Cité par : François Delobbe. Op.cit, P123.

³ م 25 من الأمر رقم: 58/75 مؤرخ في 1975/09/26، والمتضمن القانون المدني المعدل والمتمم بالقانون رقم: 10/05 المؤرخ في: 2005/06/20، ج ر، ع 44، بتاريخ 2005/06/26.

⁴ صابر محمد السيد، المرجع السابق، ص 211.

⁵ الحبيب بن طاهر، الفقه المالكي وأدلته، ج 4، مؤسسة المعارف، ط 3، بيروت، 2005، ص 379.

⁶ المادة 153 من ق.ع.ج.

وشتان بين النطاقين فليس الميت كالحي وليس تدنيس الجثة والمساس بها كانتهاك حرمة الإنسان الحي¹.

فبغدو كل جزء من جسم الإنسان موضوع علم بذاته ناهيك عن استخدامه كقطع غيار لعمليات نقل وزرع الأعضاء، احتدام الجدل بين رجال الطب والقانون حول تحديد لحظة تحقق الوفاة فالبعض يرى أن المسألة يحسمها القانون ورجال الطب يرون غير ذلك².

وبإرجاء المسألة على الجانب القانوني نجد أن رجال القانون تأخذهم الريبة في ترك الأمر بتفاصيله في أيدي الأطباء، خشية إعطائهم تقرير وفاة لشخص معين تحت تأثير الرغبة في إحراز سبق علمي في مجال عمليات نقل وزراعة الأعضاء والأبحاث العلمية فيثبتون أجهزة الإنعاش الصناعي على المرضى ويخضعونهم لهذا النظام الذي يؤدي إلى الإطالة الظاهرية للحياة لذلك يتوجب على المشرع التدخل بإصدار قانون يتضمن تعريف دقيق للموت وينظم إجراءات التثبيت من تحققه مستندا إلى القواعد العلمية الطبية لكي نكون أمام معيار قانوني موضوعي، ففي ظل هذا الجدل العلمي لتحديد لحظة الوفاة ومفهوم الموت الحقيقي نشأ معياران الأول تقليدي والثاني علمي حديث³.

فالأول يرى أن الوفاة تتحقق عند توقف الدورة الدموية وتوقف التنفس أي توقف القلب والرئتان عن العمل لكن أنتقد هذا المعيار على أنه غير واقعي مع التقدم العلمي الحالي فتوقف القلب مؤقتا عن النبض لا يمكن أن يكون دليلا قاطعا على حدوث الوفاة لأنه يمكن إعادته إلى عمله بواسطة الصدمة الكهربائية⁴.

ولعدم دقة هذا المعيار وجد معيار علمي حديث أكد على أن هناك أنواع للموت منها السريري، والموت الظاهري والموت الخلوي، أين تفقد فيه الحياة من سائر خلايا الجسم بعد

¹ عصام أحمد البهجي، المرجع السابق، ص 311.
² قرار الغرفة الجزائرية للمحكمة العليا ملف رقم 27582 الصادر بتاريخ 24 يناير 2004، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 06، الجزائر، 2005، ص 137.
³ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999، ص 51.
⁴ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، المرجع السابق، ص 52.

توقف وموت خلايا جذع المخ¹، وقد تبني المشرع الفرنسي² هذا المعيار وأيده في ذلك القانون الجنائي بالتأكيد على وجوب توفر الشروط التالية:

- 1- الغياب التام والكامل عن الوعي وانعدام الحركة التلقائية للجسم.
- 2- توقف كافة ردود الأفعال للجذع المخي.
- 3- انقطاع التنفس التلقائي (بدون أجهزة الإنعاش).
- 4- عدم وجود أي نشاط كهربائي في رسم المخ.

هذه هي الشروط التي اعتمدها المشرع الجزائري في قرار وزير الصحة³، المتعلق بنزع الأنسجة والأعضاء من أجل الزرع.

نخلص إلى القول أن موت جذع المخ المسؤول عن التنفس ونبضان القلب، ليس دليلاً هو الآخر قاطعاً، ولا ينهض أن يكون حقيقة علمية ثابتة يعتد بها لتعريف الموت وتحديد لحظة الوفاة.

إذن الواقع يثبت خلاف ذلك كما حدث في بريطانيا⁴ لفتاة أعلن الأطباء وفاتها لعدم وجود موجات أو نبضات، فرفض أهلها تقبل الأمر مما استدعى تدخل أطباء آخرين، وواصلوا استخدام أجهزة الإنعاش، فتنفست الفتاة وأفاقَت من غيبوبتها، وروت بعد ذلك ما كانت تسمعه عن الحوار بين الأطباء لتقرير موتها.

خلاصة لما سبق يتجلى لنا أنه بالإضافة إلى توافر الشروط السابقة الذكر فلا بد من إضافة شرطين آخرين وهما:

أ- موت جميع خلايا الدماغ، بحيث لا يكون فيها أي نشاط كهربائي أت من خلايا الدماغ.

¹Pierre-louis FAGAWIEZ, op.cit , P 420.

²Art 410, Code de la santé publique modifié et complété.

³ قرار وزاري رقم 89/39 الصادر بتاريخ 1989/03/26 المتعلق بنزع الأنسجة والأعضاء.

⁴ Georges PILARD : reanimated of patients, Anna STEVENSON, Harrap's shorter8th ed. HARRAP, 2006, P250.

ب- أن تكون جميع الأفعال المنعكسة مفقودة تماما بما في ذلك الأفعال المنعكسة من النخاع الشوكي.

كما يجب التفريق¹ بين موت الشخص وموت الأنسجة، فهذه الأخيرة قد تستمر فيها الحياة لفترة ساعتين أو أكثر من ذلك خاصة بالاستعانة بأجهزة الإنعاش، وهذا ما يحتاج إليه الأطباء عند نزع الأعضاء من جنث الموتى لزرعها للأحياء².

أما من جانبنا نرى أن الموت من مفاتيح الغيب الخمس استأثر المولى بعلمها حيث قال: "وَمَا كَانَ لِنَفْسٍ أَنْ تَمُوتَ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ"³.

بعدما أوضحنا مفهوم العمل التمريضي والمقصود بالجسم البشري سنحاول بحث أساس إباحة العمل التمريضي وشروطه في الآتي.

¹ مارك نصر الدين: نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن والشريعة الإسلامية، الجزء الأول، الكتاب الثاني، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص 278.

² جلال الجابري: الطب الشرعي والسموم، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، ودار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2002، ص 51.

³ سورة آل عمران: الآية 145.

المبحث الثاني: إباحة العمل التمريضي وشروطه

يعتبر جسم الإنسان من أبداع وأقدس الكائنات الحية على وجه الأرض بنص التشريعات السماوية وحتى الوضعية، ولما كانت حتمية الضعف والمرض اللذان جُبلَ بهما بنو الإنسان تستدعي تدخل غيره من أجل مواساته وعلاجه بأشكال مختلفة تتطلب المساس بحرمة جسده، عملت مختلف التشريعات الوضعية منها على تنظيم إباحة العمل التمريضي باعتباره عملاً من أعمال العلاج وحددت له شروطاً خاصة حتى لا يتم العبث به. وعليه سنحاول أن نتحدث عن أساس إباحة العمل التمريضي كمطلب أول، ثم ننتقل للحديث عن بعض الشروط التي نظمها المشرع الجزائري على وجه الخصوص لممارسة العمل التمريضي ممارسة شرعية.

المطلب الأول: أساس إباحة العمل التمريضي

يمكن إبراز أساس إباحة العمل التمريضي في موقفين هامين أولهما موقف الشريعة الإسلامية من عمل التمريض وهو ما يختص به الفرع الأول، ثم موقف بعض المنظمات الدولية باعتبارها تلك التي تعمل على توحيد وضبط مختلف تشريعات العالم لما يتعلق بحماية الكيان البشري.

الفرع الأول: أساس إباحة العمل التمريضي في الشريعة الإسلامية

يعتبر التمريض من أشرف المهن وأنبها على وجه الأرض باعتباره وسيلة يتبين من خلالها انقياد العبد لربه والامتثال لأوامره بالمساهمة في حفظ وحماية هذه النفس وتقديسها والعمل على إحيائها بثتى الوسائل.

ولقد كان الطب من العلوم التي اهتم بها العرب وقد كانوا أول من استخدم التخدير كوسيلة لتخفيف الآلام، وأطلق عليه اسم المرقد كما كانوا أول من استخدم الكاويات.¹

¹ - السيد عبد الحكيم عبد الله، الإعجاز في الطب النبوي، دار الأفاق العربية، الطبعة الأولى، مصر، 1998، ص47.

إذ روي عن النبي صلى الله عليه وسلم حين أصيب سعد بن معاذ في ذراعه وأدى ذلك إلى نزيف أن قام الرسول صلى الله عليه وسلم بكَيِّ مكان النزيف بنصل سهم محمى على النار.

وكان للمرأة العربية في صدر الإسلام فضل كبير في ميدان الإسعاف والتمريض، فلقد لعبت بعض نساء العرب أدوار سجلها مؤخرا الطب العرب منذ فجر الإسلام، فقد تطوعت بعض الصحابيات المؤمنات في غزوات الرسول بقصد خدمة المجاهدين والعناية بمرضاهم ومداواة جرحاهم، رغبة في ثواب الجهاد عند الله بجانب واجبهن الأصلي، كربات بيوت، يقمن بتربية أطفالهن ورعاية أزواجهن وقد سماهن العرب "بالآسيات أو الأواسي" ومعناها المشاركة الوجدانية¹.

وعليه فإذا كان الغرب يحتفل بأول ممرضة في التاريخ وهي "فلورنس ناي تنجل" الألمانية سنة 1836، فما هي رفيده بنت كعب الأسلمية رضي الله عنها أول ممرضة في تاريخ الإسلام، حيث كانت تمرّض المصابين والجرحى في الحروب. وقد كان لرفيده رضي الله عنها خيمة لمداواة الجرحى، ولما أصيب سعد بن معاذ بسهم في معركة الخندق قال النبي صلى الله عليه وسلم، اجعلوه في خيمة رفيده التي في المسجد حتى أعوده وتقديرا من النبي صلى الله عليه وسلم لجهودها في غزوة خيبر في مداواة الجرحى وخدمة المسلمين، وقد أسهم لها بسهم رجل مقاتل²، بل أكثر من ذلك فلقد شهد التاريخ للعديد من أمهات المؤمنين بممارستهن لهذه المهنة.

فتلك هي أمنا عائشة رضي الله عنها وأرضاها، بنت أبي بكر الصديق³ وزوجة النبي صلى الله عليه وسلم، التي خرجت مع أم سليم في غزوة أحد وقامت بتمريض الرسول صلى

¹ - ابن قيم الجوزية ، الطب النبوي، دار القلم العربي، حلب، طبعة 1995، 987.

² -الإمام ابن تيمية تقي الدين أبو العباس أحمد، فقه السيرة النبوية ، المجلد الأول ، دار الكتاب اللبّاني ، بدون طبعة ،لبنان ، ص 1112.

³ - جواد علي ، المفصل في السيرة ، الجزء الثامن ، دار النشر والتوزيع ، سوريا ، 2001 ، ص 387

الله عليه وسلم وعلاجه حينما اشتد به المرض، كما عملنا على نقل المياه وسقي العساكر، ومداواة الجرحى¹.

كما برز اسم الربيع بنت معوذ رضي الله عنها التي تطوعت هي الأخرى بسقاية الجيش ومداواة الجرحى، ورد القتلى إلى المدينة، كذلك ممّنة بنت جحش رضي الله عنها التي تطوعت في معركة أحد، إلى جانب أم أسنان الأسلمية رضي الله عنها التي حدثت عن تطوعها في غزوة خيبر فقالت: ما أراد رسول الله صلى الله عليه وسلم الخروج إلى خيبر جنّته فقلت: يا رسول الله أخرج معك في وجهك هذا؟ أفرز السقاء وأداوي المرضى والجريح، إن كانت هناك جراح، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم، أخرجني على بركة الله، فإنّ لك صواحب قد كلّمتني وأذنت لهن من قومك ومن غيرهم فإن شئت فمع قومك، وإن شئت فمعنا، فقالت: ومعك، قال: فكوني مع أم سلمة زوجتي، قالت: فكنيت معها².

بالإضافة إلى عدد كبير من النسوة اللواتي كن يتنافسن للخروج مع الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم في الغزوات التي كان يواجهها و نذكر بعض منهن على سبيل المثال:

- أم حبيبة الأنصارية "نسيبة بنت حارث" قيل أنها اشتركت مع الرسول صلى الله عليه وسلم في سبع غزوات منها خيبر وكانت تداوي الجرحى وتعد الطعام وتقوم على رعاية المرضى³.
- أم زياد الأشجاعية شاركت هي الأخرى في غزوة خيبر وحنين وكانت تسقي وتداوي الجرحى وتناول السهام.
- أميمة بنت قيس الغفارية أسلمت وبايعت الرسول صلى الله عليه وسلم بعد الهجرة وفي غزوة خيبر كانت مع أم سلمة تداوي الجرحى وتعين المسلمين

¹ - عبد الرحمن بن سعد الحسيني ، منهج الإسلام في حماية سلامة الإنسان ، مذكّرة لنيل شهادة الماجستير في القانون ، جامعة أبو سلطان الكويت، 2005، ص37.

² - محمد بن إبراهيم التويجري، موسوعة الفقه الإسلامي، المجلّد الأول في السيرة، دار الكتاب السعودي، المملكة العربية السعودية، سنة 1994، ص257 .

³ - ابن هاشم، السيرة النبوية، الجزء الثالث، دار الكتاب، الإسكندرية، 1975، ص 145.

- أم سليم والدة أنس ابن مالك شاركت في غزوة أحد وخيبر وحنين ورافقت السيدة عائشة رضي الله عنهما وكن ينقلن المياه ويسقن عساكر المسلمين.¹
ولقد أخبرنا التاريخ على نشاط المرأة العربية المسلمة انتقل حتى ما بعد انتشار الإسلام خارج الجزيرة العربية، فقد شهدت بغداد وقرطبة والأندلس نشاطا كبيرا من النساء اللواتي عملن في التمريض وممارسته.

ففي أوائل الدولة الأموية كانت زينب "طبية بنت أود" من الماهرات في صناعة حالة ومداواة آلام العين والجروح وكانت تمرّض النساء والرجال على السواء.

وكانت أخت الحفيد ابن زهر الأندلسي² لهما دراية واسعة في مداواة أمراض النساء كما كانت أم الحسن بنت القاضي أحمد الطن جالي من أصل الأندلس ملّمة بعلم كثيرة أبرزها الطب وقد درست حتى فهمت أسبابه وأعراضه.³

ومن كل هذا نستخلص أن مهنة التمريض في العصر الإسلامي لها ضوابط إسلامية يمكن إجمالها كالتالي:

- السماح للمرأة الأجنبية بتمريض ومعالجة الأجنبي .
- جواز تطوع الأنثى لخدمة الجيش وتمريض عناصره وهذا يكرس مبدأ المساواة⁴
- وجوب استئذان القيادة العليا⁵ للاتحاق بخدمة الجيش الممثلة في شخص النبي صلى الله عليه وسلم.
- توزيع الممرضات حسب كفاءتهن وخبرتهن على الأعمال التمريضية المناسبة⁶

¹ - الإمام ابن تيمية، المرجع سابق ، ص1118.

² جواد علي، المفصل في السيرة، الجزء الثامن، دار النشر والتوزيع، سوريا، 2001، ص 421.

³ عمر رضا كحالة، أعلام النساء، الجزء الأول، الطبعة الأولى، الديوان الحلبي للمطبوعات، لبنان، سنة 1998، ص 451.

⁴ مبدأ المساواة الذي تبنته العديد من الدول وضمّنته في دساتيرها خصوصا في تقلد الوظائف العامة وهو ما نصّ عليه المشرع الجزائري صراحة في دستور 1996 ل 28 نوفمبر 1996 ولاسيما نص المادة 31 منه.

⁵ القيادة العليا وهو ما نستشفه ممّا تتبناه الأنظمة الإدارية من احترام وخضوع لما يمليه السلم الإداري وعلاقة الرئيس بالمرؤوس.

⁶ -مسألة التوزيع والكفاءة المتطلّبة لتقلد الوظائف هي من المسائل الجوهرية التي أصبحت تتبناها مختلف تشريعات الدول والاعتماد عليها كمعايير وأساليب لتطوير الخدمات الاجتماعية ولاسيما ما نصّ عليه القانون الأساسي العم للوظيفة العامة:

- اختيار الممرضات ذوات السيرة الحسنة، فلقد كانت المتطوعات في غزوات الرسول صلى الله عليه وسلم من أمهات المؤمنين رضي الله عنهن أجمعين وأمهات الصحابة¹

الفرع الثاني: أساس إباحة العمل التمريضي في ظل المنظمات الدولية

لقد أنشأت منظمة الأمم المتحدة كهيئة عالمية تحكم وتنظم العلاقات الدولية عدة هيئات ولجان تكمل مهامها وتختص في دراسة ومعالجة شتى ميادين الحياة الاقتصادية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والثقافية ونذكر على سبيل المثال بعض منها كالتالي:

- منظمة الصحة العالمية:

لقد تم الإعلان عن هذه المنظمة من طرف الجمعية العممة للأمم المتحدة بتاريخ 07 أبريل 1948 حيث اهتمت بهذا الجانب من القطاع الصحي واعتبرته حجر الزاوية الذي يبني عليه قطاع الصحة بشكل عام وصرحت في تعريفها لمهنة التمريض على أنها عمل يؤدي بواسطة الممرضة لمساعدة الفرد مريضاً أو سليماً في القيام بالأنشطة التي تساهم في الارتقاء بصحته أو استعادة صحته في حالة المرض "أو الموت في سلام وأمان".

فلقد كان الفضل لهذه المنظمة في مساندة وتطوير هذه المهنة والتشجيع على ممارستها بل ورفعت رايها بقلم له صبغة دولية ترقى عن صفة المجتمع الواحد داخل البلاد الواحدة وذلك باعترافها للعديد من الحقوق والامتيازات التي ينبغي أن يحظى بها الممرض سواء على الساحة الدولية أم على المستوى الوطني لكل دولة².

¹ - المادة 75 من الأمر 03-06 المؤرخ في 15 يوليو 2006 وما تشترطه من مؤهلات علمية للالتحاق بالوظيفة العامة وحسن في السيرة.

² عبد الفتاح شوقي، تطور آداب مهنة الطب على مر التاريخ "مسؤولية الطبيب"، دار النشر للطباعة والتوزيع، جمهورية مصر العربية، 2007، ص89.

- جمعية الصحة الدولية:

فلقد قامت هذه الهيئة بدور فعال في تفعيل المهنة والبحث على مبادئها وأسسها فلقد فرضت هذه الجمعية وجودها خصوصا على المستوى الداخلي للمجتمعات وفي أوساط الأمم والشعوب.

وقد جاء في تعريفها لهذه المهنة ما يلي:

التمريض هو علم وفن يهتم بالفرد ككل ويعمل على تقديم وحفظ الفرد روحيا وعقليا وجسمانيا ومساعدته على الشفاء عندما يكون مريضا ويمتد الاهتمام بالفرد المريض إلى أسرته ومجتمعه ويشتمل ذلك على العناية ببيئته وتقديم التثقيف الصحي عن طريق الإرشادات والقنوة الحسنة¹.

فلقد قامت هذه الجمعية بإصدار عدة منشورات وتمت المصادقة عليها من طرف العديد من الدول كما يتجلى دور هذه الجمعيات في المراقبة والسهر على تطبيق كل ما من شأنه يدعم ويحافظ على هذه المهنة خاصة لما يتعلق الأمر بصحة الإنسان وبالتحديد ما أصبحت تعاشه شعوب العالم من أمراض خطيرة تعددت أسبابها ولاسيما منها تلك الحروب وما ينجر عنها من جرحى ومعطوبين وما إلى ذلك².

وبالتالي فلقد أصبح لمثل هذه الهيئات الدولية دور إيجابي ومحرك لمساعي مختلف الدول للتعاون من أجل حماية إعانة المتضررين والمرضى الذين يعانون من مختلف الإصابات.

- الجمعية الأمريكية للتمريض

فلقد كان لهذه الجمعية بالتحديد صدى كبير في المجتمع الأمريكي بالدرجة الأولى وبخصوص ترقية مستوى هذه المهنة بحيث ساهمت وناشدت العديد من أجل إرساء كل

¹ عبد الفتاح شوقي، المرجع السابق، ص 90.

² - اتفاقية الأمم المتحدة للعمال والمهنيين سنة 1987 المصادق عليها بموجب المرسوم الرئاسي رقم: 37-97 المؤرخ في 28 يناير 1997.

المساعي التي من شأنها ضمان أكبر قدر من الكفاءة العلمية لهذه المهنة بتأسيس جامعات كبرى تختص بتكوين إطارات وأصحاب شهادات عليا في هذا المجال باعتبارها مهنة يرسى عليها العمل الطبي بصفة عامة.

ولقد لعبت هذه الجمعية دور هاما في تحسيس وتوعية المواطن الأمريكي وجعله يقدس ويحترم هذه المهنة ويطمح في الامتھان بها. كما كان لها وجود في الساحة الدولية فلقد قامت هذه الجمعية بفضل مؤسسيها بأعمال قيّمة على مستوى بعض دول العالم ولاسيما منها تلك الدول التي تعاني شعوبها من مآسي الحروب والكوارث الطبيعية إذ تبث عملها في مجالات الطب والتمريض وتقديم الإعانات اللازمة لمعطوبي الحرب والمتضررين من الزلازل والفيضانات¹.

المطلب الثاني: شروط ممارسة العمل التمريضي في القانون الجزائري

الفرع الأول: شرط الترخيص القانوني لمهنة التمريض

لقد نظم قانون 59-85 المؤرخ في 13 مارس 1985 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة والملغى بموجب الأمر 03-06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة وكذا قانون 05-85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها جملة من الشروط الواجب توافرها للالتحاق بالوظيفة العامة وسلك مستخدمي التمريض باعتبارهم موظفين عموميين.

إذ يمكن تقسيم هذه الشروط إلى ذاتية وأخرى موضوعية.

البند الأول : الشروط الذاتية

ويمكن حصر هذه الشروط في شرطين أساسيين يتعلقان بذات الشخص المترشح للتوظيف وهما:

¹ - عبد الفتاح شوقي، المرجع السابق، ص 91.

1- شرط الجنسية:

إن من أهم الأسس التي تبنى عليها سيادة الدولة وتتجسد حقيقتها هو فرض مثل هذه الشروط وهي أن يتقَدَّ الوظائف العامة الأشخاص الذين يحملون جنسيتها باعتبارها أنسب مجال يعكس مفهوم الدولة ومدى خضوع الأفراد لكيانها ونظامها وبذلك تتحقق فكرة المرفق العام الذي يضمن امتيازات وسلطات الدولة من جهة وتحقيق الصالح العام من جهة أخرى لكافة أفراد المجتمع الواحد دون تمييز¹.

وعليه فلعلَّ عامل الجنسية من أهم العوامل التي تحافظ على سيادة الدولة بإعطاء الأولوية لرعاياها الأصليين دون سواهم في تقلد الوظائف ولعله أمر يجانب الصواب، فإنه من غير اللائق أن توكل مثل هذه المهام إلى أجنبى دون أن تكون لهم جذور أصلية ونشأة عريقة تنسبهم من أب إلى جدّ أو حتى أنهم لم يحملوا شعار الوطنية أو لم يحتضنوه و في حقيقة الأمر هي أمور معنوية تتعلق بميلاد الشخص وتربيته وتكوينه ومعاشرته لأهل هذه الدولة بطلوها ومرّها وتقبّل هذه المعمورة مهما كانت أوصافها لأنها أرض ولد عليها أجداده وآبؤه وكانت لها الفضل في احتضانه ورعايته هو الآخر.²

2- شرط السن:

لقد ضمّن المشرع الجزائري في هذا الشرط في العديد من القوانين وترك ذلك للتنظيمات الداخلية التي تحكم الهيئات العمومية التي هي في حاجة للتوظيف.³

البند الثاني: الشروط الموضوعية

يمكن حصر هذه الشروط في شرطين أساسيين هما شرط التمتع بالحقوق المدنية وشرط المؤهلات العلمية وهو ما نعرضه كالتالي :

¹ محمد يوسف المعداوي، دراسة في الوظيفة العامة في النظم المقارنة و التشريع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1989، ص 69.

² م 1/75 من ق 03/06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة.

³ م 2/75 من ق 03/06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة.

1- شرط التمتع بالحقوق المدنية:

لقد اشترطت مختلف التشريعات مثل هذا الشرط ومنها المشرع الجزائري وهو عدم حرمان الشخص الذي هو بصدد تقلد الوظيفة العامة من أهم الحقوق وهي الحقوق المدنية كحق العمل وحق التعلم وحق التدريس إن كان أهلا لذلك¹ وحق الإقامة وحق التنقل وحق الانتخاب وغيرها من الحقوق المدنية الأخرى لأنها من أهم العناصر التي تعكس شخصية الإنسان في حياته اليومية و رواجه بين مجتمعه ومعرفته لأحوال شعبه وتجاوب ذهنيته مع غيره.²

أن لا تحمل شهادة السوابق القضائية ملاحظات تننافي وممارسة الوظيفة المراد الالتحاق بها خصوصا بالنسبة لسلك التمريض بحيث ينبغي على هذا الموظف الاحتكاك بالمريض بمختلف سبل التعامل بغية علاجه وتحقيق الهدف الصحي اللذان يقتضيان صفات رفيعة ومعاملات نبيلة يتصف بها الشخص.³

أن يكون في وضعية قانونية سليمة اتجاه الخدمة الوطنية.⁴

2- المؤهلات المطلوبة للالتحاق بالوظيفة:

لقد عرفت مختلف التشريعات تطور كبيرا في ميدان ترقية الخدمة العمومية وذلك باشتراط كفاءات علمية وتكوينات تقنية التي من شأنها إعطاء ضمان أكثر لحسن سير المرفق العام وتحقيق المصلحة العامة على وجه أتم وأصح وفق ما تنص عليه مختلف التنظيمات الإدارية والتشريعات القانونية ومحاولة جعل كل ذا كفاءة وخبرة عملية من أصحاب الأولوية.

¹ - سليمان علي علي، النظرية العامة للالتزام في القانون المدني الجزائري، دار المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998، ص 142 إلى 145 .

² م 3/75 من ق 03/06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة.

³ م 4/75 من ق 03/06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العامة.

⁴ الوضعية القانونية اتجاه الخدمة الوطنية تطور المشرع في تحكيمها بحيث نلاحظه في ق 85-59 كان يشترط على الموظف تقديم شهادة الإعفاء من الخدمة الوطنية حاليا في أمر 06-03 بشرط الحالة القانونية للشخص فقط أي أنه في إطار تكوين.

الفرع الثاني: شرط رضا المريض

لإباحة تدخل الطبيب يشترط المشرع أن يتم ذلك برضاء المريض¹ أو النائب عنه قانوناً، شفاهة أو كتابة.

إن الرضا معناه الموافقة على العلاج أو رفضه حسب ما تقتضيه مصلحة المريض² فهي سابقة عن العمل الطبي ذاته وعلّة ذلك هي رعاية ما لجسم الإنسان من حصانة فقها وقانوناً كما يجب أن يكون الرضا حراً ومتبصراً أي مبنيًا على أساس من العلم المستنير بطبيعة ونوعية التدخل الطبي ومخاطره المحتملة وهذا من أجل إيجاد نوع من التوازن في العلاقة بين الطبيب والمريض إذ أن البعض يصف العقد الطبي بعقد إذعان³.

كما يجب أن يصدر الرضا أيضاً عن من هو أهل له، ومتى كان المريض بالغاً راشداً متمتعاً بكامل قواه العقلية فإن رضاه المتبصر بالتدخل العلاجي لا يثير مشكلة.

غير أنه إذا كان في وضع لا يسمح له بإبداء موافقته، لكونه في غيبوبة، أو عديم الأهلية⁴ أو ناقصها فصدور الرضا يكون ممن ينصبه القانون ممثلاً له. فلا يجوز أن يرغم شخص على تحمل المساس بسلامة جسده وتكامله ولو كان ذلك من أجل مصلحته حيث نصت المادة 154 السالفة الذكر من قانون 05/85⁵ لحماية الصحة وترقيتها على ما يلي: "يقدم العلاج الطبي بموافقة المريض أو من يخولهم القانون إعطاء موافقتهم على ذلك...". وأكدت على ذلك المادة 44 من المرسوم التنفيذي رقم 276/92⁶ المتضمن مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يخضع كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض لموافقة المريض موافقة حرة ومتبصرة أو لموافقة الأشخاص المخولين منه أو من القانون...".

¹ مأمون عبد الكريم: المرجع السابق، ص 72.

² أحمد شوقي عمر أبو خطوة: المرجع السابق، ص 119.

³ محمد بودالي، القانون الطبي وعلاقته بقواعد المسؤولية، مجلة العلوم القانونية والإدارية، ع 03، كلية الحقوق بجامعة

جباللي ليايس، سيدي بلعباس، 2007، ص 9.

⁴ عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، نظرية الالتزام، مصادر الالتزام، المجلد الثاني، العمل الضار،

دار النهضة، ط 3، القاهرة، 1981، ص 341.

⁵ م 154 من ق ص ج رقم: 05/85 .

⁶ م 44 من م ت رقم: 276/92.

كما أضافت المادة 142¹ من نفس المرسوم على حرية اختيار المرضى لأطبائهم وحرية مغادرتهم لهم بقولها: "للمريض حرية اختيار طبيبه أو جراح أسنانه أو مغادرته....".

بالإضافة إلى ما أكدت عليه المادة 252² من نفس المرسوم على ضرورة الحصول على رضا الأولياء أو الممثلين القانونيين عند تقديم العلاج لقاصر أو بالغ عاجز عن التعبير عن إرادته وقبوله بالتدخل الطبي لعلاجها بقولها: "يتعين على الأطباء أو مساعديهم من المرضى المطلوب منهم تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي ويحصل على موافقتهم...". فإذا رفض الشخص المراد علاجه التدخل الطبي، يكون لهذا الرفض أثر قانوني في تحديد مسؤولية المعالج³.

لذلك فإنه يشترط عند رفض المريض للعلاج تصريح كتابي بذلك، وعلى الممرض أن يخبر المريض أو ممثله، المخول قانونا بالموافقة، بعواقب هذا الرفض⁴. إذ أن كتابة رفض العلاج تبرئ نمة الممرض من المسؤولية⁵، وفي هذا الصدد نصت المادة 49⁶ من مدونة أخلاقيات الطب بالقول: "يشترط من المريض إذا رفض العلاج الطبي أن يقدم تصريحا كتابيا في هذا الشأن".

لكن قد يتعذر الحصول على رضا المريض أحيانا ومع هذا يقوم الممرض بعمله دون الحاجة إلى انتظار رضا هذا الأخير وذلك في حالتين:

البند الأول: حالة الضرورة

سنتناول هذه الحالة لاحقا في المطلب الثاني من المبحث الثاني بنوع من التفصيل، غير أننا نحاول إلقاء نظرة خاطفة عليها من خلال بعض النصوص القانونية حسب ما نصت

¹ م 42 من م.ت رقم 276/92.

² م 52 من م.ت رقم 276/92.

³ منير رياض حنا: المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدلة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية 1989، ص 101.

⁴ هدى حامد قشقوش، المرجع السابق، ص 42.

⁵ محمد حسنين منصور، المسؤولية الطبية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 1999، ص 41.

⁶ م 49 من م.ت رقم 276/92.

عليه المادة 109¹ من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أو أي ممارس صحي أن يسعف مريضا يواجه خطرا وشيكا أو أن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له".²

ومثال ذلك كأن يحضر إلى المستشفى مريض اثر إصابته في حادث وهو في حالة غيبوبة تستلزم التدخل العلاجي الاستعجالي لإسعافه من خطر قد يهدد حياته³، وهو ما أكدت عليه المادة 09 من مدونة أخلاقيات الطب بوجود تقديم الإسعافات الضرورية للمريض.

كما تناولت هذه الحالة المادة 205⁴ من قانون 05/85 لحماية الصحة وترقيتها بنصها: بنصها: "يمنع أي طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو ممرض أو وقف حقه في ممارسة مهنته أن يجري فحوصا... إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاج مستعجل قصد الإسعاف الأولي".

أضف إلى هذا تناول قانون العقوبات هذه الحالة في مادته 48⁵ بنصها: "لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب جريمة قوة قاهرة لا قبل له بردها".

بناء على ما تقدم نلاحظ أن القانون أجاز هذه الإسعافات الأولية دون تهاون (حالة الضرورة) بل أنه حتى أمر بها بالنصوص القانونية وفي حالة مخالفتها تقوم مسؤولية الممرض الجزائئية على أساس عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر (المادة 2/182 من قانون العقوبات الجزائري)⁶.

¹ م 9 من م.ت رقم 276/92.

² هدى حامد قشوش، المرجع السابق، ص 42.

³ المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، الجزء الأول، المسؤولية الطبية، منشورات الحلبي، ط 02، بيروت، 2004، ص 97.

⁴ م 205 من ق.ص. ج، رقم 05/85.

⁵ م 48 من أمر 66-156 الصادر بتاريخ 08 جوان 1966 المتضمن قانون العقوبات الجزائري المعدل والمتمم.

⁶ م 182 من الأمر 66-156.

البند الثاني: حالة تهديد الصحة العامة للمجتمع

هناك من الأمراض المبينة والمحددة حصريا كانتشار الأوبئة وهناك التقيحات الإجبارية لمكافحتها وفي هذه الحالة يقوم الممرض بالعمل ولو رفض المريض ذلك¹، وعندئذ لا تستند الإباحة إلى استعمال الرخصة وإنما تستند إلى تنفيذ القانون أو استعمال السلطة العامة لما لها من قوة جبر كتشريح الجثة بناء على طلب من السلطة القضائية² وهو ما أشارت إليه كذلك المادة 39³ من قانون العقوبات الجزائري بقولها: "لا جريمة إذا كان الفعل قد أمر أو أذن به القانون...".

إن النص هنا جاء عاما وشاملا لم تحدد فيه الأفعال التي تشملها الإباحة إذا ارتكبت بناء على أمر أو إذن القانون ويكمن الفرق بين أمر القانون وإذن القانون في أن الإذن جوازي في ترك الحرية الشخصية للشخص للقيام بالفعل أو الامتناع عنه، بينما الأمر عكس ذلك فهو إجباري ومخالفته تقيم المسؤولية الجزائية⁴.

خلاصة لما سبق إذا أجرى الممرض عمله في غير هاتين الحالتين دون رضا المريض يتخلف سبب الإباحة بتخلف شرط من شروطه وبالتالي تقوم مسؤولية الممرض الجنائية.

الفرع الثالث: شرط مراعاة الأصول والقواعد المهنية

حتى يكون التمريض مباحا إلى جانب الشروط الثلاثة السابقة أن يكون عمل الطبيب مطابقا للأصول الفنية للتمريض التي يعرفها أهل الطب والتمريض⁵ بحيث لا يتسامحون مع من يستهين بها ممن ينتسب إليهم، ولقد عرف الفقهاء الأصول العملية بأنها: "تلك المبادئ

¹ Domitille DUVAL-ARNOULD; Marc DUVAL-ARNOULD, Droit et Santé, Acte infirmerie, éd. MASSON, Paris, 2002, coll. Droit médical pratique, P213.

² قرار الغرفة الجنائية للمحكمة العليا رقم 152292، الصادر بتاريخ 23 أبريل 1999 م.ق، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 04، 1999، ص 67.

³ م 39 من ق.ع.ج.

⁴ BERNAR, DINI, Droit, Pénal général, Paris, Gualino, 2003.

⁵ عبد الحميد أشورابي، مسؤولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجنائية والتأديبية، الطبعة الأولى، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1998 ص 199.

والقواعد الثابتة والمتعارف عليها نظريا بين طائفة الممارسين للصحة". أو هي مجموعة القواعد النظرية والعملية لمستقرة بين أهل الطب والتمريض ولم تعد محل نقاش بينهم أي هي الحد الأدنى الذي يجب مراعاته في العمل التمريضي¹ إلا استثناء كحالة الضرورة.

فإذا خالف الممرض أتباع هذه الأصول والقواعد حقت عليه المسؤولية الجنائية بحسب تعمده أو تقصيره، ومعنى هذا أن الممرض ليس ملزما عند ممارسة مهنته أن يطبق العلم كما في العلوم الدقيقة فالعلوم الطبية ليست كذلك إذ يوجد فيها مجال للاختلاف أي أنه إذا كانت طريقة علمية ما محل خلاف بين مؤيد ومعارض لها وأخذ بها الممرض فلا يعتبر مخالفا لتلك الأصول العلمية.

إن العبرة هي في أداء الممرض لأعماله على قدر من العناية وبذل الجهد الصادق اليقظ والذي يتفق مع ظروف وحالة المريض الصحية وفق الأصول العلمية².

أما إذا ثبت أن الممرض قد خالف هاته القواعد والأصول المتعارف عليها بين أهل المهنة سواء نتيجة جهلة التام بها ومثال ذلك إتباع نظرية طبية مهجورة تخلى عنها الأطباء وأحيانا أخرى إذا اتبع الممرض النظرية الحديثة لم يستقر العمل التمريضي³ عليها بعد فحينئذ تقوم مسؤوليته الجزائية كما جاء في المادة 18⁴ بقولها: "لا يجوز النظر في استعمال علاج جديد للمريض إلا بعد إجراء دراسات بيولوجية...".

على هذا الأساس يعد هذا الممرض مخالفا للأصول والقواعد التمريضية كاللجوء إلى الكي التقليدي والشعوذة كما جاء في المادة 31 من المدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر بنصها: "لا يجوز لطبيب أو جراح أسنان أو ممرض أن يقترح على مرضاه أو المقربين إليهم علاجاً أو طريقة وهمية... وتمنع عليه كل ممارسات الشعوذة"⁵.

¹ Alain TREBUCQ, « L'acte d'infirmier : de risque et de la confirme en la santé » in : la darne de praticien, vol.61, n° 01 janv.2011, PP 21,22.

² أبو اليزيد على المتيت: جرائم الإهمال، الطبعة الثالثة، دار الجامعة للنشر، القاهرة، 1975، ص 219.

³ CE;5/755R,27 oct 2000 n° 208640 au recueil Dalloz, «Acte infirmerie et la faute pénal». n°6, 2001. P 187.

⁴ م 18 من م.ت رقم 92-276.

⁵ م 31 من م.ت 92-276.

في هذا الصدد نصت المادتين 10 و 11 من المرسوم التنفيذي رقم 106/91 المعدل والمتمم على تحسين المستوى العلمي وتجديد المعرفة من أجل مواكبة التقدم العلمي في ميادين الطب والاكتشافات الجديدة بمساعدة الدولة، حيث نصت المادة 10 بقولها: "تلتزم الهيئة المستخدمة بما يلي:

❖ تقوم بالتكوين وتحسين المستوى وتجديد معارف الممارسين...

❖ تحديث معارف الممارسين..."¹.

تجدر الإشارة هنا إلى أن هذا التحسين للمستوى عن طريق التكوين يتم على حساب نفقة الدولة من أجل تحسين مردودية العمل التمريضي وهذا ما أكدته المادة 11 من نفس المرسوم بقولها: "يستفيد الممارسون الطبيون في الصحة العمومية من غيابات خاصة مدفوعة الأجر في إطار المشاركة في التظاهرات العلمية"².

كما يعد عمل الممرض غير مطابق للأصول العلمية والتمريض إذا كان مارس المهنة في ظروف سيئة وغير ملائمة للقواعد التمريضية كافتقاره لوسائل الكشف والتشخيص والعلاج الحديثة وهذا ما نصت عليه المادة 14 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يجب أن تتوفر للطبيب أو جراح الأسنان أو الممرض في المكان الذي يمارس فيه مهنته تجهيزات ملائمة ووسائل تقنية كافية لأداء المهمة ولا ينبغي للممرض بأي حال من الأحوال أن يمارس مهنته في ظروف من شأنها أن تضر بنوعية العلاج أو الأعمال الطبية"³.

إضافة لذلك أكدت المادة 15 من نفس المدونة أنه: "من حق الطبيب أو جراح الأسنان أو ممارس التمريض ومن واجبه أن يعتني بمعلوماته الطبية ويحسنها"⁴. إذ لا يجب أن تمارس المهن التمريضية خارج المجال المتعارف عليه بين أعضاء المهنة مما قد ينتج عنه

¹ م 10 من المرسوم التنفيذي رقم 106/91 المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين، المؤرخ في 1991/05/15 المعدل والمتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 393/09 الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية، ج.ر، ع 70، الصادرة بتاريخ 29 نوفمبر 2009.

² م 11 من م.ت رقم 393/09.

³ م 14 من م.ت رقم: 276/92.

⁴ م 15 من م.ت رقم: 276/92.

احتمال تعرض المريض لخطر حسب ما أشارت إليه المادة 17 من المدونة المشار إليها أعلاه حيث نصت على أنه: "يجب أن يمتنع الطبيب أو جراح الأسنان أو ممارس التمريض عن تعريض المريض لخطر لا مبرر له خلال فحوصه الطبية أو علاجه"¹.

خلاصة لما سبق نستنتج أن إباحة الأعمال التمريضية بصفة عامة والماسة بالسلامة الجسدية بصفة خاصة لا بد أن يكون هدفها خدمة الصحة العامة للأفراد والمجتمع حسب أسس وشروط وقيود أحدها رئيسي وهو إذن القانون والآخرين بمثابة شروط كالترخيص القانوني ورضا المريض وقصد العلاج حسب الأصول والقواعد التمريضية فإن تخلف أحد هذه العناصر أصبح عمل الممرض غير مشروع وتنتفي أسباب إباحته وتقوم عندئذ مسؤوليته الجزائية وهذا الرأي هو الراجح فقها وقضاء.

¹ م 17 من م.ت رقم: 276/92.

الفصل الثاني: المهام المنوطة بالمرضى في ظل التشريع الجزائري

لقد نظم المشرع الجزائري هذه الفئة من المرضى وسماهم بالأسلاك الشبه الطبية بالرغم من تنوع اختصاصاتهم وهو ما جاء به المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 15 ربيع ثاني عام 1432 هـ الموافق لـ 20 مارس 2011 يتضمن القانون الأساسي للموظفين المنتمين للأسلاك الشبه الطبية للصحة العمومية الذي يحدد تنظيم ومهام هذه الفئة وهو ما سنحاول الحديث عنه خلال المبحثين الآتيين.

المبحث الأول: مهام المرضى المتخصصون في شعبي العلاج وإعادة التأهيل والتكيف

يتحدد بموجب ما نص عليه المشرع الجزائري في المرسوم التنفيذي رقم 11-121 اختصاص وطبيعة هاتين الشعبتين وهو ما سوف ندرجه في الفرع الأول بعنوان المرضى المتخصصين في شعبة العلاج ثم الحديث عن شعبة إعادة التأهيل والتكيف في الفرع الثاني.

المطلب الأول: مهام المرضى المتخصصون في العلاج

لقد نصت كل من المادة 20 على ما يلي: "تضم شعبة العلاج أربعة أسلاك وهي:

- سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية¹.
- سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية².
- سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية³.
- سلك المرضى للصحة العمومية⁴.

¹ م 1/20 من م ت رقم: 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 والمتضمن القانون الأساسي للموظفين المنتمين للأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، ج.ر، ع 17، السنة 48، 2011.

² م 2/20 من م ت رقم: 11-121.

³ م 3/20 من م ت رقم: 11-121.

⁴ م 4/20 من م ت رقم: 11-121.

الفرع الأول: سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية

البند الأول: مساعد التمريض للصحة العمومية

يوظف مساعداو التمريض للصحة العمومية على أساس الشهادة، من بين المترشحين الذين تابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة سنتين (2) في مؤسسات التكوين التابعة للوزارة المكلفة بالصحة¹.

يتم الالتحاق بالتكوين، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، من بين المترشحين الذين يثبتون السنة الثالثة (3) من التعليم الثانوي².

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

يكلف مساعداو التمريض للصحة العمومية، لاسيما بالنظافة الجسمية للمرضى ومحيطهم وتقديم علاجات التمريض الأساسية والقيام بالمهام المرتبطة بالفندقية وحفظ الصحة الاستشفائيين³.

ويشاركون في صيانة التجهيزات وترتيب العتاد⁴.

البند الثاني: مساعد التمريض رئيس للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد تمريض رئيسي للصحة العمومية:

1- عن طريق امتحان مهني، من بين مساعدي التمريض للصحة العمومية الذين

يثبتون خمس (5) سنوات في الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁵.

¹ م 1/24 من المرسوم رقم 121-11.

² م 2/24 من م.ت رقم 121-11.

³ م 1/22 من م.ت رقم 121-11.

⁴ م 2/22 من م.ت رقم 121-11.

⁵ م 1/25 من م.ت رقم 121-11.

2- على سبيل الاختبار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، من بين مساعدي التمريض للصحة العمومية الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

زيادة على المهام المسندة لمساعدو التمريض للصحة العمومية، يكلف مساعدو التمريض للصحة العمومية، يكلف مساعدو التمريض الرئيسيون للصحة العمومية، لا سيما بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابيا وشفويا من أجل ضمان استمرارية العلاج².

الفرع الثاني: سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية

يضم سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية رتبتين هما كالآتي:

البند الأول: ممرضون رعاية الأطفال للصحة العمومية

يوظف أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية على أساس الشهادة، من بين المترشحين الذين تابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة سنتين (2) في مؤسسات التكوين التابعة للوزارة المكلفة بالصحة³.

يتم الالتحاق بالتكوين، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، من بين المترشحين اللذين يثبتون السنة الثالثة (3) من التعليم الثانوي⁴.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

يكلف أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية، لاسيما:

¹ م 25/2 من م.ت رقم 11-121.

² م 23 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/31 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/31 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/31 من م.ت رقم 11-121.

- بالنظافة الجسمية للطفل والأم ومحيطهما والقيام بعلاجات التمريض الأساسية والمهام المرتبطة بالفندقية وحفظ الصحة الاستشفائيين وصيانة وترتيب العتاد¹.
- بالمشاركة في نشاطات اليقظة والترفيه².

البند الثاني: ممرض عون رعاية الأطفال رئيسي للصحة العمومية

يرقى بصفة عون رعاية الأطفال رئيسي للصحة العمومية:

- 1- عن طريق الامتحان المهني، من بين أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.
- 2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل، في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، من بين أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.

زيادة على المهام المسندة لأعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية، يكلف أعوان رعاية الأطفال الرئيسيون للصحة العمومية، لاسيما بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابيا وشفويا من أجل ضمان استمرارية العلاج⁵.

الفرع الثالث: سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية

البند الأول: مساعد جراح الأسنان للصحة العمومية

يوظف مساعدا جراحيا للأسنان للصحة العمومية على أساس الشهادة، من بين المترشحين الذين تابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة سنتين (2) في مؤسسات التكوين التابعة للوزارة المكلفة بالصحة⁶.

¹ م 1/29 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/29 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/32 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/32 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 30 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/36 من م.ت رقم 11-121.

يتم الالتحاق بالتكوين عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، من بين المترشحين الذين يثبتون السنة الثالثة (3) من التعليم الثانوي¹.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

يكلف مساعدو جراحي الأسنان للصحة العمومية تحت مسؤولية جراح الأسنان، لاسيما بما يأتي:

- استقبال ووضع المريض وتحضير التجهيزات الطبية وحفظ العتاد وترتيبه³.
- الإعلام وتقديم النصائح الخاصة بنظافة الفم والأسنان للمرضى في مجال تخصصهم ومتابعة أشغال الرمامات بالاتصال مع مرممي الأسنان⁴.

البند الثاني: مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية:

- 1- عن طريق امتحان مهني، من بين مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁵.
- 2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، من بين مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁶.

زيادة على المهام المسندة لمساعد جراح الأسنان للصحة العمومية، يكلف مساعدو جراحي الأسنان الرئيسيون للصحة العمومية، لاسيما بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة

¹ م 2/36 من م.ت رقم 11-121.
² م 3/36 من م.ت رق 11-121.
³ م 1/34 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/34 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 1/37 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 2/37 من م.ت رقم 11-121.

بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابيا وشفويا من أجل ضمان استمرارية العلاج¹.

الفرع الرابع: سلك الممرضين للصحة العمومية

البند الأول: ممرض مؤهل

يكلف الممرضون المؤهلون، لاسيما بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية ويسهرون على حفظ الصحة والحفاظ على العتاد وترتيبه².

البند الثاني: ممرض حاصل على شهادة الدولة

يرقى بصفة ممرض حاصل على شهادة دولة:

- 1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الممرضون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.
- 2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، الممرضون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.

يخضع المترشحون المقبولين تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

زيادة على المهام المسندة للممرضين المؤهلين، يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات المتعددة.

¹ م 35 من م.ت رقم 11-121.

² م 39 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/44 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/44 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/44 من م.ت رقم 11-121.

وبهذه الصفة، يكلفون لا سيما بما يأتي:

- المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداواة المطبقة¹.
- تشجيع بقاء المرضى في إطار حياتهم العادية وإدماجهم فيها².

البند الثالث: ممرض للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة ممرض للصحة العمومية:

- 1- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة العلاج، تخصص العلاجات العامة³.
يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.
- 2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الممرضون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.
يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

يكلف الممرضون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- المساهمة في حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص واسترجاعها وترقيتها⁶.

¹ م 1/40 من م.ت رقم 11-121.
² م 2/40 من م.ت رقم 11-121.
³ م 1/45 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/45 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 3/45 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 1/41 من م.ت رقم 11-121.

- إنجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم، على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناء على بروتوكولات استعجالية مكتوبة في الحالات الاستعجالية القصوى¹.
- مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها².
- القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض³.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذاغوجيا⁴.

البند الرابع: ممرض متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة ممرض متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الممرضون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكوينا مدته من 12 إلى 18 شهرا، حسب التخصصات⁵.

تحدد مدة ومحتوى البرامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة للمرضى في الصحة العمومية، يكلف الممرضون المتخصصون للصحة العمومية، حسب تخصصاتهم، لاسيما بما يأتي:

- تنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلا عاليا، لاسيما العلاج المعقد والمتخصص⁷.

¹ م 2/41 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/41 من م.ت رقم 11-121.

³ م 4/41 من المرسوم رقم 11-121.

⁴ م 5/41 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/46 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/46 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/42 من م.ت رقم 11-121.

- المشاركة في تكوين شبه الطبيين¹.

تحدد قائمة التخصصات المذكورة أعلاه بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة.

البند الخامس: ممرض ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة ممرض ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الممرضون المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة للممرضين المتخصصين في الصحة العمومية، يكلف الممرضون الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وإنجازه³.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁴.
- ضمان متابعة نشاطات العلاج وتقييمها⁵.
- مراقبة نوعية وسلامة العلاجات والنشاطات شبه الطبية⁶.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات شبه الطبية⁷.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁸.

¹ م 2/42 من م.ت رقم 11-121.

² م 47 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/43 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/43 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/43 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/43 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/43 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 6/43 من م.ت رقم 11-121.

المطلب الثاني: الممرضون المتخصصون في إعادة التأهيل وإعادة التكييف

يضم هذا التخصص لشعبي إعادة التأهيل وإعادة التكييف مجموعة من الأسلاك يمكن حصرها في أربعة فئات وهي كالآتي:

الفرع الأول: سلك المتخصصين في إعداد وتركيب الأعضاء الاصطناعية

البند الأول: سلك مقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية

أولاً: مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية

يوظف بصفة مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص مقوم الأعضاء الاصطناعية¹.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزون شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي².

الثانوي².

يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- إنجاز المقومات للمريض³.
- المشاركة في إنجاز الحصائل قصد تقييم أسباب التشوهات وامتداد وآثار الجرح أو المرض أو الإعاقة⁴.
- إنجاز الوسائل الطبية التقنية في إطار إعادة التأهيل البدني والحركي⁵.

¹ م 1/91 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/91 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/88 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/88 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/88 من م.ت رقم 11-121.

- إنجاز القوامات والرمامات أو أي تقنية لتقويم عضو اصطناعي لتعويض وظيفة وضمان تكيفها¹.
- تصميم المشدات قبل وبعد الجراحة وإنجازها².
- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المريض³.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذاغوجيا⁴.

ثانيا: مقوم الأعضاء الاصطناعية متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم الأعضاء الاصطناعية المتخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁵.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة لمقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية، يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية المتخصصون للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

- تصميم الرمامات والقوامات والمشدات وصناعتها⁷.
- تنظيم عمل مقومي الأعضاء الاصطناعية وبرمجته ومراقبته⁸.
- السهر على الاستعمال العقلاني للوسائل وصيانة العتاد⁹.

¹ م 3/88 من م.ت رقم 11-121.

² م 4/88 من م.ت رقم 11-121.

³ م 5/88 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 6/88 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/92 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/92 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/89 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 2/89 من م.ت رقم 11-121.

⁹ م 3/89 من م.ت رقم 11-121.

ثالثا: مقوم الأعضاء الاصطناعية ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم الأعضاء الاصطناعية ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو الأعضاء الاصطناعية المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعو بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمة بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة لمقومي الأعضاء الاصطناعية المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه².
- برمجة نشاطات فريق الوحدة³.
- ضمان متابعة نشاطات تقويم الأعضاء الاصطناعية وتقييمها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات تقويم الأعضاء الاصطناعية⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

البند الثاني: سلك البصاراتيين النظاراتيين للصحة العمومية

أولا: ممرض بصاراتي نظاراتي مؤهل

¹ م 93 من م.ت رقم 11-121.
² م 1/90 من م.ت رقم 11-121.
³ م 2/90 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 3/90 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 4/90 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 5/90 من م.ت رقم 11-121.

يكلف البصاراتيون النظاراتيون المؤهلون بضمان تنفيذ كل الوصفات الطبية أو التصحيحات البصرية وإنجازها¹.

ثانيا: ممرض بصاراتي نظاراتي حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة بصاراتي نظاراتي حاصل على شهادة دولة:

أ- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، البصاراتيون النظاراتيون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².

ب- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، البصاراتيون النظاراتيون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة للبصاراتيين النظاراتيين المؤهلين، يكلف البصاراتيون النظاراتيون الحاصلون على شهادة دولة، لاسيما بما يأتي:

- إنجاز كل وصفة طبية خاصة بالتصحيحات البصرية وتنفيذها⁵.
- تقديم عدسات لاصقة وضمان وضعها حسب الوصفات الطبية⁶.
- تكييف القرصيات الاصطناعية⁷.

ثالثا: ممرض بصاراتي نظاراتي للصحة العمومية

¹ م 110 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/115 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/115 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/115 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/111 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/111 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 3/111 من م.ت رقم 11-121.

يوظف ويرقى بصفة بصاراتي نظاراتي للصحة العمومية:

1- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص بصريات ونظارات¹.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي².

2- عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، البصاراتيون النظاراتيون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

يكلف البصاراتيون النظاراتيون للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

- إنجاز وتكييف الأدوات الموجهة لتصحيح الإختلالات أو قصور البصر على أساس وصفة طبية⁵.
- تقديم الاستشارات لمستعملي المواد في مجال البصاريات والنظارات⁶.
- تحديد التجهيزات الملائمة للبصاريات والنظارات⁷.
- تسيير العتاد الموضوع تحت تصرفهم⁸.
- تسيير المخزونات⁹.

¹ م 1/116 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/116 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/116 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 4/116 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/112 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/112 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 3/112 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 4/112 من م.ت رقم 11-121.

⁹ م 5/112 من م.ت رقم 11-121.

- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذاغوجيا¹.

رابعاً: ممرض بصارتي نظارتي متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة بصارتي نظارتي متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، البصارتيون النظاراتيون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا².

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية³.

زيادة على المهام المسندة للبصارتيين النظاراتيين للصحة العمومية، يكلف البصارتيون النظاراتيون المتخصصون للصحة العمومية، لاسيما:

- بالمساهمة في تنفيذ الوصفة الطبية في مجال تشخيص شواش البصر⁴.
- تحديد العدسات المصححة الملائمة⁵.
- تنفيذ المناهج لعلم البصرييات في إطار نشاطات الصحة العمومية⁶.

خامساً: ممرض بصارتي نظارتي ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة بصارتي نظارتي ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، البصارتيون النظاراتيون المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه

¹ م 6/112 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/117 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/117 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 1/113 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/113 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 3/113 من م.ت رقم 11-121.

الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسند للبصاراتيين النظاراتيين المتخصصين للصحة العمومية، يكلف البصاراتيون النظاراتيون الممتازون للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة².
- برمجة نشاطات فريق الوحدة³.
- ضمان متابعة نشاطات البصاريات والنظارات وتقييمها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاجات ونشاطات البصاريات والنظارات⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

البند الثالث: سلك مقومي البصر للصحة العمومية

أولاً: ممرض مقوم للبصر للصحة العمومية

يوظف بصفة مقوم البصر للصحة العمومية على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص تقويم البصر⁷.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي⁸.

يكلف مقومو البصر للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

¹ م 118 من م.ت رقم 11-121.
² م 1/114 من م.ت رقم 11-121.
³ م 2/114 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 3/114 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 4/114 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 5/114 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 1/125 من م.ت رقم 11-121.
⁸ م 2/125 من م.ت رقم 11-121.

- القيام بفحص المريض وتحديد إمكانيات إعادة تأهيله باستعمال التقنيات الملائمة¹.
- ضمان تتبع ومتابعة العلاج².
- مسك وتحيين الملف الخاص بتقويم البصر للمريض³.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذا غوجيا⁴.

ثانيا: ممرض مقوم للبصر متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم البصر المتخصص للصحة العمومية، على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو البصر للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁵.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة لمقومي البصر للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر المتخصصون للصحة العمومية، طبقا للوصفة الطبية⁷، لاسيما بالتكفل بإعادة تأهيل المرضى المرضى المصابين بأنواع التلف المرتبطة بالسن أو الجانبية لمشكل قصر البصر الحاد والمرضى الذين يعانون من إصابات الشبكية⁸.

ثالثا: ممرض مقوم للبصر ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم البصر الممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو البصر المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا

¹ م 1/122 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/122 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/122 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 4/122 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/126 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/126 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/123 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 2/123 من م.ت رقم 11-121.

تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة لمقومي البصر للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر المتخصصون للصحة العمومية، طبقا للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة².
- برمجة نشاطات فريق الوحدة³.
- ضمان متابعة نشاطات تقويم البصر وتقييمها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات تقويم البصر⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

البند الرابع: سلك مقومي السمع للصحة العمومية

يضم هذا السلك ثلاث رتب يمكن إجمالها كالآتي:

أولاً: ممرض مقوم للسمع للصحة العمومية

يوظف بصفة مقوم السمع للصحة العمومية على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص تقويم السمع⁷.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي⁸.

¹ م 127 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/124 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/124 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/124 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 4/124 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 5/124 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/148 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 2/148 من م.ت رقم 11-121.

يكلف مقومو السمع للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- إنجاز وتقديم مساعدة سمعية للأشخاص ذوي قصور سمعية¹.
- وضع الرمامات السمعية ومراقبة فعالية الأجهزة وضمان المتابعة التقنية².
- تقديم الاستشارة والتربية في مجال الرمامة للمصابين بالقصور السمعي والمشاركة في نشاطات الكشف والتحسيس بالاتصال مع المتدخلين الآخرين، لاسيما في مجال طب العمل³.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجيا⁴.

ثانيا: مرض مقوم للسمع متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم السمع المتخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو السمع للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁵.

يحدد محتوى برنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة لمقومي السمع للصحة العمومية يكلف مقومو السمع المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- المشاركة في التكفل بالطفل والبالغ الذي يحتاج وضع مقومة السمع⁷.
- التكفل بالتقويم السمعي للمريض المصاب بالطنين¹.

¹ م 1/145 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/145 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/145 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 4/145 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/149 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/149 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/146 من م.ت رقم 11-121.

ثالثاً: ممرض مقوم للسمع ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم السمع الممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو السمع للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة إلى مقومي السمع المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو السمع الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال بالفريق الطبي، مشروع المصلحة³.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁴.
- ضمان متابعة النشاطات بتقويم السمع وتقييمها⁵.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات تقويم السمع⁶.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁷.

الفرع الثاني: السلك المكلفين بتهيئة المحيط العلاجي

¹ م 2/146 من م.ت رقم 11-121.

² م 150 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/147 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/147 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/147 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/147 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/147 من م.ت رقم 11-121.

يظم هذا التخصص ثلاث أسلاك مهمتها تهيئة المحيط والبيئة العلاجية وهو ما يمكن حسره كالآتي:

البند الأول: سلك المتخصصين في التغذية للصحة العمومية

يظم هذا السلك خمس رتب هي كالآتي:

أولاً: ممرض مختص في التغذية مؤهل

يكلف المختصون في التغذية المؤهلون بمساعدة المختصين في التغذية للصحة العمومية والمختصين في التغذية المتخصصين في تنفيذ مهامهم¹.

ثانياً: ممرض مختص في التغذية حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مختص في التغذية حاصل على شهادة دولة:

- أ- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في التغذية المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².
- ب- على سبيل الاختبار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، المختصون في التغذية المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقاً للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمة بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

¹ م 53 من م.ت رقم 11-121.
² م 1/58 من م.ت رقم 11-121.
³ م 2/58 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 3/58 من م.ت رقم 11-121.

زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية المؤهلين، يكلف المختصون في التغذية الحاصلون على شهادة دولة طبقا للوصفة الطبية بتنظيم وتقديم الاستشارة بشأن الأنظمة الغذائية للتصحيح والإصلاح وحفظ الصحة¹.

ثالثا: ممرض مختص في التغذية للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مختص في التغذية للصحة العمومية:

أ- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص تغذية. يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزون على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي².

ب- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في التغذية الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة بالوظيفة العمومية⁴.

يكلف المختصون في التغذية للصحة العمومية، طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- المشاركة في ترقية تطبيق أنظمة غذائية خلال الممارسة اليومية وتطويرها ودمجها وتنميتها⁵.

- القيام بتشخيص غذائي وتحديد أهداف غذائية للمريض وإعداد وجبات متوازنة وصحية قصد تسوية حالته الغذائية¹.

¹ م 54 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/59 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/59 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/59 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/55 من م.ت رقم 11-121.

- المشاركة في تقييم مستوى الخطر الغذائي لشخص أو جماعة².
- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المسعى الغذائي³.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذاغوجيا⁴.

رابعاً: ممرض مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في التغذية للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁵.

يحدد محتوى البرنامج وكذا كفاءات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية للصحة العمومية، يكلف المختصون في التغذية المتخصصون للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- تسيير كل مراحل السلسلة الغذائية⁷.
- المشاركة في إعداد ووضع مشروع الوقاية في التربية من أجل الصحة⁸.
- تنفيذ التدابير في مجال التغذية مع الأخذ بعين الاعتبار أهداف المواطنين وأولوياتهم في مجال التغذية⁹.
- السهر على تطبيق التنظيم الجاري به العمل في مجال الإطعام الجماعي¹⁰.

¹ م 2/55 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/55 من م.ت رقم 11-121.

³ م 4/55 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 5/55 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/60 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/60 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/56 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 2/56 من م.ت رقم 11-121.

⁹ م 3/56 من م.ت رقم 11-121.

¹⁰ م 4/56 من م.ت رقم 11-121.

- تقديم الاستشارة في مجال التغذية¹.

خامسا: ممرض مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في التغذية المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المختصون في التغذية الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه³.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁴.
- ضمان متابعة نشاطات التغذية وتقييمها⁵.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التغذية⁶.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁷.

البند الثاني: سلك مداوين بالعمل للصحة العمومية

أولا: ممرض مداوي بالعمل للصحة العمومية

¹ م 5/56 من م.ت رقم 11-121.
² م 61 من م.ت رقم 11-121.
³ م 1/57 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/57 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 3/57 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 4/57 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 5/57 من م.ت رقم 11-121.

يوظف بصفة مداوي بالعمل للصحة العمومية على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص التداوي بالعمل¹.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي².

يكلف المداوون بالعمل للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- المشاركة في إعداد حصيلة القدرات الوظيفية وجمع المعطيات العيادية والوبائية³ والوبائية³.
- تحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية ومرافقتها في المجالات البدنية والإدراكية والحسية والنفسية وكذا العلاقات داخل المؤسسة أو في الحياة اليومية⁴.
- تهيئة المحيط من أجل الاستعمال الأمثل للقوامات والمعدات والأجهزة المساعدة التقنية⁵.
- مسك ملف المريض في مجال التداوي بالعمل وتعيينه⁶.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁷.

ثانيا: مرض مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المداوون بالعمل للصحة العمومية

¹ م 1/69 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/69 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/66 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/66 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/66 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/66 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/66 من م.ت رقم 11-121.

الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا¹.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة للمداوين بالعمل للصحة العمومية، يكلف المداوون بالعمل المتخصصون للصحة العمومية، لاسيما بتنفيذ الأعمال والوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلا نوعيا، لاسيما في مجال تقييم العجز والقدرات والأداء الحركي والشعوري والحسي والإدراكي والعقلي والنفساني للمريض³.

ثالثا: ممرض مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المداوون بالعمل المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة للمداوين بالعمل المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المداوون بالعمل الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه⁵.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁶.
- ضمان متابعة النشاطات المتعلقة بالمداواة بالعمل وتقييمها¹.

¹ م 1/70 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/70 من م.ت رقم 11-121.

³ م 67 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 71 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/68 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/68 من م.ت رقم 11-121.

- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التداوي بالعمل².
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم³.

البند الثالث: سلك مقومي الحركة النفسية للصحة العمومية

أولاً: ممرض مقوم للحركة النفسية للصحة العمومية

يوظف بصفة مقوم الحركة النفسية للصحة العمومية على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص تقويم الحركة النفسية⁴.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي⁵.

يكلف مقومو الحركة النفسية للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- التنظيم والقيام بعلاجات ونشاطات التأهيل والإثارة الحسية لدى شخص يعاني من اضطرابات حركية عصبية وحركية نفسية⁶.
- تأهيل الوظائف الحركية النفسية لدى الأشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية ومعالجة اضطرابات الحركة والإشارة⁷.
- المشاركة في المبادرة بالمشروع العلاجي للمريض وتنفيذه وتحيينه⁸.

¹ م 3/68 من م.ت رقم 11-121.

² م 4/68 من م.ت رقم 11-121.

³ م 5/68 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 1/134 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/134 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/131 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 2/131 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 3/131 من م.ت رقم 11-121.

- إعلام المريض ومحيطه وتربيتها والتواصل معهما¹.
- مسك وتحيين ملف المريض².
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا³.

ثانيا: مرض مقوم للحركة النفسية متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم الحركية النفسية المتخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو الحركية النفسية للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁴.

يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

زيادة على المهام المسندة لمقومي الحركية النفسية للصحة والعمومية، يكلف مقومو الحركية النفسية المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بالمساهمة بتقنيات تخص الجسد في علاج القصور العقلي واضطرابات المزاج أو الشخصية، واضطرابات العواطف والعلاقات واضطرابات التحديد الجسدي ذات السبب النفسي أو الجسدي⁶.

ثالثا: مرض مقوم للحركة النفسية ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مقوم الحركية النفسية الممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مقومو الحركية النفسية المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه

¹ م 4/131 من م.ت رقم 11-121.
² م 5/131 من م.ت رقم 11-121.
³ م 6/131 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 1/135 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 2/135 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 132 من م.ت رقم 11-121.

الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة لمقومي الحركة النفسية المتخصصين للصحة والعمومية، يكلف مقومو الحركة النفسية الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة².
- برمجة نشاطات فريق الوحدة³.
- القيام بمتابعة النشاطات الخاصة بالحركة النفسية وتقييمها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات الخاصة بالحركة النفسية⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

الفرع الثالث: سلك المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي

يضم هذا السلك خمس رتب وهي كالاتي:

البند الأول: مدلك طبي مؤهل

يكلف المدلكون الطبيون المؤهلون بمساعدة المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي على تطبيق الوصفة الطبية الخاصة بالتأهيل وإعادة التكييف الوظيفي⁷.

البند الثاني: مدلك طبي حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مدلك طبي حاصل على شهادة دولة:

¹ م 136 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/133 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/133 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/133 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 4/133 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 5/133 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 97 من م.ت رقم 11-121.

أ- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المدلكون الطبيون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

ب- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، المدلكون الطبيون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية³.

زيادة على المهام المسندة للمدلكين الطبيين المؤهلين، يكلف المدلكون الطبيون الحاصلون على شهادة دولة بتطبيق الوصفات الطبية⁴.

وبهذه الصفة، يطبقون حركات التدليك العلاجي والعلاج الحركي والعلاج بالمياه المعدنية والعلاج الفيزيائي⁵.

البند الثالث: مدلك مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية:

أ- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية⁶ للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص علاج طبيعي وفيزيائي⁷.

¹ م 1/102 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/102 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/102 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 1/98 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/98 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م.ت رقم 11-92 مؤرخ في 24 فبراير 2011 تحويل مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي ص ص 20-21، ج ر، ع 13، الصادرة بتاريخ 2011/02/28.

⁷ م 1/103 من م.ت رقم 11-121.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.
ب- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المدلكون الطبيون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

يكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- جمع المعطيات العيادية والقيام بحصيلة عن العلاج الطبيعي والفيزيائي³.
- تحديد أهداف برنامج العلاج وتحديد علاجات إعادة التأهيل وإعادة التكييف الواجب تنفيذها⁴.
- إنجاز تقنيات العلاج الطبيعي والفيزيائي⁵.
- إعلام وإرشاد المريض ومحيطه⁶.
- مسك وتحيين ملف المريض في العلاج الطبيعي والفيزيائي مع إعداد بطاقة تلخيص⁷.
- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة العلاج⁸.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁹.

¹ م 2/103 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/103 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/99 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/99 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/99 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/99 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/99 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 6/99 من م.ت رقم 11-121.

⁹ م 7/99 من م.ت رقم 11-121.

البند الرابع: ممرض مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي متخصص في الصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا¹.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة للمختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية، يكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي المتخصصون للصحة العمومية، طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- تطبيق تقنيات إعادة التأهيل الملائمة للمرضى والأمراض³.
- وضع وتنفيذ برنامج للتدخل الاستعجالي في الميدان⁴.

البند الخامس: ممرض مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز في الصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات

¹ م 1/104 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/104 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/100 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/100 من م.ت رقم 11-121.

من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة للمختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية، يكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة².
- برمجة نشاطات فريق الوحدة³.
- ضمان متابعة نشاطات العلاج الطبيعي والفيزيائي وتقييمها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات العلاج الطبيعي والفيزيائي⁵.
- استقبال وتنظيم تأطير المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة⁶.

الفرع الرابع: سلك مرمي الأسنان للصحة العمومية

يضم هذا السلك خمس رتب وهي كالآتي:

البند الأول: مرمم الأسنان مؤهل

يكلف مرممو الأسنان المؤهلون بتصميم وإنجاز رمادات الأسنان البسيطة والعادية طبقا لوصفة جراح الأسنان⁷.

البند الثاني: مرمم الأسنان حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مرمم أسنان حاصل على شهادة دولة:

¹ م 105 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/101 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/101 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/101 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 4/101 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 5/101 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 75 من م.ت رقم 11-121.

- أ- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مرممو الأسنان المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.
- ب- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، مرممو الأسنان المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية³.

زيادة على المهام المسندة لمرممي الأسنان المؤهلين، يكلف مرممو الأسنان الحاصلون على شهادة دولة بإنجاز الرمامات المتحركة والثابتة وأجهزة تقويم الأسنان⁴.

البند الثالث: مرمم الأسنان للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مرمم الأسنان للصحة العمومية:

- أ- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكيف، اختصاص ترميم الأسنان⁵.
- يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.
- ب- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مرممو الأسنان الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁶.

¹ م 1/80 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/80 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/80 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 76 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/81 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/81 من م.ت رقم 11-121.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

يكلف مرممو الأسنان للصحة العمومية طبقا لوصفة جراح الأسنان، لا سيما بما يأتي:

- تصميم أجهزة الرمامة وتعديلها وتصليحها².
- إنجاز رمامات قابلة للعزل مساعدة ورمامات متلاحمة ثابتة وأجهزة تقويم الأسنان³.
- تصميم رمامات متلاحمة ذات عناصر متكاملة تعتمد على الخزف والمادة الخليطة والمعدنية العادية أو المخرطة وإنجازها⁴.
- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المريض⁵.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيذاغوجيا⁶.

البند الرابع: مرمم الأسنان متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مرمم أسنان متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مرممو الأسنان للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁷.

زيادة على المهام المسندة لمرممي الأسنان للصحة العمومية، يكلف مرممو الأسنان المتخصصون للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

¹ م 3/81 من م.ت رقم 11-121.
² م 1/77 من م.ت رقم 11-121.
³ م 2/77 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 3/77 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 4/77 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 5/77 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 82 من م.ت رقم 11-121.

- إنجاز رمامات وأجهزة تتطلب مؤهلات خاصة¹.
- متابعة المريض قصد تقديم التصحيحات حسب وصفة جراح الأسنان².

البند الخامس: مرمم الأسنان ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مرمم أسنان ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مرممو الأسنان المتخصصون للصحة³ العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة لمرممي الأسنان المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مرممو الأسنان الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه⁵.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁶.
- ضمان متابعة نشاطات الرمامة وتقييمها⁷.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاجات وبنشاطات الرمامة⁸.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁹.

الفرع الخامس: سلك مطببي القدم للصحة العمومية

يضم هذا السلك ثلاث رتب منظمة كالآني:

¹ م 1/78 من م.ت رقم 11-121.
² م 2/78 من م.ت رقم 11-121.
³ م 1/83 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/83 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 1/79 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 2/79 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 3/79 من م.ت رقم 11-121.
⁸ م 4/79 من م.ت رقم 11-121.
⁹ م 5/79 من م.ت رقم 11-121.

البند الأول: مطبب القدم للصحة العمومية

يوظف بصفة مطبب القدم للصحة العمومية:

على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي،
شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف، اختصاص تطبيب القدم.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي¹.

يكلف مطببو القدم للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية²، لاسيما بما يأتي:

- جمع المعطيات المتعلقة بالمريض في إطار الفحص العيادي³.
- إنجاز أهداف العلاج وبرنامج المعالجة⁴.
- وضع الأدوية ذات الاستعمال الخارجي⁵.
- القيام بإعادة التأهيل بواسطة أعمال تطبيب القدم⁶.
- إعلام الشخص ومحيطه وتربيتهما والتواصل معهما⁷.
- مسك وتحيين ملف المريض في مجال تطبيب القدم⁸.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁹.

البند الثاني: مطبب القدم المتخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مطبب القدم المتخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على
أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مطببو القدم للصحة العمومية الذين
يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12
شهرًا.

¹ م 141 من م.ت رقم 11-121.

² محمد لمين سلخ، مسؤولية الطبيب عن الوصفة الطبية، مذكرة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة سيدي بلعباس، 2011-2012.

³ م 1/138 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/138 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/138 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/138 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/138 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 6/138 من م.ت رقم 11-121.

⁹ م 7/138 من م.ت رقم 11-121.

يحدد محتوى برنامج التكوين وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة لمطبيي القدم² للصحة العمومية، يكلف مطببو القدم المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- المساهمة في وضع وسائل الكشف للمصابين بأمراض تنطوي على خطر تفرح القدم.
- القيام بعلاج القدم المصاب بتعفن وضمان التربية العلاجية للمريض³.

البند الثالث: مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مطببو القدم المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة لمطبيي القدم المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مطببو القدم الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي⁵، مشروع المصلحة⁶.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁷.
- ضمان متابعة نشاطات الخاصة بتطبيب القدم وتقييمها¹.

¹ م 142 من م.ت رقم 11-121.

² Article 713, C.S.P.

³ م 139 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 143 من م.ت رقم 11-121.

⁵ محمد سليم شهيد، المسؤولية المدنية عن الجراحة الطبية، المرجع السابق، ص 163.

⁶ م 1/140 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 2/140 من م.ت رقم 11-121.

- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات تطبيب القدم².
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم³.

المبحث الثاني: مهام الممرضون المتخصصون في شعبي التقنيات الطبية والمساعدات الطبية الاجتماعية

تتخصر مهام هاتين الشعبتين بطبيعة التخصص الذي ينتمي إليه كل سلك وعليه سنحاول الحديث عن مهام وتنظيم الممرضين المنتمين إلى شعبة التقنيات الطبية في المطلب الأول، ثم نتكلم عن مهام الممرضين المنتمين إلى شعبة المساعدين الطبيين الاجتماعيين كمطلب ثان.

المطلب الأول: مهام الممرضون المتخصصون في سلك الشعبة الطبية التقنية تضم هذه الشعبة خمس أسلاك وهي كالاتي:

الفرع الأول: سلك مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية

البند الأول: مشغل أجهزة الأشعة مؤهل

يكلف مشغلو أجهزة الأشعة المؤهلون طبقا للوصفة الطبية بضمان الفحوص بالأشعة الجارية ويتولون استقبال المرضى وتحضيرهم⁴.

البند الثاني: مشغل أجهزة الأشعة حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مشغل أجهزة الأشعة حاصل على شهادة دولة:

¹ م 3/140 من م.ت رقم 11-121.

² م 4/140 من م.ت رقم 11-121.

³ م 5/140 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 153 من م.ت رقم 11-121.

- 1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مشغلو أجهزة الأشعة المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.
- 2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، مرمو الأسنان المؤهلون² الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقية لهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجهم وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة إلى مشغلي أجهزة الأشعة المؤهلين، يكلف مشغلو الأشعة الحاصلون على شهادة دولة بالقيام طبقا للوصفة الطبية بالفحوص بالأشعة الكهربائية بما في ذلك الفحوص المتخصصة والقيام بتحريض صور الأشعة⁵.

البند الثالث: مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية:

- 1- على أساس الشهادة، الحائزون شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي، الشعبة الطبية التقنية، اختصاص التصوير الطبي⁶.
- يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.

¹ م 1/158 من م.ت رقم 11-121.

² Anne-Marie DUGUET, La chirurgie dentaire et la faute précisé, 1^{re} éd, BERGER-LEVRAULT, Paris, 2008, P 128.

³ م 2/158 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/158 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 154 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/159 من م.ت رقم 11-121.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مشغلو أجهزة الأشعة الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجهم وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي³ للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- استقبال المريض وإعلامه وتحضيره⁴.
- تحضير المواد العلاجية والتشخيصية وحقنها للمريض⁵.
- تحضير العلاجات باستخدام الأشعة الأيونية وإنجازها⁶.
- تقديم المساعدة التقنية للممارس الطبي⁷.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁸.

البند الرابع: مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية¹، عن طريق طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مشغلو أجهزة

¹ م 2/159 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/159 من م.ت رقم 11-121.

³ J.-C. GARNIER ; J.-L. CHOPARD ; S. PILI-FLOURY ; E. SAMAIN, « Information et consentement matériel aux soins de la personne vulnérable en France », in : AFAR, Vol.28, n° 06, juin 2009, PP 575-578.

⁴ م 1/155 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/155 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 3/155 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 4/155 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 5/155 من م.ت رقم 11-121.

التصوير الطبي للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة إلى مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية، يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، في إطار التكفل بالوقاية من الأمراض المسرطنة ومعالجتها، لاسيما بما يأتي:

- ممارسة الفحوص التي تتطلب كفاءة عالية³.
- تنفيذ وصفات الممارسين المتخصصين⁴.
- تطبيق قواعد الحماية الإشعاعية وتسيير الأخطار⁵.

البند الخامس: مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مشغل أجهزة التصوير الطبي الممتاز⁶ للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، مشغلو أجهزة التصوير الطبي المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية

¹ Décret n°2005-840 du 20 Juillet 2005, relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, J.O n° 172 du 26 Juillet 2005, PP 37003-37168.

² م 160 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/156 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 1/156 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/156 من م.ت رقم 11-121.

⁶ Arrêt du ministère de la santé du 03 oct. 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cites aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique, JO., n° 239 du 13 octobre 1995, PP 14932-14933.

بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة إلى مشغلي أجهزة التصوير الطبي المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه².
- برمجة نشاطات فريق³ الوحدة⁴.
- ضمان متابعة نشاطات التصوير الطبي وتقييمها⁵.
- مراقبة نوعية وسلامة نشاطات التصوير الطبي⁶.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التصوير الطبي⁷.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁸.

الفرع الثاني: سلك المخبرين للصحة العمومية

يظم هذا السلك أربعة رتب هي كالاتي:

البند الأول: ممرض مخبري مؤهل

يكلف المخبريون المؤهلون طبقا للوصفة الطبية بما يأتي:

- استقبال المريض وضمان الفحوصات⁹ المخبرية الجارية¹⁰.
- السهر على المحافظة على العتاد وتعقيمه وصيانته وترتيبه¹.

¹ م 161 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/157 من م.ت رقم 11-121.

³ المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، المرجع السابق، ص 178.

⁴ م 2/157 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/157 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/157 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/157 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 6/157 من م.ت رقم 11-121.

⁹ ماجد محمد لافي، المسؤولية الجزائية الناشئة عن الخطأ العلاجي، دار الثقافة، ط 1، عمان، 2003، ص 342.

¹⁰ م 1/166 من م.ت رقم 11-121.

البند الثاني: ممرض مخبري حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مخبري حاصل على شهادة دولة:

- 1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المخبريون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².
- 2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، المخبريون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

زيادة على المهام المسندة إلى المخبريين المؤهلين⁴، يكلف المخبريون الحاصلون على شهادة دولة بالقيام طبقا للوصفة الطبية بإنجاز التحاليل والسهر على حفظ العينات المسلمة لهم⁵.

البند الثالث: ممرض مخبري للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مخبري للصحة العمومية:

- 1- على أساس الشهادة، الحاصلون على شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي لشبه الطبيين، الشعبة الطبية التقنية، اختصاص مخبر⁶.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي.

¹ م 2/166 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/171 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/171 من م.ت رقم 11-121.

⁴ رايس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة، الجزائر، ب.ت.ط، ص 302.

⁵ م 167 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/172 من م.ت رقم 11-121.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها،
المخبريون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من
الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين
بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين
الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

يكلف المخبريون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- تلقي العينات والتصديق عليها ومراقبة مطابقتها وفق قواعد الممارسة الحسنة³
وتسجيل طلبات الفحوص البيولوجية⁴.
- إنجاز ومعالجة العينات البيولوجية وتطبيق تقنيات التحاليل مع السهر على تدابير
ضمان الجودة⁵.
- ضمان تتبع التحاليل⁶.
- تنفيذ تدابير القضاء على النفايات وضمان الصيانة الجارية للعتاد⁷.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁸.

البند الرابع: ممرض مخبري متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مخبري متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس
الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المخبريون للصحة العمومية الذين يثبتون
خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا¹.

¹ م 2/172 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/172 من م.ت رقم 11-121.

³ عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الأطباء والصيدالدة ومساعدتهم، منشأة المعارف، ط 1، الإسكندرية، 2005، ص 241.

⁴ م 1/168 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/168 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 3/168 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 4/168 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 5/168 من م.ت رقم 11-121.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة إلى مخبري للصحة العمومية، يكلف المخبريون المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- ضمان تلقي مختلف العينات ومعالجتها³.
- تحضير نماذج عينات وتحليل البسط والمقاطع⁴.
- كشف الخلايا العادية أو غير العادية وبعض الأجسام المجهرية⁵.
- تحرير عروض الحال التي تعرض على الممارس الطبي للمصادقة عليها⁶.
- ضمان السير الحسن للأجهزة والحفاظ عليها⁷.

البند الخامس: ممرض مخبري ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مخبري ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المخبريون المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁸.

زيادة على المهام المسندة إلى المخبريين المتخصصين⁹ للصحة العمومية، يكلف المخبريون الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

¹ م 1/173 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/173 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/169 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/169 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/169 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/169 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 5/169 من م.ت رقم 11-121..

⁸ م 174 من م.ت رقم 11-121.

⁹ القرار الوزاري رقم 2976 المؤرخ في 2008/11/23 المحدد لشروط إنشاء فتح المخابر، ج.ر، ع 33، 2008.

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه¹.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة².
- ضمان متابعة النشاطات المخبرية وتقييمها³.
- مراقبة نوعية النشاطات المخبرية وسلامتها⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات المخبرية⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

الفرع الثالث: سلك المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية

يظم سلك المحضرين في الصيدلية خمس رتب يمكن حسرها كالآتي:

البند الأول: محضر في الصيدلة مؤهل

يكلف المحضرون في الصيدلة المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي بإنجاز مستحضرات صيدلانية وتولي توزيع الأدوية للمصالح التي يطلبها الممارسون الطبيون⁷.

البند الثاني: محضر في الصيدلة حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة محضر في الصيدلة حاصل على شهادة دولة:

1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المحضرون

في الصيدلة المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه

الصفة⁸.

¹ م 1/170 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/170 من م.ت رقم 11-121.

³ م 3/170 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 4/170 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 5/170 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 6/170 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 179 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 1/184 من م.ت رقم 11-121.

2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، المحضرون في الصيدلة المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقاً للحالتين 1 و2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة إلى المحضرين في الصيدلة المؤهلين³، يكلف المحضرون في الصيدلة الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي بالسهر على حفظ المنتجات الصيدلانية⁴ والمستلزمات الطبية المعهدة إليهم وتوزيعها⁵.

البند الثالث: محضر في الصيدلة للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة محضر في الصيدلة للصحة العمومية:

1- على أساس الشهادة، الحاصلون على شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي لشبه الطبيين، الشعبة الطبية التقنية، اختصاص تحضير صيدلاني⁶.
يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي⁷.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المحضرون¹ في الصيدلة الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².

¹ م 2/184 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/184 من م.ت رقم 11-121.

³ م.ت رقم 11-457 مؤرخ في 28 ديسمبر 2011 يعدل ويتم م.ت رقم 94-293 مؤرخ في 25 سبتمبر 1994 والمتضمن إنشاء الصيدلة المركزية للمستشفيات وتنظيمها وعملها ج.ر، ع 01، صادرة بتاريخ 14 يناير 2012، ص ص 47-49.

⁴ محمد بودالي، مسؤولية المنتج عن منتجاته المعيبة، دار الفجر، القاهرة، 2005، ص 37.

⁵ م 180 من م.ت رقم 11-121، المرجع السابق.

⁶ م 1/185 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 2/185 من م.ت رقم 11-121.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية³.

يكلف المحضرون في الصيدلة للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- تحضير الأدوية والمستلزمات الطبية المعقمة وتوضيبيها وتسليمها⁴.
- تحضير وإنجاز مستحضرات جالينوسية⁵ في محيط محمي أو مراقب⁶.
- ضمان صيانة المنشآت التقنية الخاصة بالصيدلة وتنفيذ إجراء القضاء على النفايات⁷.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيذاغوجيا⁸.

البند الرابع: محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة محضر في الصيدلة متخصص⁹ للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المحضرون في الصيدلة للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا¹⁰.

¹ كمال مروان، المسؤولية الجزائرية للصيدلي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي ليايس بسيدي بلعباس، 2012-2013، ص 157.

² م 3/185 من م.ت رقم 11-121.

³ م 4/185 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 1/181 من م.ت رقم 11-121.

⁵ Alain TRERUCQ, Médicaments: du risque et de la confiance en la santé, La Revue du Praticien, Vol. 61, n° 01, 01, Janv. 2011, PP. 11-12.

⁶ م 2/181 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 3/181 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 4/181 من م.ت رقم 11-121.

⁹ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JORF n° 40 du 16 février 2002, PP 3040-3043.

¹⁰ م 1/186 من م.ت رقم 11-121.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.¹

زيادة على المهام المسندة إلى المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية، يكلف المحضرون في الصيدلة المتخصصون للصحة العمومية، تحت سلطة المسؤول السلمي²، لاسيما بما يأتي:

- تشكيل ومراقبة التخصيصات الموجهة للمصالح مع احترام قواعد حيازة الأدوية والمستلزمات الطبية المعقمة وحفظها وتوزيعها³.
- ضمان تتبع الأدوية والمؤثرات العقلية ومشتقات الدم والمستلزمات الطبية والرمامات⁴.

البند الخامس: محضر في الصيدلة ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة محضر في الصيدلة ممتاز⁵ للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المحضرون في الصيدلة المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة إلى المحضرين في الصيدلة المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المحضرون في الصيدلة الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه⁷.

¹ م 2/186 من م.ت رقم 11-121.

² عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991، ص 97.

³ م 1/182 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/182 من م.ت رقم 11-121.

⁵ Décret n° 2002-194.

⁶ م 187 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/183 من م.ت رقم 11-121.

- برمجة نشاطات فريق الوحدة¹.
- ضمان متابعة النشاطات الصيدلانية² وتقييمها³.
- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات الصيدلانية⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات الصيدلانية⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

الفرع الرابع: سلك المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية

البند الأول: عون تطهير مؤهل

يكلف أعوان التطهير المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي بالمشاركة في تحديد مصادر الأضرار الجسدية والعيادية والبيولوجية ومراقبتها⁷.
ويشاركون في تنظيم وتنسيق نشاطات التطهير⁸ عند حدوث حالات وبائية أو كارثة طبيعية.

البند الثاني: عون تطهير حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة عون تطهير حاصل على شهادة دولة:

- 1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، أعوان التطهير المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁹.

¹ م 2/183 من م.ت رقم 11-121.

² دفتر الأعباء الذي يحدد تبعات الخدمة العمومية (راجع رقم 28 النصوص التشريعية).

³ م 3/183 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 4/183 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 5/183 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 6/183 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 192 من م.ت رقم 11-121.

⁸ دفتر الأعباء الذي يحدد تبعات الخدمة العمومية، راجع رقم 20 نصوص تشريعية.

⁹ م 1/197 من م.ت رقم 11-121.

2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، أعوان التطهير المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة¹.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقاً للحالتين 1 و2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجهم وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة لأعوان التطهير المؤهلين، يكلف أعوان التطهير الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي³ بضمان نشاطات مكافحة نواقل الجراثيم المسببة للأمراض المتنقلة وتطهير البيئة وحفظ الصحة العمومية⁴.

البند الثالث: ممرض مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية:

1- على أساس الشهادة، الحاصلون على شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي لشبه الطبيين، الشعبة الطبية التقنية، اختصاص حفظ الصحة وعلم الأوبئة⁵.

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي⁶.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، أعوان التطهير الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁷.

¹ م 2/197 من م.ت رقم 11-121.

² م 3/197 من م.ت رقم 11-121.

³ أحسين بن الشيخ آت ملويا، دروس المسؤولية الإدارية، ج 2، المسؤولية بدون خطأ، دار الخلدونية، ط 1، الجزائر، 2007، ص 157.

⁴ م 193 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/198 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/198 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 3//198 من م.ت رقم 11-121.

من م.ت رقم 11-121، المرجع السابق. يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيةهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

يكلف المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي²، لاسيما بما يأتي:

- تصميم التدابير الوقائية والشفائية التي تهدف إلى حماية صحة السكان من الأخطار المرتبطة بالمحيط والبيئة وتنفيذها³.
- المشاركة في المراقبة المتعلقة بقواعد حفظ الصحة والتحقيقات الوبائية والمراقبة الصحية للمحيط وفي نشاطات الوقاية والتربية الصحية⁴.
- المشاركة في إعلام المواطنين بشأن التنظيم الصحي والمشاركة في إعداد وثائق تليخيصية بخصوص النوعية الصحية للمحيط⁵.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁶.

البند الرابع: ممرض مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁷.

¹ م 4/198 من م.ت رقم 11-121.

² عمار عوابدي، المرجع السابق، ص 89.

³ م 1/194 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/194 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/194 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 4/194 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 1/199 من م.ت رقم 11-121.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة للمختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية، يكلف المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية المتخصصون، تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- الكشف عن حالات خطر انتقال الأمراض الرئيسية الطفيلية والفيروسية² والجرثومية³.
- تحديد مفصليات الأطراف والحشرات الناقلة للجراثيم الرئيسية المعنية بالمجال الطبي والبيطري وتحديد الأمراض المنتقلة المرتبطة بها⁴.
- تحديد مناهج مكافحة مناسبة لنواقل الجراثيم⁵ وتنفيذها⁶.
- المشاركة في أعمال الوقاية وعلم الحشرات والتحقيقات الوبائية⁷.

البند الخامس: ممرض مختص في حفظ الصحة ممتاز للصحة العمومية

يرقى بصفة مختص في حفظ الصحة⁸ ممتاز للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المختصون في حفظ الصحة المتخصصون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه

¹ م 2/199 من م.ت رقم 11-121.

² Nicolas LOUBRY, « défaut d'information d'un hôpital à propos d'un risque exceptionnel », in : le con. méd. T. 121 [n° 15] du 06 oct.2009, p. 603.

³ م 1/195 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/195 من م.ت رقم 11-121.

⁵ Salomon SNYDER, les drogues et le cerveau, tra. fr. Philippe BRENIER, éd. Pour la science, Paris, 2008, p. 108.

⁶ م 3/195 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 4/195 من م.ت رقم 11-121.

⁸ Article 1050,C.S.P.F.

الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة للمختصين في حفظ الصحة المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المختصون في حفظ الصحة الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي²، مشروع المصلحة وإنجازه³.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة⁴.
- ضمان متابعة في مجال حفظ الصحة وعلم الأوبئة وتقييمها⁵.
- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات في مجال حفظ الصحة وعلم الأوبئة⁶.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعيّنين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁷.

المطلب الثاني: مهام الممرضون المتخصصون في الشعبة الطبية الاجتماعية

تتخصر مهام هؤلاء بحسب الرتب التي ينتمون إليها:

الفرع الأول: سلك المساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية

البند الأول: مساعد اجتماعي مؤهل

يكلف المساعدون الاجتماعيون المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي تقديم المساعدة الطبية الاجتماعية في مؤسسات الصحة¹.

¹ م 1/200 من م.ت رقم 11-121، المرجع السابق.
² يودالي محمد، المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش، مجلة العلوم القانونية والإدارية، ع 06، كلية الحقوق، جامعة جيلالي ليايس، سيدي بلعباس، 2011، ص 09.
³ م 1/196 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/196 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 3/196 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 4/196 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 5/196 من م.ت رقم 11-121.

البند الثاني: مساعد اجتماعي حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة مساعد اجتماعي حاصل على شهادة دولة:

1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الاجتماعيون المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة².

2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الاجتماعيون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمة بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁴.

زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين المؤهلين، يكلف المساعدون الاجتماعيون الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- ضمان المساعدة الطبية الاجتماعية للمرضى وعائلاتهم⁵.
- ضمان المساعدة الاجتماعية للأشخاص في وضع صعب، لاسيما منهم العمال وعائلاتهم⁶.
- ضمان المساعدة الاجتماعية والحماية للطفولة في وضع صعب⁷.

البند الثالث: مساعد اجتماعي للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مساعد اجتماعي¹ للصحة العمومية:

¹ م 206 من م.ت رقم 11-121.

² م 1/211 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/211 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/211 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/207 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/207 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 3/207 من م.ت رقم 11-121.

1- على أساس الشهادة، الحاصلون على شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي لشبه الطبيين، الشعبة الطبية الاجتماعية، اختصاص مساعدة اجتماعية².

يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي³.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الاجتماعيون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

يكلف المساعدون الاجتماعيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- التدخل لدى الأشخاص من أجل تحسين ظروف حياتهم ووقايتهم من الصعوبات الطبية الاجتماعية⁶.

- تحديد احتياجات الأشخاص الذين يعانون من الصعوبات⁷ وبناء مشروع فردي وجماعي ملائم في مؤسسات الصحة⁸.

- ضمان دراسة الملفات الإدارية قصد الحصول أو إعادة الحقوق للأشخاص في وضع صعب وإعداد التقارير¹ الطبية الاجتماعية والتبليغية².

¹ هدى سالم محمد الإطرقجي، المرجع السابق، ص 240.

² م 1/212 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/212 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/212 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 4/212 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/208 من م.ت رقم 11-121.

⁷ Mare Dupon « Bergoignan & Christian Paire, Droit hospitalier 7^{ème} éd, DALLOZ édition, France, 2007, P 187.

⁸ م 2/208 من م.ت رقم 11-121.

- المساعدة في الإدماج أو إعادة الإدماج الاجتماعي و/أو المهني³.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا⁴.

البند الرابع: مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الاجتماعيون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁵.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁶.

زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية، يكلف المساعدون⁷ الاجتماعيون الرئيسيون، تحت سلطة المسؤول السلمي، لا سيما بما يأتي:

- تحليل حالات المرضى والتكفل بهم على المستوى الطبي والإداري⁸.
- ضمان نشاطات طبية نفسية لفائدة مختلف فئات المواطنين، لا سيما في مجال صحة الأمومة والطفولة⁹ والصحة المدرسية والجامعية والصحة العقلية¹⁰.

¹ François VIALLAS, op.cit, P 231.

² م 3/208 من م.ت رقم 11-121.

³ م 4/208 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 5/082 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 1/213 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 2/213 من م.ت رقم 11-121.

⁷ هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 157.

⁸ م 1/209 من م.ت رقم 11-121.

⁹ Mireille BACACHE , « Handicap de naissance : La loi kouchner contre la jurisprudence Perruche », in : Con.méd., T. 131, n°02, 28 janv. 2009, PP 59-61.

¹⁰ م 2/209 من م.ت رقم 11-121.

- مساعدة الإدماج الاجتماعي والعائلي للأشخاص في وضعية قطعية مع محيطهم تبعاً لمرض خطير¹.

البند الخامس: مساعد اجتماعي رئيس للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد اجتماعي رئيس للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الاجتماعيون الرئيسيون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية².

زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف المساعدون الاجتماعيون الرؤساء للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وإنجازه³.
- تحضير النشاطات الطبية الاجتماعية⁴.
- ضمان متابعة وتقييم النشاطات الطبية الاجتماعية⁵.
- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات الطبية الاجتماعية⁶.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات الطبية الاجتماعية⁷.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁸.

الفرع الثاني: سلك المساعدين الطبيين للصحة العمومية

¹ م 3/209 من م.ت رقم 11-121.
² م 214 من م.ت رقم 11-121.
³ م 1/210 من م.ت رقم 11-121.
⁴ م 2/210 من م.ت رقم 11-121.
⁵ م 3/210 من م.ت رقم 11-121.
⁶ م 4/210 من م.ت رقم 11-121.
⁷ م 5/210 من م.ت رقم 11-121.
⁸ م 6/210 من م.ت رقم 11-121.

ويظم هذا السلك للمساعدين الطبيين للصحة العمومية خمس رتب هي كالاتي:

البند الأول: أمين طبي مؤهل

يكلف الأمناء الطبيون المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- مساعدة الطبيب في تكوين الملفات الطبية ومسكها¹.

- تسهيل العلاقات مع المرضى وعائلاتهم ومع الفرق الطبية الاجتماعية².

البند الثاني: أمين طبي حاصل على شهادة دولة

يرقى بصفة أمين طبي حاصل على شهادة دولة:

1- عن طريق امتحان مهني، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الأمناء الطبيون

المؤهلون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة³.

2- على سبيل الاختيار، وبعد التسجيل في قائمة التأهيل، في حدود 20% من المناصب

المطلوب شغلها، الأمناء الطبيون المؤهلون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من

الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقاً للحالتين 1 و 2 أعلاه، قبل ترقيتهم لمتابعة

تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين

الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

زيادة على المهام المسندة للأمناء الطبيين المؤهلين، يكلف الأمناء الطبيون

الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

¹ م 1/219 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/219 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/224 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/224 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/224 من م.ت رقم 11-121.

- تنظيم وتسيير الملفات المتعلقة بالمرضى¹.
- تسجيل وتحيين المعلومات الضرورية لسير الهيكل².

البند الثالث: مساعد طبي للصحة العمومية

يوظف ويرقى بصفة مساعد طبي للصحة العمومية:

1- على أساس الشهادة، الحاصلون على شهادات المعاهد الوطنية للتكوين العالي لشبه الطبيين، الشعبة الطبية الاجتماعية، اختصاص المساعدة الطبية. يتم الالتحاق بالتكوين من بين المترشحين الحائزين على شهادة البكالوريا للتعليم الثانوي³.

2- عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الأثناء الطبيون الحاصلون على شهادة دولة الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة⁴.

يخضع المترشحون المقبولون تطبيقا للحالة 2 أعلاه، قبل ترقيتهم، لمتابعة تكوين بنجاح لمدة تسعة (9) أشهر يحدد محتوى برنامجه وكيفيات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

يكلف المساعدون الطبيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- إعلام وتوجيه المرضى والمرتفقين⁶.
- جمع المعلومات الطبية الإدارية للمرضى ومعالجتها ونشرها وتخزينها⁷.
- تصميم دعائم التسيير الطبي الإداري وإنجازها¹.

¹ م 1/220 من م.ت رقم 11-121.

² م 2/220 من م.ت رقم 11-121.

³ م 1/225 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 2/225 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 3/225 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/221 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 2/221 من م.ت رقم 11-121.

- المشاركة في تنظيم الاجتماعات والتظاهرات العلمية².

البند الرابع: مساعد طبي رئيسي للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد طبي رئيسي³ للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الطبيون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا مدته 12 شهرا⁴.

يحدد محتوى البرنامج وكيفيات تنظيم التكوين بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية⁵.

زيادة على المهام المسندة للمساعدين الطبيين للصحة العمومية، يكلف المساعدون الطبيون الرئيسيون، تحت سلطة المسؤول السلمي، لا سيما بما يأتي:

- جمع المعلومات الطبية وتدوينها ومعالجتها وتحليلها قصد التقييم الطبي للمؤسسة⁶.

- تحرير الوثائق ذات الصلة بمهامهم وتقديمها وتلخيصها⁷.

- المشاركة في وضع نظام لحفظ المعلومات الطبية⁸.

البند الخامس: مساعد طبي رئيس للصحة العمومية

يرقى بصفة مساعد طبي رئيس للصحة العمومية، عن طريق مسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، المساعدون الطبيون الرئيسيون للصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة وتابعوا بنجاح تكويننا

¹ م 3/221 من م.ت رقم 11-121.

² م 4/221 من م.ت رقم 11-121.

³ هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 257.

⁴ م 1/226 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 2/226 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 1/222 من م.ت رقم 11-121.

⁷ م 2/222 من م.ت رقم 11-121.

⁸ م 3/222 من م.ت رقم 11-121.

تحدد مدته ومحتوى برنامجه وكذا كفاءات تنظيمه بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية¹.

زيادة على المهام المسندة للمساعدين الطبيين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف المساعدون الطبيون الرؤساء للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة².
- تنظيم نشاطات المساعدة الطبية³.
- ضمان متابعة وتقييم النشاطات في مجال المساعدة الطبية⁴.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات المساعدة الطبية⁵.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم⁶.

¹ م 227 من م.ت رقم 11-121..

² م 1/223 من م.ت رقم 11-121.

³ م 2/223 من م.ت رقم 11-121.

⁴ م 3/223 من م.ت رقم 11-121.

⁵ م 4/223 من م.ت رقم 11-121.

⁶ م 5/223 من م.ت رقم 11-121.

الفصل الثالث: شروط قيام المسؤولية الجزائية للممرض وأسباب الإعفاء منها

إن الحديث عن المسؤولية الجزائية للممرض يقتضي التعرض لشروط قيامها وهو ما سنتحدث عنه في مبحث أول، وكذا أسباب الإعفاء منها وهو ما سنعرضه في مبحث ثان.

المبحث الأول: شروط قيام المسؤولية الجزائية للممرض:

سنتناول بالدراسة المسؤولية الجنائية بصورتها العمدية في حالة توفر القصد الجنائي (المطلب الأول)، والمسؤولية غير العمدية في حالة الخطأ (المطلب الثاني) لأن إرادة الفرد في اتجاهها لتحقيق الجريمة تأخذ إحدى الصورتين الأولى هي صورة الإرادة الواعية التي تسعى إلى إحداث النتيجة على النحو المنصوص عليه بالقانون وتسمى القصد الجنائي، والثانية صورة الإرادة المهملة التي تقوم بالفعل فتقع النتيجة عن غير قصد وتسمى الخطأ.

المطلب الأول: قيام المسؤولية الجزائية للممرض في حالة توفر القصد الجنائي:

إن دراسة المسؤولية الجنائية للممرض في نطاق توافر القصد الجنائي الذي هو أحد صور الركن المعنوي، هو نوع من التجاوز لأن المسؤولية الجنائية ليست جزء من الركن المعنوي الذي هو أحد أركان الجريمة مع الركن المادي والركن الشرعي، في حين أن المسؤولية الجنائية هي حصيلة هذه الأركان مجتمعة وقيامها يؤدي إلى خضوع الممرض لجزاء جنائي يقرره القانون.

غير أن ما يبرر هذا التجاوز هو العلاقة الخاصة التي تربط المسؤولية الجنائية بالركن المعنوي ففي كثير من الأحيان تختلط فكرة المسؤولية الجنائية بالركن المعنوي فنجد أن موانع الركن المعنوي هي نفسها موانع المسؤولية الجنائية ولهذا قيل أن الركن المعنوي للجريمة هو ركن المسؤولية الجنائية¹، ولكي تتحقق هذه المسؤولية يجب أن يتوفر قصد جنائي من قبل الممرض بأن يكون عالم بالأضرار المترتبة عن أفعاله ومع ذلك قام بها.

¹أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي العام، دار هومه، الجزائر، 2007، ص 79.

بناء على ما تقدم يتطلب منا أن نتعرف على مفهوم القصد الجنائي وذلك من خلال تعريفاته وعناصره لنهتم بعد ذلك بصوره.

الفرع الأول: مفهوم القصد الجنائي

القصد الجنائي¹ هو أحد صور الركن المعنوي وتوافره يقيم مسؤولية الممرض الجنائية ويجعل الجريمة عمدية التي تأخذ صورتين حسب طبيعة الركن المادي فتكون جريمة إيجابية² بإتيان فعل جرمه القانون أو سلبية بالامتناع عن فعل أوجبه القانون. وفي جرائم أخرى يعاقب حتى بمجرد الشروع³ في الجريمة دون اكتمالها وسنحاول أن نتعرض لتعريفات القصد الجنائي المختلفة في بند ثاني لصوره.

البند الأول: تعريفات القصد الجنائي (العمد)

أشار قانون العقوبات في كثير من مواده إلى القصد الجنائي دون أن يعرفه لأنه حالة نفسية داخلية وترك مسؤولية تعريفه للفقهاء الذي اختلف في ذلك وظهرت عدة تعريفات. حيث عرفه الفقيه "نورمان"⁴ القصد الجنائي على أنه علم الجاني بأن يقوم مختاراً بارتكاب الفعل الموصوف جريمة في القانون، وعمله أنه بذلك يخالف أوامره ونواهيه. كما عرفه جارو بأنه "إرادة الخروج عن القانون بعمل أو امتناع أو هو إرادة الإضرار بمصلحة يحميها القانون الذي يفترض العلم به عند الفاعل"⁵.

البند الثاني: عناصر القصد الجنائي

تتمثل عناصر القصد الجنائي من جهة في علم الجاني بالواقعة الإجرامية ومن جهة أخرى في إرادته لتحقيق النتيجة.

¹ رائد كمال خير، شروط قيام المسؤولية الجزائية الطبية، المؤسسة الحديثة للكتاب، ط 1، لبنان، 2004، ص 178.

² ماجد محمد لافي، المرجع السابق، ص 271.

³ محمد حماد مرهج لهيني، الخطأ المفترض في المسؤولية الجزائية، دار الثقافة ط1، عمان 2005، ص 198.

⁴ ERIC MATHIAS, La responsabilité Pénale l'élément moral de l'infraction, GALINO éditeur, Paris, 2007, P 257.

⁵ إبراهيم الشباسي، الوجيز في شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم العام، الشركة العالمية للكتاب، بيروت، بدون سنة، ص 87.

أولاً: عنصر العلم في القصد الجنائي

العلم هو إدراك الأمور على نحو صحيح مطابق للواقع أي أن العلم يرسم للإرادة اتجاهها ويعين حدودها في تحقيق الواقعة الإجرامية. وعلى هذا فالعلم شرط لتوافر القصد الجنائي والعكس فالجهل أو الغلط يؤدي إلى انتفائه، ويتحقق علم الجاني¹ بالواقع الإجرامي فإذا قام ممرض بأعمال تسببت في إجهاض امرأة وهو لا يدري أنها حامل فلا يسأل عن جريمة عمدية لانتهاء القصد الجنائي الذي هو علم وإرادة تتجه إلى تحقيق نتيجة وخروج عن القانون لأن توقع النتيجة أمر مطلوب للقول بتوافر القصد الجنائي والغلط² في النتيجة ينفي القصد الجنائي أحياناً.

ثانياً: عنصر الإرادة

هي ذلك النشاط النفسي الذي يصدر عن وعي وإدراك بهدف بلوغ هدف معين وتوجه الإدارة لتحقيق الجريمة يبدو واضحاً بالنسبة للجرائم الشكلية³ التي تقوم بمجرد السلوك المادي المحض، ففي توجيهها يكفي للقول بأنها تسيطر على ماديات الجريمة الشكلية. أما بالنسبة للجرائم غير الشكلية فإن الأمر موضوع خلاف بين الفقهاء الألمان فهناك من أخذ بنظرية التصور (العلم) ومفادها أن القصد الجنائي يمثل حقائق النفس البشرية بإرادة الإنسان تدفعه إلى إتيان حركة تمثل مظهر تصميمه الإجرامي سواء تحققت النتيجة أم لم تتحقق⁴.

بينما ذهب جانب آخر⁵ من الفقه إلى أن القصد الجنائي يستلزم أن تتجه الإرادة إلى الفعل المعاقب عليه وإلى تحقيق النتيجة وهذا ما أخذ به المشرع الجزائري فالإرادة هي تعمد الفعل أو النشاط المادي أما القصد فهو تعمد النتيجة المترتبة عنه.

¹J. M. CARBASS, Histoire du droit pénale et de la justice criminelle, Paris, P.U.F, coll droit fondamental, 2000, P.177.

²عادل الشهاوي، القتل العمد فقهاء وفضاء، دار النهضة العربية، ط 1، القاهرة، 2009، ص 191.
³ سيدي محمد أبو حفص، نظرية المسؤولية الجنائية عن أفعال الغير في تطبيقها على المؤسسة الجزائرية أو "جرائم الأطواق البيضاء"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في قانون الأعمال، معهد القانون والعلوم الإدارية بجامعة تلمسان، 1997، ص 257.

⁴عبد الله سليمان: شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم العام، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998، ص 258.

⁵إبراهيم الشباسي، المرجع السابق، ص 89.

الفرع الثاني: صور القصد الجنائي

هناك عدة صور للقصد الجنائي فالقصد المباشر وغير مباشر والمحدود وغير المحدود لا يسعنا التطرق إليها ونكتفي بتوضيح صورتين أساسيتين هما القصد العام والقصد الخاص¹.

البند الأول: القصد العام

القصد العام هو انصراف إرادة الجاني نحو ارتكاب الجريمة مع توافر العلم بأركانها كما يتطلبها القانون وهو يمثل القصد العام في كل جريمة وعليه فإن القصد العام يتكون من عنصري القصد الجنائي ولاسيما لما تثار إشكالية تحديد الاختصاصات والأخطاء أثناء العمل العلاجي².

إن القصد العام ضروري في جميع الجرائم العمدية³ لقيام المسؤولية الجنائية فهو لازم في الجنايات جميعها وفي جزء كبير من الجرح، فالقصد العام هو الهدف الفوري والمباشر للسلوك الإجرامي⁴، فالممرض الذي يساعد على إجهاض امرأة حامل بدون ضرورة أو مصلحة له من وراء ذلك غير الربح، قصده العام من هذا هو الاعتداء على الجنين وإخراجه قبل ولادته الطبيعية، أما إذا كان هو المتسبب في الحمل فالقصد هنا خاص وهو من أجل ستر الفضيحة.

البند الثاني: القصد الخاص

قد يعتد المشرع⁵ أحيانا في بعض الجرائم بالغاية من ارتكاب الجريمة حتى يتكون ركن القصد الجنائي المطلوب فيها وهو ما يسمى بالقصد الجنائي الخاص⁶ إلى جانب القصد

¹ Abdel Majid ZAALANI, La responsabilité pénale BERTI édition, Alger, 2008, P 283.

² محمد بودالي، المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش، مرجع سابق، ص 19.

³ J. M. CARBASS, op. cit., P 178.

⁴ إبراهيم الشباسي، المرجع السابق، ص 97.

⁵ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, J.O. n° 175, du 30 juillet 1994, P 11056.

⁶ عبد الله سليمان، المرجع السابق، ص 262.

الجنائي العام الذي لا يختلف هو في الجريمة الواحدة. من جانب آخر فإن الغاية تختلف، فقد يكون القتل الرحيم مثلا لشخص ما من طرف ممرض من أجل الاستيلاء على تركته أو من أجل انتزاع عضو من أعضائه لأجل زراعتة لقريب له أو مشاركته في تزوير شهادة طبية من أجل استعمالها من طرف قريب أو صديق له في غرض ما. ففي هذه الأمثلة نلاحظ أن الأمر يتعلق بقصد جنائي خاص هذا في حالة الفعل الإيجابي أما في حالة الفعل السلبي أو الامتناع عن فعل فإنه معاقب عليه بعقوبة الفعل¹ إلا إذا توافرت أسباب وشروط الامتناع القانونية. فالممرض الذي يمتنع عن ربط الحبل السري² لمولود سيؤدي هذا الامتناع إلى موت المولود وبهذا يكون الامتناع جريمة عمدية.

المطلب الثاني: قيام المسؤولية الجزائية للممرض في حالة الخطأ (عدم توافر القصد الجنائي)

الخطأ الذي يكون الركن المعنوي في الجرائم غير العمدية قد يقع بفعل إيجابي وعليه فمن يفضي سلوكه إلى نتيجة إجرامية يكون مسؤولا عنها إذا ثبت أن سلوكه يحمل معنى تجاوز واجبات الحيطة والحذر حتى ولو أنه لم يتوقع النتيجة الإجرامية متى كان بوسعه توقعها. ويتضح الفرق بصورة جلية بين الخطأ والقصد الجنائي. ففي القصد الجنائي تسيطر الإرادة على ماديات السلوك وتسعى لتحقيق التي تتوقعها وترغب فيها في حين أن إرادة الجاني في الخطأ تسيطر على ماديات السلوك فحسب دون النتيجة التي يمكن أن تنسب إلى نشاط الإرادة³.

على أن العلاقة لا تنقطع بين النتيجة والإرادة الإجرامية لأن انقطاعها لا يقيم الجريمة ومفاد ذلك أن القانون يعاقب على تحقيق النتيجة في أغلب الأحيان لا مجرد السلوك المادي المحض. وبناء على ما تقدم لابد من الكلام أولا عن مفهوم الخطأ وصوره لنتطرق بعد ذلك إلى أنواع الخطأ وفي الأخير إلى مجالات وتطبيقات الخطأ التمريضي.

¹ERIC MATHIAS, op.cit, P 279.

² قرار غرفة الجناح والمخالفات بالمحكمة العليا رقم 524526 الصادر بتاريخ 2008/06/18 (تحديد مفهوم الجريمة السلبية)، ع2، المجلة القضائية للمحكمة العليا سنة 2008، ص 157.

³Cass.crim, 11janv.2011,n° 07-70449,bull. crim, n°197. P156..167. ص مرجع سابق، ص 167.

الفرع الأول: مفهوم الخطأ وصوره

هو أحد صورتَي الركن المعنوي للجريمة، فالجرائم¹ إما عمدية تقوم على توافر القصد الجنائي كما تطرقنا إليه سالفًا أو غير عمدية تقوم على الخطأ غير العمدية في صورته المختلفة، بالتالي سنتناول تعريف الخطأ وصوره والآثار المترتبة عن انعدام القصد الجنائي.

البند الأول: تعريف الخطأ

الخطأ لغة ضد الصواب وضد العمد ويقال أخطأ فلان إذا سلك هذا الأخير طريقًا مخالفًا للصواب²، وعلى غرار أغلب القوانين الحديثة لم يعرف المشرع الجزائري الخطأ بل ترك أمر ذلك إلى الفقه، فيعرفه بعض الفقهاء على أنه: "إخلال الجاني عند تصرفه بواجبات الحيطة والحذر التي يفرضها القانون"³. وعرفه آخرون: "هو إخلال الجاني بواجبات الحيطة والحذر التي تتطلبها الحياة الاجتماعية"⁴.

البند الثاني: صور الخطأ

لا يستلزم القانون أن يقع الخطأ بجميع صورته بل يكفي لتحقيق الجريمة أن تتوافر صورة واحدة فيها فقط، وقد أشار قانون العقوبات الجزائري للخطأ في عدة صور تستوعب الخطأ الذي يحدث في الحياة اليومية تقريبًا ومثال ذلك ما نصت عليه المادة 288 من قانون العقوبات بقولها: "كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونه أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاة الأنظمة..."⁵. وكذا المادة 289 من نفس القانون بقولها: "إذا أتيح عن الرعونة أو عدم الاحتياط إصابة أو جرح..."⁶.

¹ عبد الله سليمان، المرجع السابق، ص 270.

² محمد الدين محمد بن يعقوب الفيروز آبادي، معجم القاموس المحيط، دار المعرفة، ط 2، بيروت، 2007، ص 541.

³ السالم عباد الحلبي محمد علي، شرح قانون العقوبات، القسم العام، مكتبة الثقافة للنشر والإعلام، الأردن، 1997، ص 370.

⁴ إبراهيم الشباسي، المرجع السابق، ص 108.

⁵ م 288/2 من أمر رقم 66-156 المتضمن ق.ع.ج المؤرخ في 08/06/1966 ح.ع 49 سنة 1966 المعدل والمتمم. ج.ر، ع 49 سنة 1966.

⁶ م 289 من ق.ع.ج.

أولاً: الرعونة Maladresse:

هو ذلك التصرف¹ الذي يحمل في طياته سوء التقدير أو الطيش أو نقص الدراية كالممرض الذي يقوم بعملية حقن المريض دون تكليف من الطبيب أو إعطاء جرعات من الدواء إلى المريض دون وصفة طبية أمر بها الطبيب، كذلك الممرض² الذي يقوم بعملية حقن للمريض بجرعة مضادة لضغط الدم الذي يعاني منه المريض حيث قام بذلك دون مراقبة ارتفاع أو انخفاض الضغط الدموي مما أفضى بالمريض إلى جلطة دموية.

ثانياً: عدم الاحتياط Imprudence:

هو ذلك الخطأ الذي ينطوي على نشاط إيجابي³، أو هو إتيان الشخص لفعل كان يجب الامتناع عنه، بعبارة أخرى عدم الاحتياط هو عدم التبصر بعواقب الأمور، حيث أن الشخص يكون مدركاً لما يمكن أن ينجر عليه هذا الفعل من ضرر للغير ويمضي في فعله باستخفاف ضانا منه أنه يمكن تجنب النتيجة. كأن يقبل الممرض⁴ على نزع حواجز السرير الموضوعه للمريض الذي يفقد توازنه دون أن يحذر من وقوعه بعد العملية الجراحية ويسقط المريض على الأرض مما أدى إلى تمزق مكان العملية وينتج عنه نزيف دموي تسبب في وفاته.

ثالثاً: الإهمال وعدم الانتباه inattention et négligence:

الإهمال وعدم الانتباه هما صورتان متقاربتان تتصرفان إلى الخطأ الذي ينطوي على نشاط سلبي⁵ نتيجة لترك واجب أو الامتناع عن تنفيذ أمر ما. ومثال ذلك عدم مراقبة الممرض⁶ لمريضة كانت تعاني من مرض الكوليرا الذي يرفع من درجة حرارة جسمها ويؤثر على جهازها العصبي فرمت بنفسها من نافذة المستشفى وتوفيت فوراً. وكذلك بالنسبة

¹ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، المرجع السابق، ص 73.

² Cass.crim, 11 janv. 2011, n° 10-80449 bull. crim, n° 197, P 157.

- <http://www.infirmiers.com/professioninfirmiere/legislation.htm>, 11/04/2014, 17:00h.

³ طاھري حسين، الخطأ الطبي والعلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة، الجزائر، 2002، ص 45.

⁴ Cass.crim, 18 mai 2010, n° 09-83032, bull. crim, n° 103. P 104.

- <http://www.infirmiers.com/professioninfirmiere/legislation.htm>, 11/04/2014, 17:00h.

⁵ أحسن بوسقيعة، القانون الجزائري العام، المرجع السابق، ص 201.

⁶ Cass.crim, 24 mars 2009, n° 08-82160, bull. crim, n° 237, p. 512.

- <http://www.infirmiers.com/professioninfirmiere/legislation.htm>, 11/04/2014, 17:00h.

الممرض الذي يقوم بتركيب قارورة السيروم دون أن يراقب مدى سريانها في الدم مما شكل دخول موجات هوائية تسببت في رفع ضغط الدم¹.

رابعاً: عدم مراعاة الأنظمة والقوانين inobservation des règlements:

عدم مراعاة الأنظمة والقوانين يفيد معنى عدم تنفيذ الأنظمة المقررة على النحو المطلوب. فقد يرى المشرع أن سلوكاً معيناً يكون خطراً وبإمكانه أن يؤدي إلى ارتكاب جريمة فيحظره وقاية لذلك، ويتمثل الخطأ في هذه الحالة بالإقدام على السلوك المحظور فإذا ما أقدم شخص ما عن هذا السلوك المحظور فإذا ما أقدم شخص ما عن هذا السلوك المحظور يسأل عن جريمتين الأولى هي مخالفة القوانين والأنظمة وتعد جريمة قائمة ومستقلة، بحد ذاتها ولو لم يقع خطأ آخر².

والثانية هي النتيجة الإجرامية التي آل إليها عمل الجاني³، ومثال ذلك الفهم غير الصحيح للوصفة الطبية وتعيين جرعة الدواء ومقداره، يعد في حد ذاته خطأ ناتج عن عدم مراعاة اللوائح والقوانين مثلما نصت عليه المادة 47 من قانون 92-276 بقولها: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يحرر وصفاته بكل وضوح وأن يحرص على تمكين المريض أو محيطه من فهم وصفاته فهما جيداً..."⁴. فعدم فهم الوصفة الطبية حسب ما أراده الطبيب يرتب المسؤولية حتى بدون ضرر المريض، أما إذا تسبب ذلك في وفاته فيسأل الممرض⁵ عن جريمتين القتل وعدم مراعاة الأنظمة والقوانين.

إن المتفحص للمادة 288⁶ السالفة الذكر يجد أنها عدت كل صور الخطأ كالرعونة، عدم الاحتياط، إهمال وعدم الانتباه، عدم مراعاة الأنظمة واللوائح والقوانين وقد وردت على سبيل الحصر فلا قياس عليها غير أن الإشكال يثور عندما لا يشير القانون إلى الواقعة

¹ نقلا عن كمال مروان، المرجع السابق، ص 627.171، P 443، bull.crim، n° 09-84213، 15 Déc.2009، Cass.crim.
² منير رياض حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدالدة، دار المطبوعات، مصر، 1989، ص 29.

³ عبد الله سليمان، المرجع السابق، ص 273.

⁴ م 47 من م.ت رقم 92-276.

⁵ نقلا عن كمال مروان، المرجع السابق، ص 382.172، P 417، bull.crim، n° 06-87395، 19 juin 2007، Cass.crim..

⁶ م 288 من ق.ع.ج.

المجرفة بفعل الإهمال أو عدم الاحتياط. فهنا يجب تحديد المعيار الذي يسمح بالتمييز بين التصرفات التي تعد إهمالاً، فيأخذ الأول بالمعيار الشخصي الذي بمقتضاه ينظر إلى الشخص المسند إليه الخطأ وإلى ظروفه الخاصة، بحيث لا يمكن أن نطالب شخصاً بقدر من الحيطة والذكاء تفوق ما تتحمله ظروفه الاجتماعية في حدود ثقافته وسنه وخبرته، فإذا تبين أن سلوكه المفضي للجريمة كان يمكن تفاديه بحسب ظروفه وصفاته عدّ الفاعل مخطئاً¹، أما غير ذلك فيعد غير مخطئ.

أما الفريق الثاني² من الفقه فيذهب إلى وجوب المقارنة بين ما صدر من المتهم، وما كان يمكن أن يصدر عن شخص آخر متوسط الحذر والاحتياط وضع في نفس ظروفه، أي تقرير سلوك الممرض المخطئ على ضوء سلوك ممرض آخر من مستواه، والأخذ بالظروف الخارجية التي أحاطت بالعمل التمريضي كوجوب التدخل المستعجل وإتباع القواعد والأصول للمهنة. فإذا وجدنا أن الشخص العادي المتوسط الحيطة والحذر سيقع فيما وقع فيه المتهم فلا مجال لمساءلة المتهم. وفي حالة العكس فإن المتهم عندئذ يعد مهملًا ويسأل عن جريمته، ولقد أخذ المشرع الجزائري بهذا الرأي في مادته 172³ من القانون المدني وهو الغالب فقها وقضاء لكونه الأنسب. إذ أن المعيار الشخصي يجعل مساءلة الشخص الحذر لمجرد هفوة بسيطة في حين يفلت الشخص معتاد التقصير من المساءلة.

البند الثالث: الآثار المترتبة عن انعدام القصد الجنائي في جرائم الخطأ

يترتب على تخلف القصد الجنائي في جرائم الخطأ عدة نتائج هامة منها:

- عدم إمكان تصور الشروع⁴ في جرائم الخطأ لأن الشروع في الجريمة يستلزم توافر النية في إتمام تلك الجريمة بكافة أركانها والقصد الجنائي متخلف في الجرائم غير العمدية ومنعدم فيها.

¹ منصور عمر المعاينة، المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، ط 1، جامعة نايف العربية للعلوم، السعودية، 2004، ص 52.

² طاھري حسين، المرجع السابق، ص 147.

³ م. 172 ق.م.ج .

⁴ Abdel Majid ZAALANI, op.cit, P 189.

- عدم تصور الاشتراك في جرائم الخطأ¹ لأن الاشتراك في الجريمة يكون بالمساعدة وهو ما يستلزم توافر القصد الجنائي لمعاونة الفاعل لإتمام الجريمة، وانعدام القصد لدى الفاعل الأصلي في الخطأ يستتبع بغير تصوره لدى الشريك، وينجم عن ذلك أن المساهمة بقدر من الخطأ يجعل القائم به مخطئاً أصلياً ويجب إثبات خطأ كل منهما مستقلاً عن الآخر كمسؤولية الطبيب عن أعمال تابعيه².
- انعدام الظروف المشددة في جرائم الخطأ لأن القصد الجنائي ينتفي فيها، فلا وجه لقيام الظرف المشدد لاستحالة تخليه، فلا سبق إصرار أو ترصد في جريمة القتل الخطأ³.

الفرع الثاني: أنواع الخطأ

يميز الفقهاء بين عدة أنواع من الخطأ وسنجري فيما يلي مقارنة بسيطة بين هذه الأخطاء لتوضيح آراء الفقه حول هذه التفرقة والوقوف على أهمية ذلك في الحياة العملية.

البند الأول: الخطأ الجسيم والخطأ اليسير

يميل بعض الفقهاء إلى ضرورة التمييز بين الخطأ الجسيم والخطأ اليسير، فالخطأ الجسيم⁴ يجد مجال تطبيقه في نطاق قانون العقوبات إذ يصلح هذا النوع من الخطأ لترتيب المسؤولية الجزائية، ويجد الخطأ اليسير مجال تطبيقه في نطاق القانون المدني لأنه لا يصلح لترتيب المسؤولية الجزائية بالنظر لتفاهته⁵.

وانتقد هذا الرأي⁶ على أنه إذا أخذنا بهذا التقسيم فإنه لا بد من وضع معيار للتمييز بين الخطأ الجسيم واليسير لأن معيار الرجل العادي المعتمد في مجال المسؤولية غير العمدية لا يصلح للتمييز بين الخطأين الجسيم واليسير لأنه يقوم على مجرد إثبات الخطأ فقط. أما

¹J.LARGUIER, Droit Pénal général, Paris, mementos Dalloz, 2003, P 209.

²هدى محمد سالم الأطرقي، المرجع السابق، ص 287.

³إبراهيم الشباسي، المرجع السابق، ص 114.

⁴محمد بودالي، المسؤولية الطبية بين اجتهاد القضاء الإداري والقضاء العادي، المجلة القضائية، ع 1، 2004، ص 23.

⁵يوسف جمعة يوسف الحداد، المرجع السابق، ص 174.

⁶عبد الله سليمان، المرجع السابق، ص 282.

صعوبة التفرقة بين الخطأ الجسيم واليسير والافتقار إلى معيار¹ يميز بينهما فقد هجر الفقه والقضاء هذا التقسيم إذ اعتبر القانون كل من أخطأ عد مسؤولاً ولو كان خطؤه يسيراً.

أما المشرع الجزائري فلم يتناول التفرقة بين الخطأ الجسيم والخطأ اليسير وترك الأمر لسلطة القاضي التقديرية.

البند الثاني: وحدة أو ازدواج الخطأين المدني والجنائي

الخطأ الجنائي هو الإخلال بواجب قانوني مكفول في قانون العقوبات²، أما الخطأ المدني فهو الإخلال بأي واجب قانوني ولو لم تكفله القوانين ومن ثم فالخطأ المدني أوسع دائرة من الخطأ الجنائي³، إذ أن الخطأ الجنائي يشكل دائماً خطأ مدنياً. أما الخطأ المدني فقد يتوافر دون أن يشكل خطأ جنائياً غير أن البعض اعتمد على التفريق بين الخطأين على أساس الجسامة فكلما كان الخطأ جسيماً كان خطأ جنائياً ورتب المسؤولية الجزائية وكلما كان يسيراً عد خطأ مدنياً ورتب المسؤولية المدنية، وقد سبق أن تناولنا النقد الموجه لهذا الرأي في الصفحة السابقة وتم رفض الأخذ به⁴. أوضحنا أن المشرع الجزائري لم يفرق بين الخطأين حيث أن هناك من الخطأ صالح لإقامة المسؤولية الجزائية والمدنية غير أنه ليس كل خطأ يستلزم قيام المسؤولية الجزائية وان كان يستلزم التعويض مدنياً ولقد جاءت صور الخطأ على سبيل الحصر في المادة 288 قانون العقوبات الجزائري⁵.

انقسم الفقه الجنائي بين مؤيد لفكرة وحدة الخطأين المدني والجنائي ومعارض لها.

أولاً: الاتجاه المؤيد لوحدة الخطأين

يرى أنصار هذا الاتجاه أن الخطأ المدني والخطأ الجنائي لهما مدلول واحد، كما يتحدان من حيث الدرجة. فكما أن الشخص يسأل مدنياً عن كافة أخطائه جسمياً ويسيرها،

¹ عادل الشهاوي، المرجع السابق، ص 203.

² محمد حماد الهيتي، المرجع السابق، ص 314.

³ Ch. PAULIN, Droit pénal général, LITEC, coll. Objectif droit, Paris, 2002, P. 207.

⁴ عبد الله سليمان، المرجع السابق، ص 283.

⁵ م. 288 ق.ع.ج.

فإنه يسأل جنائيا عن إهماله أو رعونته أو عدم مراعاته للأنظمة، وكذا عن أخطائه العمدية متى رتبت ضررا عاما، فلا يهم ما إن كان الإهمال جسيما أو يسيرا ولا ما إذا كانت مخالفة الأنظمة يسيرة أو جسيمة. وحسب أنصار هذا الاتجاه، فما دام أن هذين الخطأين من طبيعة واحدة، فكليهما يقدران بمعيار موضوعي، أي بالنظر إلى سلوك شخص آخر وجد في نفس الظروف الخارجية، وبغض النظر عن ظروفه الداخلية.¹

لكن هذا الاتجاه واجه انتقادات عدة، من أهمها: أن الخطأ المدني يمكن افتراضه في مجالات معينة، بينما يبقى الخطأ الجنائي واجب الإثبات.

كما يرى المعارضون "ضرورة تقدير الخطأ الجنائي بمعيار شخصي، فيوضع في الاعتبار شخصية المتهم وإمكانياته الحقيقية² ses possibilités réelles، وذلك بغية تطبيق السياسة الجنائية الحديثة القائمة على أساس تفريد العقوبة وتصنيف المحكوم عليهم"³.

أنه تبعا لحجية الحكم الجنائي أمام القضاء المدني، فإن القاضي الجنائي يجد نفسه يفضل الحكم بإدانة المتهم من أجل عدم حرمان المضرور من التعويض لأنه يعلم جيدا أن الحكم بالبراءة يعني حرمان المضرور من التعويض. لكنه في مقابل ذلك يقضي بأخف العقوبة، فإما الحبس مع وقف التنفيذ أو غرامة بسيطة. "وبالتالي تتحول الدعوى الجنائية عن هدفها الأصيل وهو تحقيق العدالة الاجتماعية لتصير أداة لخدمة المصالح الخاصة للمجني عليه"⁴.

¹ د. محمد سامي السيد الشوا، الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الحقوق، 1986، ص 366-367.

² تمت ترجمة كلمة possibilités بالميل، بينما الأصوب "الإمكانيات".

³ محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 372.

⁴ محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 374.

وفي نفس السياق يقول الفقيه Chavanne "بأن مؤدى نظرية وحدة الخطأين القلب العمدي لظهر كثير من مبادئ قانون العقوبات وعلى الأخص فيما يتعلق بالشخصية وتفريد العقوبات"¹.

ثانيا: الاتجاه القائل بازدواج الخطأين

يرى أنصار هذا الاتجاه بالإضافة إلى ما يعيونه على فكرة وحدة الخطأين، أن الغرض من الدعوى المدنية هو جبر الضرر، بينما الغرض من الدعوى الجزائية هو ردع الجاني. وعليه فإذا كانت الأخطاء التي يتعرض لها الكثير من الناس في حياتهم اليومية تعطي الحق في التعويض عن الضرر الحاصل، فإن ذلك لا يستساغ في المجال الجزائي، إذ كثيرا ما يكون في تعويض المضرور كفاية عن توقيع العقاب عليه².

أن المسؤولية المدنية صار بالإمكان قيامها من دون خطأ أي ما يسمى بالمسؤولية الموضوعية، على عكس المسؤولية الجنائية التي يشترط لقيامها عنصر الخطأ. فمثلا في مجال حوادث العمل قد يصعب القول بصدور خطأ عن المستخدم من عدمه. فإذا أخذنا بفكرة وحدة الخطأين المدني والجنائي، فإذا قضى القاضي الجنائي بانتفاء المسؤولية الجنائية لعدم ثبوت الخطأ، فهنا يكون مستحيلا على المضرور الحصول على التعويض، لذلك يجب على القاضي الجنائي الأخذ بعين الاعتبار الغاية من المسؤولية الجنائية وبالتالي تقدير الخطأ الجنائي بمعيار شخصي. فكما يقول أحد الفقهاء: "أن العقوبة عكس التعويض، لا تمثل غاية في ذاتها، بل هي وسيلة لعكس الإرادة الآثمة وتصحيح المسلك الخطير"³، كذلك انتقد هذا الرأي من جهة صعوبة التمييز بين درجات الخطأ.

¹Marie-Cerile,Negouas- Guerin: le doute en matière pénale, thèse doctorat, université Montesquieu, Bordeaux,2000,P143.

²بسام محتسب بالله، المسؤولية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، ط 1، عمان، 1984، ص 358.

³Marie-Cerile,Negouas- Guerin,op,cit,p145.

كما أن الأخذ بازدواجية الخطأ يسمح للفاعل بالتخلص من المسؤولية المدنية فيما إذا كان قد أمن على نفسه منها من قبل، وكذا التملص من المسؤولية الجنائية¹ بالسعي وراء إقناع القاضي ببساطة خطئه، وأنه لا يرقى إلى درجة الخطأ الجسيم. بينما اعتمد المشرع الجنائي في تقدير تدرج العقوبة على النتيجة الجرمية وليس على جسامة الخطأ سواء كان إهمالاً أو رعونة أو عدم مراعاة للأنظمة.²

فبالنسبة للاعتماد على النتيجة الجرمية في تقدير العقوبة يرجع سببها إلى مبدأ وحدة الخطأين المدني والجنائي، والذي يؤدي إلى تغاضي القاضي الجنائي عن "الإثم الشخصي للفاعل". الموقف الذي ينبغي التراجع عنه -حسب أنصار مبدأ ازدواج الخطأين المدني والجنائي- تحقيقاً للغاية المرجوة من التجريم والعقاب. وفي ذلك يقول Hering "أن الإبقاء والمحافظة على التوازن بين جسامة العقوبة ودرجة الخطأ هي أحد المهام الأكثر ارتقاء للقضاء"³.

ويرى Herzg حول نفس الإشكال أن النظام القائم على فكرة تناسب العقوبة والنتيجة يتصف "بعدم المنطقية الجوهرية"، لأنه يساعد على جعل الصدفة الحكم الأعلى المسيطر على فكرة المسؤولية الجنائية"⁴.

كما يعيب أنصار هذا الاتجاه على المشرع مساواته بين جميع صور الخطأ، بحيث مثلما يعاقب على كل إهمال فهو يعاقب على كل عدم مراعاة للأنظمة، ما دام أن النتيجة النهائية قد حصلت. ومن ذلك تأييد محكمة النقض الفرنسية الغرفة الجنائية في قرارها الصادر بتاريخ 1962/10/03 حكم محكمة باريس الذي أدان قائد سيارة تركها في شارع ممنوع التوقف فيه، مما أدى إلى اصطدام سيارة مارة بها، ونجم عن ذلك جرح بعض المارة، فاعتبر مرتكباً لجريمة جرح بإهمال. فيرى كثير من الفقه أن في المعاقبة على كل عدم مراعاة للأنظمة هو نوع من الإفراط والمبالغة.

¹ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 359-360.

² محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 384.

³ محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 385.

⁴ محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 386.

ثالثاً: موقف القضاء والتشريع الفرنسيين

اتجه القضاء الفرنسي ردحا من الزمن إلى تبني مبدأ ازدواج الخطأين المدني والجنائي.¹ ومن ذلك قرار محكمة النقض الفرنسية الصادر في 1889/04/05 الذي جاء فيه أنه: "مما يدخل في اختصاص قاضي الموضوع، أن يقرر حسب ظروف الواقعة، وجسامة الإهمال المدعى به، ما إذا كان هذا الإهمال ينطوي على جريمة ما، أو أنه مجرد خطأ بسيط لا يمنح للمدعي سوى حق الادعاء المدني بالتعويض"².

لكن، وفي سنة 1912 تبني القضاء الفرنسي مبدأ وحدة الخطأين المدني والجنائي، وذلك في القرار الصادر عن الغرفة المدنية لمحكمة النقض بتاريخ 18 ديسمبر 1912 والذي أوجبت فيه العقاب على الخطأ الجنائي مهما كان بسيطاً، وأنه لا اختلاف بين الخطأ الجسيم والخطأ البسيط إلا من حيث تخفيف العقوبة³.

ثم تراجعت محكمة النقض الفرنسية عن موقفها لتعود إلى مبدأ ازدواج الخطأين المدني والجنائي وذلك في الفترة الممتدة بين 1919م إلى 1926م، وذلك لتتفادى ما ترتب عن تقييد الجنائي للمدني من حرمان العديد من المضرورين من الحق في التعويض سواء بسبب النطق ببراءة المتهم أمام القضاء الجنائي أو لتقادم الدعوى الجنائية. ومن ذلك ما قضت به محكمة النقض الفرنسية في قرارها الصادر في 29 جويلية 1924 -الغرفة المدنية- بعد صدور حكم المحكمة العسكرية ببراءة المتهم من جريمة قتل بإهمال، إذ قررت أن: الحكم الصادر من المحكمة العسكرية لم يفصل في الواقع سوى فيما يتعلق بالإثم، ومن ثم فإنه مما يدخل في اختصاص محكمة الاستئناف النظر فيه، هو ما إذا كانت هذه الواقع تنطوي على شبه الجريمة التي تلزم فاعلها بالمسؤولية المدنية"⁴.

¹ Philippe Le Tourneau, Droit de la responsabilité et des contrats, Dalloz, Paris, 2004, P 163.

² Cass. civ. 15 Avril 1889, s. 1891-1-292. Cité par : Philippe Le Tourneau, op. cit., P 164.

نقلا عن: محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 394.

³ Cass. Civ. 18 Décembre 1912, D. 1915-1-17, note Morel. Cité par : Philippe Le Tourneau, op. cit., P 165.

⁴ محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 396.

وسار القضاء الفرنسي نحو التخفيف من مبدأ وحدة الخطأين في عدم أحكام وقرارات قضائية، حيث فرق بين المسؤولية العقدية والمسؤولية التقصيرية للطبيب. ففيما يتعلق بالمسؤولية العقدية إما أن تقوم على أساس الإخلال بالتزام ببذل عناية، وحينئذ أعمل مبدأ حجية الحكم الجنائية أمام القضاء المدني، وإما أن تقوم على أساس الإخلال بالتزام بتحقيق نتيجة، وحينئذ لا يمكن إعمال المبدأ، لأنه يتنافى مع أساس المسؤولية الجنائية. ومن ذلك ما قضت به محكمة السين الابتدائية في 03/03/1965 (عقب صدور حكم ببراءة طبيب تخدير من تهمة قتل غير عمدي)، أن طبيب التخدير يقع عليه التزام بضمان سلامة المريض، وهو التزم بتحقيق نتيجة، بحيث متى لم تتحقق النتيجة -أي عدم إلحاق ضرر به- وجب تطبيق المادة 1147 ق. م فرنسي¹.

كما أنه منذ صدور قرار Mercier² الشهير سنة 1936 "الذي أقر الطبيعة العقدية للعلاقة بين الطبيب والمريض، تم استبعاد التقادم الجزائي من مجال الدعاوى المدنية المؤسسة على الإخلال بالتزام عقدي".

إلا أن القضاء الجنائي الفرنسي رفض الاحتجاج بالطبيعة العقدية للمسؤولية الطبية أمامه، إذ اعتبرت الغرفة الجنائية لمحكمة النقض أنه إذا كان الأصل في مسؤولية الطبيب أنها ذات طبيعة عقدية "فإنها لا تكون كذلك إذا انطوى التقصير على جميع خصائص الإهمال أو الرعونة المشكلة للجريمة المنصوص عليها في المادة 319 ق.ع. ففي هذه الحالة، هناك محل لتطبيق قانون العقوبات"³. وبذلك أقر القضاء الجنائي الفرنسي أولوية الجنائي أمام المدني.

كما أن القرار الصادر عن محكمة النقض الفرنسية -الغرفة المدنية- المؤرخ في 1969/11/17، والذي قضت فيه أن الإخلال بالتزام الإعلام (تبصير المريض) لا يمثل خطأ جنائياً وإنما خطأ مدنياً، هذا القرار تم انتقاده، لكون الغرفة المدنية لمحكمة النقض

¹T.G.I de Seine 3 Mars 1965 J.C.P. 1966, 2-14581, obs. R. Savatier. Cité par : CH. PAULIN. Op.cit, P 209.

²Civ., 20 Mai 1936, arrêt Mercier, D. 1936. I. 88. Cité par : CH. PAULIN. Op.cit, P 210.

³Crim. Cass. 12 Déc 1946, J.C.P.1947-11-2361, obs/R. Rodière. Cité par : CH. PAULIN. Op.cit, P 211.

الفرنسية خولت لنفسها سلطة تحديد نطاق نص جنائي رغم أن هذا اختصاص أصيل للقضاء الجنائي.¹

على كل فإن المشرع الفرنسي، وحسما لهذا الإشكال الذي كان يدفع بالقضاة في كثير من الأحيان إلى النطق بالإدانة لإفساح المجال أمام الضحية للمطالبة بالتعويض، اتخذ موقفا في قانون 2000/07/10 المعدل لقانون الإجراءات الجزائية والذي أضاف المادة 1/4 ق. إ. ج، والتي تنص صراحة على أن غياب الخطأ الجزائي غير العمدي لا يحول دون إمكانية رفع دعوى أمام القضاء المدني للمطالبة بالتعويض عن الأضرار، على أساس مخالفة المادة 1383 ق. م فرنسي، أي عن خطأ مدني.²

البند الثالث: الخطأ المادي والخطأ الفني

يقصد بالخطأ المادي: "الإخلال بالالتزام المفروض على الناس كافة باتخاذ العناية اللازمة عند القيام بسلوك معين أو إتيان فعل لتجنب ما يؤدي إلى نتيجة غير مشروعة إذ من المقرر أن تطبق قواعد الخطأ بمفهومه العام (المادي) على جميع الناس المخاطبين بالقاعدة القانونية التي من خصائصها العموم والتجريد ولا تفرق بين شريحة اجتماعية وأخرى، فواجبات الحيطة والحذر التي يفرضها القانون تسري على الكافة، على أن انفراد بعض الطوائف الاجتماعية بمهن معينة³.

يطرح التساؤل عن إمكانية تطبيق قواعد الخطأ الفني عليهم في حالة اقرار أحدهم لخطأ يتعلق بمهنته⁴.

إن الرأي السائد فقها وقضاء ينفي التفرقة بين الخطأ المادي والفني، كما أن المشرع الجزائري حسب المادة 124 من القانون المدني لم يفرق بين الخطأين إذ يكتفي القانون

¹أنظر: محمد سامي السيد الشوا، المرجع السابق، ص 402.

²Philippe Le Tourneau, op.cit., P 164.

³ERIC MATHIAS, op.cit, P 247.

⁴عبد الحميد الشواربي، المرجع السابق، ص 198.

بإثبات الخطأ كركن معنوي حتى يتحمل الجاني تبعه عمله وللقاضي سلطة تقديرية في ذلك بتشديد أو تخفيف العقوبة¹.

كما تجدر الإشارة إلى أن الخطأ التمريضي هو عدم قيام الممرض بواجبات مهنته وفقا لما تقتضيه اللوائح والقوانين وأصول المهنة العلمية والفنية التي هي مجموعة القواعد النظرية والعملية المستقرة بين أهل الطب والتمريض ولم تعد محل نقاش بينهم²، أي هي القدر الأدنى الذي يجب مراعاته في عمل تمريضي إلا استثناء كحالة الضرورة وهي حقائق ثابتة ومسلمات معترف بها والمعيار المعتمد لتحديد الخطأ التمريضي هو معيار موضوعي كما سبق أن أشرنا إليه سالفًا، وقد أحاطت المادة 239³ من قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها عقوبة الخطأ المهني المرتكب من الممرض إلى القواعد العامة حيث تنص على: يتابع طبقاً لأحكام المادتين 288⁴ و289⁵ من قانون العقوبات أي طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو مساعد طبيب على كل تقصير أو خطأ مهني يرتكبه خلال ممارسة مهامه أو بمناسبة القيام بها ويلحق أضراراً بالسلامة البدنية لأحد الأشخاص أو بصحته أو يحدث له عجزاً مستديماً أو يعرض حياته للخطر أو يتسبب في وفاته⁶.

فاستقرأ هذه المادة يبين أنها تميز بين الخطأ المهني والتقصير رغم أن المشرع الجزائري لم يفرق بين الخطأ المهني والمادي ويعتبر هذا استثناء نظراً لطبيعة المهنة التمريضية. فالخطأ المهني يرتكب أثناء الممارسة الفعلية للمهنة التمريضية. كعدم تعقيم الأدوات الجراحية، أما التقصير فيكون بمناسبة القيام بالمهنة، كإهمال مراقبة الممرض للمرضى. وأضافت المادة 209 من قانون 17/90 ما يلي: "إذا تسبب الخطأ المهني في أي

¹ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، المرجع السابق، ص 181.

² هدى سالم محمد الأترقي، المرجع السابق، ص 275.

³ م 239 من ق.ص.ج.

⁴ م 288 من ق.ع.ج.

⁵ م 289 من ق.ع.ج.

⁶ م 1/239 من ق.ص.ج.

ضرر يكفي بتطبيق العقوبات التأديبية"¹. والعقوبة التأديبية هي من اختصاص السلطة الإدارية كإدارة المستشفى لتحقيق الصرامة وإيجاد الانضباط.

البند الرابع: مدى إمكانية الاستغناء عن الخطأ لقيام المسؤولية الجنائية للممرض

إنه من المبادئ الأصلية في القانون الجنائي مبدأ "شخصية العقوبة"، والذي كان أساس عدم مساءلة الشخص جنائياً عن فعل مجرم مرتكب من غيره.

لكن هناك أحوال يسأل فيها الشخص جنائياً عن فعل غيره، وهي التي أثارت التساؤل عما إذا كان يمكن الاستغناء عن فكرة الخطأ في المسؤولية الجنائية² في هاته الأحوال؟

ومن هاته الأحوال التي أثارت التساؤل ما يتعلق بمسؤولية الأطباء عن أفعال مساعديهم، إذ هي في القانون المدني قائمة على أساس "المسؤولية الموضوعية" المتعلقة المتبوع عن أعمال تابعيه، بحيث يستحق المضرور التعويض من المتبوع عن أعمال تابعيه، ولو لم يصدر منه أي خطأ. فهل الفكرة نفسها تسري في القانون الجنائي؟

إن المسؤولية الجنائية في هاته الأحوال يراها البعض قائمة على أساس خطأ مفترض³ قابل لإثبات العكس، يتمثل في سوء المراقبة أو التخلي عن واجب مراقبة الطبيب لحسن سير عمل من هم تحت سلطته، كونه مكلف "بحسن مراقبة الفعل المادي"⁴. أو هو "إخلال المتبوع بالالتزامات التي فرضها عليه القانون، من حيث القيام بالمراقبة والإشراف على نحو يمنع وقوع الجريمة"⁵ مما أدى إلى حدوث الضرر. بينما يرى البعض الآخر أنها قائمة في كل الأحوال على أساس الخطأ الواجب للإثبات⁶. وعليه، يتحمل الطبيب المسؤولية

¹ م 209 من الأمر 90-17 المؤرخ في 31/7/1990 ج ر ع 30، المعدل والمتمم لقانون الصحة.
² كما دعاني إلى بحث هذه الفكرة نشوء فكرة المسؤولية الجنائية المفترضة للمؤسسات الاقتصادية. راجع في ذلك: نبيل أحمد السيد زهير، المسؤولية الجنائية المفترضة، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة القاهرة، ب.ت.ط، ص 118.
³ نبيل أحمد السيد زهير، المرجع السابق، ص 115.
⁴ يسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 391.
⁵ نبيل أحمد السيد زهير، المرجع السابق، ص 104.
⁶ ومن هؤلاء "منير رياض حنا" (رئيس محكمة الإسكندرية لسنة 1989) الذي يؤكد على أن الخطأ الجنائي لا يفترض، بل هو واجب الإثبات للحكم بإدانة المتهم. أنظر: منير رياض حنا، المرجع السابق، ص 35.

الجزائية إذا أصدر أمرا خاطئا للممرض فطبقه هذا الأخير، كما يتحمل المسؤولية عن سوء تنفيذ أوامره إذا قصر في توجيه الممرض الذي تحت سلطته ورقابته:

- حالة "الأمر" الخاطيء:

أي أن يكون الخطأ في الأمر ذاته. إن الممرض المساعد، له معلومات محدودة في الطب تؤهله لتنفيذ أوامر الطبيب في حدود معارفه، ودون أن يكون له تعديل هذا الأمر. وفي ذلك يقول الدكتور "البنية" أنه "يجب التسليم أن مساعد الطبيب الجراح ليس له بوجه عام حرية التقدير، ويلتزم بتنفيذ أمر الطبيب حرفيا"¹. وهو ما يتفق مع ما ذهب إليه المشرع الجزائري من جعل المساعدين الطبيين يعملون تحت مسؤولية طبيب².

تبعاً لذلك حكم بالمسؤولية الشخصية للطبيب عن الضرر الناجم عن تدليك الممرضة ليد مريض تنفيذاً لأمر الطبيب الذي أخطأ في التشخيص إذ شخص الألم الموجود في قبضة اليد على أنه "ملخ" مع أنه في الحقيقة كسر. كما نسب إليه الخطأ لإصداره أمراً إلى الممرضة بتعبئة حقنة بمادة زودها هو بها، وبعد وفاة المريض تبين أن ذلك المحلول غير طبي³. وكذا حالة إصداره أمراً بحقن المريض بدواء غير موافق لحالته المرضية، مما أدى إلى وفاته⁴.

كما اعتبر خطأ، الأمر الصادر بنقل مريض -أجريت له عملية لعلاج كفه من الإفراز المرتفع للعرض- من غرفة العمليات دون إعطاء التعليمات اللازمة، طبقاً لمقتضيات علم الطب، حول كيفية نقله في مثل تلك الجراحة⁵.

¹ د. محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة، 1993، ص 64.

² تنص المادة 96 من ق.ص.ج على ما يلي: "يكلف المساعدون الطبيون، حسب اختصاصهم وتحت مسؤولية طبيب أو ..".

³ د. محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 63.

⁴ قرار المحكمة العليا (غرفة الجرح والمخالفات)، الصادر بتاريخ 1995/05/30. راجع في ذلك: طاهري حسين، المرجع السابق، ص 355-358.

⁵ د. محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 64.

- حالة عدم إشراف الطبيب على تنفيذه أو امره:

إن صحة أوامر الطبيب وسلامتها من العيوب أو القصور لا تكفي لنفي الخطأ عنه، بل لابد أن يتبعها بإشرافه الشخصي على صحة تنفيذها. بحيث أنه إذا لم يشرف على عملية التنفيذ أو أنه أشرف ولكن لم يمنع التنفيذ السيء لأمره، فإنه يعتبر بذلك مخطئاً، وتقوم مسؤوليته الجنائية عن الأضرار الناجمة عن ذلك. فالتزام الإشراف هذا، يقصد به الحضور والرقابة المباشرة، وبالتالي ضرورة التدخل عند حصول أي إشكال في التنفيذ.

لكن الدكتور "هشام عبد فرج" يرى -وأشاطره الرأي- أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار ما إذا كان الممرض المساعد للطبيب مؤهل للمهام التي كلفه بها الطبيب بأن كان "خريج المعهد العالي للتمريض" أو خريج "مدارس التمريض" أم أنه شخص غير مؤهل، إذ يقول في ذلك أن "معاون أو مساعد الطبيب لذي يرتكب خطأ في تنفيذ أمر الطبيب يعتبر مسؤولاً عن نتيجة هذا الخطأ، ولا علاقة للطبيب بذلك ما دام هذا المساعد مؤهلاً لمثل العمل المكلف به. أما إذا كان الطبيب قد كلف شخصاً غير مؤهل طبياً، ونتج عن هذا التكليف ضرر بالمريض، حتى وإن كان ذلك حدث بطريقة شخصية دون إيعاز من الطبيب، فإن الطبيب مسؤول عن هذا الضرر لاستعانتة بشخص غير مؤهل"¹.

ويضيف من جهة أخرى أنه: "إذا كان العمل الذي قام به مساعد أو معاون الطبيب بناء على أوامر خاطئة من الطبيب، وقام هذا المساعد المؤهل بتنفيذها حسب تعليمات الطبيب، ونتج عن هذه التعليمات ضرر للمريض، فإن المساعد أو المعاون للطبيب لا يسأل عن هذا الضرر الحادث للمريض. في تلك الحالة يسأل الطبيب عن هذا الضرر، ولا علاقة للمساعدين بهذا الضرر. في كل الأحوال فإن الحكم بمسؤولية الطبيب عن خطئه لا يمنع من الحكم على المساعد أو الممرض عما يقع منه من الخطأ في دائرة اختصاصه"².

¹ د. هشام عبد الحميد فرج مينا، الأخطاء الطبية، القاهرة، 2007، (بدون ناشر)، ص 135-136.
² د. هشام عبد الحميد فرج مينا، المرجع السابق، ص 135-136.

لكن هناك بعض العمال الطفيفة التي لا يعقل إشراف الطبيب على قيام الممرضة بها، وإلا كان الأجر الاستغناء عن خدماتها. وفي تلك الأعمال ينسب الخطأ إلى الممرضة. ومثال ذلك قلب ممرضة متخصصة في نزع الدم لملصقة الدم المنزوع من المريضة المزعم إجراء عملية بسيطة لها مع ملصقة دم مريض آخر، من أجل تحديد نوع الفصيلة، مما أدى إلى نقل دم "A" عند المريضة الحاملة لفصيلة دم "O" فنتج عن ذلك الوفاة. فقرر مجلس استئناف تولوز نسبة الخطأ إلى الممرضة. وورد في هذا القرار ما يلي: "... لا يمكن إنسانيا ولا عقليا أن يفرض على طبيب اختار شخصا كفا - لأخذ الدم لتعيين الفصيلة- أن يتابع، في تفاصيل طفيفة (infime)، الممرضة التي تقوم بعملية تافهة (banale) لأمر من نوع عادي يقتضي انتباها عاديا، دون أن يصير مستحيلا أي تفويض للمهام، بكل هذه البساطة، وتعريض الطبيب الذي يقوم بهذا التفويض -لا محالة- للمتابعة الجزائية"¹.

إذن نلخص إلى أن مسائلة الطبيب عن أعمال مساعديه ليس تخليا عن فكرة الخطأ في مجال المسؤولية الجزائية ولا عن مبدأ شخصية العقوبة، بل هو راجع إلى التحري عن رابطة السببية²، فما هو سبب حصول الضرر للمريض، هل هو خطأ الطبيب أو خطأ ينسب إلى المساعد وحده؟ وأن مجرد إخلال الطبيب بواجب مراقبة مساعديه أثناء أدائهم لما كلفهم به يسمح بإثارة مسؤوليته الجزائية.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, La responsabilité médicale – Données actuelles, 2^{ème} édition Paris, 1999, P 224-225.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص.394.

المبحث الثاني: انتفاء المسؤولية الجنائية للممرض:

إن ممارسة الأعمال التمريضية تتطلب المساس بسلامة الجسم البشري وتكامله ففي كامل التشريعات الجنائية، كان المشرع الجنائي يجرم هاته الأفعال في صورة الضرب أو الجرح أو إعطاء مواد ضارة.

لقد تعرضنا في ما سبق لأسس وشروط إباحة هاته الأعمال من أجل غايتها النبيلة كالترخيص القانوني والهدف العلاجي حسب الأصول العلمية ورضا المريض بذلك، ويكفي أن يخلط شرط واحد حتى تقوم مسؤولية الممرض الجنائية عند خروج أعماله عن دائرة الإباحة ووقوعها تحت نصوص التجريم.

رغم هذا قد تنتفي هذه المسؤولية في حالة انتفاء الرابطة السببية بين الفعل والنتيجة أو عند توافر حالات معينة منصوص عليها قانونا كحالة الضرورة والقوة القاهرة أو في حالة خطأ المريض أو الغير.

المطلب الأول: انتفاء رابطة السببية

مما هو محل إجماع في مختلف النظم القانونية أنه لا يكفي قيام الركن المادي بصدور السلوك الإجرامي من الفاعل وحصول نتيجة حتى تقوم الجريمة¹، بل لابد من وجود علاقة تربط بين سلوك الجاني لما حدثت هذه النتيجة. بناء على ما تقدم وبمفهوم المخالفة إذا انتفت هذه العلاقة فلا مجال لمساءلة الفاعل سواء في الجرائم العمدية أو غير العمدية باستثناء بعض الجرائم العمدية المعاقب بالشروع فيها دون لزوم بحث العلاقة السببية لأنه لا يتصور هذا الشروع في غير العمدية كما أنه لا يمكن مساءلة الممرض عن أضرار غريبة عن العمل التمريضي الذي خضع له المريض وهذا لتخلف الرابطة السببية² بين الفعل والنتيجة³.

¹ERIC MATHIAS, op.cit., P 86.

²ثروت عبد الحميد، تعويض الحوادث الطبية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007، ص 32.

³أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، المرجع السابق، ص 177.

هذا ما سنحاول بحثه في ثلاثة فروع نتناول مفهوم علاقة السببية (الفرع الأول) ثم نتعرض إلى انتفاء العلاقة السببية ودور القضاء في نفيها أو إثباتها (الفرع الثاني) ثم إلى قيام مسؤولية الطبيب عن تابعيه (الفرع الثالث).

الفرع الأول: علاقة السببية

إن تحديد علاقة السببية¹ ونفيها في الأخطاء الطبية أمر مستعصي وشاق نظرا للخصائص الفيزيولوجية للجسم البشري وتغيرها من شخص لآخر، حيث أن النتيجة تتحكم فيها عدة أسباب وبالتالي يصعب إرجاعها دائما إلى عمل الممرض فقط. فبالنظر إلى الطبيعة الخاصة للجسم البشري وفي حالة استحالة إثبات علاقة السببية اجتهد القضاء² في إيجاد وسيلة لحل هذه الإشكالية وأقر بأنه متى تأكد من وجود خطأ من جانب الممرض وكان من المقبول عقلا ومنطقا أن يحدث هذا الخطأ ضررا اعتبر قرينة على توافر علاقة السببية.

ففي هذا الصدد يتعين على الباحث في سببية سلوك الممرض³ أن يتغاضى عن النتيجة التي حدثت وان يفترض عدم وجودها وينظر إلى سلوك الممرض نظرة مجردة. فإذا رأى أن هذا السلوك من شأنه أن يحقق مثل هذه النتيجة عادة وجب اعتباره سببا لها، أي وفق المجرى العادي لأمر الحياة حتى ساهمت عوامل أخرى في إحداثها مادامت محققة ومتوقعة ومألوفة كالممرض الذي قرر نزع جهاز الإنعاش عن المريض ضانا منه أن المريض لم يعد بحاجة إلى ذلك بعد أن قضى ساعات طويلة وبعد لحظات تفقد الطبيب حالة المريض فوجده ميت فعلا، فلا مجال في هذا المثال للشك في توافر سببية بين خطأ الممرض ووفاته المريض وبالتالي قيام مسؤوليته الجزائية⁴.

بينما إذا كانت العوامل شاذة غير مألوفة وغير منطقية أو خارجة عن إرادة الممرض فإن علاقة السببية تنقطع بينهما وبين النتيجة⁵. فالممرض الذي يحقن المريض بحقنة بنسولين

¹ عبد الرزاق السنهوري، المرجع السابق، ص 476.

² سيدي محمد أبو حفص، المرجع السابق، ص 259.

³ هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 257.

⁴ Cass.crim, 05 juin 2007, n° 06-86331, bull, n° 375, P. 321. Cité par : Abdelmadjid ZAALANI, op cit, P 143.

⁵ منصور عمر المعاينة، المرجع السابق، ص 36.

بعدما أجرى له اختبار عدم الحساسية لهذا الدواء كما هو جاري العمل به طبيا ويموت هذا المريض نتيجة هبوط مفاجئ لضغط الدم لحساسية مفرطة رغم عدم وجود سوابق مرضية فإن الممرض لا يسأل هنا في هذه الحالة لأنها عوامل شاذة¹.

لقد برز في أعمال القضاء ومدونات الفقه في مجال البحث في رابطة السببية نظريتان، نظرية تعادل الأسباب ونظرية السبب المنتج.

البند الأول: نظرية تعادل الأسباب

جاء بهذه النظرية الفقيه الألماني "Von Beri" التي يتلخص مضمونها في أن كل سبب ساهم في إحداث الضرر مهما كان قدر مساهمته فيه فإنه يعد من بين الأسباب التي أدت إلى حدوثه، بل على الأكثر من ذلك فإنها تقف جميعا في كفة واحدة وتصبح متكافئة في إحداث الضرر ومن باب أولى معاملتها على قدم المساواة فلو كان خطأ الممرض أحد هذه الأسباب أيا كان قدر مساهمته فيها فيعتد به لا محالة².

لم تسلم هذه النظرية من النقد وأصبحت حاليا شبه مهجورة وذلك لتقريرها المساواة بين كل الأسباب وخلطها بين الأسباب العارضة والمنتجة أو الفعالة ولهذا جاءت نظرية ثانية تأخذ بالسبب المنتج أو الفعال³.

البند الثاني: نظرية السبب المنتج أو الفعال

تقوم هذه النظرية بعرض مجمل للأسباب التي ساهمت من بعيد أو من قريب في إحداث هذا الضرر مع التمييز بين السبب العارض والسبب المنتج أو الفعال. فلا يمكن الاعتداء إلا بالسبب الرئيسي الذي قام بدور جوهري ومباشر في إحداث هذه النتيجة ولا تعدو

¹MURAT; A HUMBLLOT; L.GIRAULT, les risques de l'injection, in : AFAR, Vol.28, n° 07-08, 2009, PP 666-670.

²Anne BOYER, l'information dans le système de santé : nature et conséquences sur la relation médicale, thèse pour l'obtention du grade de docteur en droit public, Université de Limoges, soutenue le 08 déc. 2008, P 141.

³منصور حسنين منصور، المرجع السابق، ص 21.

الأسباب الأخرى سوى ظروف ساعدت السبب الرئيسي¹ في إحداثها ولا يمكن اعتبار أي سبب أساسيا، فلا بد أن يكون من شأنه أن يحدث هذه النتيجة حسب المجرى العادي والطبيعي للأحداث². نلاحظ أن الأخذ بهذه النظرية هو الأجدر بالتطبيق كمعيار لعلاقة السببية بين الخطأ والنتيجة إذ أنها ترى العبرة بالأسباب المنتجة³ وحدها دون العرضية وهذا ما أخذ به المشرع الفرنسي والجزائري.

الفرع الثاني: انتفاء أو إثبات علاقة السببية

من المبادئ المستقر عليها في أغلب القوانين أن من يدعي بشيء يقع عليه عبء إثباته سواء كانت النيابة العامة أو قاضي التحقيق لأن الإثبات هنا أخف منه في المدني إذ أن إثبات علاقة السببية في الأمور الطبية من الأمر الشاق والعسير ولهذا لجأ القضاء إلى التساهل في هذا الصدد رافة بالمريض بصفته الطرف الضعيف⁴.

البند الأول: إثبات علاقة السببية

عمد القضاء⁵ إلى إقامة قرينة قضائية لصالح المريض، فإذا كان من شأن هذا الخطأ التمريضي إحداث هذه النتيجة حسب المجرى العادي للأمر فإن علاقة السببية قائمة ويبقى على الممرض إثبات قيام السبب الأجنبي ونفي علاقة السببية ومن دون شك يفترض القضاء قيام هذه الرابطة بشكل دائم عن تفويت فرصة الشفاء⁶ وعلى الممرض إثبات عكسها إذا أراد أن ينفي مسؤوليته. إلا أنه لا يمكن أخذ هذا المتسع على إطلاقه لأنه في بعض الأحيان يستلزم قيام قرائن قاطعة ومتكاملة لقيام علاقة السببية خصوصا إذا تعلق الأمر بالوفاة أو حدوث

¹ ABDEL madjid ZAALANI, op.cit., P 251.

² حسين طاهري، المرجع السابق، ص 63.

³ عبد الرحيم لنوار، المرجع السابق، ص 311.

⁴ محمد بودالي، حماية المستهلك في ق. المقارن دراسة مقارنة مع ق. الفرنسي دراسة معمقة في ق. الجزائري، دار الكتاب الحديث، القاهرة، الكويت، الجزائر، 2006، ص 347.

⁵ Cass.crim, 13 fév. 2007, n° 06-82202, publié au bull. crim, n° 44, P.261. Cité par : Abdelmadjid ZAALANI, op cit, P 251.

⁶ حسين طاهري، المرجع السابق، ص 63.

عاهة مستديمة وعلى قاضي الموضوع أن يثبت علاقة سببية إما بدراسة القرائن¹ والوقائع واستخلاص منها رابطة سببية مع مراعاة التسلسل المنطقي للأحداث.

فكلما قام الدليل على خطأ الممرض حسب المعيار الموضوعي² والمجرى العادي لحدوث نتيجة هذا الخطأ تقوم مسؤولية الممرض بتوافر علاقة السببية، بالاستعانة بالخبرة الطبية أو التشريح والعكس صحيح. إن الخبرة هي أحد طرق الإثبات³، حيث أن القاضي يستشير الفنيين لاستشارتهم في مسألة علمية أو تقنية حسب المادة 125 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية كما أضافت المادة 126 من نفس القانون بنصها: "يعين القاضي من تلقاء نفسه أو بناء على طلب الخصوم خبيراً أو عدة خبراء في نفس الاختصاص أو في اختصاصات مختلفة"⁴. غير أن القاضي عند حكمه، غير ملزم برأي الخبير بشرط أن يسبب الحكم الذي أصدره يرى الفقهاء أن الخبرة شهادة فنية لأنها صورة من صور الشهادة⁵. كما أمر القانون 17/90 في مادته الخامسة المعدلة والمتممة للمادة 207/ف1 من قانون 05/85 على أنه: "يجب على السلطة القضائية أن تعين الخبراء من بين أولئك الواردة أسماؤهم في الجدول المعد سنوياً من قبل المجلس الوطني للأداب...."⁶.

إن الخبير الطبي لا يكون إلا طبيباً مسجلاً في المجلس الوطني لأخلاقيات المهنة وورد اسمه في القائمة المقدمة من طرف هذا الأخير. وقد أشار إلى ذلك المرسوم التنفيذي رقم: 276/92 المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب في الموارد من 95 إلى 99 حيث نصت المادة 95: "تعد الخبرة الطبية عملاً يقدم من خلاله الطبيب أو جراح الأسنان الذي يعينه قاضي أو سلطة.... بتقييم التبعات التي تترتب عليها آثار جنائية أو مدنية"⁷. إن هذه المادة عرفت الخبرة

¹ محمد حسنين منصور، المرجع السابق، ص 186.

² Maia Ien CONTIS; Stéphane OUSTRIC; Stéphane GRILL, "Consentement aux soins delivres au mineur", in : La Revue du Praticien, T.23, n° 814, 29 jnv. 2009, PP 64-65.

³ Revue de science humaine, N°13, Juin 2000, Université Mentouri, Constantine, Algérie, P7.

⁴ م. 126 من ق. رقم 09/08، المؤرخ في 2008/02/25 المتضمن ق.إ.م.إ. ج.ر، ع 21، بتاريخ 2008/04/23.

⁵ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 260.

⁶ م 05 من ق.ص.ج.

⁷ م 95 من م.ت رقم 92-276.

ووضحت دور الخبير الذي يكون دوره مهني بحت متعلق بالأمر الطبي وشرحت صور الخبرة فإما أن يكون دور الخبير تقديري للأضرار أو تقييمي لها.

أما المواد¹،²،³،⁴،⁵ فهي منظمة للخبرة ومحددة لشروطها غير أنها تخضع تخضع لسلطة القاضي التقديرية وغير ملزمة له حسب المادة⁵ 144 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية السابق الذكر أعلاه أي أن الغرض منها هو التتوير والتوضيح ويبقى الحكم لقاضي الموضوع في تبيان علاقة السببية التي هي مسألة موضوعية لا تخضع لرقابة المحكمة العليا متى سبب القاضي قيامها أو انتفاءها.

بدورنا نرى أن تعيين خبير واحد لمعاينة الخطأ أو الضرر لا يكفي في حد ذاته بل يكون من الواجب تكوين لجنة خبراء تعمل بالتكامل مع بعضها حتى تكون الخبرة موضوعية نظرا لصعوبة وخصوصية الجسم البشري.

البند الثاني: دور القاضي في نفي أو إثبات علاقة السببية:

إن القاضي الجزائي⁶ مطالب باستكمال عناصر المسؤولية الجنائية ونفي أو إثبات توافرها وتحقق رابطة السببية حتى يسأل الطبيب عن الأخطاء المخالفة للأسس العلمية الثابتة، فلا يسأل الطبيب عن خطأ ارتكبه اختلفت فيه الآراء الفنية فأقره البعض وأنكره البعض الآخر. إن أول ما يقوم به القاضي هو بيان قيام النتيجة الإجرامية المقيمة للمسؤولية الجزائية صراحة فالحكم الناقص لهذه المعلومة الهامة التي تتضمن وصف الإصابة أو محل الضرر وعلاقته بالنتيجة الحاصلة يتعرض للنقض من المحكمة العليا⁷، كما يلزم القاضي

¹ م 96 من م.ت رقم 92-276.

² م 97 من م.ت رقم 92-276.

³ م 98 من م.ت رقم 92-276.

⁴ م 99 من م.ت رقم 92-276.

⁵ م 144 من ق.إ.م.إ.

⁶ Guy Nicolas, la responsabilité médicale, le juge pénale, Flammarion, 2^{ème} éd, Paris France, 1996, P 225.

⁷ قرار رقم 148671 الصادر عن الغرفة الجنائية للمحكمة العليا بتاريخ 14 أبريل 1998، م.ق، ع.3، الجزائر، 1998.

بتوضيح الخطأ في الجرائم الغير عمدية في حكمه بعد التحقق من قيامه وإلا اعتبر قراره معيبا وشابه النقض¹.

تجدر الإشارة إلى أنه لا يكفي إثبات الخطأ بقول أن المدعي عليه سبب بإهماله في إصابة أو وفاة المدعي وإنما يجب بيان كيفية الإهمال أو قلة الاحتراز أو مخالفة لائحة أو نص، أي أن توضيح هذه الأمور يكون بدقة دون غموض. أما في الجرائم العمدية² فعلى القاضي نفي أو إثبات توفر القصد الجنائي عند الممرض أي إثبات ركني العلم والإدارة لدى الممرض لتبيان الركن المعنوي وإلا كنا بصدد خطأ، كما يجب على القاضي إثبات علاقة السببية بين الفعل والنتيجة وهي ركن جوهري معتمدا على القرائن أو لجوءه إلى الخبرة أو التشريح المادة (186 ق 05-85)³ وهذا من أجل قيام المسؤولية الجنائية للممرض أو انتفاءها.

الفرع الثالث: مسؤولية الطبيب عن تابعيه

يتعلق الأمر هنا بمسؤولية الطبيب عن أعمال تابعيه من ممرضين أو مساعدين أو متربصين فما مفاد هذه المسؤولية وكيف يتم تقريرها؟

البند الأول: مفهوم مسؤولية المتبوع (الطبيب) عن أعمال تابعيه⁴:

من المسلم به أن لمساءلة الشخص جنائيا يجب أن يكون الخطأ واقعا منه هو بذاته فلا يجوز مساءلة الشخص جنائيا عن فعل آخر وهذا بناء على مبدأ شخصية العقوبة التي تأخذ به أغلب التشريعات الحديثة. غير أن قانون العقوبات يتضمن حالات يسأل فيها الشخص عن فعل الغير، إذ تقوم علاقة التبعية على توافر الولاية في الرقابة والتوجيه بحيث يكون للمتبوع

¹ نقلا عن مارك نصر الدين، المرجع السابق، ص 98.343، P115، bullcrim، n°04-83548، 24nov.2004، Cass.crim.

² أحسن بو سقيعة، القانون الجنائي العام، المرجع السابق، ص 182.

³ م. 186 من ق.ص.ج، المرجع السابق.

⁴ علي علي سليمان، دراسات في المسؤولية المدنية في القانون المدني الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989، ص 117.

سلطة فعلية في إصدار الأوامر إلى تابعيه في طريقة أداء عملهم والرقابة على تنفيذهم لهذه الأوامر ومحاسبتهم¹.

لكن الإنسان لا يسأل جنائيا عن ما يصيب الغير من كل ذلك إلا إذا أمكن أن ينسب إليه نوع من أنواع الخطأ الوارد في المادتين² 288 و³ 289 عقوبات جزائري وعليه فإن الطبيب لا يسأل جنائيا عن فعل يقوم به مساعده أو ممرضه أو متربصه إلا إذا أمكن نسبه إلى الطبيب وحده دون أي منهم. أما إذا كان الخطأ من المساعد أو الممرض وحده دون أي تدخل من الطبيب فإنه لا مجال هنا لمساءلة الطبيب جنائيا رغم إمكانية مساءلته مدنيا⁴.

البند الثاني: تقرير مسؤولية المتبوع (الطبيب) عن أعمال تابعيه

تقوم المسؤولية الجزائية لمرتكب الخطأ وحده كالممرض الذي لا يراعي مقادير العلاج وإهمال الجرعات الدوائية الموصوفة من طرف الطبيب أو الممرض الذي يهمل تقديم العلاج للمريض فهنا يسأل عن إهماله بينما يسأل الطبيب عن عدم احترازه في مراقبة عمل الممرض. غير أنه إذا نفذ الممرض أو المساعد أوامر خاطئة صادرة من الطبيب فإنه لا يرتكب خطأ يسأل عنه، بل أن المسؤول هنا هو الطبيب لأن الخطأ كان منه كأن يطلب الطبيب بأمر كتابي من الممرض حقن المريض في الوريد بدواء مخصص للحقن في العضلة أو تحت الجلد، أو يطلب الطبيب من الممرض تدليك رسع مكسورة دون أن يقوم بفحصها إن المسؤولية في هذه الأحوال تقع على عاتقه لأن الممرض غير مؤهل علميا للفصل فيما كانت الرسع مكسورة أم لا، إذ أنه منفذ لأوامر الطبيب فقط⁵.

¹ هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 311.

² م. 288 ق.ع.ج.

³ م. 289 ق.ع.ج.

⁴Pierre LEMAIRE, "La prescription médicale est son application

<http://www.infirmiers.com/profession-infermiere/législation.html>, 21/02/2013, 19:00pm

⁵Pierre LEMAIRE, op.cit, 22 /02/2013.16 :10 pm

غير أنه إذا كان العمل في إطار الفريق الطبي ، فان ذلك يطرح إشكالية تحديد الاختصاصات والأخطاء لتبرير المسؤولية الجزائية¹. لاسيما إذا كان العمل يدخل في اختصاص الممرض² أو خالف تعليمات الطبيب فهنا تقوم مسؤوليته لا مسؤولية الطبيب، كأن يطلب الطبيب³ حقن المريض تحت الجلد أو في العضلة فيحقنها الممرض في الوريد وينتج عنها إصابة للمريض فالحقن هنا من اختصاص الممرض ولا يحتاج لرقابة الطبيب. أما عكس ذلك فإن الطبيب يعد مسؤولا إذا كلف متربصا أو ممرضا غير مؤهل لإجراء عمل طبي مثل الختان أو تخدير مريض، وهذا ما أشارت إليه المادة 196 من قانون 05/85: "يكلف المساعدون الطبيون...وتحت مسؤولية الطبيب أو الصيدلي أو جراح الأسنان..."⁴ بل أن مسؤولية الطبيب أكثر من ذلك لا تنحصر في الخطأ الفني (المهني) بل تتعداه إلى الخطأ المادي الذي يقع من تابعيه ويكون قد وقع منه شخصا في اختيارهم⁵.

المطلب الثاني: أسباب انتفاء المسؤولية الجزائية للممرض

إن مسألة انتفاء المسؤولية الجزائية تقرر متى توافرت أو حلت إحدى الحالات المتفق عليها فقها وقضاء، وعليه سنحاول عرض هذه الحالات كالاتي:

الفرع الأول: حالة الضرورة

تعد حالة الضرورة⁶ سبب لانتفاء المسؤولية إذا تجلت في أي صورة من صورها العديدة كما في حالة انتشار الأمراض المعدية⁷ وضرورة مكافحتها أو في حالة التدخلات الطبية المستعجلة⁸ ففي هذه الحالات لا وجود ولا معنى لأخذ رضا المريض أو ممثليه إذ قد

¹ محمد بودالي، المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش، مجلة العلوم القانونية والإدارية، ع07، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جلالى اليابس، بسيدي بلعباس، 2010، ص 15.

² هدى سالم محمد الأطرفجي، المرجع السابق، ص 313.

³ Cass.crim, 19 juin 2007, bull.crim, n°221, P79. Cité par: Abdelmadjid ZAALANI, op cit, P 150. م. 196 من ق.ص.ج.

⁴ عبد الحمدي الشواربي: المرجع السابق، ص 393.

⁵ محمد بودالي، حماية المستهلك في القانون المقارن، المرجع السابق، ص 384.

⁶ Infection nosocomiales institut de science criminelles et de droit médical, <http://www.inscrimied.com>. 17/05/2013, 16.10h.

⁷ الطاهر كشيدة، المسؤولية الجزائية للطبيب في السعي العام، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان 2010-2011، ص 97.

يؤدي طول الانتظار للموافقة في تعقد الأمور الصحية لأن الغاية هي حماية المجتمع كما في حالة ضحايا حوادث المرور أو عند التضحية بجنن من أجل إنقاذ حياة الأم كما نص عليه المادة¹72 من قانون 05-85 في حالة الإجهاض الضروري للمرأة.

البند الأول: مفهوم حالة الضرورة

هي الحالة التي يوجد فيها شخص ما دافعا عن نفسه أو غيره خطرا محدقا به أو بغيره إلا بارتكاب جريمة بحق نفسه أو بحق أشخاص آخرين من أجل التخلص أو الوقاية من خطر جسيم وحال. إن الممرض غير المرخص² له قانونا والذي وجد نفسه أمام حالة استعجاليه مثلا تهدد المريض بخطر الموت كحالة اختناق عند الحوادث ورجوع اللسان إلى الخلف نتيجة كسر الفك السفلي أو نتيجة حساسية انغلاق القصبة الهوائية لدى المريض، تستوجب حتى إجراء فتحة له في القصبة الهوائية لتمكينه من التنفس، أو إغاثته بمستلزمات طبية³.

بل أحيانا نرى انعدام الرضا حين يقوم الممرض بإجراء عملية إخاطة فتق ثم يكتشف أن سبب الآلام التي يعاني منها المريض هي نتيجة غنقرينا⁴ في الخصية فيقوم باستئصالها دون الحصول على رضا المريض وقد أقر القضاء⁵ في هذه الحالة بتوفر حالة الضرورة من أجل وقاية المريض من خطر قائم في أي لحظة.

لقد اعتبر الفقه⁶ في بادئ الأمر حالة الضرورة كأساس لإباحة العمل التمريضي⁷ أي لا جريمة ولا عقوبة عند إتيان الممرض لهذا العمل ثم ما لبث أن تراجع عن هذا وعلّة ذلك أن حالة الضرورة وإن فسرت بعض أعمال الممرض فإنها لا يمكن أن تفسر جميع أعماله.

¹م.72 من ق.ص.ج.

² هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 319.

³Anne Marie DUGUET, La Faute médicale à l'hôpital, 2^{ème} éd, BERGER LEVRAULT, Paris, 2000, P 102.

⁴Art ; Maia Len contais, op.cit., P 70.

⁵Cass crim., 19 juin 2007, bull. crim, n° 77, P. 189. Cité par : Abdelmadjid ZAALANI, op cit, P 155.

⁶مهند صلاح أحمد فتحي العزة، المرجع السابق، ص 375.

⁷أحمد عبد الدايم، أعضاء جسم الإنسان ضمن التعامل القانوني، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 1999، ص 97.

كما أعتبرها حالة عامة ومطلقة للممرض وغير الممرض كالزوج الذي يضطر لتوليد زوجته في حالة الاستعجال. أما الإباحة¹ فهي وصف يلحق بالفعل ويرفع عنه التجريم عكس حالة الضرورة التي هي وصف تلحق بالشخص الذي وجد فيها ولهذا انتقص الفقه من قيمتها القانونية ولم يعتبرها أساس للعمل التمريضي بل مانع من موانع المسؤولية² أي لا تنفي صفة التجريم عن الفعل بل هي مانع من موانع العقاب بمعنى تنتفي المسؤولية الجنائية ولا تنتفي المسؤولية المدنية التي تبقى للسلطة التقديرية للقاضي³.

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 قاهرة لا قبل له بردها"⁴. بالتعمن في هذه المادة نجدها تعتبر حالة الضرورة كمانع من موانع المسؤولية أما الفعل فيبقى مجرماً إذ لم تنص على لفظ "لا جريمة" بل نصت بـ: "لا عقوبة"⁵ وشتان بين معنى اللفظين كما جاء في المادة 39/1 ق.ع التي تنص على: "لا جريمة....."⁶.

كما أن قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85 تناول حالة الضرورة في المادة 205 منه التي تنص على: "يمنع أي طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي أو وقف حقه في ممارسة مهنته أن يجري فحوصاً أو يحرر وصفات... إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاج مستعجل قصد الإسعاف الأولي"⁷، (حالة الاستعجال) والمادة 2/154 من نفس القانون⁸. كما أشار إلى هذه الحالة كذلك المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المتعلق بمدونة

¹ إبراهيم سيد أحمد، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي ومساعدتهم، دار النهضة، القاهرة، 2003، ص 25.

² ممدوح عزمي، دراسة عملية في أسباب الإباحة وموانع العقاب، دار الفكر العربي، القاهرة 2000، ص 212.

³ نقلا عن مارك نصر الدين، المرجع السابق، ص 345. .345. bull.crim,n°97,P111. Cass.crim,08oct.2003,n°02-87133

⁴ م 48 ق.ع.ج.

⁵ محمد شهيد، المرجع السابق، ص 128.

⁶ م. 39 ق.ع.ج.

⁷ م. 205 من ق.ص.ج.

⁸ م. 2/154 من ق.ص.ج.

أخلاقيات الطب في مادته التاسعة¹ التي توجب بتقديم الإسعافات الضرورية للمريض المهدد بخطر وشيك كالمرأة الحامل حين تجهض طبييا بهدف إنقاذ حياتها.

البند الثاني: شروط حالة الضرورة

لتقويم حالة الضرورة لابد من توفر شروط وهي كالتالي:

أولاً: وجود خطر يهدد النفس أو الغير: فلا يسأل الممرض² الذي يضحي مثلاً بالجنين لإنقاذ حياة أمه ويشترط في الخطر:

- أن يكون الخطر موجوداً³ لأنه لا يجوز التعلل بخطر غير موجود (الخطر موجوداً وجدياً وحالاً).
- أن يكون الخطر جسيماً⁴ منذراً بضرر غير قابل للإصلاح أو لا تتحمله النفس.
- أن لا يكون لإرادة الجاني دخل في حلول هذا الخطر⁵.

ثانياً: فعل الضرورة⁶: وهو 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 لجريمة وليس كطريقة للانتقام من شخص بحجة توافر حالة الضرورة أو لطمس معالم جريمة قامت من فعله⁷.
- 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

¹ م. 09 من م.ت رقم 92-276.

² نقلا عن مروك نصر الدين، المرجع السابق، ص 346، P104، n°82، bull.crim، n°02-83059، 4mars2003، Cass.crim.

³ عبد الوهاب عرفة، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص 71.

⁴ ماجد محمد لافي، المرجع السابق، ص 317.

⁵ Suzanne RAMEIX, "du paternalisme à l'autonomie des patients", in : LAENNEC, n° 01, oct. 1997, PP 10-15.

⁶ حسن علي الدنون، المبسوط في المسؤولية المدنية، ج 4: المسؤولية عن فعل الغير، دار وائل للنشر، "1"، عمان، 2006، ص 371.

⁷ محمد حسين منصور، المرجع السابق، ص 197.

حال إتيانه لتلك الجريمة بحجة حالة الضرورة كما يسأل إذا لجأ إلى جريمة أشد وترك الأخف منها لتفادي هذا الخطر¹.

- 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 الأسلوب².

الفرع الثاني: القوة القاهرة

درج جانب من الفقه³ على التمييز بين القوة القاهرة والحادث المفاجئ من حيث نتائجهما وآثارهما على أساس أن الأولى لا يمكن دفعها أو منع آثارها أما الحادث المفاجئ هو ذلك الحادث الغير متوقع والغير ممكن دفعه، إلا أن هذه التفرقة لا فائدة منها لذلك انتهى الفقه إلى اعتبارها معاً عاملاً من عوامل نفي العلاقة السببية بتوافر شرطين:

البند الأول: أن تكون غير ممكنة التوقع⁴

لكي تؤدي القوة القاهرة إلى قطع العلاقة السببية فيشترط فيها أن تكون غير متوقعة ويستحيل التحرز منها وخارجة عن إرادة الشخص ليس المدعى عليه فحسب بل حتى من جانب أشد الأطباء والممرضين فطنة مع ما للمحكمة من سلطة تقديرية⁵ كاملة ومن أمثلة هذه هذه القوة القاهرة نزول صاعقة احترقت على أثرها الأجهزة وتعطلت أثناء العملية الطبية أو وفاة المريض بسبب رعد أو حرب أو زلزال فهذه الحوادث لا يمكن تصور التنبؤ بها أو توقعها، وعلى إثرها تنتفي علاقة السببية وبالتالي المسؤولية الجنائية للممرض⁶.

¹Eric MATHIAS: l'infraction pénale, op.cit., P 187.

²Eric MATHIAS, op.cit., P 188.

³منصور عمر المعاينة، المرجع السابق، ص 116.

⁴سيدي محمد أبو حفص، المرجع السابق، ص 378.

⁵N. YOUNSI HADDAD, « La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers », in : IDARA : revue de l'école Nationale d'administration, Vol. 08, n°02, 1998, PP 09-43.

⁶Cass.crim,8oct.2003,n°02-87133,bull.crim, n° 97,P112..345 ص 345، المرجع السابق،

البند الثاني: 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 السببية¹ بين الخطأ والنتيجة بل الأمر لا يقف عند هذا الحد فيشترط أن تكون القوة القاهرة² من شأنها أن تجعل تفادي النتيجة أمر مستحيلاً، استحالة تلحق بكل من هو في موقف هذا المسؤول وتؤدي إلى حدوث نفس النتيجة حتى ولو كان ممرض على درجة كبيرة من الخبرة فلا يمكنه تخطي هذا العائق.

بتوافر هذين الشرطين المتمثلين في عدم إمكانية الدفع والتوقع تنتفي الرابطة السببية وبالتالي انتفاء³ مسؤولية الممرض الجنائية.

الفرع الثالث: خطأ المريض أو الغير

بالإضافة إلى توافر حالة الضرورة قد تنتفي مسؤولية الممرض الجنائية عند ثبوت خطأ المريض أو الغير.

البند الأول: خطأ المريض

إن خطأ المريض⁴ بدوره ينفي علاقة السببية لقيام مسؤولية الممرض متى كان هذا الخطأ هو السبب الوحيد في إحداث النتيجة. ومن أمثلة ذلك انقطاع المريض عن العلاج قاصداً الإساءة إلى الممرض، ذلك أن خطأ الغير ومنهم المجني عليه يقطع رابطة السببية متى استغرق خطأ الجاني⁵ وكان كافياً بذاته لإحداث النتيجة. إذا كان خطأ المريض ينفي

¹ محمد حسنين منصور، المرجع السابق، ص 171.

² عبد الرزاق أحمد السنهوري، المرجع السابق، ص 478.

³ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، المرجع السابق، ص 273.

⁴ محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2006، ص 271.

⁵ سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم، دار منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004، ص 419.

علاقة السببية بين الخطأ التمريضي والنتيجة فهو أيضا ينفىها بين الخطأ وفوات فرصة الشفاء أو تحسن الحالة الصحية كالمريض الذي يرفض لأسباب مذهبية العلاج¹. قد يصدر من المريض إهمال في أخذ التقيد بالنصائح بخصوص عدم نزع الضمادة ويؤدي إلى مضاعفات مرضية فهل يكون إهمال المريض هذا مانعا لقيام مسؤولية² الممرض؟

لقد أدى هذا التساؤل للبحث في إهمال المريض الذي يكون مانعا لقيام مسؤولية الممرض، فهل يتعلق الأمر بإهمال يكون مألوف أو بإهمال جسيم³؟

أولاً: الإهمال المألوف

قد يقع المريض في إهمال أو تقصير⁴ بحسن نية من جانبه كأن يقوم بنزع الضمادة بغية تجديدها لوحده فهذا الإهمال البسيط أو المألوف لا يعتبر قاطعا لرابطة السببية بين فعل الممرض والنتيجة الحاصلة للمريض. وعلة ذلك أن هذا الإهمال صدر بحسن نية⁵ من المريض وكان بالإمكان توقعه من الممرض المعالج⁶ وبالتالي تقوم المسؤولية الجنائية عن كل المضاعفات والأضرار الحاصلة للمريض ما لم تثبت أن المريض كان متعمدا لتجسيم المسؤولية⁷. فمن أكثر الحالات في مجال الإهمال المألوف حالة المريض الذي يسود في بيئته الاعتقاد بعدم جدوى العلاج أو لجهل خطورة إصابته كأن يكون مصاب بداء السكري ويهمل النظافة مما يعرضه لإصابات أو يكون معوزا وأهمل العلاج⁸.

ثانياً: الإهمال الجسيم

¹FRANCOIS DELOBBE,op.cit., P 207.

²طاهري حسين، المرجع السابق، ص 274.

³إبراهيم سيد أحمد، المرجع السابق، ص 48.

⁴أسامة قائد، المسؤولية الجنائية للطبيب عن إقضاء سر المهنة، ط 1، الإسكندرية، 1989، ص 234.

⁵محمود القبلاوي، المسؤولية الجنائية للطبي، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، دار الأندلس الخضراء للنشر والتوزيع، جدة، 2001، ص 96.

⁶م 20 من م.ت رقم 11-120.

⁷د. هدى سالم محمد الأطرفجي، المرجع السابق، ص 332.

⁸طاهري حسين، المرجع السابق، ص 275.

قد يتعمد المريض للإساءة للمركز القانوني¹ للممرض فيقوم بإهماله في أخذ العلاج مما يؤدي إلى استفحال المرض وتفاقمه الأمر الذي أدى بالقضاء² في فرنسا بأن إهمال المريض الجسيم أو بسوء نية يعتبر قاطعا لرابطة السببية بين سلوك الممرض والنتيجة بذلك تنتفي مسؤوليته شريطة أن تنشأ علاقة سببية جديدة بين خطأ المريض³ والضرر الحاصل، كإهمال المريض لجرح أصابه وعدم تطهيره ومراقبته طبيا مما ينجم عنه تعفن ومع هذا لا يراجع ممرضه أو كالمريض الذي يغادر المستشفى دون استشارة وإعلام الممرض لتكملة العلاج. كما أن المسؤولية الجنائية للممرض تنتفي بانتفاء علاقة السببية⁴ كأن يعتمد المريض إلى علاج جرح أصابه بنفسه بالطرق التقليدية والاستغناء عن علاج الممرض مما سبب إليه تعفن وعُنقرينا⁵ انتهت بعاهة مستديمة.

البند الثاني: خطأ الغير

الغير هم الأشخاص الخارجين عن الطاقم الطبي والشبه الطبي⁶ وإلا كنا أمام مسؤولية مسؤولية المتبوع عن أعمال تابعة، إذ أن الغير هو كل شخص أجنبي عن الجماعة الطبية المجندة لعلاج المريض وبالتالي فلا مجال لمساءلة الممرض عن أضرار تسبب فيها الغير⁷ وكانت هذه الأضرار مستقلة ولولاها لما حصلت النتيجة الضارة كما إذا تبين أن عدم التئام كسر لدى المريض كان بسبب تدخل مجبر العظام الذي تسبب في هذه النتيجة وبالتالي تنتفي مسؤولية الممرض بانتفاء علاقة السببية⁸.

¹Pierre LEMAIRE, "la prescription médicale et son application", op.cit, le22/01/2013, 15.15 pm.

²Cass. Crim.,05 juil. 2005,n°05_85123, bull. crim, n° 411, P. 521. Cité par : Abdelmadjid ZAALANI, op cit, P 155.

³عبد الحميد الشواربي، المرجع السابق، ص 42.

⁴هدى سالم محمد الأطرفجي، المرجع السابق، ص 333.

⁵عنقرينا: هو موت الأنسجة وتعفنها نتيجة التهاب للأوعية الدموية وبالتالي انسدادها.

⁶هدى سالم محمد الأطرفجي، المرجع السابق، ص 334.

⁷محمود القبلاوي، المرجع السابق، ص 94.

⁸شريف أحمد الطباخ، جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها، دار الفكر والقانون، القاهرة، 2009، ص 173.

أما في حالة الخطأ المشترك¹ بين الغير والممرض دون أن يستغرق أحدهما الآخر فالمساءلة تكون بقدر مساهمة في حدوث الضرر مثلا عدم وجود مادة الأدرينالين في المستشفى المساعدة في مقاومة الحساسية وضعف النبضات القلبية فهنا المسؤولية تقع على المستشفى والممرض أو عدم توفر الوسائل والأجهزة اللازمة للعمل الطبي والتمريضي فهي من مسؤولية المستشفى خصوصا إذا كان المريض داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية.

¹ مسمية بدر البدر ولهاصي، المسؤولية المدنية للطبيب في حالتي الاستخلاف و الاشتراك ، مجلة العلوم القانونية والإدارية، ع 6 ، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة سيدي بلعباس، 2003 ص ص 171 173.

خلاصة:

نخلص مما سبق عرضه في هذا الباب أن العمل التمريضي حتمية فرضتها حاجة الإنسان في حالة مرضه لمن يسعفه ويعالجه، لذلك أباحت مختلف التشريعات مسألة المساس بجسم الإنسان وفق شروط وقيود معينة كتحديد الحالات التي يتم فيها إباحة التدخل وتحديد الأشخاص المؤهلين لذلك من ممرضين وغيرهم باعتباره وظيفة مبنية على أساس من العلم والخبرة، حددت وظائفها ومهامها بموجب نصوص قانونية صريحة، الأمر الذي وضح التزامات الممرض بطابع مميز وهو التخصص في مجالات العمل التمريضي، لاسيما ما جاء به المشرع الجزائري بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المتعلق بالقانون الأساسي للموظفين المنتمين للأسلاك الشبه طبية، وقانون الصحة العمومية رقم 85-05. حيث أرسيت مجموعة من التخصصات باسم ممرضين متخصصين في العلاج وآخرين متخصصين في إعادة التأهيل والتكيف إلى ممرضين متخصصين في تهيئة البيئة العلاجية إلى جانب ممرضين متخصصين في استخدام أجهزة الأشعة والتصوير الطبي، بالإضافة إلى أولئك المشرفين على المخابر واستحضار المواد الصيدلانية وغيرهم.

وبالتالي تتقرر مساءلة الممرض جزائيا عن أفعاله المختلفة خلال ممارسة مهنته على ضوء ما جاء به قانون العقوبات الذي يشترط عناصر لقيام المسؤولية الجزائية كتوافر عنصر القصد الجنائي من عدمه، كما يمكن استبعاد مساءلة الممرض جزائيا وذلك متى كانت أفعاله مرتبطة بحالات الإعفاء من المسؤولية المنصوص عليها قانونا كوقوع خطأ الممرض أمام حالة القوة القاهرة، أو حالة الضرورة أو خطأ الغير.

الباب الثاني:

نطاق المسؤولية الجزائية للممرض وأثارها

الباب الثاني: نطاق المسؤولية الجزائية للممرض وأثارها

إن الحديث عن الجرائم التمريضية التي تكتسي طابعا خاصا يقتضي التمييز بين عمل الطبيب وعمل الممرض، وهي المسألة التي يقف عندها دائما القاضي الجزائي محتارا في مدى إشكالية إثبات الخطأ التمريضي الموجب للمساءلة الجزائية من عدمه، لذلك أتاح له المشرع وسائل قانونية شتى من أجل اكتشاف الحقيقة وهي ما يسمى بوسائل الإثبات التي تعينه على معرفة حقيقة الفعل المجرم من الأفعال التمريضية التي تمس بالسلامة الجسدية أو بالمهنة في حد ذاتها، وبالرغم من ذلك قد لا يتوصل القاضي الجزائي رغم اجتهاداته إلى تحقيق ما يسمى بالعدالة أو الوصول إلى الحقيقة كما وقعت بالفعل.

ولعل ذلك راجع إلى ضعف الإنسان بصفة عامة، وهو الأمر الذي دفع مختلف التشريعات بفتح مجال التأمين عن الأخطاء الطبية والتمريضية للحصول على التعويض الذي من شأنه جبر ما يمكن جبره. وذلك من خلال التعرض لنطاق المسؤولية الجزائية للممرض في فصل أول، ثم في فصل ثان نعالج مسألة إثبات المسؤولية الجزائية للممرض نظرا لصعوبتها، وأخيرا نعالج في فصل ثالث مسألة التعويض عن الضرر الناجم عن ثبوت المسؤولية.

الفصل الأول: نطاق المسؤولية الجنائية للممرض

إذا أردنا تحديد المسؤولية الجنائية للممرض فإن ذلك يقتضي البحث في الجرائم التي يمكن أن يرتكبها الممرض خلال أدائه لعمله التمريضي، وعليه يمكن تقسيم الجرائم التمريضية إلى نوع أول يمس بالسلامة الجسدية (مبحث أول) ونوع ثاني يتعلق بمهنة التمريض (مبحث ثان). .

المبحث الأول: جرائم العمل التمريضي الماسة بالسلامة الجسدية

تعتبر الجرائم التمريضية من بين الجرائم الحديثة من حيث الوصف والتكليف القانوني، إلا أن الحماية الجنائية لجسم الإنسان كانت عامة ومجردة لكل من سولت له نفسه العبث أو التلاعب به. وعليه سنضرب بعض الأمثلة عن الجرائم التي تمس بجسد الإنسان وهو ما سنعرضه في المطلبين الآتيين:

المطلب الأول: جرمي تسهيل تعاطي المخدرات والإجهاض

في هذا الصدد فإن الطبيب قد يأمر الممرض في بعض الحالات بتقديم أدوية موصوفة بأنها مهدئات ومواد مخدرة من أجل العلاج والسؤال الذي يتبادر إلى الذهن هو متى تقوم مسؤوليته الجنائية عند وصف هذه المواد المخدرة وهذا ما سنحاول توضيحه في (فرع أول) ثم بعد ذلك نتعرض لجريمة أكثر شيوعا في وسط المجتمع وهي جريمة الإجهاض في (فرع ثاني).

الفرع الأول: جريمة تسهيل تعاطي المخدرات:

إن مشكلة المخدرات التي أخذت دائرتها تتسع يوما بعد يوم نتيجة عدة عوامل منها اجتماعية واقتصادية وثقافية، لم تعد تقتصر على مجتمع دون الآخر لذا أصبحت من أعقد المشاكل التي يواجهها المجتمع الإنساني وتم تجريمها في مختلف التشريعات. والجزائر كباقي دول العالم عانت ولا تزال تعاني من تفاقم هذه الظاهرة الخطيرة لذا تبنت تشريع يتضمن

العديد من الإجراءات والعقوبات للتصدي لهذه الجريمة التي تأتي في المرتبة الثانية عالميا من حيث التهريب والاتجار الغير مشروع حيث بلغت عائداتها 500 مليار دولار أي في مرتبة بعد تهريب الأسلحة والاتجار فيها الذي يأتي في المرتبة الأولى والبتروال في المرتبة الثالثة.

كما أن مكافحتها تتطلب 50 مليار دولار سنويا من جانب الدول¹ فبغض النظر عن جريمة تبيض الأموال والإثراء بلا سبب على حساب الغير بسبب الاتجار اللامشروع في المخدرات، تتسبب هذه المواد في خسائر كبيرة لميزانية الدول إذ تصيب العمود الفقري والمحور الذي تدور حوله التنمية ألا وهو الفرد والمجتمع بسبب ما يترتب عنها من كسل وركود وجرائم تتولد عنها.

وفي هذا الصدد فلقد لجأت الجزائر إلى الانضمام إلى عدة اتفاقيات دولية من أجل مكافحة هذه الجريمة كالاتفاقية الدولية المتعلقة بالمخدرات سنة 1961²، وكذا اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988³. وتبعاً لذلك سنت الجزائر تشريعاتها طبقاً لهذه الاتفاقيات ليصدر أول قانون يتعلق بهذه الجريمة في 16/02/1985 تحت رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها. غير أنه ونظراً للتطورات الواقعة على المستويين الوطني والدولي بالإضافة إلى نقص وعدم فعالية هذا القانون وجعله أكثر تطابقاً مع الالتزامات الدولية صدر القانون المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية بتاريخ 25/12/2004 تحت رقم 18/04 الذي جاء بمفاهيم جديدة للمخدرات وسد النقص الذي كان يعاني منه القانون القديم المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

¹ Abidat Abdelkrim: Drogue, la Bête qui menace le monde, Nouvelle édition (GED-COM), Algérie, 2007, p 69.

² الاتفاقية المتعلقة بالمخدرات لسنة 1961 المصادق عليها بموجب المرسوم الرئاسي رقم 63_343 المؤرخ في 11/09/1963، ج ر، ع66، ص944، والمعدلة بموجب البروتوكول 1972 المصادق عليه بموجب المرسوم الرئاسي 02_61 المؤرخ في 05 فبراير 2002 يتضمن التصديق على البروتوكول المتعلق بتعديل الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961 حول المخدرات، المعتمد بجنيف يوم 25 مارس 1972، ج ر، ع10، الصادرة بتاريخ 12 فبراير 2002، ص15_23.

³ اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار الغير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988، المصادق عليها بموجب المرسوم الرئاسي رقم 95_41 المؤرخ في 28 يناير 1995، والمتضمن المصادقة، مع التحفظ، الموافق عليها في فيينا بتاريخ 20 ديسمبر 1988، ج ر، ع07، الصادرة بتاريخ 15 فبراير 1995، ص08_29.

البند الأول: مفهوم المخدرات:

لم تتطرق القواعد العامة لقانون العقوبات للجرائم المتعلقة بالمخدرات من تسهيل وحياسة وتعاطي، ومتاجرة لكن المشرع نظمها في القانون رقم: 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها ، أورد الجزاءات المترتبة على مخالفة النصوص المنظمة لها.

غير أن المتصفح لهذا القانون الأخير يلاحظ أنه يشوبه قصور هو الآخر في تنظيم هذه المسألة من ناحية تحديد مفهوم المخدرات وتصنيفها، حيث اكتفى في المادة 190 (ملغاة) منه القول على أنها تحدد قائمة لإنتاج وحياسة واستعمال المواد المخدرة . مما أدى بالمشرع إلى تنظيم المسألة في قانون خاص بالمخدرات رقم 18/04¹ بتاريخ 2004/12/25 تحت عنوان: "قانون يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها".

البند الثاني: أركان الجريمة:

يقصد بجريمة تسهيل تعاطي المخدرات تمكين الغير بدون حق من تعاطي هذه السموم ويفتضي التسهيل أن يقوم الممرض بتذليل العقبات التي تعترض طريق الراغب في تعاطي المخدر أو على الأقل اتخاذ موقف معين يمكن المتعاطي من تحقيق غايته بغض النظر عن الكمية أكانت قليلة أو كثيرة وتتكون هذه الجريمة من ركنين ركن مادي ومعنوي.

أولا: الركن المادي:

يتمثل هذا النشاط في اتخاذ الممرض موقفا ايجابيا، بتسليمه مخدرات لشخص وتسهيل تعاطيه لها فيكون عندئذ فعله مجرما ومعاقب عليه ويسري عليه حكم القانون أسوة بسائر الناس²، بل أشد من ذلك بسبب استغلاله لمهنته، وعلة ذلك أن المشرع³ خول فئة الأطباء

¹ قانون رقم 18/04 المؤرخ في 2004/12/25، المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج ر، ع 83، 2004، ص 03-08.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 416.

³ م.ت رقم 228/07 المؤرخ في 31 جويلية 2007 يحدد كيفية منح الترخيص باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض طبية وعلمية.

وحدهم دون سواهم رخصة وصف المخدرات لأجل غاية العلاج أو التخدير أو التخفيف من حدة الألم أو لجلب النوم للتغلب على الأرق أو كمهدئات للاضطرابات العصبية والنفسية فلا ينبغي أن تستغل هذه الثقة التي وضعها¹ المشرع فيهم لأغراض إجرامية بحكم المهنة الطبية وذلك بالانحراف عن الغاية المرجوة منها، ومثال ذلك الممرض الذي يشرف على العلاج على شكل حقن أو أقراص بحيث تكون هذه الأخيرة ذات طابع تخديري².

ففي هذا الصدد نظم المشرع في عدة قوانين للصحة كقانون رقم 05/85 وقانون رقم 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية السابقة الذكر، وكيفيات وصف المخدرات وشروط صرفها بحيث ألزم الأطباء بأن تكون الوصفة المتضمنة للمخدر محررة حسب الشروط العامة³ للوصفات السابقة الذكر. بالإضافة إلى ذلك وجوب تحريرها في ثلاث نسخ لحفظ واحدة منهم، كما أن الصيدلي ملزم بالاحتفاظ بالوصفة الطبية بمجرد صرفها وعدم إعادتها للمريض، حتى لا يكرر صرفها⁴ كما أوجب عليه القانون مسك دفتر خاص بصرف المواد المخدرة يكون مرقم ومختوم ومصادق عليه من الجهة الوصية.

ثانياً: الركن المعنوي:

يتكون الركن المعنوي لجريمة تسهيل تعاطي المخدرات المنصوص عليها في المادة 244/فقرة⁵، فقرة⁶ 2 من قانون 05/85 من عنصري القصد الجنائي والأهلية. فالقصد الجنائي العام هو انصراف السلوك الإجرامي من الممرض بناء على إرادة واعية إلى تقديم هذه السموم إلى بعض مرضاه لغير هدف علاجي ومخالفة نبل الرسالة التمريضية وأحكام

¹ شريف الطباخ: جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2003، ص 144.

² Cass.crim, 21 janv. 2003, n° 02-83835, bull. crim, n° 314, P. 427. Cite par ABIDAT Abdelkrim, op.cit, P170.

³ م 21 من م.ت رقم 228/07.

⁴ عبد الوهاب عرفة: الوسيط في المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص 162.

⁵ م 1/244 من ق.ص.ج.

⁶ م 2/244 ق،ص.ج .

مدونة أخلاقيات الطب (م¹، م²، م³، م⁴، والمادة 17⁵)، هذا بالإضافة إلى المادة 28⁶ من نفس المدونة المتعلقة بعدم جواز توزيع أدوية معروفة بإضرارها الصحية.

كما قد يكون لسلوك الممرض في تسهيل تعاطي المخدرات قصد خاص لإكثار من عدد زبائنه أو لغرض كسب الشهرة أو كونه من المتعاطين للمخدرات بالتواطؤ مع أحد مرضاه⁷. أما العلم بتجريم تسهيل تعاطي المخدرات فهو علم مفترض لا سبيل لنفيه إذ لا يعذر يعذر أحد بجهله للقانون كما أن العلم بأن المادة الموصوفة أو المعطاة عن طريق الحقن هي مواد من المواد المخدرة فهو علم حقيق لا غبار عليه بحكم المهنة والمعرفة العلمية⁸.

البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تسهيل تعاطي المخدرات:

بما أنه لكل جريمة عقوبة، فالمشرع كما وضع مواد تجرم الأفعال المتعلقة بالمخدرات المختلفة من تعاطي فقد خصها بالمقابل بعقوبة تختلف حسب درجة خطورة كل فعل من الأفعال المتعلقة بمجال المخدرات إذ نجده قسم العقوبات إلى أصلية وتكميلية من خلال المواد 04⁹، 05¹⁰، 09¹¹. كما أن المشرع صنف جرائم المخدرات في قانون 18/04 إلى جنح وجنايات وما يهمنها هو جريمة تسهيل تعاطي المخدرات المصنفة على أساس جنحة إذ تنص المادة 13¹² من قانون 18/04 المتعلق بالمخدرات السالف الذكر:

"يعاقب بالحبس سنتين (02) إلى عشر (10) سنوات وبغرامة من 100.000 دج إلى 500.000 دج كل من يسلم أو يعرض بطريقة غير مشروعة مخدرات أو مؤثرات عقلية على الغير بهدف الاستعمال الشخصي يضاعف الحد الأقصى للعقوبة إذا تم تسليم المخدرات

¹ م 6 من م ت رقم 276/92.

² م 7 من م ت رقم 276/92.

³ م 11 من م ت رقم 276/92.

⁴ م 16 من م ت رقم 276/92.

⁵ م 17 من م ت رقم 276/92.

⁶ م 28 من م ت رقم 276/92.

⁷ Cass.crim, 07 janv. 2003, n°02-83724, bull. crim, n° 234, P. 337. Cite par ABIDAT Abdelkrim, op.cit, P173.

⁸ أحسن بو سقيعة، القانون الجزائري العام، المرجع السابق، ص 279.

⁹ م 04 من ق.ع.ج.

¹⁰ م 05 من ق ع ج.

¹¹ م 09 من ق ع ج.

¹² م 13 من قانون 18/04 .

أو المؤثرات العقلية حسب الشروط المحددة في الفقرة السابقة على قاصر أو معوق أو شخص يعالج بسبب إدمانه أو في مراكز تعليمية أو تربوية أو تكوينية أو صحية أو اجتماعية أو داخل هيئات عمومية". فالنص هنا جاء عاما وشاملا للمرضيين ولغيرهم بحيث تتحقق الجريمة بمجرد التسليم والعرض على الغير من أجل تعاطي هذه السموم ولو كانت الكمية قليلة وضيئيلة لغرض الاستعمال الشخصي فقط¹.

لكن تشدد العقوبة على الجاني إذا تمت الجريمة من أجل إغراء القصر، لتعاطي المخدرات أو من أجل استغلال الضعف الشخصي لهؤلاء أو للمعوقين ناقصي الإرادة والتمييز، أو في مراكز معينة كالجامعات أو مراكز إزالة التسمم أو المستشفيات أو السجون². إن علة ذلك في هذه الأماكن الحساسة تكون احتمالات الاستجابة من الأشخاص أكثر لتعاطي هذه السموم، بسبب عدة عوامل منها سن المستجابين للتعاطي في المراكز التعليمية، كسن المراهقة وكثرة العدد وضعف الإرادة والشخصية نتيجة المرض في المستشفيات أو الضغوط النفسية كما في السجون وأثناء الامتحانات وعند مراحل العلاج وإزالة التسمم والتخلص من المخدرات في المراكز المعدة لذلك³.

أما فيما يخص تسهيل تعاطي المخدرات خاصة في الأماكن المفروشة والأكثر قابلية لذلك حيث يقصدها معتادي الجرائم الأخلاقية، لذلك جاءت المادة 15⁴ من نفس القانون المتعلق بالوقاية من المخدرات السالف الذكر بتشديد العقوبات حبسا وغرامة لردع هؤلاء من أجل مكافحة هذه الآفة وعدم انجرار الغير إليها بالمخالطة. أما المادة 16 فخصت بالقول **ممتهني الصحة**، وهذا ما يهمننا في بحثنا هذا، بقولها: "يعاقب بالحبس من خمس (05) سنوات إلى خمس عشرة (15) سنة وبغرامة من 500.000 دج إلى 1000.000 دج كل من:

¹ محمد حسنين منصور، المسؤولية الطبية المرجع السابق ص 101.

² C.COLTTE ;J.P. SCHAAL ,La responsabilité dans l'analgésie obstétricale par injection péridurale ,in : la responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique.dir :Jean Henri SOUTOUL ;Fabrice pierre,éd. MALOINE, paris,1991.

³ معوض عبد الفتاح، جرائم المخدرات في الفقه والقضاء، دار الكتاب الجديد، الإسكندرية، بدون سنة طبع، ص 275.

⁴ م 15 من ق، رقم 18/04.

- قدم عن قصد وصفة طبية صورية أو على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية¹.

- سلم مؤثرات عقلية بدون وصفة أو كان على علم بالطابع الصوري أو المحاباة للوصفات الطبية².

حاول الحصول على المؤثرات العقلية قصد البيع أو تحصل عليها بواسطة وصفات طبية صورية بناء على ما عرض عليه³.

غير أنه وبالرجوع إلى القانون رقم: 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها نصت على ذلك المادة 244 بقولها: "يعاقب بالحبس من سنتين (2) إلى عشر (10) سنوات وبغرامة مالية تتراوح بين 5.000 دج و 50.000 دج، أو بإحدى هاتين العقوبتين⁴، الأشخاص المذكورين فيما يأتي:

1- من يسهلون لغيرهم استعمال المواد المذكورة أو النباتات المبينة في المادة 243 أعلاه بمقابل مالي أو مجاني سواء بتسخير محل لهذا الغرض أو بأي وسيلة أخرى⁵.

2- كل من يحصلون على المواد أو النباتات المذكورة أو يحاولون الحصول عليها بواسطة وصفات وهمية أو وصفات تواطئية...⁶".

فبمقارنة هاتين المادتين نجد أنهما تختلفان تمام من حيث توقيع العقوبة وهذا يرجع للتطور الحاصل في المنظومة القانونية والفراغ السابق في تنظيم الوقاية من المخدرات وانتشار الظاهرة بشكل مفرع ولافت للنظر.

¹ م 1/16 من ق، 18/04 .

² م 2/16 من ق، 18/04 .

³ م 3/16 من ق، 18/04 .

⁴ م 1/244 من ق. ص. ج .

⁵ م 2/244 من ق. ص. ج .

⁶ م 3/244 من ق. ص. ج .

فمن حيث العقوبة:

العقوبة المقررة في المادة 16 من قانون 18/04 تكون برفع الحبس من 5 إلى 15 سنة وبالغرامة معا من 500.000 دج إلى 1000.000 دج¹.

أما فيما يخص العقوبات التكميلية فبعد تقرير العقوبات المنصوص عليها في المواد السابقة من قانون 18/04 المتعلقة بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية (م² 13، م³ 15، م⁴ 16) يجوز للمحكمة أن تقضي بعقوبات تكميلية حسب المادة 29⁴ من نفس القانون كالحرمان من الحقوق السياسية والمدنية والعائلية مثلا كالمنع من ممارسة المهنة التمريضية لمدة لا تقل عن خمس سنوات أو غلق المؤسسة أو العيادة أو الصيدلية المرتكبة فيها الجريمة.

غير أنه فيما يخص الظروف المخففة المنصوص عليها في المادة 53⁵ من قانون العقوبات المعدل والمتمم. فإن القانون الخاص بالوقاية من المخدرات رقم 18/04 وضع استثناء على ذلك باستبعاد تطبيقها إذ نص في مادته 26 منه على أن المادة 53 المتعلقة بظروف التخفيف للعقوبة من (ق.ع) لا تطبق إذا ارتكب الممرض الجاني⁶ إحدى الجرائم المنصوص عليها من المادة 12⁷ إلى المادة 23⁸ كتسهيل تعاطي المخدرات وذلك بالقول: "لا تطبق أحكام المادة 53 من قانون العقوبات على الجرائم المنصوص عليها في المواد من 12 إلى 23 من هذا القانون:

- إذا استخدم الجاني العنف أو الأسلحة⁹.
- إذا كان الجاني يمارس وظيفة عمومية¹⁰ وارتكب الجريمة أثناء تأدية وظيفته¹¹.

¹ م 16 من ق، رقم 18/04.

² م 13 من ق، رقم 18/04.

³ م 15 من ق، رقم 18/04.

⁴ م 29 من م. ت رقم 18/04.

⁵ م 53 من ق.ع.ج.

⁶ هدى سالم محمد الأطرقي، المرجع السابق، ص 216.

⁷ م 12 من ق، رقم 18/04.

⁸ م 1/23 من ق، رقم 18/04.

⁹ م 2/ 23 من ق، رقم 18/04.

¹⁰ طاهري حسين، المرجع السابق، ص 218.

¹¹ م 3/ 23 من ق، رقم 18/04.

- إذا ارتكب الجريمة ممتهن في الصحة ...".¹

إن علة التشديد في هذه المادة أن المشرع قد رخص للممتهين في الصحة دون سواهم في وصف واستعمال هذه السموم لأغراض علاجية لكن هذا الحق ليس مطلقا بل تحكمه ضوابط، فإذا ما خالف الممرض الأهداف المتوخاة من استعمال هذه المخدرات باستغلال ثقة المجتمع في نبل الرسالة التمريضية قامت مسؤوليته الجزائية ووقع تحت طائلة العقاب.²

في هذا الصدد سعت الدولة بالتنسيق مع الأمن والمجتمع المدني في إطار مكافحة الإجرام بمختلف أنواع وآفة المخدرات بصورة خاصة وبحضور الطلبة وممثلي وزارة الشؤون الدينية والأطباء النفسانيين إلى تنظيم عدة معارض وأبواب مفتوحة للتصدي لهذه الآفة، كما قامت الدولة في هذا الشأن بحملات تحسيسية وصل عددها في سنة 2006 إلى 84 حملة ونصبت لهذا الغرض خلايا الإصغاء والنشاط الوقائي.³

الفرع الثاني: جريمة الإجهاض

قام المشرع الجزائري بحماية الجسد البشري كباقي التشريعات بوضعه جملة من النصوص المجرمة لكل أذى يلحق بالسلامة الجسدية للكائن الأدمي وامتدت هذه الحماية لتصل إلى الجنين بكفالة بقائه سالما في بطن أمه إلى حين حلول الموعد الطبيعي للولادة.⁴ غير أنه قد يولد هذا الجنين قبل هذا الموعد سواء حيا أو ميتا بفعل فاعل وهو ما يطلق عليه بجريمة الإجهاض الجنائي وهذا ما سنتناوله في هذا المطلب حيث نستبعد من الدراسة الإجهاض التلقائي الذي يكون نتيجة مرض مكتسب أو وراثي للأم أو الجنين كما تستبعد

¹ 4/23 من ق، رقم 18/04.

² Pierre LEMAIRE, op.cit., le 12/02/2013, 16 h14.

³ م 304 ق.ع. ج .

⁴ محمود القبلاوي، المرجع السابق، ص 111.

الإجهاض العلاجي المتعلق بصحة الأم في حالة الضرورة، كما سنبين لاحقا عن تعرضنا لهذه الحالة¹.

البند الأول: مفهوم الإجهاض:

تعددت مفاهيم الإجهاض ومصطلحاته حتى بين الدول الإسلامية والعربية نفسها وسنحاول تبيان تعريفاه المختلفة.

أولاً: تعريفات الإجهاض:

يختلف الإجهاض في اللغة عنه في الفقه والطب.

1- تعريف الإجهاض في اللغة

ورد الإجهاض في اللغة من الفعل جهض حيث يقول العرب أجهضت الناقة وهو مجهض أي ألفت ولدها لغير تمام وقد يرد الإجهاض بمعنى الاملاص أو الطرح²، أي إلقاء الجنين إذا لم يستبين خلقه قبل الوقت³.

كما يرد الإجهاض باسم الأسلاب فيقال أسلبت الحامل، أي أسقطت ويقال امرأة سلوب إذا مات ولدها أو ألقته من رحمها بغير تمام⁴.

2- تعريف الإجهاض فقها:

تكاد تخلو التشريعات من تعريف الإجهاض وتركت مسألة التعريف للفقه فيعرفه الفقه الفرنسي على أنه طرد متحصل قبل أوان ولادته الطبيعي سواء خرج ميتا أو حيا ولكنه غير قابل للحياة⁵.

¹ عمر بن محمد إبراهيم غانم، أحكام الجنين في الفقه الإسلامي، الطبعة الأولى، دار الأندلس الخضراء للنشر والتوزيع، جدة، 2001، ص 110.

² عمر بن محمد إبراهيم غانم، المرجع السابق، ص 111.

³ أحمد أبو حاققة (جماعة من المختصين تحت إشرافه)، معجم النفائس الكبير، ج 1، دار النفائس، ط 1، بيروت، 2007، ص 712.

⁴ إسماعيل بن حماد الجوهري، معجم الصحاح، ار المعرفة، ط2، بيروت 2007، ص.671.

⁵ أمير عدلي عيسى خالد، مرجع سابق، ص.226.

أما الفقه الجزائري فعرفه بأنه إخراج الجنين قبل أوانه¹ كما عرفه الدكتور محمد صبحي نجم بأنه إسقاط الجنين من داخل أحشاء المرأة قبل اكتماله وقبل الموعد الطبيعي المحدد لنزوله وولادته بأي وسيلة أو طريقة كانت².

3- تعريف الإجهاض في الطب:

اختلف الأطباء في تعريف الإجهاض فهناك من عرفه بأنه انتهاك لمسيرة الحمل خلال 28 أسبوع من بداية الحمل حيث يكون فيها الجنين غير مهياً للتكيف والعيش خارج الرحم³.

بينما عرفه آخرون بأنه تفريغ لمحتويات الحمل قبل تمام الشهر السادس وهو السن الطي يهين الجنين للقابلية للحياة المنفصلة عن الرحم، ويعتبر تفريغ محتويات الرحم بعد هذه السن وقبل إتمام شهور الحمل الطبيعية ولادة قبل الأوان⁴.

وأكدت على ذلك المراجع الطبية أن بعد ستة أشهر يكون الحمل قابلاً للحياة ويعني أن الإجهاض يكون عادة في الشهر الثاني أو الثالث من الحمل أي قبل قدرته على البقاء على قيد الحياة وفي أحياناً قليلة يحدث في الشهر السابع وأكثر علاماته هو خروج الدم من المهبل⁵.

ثانياً: طرق الإجهاض وأخطاره:

إن تعمد إنهاء الحمل سواء بإعدامه داخل الرحم أو بإخراجه بأي وسيلة قبل الموعد الطبيعي المقدر لولادته بلا ضرورة قد يكون في سرية تامة وفي دهاليز مظلمة خالية من كل

¹ أبارش سليمان، محاضرات في شرح القانون العقوبات الجزائري (القسم الخاص)، الطبعة الأولى، دار البعوض، قسنطينة، 1985، ص.171.

² فريجة حسين، شرح قانون العقوبات الجزائري، جرائم الأشخاص وجرائم الأموال، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص.123.

³ Pierre Louis DAGANIEZ, op.cit, P.287.

⁴ عبد الحميد المنشاوي: الطب الشرعي وأدلته ودوره الفني في البحث عن الجريمة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2005، ص 464.

⁵ وليام بريخ: الحمل ترجمة ودار الشيخ، الطبعة الأولى، دار الهدى، الجزائر، 1992، ص 55.

الشروط الصحية¹ وهذا بفعل إجهاض المرأة لنفسها أو بفعل الغير كالممرض وهذا باستعمال طرق عدة قد تؤدي إلى وفاة المرأة المجهض.

1- طرق الإجهاض:

إن أخطار الإجهاض تتفاوت بحسب نوعية الطرق المستعملة في الإجهاض سواء من الحامل نفسها كحمل الأثقال وتعاطي العقاقير واستعمال آلات أو بتدخل الغير كالممرض في عملية الإجهاض باستعمال العنف على بطن الحامل أو بتوجيه أشعة إلى جسمها أو باللجوء إلى الأدوية أو الآلات الطبية في قتل الجنين.

أ- استعمال العنف:

هي المرحلة التي يمتد فيها عمر الجنين إلى نهاية الشهر الأول² كالقفز وحمل الأثقال أو الضغط على البطن أو الاستحمام بماء ساخن وغسل المهبل بمواد مطهرة سامة وعادة ما لا تفلح هذه المحاولات.³

ب- استعمال العقاقير المجهضة:

في هذه المرحلة يمتد الحمل إلى نهاية الشهر الثاني وأصبح متيقنا منه، وتستعمل فيها عقاقير⁴ وأدوية مسببة للإسهال والحمى. مما يؤدي إلى الإجهاض كالحنظل وزيت حب الملوك وزيت الخروع، أو باستعمال مهيجات للجهاز البولي ككثرات الصودا أو تناول المرأة الحامل لمجموعة من المعادن الثقيلة، كالزرنخ والزئبق أو السوائل الفسفورية والبتروول. مما يؤدي إلى تسمم الجنين وجسم الحامل، نتيجة امتصاص الجسم لهذه المواد السامة⁵.

¹ أمير عدلي، أمير عيسى خالد: المرجع السابق، ص 297.

² شريف الطباخ: مرجع سابق، ص 117، 121.

³ Nicolas LOUBRY, Soins aux mineurs : l'accord d'un seul parent suffit, in : le con.méd.

T.132, N°08, du 26 au 29 avr. 2010, p.343.

⁴ عبد الحميد المنشاوي: المرجع السابق، ص 470-471.

⁵ راجع بتوسع عبد العزيز محمد محسن، الحماية الجنائية للجنين في الشريعة الإسلامية والقانون الوقي، دراسة مقارنة، دار البشير، القاهرة، بدون سنة، ص 49، 52.

غير أنه مع تطور الاكتشافات البيولوجية والمواد الصيدلانية¹، لجأ البعض من الأطباء المجرمين إلى استعمال الهرمونات والأدوية لإسقاط الأجنة وذلك بسبب ما تحدثه هذه المستخلصات من انقباضات للعضلة الرحمية، كالأكستوسين (Oxytocine)² الذي يستعمل عن طريق الحقن أو إعطاء الحامل أقراص من الخلاصات المبيضية أو المشيمية مثل الأستروجين الذي يزيد من إدرار الطمت بدلا من البروجسترون المثبت للحمل³.

ج- استعمال الآلات:

في هذه المرحلة يتم استعمال العنف الموضعي على الأعضاء التناسلية، باستعمال الآلات⁴ الحادة لثقب الأغشية الجينية وإنزال الجنين أو الموسعات لعنف الرحم فغالبا ما تكون خطيرة وتؤدي لوفاة المجهض نتيجة الصدمات العصبية أو تمزيق الجدار الرحمي وما ينتج عن ذلك من نزيف حاد ينتهي بمفارقة الحياة للمرأة المجهض حيث بلغت الهمجية الإنسانية إلى استعمال المحاقن⁵ المملوءة بالماء الساخن والصابون في مهبل الحامل لتتم عملية الامتصاص من الرحم الذي ينقبض نتيجة التسمم ويفرغ محتوياته.

2- أخطار الإجهاض:

إن الإجهاض الجنائي⁶ قد يؤدي إلى مضاعفات تهدد بدورها حياة الأم التي تكون قاب قوسين أو أدنى من مفارقتها للحياة، ولقد تناولنا فيما سبق الطرق الإجرامية التي يلجأ إليها الممرض الجاني أو المرأة نفسها دون مراعاة للأخطار، والتي يمكن أن يستنتجها أي عاقل من خطورة الطرق المستعملة، كالتسمم أو الصدمة العصبية نتيجة الألم الذي تتعرض له

¹ م. 81 من م.ت رقم 228-07.

² Décret 94-1030 du 02 Décembre 1994 relatif aux conditions de prescriptions et de délivrance de médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), J.O n°280 du décembre 1994, PP.17080 et s.

³ شريف الطباخ: نفس المرجع، ص 124.

⁴ Arrêté du ministère de la santé du 03 oct. 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux Assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique, JO, n°239 du 13 octobre 1995, pp. 14932-14933.

⁵ أمير علي أمير، مرجع سابق، ص. 318.

⁶ Alain TREBUC Q.op.cit, P.377.

المرأة باستعمال مواد لإجهاضها أو تمزيقات¹ الجدار الرحمي وما ينتج عنها من نزيف حاد، أو التعفنات الناتجة عن إدخال أجسام غريبة دون تعقيم سواء من السيدات أنفسهن أو من الممرضين أو القابلات الجاهلات.

وفي حالات أخرى تستعمل المحاقن المحملة بالسوائل أو السموم لتفرغ في مهبل المرأة من أجل إجهاضها مسببة لها تخثر دموي نتيجة الهواء المدخل أو ما يسمى بالسدد الهوائية التي تتجمع إلى سدة رئوية تنتهي بوفاة المرأة المجهض².

البند الثاني: أركان جريمة الإجهاض:

جريمة الإجهاض لا تقوم بدون وجود حمل وهو المحل الذي يقع عليه الاعتداء كما تتطلب ركن مادي يتمثل في ركن الاعتداء باستعمال الوسيلة التي تجعل الجنين يخرج من الرحم قبل الموعد الطبيعي لولادته كما تتطلب هذه الجريمة الركن المعنوي أو القصد الجنائي وهذا ما سنحاول التعرض له في الآتي:

أولاً: محل جريمة الإجهاض:

لكي يقع الإجهاض لابد من وجود حمل الذي لم يرد له تعريف في قانون العقوبات بيد أن الفقه عرفه بأنه: "هو البويضة الملقحة منذ التلقيح حتى تتم الولادة الطبيعية"³.

ومعنى ذلك أن الحمل يتحقق بتلقيح الحيوان المنوي للرجل لبويضة المرأة، وتكون لحظة التلقيح هي بداية الحمل التي تنتهي بعملية الولادة. وهذا ما يفسر أن الإجهاض يتحقق في الفترة الممتدة بين التلقيح وعملية الولادة⁴ وتبدأ حماية حق الجنين في السلامة⁵ والبقاء

¹ عبد العزيز محمد محسن، مرجع سابق، ص.54.

² مرفت محمد البارودي، المسؤولية الجنائية عن استخدام الإشعاع في العلاج، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007، ص.197.

³ أمير عدلي أمير، مرجع سابق، ص.323.

⁴ Mirielle BACACHE, op. cit, P.379.

⁵ محمد بودالي، حماية المستهلك في ق المقارن، مرجع سابق، ص.254.

على قيد الحياة منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة بداية الولادة. فكل إخراج للجنين بأي وسيلة كانت تحقق جريمة الإجهاض¹.

إذ أن المشرع الجزائري قد بسط حمايته على الجنين سواء اكتمل تكوينه وسرت فيه الروح أو كان في طور التكوين سواء أكان الحمل موجودا أو مفترضا. أي تقوم الجريمة حتى ولو لم يتيقن منه ويكون عادة ذلك في الأيام الأولى من تخلف العادة الشهرية بل أكثر من ذلك وأحسن ما فعل المشرع الجزائري² إذ جرم حتى الشروع³ في هذه الجريمة وهذا رغبة منه في مكافحة هذه الآفة.

ثانيا: الركن المادي:

يتحقق الركن المادي لجريمة الإجهاض بإتيان كل سلوك من شأنه أن يؤدي إلى إخراج الجنين حيا أو ميتا من بطن أمه قبل أوان الولادة الطبيعية ويقوم هذا الركن على ثلاث عناصر هي: فعل الإجهاض أو السلوك، خروج الجنين من الرحم كنتيجة، علاقة السببية بين الفعل والنتيجة.

1- فعل الإجهاض:

فعل الإجهاض كل سلوك أو نشاط من شأنه الاعتداء على الجنين في رحم أمه قبل حلول أجل ولادته. وقد أشار قانون العقوبات الجزائري إلى بعض السلوكات والوسائل المستعملة على سبيل المثال لا الحصر في المادة 304 منه بنصها على أن: "كل من أجهد امرأة حاملا أو مفترض حملها بإعطائها مأكولات أو مشروبات أو أدوية أو استعمال طرق أو أعمال عنف أو بأي وسيلة أخرى سواء وافقت على ذلك أو لم توافق أو شرع في ذلك يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 إلى 100.000 دج.⁴

¹ حسين قريجة: المرجع السابق، ص 124.

² م. 304 وما يليها من ق.ع.ج.

³ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، مرجع سابق، ص. 254.

⁴ م. 1/304 من ق.ع.ج.

وإذا أفضى الإجهاض إلى الموت فتكون العقوبة السجن المؤقت من 10 سنوات إلى 20 سنة¹.

ومما تجدر الإشارة إليه حسب هذا النص هو أن القانون الجزائري عكس القانون المصري يعاقب حتى على الشروع في ارتكاب جريمة الإجهاض، واستعمل عبارة أو بأي وسيلة أخرى للدلالة على كل الأنشطة والوسائل المستعملة بغية الوصول إلى النتيجة الإجرامية وهذا لعدم تمكين الفاعل وإعطائه فرصة للتملص من العقاب.²

2- خروج الجنين من الرحم:

تتخذ النتيجة الإجرامية في الإجهاض إحدى صورتين، خروج الجنين ميتا أو قابل للحياة ويشكل هذا اعتداء على حقه³ الطبيعي في النمو الكامل والولادة الطبيعية. ومعنى ذلك أنه إذا استعملت وسائل لإخراج الجنين قبل حلول الأوان الطبيعي لولادته أو شرع في ذلك سواء خرج الجنين من بطن الأم أو بقى في بطنها ميتا فإننا نكون بصدد جريمة الإجهاض⁴.

3- علاقة السببية:

يتعين أن تتوافر علاقة السببية بين النشاط⁵ الإجرامي أيا كان نوعه والاعتداء على الجنين ويعتبر استعمال وسائل⁶ الإجهاض بنية أحداثه وتحقيق النتيجة اكتمال الركن المادي للجريمة وقيام علاقة السببية. أما في حالة عدم تحقق النتيجة فنكون بصدد شروع في الجريمة المعاقب عنه هو الآخر.

¹ م. 2/304 من ق.ع.ج .

² نبيلة عرفوف، جريمة الإجهاض في ق.ع.ج، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، 2004-2007، ص. 37.

³ حسين فريجة، شرح ق.ع.ج، مرجع سابق، ص. 127.

⁴ منير رياض حنا: المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدالدة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية 1989، ص 152.

⁵ فريجة حسين: المرجع السابق، ص 127.

⁶ بريخ وليام، مرجع سابق، ص. 87.

وقد يرجع سبب الفشل في اكتمال الجريمة ناتج عن ظروف خارجية لا دخل فيها لإرادة الجاني (الطبيب) كسوء الوسائل المستخدمة أو نقص الكمية المعطاة للحامل¹ أو غير ذلك.

ثالثاً: الركن المعنوي:

لا تقع جريمة الإجهاض إلا عمداً أي بتوافر القصد الجنائي المتمثل في اتجاه إرادة الفاعل وعمله وقت الجريمة بذلك. ومقتضى ذلك أن يكون الجاني عالماً بأن السلوك الذي يبائسه بأي وسيلة كانت تقع على امرأة حامل وأن بفعله هذا يبتغي إحداث الإسقاط. فيتطلب في هذه الجريمة قصد عام أو خاص ويفهم من ذلك أن الجاني إذا أعطى الحامل مواد ضارة بقصد إيذائها ولكن تسبب تلك المواد في إسقاط حملها فلا يسأل الجاني على الإجهاض بل يسأل عن الإيذاء العمد لأن نيته لم تتجه إلى الاعتداء على الجنين بغية إسقاطه إذ لا وجود لمفهوم جريمة الإجهاض الخطأ². ومفاد ذلك أن الممرض الذي يحقن الأم الحامل معتقداً أن هذا الأخير يساعد في نمو الجنين ولم يرد في اعتقاده أنه يؤدي إلى الإجهاض لا يحاسب عنه بل يسأل عن الخطأ في إحداث الأذى لا غير³. وهو ما قضت به الغرفة الجزائية للمحكمة العليا.

البند الثالث: عقوبة الإجهاض وقيام حالة الضرورة:

منذ القدم كان الإجهاض مقبلاً لذلك اختلفت صور عقوبته في كل من الشريعة الإسلامية وكذا القوانين الوضعية التي بدورها تختلف من بلد لآخر غير أنه في حالات أخرى تسقط العقوبة على الفاعل بتوفر حالة الضرورة.

¹ مكي دردوس: القانون الجنائي الخاص في التشريع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزء الثاني، الجزائر، 2005، ص 104.

² محمد صبحي نجم: شرح قانون العقوبات الجزائري (القسم الخاص)، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003، ص 62.

³ قرار الغرفة الجنائية للحكمة العليا رقم 258194 بتاريخ 2001/04/24 م.ج. للمحكمة العليا، ع.02 سنة 2001.

أولاً: عقوبة الإجهاض:

تناول المشرع الجزائري جريمة الإجهاض في عدة قوانين كقانون حماية الصحة وترقيتها ومدونة أخلاقيات الطب وقانون العقوبات من المواد (304¹-313²). حيث نصت المادة 262 من قانون 13/08 المعدل والمتمم للقانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بقولها: "يعاقب كل من يخالف الأحكام المتعلقة بمواد الإجهاض بالعقوبات المنصوص عليها في قانون العقوبات"³.

فباستقراء هذه المادة نجد أنها أحالت العقوبة على قانون العقوبات، وبالرجوع إلى أحكام هذا الأخير نجد أنه تناول هذه الجريمة في عدة حالات من الجنحة إلى الجنائية والظروف المشددة بالنظر لصفة الفاعل فجاءت المادة 304/فقرة 01 من قانون العقوبات بقولها: "كل من أجهض امرأة حاملاً أو مفترض حملها بإعطائها مأكولات أو مشروبات أو أدوية أو باستعمال طرق أو أعمال عنف أو بأية وسيلة أخرى سواء وافقت على ذلك أو لم توافق أو شرع في ذلك يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 إلى 100.000"⁴.

غير أنه إذا أدى هذا الفعل إلى وفاة الحامل تحولت الواقعة من جنحة إلى جنائية حسب ما نصت عليه المادة 304/فقرة 02: ".... إذا أفضى الإجهاض إلى الموت فتكون العقوبة السجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة"⁵.

فالنص جاء شاملاً بغض النظر عن صفة الفاعل وجاءت المادة 305⁶ من نفس القانون للتشديد على حالات العود بنصها على ظرف مشدد "إذا ثبت أن الجاني يمارس عادة الأفعال المشار إليها في المادة 304 فتضاعفت عقوبة الحبس في الحالة المنصوص عليها في

¹م.304 من ضمن ق.ع.ج .

²م.313 من ضمن ق.ع.ج .

³م.262 قانون 13/08 مؤرخ في: 2008/07/20 يعدل ويتمم القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، عدد44، بتاريخ: 2008/08/03.

⁴م.1/304 من ق.ع.ج .

⁵م.2/304 من ق.ع.ج .

⁶م.305 من ق.ع.ج .

الفقرة الأولى وترفع عقوبة السجن المؤقت إلى الحد الأقصى". وهذه إشارة من المشرع إلى معتادي الإجرامي بسبب ممارستهم لهذا العمل وخبرتهم الفنية فيه، الممرضين ومن في حكمهم من أصحاب المهن التمريضية.

وجاء التأكيد على هؤلاء في المادة 306 من نفس القانون في شكل ظرف مشدد آخر متعلق بصفة الجاني بقولها: "الأطباء أو القابلات أو جراحو الأسنان أو الصيادلة وكذلك طلبة الطب وطب الأسنان وطلبة الصيدلة ومستخدمو¹ الصيدليات ومحضرو² العقاقير وصانعو الأربطة الطبية وتجار الأدوات الجراحية والممرضون³ والممرضات والمدلكون⁴ والمدلكات الذين يرشدون عن طريق الإجهاض أو يسهلونه أو يقومون به تطبق عليهم العقوبات المنصوص عليها في المادتين 304 و305 على حسب الأحوال، ويجوز الحكم على الجناة بالحرمان من ممارسة المهنة المنصوص عليه في المادة 09 من نفس القانون".⁵

مما يلفت الانتباه في هذا النص هو أنه ورد تعداد الأشخاص على سبيل الحصر من لا يجوز القياس عليهم فبمجرد دلالة المرأة الحامل على وسائل الإجهاض يعد عملا تنفيذيا للجريمة بصريح النص وتطبق عليه المواد 304، 305 من قانون العقوبات ويجوز للقاضي أن يحكم على الممرض أو من في حكمه بالمنع من الإقامة وممارسة المهنة أي أن المرشد على وسائل الإجهاض وطرقه يعد فاعلا للجريمة لا شريكا⁶ فيها وهذا خروج عن القواعد العامة في شأن التفرقة بين الفاعل والشريك ويترتب على ذلك أن من يدل الحامل على أي وسيلة للإجهاض يعاقب حتى ولو لم تستعمل الحامل تلك الوسيلة.

¹ م. 176 م. بت رقم 11-121 .

² اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971 المصادق عليها بموجب المرسوم رقم 77-177 المؤرخ في 07 ديسمبر 1977 يتضمن المصادقة على الاتفاقية المتعلقة بالمواد العقاقيرية النفسية والمبرمة في 21 فبراير 1971 بمدينة فيينا، ج.ع. 80، الصادر بتاريخ 11 ديسمبر 1977.

³ م. 25 م ت رقم 11-121 .

⁴ م. 97 م. بت رقم 11-121 .

⁵ م. 306 من ق.ع.ج .

⁶ كرفوف نبيلة، مرجع سابق، ص. 39.

وفي هذا الصدد جرم المشرع كل تحريض على الإجهاض أو الدعوة إليه في نشرات أو مقالات أو إعلانات أو خطب أو ملصقات أو مطبوعات أو دعاية لذلك علنا أو خفية¹ وهذا بنص المادة 310 من قانون العقوبات الجزائري السالف الذكر بقولها: "يعاقب بالحبس من شهرين إلى ثلاثة سنوات وبغرامة من 20.000 إلى 100.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من حرض على الإجهاض ولو لم يؤدي تحريضه إلى نتيجة...".²

كما أن المرأة الحامل التي تستعمل الوسيلة التي دلها عليها المتهم لا تعتبر شريكة له في جريمته وإنما تعتبر فاعلة لجريمة إجهاض³ نفسها إذ أن المشرع أورد حكما خاصا لها في المادة 309 من قانون العقوبات: "تعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 250 إلى 1000 دج المرأة التي أجهضت نفسها عمدا أو حاولت ذلك أو وافقت على استعمال الطرق التي أرشدت إليها أو أعطيت لها لهذا الغرض".⁴

وبالتمعن في هذا النص نلاحظ أنه جاء عاما بمعنى أن كل امرأة تجهض نفسها أو تحاول ذلك تقع تحت طائلة العقاب غير أنه ورغم ذلك هذه المرأة الجانية على نفسها ممرضة أو ممتهنة في الصحة ينتفي ظرف التشديد في حقها وعلة ذلك أن حكمة التشديد في العقوبة هي منع استغلال المعارف التمريضية في ارتكاب الجريمة على النساء الأخريات وليس على المرأة المجهضة نفسها سواء كانت طبيبة أو ممرضة أو قابلة.⁵

ثانيا: إجهاض الضرورة:

تفترض حالة الضرورة⁶ أن هناك خطرا جسيما على نفس الحامل على وشك الوقوع وبالتالي يكون صراعا بين حق الجنين في النمو والحياة وحق الأم في دفع هذا الخطر الذي يهدد صحتها أو حياتها. ويبرز في هذا الشأن حق الأم والذي تكون له الأولوية لأنه ثابت

¹ بارش سليمان، مرجع سابق، ص.174.

² م. 310 من ق.ع.ج.

³ قرار الغرفة الجنائية للمحكمة العليا رقم 358240 بتاريخ 2006/04/17 المجلة القضائية للمحكمة العليا الجزائري، عدد

2007/06، ص 87.

⁴ م. 2/309 من ق.ع.ج.

⁵ محمد صحبي نجم، مرجع سابق، ص.67.

⁶ عبد الرزاق أحمد السنهوري، مرجع سابق، ص.461.

بينما حق الجنين في النمو أو الحياة فهو غير مؤكد فقد يتعرض في أي مرحلة لما قد يؤدي إلى وفاته¹.

وتكاد تجمع التشريعات الحديثة على إباحة الإجهاض في حالة الأمراض التي تهدد حياة الأم الحامل سواء كانت تلك الأمراض وراثية أم مكتسبة للأم أم الجنين وفي هذا الصدد تنص المادة 308 من قانون العقوبات الجزائري على أنه: "لا عقوبة على الإجهاض إذا استوجبت ضرورة إنقاذ حياة الأم من الخطر متى أجراه من له صفة التدخل في غير خفاء وبعد إبلاغه السلطة الإدارية"².

تنص المادة 72 من قانون حماية الصحة وترقيتها على: "يعد الإجهاض لغرض علاجي إجراء ضروريا لإنقاذ حياة الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهدد بخطر بالغ"³. يتم الإجهاض في هيكل متخصص بعد فحص طبي يجري بمعية ممرض اختصاصي و الإجهاض في هذا النص يدخل في إطار عام هو حالة الضرورة، حيث تنص المادة 48 من قانون العقوبات على أنه: "لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب الجريمة قوة لا قبل له بدفعها"⁴.

من نص المادتين السابقتين المادة 72 من قانون 05/85 والمادة 48 من قانون العقوبات نلاحظ أن المشرع أباح إسقاط الجنين، إذا كان يشكل خطر جسيما على الأم في صحتها وتوازنها العقلي والجسمي. إذا بقي الحمل مستكينا في أحشائها وكان الإسقاط هو السبيل الوحيد لدفع هذا الخطر.

¹بابكر الشيخ: المسؤولية القانونية للطبيب، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 113.

²م.308 من ق.ع.ج .

³م.72 من ق.ص.ج .

⁴م.48 ق.ع.ج .

غير أنه يشترط أن يكون فعل الإسقاط من طبيب مختص ومن يساعده بعد إبلاغ السلطات الإدارية وإبلاغ السلطة الإدارية، هنا ينفي الإجهاض الجنائي الذي يتم في خفاء مخالف للشروط المنصوص عليها في القانون.¹

ومتى توفرت الشروط السابقة خرج الفعل من دائرة التجريم ودخل دائرة الإباحة، وتخلف أحد هذه الشروط يكفي لقيام المسؤولية الجنائية للممرض. إن الإشكالية التي تثور هي حالة إجهاض النساء المغتصابات خاصة ما عاتته بلادنا في العشرينيات السوداء. ففي هذا الصدد أثار فتوى² جديدة للدكتور محمد سيد طنطاوي شيخ الأزهر تتيح للمرأة التي تم اغتصابها بإسقاط الحمل في أي وقت تشاء، جدلاً واسعاً بين علماء الأزهر بين مؤيد ومعارض.

فيرى الفريق³ المؤيد لهذه الفتوى إن إسقاط جنين المرأة التي تم اغتصابها جائز باعتبار ذلك فيه ستر للمرأة وتخليص لها من آلامها النفسية وهذا لا تعرضه الشريعة الإسلامية حسب حججهم: "إن للمغتصبة حق شرعي في أن تجهض نفسها في أي وقت عندما يتبين أنها أصبحت حاملاً نتيجة تعرضها للاغتصاب، وأنها لا تتحمل أي وزر إزاء تخلصها من ثمرة هذه الجريمة الوحشية ولا تعتبر بأي حال من الأحوال قاتلة للنفس التي حرم الله تعالى وذلك استناداً لمبدأ الأعدار الشرعية"⁴.

بينما يرى الجانب الراض لهذه الفكرة عكس ذلك وكل له حججه ويبقى السؤال المطروح فيما يخص موقف سلطاتنا، هل رخصت بذلك أم لا ولحد الآن لا يوجد نص يبيح ذلك، وبدورنا نؤيد الموقف المعارض لهذه الفتوى لأنه ما ذنب الجنين في هذا حتى نحرمه من حقه الطبيعي في النمو والحياة.

¹ م 33 من م.ت رقم 267/92 .

² محمد سيد طنطاوي، فتوى حول المرأة المغتصبة، القاهرة، من موقع:

www.reetnet.gavsy/arabencyclopedia/hygienic-sciences/medicine/abortion2htm-1/k
le 17/04/2013 à 10h13.

³ محمد أحمد مبيض، مصلحة حفظ النفس في الشريعة الإسلامية، مرجع سابق، ص.317.

⁴ محمد سيد طنطاوي، مرجع سابق.

المطلب الثاني: جرائم الممارسات الطبية الحديثة

لعل خروج الأعمال الطبية عن مألوف أغراضها ومقاصدها التي تشكل المصلحة العلاجية والمحافظة على سلامة الشخص ركيزة وجودها وأساس مشروعيتها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، أظهرت التطورات العلمية الحديثة، وما ترتبنا عليها من مخاطر باتت تهدد الإنسان، أهمية حرمة الجسد، وفاعلية التصدي لها فحذا البعض من الفقهاء إلى معارضة هذه الممارسات الحديثة وتجريمها وراح البعض الآخر يسارع لتنظيمها باعتبارها في خدمة الإنسانية والمصلحة العامة كالتجارب الطبية ونقل الدم بالإضافة إلى عمليات زرع ونقل الأعضاء البشرية.

الفرع الأول: جريمة التجارب العلمية:

تقدمت العلوم الطبية وطرق العلاج متجاوزة حدود الأعمال الطبية التقليدية بفضل تطور الأجهزة والآلات لتشخيص ومعرفة الأمراض المختلفة ومسبباتها وكيفية معالجتها واكتشاف الأدوية الناجعة لها، ولم يكن ذلك ليتم لولا الأبحاث والتجارب العلمية المستمرة التي يقوم بها الأطباء، غير أن ذلك انعكس سلبا على نطاق الحماية للسلامة الجسدية، فتعرضت هذه الأخيرة لانتهاكات واعتداءات¹ خاصة في مجال التجارب التي تجري على الإنسان السليم بغرض البحث العلمي لما له من مزايا تعود بفائدة على البشرية جمعاء وبالتالي إطلاق العنان للأطباء في إجراء التجارب والمصلحة الثانية خاصة بالفرد وحرمة جسده².

البند الأول: مفهوم التجربة والبحث الطبيين:

لقد عرف أشرف جابر في كتابه: "التأمين من المسؤولية المدنية"، البحث الطبي بأنه كل بحث أو اختبار يقع على الكائن البشري في ضوء تطور المعطيات البيولوجية أو الطبية، ولا تنحصر التجربة الطبية في نطاق اختبار العقاقير بل يشمل الأبحاث التطبيقية والبيولوجية

¹بابكر الشيخ: مرجع سابق، ص 301.

²مروك نصر الدين: الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر، 2003، ص 297.

والمعلقة بدراسة الهندسة الوراثية...¹. كما عرفت المادة 46/102 من اللائحة الفدرالية الصادرة عن الإدارة الصحية الأمريكية التجربة العلمية بالقول: "هي كل بحث منهجي يهدف إلى تنمية المعرفة...".

في هذا الصدد فإن الأبحاث والدراسات الطبية التي تتعلق بمسؤولية الممرض هي التي تقتضي المساس بسلامة الجسم أيا كان الأسلوب أو الوسيلة المستخدمة، وأيا كانت درجة الخطورة التي يمكن أن يتعرض لها الفرد محل البحث، لكن أسلوب العلاج الطبي أو التشخيص يكون له الصفة التجريبية إذا كان حديث العهد، بمعنى ألا يكون قد استخدم إلا في أحوال محددة² وإذا كان لم يصل إلى حد القبول العام من طرف المزاولين للمهنة الطبية أو لأغليبتهم، أو لم يزل محل خلاف بين المختصين لأن هناك نوعين من التجارب الطبية على الإنسان.

الأولى علاجية³: كما ذكرنا وهي التي يجريها الممرض بهدف علاج مريض لمصلحته في حالة إخفاق الوسائل العلاجية المعروفة في تحقيق الشفاء وهذا بعد أن تكون هذه التجربة قد أجريت على الحيوان وتسمى "التجريب العلاجي أو التشخيصي" والأصل أنها غير مشروعة إلا أن القيام بها جائز بتوافر شروط⁴، كالكفاءة الطبية ورضا المريض وعدم تعريضه للخطر... الخ وخروج الممرض عن هذه الشروط يؤدي إلى قيام مسؤوليته الجنائية، أما الثانية وهي التجارب العلمية التي تجري لهدف البحث العلمي لغير الغرض العلاجي من أجل اكتشاف طريقة جديدة أو مدى فعالية وسيلة أو عقار دون أن يكون هناك مصلحة للخاضع لها⁵، إذ أن الشخص في هذه الحالة غير مريض.

¹ أشرف جابر: التأمين من المسؤولية المدنية للأطباء، منشورات الحلبي، بيروت، 1999، ص 416.

² مروك نصر الدين: الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، مرجع سابق، ص 297.

³ أحمد شوقي: عمر أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999، ص 06.

⁴ محمد حسنين منصور: مرجع سابق، ص 71.

⁵ OBER DORFF HENRI, Droits de l'homme et libertés fondamentales, Armand Edition, Paris 2003, P 86.

إن أساس التجارب بنوعيتها هو ما تضمنه إعلان "هلسنكي Helsinki" لسنة 1964 من مبادئ وقواعد يراعيها القائم بالتجربة على البشر¹.

البند الثاني: موقف القانون من التجارب الطبية:

سنتطرق في هذا الشأن لموقف التشريع الفرنسي والجزائري من التجارب الطبية

أولاً: القانون الفرنسي:

ب طرح المسألة عن القانون الفرنسي نجد في البادئ أن غالبية الفقه في فرنسا يجمع على أن كل تجربة غير علاجية على الإنسان تعد غير مشروعة²، متحججين في ذلك بموقف القضاء³ الفرنسي الذي أكد في أحكامه أن التدخل التمريضي الممارس على الشخص يعد مخالفا للنظام العام حتى ولو تم برضاه إذا ما انتفى قصد العلاج، ولا يكفي الرضا المتبصر من إعفاء الممرض ومساعديه من المسؤولية الجنائية.

ثم ما لبث أن غير موقفه لاحقا غير أن الاختلاف بقى في تحديد أساس مسؤولية القائم بالتجربة في القانون الفرنسي بالنظر إلى نوع التجارب الطبية⁴، فبالنسبة للتجارب العلمية اعتمد المشرع الفرنسي مؤخرا نظام المسؤولية بدون خطأ⁵، في حين أسس المسؤولية في التجارب العلاجية على الخطأ المفترض⁶.

فبالنسبة للتجربة الأولى أقر مسؤولية الممرض القائم بالتجربة ولا يجوز له أن يدفع ويتذرع بفعل الغير أو بعدول الشخص الخاضع للتجربة فإذا ما رفض الشخص الاستمرار في التجربة ومع هذا استمر القائم بتنفيذها عليه اعتبرت أفعاله خطأ شخصيا منشئا للمسؤولية

¹ رمضان جمال كامل: مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية، الطبعة الأولى، المركز القومي للإصدارات القومية، الإسكندرية، 2005، ص 138.

²C. COLETTE, J.P. SCHAAL, le nœud des responsabilités dans l'analgésie obstétricale par injection périurale, in : La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Dir : Jean-Henri SOUTOUL, Fabrice PIERRE, ed. MALOINE, Paris 1991, P 231.

³Cass.crim, 21 Janv.2003, n°02-83835, bull. crim, n° 247, P. 304. Cite par: ERIC.MATHIAS, op.cit, P174.

⁴Nicolas LOUBRY, op. cit, P.178.

⁵شريف أحمد الطباح، مرجع سابق، ص.351.

⁶مأمون عبد الكريم: مرجع سابق، ص 775.

الجزائية والمدنية. أما فيما يخص التجربة العلاجية فإن مسؤولية الممرض تقوم كذلك إذا ثبت أنه أحدث ضررا نتيجة خطئه¹.

ثانيا: القانون الجزائري:

يتضح موقف القانون الجزائري من خلال المادة 168 فقرة 2 التي استحدثها المشرع بالقانون رقم 90-17 المؤرخ في 31 جويلية 1990 بنصها على أنه: "يجب حتما احترام المبادئ الأخلاقية والعلمية التي تحكم الممارسة الطبية، أثناء القيام بالتجريب على الإنسان في إطار البحث العلمي، يخضع التجريب للموافقة الحرة والمنيرة للشخص موضوع التجريب أو عند عدمه، لممثله الشرعي، تكون هذه الموافقة ضرورية في لكل لحظة"². فالمشرع الجزائري أباح التجارب العلمية ولكنه انفرد عن بقية التشريعات المقارنة بنصه الصريح في هذا الشأن، بضمان احترام المبادئ الأخلاقية والعلمية والموافقة المستنيرة للشخص الخاضع للتجربة.

كما ألزمت المادة 3/168³ أن يتم تبليغ المجلس الوطني لأخلاقيات للعلوم الطبية⁴ لإبداء رأيه ويذهب رأي لتفسير اعتراف تلك القوانين بشرعية التجارب غير العلاجية على الإنسان لا يقتضي مطلقا المساس بحقه في سلامة جسمه وإنما يقتضي التوفيق بين مصلحتين متعارضتين، مصلحة الشخص في حماية جسمه والمصلحة العامة من أجل تقدم العلوم للمصالح العام.

البند الثالث: العقوبة المقررة لمخالفة أحكام التجارب العلمية:

نفرق هنا بين مسؤولية الممرض عن التجارب العلاجية التي يقصد منها تحقيق الشفاء للمريض أو التخفيف من آلامه، ومسؤوليته عن التجارب العلمية التي يقصد من ورائها اكتشاف علاج جديد أو طريقة جديدة.

¹ مأمون عبد الكريم: المرجع السابق، ص 779.

² م. 2/168 من ق.ص.ج .

³ م. 3/168 من ق.ص.ج .

⁴ تم تشكيل تنظيم عمل المجلس الوطني للأخلاقيات للعلوم الطبي بموجب م.ت رقم 96-122 الصادر بتاريخ 10/04/1996 ج.ر.ع 22.

فبالنسبة للمسؤولية الطبية الناشئة عن التجارب الطبية العلاجية¹ فهي تنشأ عن عدم إتباع قواعد وأصول ممارسة الفن التجريبي لإجراء العلاج الحديث أو عن إهمال الممرض بواجب الالتزام برضا المريض.

فالنموذج الأول للمسؤولية يكون بخروج الممرض عن قواعد وأصول ممارسة الفن التجريبي المتعارف عليها في التمريض ومن ذلك استخدام طريقة حديثة لم تثبت بعد كفاءتها في التجريب ضررا بالمريض² لأن الممرض بخروجه عن حدود الإباحة يكون قد أسقط عن نفسه الحماية التي يسبغها القانون على فعله.

كما يسأل الممرض عن استخدامه لطرق حديثة رغم وجود طرق تقليدية معروفة لها نفس النتائج من أقل مخاطر على المريض، وكذلك عن عدم التزامه بواجب الحيطة³ والحذر في استخدام العلاجات الحديثة التي يفرضها قانون العقوبات الجزائي في المادتين⁴ 288 و⁵ 289 وهنا يسأل الممرض عن جريمة الإهمال وهي نفس الجريمة في حالة عدم تطبيقه لطرق العلاج الحديثة والأدوية الجدية الملائمة التي تثبت فعاليتها.

أما النموذج الآخر هو مسؤولية الممرض عن إجراء العلاج التجريبي دون رضا⁶ المريض فيكون ذلك بدون أخذ موافقة المريض ودون تبصيره⁷ وهنا يسأل الممرض جنائيا عن الخطأ العمدي⁸ لأن كل أسلوب علاج جديد أو تجريب أدوية جديدة تفرض حتما أخذ رضا المريض وتبصيره بالمخاطر طبقا لنص المادة⁹ 138/3 من قانون حماية الصحة وترقيتها السالف الذكر.

¹ محمد حسنين منصور: المرجع السابق، ص 65.

² عصام أحمد البهجي، مرجع سابق، ص.312.

³ بودالي محمد، حماية المستهلك في ق المقارن، مرجع سابق، ص.379.

⁴ م. 288 ق.ع.ج .

⁵ م. 289 ق.ع.ج .

⁶ عبد الكريم مأمون، مرجع سابق، ص.271.

⁷ محمد بودالي، الالتزام بالنصيحة في نطاق عقود الخدمات دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2005، ص.47.

⁸ محمد سامي الشوا: الخطأ الطبي أمام القضاء الجنائي، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1993، ص.44.

⁹ م.138/3 ق.ص.ج .

إن المظهر الثاني هو قيام مسؤولية الممرض عن التجارب العلمية التي تجرى على الشخص السليم دون ضرورة تمليها حالته طبقاً لما استقر عليه الفقه والقضاء كجريمة عمدية لانتفاء قصد العلاج، ولا ينفي توافر رضا من أجريت عليه التجربة، ولا إتباع الممرض للأصول العلمية في إجرائها.¹

انطلاقاً من هذا المبدأ حكم القضاء الفرنسي² على ممرض بالعقوبة في واقعة حقن طفل بفيروس مخفف لمرض الزهري لمعرفة مبلغ العدوى في هذا المرض، فأصيب ذلك الطفل به وبذلك لا يكون التجريب على الإنسان مشروعاً أبداً إذ يجب أن تسبقه تجارب على الحيوان وأن يكون القصد منه حماية الصحة وتطويرها. وهذا ما ذهب إليه المشرع في المادة 18 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "لا يجوز النظر في استعمال العلاج الجديد للمريض إلا بعد إجراء دراسات بيولوجية ملائمة، تحت رقابة صارمة أو عند التأكد من أن هذا العلاج يعود بفائدة مباشرة للمريض".³

الفرع الثاني: جريمة نقل الدم الملوث أو بيعه:

إن عمليات نقل الدم بين الأشخاص ولمصلحتهم سواء في وقت الحرب أو السلم من الأمور المستحدثة نسبياً في علم الطب، إذ أنه بعد التردد والتراجع الذي ساد في الماضي على الساحة الدولية بخصوص هذه العمليات نتيجة ارتفاع نسبة الوفيات⁴. برزت من جديد إشراقه نور في سنة 1900 عندما اكتشف العالم النمساوي "كارل لانرستاينز"⁵ وجود الزمر الدموية مما قضى على مشكلة التضاد بين الفصائل عند الحقن للدم بين الأشخاص.

وكان لهذا الاكتشاف وقعا كبيرا في الأوساط الطبية خاصة وطبول الحرب العالمية الأولى كانت تدق غير أن خاصية تخثر الدم بسرعة دون نقله إلى ميادين المعركة وهذا ما

¹مروك نصر الدين، المرجع السابق، ص.334.

²Cass.crim, 07 janv 2003, n°02-83724, bull. crim, n° 304, P. 541. Cite par: ERIC.MATHIAS, op.cit, P176.

³م.18 م.بت رقم 92-276.

⁴وائل محمود أبو الفتوح العزيمي، تنفيذي رقم 57 المسؤولية المدنية عن نقل عمليات نقل الدم، دار العربي للطباعة، بيروت 2006، ص.168.

⁵Nicolas LOUBRY, op.cit. P.174.

دفع العلماء للبحث عن حلول لذلك، حيث كللت التجارب فيما بعد باكتشاف مبرر من طرف الممرض "ريتشارد لوسن"¹ في أمريكا مادة "سيترات الصوديوم" المانعة للتخثر وهو ما مكن الكثير من الأشخاص من التبرع بدمهم خلال الحرب العالمية الثانية إذ جمعت آنذاك ملايين اللترات في أمريكا وإنجلترا ووزعت على الجرحى².

غير أن الأمر مع مرور الزمن انحرف عن مقاصد وأهداف التبرع بالدم إذ أصبح ينظر إليه كمصدر للربح والمتاجرة مما أدى بالفقهاء ورجال القانون لتنظيم إجراءات التبرع بهذا السائل الثمين وتجريم كل المعاملات المالية بشأنه.

البند الأول: مفهوم الدم

تأتي أهمية التساؤل عن مفهوم الدم فيما إذا اعتبر عضوا أم مجرد جزئية مثله مثل الجزيئات السائلة كالعرق والدموع واللعاب وعندئذ لن يتمتع بالحماية الكافية، وعلى العكس إذا اعتبر عضوا تمتع بالحماية القانونية الكاملة وهذا ما سنحاول تبيانه من خلال تعريف الدم ومكوناته في بند أول ثم نتعرض لطبيعته العضوية في بند ثاني.

أولاً: تعريف الدم ومكوناته:

يعرف الدم بأنه "السائل الأحمر الذي يملئ الشرايين والأوردة ويجري في عرق بعض الكائنات الحية منها الإنسان..."³.

كما عرفه آخرون بأنه "سائل أحمر غير شفاف وهو عبارة عن نسيج ظام يجري داخل الجسم البشري في الشرايين والأوردة ويتكون من مادة سائلة تسمى البلازما تسبح فيها مكوناته".

¹ وائل محمد أبو الفتوح العزيري: المسؤولية المدنية عن عمليات نقل الدم (دراسة مقارنة)، دار المغربي للطباعة عمان، 2006، ص.167.

² Manuel WOLF, Irène FRANÇOIS, Grégoire MOUTEL, Stamatios TZITZIS, Christian HERVE, « dans le domaine médical, la dignité est-elle un objet jurisprudentiel ? Analyse de l'arrêt de la Cour de Cassation du 9 Octobre 2001 », in : la Presse Médicale, T.32, n°13, PP.584-586.

³ مروك نصر الدين: مرجع سابق، ص 193.

إن الدم يلعب دورا كبيرا في جسم الإنسان الحي، إذ تتوقف عليه حياة الأشخاص باعتباره شريان الحياة سواء بنقل الأغذية والأكسجين للخلايا أو باستخراج الفضلات من الجسم عن طريق الكلى بالإضافة لنقله لعناصر المناعة ففي حالات كثيرة تسمع نداءات للمواطنين للتبرع بدمهم من أجل إنقاذ أشخاص سقطوا ضحايا الكوارث الطبيعية كالزلازل أو حوادث الطرق وتتوقف حياتهم على حققتهم بدماء المتبرعين.¹ كما أن إصابة أشخاص آخرين بأمراض مزمنة أو وراثية كالأنيميا الانحلالية أو افتقار آخرين لعناصر التخثر الدموي يستدعي حققتهم غالبا وعلى الدوام بدماء المتبرعين. مما تجدر الإشارة إليه أن حجم الدم يتراوح عند الشخص البالغ من 4.5 إلى 05 لترات ويتكون الدم من كريات حمراء في كل ميلتر مكعب من الدم يوجد من أربع إلى خمس ملايين كرية حمراء مدة حياتها 60 يوما²، كما يحتوي الدم على كريات بيضاء وصفائح دموية وإنزيمات وأملاح... إلخ، لا يسعنا الحديث عنها هنا إذ تتطلب الدراسة التعرض لإجراءات وشروط نقل الدم وجمعه من الناحية القانونية وقيام المسؤولية عن ذلك وهذا ما سنحاول الإجابة عنها في بندين، نتعرض في البند الأول للتنظيم القانوني لعمليات نقل الدم وجمعه وأسس إباحته ثم في البند الثاني لقيان مسؤولية الممرض عند مخالفة الإجراءات المنظمةة لهذا الغرض والجزاء المترتب عن ذلك.

ثانيا: الطبيعة القانونية والعضوية للدم:

إن الدم هو نسيج ضام يتكون من خلايا ومادة حشوية تسمى البلازما وسبق أن تعرضنا لمفهوم الأعضاء في الفصل الأول وتبين لنا أن العضو لا يقتصر على الجامد بل السائل أيضا كالمني والهرمونات... إلخ، ذلك أن مفهوم العضو في القانون أوسع منه في مفهوم الطب ومثال ذلك أن القانون اعتبر قرنية العين بمثابة عضو كما جاء في المادة 164³ الفقرة الثالثة من قانون 17/90 المعدل والمتمم للقانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها رغم كونها في المفهوم الطبي جزء من العضو الذي هو العين، وعليه اعتبر الدم

¹ محمد جلال حسن الاتروشي، المسؤولية المدنية عن نقل الدم (دراسة مقارنة)، ط1، دار الحمد للنشر والتوزيع، عمان 2008، ص.83.

² محمد رواس القلعي، الموسوعة الفقهية الميسرة، مجلد2، دار النفائس، ط2، بيروت، 2005.

³ م.3/164 من ق.ص.ج .

عضوا بحكم بنيته العضوية وبحكم وظيفته الكبرى من الناحية القانونية رغم خاصيته بالتجدد والاستبدال وأسبغ بذلك عليه المشرع حماية قانونية.

البند الثاني: التنظيم القانوني لعملية نقل الدم وجمعه:

أباحث الشريعة الإسلامية¹ من قبل التبرع بالدم وجواز نقله بين الأشخاص لأجل العلاج تأسيسا على قاعدة حفظ الكليات الخمس في الدين بل أكثر من ذلك اعتبرت التبرع بالدم يدخل في باب الصدقات، وجاء العلم ليؤكد على هذا إذ أثبتت الأبحاث أن كمية الدم المتبرع به بين 350 و 400² ملل هي ما يعادل 2.5% من مجموع احتياطي خلايا الدم الكلي أي بمعنى 1/4³ عشر وهو ما يقابله نصيب الزكاة المفروضة في الشريعة الإسلامية وفي حالة ما إذا لم يتبرع الشخص بهذا النصيب الاحتياطي يتلف هذا الأخير خلال شهرين ليستبدل بغيره وتلك حكمة الخالق. ولقد نظم القانون الجزائري إجراءات التبرع بالدم ونقله كباقي التشريعات في هذا الشأن بشروط نصت عليها أحكام ولوائح تنظيمية⁴.

أولا: التنظيم الوارد من خلال قانون 05/85:

لقد بين المشرع الجزائري صراحة في المادة 158 من قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85 المعدل والمتمم على أنه: "تتم في الوحدات الصحية المتخصصة عمليات التبرع بالدم لأغراض علاجية وتحضير مصل الدم (البلازما) ومشتقاته والمحافظة على ذلك ويتولى الأطباء أو المستخدمون الموضوعين تحت مسؤوليتهم جمع الدم وتحصين المتبرعين الفعال وتحليل مصل الدم (البلازما) وكذلك العلاج بواسطة الدم ومصله ومشتقاته يمنع القيام بجمع الدم من القصد أو الراشدين المحرومين من قدرة التمييز أو لأغراض استغلالية"⁵.

¹حسن بن مقصود حسن داود، مدى مشروعية الاستشفاء الدم البشري وأثر التصرف فيه، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 1999، ص.87.

²[http://fr.wikipedia.org/wiki/laboratoire de biologie médicale](http://fr.wikipedia.org/wiki/laboratoire_de_biologie_m%C3%A9dicale) le 17/07/2014 17.10PM.

³ابن القيم الحوزية، مرجع سابق، ص.531.

⁴المرسوم 141/76 المؤرخ في 1976/10/23 المتضمن تنظيم ممارسة مختبر التحاليل الطبية ح.ر.ع في 1977/01/02 ص.15-16.

⁵م.158 ق.ص.ج.

يتضح من هذه المادة أن المشرع الجزائري أتاح نقل الدم عن طريق التبرع في وحدات متخصصة لهذا الغرض كمراكز حقن الدم أو وحدات حقن الدم، إذ لا يمكن لأي شخص طبيعى أو معنوي أن ينشئ مراكز للتبرع بالدم دون الترخيص له بذلك قانونا من طرف السلطات الوصية والمعنية كما خص بهذه المهمة الأطباء والمستخدمون العاملون في مراكز متخصصة لوحدهم دون سواهم كما يفهم من هذه المادة.

ولا يجوز التصرف في الدم بالبيع أو بالشراء وبمعنى آخر منع بيع الدم وجعل الهدف من جمعه بالتبرع ونقله لأغراض علاجية فقط وهذا عكس ما ذهب إليه المشرع المصري بإباحته لبيع الدم بمقابل¹، كما ألقى بمسؤولية جمع الدم على عاتق الأطباء والمستخدمين وهذا دلالة على خطر هذه العملية سواء على الأشخاص المتبرعين أو نقاوة الدم وخلوه من الأمراض .

إذ هناك من الأشخاص الذين لا تسمح لهم بنيتهم الصحية بالتبرع بل هم في حاجة لهذا الدم كما يمنع الجمع للدم من أشخاص غير مميزين كالقصر وعديمي الإرادة دف إلى ذلك أن عملية نقل الدم في حد ذاتها تتطلب إجراءات وقائية كالأدوات والأجهزة المعقمة وتقديم وجبة للمتبرع بعد الانتهاء من العملية ومراقبة حالته الصحية على سرير لمدة لا تقل عن نصف ساعة².

كما ينبغي أن تحدد فصيلة الدم وتكتب على الكيس الذي جمع فيه الدم والخالي من الأمراض المعدية وتحفظ بعد ذلك الأكياس لمدة لا تتجاوز 35 يوما في درجة حرارة من 04 إلى 08 درجات مئوية، وعدم مراعاة هذه الإجراءات يقيم المسؤولية الجنائية للممرض بالإضافة إلى مسؤولية المرافق المختصة لذلك على أساس الخطأ أو على أساس المخاطر³ وهذا ليس موضوعنا.

¹ هيثم حامد المصاورة، المرجع السابق، ص 30.

² حسن بن مقصود حسن داود، مرجع سابق، ص 91.

³ وائل محمود أبو الفتوح العزيري: المرجع السابق، ص 760.

كما أضاف المشرع الجزائري في المادة 159¹ على وجوب تسجيل فصيلة الدم على بطاقة التعريف الوطنية أو رخصة السياقة وهذا لتسهيل عمليات الحقن بالدم المناسب في حالة الحوادث المرورية خاصة في حالة فقدان الوعي للمصاب أو للمريض.

ثانيا: التنظيم الوارد في اللوائح التنظيمية:

بعد صدور قانون 05/85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها نتيجة قصور هذا الأخير في تنظيم هذه الإجراءات صدرت عدة مراسم تنفيذية وقرارات وزارية لتنظم عمليات التبرع بالدم ونقله وكانت أكثر تفصيلا لهذه العمليات من أجل بسط أكبر حماية قانونية على المتبرعين من جهة ووقاية المتلقين للدم من الأمراض المتنقلة من جهة أخرى كما جاء في القرار² 220 بتاريخ: 1991/09/07 المحدد لإجبارية الكشف عن الأمراض المعدية كالالتهاب الكبدي والسيفيليس والسيدا فإذا ما اكتشف في دم المتبرع هذه الأمراض يحرق كيس الدم المتبرع به ونظرا لتزايد المتبرعين تزامنا مع ارتفاع عدد المرضى وتقدم العلوم مقارنة بالماضي أنشأ المشروع الوكالة الوطنية للدم³ للتكفل الأحسن بهذه المسألة، وجاء القرار المؤرخ في: 1998/05/24 ليكون أكثر توضيحا في تنظيم هذه الإجراءات بتأكيد في المادة الثانية منه على أن التبرع بالدم يكون دون مقابل ودون إلحاق ضرر بالمتبرع كما يستلزم السرية وحدد سن التبرع من 18 إلى 65 سنة على أن لا تتجاوز الكمية المتبرع بها 500 ملل في المرة الواحدة مسبوقة بفحص طبي شامل وكشف إجباري للأمراض المتنقلة ويكون التبرع طواعية في كل 03 أشهر⁴.

أما فيما يخص العيادات الخاصة⁵ التي لا تمتلك حق إنشاء مراكز للتبرع أجاز لها أن تطلب أكياس الدم التي تحتاجها من المراكز التابعة للدولة بعد إمضاء اتفاقيتين مع هذه

¹م.159 من ق.ص.ج .

²القرار الوزاري الصادر بتاريخ 1991/09/07 المحدد لإجبارية الكشف عن الأمراض العدية ح ر ع 17 1991.

³مرسوم تنفيذي رقم: 108/95 المؤرخ في 1995/04/09، المتضمن إنشاء الوكالة الوطنية للدم وتنظيمها وعملها، الجريدة الرسمية، عدد 21، بتاريخ: 1995/09/19.

⁴قرار وزاري مؤرخ في: 1998/05/24، المحدد للقواعد المنظمة للتبرع بالدم.

⁵م. 113 من م.ت رقم 69-02 مؤرخ في 2002/02/06 يعدل ويتم المرسوم رقم 88-204 المتعلق بتحديد شروط إنجاز العيادات الخاصة فتحها وعملها.

المراكز تكون الاتفاقية الأولى خاصة بحرق الدم والنفائات¹. أما الثانية فتتعهد بموجبها أن تدفع مبلغ رمزي قدر بـ 2000 دج مقابل كل كيس دم سعته من 350 إلى 400 ملل²، وهي تكاليف شراء الكيس ومعاينة الدم لخلوه من الأمراض وحقوق الحفظ، إذ لا يفهم منها أبدا أنها عملية شراء.

البند الثالث: عقوبة مخالفة القواعد والأنظمة المتعلقة بنقل الدم وجمعه:

إن نقل الدم بين الأشخاص من الأمور المستحدثة التي بدأت تنتشر في القرن العشرين³ ومنذ ظهوره استخدم على نطاق واسع، ورغم أهميته في إنقاذ العدد من الأشخاص من الموت المحقق إلا أنه وجد تباين في الآراء حول التصرف فيه بالتبرع أما التصرف فيه بالبيع فالإجماع قائم من جانب الفقهاء⁴ على عدم جوازه، غير أن ما يهمنا هو موقف القانون من ذلك والجزاءات المقررة في حالة البيع وفي هذا الصدد نظم المشرع الجزائري إجراءات وشروط التبرع بالدم كما سبق القول أن تعرضنا لموقف القانون الجزائري للتبرع بالدم والإجراءات والشروط الملازمة له منها:

- ألا يكون المتبرع قاصرا أو راشدا محروما من قدرة التمييز وهذا طبعا لمنع استغلال هؤلاء الأشخاص وتعريضهم للخطر بسبب ما يحتاجون إليه من دم أكثر من غيرهم لزيادة نموهم.⁵
- أن لا يكون المتبرع بالدم مصابا بالأمراض كالالتهاب الكبدي، أو الايدز أو الملاريا..
- أن يكون مصابا بالصرع أو أمراض التخثر.⁶
- أن لا تكون المرأة حاملا أثناء تبرعها.⁷

¹ م. 67 من م.ت رقم 258-09 مؤرخ في 20 شعبان عام 1430 الموافق لـ 11 غشت سنة 2009 يتعلق بالوكالة الوطنية للدم، ج ر 46، ع 47، 2009.
² م. 68 من م.ت رقم 258/09 .
³ وائل محمود أبو الفتوح، مرجع سابق، ص. 211.
⁴ أحمد عبد الدائم، مرجع سابق، ص. 217.
⁵ م. 97 من م.ت 108/95 .
⁶ م. 2/97 من م.ت 108/95 .
⁷ م. 3/97 من م.ت 108/95 .

اتضح لنا أن المشرع أباح التبرع بالدم وتجاوز بذلك الجدل الدائر حول مسألة المنع والإباحة وجعل الهدف من التبرع وجمع الدم لغاية واحدة وهي غرض العلاج وبمفهوم المخالفة إذا انتفى الهدف العلاجي من ذلك كأن يكون لغرض المتاجرة قامت مسؤولية الممرض أو المستخدم عند جمع الدم وهذا ما نصت عليه المادة 263 المعدلة بموجب المادة 27 من القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها رقم 13/08 المؤرخ في 2008/07/20 "يعاقب بالحبس من سنة (01) إلى ثلاث سنوات (03) وبغرامة مالية من 500.000 دج إلى 1000.000 دج، كل من يتاجر بالدم البشري أو مصله أو مشتقاته قصد الربح"¹.

أن النص هنا جاء صريحا ومشددا على كل من تسول له نفسه أن يستغل المراكز المخصصة للتبرع بالدم وبنوك الدم في الشراء أو البيع من أجل المتاجرة بهذا الدم أو القيام بتشجيع المتبرعين ومكافئتهم ثم إعادة البيع للدم أو القيام باستخلاص بعض المشتقات كالعوامل المخثرة للدم ثم إعادة بيعها بأثمان عالية للذين هم في حاجة إليها.

كما تقوم مسؤولية كل ممرض أو مستخدم حسب القواعد العامة للمسؤولية عن كل إهمال أو تقصير صدر منه عند عدم أخذ الحيطة والحذر وعدم مراعاة القوانين والأنظمة المتعلقة بسلامة الأشخاص المتبرعين وحفظ الدم ونقله إلى متلقين له غير ملوث بأمراض معدية وحسب الفصيلة الملائمة² لهم إذ من الطبيعي أن تسبق عمليات نقل الدم فحوص معينة للتأكد من سلامة المتبرع وخلوه من الأمراض.

الفرع الثالث: جريمة نزع الأعضاء والاتجار بها

من المعلوم أنه قد نجم عن التطورات العلمية الهائلة في القرن الماضي نتائج وإفرازات عدة مختلفة النطاق ومتنوعة الأهداف والغايات، بحيث بدا أن هذه التطورات شملت كل

¹م. 27 قانون رقم: 13/08 بتاريخ 2008/07/20 المعدل والمتمم للقانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المؤرخ في: 2008/07/20، الجريدة الرسمية، العدد 44، بتاريخ: 2008/08/03.
²أمين مصطفى محمد: الحماية الجنائية للدم من عدوى الإيدز والالتهاب الكبدي الوبائي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 1999، ص 26.

مناحي الحياة خاصة منها المتعلقة بجسم الإنسان ومكوناته كزراعة الأعضاء البشرية مما استوجب تنظيم هذه الممارسات وتوسيع دائرة المشاورات بين الممرض ورجل القانون.

في هذا الصدد تعد عمليات زرع الأعضاء البشرية كما تطرق إليها المشرع الجزائري في نصوص قانون حماية الصحة وترقيتها¹، في المواد من 161 إلى 168 من المستجدات العلمية الحديثة بحيث تناولها القانون الجديد للعقوبات ورتب على مخالفة أحكامها جزاءات جد قاسية لتلقها بحرمة الجسد وهذا في القانون رقم: 01/09² المؤرخ في: 2009/02/25 وهذا ما سنحاول توضيحه لاحقا في ثلاثة بنود.

البند الأول: تعريف نقل وزراعة الأعضاء البشرية:

لم يشهد عصرنا الحالي قضية علاجية لها صلة وطيدة الشرعي والأخلاقي جدلا واسعا مثلما عرفته قضية زرع الأعضاء البشرية والأمر الذي زاد من حدة الجدل والنقاش هو عدم الاتفاق والإجماع على مشروعية هذا الإجراء، فمن الفقه³ من أيد ذلك ومنه من عارض هذا المساس الذي يطال حرمة الجسم وقديسيته ولكل من الفريقين حججه.

ولكي يتسنى لنا الغوص في هذه المسألة يستلزم منا التعرض لتعريف نقل وزراعة الأعضاء، فمن الناحية الطبية يقصد بنقل الأعضاء نقل عضو سليم أو أنسجة من شخص متبرع حيا أو ميتا ليزرع في جسم شخص آخر يسمى مستقبلا ليقوم هذا العضو المزروع مقام العضو التالف⁴ فالمستقبل هو من يتلقى العضو السليم من المتبرع به.

البند الثاني: أحكام نقل وزرع الأعضاء:

إن عملية نقل وزراعة الأعضاء لم تلق القبول والاستحسان المتوقع لأنها وإن كانت انتصارا علميا حلم بها الأطباء إلا أنها تصطدم بحرمة الجسم البشري حتى أن بعض الفقه

¹م. 161 وما يليها منق. ص. ج .

²م. 17 وما يليها قانون رقم: 01/09 المؤرخ في: 2009/02/25، المتعلق بالاتجار بالأعضاء، يعدل ويتم الأمر

156/166، المتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية، عدد 15، بتاريخ: 2009/03/08.

³محمد نجيب عوضين الغربي، حكم نقل الأعضاء السرية بين الأحياء في الفقه الإسلامي، دار النهضة العربية، القاهرة،

ب.ت.ط، ص. 174.

⁴مروك نصر الدين: مرجع سابق، ص 103.

أبدى معارضة شديدة لهذه العملية بوصفها خرقاً للمبادئ وما يترتب عنها من مخاطر على الإنسان لاسيما الشخص المتبرع¹ صف إلى هذا أن انتزاع الأعضاء يمتد إلى الأموات هذا ما يفتح الباب على مصراعيه لفكرة منفعة الموت بتقصير وقت الرحيل للمرضى الميئوس من شفائهم الموجودين في غيبوبة والموضوعين تحت أجهزة الإنعاش الاصطناعي من أجل الاستفادة من أعضائهم²، بل يمتد الأمر لما يسمى بالقتل الرحيم وعلى هذا الأساس نتناول أحكام نزع وزرع الأعضاء بحسب مصدرها بين الأحياء ثم من جثث الموتى.

أولاً: نقل وزرع الأعضاء بين الأحياء:

تجدر الإشارة بادئ ذي بدء في مسألة نقل وزرع الأعضاء بين الأحياء أن القضية أقل شدة للانتباه وأقل تعقيداً مما عليه في حالة الانتزاع من الجثث أو من المحتضرين، ولقد نظم المشرع الجزائي هذه الأعمال مثل باقي القوانين الأخرى إذ كلها بينت الأغراض والأهداف المرجوة منها ثم بين شروطها وقبورها³.

1- شرط غرض العلاج أو التشخيص:

جاء في المادة 161 من قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85 المعدل والمتمم على أنه: "لا يجوز انتزاع أعضاء الإنسان ولا زرع الأنسجة أو الأجهزة البشرية إلا لأغراض علاجية أو تشخيصية حسب الشروط المنصوص عليها من هذا القانون ولا يجوز أن يكون انتزاع الأعضاء أو الأنسجة البشرية ولا زرعها موضوع معاملة مالية"⁴. وأضافاً المادة 35 من مدونة أخلاقيات الطب⁵ لتؤكد على أن عملية النقل والزرع للأعضاء لا تكون إلا حسب ما تقتضيه أحكام القانون ونستشف من هذا أن الهدف الأول من وراء هذه العملية هي بالأساس لأغراض العلاج كونه الوسيلة الوحيدة بعد فشل الطرق العادية لمن هم في

¹ هيثم حامد المصاورة: المرجع سابق، ص 45

²G. Frey J.R D. Diebolt, A. Launoy, éthique et transplantation d'organe, édition ELLIPSES, Paris, France, 2003, P.214.

³م. 164 من ق.ص.ج .

⁴م. 161 من ق.ص.ج .

⁵م. 35 من م.ت.رقم 276-92 .

حاجة إليه¹ أو لأعراض تشخيصية عندما يتطلب الأمر نزع أنسجة وتحليلها لمعرفة المرض.

2- شرط عدم تعريض المتبرع للخطر:

اشتراط المشرع أن لا يشكل نزع العضة خطرا على المتبرع به وهذا ما أوضحتها المادة 162 من قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها السالفة الذكر بقولها: "لا يجوز انتزاع الأنسجة... من الأحياء إلا إذا لم تعرض هذه العملية حياة المتبرع للخطر...".

3- شرط أن يكون النقل والزرع تبرعا دون مقابل:

لا يمكن لجسم الإنسان أن يكون محلا للمعاملات المالية فالقيم الإنسانية تسمو على ذلك²، ومن غير المقبول أخلاقيا أن نعالج شخص وننقذه بأعضاء شخص آخر نسبب له إعاقة أو وفاة مهما علا شأن الأول على حساب شخص آخر³ فالناس سواسية أمام القانون غنيهم كفقيرهم وهذا هو علة منع التعامل في الأعضاء الأدمية بالمال أو بمقابل.

4- شرط رضا المتبرع:

استقرت جميع التشريعات المنظمة لعملية نقل وزرع الأعضاء على أن رضا المتبرع وخصائصه مسألتين رئيسيتين ويجب أن يستمر هذا الرضا إلى لحظة الاستئصال⁴، إذ نظرا لخطورة هذا التصرف الذي يقدم عليه المتبرع اشتراط المشرع إبداء موافقته كتابة على أن ذلك لا يحول دون إمكانية تراجعها في أي وقت شاء كما أن الرضا يكون أمام شاهدي عدل وتقدم الوثيقة إلى مدير المؤسسة والممرض رئيس القسم وتبصير المتبرع، وإعلامه بكل الاحتمالات والمخاطر الممكن أن تترتب على عملية الاستئصال حالا ومستقبلا وهذا ما نصت عليه المادة 162 في فقرتها الأخيرة من قانون 05/85 بقولها: "... وتشتراط الموافقة الكتابية على التبرع بأحد أعضائه، وتحرر هذه الموافقة بحضور شاهدين اثنين وتودع لدى

¹ أسامة عبد السميع السيد: نقل وزرع الأعضاء البشرية بين الخطر والإباحة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2006، ص 34.

² م. 162 من ق.ص.ج.

³ أحمد شوقي عمر أبو خطوة: المرجع السابق، ص 82.

⁴ مهند صلاح أحمد فتحي العزة: الحماية الجنائية للجسم البشري في ظل الاتجاهات الطبية الحديثة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2002، ص 132.

مدير المؤسسة والممرض رئيس المصلحة¹. غير أن قانون 05/85 لم يبين السن القانونية أو الأهلية المطلوبة في المتبرع وإنما منع في مادته 163² انتزاع الأعضاء من القصر والمحرومين من التمييز وعليه يمكن الرجوع للقواعد العامة للأهلية المنصوص عليها في المادة 40 من القانون المدني³.

5- رضا المتلقي:

حضي المتلقي لزراعة العضو هو الآخر بحماية قانونية مشترطة موافقته بحضور الممرض رئيس المصلحة وشاهدين نظرا للمضاعفات المحتملة بعد عملية الزرع كالمقاومة التي يبديها جسم المتلقي برفض هذا العضو الدخيل عليه مما يضطر الأطباء لوضعه تحت أدوية تهاجم خلاياه المناعية ومنعها من رفض العضو الجديد وهو ما أشارت إليه المادة 166⁴ من قانون 05/85 غير أنه في حالات طارئة.

أوردت هاته المادة استثناء بجواز القيام بالزرع للمستقبل دون الموافقة المذكورة وهذا إذا تعذر الاتصال بالأسرة أو بالممثلين الشرعيين للمعنى الغير قادر عن التعبير عن إرادته أو إذا كان هناك خطر على حياته مع كل تأخير في الزرع⁵.

ثانيا: نقل وزرع الأعضاء البشرية من الموتى إلى الأحياء:

إذا كانت الموافقة الصريحة ضرورية لشرعية المساس بجسم المتبرع وهو على قيد الحياة فإنها ضرورية كذلك للاقتطاع من حثته بعد مماته⁶ وقد أفتى العلماء بجواز الاقتطاع في هذا الشأن لكن يثور التساؤل عند الاختلاف في الديانة فمن الفقهاء من أجاز هذه العملية بين المسلمين وحرّمها إذا كان أحد الطرفين كافر وإن كان فريق من الفقهاء المحدثين أجاز

¹ م. 162 من ق.ص.ج.

² م. 163 من ق.ص.ج.

³ م. 40 ق.م.

⁴ م. 166 من ق.ص.ج.

⁵ مروك نصر الدين، مرجع سابق، ص، 112.

⁶ مأمون عبد الكريم: رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية (دراسة مقارنة)، مرجع سابق ص 608.

نقل الدم والأعضاء بين المسلم وغيره وفي هذا الصدد فإن موضوع النقل من جثة الميت إلى الحي مبني بالأساس على معيار بدء الوفاة¹.

إذ أن المقصود بالموت هنا هو الموت الحقيقي لا الظاهري الذي لا رجعة فيه وخروج الروح من الشخص الموضوع تحت العناية الطبية والذي لا سبيل له في الحياة مجددا غير أن أجهزة الإنعاش هي التي تبقى فيه الحياة البيولوجية للأنسجة لكي يستفاد من نقلها وهذا بعد الإثبات الشرعي للوفاة وبالرجوع للقانون الجزائري نجده أباح هذه العملية طبقا لنص المادة 164 من قانون 05/85 المعدلة والمتممة بالمادة الأولى من قانون 17/90² المعدل والمتمم للقانون 05/85. حيث أجازت هذه المادة صراحة نزع الأعضاء من الموتى لغرض زرعها ولكن بشروط وهي:

الإثبات الشرعي للوفاة ويكون من طرف لجنة طبية منشأة لهذا الغرض حسب المادة 167 من قانون 05/85 السالف الذكر.³

- 1- عدم جواز إجراء استئصال للأعضاء من المتوفين إذا كان ذلك يعيق التشريح.⁴
- 2- حدد المشرع أماكن خاصة وعددها 05 مستشفيات في الجزائر يمكن أن يتم فيها زرع للأعضاء الأدمية بقرار من وزير الصحة.⁵
- 3- ترسيخ ضمانات من المشرع لحياضية الأطراف المشاركة في عملية زرع الأعضاء ونقلها بحيث منع الأطباء الذين عاينوا الوفاة وأثبتوها أن يكونوا من بين الأطباء الذين يقومون بعملية الزرع.⁶
- 4- عدم جواز إعلان اسم المتبرع للمتلقي ولا لأسرته وكذا هوية هذا الأخير لعائلة المتبرع.⁷

¹ أسامة السيد عبد السميع، مرجع السابق، ص 109.

² م. 164 من ق. ص. ج.

³ م. 1/164 من ق. ص. ج.

⁴ م. 2/164 من ق. ص. ج.

⁵ م. 3/164 من ق. ص. ج.

⁶ م. 4/164 من ق. ص. ج.

⁷ م. 5/164 من ق. ص. ج.

5- رضا المتبرع قبل وفاته أي موافقة المتبرع قبل موته بالتبرع بعضو أو مجموعة من الأعضاء في شكل وصية تنشأ بالإرادة المنفردة بحيث تتجه إرادة الموصي إلى إنشاء التزام فتكون الوصية تصرفاً أحادياً¹ أما إذا لم يبدي في حياته رغبته في ذلك فيطلب الإذن والموافقة من أعضاء أسرته حسب الترتيب المنصوص عليه الأب، الأم، الزوج أو الزوجة...²

غير أن المشرع أورد استثناء في حالة انتزاع القرنية للعين أو الكلية من المتوفي الذي لم يبدي موافقته ولا اعتراضه في حياته وكان من المتعذر الاتصال بأسرته أو خشية من تلف هذه الأعضاء عند المماثلة وطول الانتظار من جهة، ومن جهة أخرى تجنب توجيه المرضى للعلاج في الخارج إن هذا الاستثناء جائز حسب المادة 164/ف4 المعدلة من قانون 17/90، ثم أضافت المادة 165/ف1 من نفس القانون أنه لا يجوز انتزاع الأعضاء من الجثة مهما كان الأمر إذا عارض الشخص المتوفي ذلك كتابياً أثناء حياته أو إذا كان الانتزاع للعضو يعيق عملية التشريح الطبي.

مما نستشفه من هذه النصوص إن موافقة الشخص في حياته بالتبرع بأعضائه تكون بأي شكل كان كتابة أو شفافية أو وصية... الخ، حسب نص المادة 164 السالفة الذكر:

"... يجوز الانتزاع إذا عبر المتوفي أثناء حياته على قبوله".

غير أن الرفض بالتبرع بالأعضاء لا يعتد به إلا إذا كان كتابة وهذا قليل الحدوث في الواقع وهي الغاية المرجوة من المشرع في إمكانية الاستفادة من الأعضاء للمصلحة العامة يضاف إلى هذا أن المشرع بين أن الرفض الكتابي لنزع الأعضاء الصادر من شخص ما لا يلزم إلا قضية الزرع³، فإذا كان نزع العضو من الشخص لغرض علمي أو غرض آخر غير غير الزرع فهو جائز قانوناً حتى ولو كان الشخص رافضاً كتابياً وهذا ما يفهم من نص

¹سميرة عايد ديات، عمليات نقل وزرع القانون والشرع، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، بيروت، 2004، ص 277.

²م. 164/ف6 ق.ص. ج .

³مأمون عبد الكريم: رضا المريض عن الأعمال الطبية. المرجع السابق، ص 643.

المادة 165¹ السالفة الذكر، وأكدت على هذا المادة 168 من قانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بقولها: "يمكن إجراء تشريح الجثث في الهياكل الاستشفائية بناء على ما يأتي:

- طلب من السلطة العمومية ...²

- طلب من الممرض المختص قصد هدف علمي ..."³

وأضافت المادة 168 المعدلة من قانون 17/90 بالتوصية على إنشاء مجلس وطني⁴ لأخلاقيات العلوم الطبية يتكفل بالزرع والقيام بالتجارب.

البند الثالث: عقوبة مخالفة أحكام نقل وزرع الأعضاء والاتجار بها:

إن المعطي ليس أداة يستعملها الممرض أو من يشاركه في العمل كيفما يشاء، وكذلك المتلقي فكل منهما يعد إنسان حر له حق في سلامة جسمه وهو من الحقوق اللصيقة بالشخصية والمتعلقة بالنظام العام فلا يجوز للممرض المساس بالتكامل الجسدي لكل أحد منهما بغير رضاه هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يجب أن لا يعتد بهذا الرضا إذا كان هناك مساس بالتكامل الجسدي، مع انتقاص من مقدرته الوظيفية⁵ يضاف إلى ذلك أن هذا التنازل يجب إلا يقترن بمقابل مادي، ويعد هذين الشرطين من أبرز الضوابط والقيود القانونية لعمليات نقل وزرع الأعضاء إضافة إلى ضوابط وقيود أخرى تعرضنا لها سابقا ومخالفتها تقيم المسؤولية الجزائية للمرضى المنصوص عليها في المواد من 303 مكرر 16 إلى 303 مكرر 29 المتعلقة بنقل وزرع الأعضاء.

هذا بالإضافة إلى المسؤولية الجزائية عن الأخطار المهنية السابق ذكرها في الفصل الأول، وعليه نصت المادة 303 مكرر 16 من قانون 01/09 المتعلق بالاتجار بالأعضاء

¹م.165 من ق.ص.ج .

²م.1/168 من ق.ص.ج .

³م.2/168 ق.ص.ج .

⁴مرسوم تنفيذي رقم: 122/96، مؤرخ في: 1996/04/06، يتضمن تشكيل المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمه وعمله، الجريدة الرسمية، عدد 22، بتاريخ: 1996/04/10.

⁵أحمد شوقي عمر أبو خطوة: القانون الجنائي والطب الحديث، مرجع سابق ص 68.

المؤرخ في: 2009/02/25، المعدل والمتمم للأمر 156/66 المتضمن قانون العقوبات¹، بقولها:

"يعاقب بالحبس من ثلاث (03) سنوات إلى عشر (10) سنوات وبغرامة من 300.000 دج إلى 1.000.000 دج كل من يحصل من شخص على عضو من أعضائه مقابل منفعة مالية أو أي منفعة أخرى مهما كانت طبيعتها، وتطبق نفس العقوبة على كل من يتوسط قصد تشجيع أو تسهيل الحصول على عضو من جسم شخص".²

يستشف من هذا النص أنه جاء عاما وشاملا للأطباء أو غيرهم سواء للانتفاع بهذا العضو من قبل الشخص نفسه كالشخص الذي يدفع مبالغ لشراء كلية أو قرنية عين لنفسه أو يعد المتبرع بمقابل ما أو بامتياز... إلخ. كما تسري نفس العقوبة على من يقوم بالسمسرة في الأعضاء البشرية بتقريب وجهات النظر بين المتبرع والمتلقي مقابل عمولة أو بدونها.

غير أن فيما يخص الأطباء فقد جاءت المواد 303 مكرر 17 إلى 303³ مكرر 20 أكثر وضوحا للعقوبة المترتبة على مخالفة الأحكام المتعلقة بنزع وزرع الأعضاء من النص على ظروف التشديد سواء اكتمل النشاط الإجرامي أو لم يكتمل أي في حالة الشروع حيث نصت المادة 303 مكرر 17 على أنه: "يعاقب بالحبس من خمس (05) سنوات إلى عشر (10) سنوات وبغرامة من 500.000 دج إلى 1.000.000⁴ دج، كل من ينتزع عضو من شخص على قيد الحياة دون الحصول على الموافقة وفقا للشروط المنصوص عليها في التشريع الساري المفعول، وتطبق نفس العقوبة إذا تم انتزاع عضو من شخص ميت دون مراعاة التشريع الساري المفعول"⁵. وهذه دلالة واضحة عن الأعمال الإجرامية التي يمكن أن يقع فيها الأطباء بانتزاع أعضاء من أشخاص أحياء أو أموات دون أخذ الموافقة الصريحة

¹م. 303 مكرر 16 قانون 01/09.

م. 303 مكرر 29 قانون 01/09.

²م. 303 مكرر 1/16 من ق. 01/09.

³م. 303 مكرر 1/20 من ق. 01/09.

⁴م. 303 مكرر 1/17 من ق. 01/09.

⁵م. 303 مكرر 2/17 من ق. 01/09.

بعد الإعلام¹ المتبصر من المتبرعين أنفسهم أو ذويهم حسب ما هو منصوص عليه في التشريع.

أما فيما يخص مساعدة ومشاركة الممرض باعتباره شريكا² في انتزاع الممرض لأنسجة أو لخلايا بمقابل مالي يعاقب من سنة (01) إلى خمس (05) سنوات حسب ما جاءت به المادة 303³ مكرر 18 وعلّة ذلك أن النسيج هو مجموعة من الخلايا لا يكون في مستوى العضو الذي يؤدي دور وظيفي كبير وبالتالي عقوبة انتزاعه أشد من عقوبة انتزاع النسيج إذ أن فقدان العضو هو فقدان لوظيفة قد يؤدي إلى عاهة مستديمة أو إلى الوفاة وانتزاع الأنسجة عادة يكون في الجراحة التجميلية الترقيعية أو عند انتزاع جزء من عظم الفخذ المسطح لزرعه لشخص آخر مصاب بسرطان الدم أي عند الأشخاص الذين يعانون من سرطان النخاع العظمي مكان خلق الكريات الحمراء فعند زراعة لهم جزء من هذا العظم المسطح الذي يحتوي على نخاع عظمي يبدأ نشاطه بخلق الكريات الحمراء وتحفيز النخاع العظمي المريض لكي يستعيد عافيته ويقوم بدوره هو الآخر.

كما نصادف حالات لزرع الأنسجة في عملية التلقيح الاصطناعي عندما تفصل وتنزع بويضة أنثوية من رحم الأم سليمة لتلقيح ويعاد زرعها في رحم امرأة أخرى سليمة⁴، كما يخضع للعقوبة نفسها المتعلقة بنزع الأنسجة بمقابل وجمعها المنصوص عليها في المادة 303 مكرر 17، الممرض الذي يقوم بمساعدة ممرض بانتزاع أنسجة أو خلايا دون موافقة المتبرع أكان على قيد الحياة أو جثة هامة أو في حالة الممرض الذي يستغل وظيفته⁵ للتأثير للتأثير على المرضى ومساعدة الممرض للنصب عليهم كالقصر وجلبهم إلى مكان عمله

¹ تيزي عبد القادر، الالتزام بالإعلام في عقد العلاج الطبي، مذكرة ماجستير كلية الحقوق بجامعة جيلالي اليابس، 2005-2006، ص.137.

² محمد صبحي نجم، شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم الخاص، ديوان المطبوعات، الجزائر، ص.197.

³ م.303 مكرر 18 من ق.01-09.

⁴ عبد العزيز محمد محسن، مرجع سابق، ص.274.

⁵ محمد حماد مرهج الهيتي، مرجع سابق، ص.331.

ويقوم بانتزاع منهم أنسجة وخلايا كما هو منصوص عليه في المادتين 303¹ مكرر 18، 303² مكرر 19 بمقابل أو بدون موافقة.

فالمشرع شدد له العقوبة بنص المادة 303 مكرر 20 بقولها: "يعاقب على الجرائم المنصوص عليها في المادتين 303 مكرر 18 و 303 مكرر 19 بالحبس من خمس (05) سنوات إلى خمس عشر (15) سنة وبغرامة من 500.000 دج إلى 1.500.000 دج إذا ارتكبت الجريمة مع توافر أحد الظروف الآتية:³

- إذا كانت الضحية قاصرا أو شخصا مصاب بإعاقة ذهنية.⁴
- إذا سهلت وظيفة الفاعل أو مهنته ارتكاب الجريمة...".⁵

أما في حالة انتزاع الأعضاء كما نصت عليه المواد 303 مكرر 16، و303 مكرر 17 مع توافر ظرف من الظروف السابقة للإيقاع بالمرضى بسبب وظيفة⁶ الجاني أو مهنته كمرض أو كون المريض قاصرا أو معاقا ذهنيا فالتشديد أكبر من السابق وتكون مدة الحبس من عشر (10) سنوات إلى عشرين (20) سنة كما أن الممرض الجاني لا يستفيد من الظروف المخففة في قانون العقوبات المنصوص عليها في المادة 53⁷ حسب المادة 303⁸ مكرر 21 بل أكثر من ذلك تطبق عليه وجوبا عقوبة أو أكثر من العقوبات المنصوص عليها في المادة 09⁹ من قانون العقوبات، كالمنع من الإقامة، طرد من الوظائف.....

¹ م. 303 مكرر 18 من ق. 09-01 .

² م. 303 مكرر 19 من ق. 09-01 .

³ م. 303 مكرر 1/20 من ق. 09-01 .

⁴ م. 303 مكرر 2/20 من ق. 09-01 .

⁵ م. 303 مكرر 3/20 من ق. 09-01 .

⁶ عبد الرحيم لنوار، مرجع سابق، ص. 153.

⁷ م. 53 من ق. ع. ج .

⁸ م. 303 مكرر 21 من ق. 09-01 .

⁹ م. 09 من ق. ع. ج .

المبحث الثاني: جرائم العمل التمريضي الماسة بالمهنة

المطلب الأول: جريمتي الممارسة غير شرعية للممرض وانتحال الألقاب :

لقد سبق أن تناولنا أساس وشروط الممارسة التمريضية كما حددها القانون واللوائح المنظمة لمهنة التمريض وهذا من أجل صيانة هذه المهنة من عبث الدخلاء بسبب افتقارهم لمقومات الإعداد الفني لمباشرة تلك المهن وإن حدث أن وفقوا في مرة يخفقون في المرات الأخرى هذا من جهة، ومن جهة أخرى لتحديد المسؤوليات عن المساس بالسلامة الجسدية للأشخاص في إطار عدم مخالفة النظام العام للمجتمع. بحيث يترتب عن انتفاء ولو شرط من شروط الممارسة التمريضية قيام المسؤولية الجزائية للممرض وهذا ما سنحاول التطرق إليه.

الفرع الأول: جريمة الممارسة غير شرعية لمهنة التمريض:

من الطبيعي أن تخضع ممارسة مهنة الطب للقانون وللتنظيمات المعمول بها في أي دولة وما تتطلبه هذه الأخيرة من توافر شروط تسمح بالحصول على ترخيص بمزاولة المهنة من السلطة الوصية وخلاف ذلك يؤدي لمساءلة أي شخص لا يملك حق مزاولة هذه المهنة سواء أكان ممرض أو غير ممرض¹. وتتكون هذه الجريمة كسابقتها من ركنين الركن المادي والركن المعنوي والجزاء المترتب عن هذا الفعل.

البند الأول: الركن المادي:

هو سلوك ايجابي يقوم به الممرض وذلك بممارسة المهنة التمريضية التي نظمها القانون، دون إذن من الجهات الوصية، وهو الترخيص الذي يسلمه الوزير المكلف بالصحة بعد توافر الشروط المحددة قانونا ويتحقق هذا السلوك في ثلاث صور: إما أن يقوم ممرض ما بممارسة المهنة في عيادة خاصة قبل حصوله على الترخيص القانوني من السلطة الوصية، أما أن يستمر في ممارسة المهنة بعد سحب الترخيص منه من طرف السلطة

¹ هدى سالم محمد الإطرفجي، مرجع سابق، ص.112.

الوصية نتيجة عقوبة تأديبية أو جزائية، وأما أن يتواطأ مع غيره لتسهيل لهم الممارسة غير شرعية حتى ولو كان حائزاً هو الآخر على الترخيص.¹

أولاً: ممارسة العمل التمريضي قبل الترخيص القانوني:

هي ممارسة الممرض لمهنة التمريض في الفترة السابقة على منح الترخيص أي قبل إتمام الإجراءات حيث تنص المادة الثانية من مدونة أخلاقيات الطب على ما يلي: "تفرض أحكام هذه المدونة لأخلاقيات الطب على كل ممرض أو جراح أسنان أو مساعد طبي... مرخص له بممارسة المهنة وفق الشروط المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما".²

مثال ذلك أن يقوم الممرض بتقديم ملف إلى مديرية الصحة أو الوزارة المعنية طالبا الترخيص له بالالتحاق بمستشفى معين وقبل أن يحصل على الترخيص بمزاولة المهنة التمريضية يقوم بمزاولتها³، فهنا تقوم مسؤوليته الجزائية ويقع تحت طائلة العقاب إذا حركت الدعوى العمومية ضده من السلطة أو من النيابة العامة أو أي شخص له مصلحة في ذلك ولا يعذر بجهله للقانون حيث تنص المادة 197 من قانون الصحة وترقيتها السابق الذكر على أنه: "تتوقف ممارسة مهنة الممرض والصيدلي وجراح الأسنان و المساعد على رخصة يسلمها الوزير المكلف بالصحة بناء على الشروط التالية....".⁴

وأضافت المادة 199 من قانون 05/85 المعدلة بموجب المادة الثالثة من قانون رقم 17/90 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها قائلة: "يجب على كل ممرض أو جراح أسنان أو صيدلي مستوفي الشروط المحددة في المادتين 197 و 198⁵ أعلاه ومن أجل الترخيص له بممارسة مهنته أن يسجل لدى المجلس الجهوي للأدب الطبية المختص إقليمياً وأن يؤدي

¹ عمار عوايدي، مرجع سابق، ص.147.

² م.02 م.ت رقم 276/92 .

³ هدى سالم، محمد الاطرفجي، ص.114.

⁴ م.197 من ق.ص.ج.

⁵ م.198 من ق.ص.ج.

أمام زملائه أعضاء هذا المجلس اليمين...¹. مما سبق نستشف من نصي المادتين السابقتين أن كل ممرض لم تتوافر فيه الشروط التي تتطلبها المهنة التمريضية ولم يرخص له بمزاولتها يعد ممارسا بصفة غير شرعية لمهنة التمريض، ولاشك من أنه يلزم لقيام الجريمة أن يكون الممرض قد نفذ عملا من أعمال المهنة كالحقن أو تركيب أجهزة الإنعاش أو أي عمل من الأعمال التمريضية.

ثانيا: ممارسة المهنة بعد سحب الترخيص:

تكون هذه الحالة عندما يسحب الترخيص من الممرض بقرار من السلطة الوصية بناء على عقوبة تأديبية صادرة من مجلس أخلاقيات المهنة حسب ما نصت عليه المادة 217 من مدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر بنصها: "يمكن للمجلس الجهوي أن يتخذ العقوبات التأديبية... كما يمكنه أن يقترح على السلطات الإدارية المختصة منع ممارسة المهنة...".²

كما يمكن أن يسحب الترخيص بناء على حكم قضائي³ صادر في حقه بالمنع من ممارسة المهنة التمريضية نتيجة جريمة من جرائم القانون العام أو الخاص وعدم امتثال الممرض لقرار السحب منه الترخيص بالممارسة للمهنة واستمراره في العمل يوقعه تحت جريمة ممارسة المهنة بصفة غير شرعية وأكدت على ذلك المادة 205 من قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85 بقولها: "يمنع أي ممرض أو جراح الأسنان أو مساعد طبي أو صيدلي أوقف حقه في ممارسة مهنته أن يجري فحوصا أو يحزر وصفات أو يحضر أدوية أو يطبق علاجا... إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاجا مستعجل قصد الإسعاف الأولي".⁴

¹ م. 199 من ق.ص.ج.

² م. 217 م.ت رقم 276/92.

³ قرار صادر عن الغرفة الجزائية للمحكمة العليا بتاريخ 29-4-2002 ملف رقم 313141 الجلة القضائية 2003 العدد 1، ص. 416.

⁴ م. 205 ق.ص.ج.

إن الخطأ الذي يقع فيه الكثير من الممرضين هو الاستمرار في الممارسة غير شرعية غير مكثرئين بذلك إذ بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يتابعوا بارتكاب جريمة أخرى وهي جريمة انتحال لقب ممرض.

ثالثاً: تسهيل الممارسة غير الشرعية للتمريض:

إن كل شخص لم تتوافر فيه الشروط المنصوص عليها قانوناً ولم يحصل على رخصة المزاولة للمهنة التمريضية يعد عمله غير مشروعاً إذا قام به حتى ولو بحضور ممرض أو جراح أسنان مرخص له بذلك بل أن هذا الأخير متى ثبت توأطئهم مع شخص غير مرخص له أو تسهيل له الممارسة غير شرعية يعد هو الآخر ممارساً غير شرعياً لمهنة التمريض.

في هذا الصدد نصت المادة 214 من قانون الصحة رقم 05/85 المعدلة بموجب المادة السابعة من قانون 17/90 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها بقولها: "يعد ممارساً للطب وجراحة الأسنان أو الصيدلي ممارساً غير شرعية في الحالات التالية:

- كل شخص يمارس الطب أو جراحة الأسنان أو الصيدلة ولا تتوفر فيه الشروط المحددة في المادة 197 من هذا القانون، أو يمارس خلال مدة منعه من الممارسة¹.
- كل شخص يشارك عادة بمقابل أو بغير مقابل ولو بحضور ممرض أو جراح أسنان في إعداد تشخيص أو معالجة أمراض أو إصابات جراحية تمس الأسنان سواء أكانت وراثية أو مكتسبة...²
- كل شخص حامل للشهادة المطلوبة يقدم مساعدته للأشخاص المشار إليهم في الفقرتين أعلاه ويشترك في أعمالهم. هنا تخص فئة الممرضين³ الذين يشاركون في مثل هذه الجرائم.⁴

¹ م. 1/214 من ق.ص.ج .

² م. 2/214 من ق.ص.ج .

³ أحمد محمود سعد، مسؤولية المنتقى الخاص على أخطاء الممرض ومساعدته، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007، ص243.

⁴ م. 3/214 من ق.ص.ج .

مما تجدر الإشارة إليه أنه عند استقراءنا للمادة 214 من قانون 05/85 لحماية الصحة وترقيتها والمادة السابعة (07) من قانون 17/90 المعدلة للمادة 214 السابقة الذكر، نجد أن المشرع وقع في خطأ في السابق عند صياغته للمادة 214 وهذا نتيجة تسرع في سن القوانين، بحيث اعتبرت هذه المادة في فقرتها الثالثة كل الممارسين للصحة سواء في المراكز الصحية أو في الهيئات العمومية كممارسين غير شرعيين للمهنة لأنهم معينين بقرار تعيين من الهيئة المستخدمة لهم وليس بناء على ترخيص من وزير الصحة أو من مدير الصحة.

غير أن المشرع تدارك هذا الخطأ الذي وقع فيه وحذف الفقرة الثالثة من المادة 214 من قانون 05/85 وذلك بتعديله لهذه المادة الأخيرة بموجب المادة السابعة (07)¹ من قانون 17/90 وأحسن ما فعل إذ لا يعقل أن يكون الشخص موظف عمومي منصب بالقانون وهو في نفس الوقت معتبر كممارس غير شرعي للمهنة الطبية.

لقد أكدت المادة 32 من أخلاقيات الطب على منع تسهيل الممارسة الغير الشرعية قائلة: "يمنع كل تسهيل لشخص يسمح لنفسه بممارسة الطب أو جراحة الأسنان ممارسة غير شرعية"². كما أضافت المادة 26 من نفس المدونة يحظر كل تواطؤ بين الأطباء بقولها: "يحظر كل ممرض أو جراح أسنان اللجوء إلى أي تواطؤ بين الأطباء..."³.

البند الثاني: الركن المعنوي:

ويتخذ صورة القصد الجنائي ويتحقق بانصراف إرادة الممرض إلى ممارسة المهنة بصفة غير مشروعة وعمله بذلك، أو التسهيل والتواطؤ مع ممرض غير مرخص له ومحاوله تغطيته قانونا لمساعدته في عيادته لأغراض مريحة. وجريمة الممارسة غير شرعية لمهنة التمريض من الجرائم الشكلية التي لا يستلزم القانون لقيامها وقوع ضرر بل هي جريمة قائمة ومستقلة في حد ذاتها والشروع فيها غير متصور.⁴ فالمرض المتحصل

¹ م.07 من ق.ص.ج .

² م.32 من م.ت رقم 276-92.

³ م.26 من م.ت رقم 276-92.

⁴ شريف الطباخ: جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها: المرجع السابق، ص 99.

على شهادة علمية لا يسمح له بممارسة التمريض إلا بعد حصوله على الترخيص القانوني من الجهات الوصية فإذا ما قام بمزاولة المهنة بدون إذن القانون بذلك تقوم مسؤوليته الجزائية ويحاسب على أساس العمد كأبي شخص آخر. الأصل في اشتراط الترخيص هو من أجل تنظيم المهنة التمريضية غير أن هذه الأخيرة تتميز بعملها وبعدها الإنساني ولذلك كانت هناك حالات لضرورة تسمح بممارستها دون ترخيص لذلك.¹

البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تسهيل الممارسة الغير الشرعية للتمريض:

نصت على ذلك المادة 234² من قانون 05/85 بقولها: "تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادة 243 من قانون العقوبات على الممارسة غير الشرعية للطب وجراحة الأسنان والصيدلة ومهن المساعد الطبي كما هو محدد في المادتين 214³ و 219⁴ من هذا القانون". حيث أحالت هذه المادة العقوبة إلى القواعد العامة حسب المادة 243 من قانون العقوبات وهي:

- الحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين.
- غرامة من 20.000 دج إلى 100.000 دج.
- أو بإحدى هاتين العقوبتين.⁵

حالات إباحة ممارسة المهنة بدون ترخيص (حالة الضرورة)

استثناء يجوز مزاولة المهنة في حالة الضرورة القصوى ويدخل هذا تحت الواجب الإنساني كما نصت عليه المادة 48 من قانون العقوبات بقولها: "لا عقوبة على من اضطرته إلى ارتكاب جريمة قوة قاهرة لا قبل له بردها".⁶

¹ هدى سالم محمد الأطرقي، مرجع سابق، ص. 119.

² م. 234 من ق.ص.ج.

³ م. 214 من ق.ص.ج.

⁴ م. 215 من ق.ص.ج.

⁵ م. 243 من ق.ع.ج.

⁶ م. 48 من ق.ع.ج.

وتناول هذه الحالة الاستثنائية قانون الصحة رقم 05/85 في مادته 205 بالقول: "يمنع أي ممرض أو مساعد أو جراح أسنان أو صيدلي أو وقف حقه في ممارسة مهنته أن يجري فحوصا أو يحرر وصفات.... إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاج مستعجل قصد الإسعاف الأولي". كما تناول المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب حالة الضرورة في المادة التاسعة منه بقولها: "يجب على الممرض أو جراح الأسنان أن يسعف مريضا يواجه خطرا وشيكا...".¹

وعليه تنتفي مسؤولية الممرض إذا مارس المهنة بدون ترخيص في هذه الحالة نظرا لنبل المهنة وبعدها الإنساني.

الفرع الثاني: جريمة انتحال الألقاب:

لقد سبق أن تناولنا موقف القانون من مزاوله المهنة التمريضية وشروطها وهذا من أجل صيانة المهنة من عبث الدخلاء عنها، لكن أحيانا مع توفر هذه الشروط قد يلجأ بعض الممرضين إلى انتحال ألقاب² ومواصفات لم يرخص لهم القانون بها وذلك ابتغاء الترويج لأنفسهم من أجل الربح المادي كمن يدعي لنفسه على لافتة أو وصفة طبية بأنه مختص في كذا أو كذا أو محلف... إلخ.

وأحيانا أخرى يتظاهر بعض الممرضين بحصولهم على الترخيص قبل اكتمال الإجراءات القانونية لذلك أو عندما يوقف حقهم في الممارسة نتيجة عقوبة تأديبية أو إدارية، وهذا ما يطلق عليه انتحال ألقاب أو صفات طبية بغير وجه حق³ وتتطلب هذه الجريمة كسابقتها ركنين المادي والركن المعنوي والجزاء المترتب عن ذلك.

¹ م. 09 من م.ت رقم 276-92.

² أمير عدلي أمير، مرجع سابق، ص. 305.

³ محمود صالح العدلي، جريمة انتحال الألقاب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007، ص. 247.

البند الأول: الركن المادي:

يتمثل الركن المادي لجريمة انتحال الألقاب الطبية في استعمال أي وسيلة من وسائل الدعاية التي تحمل الجمهور الاعتقاد بأحقية صاحبها في هذه الصفة أو اللقب¹.

فالممرض الذي يضع بطاقة على مئزره مكتوب ومشاد بها لصفة ما لم يرخص له القانون بها يعتبر منتحلا للقب أو لصفة هو ليس أهلا لها ولم يرخص له القانون بها، ففي الحياة اليومية نشاهد هنا وهناك لافتات وصفات طبية منوثة بصفات اختصاصيين ويرتدون مآزر بيضاء ويوهمون بها الغير على أنه ممرض مختص في كذا وكذا دون حقيقتها كعبارة ممرض للعلاج أو ممرض ممتاز في التقويم البصري أو ممرض للصحة العمومية... إلخ.²

ولقد نبهت المادة 198 من قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85 بنصها: "لا يجوز لأحد أن يمارس مهنة ممرض اختصاصي أو جراح اختصاصي إذا لم يكن حائزا على شهادة في الاختصاص... زيادة على الشروط المنصوص عليها في المادة 197 أعلاه".³

كما أكدت المادة 207 من نفس القانون ذلك بقولها: "يجب على الأطباء وجراحي الأسنان والصيدلة أن يمارسوا مهنتهم باسم هويتهم"⁴. كما أضافت المادة 13 من مدونة أخلاقيات الطب بنصها: "الممرض أو جراح الأسنان مسؤول عن كل عمل مهني يقوم به ولا يجوز لأي ممرض أو جراح أسنان أن يمارس مهنته إلا تحت هويته الحقيقية...".⁵

نستشف من كل هذا أن هذا النشاط يتمثل في قيام الممرض بانتحال صفة أو لقب حدد القانون شروطا لمنحها نفسه قد يدعي الممرض بالترويج لنفسه أنه مختص في فرع ما من فروع الطب مع أنه ممرض عادي، أو كتابته على لافتة أو وصفة أنه عضو في هيئة كذا... أو مدرسا في كذا... وهذا ما أكدته المادة 77 من مدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر بقولها:

¹ محمود القبلاوي: المرجع السابق، ص 38.

² هدى سالم محمد الأطرقي، مرجع سابق، ص 121.

³ م. 198 من ق.ص.ج.

⁴ م. 207 من ق.ص.ج.

⁵ م. 13 من م.ت.رقم 92-276.

"لا يصوغ للممرض أو جراح الأسنان أن يثبت على الورق المخصص للوصفات... غلا الشهادات والوظائف والمؤهلات المعترف بها".¹

المشرع لم يذكر فئة الممرضين بالتخصيص وإنما خص بالذكر الأطباء فقط مع إمكانية أن ترتكب مثل هذه الجرائم من طرف أي شخص يشارك في المهام العلاجية كالممرض الذي يدعى أنه مختص في أجهزة التصوير مع أنه غير مختص بدليل أن المشرع الجزائري استحدث لهذه الفئة مجموعة من التخصصات.

البند الثاني: الركن المعنوي:

هو توافر العلم عند الممرض بأن الوسائل والأفعال التي اقترفها من شأنها أن توقع الجمهور في غلط² وتحقيق نتيجة متمثلة في حمل العامة على الاعتقاد بأحقيته في هذه الصفة أو اللقب.

البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة انتحال الألقاب أو الصفة :

نصت المادة 237 من قانون 05/85 على هذا بقولها: "تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادتين 243 و247 من قانون العقوبات على من يخالف أحكام المادتين 207 و211 من هذا القانون".³

نلاحظ أن هذه المادة أخضعت العقوبة إلى القواعد العامة لقانون العقوبات، أي أن عند قيام ممرض بمزاولة مهنته تحت هوية أو صفة أخرى غير المرخص له بها يعاقب بنص المادة 243 من قانون العقوبات التي تنص: "كلمن استعمل لقباً متصلاً بمهمة منظمة قانوناً أو شهادة رسمية أو صفة حددت السلطة العمومية شروط منحها أو ادعى لنفسه شيئاً من ذلك

¹م. 77 من م.ت رقم 92-276.

²محمد القبلاوي: المرجع السابق، ص 39.

³م. 237 من ق.ص.ج.

بغير أن يستوفي الشروط المفروضة لحملها يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 20.000 دج إلى 100.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين".¹

المطلب الثاني: جريمة تزوير الشهادات الطبية:

الشهادات الطبية لا تخرج عن كونها محررات، فقد تكون رسمية إذا صدرت من ممرض موظف وقد تكون عادية إذا صدرت من ممرض غير موظف لدى هيئة عمومية فالممرض يقوم بمعاينة ما يرى وليس ما يبلغه به طالبا الشهادة إذ أن الممرض عند تحرير الشهادة لا يعني أنه حضر الواقعة أو شاهدها، وتحرير الشهادة إجراء خطير كونها ستستعمل من طرف حائزها للحصول على حقوق أو مزايا أو جزائية والأصل أن هذه الشهادات المزيفة تخضع للأحكام العامة للتزوير، إذ أن هذا الأخير يعتبر تغيير للحقيقة وكذب مكتوب يتضمن إثبات أو نفي لواقعة على غير حقيقتها من طرف الممرض ولما كانت ملازمة الممرض للممرض وعامل الثقة بينهما قد يلجأ الممرض إلى تحرير وصفة بيده ويستغل شهادة الممرض واسمه.² ولقد تناول قانون حماية الصحة وترقيتها هذه الجريمة في المادة 238 بقولها: "يمنع كل ممرض أو جراح أسنان أو صيدلي أو مساعد طبي أثناء ممارسة مهامه أن يشهد زورا وعمدا قصد تفضيل شخص طبيعي أو معنوي أو تعمد الإساءة إليه، وتطبق أحكام المادة 226 من قانون العقوبات على كل من يخالف ذلك".³

وأكدت على هذا الأمر المادة 24 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يمنع ما يأتي: كل عمل من شأنه أن يوفر لمريض ما امتيازاً مادياً غير مبرر...".⁴

وبالتمعن في هذه المادة نلاحظ أن هذه الجريمة لها عدة أبعاد سواء اقتصادية بترتيب حقوق لأشخاص دون وجه حق أو أبعاد اجتماعية من تفضيل شخص على آخر أو الأضرار بأشخاص أو مصالحهم أو تضليل للعدالة.

¹ م. 243 من ق.ع.ج.

² J. M. Mantz & J. K. Opfer chmitt, le guide des premières ordonnances, édition de santé, Paris France, 2001, P.197.

³ م. 238 من ق.ص.ج.

⁴ م. 24 من م.ت.رقم 92-276.

كما أكدت ذلك المادة 58 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يمنع تسليم أي تقرير مغرض أو أي شهادة مجاملة".¹

الفرع الأول: مفهوم ومضمون الشهادة الطبية:

قبل التطرق لجريمة تزوير الشهادات الطبية نبين مفهوم الشهادة ومضمونها.

البند الأول: مفهوم الشهادة الطبية:

فالشهادة الطبية هي إشادة مكتوبة يتضمن معاينة لاحظها الممرض يترتب على تحريرها مسؤولية الممرض المهنية والجزائية وتحريرها يستوجب توفر ثلاثة شروط مسبقة:

- حضور المراد فحصه.
- الفحص الطبي الملائم.
- تحرير وثيقة مكتوبة.²

ينجز الشهادة الطبية أي ممرض حضر أو عرضت عليه الحالة، في الإصابات البسيطة مثل شهادة الضرب والجرح العمدية، وشهادة فض البكارة... وفي الحالات العرضية مثل شهادة معاينة الوفاة، ولقد وضعت المواد 56³، 57⁴ و 58⁵ من مدونة أخلاقيات الطب (المرسوم التنفيذي رقم 276/92) إلزاماً قانونياً على الممرض يتمثل في تسهيله لمرضاه الحصول على الامتيازات الاجتماعية التي تتطلبها حالتهم الصحية، وذلك بتحرير الشهادات والكشوف والوثائق اللازمة ومن جملتها الشهادات الطبية المثبتة لحالتهم الصحية، كما يتعين أن تحرر الشهادة من طرف ممرض حائز على شهادة دكتور في الطب، مرخص له

¹ م. 58 من م.ت رقم 92-276.

² أحمد سعيد الزقرد، الروشنة (التذكرة) الطبية بين المفهوم القانوني والمسؤولية المدنية للصيدي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2007، ص.55.

³ م. 56 من م.ت رقم 92-276.

⁴ م. 57 من م.ت رقم 92-276.

⁵ م. 58 من م.ت رقم 92-276.

بممارسة الطب بموجب رخصة مسلمة من طرف الوزير المكلف بالصحة (المادة 197¹،
198² من قانون 05/85) ويكون مسجلا في قائمة الاعتماد لدى مجلس أخلاقيات الطب
(المادة 204³ من مدونة أخلاقيات الطب) يثار الإشكال حول الشهادة الطبية المحررة من
طرف الطالب في الطب في فترة التربص والتدريب وهل له صلاحية تحرير الشهادة الطبية؟
بالرجوع إلى المادة 200⁴ من قانون حماية الصحة وترقيتها وكذا المرسوم التنفيذي
المتعلق بالقانون الأساسي للمتربص الداخلي وعلى الخصوص المادة 09⁵ منه يستخلص أنه
يسمح له ممارسة الطب في المؤسسات الصحية والعمومية تحت مسؤولية رؤساء الهياكل
الممارسين وعليه فإنه لا يمكنهم توقيع الشهادة الطبية باسمهم وإلا سقطوا تحت طائلة جريمة
ممارسة الطب بطريقة غير شرعية.

البند الثاني: مضمون الشهادة الطبية:

تتضمن الشهادة المعاينات والإشهادات ونتائج الفحص والعجز الكلي الجزئي...

أولا: المعاينات:

يقوم الطبيب بمعاينة ما يرى وليس ما يبلغه به طال الشهادة أي يقوم بوصف
الإصابات المعاينة بدقة من حيث شكلها وعددها، كون المعاينات ووصف الإصابات قد يفيد
لاحقا في حالة إعادة الفحص من طرف الطبيب الشرعي، لأن تلك الآثار يمكن أن تزول
بفعل الزمن، وقد تفيد القاضي في استنباط النتائج الملائمة بالاعتماد على تلك المعاينات
الطبية من جهة ومعطيات الملف الجزائي من جهة أخرى.⁶

¹م. 197 من ق.ص.ج.

²م. 198 من ق.ص.ج.

³م. 204 من م.ت. رقم 92-276.

⁴م. 200 من ق.ص.ت.

⁵م. 09 من م.ت الصادر بتاريخ 2003/04/24 المتعلق بالقانون الأساسي للمتربصين للطب الداخلي، ح.ر.ع 33 سنة 2003.

⁶J. M. Mantz, op. cit, P.199.

ثانيا: الإشهادات:

الإشهاد هو تحرير إقرار¹ بشهادة ولكنها لا تعني مشاهدة الطبيب لواقعة الحادث أو المشاجرة التي نجمت عنها الإصابات محل معاینته، ولكن الإشهاد الذي يحرره يتضمن الفحوصات، والمعاینات قراءة نتائج التحاليل، العلاجات التي قدمها الممرض² لطال الشهادة وبالأحرى كل الأعمال الطبية التي قام بها بنفسه أو التي اطلع عليها، ذكر كل تدخل جراحي أو علاجي إستلزمته الإصابات ذكر الإدعاءات التي يصرح بها طالب الشهادة على لسانه.³

ثالثا: نتائج الفحص:

الشهادة الطبية مهما كان سبب تحريرها سبب طبي، إجراء خطير كونها ستستعمل من طرف حائزها للحصول على حقوق أو مزايا أو لمساءلة الغير، الأمر الذي يستوجب على الطبيب إعطاءها كل العناية اللازمة وعلى الخصوص في تحديد مدة العجز الكلي عن العمل والعاهات المستدامة إن وجدت.⁴

رابعا: المرض:

عرف القضاء المقارن بأنه كل اعتلال بالصحة، ولا يكفي مجرد توافر الألم لتحقيق معناه، والمريض يلزم الفراش في المعتاد فيعجز بالتالي عن مباشرة أشغاله الشخصية على أن تحقق إحدى الحالتين يكفي بذاته دون تحقق الأخرى.⁵

ينبغي أن يكون المرض الذي يحول دون مباشرة الأشغال الشخصية بالغا من الجسامة درجة تجعله معادلا العجز عنها، كما لا يكفي من باب أولى مجرد أن تترك الإصابة آثارا ظاهرة أو تقتضي عمل ضمادات لمدة تزيد عن 20 يوما.⁶

¹ أحمد سعيد الزرقد، مرجع سابق، ص.58.

² فضيلة ملهاق (مسؤولية الطبيب الجزائرية عن الوصفة الطبية في التشريع الجزائري)، مجلة نشرة القضاء، غ.58، الجزائر، بدون سنة نشر، ص.127.

³ فضيلة ملهاق، مرجع سابق، ص.128.

⁴ أحمد سعيد الزرقد، مرجع سابق، ص.59.

⁵ أحمد سعيد الزرقد، مرجع سابق، ص.60.

⁶ Lucie LAMARCHE , Pierre BOSSET , les droits de la personne et les enjeux de la médecine moderne, Paris, 2006, P.47.

خامسا: العجز الكلي أو الجزئي عن العمل:

أما العجز الكلي عن العمل فعرفه الفقه بأنه العجز عن الأعمال المعتادة للشخص سواء كانت بدنية أو عقلية والعبرة في تحديد المدة ما يقضيه المصاب مريضا أو عاجزا عن الأشغال الشخصية من يوم إصابته إلى يوم شفائه.

أما القضاء المقارن وعلى سبيل المثال القضاء¹ الفرنسي فإنه يعرف العجز الكلي عن العمل بأنه الصعوبة والعسر في القيام بمجهود بدني متعلق بأعباء الحياة اليومية غير المهنية.

يفهم من هذا التعريف أن العجز الكلي عن العمل هو المدة الزمنية التي يكون فيها ضحية أعمال عنف أو حادث في وضعية استحالة القيام بالنشاطات اليومية الغير مهنية مثل القيام بالغسل، النهوض، المشي، ارتداء الألبسة... إلا بعسر شديد. وتمتد فترة العجز الكلي عن العمل من يوم الواقعة أو الحادث إلى يوم الشفاء.²

بناء على ما تقدم يمكن أن نستخلص أن العجز الكلي عن العمل ليس مفهوما طبيا بل مفهوما قانونيا كما أنه يختلف عن التوقف عن العمل، كونه عجزا شخصيا وليس عجزا مهنيا إذ يمكن تحديد مدة العجز الكلي عن العمل لصبي، للمتقاعد أو لبطل كما أنه لا يعني عدم إمكانية الضحية القيام بالمهام العادية كالجلوس وتناول الطعام وإنما صعوبة أو عسر في أداء تلك المهام.³

هناك معايير لتحديد العجز الكلي عن العمل إذ وضعت مصالح الاستعجال للطب الشرعي معايير قصد تحديد مدة العجز عن العمل اعتمادا على معطيات طبية تتمثل في الإصابات الجسدية وما يترتب عنها من قصور وظيفي والذي يمكن تقييمه لمدة عدم القدرة على الحركة إلى غاية اندمال الجروح والنتائج السلبية في القيام بأعمال الحياة اليومية

¹Cass.crim, 07 janv.2003, n°02-83724, bull. crim, n° 470, P. 231.cité par : Lucie LAMARCHE. Pierre BOSSET, op. cit, P 48.

²Lucie LAMARCHE, Pierre BOSSET, op. cit, P.48.

³J. M. Mantz& KOPFERCHMITT, op. cit, P.20.

(جروح ينجم عنها ضرر تألم ينعكس على صورة الجسد ويعرقل السير العادي للحياة اليومية.¹

وعليه فإن مدة العجز الكلي عن العمل يمكن تقديرها إلى غاية الاضمحلال البين للجروح أو ظاهرة التألم) بالإضافة إلى ذلك هناك معيار جسامة وعدد الإصابات الملاحظة والتي أخذت بصفة فردية فإنها لا تمنح الاستفادة بأي عجز أو بعجز صغير ولكن إذا أخذت بمجموعها فإنها تكون مصدرا لحالة ألم كبير أو بالنظر إلى مكان تمركزها إضافة إلى ذلك معيار المكوث في المستشفى قصد تلقي العلاج من جراء الإصابات أو البقاء تحت المراقبة الطبية² والتي ينجز عنها فقدان الحرية وبالتالي تبرر عجزا كليا عن العمل أو عاهة مستدامة التي هي الآثار المترتبة عن الإصابة سواء كانت جسيمة أو طفيفة بحيث تنعكس سلبا على الوظيفة أو على سلامة البدن دون رجاء في شفائها فقد تكون فقدان للبصر أو بتر لعضو أو إعاقة لمنفعة عضو.³

في هذا الصدد فإنه لقيام جريمة التزوير الشهادة الطبية يجب توفر ركنين المادي والمعنوي وهذا ما سنحاول توضيحه في الآتي:

الفرع الثاني: أركان جريمة التزوير في الشهادات الطبية والعقوبة المقررة لها:

تتكون جريمة تزوير الشهادات الطبية من ركنين مادي ومعنوي

البند الأول: الركن المادي:

تتم بسلوك مادي ذي مضمون نفسي، وركنها المادي يتكون من عنصرين هما: صفة الفاعل ومضمون الشهادة المزورة.

¹Ordonnance médicale en France, un article de wikipedia, l'encyclopédie libre, <http://fr.wikipedia.org/wiki/ordonnancem%3%A9dicalenfrance>, 21/09/2015, 17h05 PM.

²فضيلة ملهاق، مرجع سابق، ص.129.

³أحمد سعيد الزقدي، مرجع سابق، ص.61.

أولاً: صفة الفاعل:

اشترط المشرع أن تكون الشهادة صادرة من أشخاص ذوي صفة معينة ولا تتحقق هذه الصفة بمجرد الحصول على شهادة الطب أو المؤهل العلمي وإنما ينبغي الحصول على الترخيص بالمزاولة للمهنة¹.

ثانياً: مضمون الشهادة المزورة:

إن موضوع الشهادة يتعلق بإثبات أو نفي واقعة أو عاهة على خلاف الحقيقة وليس المقصود هنا الوصفات الطبية فقط وإنما هناك أعمال يقوم بها الممرض على شكل شهادات ووصفات مثلاً كتسجيل ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم للمريض المعالج خلال مرحلة معينة من العلاج أو تغيير وصف التحاليل الطبية لأغراض تخدم مصلحة طالب الشهادة وتأخذ حالات ثلاث:

- أ- أن تتضمن الشهادة أمراً مزوراً، مخالفاً للحقيقة أو تجعل واقعة مزورة واقعة صحيحة كإثبات أو نفي مرض أو عاهة أو وفاة، كأن يثبت الممرض في شهادته لجهاز الأشعة مرض مزمن لإعفاء طالبها من الخدمة الوطنية أو شهادة عجز لتقديمها أمام المحاكم أو نقل سجين إلى مستشفى خارجي.²
- ب- أن يصدر الممرض من باب المجاملة ومراعاة للخاطر ليس إلا (المادة 58³ من مدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر) بدون مقابل.
- ج- أن يصدر الممرض الشهادة بدون مقابل أو وعد أو عطية أو هدية أو تلقي هبة أو منافع أخرى وإلا تحولت من جريمة التزوير إلى جريمة الرشوة وتطبق عندئذ المادة 126 من قانون العقوبات⁴.

¹ منير رياض حنا: المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدالدة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص 146.

² أحمد سعيد الزرقد، مرجع سابق، ص 62.

³ م. 58 من م.ت رقم 92-272.

⁴ م. 126 من ق.ع.ج.

البند الثاني: الركن المعنوي:

التزوير جريمة لا تقوم إلا عمدا أي بتوافر القصد الجنائي، إذ يجب أن تنصرف إرادة الممرض إلى الفعل المكون للجريمة وهو تغيير الحقيقة مع علمه بذلك ولا يستلزم لقيام هذه الجريمة معرفة الممرض لأغراض استعمالها من الشخص المسلمة إليه منه، المهم إدراكه بأنه سلم بيان مزور وفق إرادته الحرة بغرض المحاباة فالقصد الجنائي¹ متوفر منذ لحظة تحرير البيان وتسليمه إلى مستعمله سواء أُلحقت هذه الشهادة ضررا أو لا بفرد آخر أو بالصالح العام. أي أن الممرض يكون عالما بكذب الأمر الذي تضمنته الشهادة في شأن حمل أو عاهة أو مرض أو وفاة فلا يهتم الغرض الذي أعطيت من أجله، فقد يكون من أجل الإعفاء من خدمة عامة كالخدمة العسكرية مثلا أو لترتيب حقوق بدون وجه حق.

البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تزوير في الشهادات الطبية

حدد المشرع عقوبة تزوير الشهادات الطبية في نص المادة 226 من قانون العقوبات الجزائري:

"كل ممرض أو جراح أو ممرض أسنان أو ملاحظ صحي أو قابلة قرر كذبا بوجود أو بإخفاء مرض أو عاهة أو حمل أو أعطى بيانات كاذبة عن مصدر مرض أو عاهة أو سبب الوفاة وذلك أثناء تأدية أعمال وظيفته وبغرض محاباة أحد الأشخاص يعاقب بالحبس لمدة من سنة إلى ثلاث سنوات ما لم يكون الفعل إحدى الجرائم الأشد المنصوص عليها في المواد 126² إلى 134³. ويجوز علاوة على ذلك أن يحكم على الجاني بالحرمان من حق أو أكثر من الحقوق الواردة في المادة 14⁴ من سنة على الأقل إلى خمس سنوات على الأكثر"⁵.

بدورنا نعتقد حسب رأينا في ذلك أن المشرع تدارك المسألة وأيقن أن الأطباء في القطاع الخاص يتقاضون أتعابهم من المرضى وليس من الهيئات العمومية مقابل تسليم

¹أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، مرجع سابق، ص.127.

²م.126 من ق.ع.ج.

³م.134 من ق.ع.ج.

⁴م.14 من ق.ع.ج.

⁵م.226 من ق.ع.ج.

الشهادات الطبية سواء الصحيحة أو المزورة ولهذا خفف لهم العقوبة بإلغاء هذه المادة 126 إذ أن الأتعاب تعتبر مقابل أو عطية وهذا من الغير المنطقي أن نعتبرها ظرف مشدد ولهذا ألغاهها المشرع واستبدالها بالمادة 25 من القانون 01/06 المؤرخ في 20/02/2006 المشددة للعقوبة والتي تخاطب الموظفين العموميين لا المرتشين والمزورين مقابل رشوة ويدخل تحت هذا الممرضون ومن هم في حكمهم لدى الهيئات العمومية الذين يتقاضون أجورهم من الخزينة العامة للدولة.

حيث تنص هذه الأخيرة على: "يعاقب بالحبس من سنتين إلى عشر (10) سنوات وبغرامة من 200.000 دج إلى 1.000.000 دج.

- كل من وعد موظفا.¹
- كل موظف عمومي طلب أو قبل بشكل مباشر أو غير مباشر مزية غير مستحقة،... لأداء عمل أو الامتناع عن أداء عمل من واجباته".²

ضف إلى هذا أن المادة 223/فقرة 3 من نفس قانون العقوبات تجرم بعض أفعال الموظفين العموميين مقابل رشوة بقولها: "... والموظف الذي يسلم أو يأمر بتسليم إحدى الوثائق المعينة في المادة 222³ إلى شخص يعلم أن لا حق له فيها يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 إلى 100.000 دج ... ويجوز الحكم عليه بالحرمان من حق أو أكثر من الحقوق الواردة في المادة 14...".⁴

أمام هذا الخلط الذي وقع فيه المشرع لا يسعنا إلا أن نوجه نداء إلى الهيئات العليا لجعل النصوص واضحة لا يكتنفها الغموض من أجل عدم التأويل والتوسع في تفسيرها وخاصة قانون العقوبات.

¹ م. 1/25 من ق.ع.ج.
² م. 2/25 من ق.ع.ج.
³ م. 223 من ق.ع.ج.
⁴ م. 222 من ق.ع.ج.

المطلب الثالث: جرمي إفشاء السر الطبي وامتناع الممرض عن تقديم مساعدة

يتفق الفقه والقضاء على أن حماية الحياة الخاصة تدخل ضمن حقوق الفرد حتى لا يتلقى أي عرقلة في ملكاته المعنوية أو الروحية¹. فكيف تتحقق هذه الجريمة وما هي حالات إباحة إفشاء السر الطبي؟ ثم نبحت جريمة امتناع الممرض.

الفرع الأول: جريمة إفشاء السر الطبي من طرف الممرض

البند الأول: مفهوم السر الطبي

السر الطبي هو من بين الالتزامات الأساسية الملقاة على أعوان الدولة بل أنه هو من أهم السلوكات المهنية التي ينبغي عليهم التحلي بها لأن الحق في الخصوصية هو حق جوهري للإنسان، ومكرس دستوريا في أغلب التشريعات ومنها التعديل الدستوري سنة 1996 حيث جاء في مادته 39 على أنه: "لا يجوز انتهاك حرمة حياة المواطن الخاصة وحرمة شرفه..."².

أولا: تعريف السر الطبي:

يعرف السر الطبي بأنه كل ما يصل إلى علم الممرض من معلومات أيا كانت طبيعتها تتعلق بحالة المريض وعلاجه سواء حصل عليها الممرض من المريض نفسه أو علم بها أثناء أو بسبب ممارسة مهنته³ وعرفه الفقه الفرنسي⁴ بأنه كل ما يعهد به إلى ذي مهنة ويضر إفشاءه بالسمعة والكرامة.

وبالتالي فإن كل المعلومات والبيانات والأخبار التي علمها الممرض عن حالة المريض الصحية يعد سرا، يلتزم بالمحافظة عليه وعدم إفشاءه، أيا كان الطريق الذي توصل به إلى هذه المعلومات والبيانات. إذ يستوي أن يكون الممرض قد علم بنفسه أثناء ممارسة

¹Lucie LAMRCHE, Pierre Bosset, op.cit, p 110.

²م.39، التعديل الدستوري بتاريخ: 1996/11/28، الصادر بالمرسوم الرئاسي رقم: 438/96 بتاريخ: 1996/12/07، الجريدة الرسمية، عدد 76، بتاريخ: 1996/12/08.

³محمود القبلاوي: المرجع السابق، ص 58.

⁴أسامة قايد: المسؤولية الجنائية للممرض عن إفشاء سر المهنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1989، ص 74.

الكشف على المريض، أم أن هذا الأخير أودع لديه هذه المعلومات¹. بمعنى آخر أنه يعد في حكم السر، كل أمر يكون بطبيعته ولملابساته من الظروف وخلافه من اعتبارات أخرى سرا، ولو لم يطلب صاحبه ذلك، بل ولو لم يدل به إلا إيداع.

فكل أمر ترمى إلى علم الممرض عن طريق الخبرة الفنية أو الحدس أو حتى المباغته ولو لم يذكر له المريض شيئاً عنه، فيعد من قبيل السر². فإذا أخل الممرض بهذا الالتزام قامت مسؤوليته وعلى هاتاه الجريمة وللإلمام بهذه الأخيرة والإحاطة بمعالمها وجب أن نغوص أولاً بحثاً عم يعد سرا وكيفية إفشاءه والعقوبة المقررة له ثم إلى الأحوال التي يباح فيها هذا الإفشاء.

ثانياً: الأساس الفقهي لمفهوم السر الطبي:

مما يلاحظ عموماً أن السر الطبي انطلق من فكرة كونه واجب أخلاقي يستمد مضمونه من تقاليد المهنة وهو مقرون في نفس الوقت بواجب قانوني تلتزم به فئة من الناس تقتضي أصول مهنتهم أن يطلعوا على معلومات ينبغي أن تبقى في طي الكتمان وكشفها يعد تعدي على الثقة التي ربطت علاقة الممرض بالمريض كما يعد خرقاً لقواعد قانونية تستوجب قيام المسؤولية الجزائية فلو أتيح للممرض إفشاء الأسرار لأحجم المرضى عن عيادة الأطباء خشية افتضاح أسرارهم³.

ففي هذا الصدد تنازعت نظريتان فقهيّتان حول تحديد وضبط مفهوم السر الطبي وهما نظرية المصلحة المتمثلة في نظرية العقد ونظرية المصلحة العامة المستمدة من الالتزام القانوني والتي تمس بالنظام العام.

ففي حين يرى أصحاب النظرية الأولى بأن مصلحة المريض الخاصة تقتضي إلا تفضي أسرارهم ولا أن تخرق خصوصيته في التكتّم بسبب العقد الضمني الذي يربط الممرض

¹ محمد عبد الظاهر حسين: المسؤولية المدنية في مجال طب وجراحة الأسنان، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004، ص 120-121.

² سمير عبد السميع الأذنون: مرجع سابق، ص 316.

³ أسامة قايد، مرجع سابق، ص 07.

بالمريض وما يترتب من التزامات متقابلة ومن ضمنها أن يدلي المريض إلى الممرض ببعض أسرارهِ الشخصية وربما العائلية والأسرية وفي المقابل فإن الممرض يعلم وهو يتلقى ذلك، أنه ليس له الحق في التصرف خلاف لما يريده المريض وأنه يتمتع عليه البوح بما أسر به إليه¹.

بينما يرى أصحاب النظرية الثانية، نظرية المصلحة العامة أن السر الطبي يعد بمثابة قاعدة من قواعد النظام العام، فالمصلحة العامة هي التي تبرر واجب الكتمان الملقى على عاتق الممرض واحترام خصوصية الفرد مرهون بالمصلحة العامة التي تكون محل حماية قانونية بالنصوص الأساسية للدولة².

البند الثاني: أركان جريمة السر الطبي المتعلق بالممرض:

كما يستلزم لقيام كل جريمة توافر أركانها، تتكون هذه الجريمة من ركنين مادي ومعنوي.

أولاً: الركن المادي:

ويتكون هذا الركن من ثلاثة عناصر: فعل الإفشاء ووسائله وأن يكون موضوع الإفشاء سرا ووقوعه من الممرض.

1- فعل الإفشاء:

هو اطلاع الغير على السر والشخص الذي يتعلق به³. وعليه فالإفشاء هو نوع من الإخبار وجوهره نقل المعلومات المتعلقة بشخص ما كان متكتما عليها وأودعها لدى الممرض أو اكتشفها هذا الأخير عن طريق ملازمته له خلال مراحل العلاج. ومجرد الكشف عن واقعة السر لا يعد إفشاء إنما يتعين تحديد الشخص الذي يتصل به فبيان هذا الشخص شرط أساسي لتصور المجني عليه ومعرفة وقيام علة التجريم المتجسدة في حماية مصلحة

¹ محمد عبد الظاهر حسين: المرجع السابق، ص 121.

² محمد عبد الظاهر حسين، مرجع سابق، ص 122.

³ منير رياض حنا: مرجع سابق، ص 164.

هذا الشخص. بناء على هذا يجوز للممرض أن يمثل بالوقائع شريطة ألا يشير إلى أسماء أو صفات أو وقائع قد تستنتج منها شخصية المريض، فالممرض ملزم بكتمان ما يخبره مريضه من معلومات وهو التزام قضت به المادة 206 من قانون حماية الصحة وترقيتها¹ بقولها:

"يجب على الأطباء وجراحي الأسنان والصيدالة أن يلتزموا بالسر المهني إلا إذا حررتهم من ذلك صراحة الأحكام القانونية".²

وزاد هذا الالتزام تدعيما نص المادة 36 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب³ التي توجب على الممارسين الطبيين الاحتفاظ بالسر المهني إلا إذا أعفاهم القانون من ذلك ولا يشترط في الإفشاء أن يقع على كامل جزئيات السر المهني بل يكفي إيداع جزء منه كما لا يتطلب لقيام هذا الفعل العلانية بل يكفي البوح بسر لشخص واحد ولو كان طبيبا بدوره ذلك أن المريض يختار طبيبا بعينه لذا يتوجب عليه أن يمكك عن الإفشاء بالسر وطالما أن الكتمان مفروض على الممرض ما امتدت به حياة المريض، فإنه لا يحق له ذكر السر بعد وفاته وهو ما فرضته المادة 41⁴ من مدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر إلا لإحقاق حقوق.

قد تتعدد وسائل إفشاء السر فقد تكون شفاهة بالمحادثة وقد تكون النشر في الصحف والدوريات العلمية أو عن طريق الملفات الطبية والشهادات كما في الحالات التي تصدر فيها نشرات طبية بمناسبة إصابة رؤساء الدول والشخصيات البارزة في المجتمع الدولي ومثال ذلك التقارير التي نشرت بخصوص ظروف وفاة الرئيس الفلسطيني ياسر عرفات حيث تضمنت بيانات ومعلومات حول كافة التحاليل التي أجريت للرئيس الراحل بهدف الوصول إلى الأسباب الحقيقية للوفاة وهذا من أجل إعلام الرأي العام بها لأن حالة الرؤساء الصحية تهم الجميع ومن حق الشعب⁵ الاطلاع عليها بتصريح من السلطات المعنية ومن أسرة الرئيس وهذا لتفادي مشاكل سياسية قد تحدث من جراء الإخفاء.

¹ المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، مرجع سابق، ص. 97 ق. ص. ت.

² م. 206 م. ت رقم 92_276.

³ م. 365 م. ت رقم 92_276.

⁴ م. 41 من م. ت رقم 92-276.

⁵ شريف الطباخ: المرجع السابق، ص 106.

2- أن يكون موضوع الإفشاء سرا:

من الصعب أن نجد معيارا صادقا يحدد معنى السر فالبعض يرى أن السر هو كل ما يضر إفشاؤه بالسمعة والكرامة، والبعض الآخر يجد أن كل نأبأ يجوز أن يعد سرا ولو غير مشين بمن يريد كتمانها، المهم أنه قد يلحق ضررا بشخص ما بالنظر إلى طبيعة النأبأ أو إلى ظروف الحال.¹

بناء على ما سبق فلا يجوز للممرض أن يذكر شيئا عن نوع المرض ذلك أنه لا يصح أن يترك للممرض سلطة² تقدير ما يجوز إفشاؤه وما يجب كتمانها طالما أنه لا يستطيع التنبؤ بما سيرتبه الإفشاء من آثار على المريض وينبغي أن يصل السر إلى الممرض بحكم مهنته حتى ولو لم يطلب منه الكتمان وحتى ولو لم يدل به المريض بل اكتشفه الممرض مصادفة عن طريق التمريض استنادا إلى مهاراته فإنه ملزم بعدم إفشاء ما توصل إليه وقد جاءت المادة 37 من مدونة أخلاقيات الطب شاملة لكل ما يصل إلى الممرض أو مساعديه بحكم عملهم، بقولها: "يشمل السر المهني كل ما يراه الممرض أو جراح الأسنان ويسمعه ويفهمه أو كل ما يؤمن عليه خلال أدائه لمهنته".³

غير أنه لا يعتبر سرا كل ما هو معلوم وظاهر إلى حد لا جدوى من إخفائه، ومثال ذلك لا يفشي ممرض تقويم البصر سرا إذا قال أن شخص له عين زجاجية إذ هذا الأمر ظاهر للعيان.⁴

3- أن يكون إفشاء السر من الممرض:

لم يحصر القانون ألقاب الملتمزمين بكتمان السر، بل أوردتهم على سبيل المثال الأطباء والجراحون والصيدالة والقابلات وهذا ما نصت عليه المادة 301/ف1 لقانون العقوبات بقولها: "يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة من 500 دج إلى 5.000 دج

¹ أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للممرض عن اقتناء السر المهني، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990، ص.247.

² أحمد محمود إبراهيم سعيد، مسؤولية الطبيب ومساعديه، دار النهضة العربية، القاهرة، 2003، ص.214.

³ م. 37 من م.ت رقم 92-276.

⁴ طاهري حسين، مرجع سابق، ص.98.

الأطباء والجراحون والصيدلة والقابلات وجميع الأشخاص المؤتمنين بحكم الواقع أو المهنة أو الوظيفة الدائمة أو المؤقتة على أسرار أدلى بها إليهم وأفشوها في غير الحالات...¹.
والقانون بهذا التجريم أراد أن يحمي مصلحة من تلجأهم الضرورة ويضطر إلى البوح بأسرارهم إلى هذه الفئة بصفة عامة والأطباء بصفة خاصة باعتبارهم أكثر الاطلاع عن أسرار الحياة الخاصة بطبيعة عملهم وهو ما جاءت به المادة 206² السالفة الذكر من قانون 05/85 مخاطبة العاملين منهم والمختصين.

ثانيا: الركن المعنوي:

جريمة الإفشاء عمدية يجب لقيامها توافر القصد الجنائي³ فلا تقوم بالإهمال أو عدم الاحتياط حيث لا يرتكب جريمة إفشاء السر الممرض الذي يهمل إخفاء ورقة متضمنة أسرار مريضه على أنظار المرضى الآخرين نتيجة تركها فوق المكتب أو على سرير المريض مما يمكن لشخص ما الاطلاع عليها. والقصد الجنائي المتطلب لقيام هذه الجريمة هو القصد العام⁴، فينبغي أن يعلم الأمين على السر بكافة عناصر الجريمة، أي أن يفشي واقعة لها صفة السر المهني يلزمه القانون بكتمانها. كما يجب أن تتجه إرادته إلى السلوك المحقق للجريمة وهو فعل الإفشاء وتحقيق النتيجة حتى ولو لم يكن لدى الأمين على السر نية الإضرار بصاحب السر إذ لا يستلزم هذا الجرم قصدا خاصا.

البند الثالث: عقوبة جريمة إفشاء السر الطبي:

بتوافر كل الشروط والأركان السالفة الذكر في حق كل ممارس طبي أو من في حكمه كتابيه تقوم جريمة إفشاء السر الطبي وحقت عليه العقوبة حسب نص المادة 235⁵ من قانون 05/85 لحماية الصحة وترقيتها بنصها: "تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادة 301 من قانون العقوبات، على من لا يراعي إلزامية السر المهني المنصوص عليها في

¹ م. 1/301 من ق.ع.ج.

² م. 206 من ق.ص.ج.

³ منير رياض حنا: المرجع السابق، ص 166.

⁴ راند كمال خير، مرجع سابق، ص. 147.

⁵ م. 235 من ق.ص.ج.

المادتين 206¹ و 226² من هذا القانون". فنجد أن هذه المادة جاءت شاملة للممارسين الطبيين وشبه الطبيين الذين يعملون كمساعدين وتسمح لهم ظروف عملهم بالاطلاع على أسرار المرضى كما أنه أحوالت العقوبة إلى نص المادة 301 من قانون العقوبات³ التي تنص على: "يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة من 20.000 إلى 100.000 دج، الأطباء والجراحون وجميع الأشخاص المؤتمنين بحكم الواقع أو المهنة أو الوظيفة الدائمة أو المؤقتة على أسرار أدلى بها إليهم وأفشوها في غير الحالات التي يوجب عليهم فيها القانون إفشاؤها ويصرح لهم بذلك...".

البند الرابع: حالات إباحة إفشاء السر الطبي:

عرفنا فيما سبق أن أساس كتمان السر الطبي تتنازعه نظريتان نظرية المصلحة الخاصة التي مفادها المحافظة على أسرار المرضى وعدم إفشائها بسبب ارتباط الطرفين (الممرض والمريض)⁴ في أكثر الأحوال ونظرية المصلحة العامة للمجتمع وأفراده في عدم إفشاء السر المعني الذي يعد من النظام العام في تأمين العلاج للعامة مع المحافظة على خصوصية كل شخص⁵. لكن بالمتأمل في النظريتين نجد أنه لا تناقض في ذلك لأن كلاهما مكمل للآخر ذلك أن المجتمع هو مجموعة أفراد وبالتالي فكلاهما أجدر بالحماية.

وهذا ما أخذ به المشرع الجزائري في المادة 37⁶ من المرسوم 276/92 السابقة الذكر حيث أدمج النظريتين حتى لا يعطي للأطباء فرصة استغلال العلاقة العلاجية الناشئة بين المريض والممرض لإفشاء أسرارهم والتي تؤدي إلى الإضرار بمصالح المجتمع بأن يفقد الأفراد الثقة في المنظومة الصحية وبالتالي يكون تفشي للأمراض والأوبئة وتحطيم كيان الدولة.

¹ م. 206 من ق.ص.ج.

² م. 226 من ق.ص.ج.

³ م. 301 من ق.ع.ج.

⁴ عبد الرزاق السنهوري: الوسيط في شرح القانون المدني، العقود الواردة على العمل، الجزء السابع، المجلد 01، الطبعة الثالثة، الإسكندرية، 1998، ص 930.

⁵ M. BENEZECH, B. HOREINI, le secret médical, confidentialité et discrétion en médecine, Paris, 1996, p 18.

⁶ م. 37 من م.ت. رقم 276-92.

غير أنه استثناء من قاعدة العقاب على إفشاء السر الطبي هناك حالات يجوز فيها الإفشاء دون تحقق الجريمة بزوال الصفة الجنائية عن فعل الإفشاء وهذا ترجيحاً لمصلحة الإفشاء عن مصلحة الكتمان أكان برضا المريض أو لأسباب أخرى، وهذا ما سنتناوله في بندين حيث نتناول في البند الأول أسباب إباحة إفشاء السر الطبي للمصلحة العامة والخاصة في بند ثاني.

أولاً: إفشاء السر الطبي للمصلحة العامة:

في مقابل كتمان السر الطبي ألزم القانون الممرض بالإفشاء في حالات محددة ومعينة ذكرها في نصوص متفرقة من أجل المصلحة العامة كالتبليغ عن الولادات والوفيات أي الخاصة بالحالة المدنية وحالة الإفشاء من أجل الصحة والأمن العام كالتبليغ عن الجرائم والأمراض المعدية وحالة الإفشاء لهدف حسن سير العدالة.

1- أسباب إباحة السر الطبي الخاصة بالحالة المدنية:

أشار إلى هذه الأسباب قانون الحالة المدنية في نصوص متعددة منها التبليغ عن المواليد سواء من الأشخاص أو المستشفيات وكذا بالنسبة للوفيات.

أ- التبليغ عن المواليد:

عالج المشرع مسألة التبليغ عن الولادات بنصه في المادة 61 من الأمر المتعلق بالحالة المدنية: "يصرح بالمواليد خلال خمسة أيام من الولادة إلى ضابط الحالة المدنية..."¹.

فقد حدد المشرع مدة التبليغ بخمسة أيام، وهي تختلف من تشريع لآخر، لكن الشيء المتفق عليه، هو أن التبليغ عن الولادة أمر إجباري من قبل الممرض أو القابلة أو في الحالات التي تحدث فيها عملية الولادة، سواء داخل أو خارج المستشفيات أو المراكز الصحية المخصصة لذلك، أو في مسكن خاص، وهذا ما نصت عليه المادة 62 من نفس

¹ م. 61 من أمر رقم 20/70 مؤرخ في 19/02/1970 المتعلق بالحالة المدنية، الجريدة الرسمية، العدد 12، بتاريخ: 1970/02/27.

الأمر السابق الذكر بما يلي: "يصرح بولادة الطفل الأب أو الأم وإلا فالأطباء والقابلات وأي شخص آخر حضر الولادة، وعندما تكون الأم ولدت خارج مسكنها فالشخص الذي ولدت الأم عنده"¹.

وهذا يعني أن الالتزام بالتصريح عن الولادة يقع على الممرض أو القابلات على غرار ذوي الشأن أو أي شخص حصلت عنده واقعة الولادة مما يستدل منه أن التبليغ عن الولادة للجهات المعنية لا يعتبر إفشاء للسر الطبي حتى ولو كانت الولادة ناتجة عن حمل غير شرعي وفي هذا حفاظا على حقوق الولادة أو المولود الذي لا ذنب له في ذلك.²

ب- التبليغ عن الوفيات:

نصت المادة 78 من الأمر 20/70 المتعلق بالحالة المدنية على أنه: "لا يمكن أن يتم الدفن دون ترخيص من ضابط الحالة المدنية مكتوب على ورقة عادية ودون نفقة ولا يمكن أن يسلم الترخيص إلا بعد تقديم شهادة معدة من قبل الطبيب أو من قبل ضابط الشرطة القضائية..."³.

يتضح من هذا أن الطبيب وحده المكلف بإعداد شهادة وفاة الشخص وبالتالي لا تعد هذه الشهادة إفشاء للسر الطبي بل هي ضمن اختصاصات الطبيب التي كلفه بها القانون حيث ولكن يفوض الطبيب أحيانا الممرض بتدوين طبيعة الوفاة وتاريخها، وذلك لإحقاق حقوق الورثة هذا إذا كانت الوفاة طبيعية أما إذا كانت غير طبيعية فعلى الممرض تبليغ الجهات الرسمية والقضائية بذلك لفتح تحقيق من أجل معرفة أسبابها قبل زوال المعالم الحقيقية من الجثة أو لمنع انتقال العدوى.⁴

كما أن القانون يلزم الممرض بالتبليغ عن وفاة الطفل سواء أثناء الولادة أو بعدها بقليل، ففي قضية تتلخص وقائعها، بأن فتاة حملت من سفاح ووضعت بمساعدة ممرضة في

¹ م. 62 من ق.ح.م.

² موفق علي عبيد: المسؤولية الجنائية للأطباء عن إفشاء السر المهني، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 1998، ص 148.

³ م. 78 من ق.ص.ج.

⁴ محمود محمود مصطفى، مدى المسؤولية الجنائية للممرض إذا أفشي سرا من أسرار مهنته، المرجع السابق، ص 680.

منزل والدها إلا أن الطفل توفي بعد لحظات من الولادة، فاعتقدت الممرضة أن لا داعي للتبليغ وعلى الأخص فإن ذلك فيه ستر للفضيحة، فلما انتشر الخبر قدمت الممرضة للمحاكمة وقضى عليها بالعقاب لعدم تبليغها عن الولادة.¹

2- أسباب إباحة إفشاء السر الطبي من أجل الصحة والأمن العاميين:

نتناول في هذا الشأن مسألتين جد هامتين، هي إفشاء السر الطبي من أجل الصحة العامة، ونقصد بها الضرورة الملحة على الطبيب، في أن يبلغ الجهات المختصة عن الحالات المرضية الخطيرة والمهددة للصحة العامة، من أجل الحفاظ على سلامة الأشخاص من الأوبئة، وانتشار العدوى في أوساط المجتمع، والمسألة الثانية هي التبليغ من أجل الأمن العام على الجرائم التي تصل إلى علم الطبيب.

فكالتا الحالتين تشتركان في كون الهدف من الإفشاء هو توخي الحذر وإعلام السلطات بالخطر المهدد لأمن واستقرار المجتمع، فالممرض يرجح كفة الإفشاء بالسر عن الالتزام بالكتمان من أجل إنقاذ ووقاية المجتمع من الأمراض المعدية أو من الجرائم.

أ- إفشاء السر الطبي من أجل الصحة العامة:

إن كون المصلحة العامة أولى بالحماية من المصلحة الخاصة، ولاشك في أن الممرض ملزم بالإبلاغ² قانونا عن الأمراض المعدية سواء أوبئة أو أمراض تناسلية أو مهنية أو عقلية كالترامه بتقديم التقارير الطبية التي يودعها الممرض عنده بغية تسليمها للجهات المعنية من أجل اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية من طرف السلطات المعنية، وهذا ما ذهب إليه المشرع في نص المادة 54 من قانون حماية الصحة وترقيتها بقولها: "يجب على أي ممرض أو من يساعده أن يعلم فوراً المصالح الصحية المعنية بأي مرض معد شخصياً وإلا سلطت عليه عقوبات إدارية وجزائية".³

¹ نقلا عن مأمون عبد الكريم، المرجع السابق، ص 27 Cass.crim, 18 Juin 2002, n°01-86503, bull.crim, n°371, P.12

² محمد عبد الظاهر حسين: المرجع السابق، ص 127.

³ م.54 من ق.ص.ج.

ولا يعد الإبلاغ في هاته الحالة إفشاء للسر الطبي بل هو واجبا تنفيذا لأمر القانون حسب ما نصت عليه المادة 39 من قانون العقوبات بقولها: "لا جريمة إذا كان الفعل قد أمر أو أذن به القانون...".¹ ومن أجل عدم إطلاق العنان للأطباء والممرضين في إفشاء السر الطبي حاول المشرع الإشارة إلى مفهوم الأمراض المعدية وكيفية التصدي لها كما جاء في المادة 55 من قانون 05/85 بقولها: "يخضع السكان للتطعيم الإجباري المجاني قصد الوقاية من الأمراض العفنة المعدية، تحدد عن طريق التنظيم قائمة الأمراض العفنة المعدية التي تستوجب التطعيم الإجباري".²

إلا أن هناك أمراض قد ظهرت نتيجة التطور العلمي فكان لا بد من النص عليها ولو في لوائح وقرارات ضف إلى ذلك أن قانون الأسرة المعدل أوجب إجراء الفحوص الطبية قبل الزواج وإعلام الزوجين المقبلين عليه بكل مرض مكتسب أو وراثي يعاني منه أحدهما³ وفي هذا تغليب لمصلحة المجتمع على الالتزام بالسر الطبي وهذا بمنح كل واحد منهما شهادة طبية تثبت صحتها أو مرض أحدهما.

بالإضافة إلى التبليغ عن الأمراض المعدية والتناسلية يقع واجب على عاتق الممرض أن لا يمتنع عن التصريح بموجب شهادة طبية بحجة السر الطبي عن المرضى عقليا خاصة إذا كان هؤلاء يشكلون خطرا وهذا ما نصت عليه المواد 109⁴، 111 و 125⁵ من القانون رقم 05/85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها حيث جاء في مادته 111 بنصها: "... يجب أن يرافق طلب الفحص الإجباري في الأمراض العقلية بشهادة طبية يحررها أي ممرض يبين فيها الاضطرابات العقلية التي يعاني منها المريض والخطر الذي يمثله".⁶

¹ م. 39 من ق.ع.ج.

² م. 55 من ق.ص.ج.

³ تنص المادة 07 مكرر من الأمر رقم: 02/05 المؤرخ في: 2005/02/27، يعدل ويتم القانون رقم 11/84 والمتضمن قانون الأسرة، الجريدة الرسمية، العدد 15، بتاريخ: 2005/02/27، على أنه: "يجب على طالبي الزواج أن يقدموا وثيقة طبية لا يزيد تاريخها عن ثلاثة أشهر تثبت خلوهما من أي مرض...".

⁴ م. 109 من ق.ص.ج.

⁵ م. 125 من ق.ص.ج.

⁶ م. 111 من ق.ص.ج.

كما أن الممرض يتحرر من السر الطبي في حالة اكتشافه لمرض مهني¹ للأمراض المهنية كتلك الناتجة عن تفاعلات أو ترسبات لمواد كيميائية في الجسم، وذلك بالتبليغ عن هاته الأمراض لمفتشية العمل من أجل عدم انتشار العدوى من جهة كما في حالات الالتهاب الكبدي ومن جهة أخرى من أجل صيانة حق العامل في مواجهة صندوق الضمان الاجتماعي ومراقبة شروط العمل وهذا ما نصت عليه المادة 63 من القانون المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية.²

ب- إفشاء السر الطبي من أجل الأمن العام:

نقصد بإفشاء السر الطبي من أجل الأمن العام، حالة التبليغ عن الجرائم التي علمها الممرض عند ممارسته لمهنته أو بسببها حيث أن الممرض يدخل في إطار الالتزام العام كأبي مواطن بالإبلاغ عن تلك الجرائم تبليغا للصالح العام حتى ولو ترتب ذلك إفشاؤه لسر مريض إذ لا يعقل أن يكون السر هو التستر عن الإجرام وحماية المجرمين.³

فالإبلاغ في هذه الحالات يكون سواء بعد وقوع الجريمة أو قبل وقوعها ولما كان الممرض فرد من هذا المجتمع فإن التبليغ واجب عام يقع على عاتق كل شخص تصل إلى علمه معلومات، عن محاولة الإخلال بالأمن العام وطبقا لنص المادة 02/301 من قانون العقوبات التي نصت على أنه: ".... ومع ذلك فلا يعاقب الأشخاص المبينون أعلاه رغم عدم التزامهم بالإبلاغ عن حالات الإجهاض التي تصل إلى علمهم بمناسبة ممارسة مهنتهم، بالعقوبات المنصوص عنها في الفقرة السابقة إذا هم أبلغوا بها، فإذا دعوا للمثول أمام القضاء في قضية إجهاض يجب عليهم الإدلاء بشهادتهم دون التقيد بالسر المهني".⁴

¹أحمية سليمان: التنظيم القانوني لعلاقات العمل، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2002، ص 150.

²م.63 من قانون 08-08 المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي المؤرخ في 2008/02/25 ح.ر.ع عدد 11 بتاريخ 2008/03/02.

³علي حسين نجيدة: التزامات الممرض في العمل الطبي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992، ص 223.

⁴م.301 من ق.ع.ج.

فالمشرع أوجب على الممرض والممرض التبليغ عن الجرائم التي يعلم بها، ومن بينها جريمة الإجهاض، فإذا استدعى للمثول أمام القضاء¹، فهو غير مقيد بواجب السر المهني، وعليه التصريح بوقوع عملية الإجهاض حماية للمجتمع من هذه الجرائم.

فالقانون أعطى له وبصريح العبارة رخصة قانونية لإفشاء السر المهني مثلما نصت عليه المادة 03/206 من قانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على أنه: "يجب على الأطباء أن يبلغوا عن سوء معاملة الأطفال القصر والأشخاص المحرومين من الحرية التي لاحظوها خلال ممارستهم مهنتهم"².

كذا في نفس السياق نصت المادة 12 من مدونة أخلاقيات الطب على ما يلي: "لا يمكن للممرض أو جراح الأسنان المدعو لفحص شخص سلب الحرية أن يساعد أو يغض الطرف عن ضرر يلحق بسلامة جسم هذا الشخص... يتعين عليه إخبار السلطة القضائية بذلك..."³.

كما نصت المادة 54 من نفس القانون على ما يلي: "يجب على الممرض أو جراح الأسنان المدعو للاعتناء بقاصر أو بشخص معوق إذا لاحظ أنهما ضحية معاملة قاسية... أن يبلغ بذلك السلطات المختصة"⁴.

إن كل هذه النصوص توجب على الممرض تبليغ الجهات المختصة عن وقوع جريمة أو التبليغ عن السر لمنع وقوع الجريمة.

ج- إفشاء السر الطبي لحسن سير العدالة:

إن التشريعات والنصوص القانونية المتفرقة جاءت بأحكام ملزمة توجب للممرض بإفشاء السر الطبي لتسهيل عمل القضاة في الوصول إلى الحقيقة⁵.

¹ Cass.crim, 11 Sep. 2001, n°00/85473, publié au bull.crim, n°176, P575. 218. المرجع السابق، ص 206 م. ق. ص. ج.

² م. 12 من م. ت. رقم 92-276.

³ م. 54 من م. ت. رقم 92-276.

⁴ محمود مصطفى، مرجع سابق، ص. 682.

⁵ محمود مصطفى، مرجع سابق، ص. 682.

لكن هذا الإفشاء ليس مطلقاً في مجمله، بل هناك ضوابط وشروط لا بد من توافرها حتى يكون الإفشاء قانونياً من طرف الممرض.

1- شهادة الممرض المعالج أمام القضاء بحسب رتبته:

إن الرخص القانونية التي منحها المشرع لهذه الفئة من المهن، والتي تسمح لهم بالإفشاء عن أسرار مرضاهم هي في الحقيقة رخص قررت لصالح خدمة مرفق القضاء وحسن سير العدالة وهذا للوصول إلى الحقيقة.

أمام هذا التعارض بين الواجبين، وهما حفظ السر المهني، وواجب أداء الشهادة أمام القضاء يصبح من الضروري على الممرض المزاول بين هذين الواجبين¹، حيث أنه بسكوته وعدم شهادته سيعرض بريئاً للعقاب ظلماً، كما أنه سيحاكم عن عدم الإدلاء بالشهادة أمام القضاء، لأن ذلك يدخل ضمن عرقلة حسن سير العدالة وتمتاز الشهادة بطابعها المعنوي إذ تنصب في شكل أقوال وتصريحات تخضع لمطلق تقرير القاضي². غير أن هناك تحفظ صريح ورد في المادة 01/97 من قانون الإجراءات الجزائية بقولها: "كل شخص استدعى لسماع شهادته ملزم بالحضور وحلف اليمين وأداء الشهادة مع مراعاة الأحكام القانونية المتعلقة بسر المهنة"³.

وبكل وضوح في صياغتها قررت في الشطر الأول المبدأ العام المتمثل في الالتزام القانوني بأداء الشهادة، في حين أن الشطر الأخير منها تضمنت هذا التحفظ ولقد تأكد هذا التحفظ في المادة 05/206⁴ من قانون 17/90 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على أن الممرض المعالج لا يمكنه الإدلاء بشهادته إلا برضي المريض نفسه وفي حدود الأسئلة

¹ منير رياض حنا: المرجع السابق، ص 170.

² مسعودة زبدة: القرائن القضائية، الطبعة الأولى، موفم للنشر، مصر، 2001، ص 195.

³ م. 97 من ق.إ.ج.ج.

⁴ م. 5/206 من ق.ص.ج.

المطروحة عليه وأن لا يتعدى إلى أمور لم يطلب منه الإدلاء بها حسب ما نصت عليه المادة 104/206¹ من نفس القانون.

غير أنه استثناء من هذا الحكم حرر المشرع صراحة الممرض من السر المهني في حالة الإدلاء بالشهادة أمام القضاء في جريمة الإجهاض نظرا لخطورتها حتى ولو اعترض المريض على هذه الشهادة وهذا ما نصت عليه المادة 02/301 من قانون العقوبات بقولها: "... فإذا دعوا للمثول أمام القضاء في قضية إجهاض يجب عليهم الإدلاء بشهادتهم دون التقيد بالسر المهني".²

خلاصة لما سبق نجد أنه إذا دعي الممرض للشهادة أمام القضاء يجب عليه الالتزام بالسر المهني إلا إذا صدر له رضا المريض بذلك واستثناء من ذلك يمكن له إفشاء السر المهني المتعلق بجريمة الإجهاض بدون رضا المريض بل حتى ولو اعترض على ذلك.

2- شهادة الخبير أمام القضاء:

لسبب افتقار القاضي للمعرفة التقنية³ يتعين عليه أحيانا الاستعانة بأهل الاختصاص في المسائل المعروضة عليه والقاضي الجزائي مثل القاضي المدني له سلطة تقديرية وله الخيار في اللجوء إلى الخبرة غير أنه يجدر التنويه بأن في المادة الجزائية لا يمكن رد الخبير خلافا لما هو جار في المادة المدنية⁴.

فالخبير هو الشخص المؤهل فنيا وعلميا لتبيان الحقائق والوقائع المتعلقة بالموضوع المطلوب منه دراسته وإبداء الرأي فيه وبناء على ذلك يباح له الإدلاء بكل ما علم به من المريض لأنه يجسد المحكمة أو الجهة التي انتدبته ولا يمكن أن نصف الأمر بإفشاء السر غير أنه يجب على الخبير أن يعلم المريض بصفته وهذا ما نصت عليه المادة 2/207 من

¹م.4/206 من ق.ص.ج.

²م.301 من ق.ع.ج.

³Marion schnitzler, la communication du dossier médical dans le cadre d'une expertise judiciaire, Gestions hospitalières Paris, 2005, p 155.

⁴عبد العزيز نوبري: الخبرة الطبية ودورها في الإثبات في المادة الجزائية، مجلة الشرطة الجزائرية، العدد 50، 1994، ص 17.

قانون حماية الصحة وترقيتها بقولها: "يتعين على الممرض أو جراح الأسنان أو الصيدلي المكلف بمهمة الخبرة أو المراقبة أن يطلع الأشخاص الذين سيقوم بفحصهم أنه مخول بهذه الصفة...".¹

فلا يمكن أن يستغل الخبير ثقة المريض للإيقاع به حيث يتبادر إلى ذهن المريض أن هذا الأمر يدخل في إطار العلاج لمصلحته ولقد أشارت المادة 297² من مدونة أخلاقيات الطب على أنه لا يجوز أن يكون الممرض معالجا وفي ذات الوقت خبيرا. وإذا حدث ذلك يمكن لهذا الأخير أن يرفض مهمة الخبرة لأن الخبير يمثل المحكمة أو الجهة التي انتدبته وعليه إفشاء السر إذ أن عمله لا يتجزأ من عملها بشرط أن يفرض به لهذه الأخيرة فقط وفي حدود ما طلب منه وهذا ما تضمنته المادة 04/206³.

ثانيا: إفشاء السر الطبي للمصلحة الخاصة:

قد يجد الممرض نفسه مضطرا إلى إفشاء سر مريضه لضرورات تحتمها عليه حالات كأن يكون ذلك لصالحه في الدفاع عن نفسه من جريمة هو متهم بها أو عندما يرخص له المريض بذلك برضاه.

1- الحالات المخول فيها للممرض إفشاء السر الطبي للدفاع عن نفسه:

استقر الرأي على أن الممرض الحق كشف السر دفعا للمسؤولية في نطاق الدفاع عن نفسه عندما يكون محل اتهام لارتكاب جريمة تمس بسمعته كالجرائم الأخلاقية. فهنا يجد نفسه مضطرا لاستعمال حقه في الكشف عن الأسرار المتواجدة في الملفات الطبية وغيرها من أجل كشف الحقيقة وإظهار براءته⁴. كما أنه من الثابت قانونا أن الممرض يتحرر من الالتزام بالسر الطبي عند اتهامه بخطأ تمريضي سواء أمام النيابة أو التحقيق أو جهات الحكم

¹ م. 1/207 من ق.ص.ج.

² م. 97 من م.ت رقم 92-276.

³ م. 4/206 من ق.ص.ج.

⁴ عبد العزيز النويري، مرجع سابق، ص. 22.

التي بإمكانها عقد الجلسة سرية غير أنه لا يجوز له النشر في الصحف لأسرار مرضاه¹ يضاف إلى ذلك حياة إذا وقع خلاف بينه وبين المريض حول الأتعاب بحسب الجهد الذي بذله أو نوعية العلاج.

ففي كل الحالات ترجح مصلحة الممرض على مصلحة المريض وبالتالي يباح للممرض في إفشاء سر المريض بالقدر الكافي من الأسرار التي توجب الكشف عنها تبرئة الممرض من التهم المنسوبة إليه.

ثالثاً: تصريح المريض للممرض بإفشاء السر الطبي:

إن رضا المريض، يعد سبباً للإباحة بإفشاء الممرض للسر، فصاحب الحق الشخصي في السر له أن يفشيه، ومن ثم يجوز له أن يطلب ممن انتمه على هذا السر أن يفضي به نيابة عنه للغير². فإذا طلب مثلاً مريضاً من الممرض إخبار زوجة المريض فقط عن مرضه، فليس في إخبارها إفشاء للسر فمهما كانت المصلحة العامة توجب الكتمان والتستر على أسرار المرضى إلا أن أغلبية الفقه سارت على نهج أنه لا مانع من إفشاء السر بطلب ورضا صاحبه.

ولقد نصت المادة 05/205 من قانون حماية الصحة وترقيتها على هذا بقولها: "لا يمكن للممرض والمؤتمنين... أن يفشي الأحداث المعنية بالسر المهني إلا إذا إعفاء مريضه من ذلك"³.

مثال ذلك التقرير الذي نشر حول الحالة الصحية للرئيس عبد العزيز بوتفليقة عند دخوله مستشفى "فال دوغراس Val de Grace" الفرنسي بتاريخ 2005/11/26 حيث ظهر الرئيس على شاشة التلفزة وصرح بأن التقرير الذي نشر حول صحته من قبل الممرض الخاص به، كان بترخيص منه هو شخصياً. غير أن إفشاء السر الطبي للمريض إذا

¹ عبد الحميد الشواربي، المرجع السابق، ص 304.

² شريف الطباخ: المرجع السابق، ص 110.

³ م. 205 من ق.ص.ج.

كان سيزيده ألما أو يؤزم وضعيته الصحية فمن باب أولى أن يكتم عنه السر حسب ما نصت عليه المادة¹ 51 من أخلاقيات المهنة.

يثور التساؤل حول إذا ما توفى المريض فهل يعد رضا ورثته بالإفشاء سببا لإباحته فمن الفقه من أقر بحق هؤلاء في الاطلاع على ملف مورثهم وطلب شهادة طبية تبين حالته الصحية قبل الوفاة ومن جانب آخر رفض فريق على الإفشاء على أساس حفظ كرامة الميت حسب ما نصت عليه المادة 41 من مدونة أخلاقيات الطب² السالفة الذكر بقولها: "لا يلغي السر المهني بوفاة المريض إلا لإحقاق حقوق".

ومن هذا النص نستخلص أن المشرع منع مبدأ عام على الممرض أو الورثة إفشاء سر مرض المتوفي، ومع ذلك أقر استثناء من هذا المبدأ إفشاء السر إذا كان لمصلحة مشروعة ومثال ذلك حق ورثة البائع المتوفي في الحصول على شهادة أمام القضاء تثبت إصابة مورثهم بعاهة عقلية لإثبات عيب التصرف من مورثهم في مرض الموت وبناء على ما سبق يمكننا القول أنه متى صدر الرضا صحيحا من صاحب السر إلى من استودعه عليه حسب الشروط ودون مخالفة القوانين المانعة للإفشاء أمكن للممرض أن يفضي بما لديه من أسرار دون أن يترتب على ذلك أي مسؤولية.

الفرع الثاني: جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة:

من الطبيعي أن تمر أي مهنة من المهن بمراحل تطور حتى تتلاءم مع متطلبات ومتغيرات المجتمع، وبذلك تتحدد معالمها ومفاهيمها وكذلك شأن المهن الطبية، ففي السابق كان للممرض الحق في رفض علاج مريض ما وكان للمستشفى الحق في أن يمتنع عن استقبال المرضى نتيجة عدم قدرتهم عن دفع تكاليف العلاج والإقامة إلا أن تغيرت الأمور والمفاهيم. فمفهوم الصحة أصبح من النظام العام وبالتالي برزت للوجود أفكار وقوانين من أجل تقييد الحريات الفردية للصالح العام.

¹ م. 51 من م.ت رقم 92-276.

² م. 42 م.ت 276/92 .

وكان لذلك أثر في تقييد حرية الممرض في ممارسة مهنته وأقيمت عليه واجبات مستمدة من أنسنة المهنة ونيل الرسالة التمريضية للتخفيف من المعاناة وتقديم المساعدة في وقت الحرب والسلام وهذا ما نصت عليه مدونة أخلاقيات الطب في عدة مواد (م 6، م 7، م 8) وقبل هذا وذاك أقرت الشريعة الإسلامية السمحاء أخلاق التضامن والمساعدة في الشدائد حيث يقول الله عز وجل: "وتعانوا على البر والتقوى..."، وقول الرسول (ص): "من فرج عن مؤمن كربة من كرب الدنيا فرج الله عليه كربة من كرب الآخرة".

مما سبق استمدت القوانين هذه الأخلاق النبيلة كما نصت على ذلك مدونة أخلاقيات الطب وقوانين الصحة بل أكثر من ذلك أضحى الامتناع عن تقديم المساعدة كجريمة معاقب عليها لما لهذا النشاط السلبي من خلفيات شريرة وسيئة في نفس مرتكبه أو الأناثية وإيثار الراحة الشخصية على الواجب الأخلاقي والقانوني المتمثل المساعدة للغير في حالة الخطر.

في هذه الحالة يثور التساؤل حول إشكاليات التكييف القانوني لهذه الجريمة إذ أنها تتجلى في الواقع تحت عدة صور متشابهة ومتداخلة مع بعضها البعض وهذا ما سنحاول تبيانه من خلال ثلاثة بنود، نخصص الأول لإشكاليات التكييف القانوني لجرائم امتناع الممرض عن تقديم المساعدة للغير في حالة خطر، وفي البند الثاني لأركان جريمة امتناع عن تقديم المساعدة، وفي البند الثالث إلى الجزاء المترتب عن ذلك.

البند الأول: إشكاليات التكييف القانوني لجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة:

يثور الإشكال من جهة رفض الممرض علاج مريض، فهل تتحقق عندئذ جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة.

من جهة أخرى تثار الصعوبة أكثر عندما تتركب أجهزة الإنعاش الصناعي على المريض أثناء حياته وتنتهي حياته الطبيعية رغم تمتعه بحياة عضوية بفضل استخدام هذه الأجهزة فهل يجوز للممرض المختص بالإنعاش إنهاء هذه الحياة العضوية الصناعية¹

¹مرفت محمد البارودي، مرجع سابق، ص.58.

للمريض بإيقاف عمل هذه الأجهزة وهل يعد مرتكب لجريمة امتناع عن تقديم المساعدة أم مرتكب لجريمة القتل بدافع الشفقة (القتل الرحيم)؟

أولاً: حالة رفض الممرض عن تقديم العلاج للمريض:

الإشكال يثور عند رفض الممرض لعلاج مريض فهل تتحقق عندئذ جريمة الامتناع عن مساعدة أم لا؟

لقد ساد هذا الرأي قديماً بحرية الممرض في ممارسته مهنته فله أن يقبل أو يرفض دعوة مريض لعلاج ومناطق ذلك العلاقة التعاقدية في عقد العلاج بين المريض والممرض غير أنه ما فتئت أن تغيرت الأفكار والمفاهيم أخلاقياً وقانونياً وأصبح من الواجب قانوناً حسبما تفرضه مقتضيات المهنة أن لا يرفض الممرض علاج مريض إلا في حالات استثنائية جداً منظمة قانوناً كإهمال المريض لتعليمات الممرض المعالج أو استعانة المريض بممرض آخر وتراخي المريض في دفع أتعاب الممرض في المؤسسات الخاصة للمرضين أو العيادات الخاصة¹.

لقد نصت على هذه الحالات المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "للمريض حرية اختيار معالجه أو جراح أسنانه أو مغادرته... ويمكن للممرض أو جراح الأسنان مع مراعاة أحكام المادة 09 أعلاه أن يرفض لأسباب شخصية تقديم العلاج"². ولكن بفرنسا هناك قطاع خاص على سبيل المهن الحرة للممرضين. بمعنى أن الممرض من حقه رفض علاج المريض في الحالات العادية أما في الحالات الحرجة التي تتطلب تقديم الإسعافات فلا يحق له بذلك.

كما أضافت المادة 50 من نفس المدونة: "يمكن للممرض أو جراح الأسنان أن يتحرر من مهمته بشرط أن يضمن مواصلة العلاج للمريض"³.

¹ مرفت محمد البارودي، مرجع سابق، ص. 59.

² م. 42 من م. ت رقم 92-276.

³ م. 50 من م. ت رقم 92-276.

بناء على ما تقدم ونظرا لأهمية هذا الأمر الخاص بمواصلة العلاج وتقييد حرية الممارسين للعلاج في احتكار ما أنعم الله عليهم من حكمة ومعرفة وصرف الدولة لأموال طائلة من الخزينة العامة لتدريبهم وتأطيرهم وجب عليهم أن لا يرفضوا علاج أو ينقطعوا عن مواصلته للمرضى، إلا في حالات استثنائية نصت عليها النصوص القانونية وعلّة ذلك تعلق مفهوم الصحة بالنظام العام وهذا ما أكدت عليه المادتين 69/ف2¹ و 70/ف2² من نفس المدونة ومخالفة هذه القيود يوقع الممرض تحت طائلة العقوبة المقررة لجريمة عدم تقديم المساعدة لشخص في خطر.

ثانيا: حالة القتل برفع أجهزة الإنعاش عن المريض (القتل بدافع الشفقة):

إذا كانت التشريعات مجتمعة تعترف بحق الإنسان في الحياة فإنها اختلفت في الاعتراف بحقه في الموت فهذا النوع من القتل ظاهرة غريبة على عالم الطب ولم يزل الأطباء يلتزمون بالحفاظ على الحياة البشرية من بدء الحمل إلى أرذل العمر منذ قسم أبو قراط Hippocrate.

غير أنه خلال القرن الماضي أخذ الداعون إلى الموت الرحيم يزدادون وينشئون الجمعيات "الحق في الموت في كرامة" التي تأسست سنة 1980 بفرنسا، والجمعية الأمريكية المسماة "حق الإنسان في الموت" التي أنشئت سنة 1930... الخ.

إن الهدف من وراء ذلك إراحة مريض ميئوس من شفائه وتخليصه من آلامه³، ومع أن القوانين في أغلب بلدان العالم تجرم قتل الإنسان بأي صورة، إلا أن هذا القتل قد مورس وباعتراف بعض الأطباء ويكون ضائعا في أروقة المستشفيات وسجلاتها تحت أسماء مضللة تجعل السلطات تغض الطرف عنه. وكذلك مع يقع تحت مسؤولية الممرضين في نطاق الإشراف على مراحل العلاج.

¹م. 2/29 من م.ت رقم 92-276.

²م. 2/70 من م.ت رقم 92-276.

³Renaud PERRONNET, Acharnement thérapeutique, euthanasie ou soins palliatifs, Paris, 2004, p 02.

تجدر الإشارة إلى أن القتل الرحيم تطور حتى في تسمياته تحت عناوين مختلفة "كالحق في الموت في وقار وإجلال" إضافة إلى تطور أهدافه من علاجية إلى وقائية كالوقاية من الطفولة المعوقة والمطالبة بتشريع يبيح قتل الأطفال حديثي الولادة المشوهين والمعاقين وهذا نتيجة ظهور أمراض مستعصية العلاج في الآونة الأخيرة ويعود أصل كلمة القتل الرحيم إلى الإغريق EUTHANASIA وهي تتألف من مقطعين:

EU: الحسن، المعالج، الرحيم أو الميسر.

THANASIA: الموت أو القتل.

مما يعني أن الكلمة EUTHANASIA تعني الموت أو القتل الرحيم أو الموت الميسر ويقصد به علمياً "تسهيل موت الشخص المريض الميؤس من شفائه بناء على طلبه وإحاحه يقدمه للممرض المعالج". أو من بيده حاجة المريض إلى ذلك ولم يعد الممرض أو المشرف فقط وإنما تحولت المهام إلى فئة الممرضين. وقد يتم هذا الأمر بإعطاء المريض جرعة قاتلة من دواء وله عدة حالات نذكر منها الحالة المباشرة بإعطاء دواء قاتل بناء على طلب المريض أو من يمثله أو بناء على وصية¹.

أما الحالة الغير مباشرة أين يتم القتل بصفة بطيئة بزيادة الجرعات المسكنة للألم حتى يتوقف التنفس وهناك أخرى تسمى بالقتل المنفعل².

ويتم برفع أجهزة التنفس الاصطناعية عن المريض في غرفة الانتعاش الذي حكم عليه بموت دماغه ولا أمل في استعادة وعيه وتعتبر مشكلة القتل الرحيم مشكلة إنسانية شغلت الفقه والقضاء خاصة في الآونة الأخيرة وأثارت جدلاً كبيراً بين رجال الدين والقانون والطب حول إباحة هذا القتل أو منعه.

بحيث وصلت هذه المشكلة في أن هذا القتل لا ينبعث من نفس إجرامية بل بالعكس عن نفس شفوقة عن الإنسان محل العدوان لأن الباعث على ارتكابه هو باعث الشفقة ولا

¹Renaud PERRONNET, Acharnement thérapeutique, op.cit, P.05.

²كريستيان برنار: اختر حياتك، اختر موتك، ترجمة عدنان مولوي، دار الآداب، بيروت، ب.ت.ط، ص 45.

اعتبار لذلك في القانون الجنائي غير أن الوجه الإنساني أثر جانبا من المفكرين إلى القول بتبرير هذا القتل ولهم حجج في ذلك تاريخية ودينية وقانونية واقتصادية بينما يرى البعض عكس ذلك.¹

إن أشهر القوانين التي أباحت القتل الرحيم هو القانون الهولندي وخذت حذوه بعض الدول الأوروبية بسبب نظرتهم إلى الجانب النفعي في الإنسان واحترام إرادته في تقرير مصيره من جهة ثانية. في هذا الصدد نشير إلى أن القانون الجزائري لم يتناول هذا النوع من القتل بنصوص تنظيمية خاصة .

ويترتب عن ذلك أن امتناع الممرض عن تركيب أجهزة الإنعاش لمريض، أو رفعها يقيم مسؤوليته الجنائية سواء كجريمة قتل عادية أو جريمة امتناع عن تقديم المساعدة، إذ أن الإنسان يظل محل للحماية القانونية ولو أصيب بمرض ميؤوس من شفائه طالما لم تحن لحظة وفاته الطبيعية.

البند الثاني: أركان جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة:

كبقية الجرائم الأخرى تتكون هذه الجريمة من ركنين مادي ومعنوي وجزاء مقرر لذلك.

أولا: الركن المادي:

نصت المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري: " ويعاقب بالعقوبات نفسها كل من امتنع عمدا عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن يكون هناك خطورة عليه أو على الغير".

فباستقراء هذه المادة يمكننا عناصر هذه الجريمة وهي:

- أن يوجد خطر ما: l'imposant l'assistance.

¹مرفت محمد البارودي، مرجع سابق، ص.60.

- أن يستوجب الخطر المساعدة: l'assistance imposée.
 - أن يمتنع الشخص عن المساعدة أو شرط عدم المساعدة: le refuse d'assistance¹
- الامتناع هو إجماع الشخص عن إتيان فعل إيجابي معين أوجبه القانون به مع إمكانية استطاعته القيام به²، يتحقق هذا الركن في وجود شخص على قيد الحياة في حالة خطر حالا وثابتا وحقيقيا يقتضي ضرورة التدخل لإسعافه ولهذا سنبحث مفهوم الخطر ثم وجود شخص في خطر والالتزام بإسعافه في غياب الخطر.

1- مفهوم الخطر:

عرف القضاء الخطر الذي تقوم به المسؤولية الجنائية للممرض في جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة بأنه ذلك خطر والحقيقي والثابت الذي يتطلب تدخلا مباشرا من الممرض، يقصد بالخطر الحال الوشيك الوقوع كما يقصد بالخطر الحقيقي ألا يكون محتملا أو مفترضا أو وهميا وفضلا عن ذلك يتعين أن يكون طارئا غير متوقعا، كما لا يشترط توقع الموت لقيام الخطر³، بل يكفي أن يكون مهددا للتكامل الجسدي.

والقانون لم يحدد مصدرا للخطر الموجب لتقديم المساعدة فقد يكون أي خطر مريض أو جرح أو حادث... الخ، أو لا يسمح لضحية فاقدة الوعي بالإدلاء بموافقتها على التدخل الطبي أو الجراحي العلاجي وهذا ما نصت عليه المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "... وعلى الممرض أو جراح الأسنان أن يقدم العلاج الضروري إذا كان المريض في خطر أو غير قادر على الإدلاء بموافقتة"⁴.

¹ محمد بودالي: جرائم تعريض الغير للخطر عن طريق الامتناع، مجلة المحكمة العليا، ع2 الجزائر 2009، ص ص84-105.

² محمود أحمد طه: المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، الرياض، 2001، ص 100.

³ حبيب إبراهيم خليل: مسؤولية الممتنع المدنية والجنائية، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص 226.

⁴ م.44 من م.ت رقم 92-276.

2- أن يكون الشخص في خطر:

يقصد بالشخص في مفهوم القانون الإنسان الحي، حتى ولو كان فاقد الوعي ولا يرفع عن الممرض المساءلة إذا ادعى بجهل خطورة الحالة التي حضرها أو استدعى من أجلها طالما أنه لم يرقم بإجراء فحص وتشخيص والتأكد من طبيعة الخطر¹، إذ عليه في هذه الحالات الإسراع وطلب المساعدة وتقييم للوضع الذي يوجد فيه المراد إسعافه كما أنه لا يشترط حدوث ضرر أو نتيجة للمريض بل تقوم الجريمة بمجرد الامتناع عن المساعدة.

3- الالتزام بتقديم المساعدة في غياب الخطر على الممرض أو الغير:

استقر القضاء الفرنسي على أن التزام الممرض بتقديم المساعدة واجب عليه في حالة وجود شخص في خطر أيا كان نوعه²، ويقصد بذلك أن يكون الممرض متمكنا من تقديم العون إما بنفسه أو بواسطة غيره ولا يشترط أن تكون المساعدة الممكن بذلها كفيلة بدفع الخطر فعلا لأن الالتزام بالتدخل ليس موقفا على فعالية المعاونة وتحقيق نتيجة وهذا ما نصت عليه المادة 09 من مدونة أخلاقيات الطب بقولها: "يجب على الممرض أو جراح الأسنان أو المساعد الطبي أن يسعف مريضا يواجه خطرا وشيكا، أو أن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له"³.

بناء على ذلك فالممرض لا يفلت من المسؤولية إلا بوجود القوة القاهرة أو وجود خطر عليه كالنقص في المواصلات أو الطريق الغير الآمن لمسلكه عند استدعائه من المستشفى أو أسرة المراد إنقاذه أو عند حدوث الزلزال أو أوبئة وتم تسخيره من السلطات حسب المواد 210⁴ و 236⁵ من قانون 05/85 لحماية الصحة وترقيتها.

¹François CHABAS, l'obligation médicale d'information en danger, Revue générale de droit médicale, Paris, 2000, p12.

²François CHABAS, op.cit, P.13.

³م.09 من م.ت رقم 92-276.

⁴م.210 من ق.ص.ج.

⁵م.236 من ق.ص.ج.

ثانيا: الركن المعنوي:

تعتبر جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة من الجرائم العمدية أي الامتناع العمدي ذاته دون أن يتطلب ذلك القصد الجنائي الخاص¹ المتمثل في قصد الإضرار بالمتطلب للمساعدة ويتحقق هذا الركن بمجرد علم الممرض بالخطر الذي يواجهه الشخص واتجاه إرادته إلى الامتناع عن تقديم المساعدة فإذا انعدمت هذه الإرادة لا يمكن أن ينسب إليه الامتناع، وعليه ينتفي قصد الممرض في الامتناع عن تقديم المساعدة للمريض إذا ثبت أنه حاول وبذل العناية² المرجوة منه كتحويله بسرعة للمستشفى ووضعه تحت المراقبة.

البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة:

إن الممرض بحكم مهنته ونبيل رسالته لا يتصور فيه ترك مريض في حالة خطر لأن ضميره يلزمه بل وبمجانبة هذا السلوك بتلبية نداء المريض وعلاجه وتأسيسا على ما تقدم فإن الممرض متى 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 السلوك، فقد نصت المادة 182 من قانون العقوبات في فقرتها الثانية (02) على ما يلي: "يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 20.000 دج إلى 100.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين³... 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..."⁴. وجاءت عامة تخاطب كل شخص بما فيها الممرض.

¹Abdelmadjid ZAALANI, op. cit., P.259.

²منير رياض حنا، المرجع السابق، ص.111.

³م.1/182 من ق.ع.ج.

⁴م.2/182 من ق.ع.ج.

الفصل الثاني: الإثبات في دعاوى المسؤولية الجنائية للممرض

إن التعرف على المسؤولية الجنائية على أهميته بالنسبة للمريض، فإنه يبقى دون فائدة إذا لم يتبع بمعرفة دقيقة لوسائل إثبات عناصر المسؤولية التمريضية، إذ لا معنى لوجود حق لا يمكن إثباته. فبإثبات المسؤولية يستطيع القاضي أن يحكم بالتعويض أو بالإدانة ويحصل المريض بذلك على مبتغاه، وإذا لم يمكن إثباتها خسر المريض دعواه تجاه الممرض، ولم يعد هذا الأخير ملزماً إلا إلزاماً أخلاقياً، إن شاء أداه وأرواح ضميره، وإن شاء تنكر له.

إن دراسة مسألة الإثبات في دعاوى المسؤولية الجنائية للممرض ليست بالأمر الهين، نظراً لخصوصيات القضايا التمريضية. فإثبات الخطأ في العديد من التدخلات يصعب، بل يستحيل أحياناً، لعدة أسباب كدقة عملية العلاج أو التدخل الجماعي في عملية واحدة، وكذا ردود الأفعال المختلفة لأجسام المرضى. كما أن وسائل الإثبات الأخرى لها أهميتها في مجال مسؤولية الممرض كما سنوضحه في المبحث الأول، وسنتطرق بجانب هذه الوسائل إلى عبء إثبات المسؤولية الجنائية للممرض، وطرق دفعها والتي تمثل سلاحاً ضرورياً لهذا الأخير. في المبحث الثاني.

المبحث الأول: وسائل الإثبات

تتعدد الوسائل التي يمكن اللجوء إليها في الدعاوى الجنائية ضد الممرض، من أجل إثبات أو نفي مسؤوليته؛ ومن أبرزها نذكر: الملف الطبي، التقارير، الشهادات الطبية، القرائن، الخبرة.... إلخ.

وفي هذا المبحث سيتم التركيز نوعاً ما على الخبرة، باعتبارها من أهم وسائل الإثبات في دعاوى المسؤولية التمريضية، نظراً لاستحالة استفراد القاضي المدني والجنائي بفهم المسائل الفنية دون لجوئه إلى استشارة أهل الاختصاص. كما سنتعرض إلى بقية وسائل الإثبات الأخرى كل على حسب أهميتها.

المطلب الأول: الخبرة التمريضية

الفرع الأول: التعريف بالخبرة

الخبرة في مفهومها العام هي "الإجراء الذي يهدف إلى استعمال معارف "شخص تقني" من أجل إيضاح سؤال حله يتطلب كفاءة تقنية يفقدها القاضي"¹، وبتعبير آخر: هي "إجراء للتحقيق، يعهد به القاضي إلى شخص مختص، ينعت بالخبير L'expert بمهمة محددة، تتعلق بواقعة أو وقائع مادية، يستلزم بحثها أو تقديرها، أو على العموم، إبداء رأي يتعلق بها علما أو فنا، لا يتوافر في الشخص العادي، ليقدم له بيانا أو رأيا فنيا لا يستطيع القاضي الوصول إليه وحده"².

إن الخبرة -عادة- ضرورية لتحديد أسباب الحادث، فإذا كان بإمكان القاضي الكشف بنفسه عن وجود الخطأ في مجال الأعمال العادية للممرض، إلا أنه يصعب ذلك في مجال الأعمال ذات الطابع الفني. ذلك أن الخبرة توضح تصرف الممرض المدعى عليه إذا ما كان معييا أم لا، بالنظر إلى المعطيات العلمية.

إذن، فالخبرة ليست مجرد وسيلة إثبات، بل زيادة عن ذلك فهي تكمل معلومات القاضي في الجانب التقني الذي ينقصه بخصوص النزاع المعروض عليه.

الفرع الثاني: حدود مهمة الخبير

إن مهمة الخبير تنحصر في نطاق "المسائل الفنية البحتة"، ذلك أن "قوام الخبرة هو بحث حقيقة العناصر الفنية المتنازع في وجودها"³ يقوم الخبير بالبحث عن أسباب الحادث، وما إذا يمكن تجنب الضرر بالنظر إلى معطيات العلمية المعروفة وقت الفعل، وهل حاد الممرض عن سلوك ممرض يقظ من نفس اختصاصه وفي مثل تلك الظروف.

¹ Aytte Amar, l'expertise judiciaire, Revue de sciences humaines, N° 13, juin 2000, université Mentouri, Constantine, Algérie, P 7.

² أنظر: السيد محمد السيد عمران، التزام الطبيب باحترام المعطيات العلمية، مؤسسة الثقافة الجديدة، الإسكندرية، 1992، ص 51.

³ أنظر: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 52.

على الخبير أن يقوم بدراسة "حالة المريض"، وتتبع خط سير المرض والعوامل التي أثرت فيه، سواء أكانت راجعة إلى شدة المرض، أم إلى قوة استهداف المريض، أم إلى العلاج الذي أشار به الممرض محل المساءلة¹. وهذا ما ييسر له مهمة تقدير قيمة الفرصة التي ضاعت على المريض في الشفاء، ومدى الأضرار الناجمة عن خرق الممرض المعالج لقواعد التمريض. وهو يتمتع باستقلالية في اختيار الوسائل التي تحقق له أداء المهمة المسندة إليه.

إجابة الخبير عن الأسئلة التي تضمنتها المهمة المسندة إليه، يجب أن تكون واضحة، دقيقة ومدعمة بتعليقات طبية وبمراجع قيمة²، عندما يقدم الخبير عرضه الإرشادي (exposé didactique)، يجب أن يكون دائما معللا، إذا رجع الخبير إلى معطاة (Une donnée) للأدب الطبي (Littérature médicale)، فعليه طبعاً أن يحدد المصدر، وعليه أيضاً أن يقول ما إذا كان هذا الرأي الموجود في المادة العلمية مقبول كفاية، أم أنه يتعلق بفرضية لازالت محلًا للنقاش³.

إذا تعرض الخبير إلى نظرتين تمريضيتين متعارضتين، فعليه أن يعرضهما بوضوح، متبوعتين بمناقشة فيها ثقل كل منهما في التجمع التمريضي⁴. يقوم الخبير بالبحث عما إذا كان الممرض المدعى عليه قد قدم علاجات مناسبة لحالة المريض ومتفقة مع معطيات علم التمريض، مع الأخذ بالاعتبار الظروف التي مارس فيها الممرض فعله التمريضي، فإذا توصل إلى أن العلاجات المقدمة كانت فاشلة، أو أن الأسلوب التمريضي المتبع من طرف الممرض كان مهجوراً منذ وقت تقديم العلاجات، فإن ذلك يفهم منه توافر عنصر الخطأ⁵.

¹ انظر: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 57.

² D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, La responsabilité médicale – Données actuelles, 2^{ème} édition Paris, 1999, P 329.

³ Guy Nicolas, La responsabilité médicale, Flammarion, France, 1996, P 79.

⁴ Guy Nicolas, op.cit, P 80.

⁵ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op.cit, P 329.

إنه سيكون مدفوعاً، دون شعور، إلى طرح السؤال نفسه: "ماذا كنت ستفعل مكان هذا المريض؟"¹ هذا فيما يتعلق بالفعل التمريضي. أما فيما يتعلق بالضرر، فيبحث الخبير عما إذا كان سابقاً عن الفعل التمريضي أم لاحقاً له، وعما إذا كان من شأن الفعل التمريضي المطبق إحداث مثل هذا الضرر. لذلك، عليه أن يشرح للقاضي أسباب الضرر الحاصل.

إن تقدير علاقة السببية بين خطأ تمريضي وجروح مهمة أو وفاة ليس دائماً سهلاً، نظراً لما يكتنف جسم الإنسان وردود أفعاله من أسرار. يمكن للخبير أن يقدم للقاضي معطيات إحصائية تمنحه معلومات حول فرص الشفاء أو تحسن حالة المريض، وتسمح له بتقدير هل الإخلال الذي صدر عن الممرض أفقد المريض فرصة في الشفاء². إن فكرة تفويت الفرصة صارت حلاً لمشكلة صعوبة إثبات رابطة السببية بين خطأ الممرض الثابت، والضرر الذي تحمله المريض. لكن القاضي المدني -دون القاضي الجنائي- يمكنه الاستناد إليها لمساءلة الممرض.

الفرع الثالث: طريقة تحرير الخبرة التمريضية

يتم تحرير الخبرة بالكيفية التالية:

- هوية الخبير: يذكر الخبير اسمه وشهادته العلمية وصفته كخبير، وإن تعدد الخبراء فتذكر المعلومات المتعلقة بكل واحد منهم.
- التذكير بالحكم الذي عينه وبالمهمة المسندة إليه: ثم يُذكر باليمين القانونية المؤداة مسبقاً إذا لم يكن منتمياً إلى قائمة الخبراء المعتمدين لدى الجهة القضائية المختصة في الدعوى، أو لم يكن مختاراً باتفاق طرفي النزاع، لكن في هذه الحالة الأخيرة، عليه أن يشير إلى رضا الطرفين بتعيينه كخبير في نزاعهم.

¹: D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 327.

²Dr. Melennec Médecine générale, La revue du praticien, N° 82, Paris, 1990, P 44.

- هوية الأشخاص المعنيين بالخبرة: فيشير إلى أنه تم استدعاء كافة الأطراف المعنية تبعا للإجراءات المعمول بها. كما يذكر بزمان ومكان إجراء الخبرة، وأسماء الحضور - كالممرض- "مع ضرورة توضيح تحققه من هوية الضحية"¹.
- الوثائق المقدمة.
- تذكير بوقائع الدعوى.
- سماع أقوال المضرور وشكاويه.
- الفحص السريري: في هذه المرحلة التي يقوم فيها الخبير بفحص شامل ودقيق يدون الملاحظات الإيجابية، كما لا يغفل عددا من الملاحظات السلبية التي يمكن أن تكون الإشارة إليها مفيدة في حالة خبرات جديدة، يجب أن تظهر في هذا الجزء من الخبرة نتيجة الفحوصات التكميلية.
- مناقشة: يخصص الخبير فصلا يناقش فيه والمعطيات السابقة، إذا كان الخبير في الفصول السابقة مضطرا إلى استعمال مصطلحات وعبارات تقنية، فإنه في هذا الفصل يجب عليه أن يتحرى الوضوح والبساطة في التعبير². ذلك أن الهدف من هذا الفصل هو أن يفهم من طرف غير الأطباء (القضاة، المحامون، ... إلخ)³.
- خلاصات: يجب أن تكون الخلاصات مختصرة، وأن تجيب بالإيجاب أو النفي عن كل الأسئلة المتضمنة في المهمة.
- في الحالة التي يكون الخبير أمام استحالة الإجابة بنعم أو لا عن سؤال ما، يجب أن تكون لديه النزاهة والشجاعة في الإجابة بأنه لا يعلم⁴.
- بطبيعة الحال فإن الخبير تختتم بتاريخ تحريرها وإمضاء الخبير.

¹ يحيى بن لعل، الخبرة في الطب الشرعي، مطبعة عمار قرفي، باتنة (بدون سنة نشر)، ص 39.

² L.Dérobot, Droit médical et déontologie médicale, Flammarion, Paris, 1974, P 584.

³ Guy Nicolas, op.cit, P 80.

⁴ L.Dérobot, op.cit, P585.

الفرع الرابع: المشاكل التي تؤثر في قيمة الخبرة

هناك عدة مشاكل تؤثر في قيمة الخبرة نذكر على رأسها:

البند الأول: الاختلاف البين بين المعطيات العلمية المجردة و"الحقيقة الواقعية

الملموسة"¹:

إن من الصعوبات التي تواجه الخبير في مهمته هي مراعاة الظروف الواقعية التي قام فيها الممرض بفعله، إذ قد يكون لها دورا حاسما في وصف الفعل التمريضي² بطبيعة الحال، المطلوب من الخبير هو إجراء "تحقيق علمي محايد"، لكنه "ليس مؤكدا، بصفة مطلقة أن الخبير الذي يقوم بمهمته بالكامل في وسط نظري، وفي المراكز العلمية الطبية، يستطيع، في هذه الظروف، أن يقدر بدقة الموقف الذي وجد فيه الممرض محل المساءلة، والذي كان يمارس عمله في ظروف واقعية مختلفة"³. لذلك، فحتى يتحرى الصواب في تقريره، يجب عليه أن يكون على دراية بالظروف الخارجية الواقعية التي قام بها الممرض -المدعى عليه أو المتهم- بفعله التمريضي المتنازع حوله.

إنه في إطار هذا الإشكال، لاحظ الفقيه "بينو" (Penneau) أن بعض تقارير الخبرات يتعجب منها الممرض الممارس للمهنة، إذ أن الاحتياطات المذكورة فيها، غير ممكنة الإنجاز، وليست منجزة حتى في المصالح الاستشفائية العالية التخصص⁴.

البند الثاني: التضامن المهني

الخبراء -في أغلب الحالات- ينجزون مهمتهم بشرف وموضوعية. لكن بعضهم يمكن أن يتصرفوا بخلاف أخلاقيات المهنة لحماية زميلهم المدعى عليه. أحيانا يحاول الخبراء الظهور موضوعيين، بذكرهم الملاحظات كلها في تقريرهم لعدم إغضاب أي طرف، إلا أنهم

¹ أنظر: د. محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة، 1993، ص 173.

² أنظر: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 58.

³ أنظر: د. محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، 174.

⁴ Aytte Amar, l'expertise judiciaire , op.,cit, P9.

في خلاصة تقريرهم، يحمون بروح زمالتهم، الممرض المدعى عليه بتقييمات تنثني على حسن سيرته.

إن مثل هذه التغطية والمراوغة قد توقع القاضي في الوصول إلى تكييف قانوني غير صائب للوقائع. الأمر الذي يفرض على القضاة قدرا كافيا من الحذر واليقظة.

البند الثالث: أقدمية الوقائع

أحيانا تطلب الخبرات بعد مرور عدة سنوات من إنجاز الفعل التمريضي المدعى بأنه السبب في حصول الضرر، الأمر الذي يصعب مهمة الخبير، لاسيما فيما يتعلق بالكشف عما إذا كان الضرر سابقا للفعل التمريضي أم لاحقا له¹.

البند الرابع: إمكانية انزلاق مهمة الخبير من المجال التقني إلى المجال القانوني

وذلك نظرا لكون أن وضع حدود بين العمليات التقنية التي تدخل في اختصاص الخبير، والتقدير القانوني المحتفظ به مبدئيا للقاضي، ليس بالأمر السهل. إن الخبير عند ملاحظته لمجانبة الممرض المدعى عليه للسلوك النموذجي لممرض مخطر (avisé) مقدم لعلاجات بمجهودات صادقة وملائمة للمعطيات العلمية، يظهر طبيعيا منقادا إلى القول بوجود الخطأ.

أحيانا يكون هناك خلط بين الخاصيتين العلمية والأخلاقية المهنية déontologique لمهمة الخبير. مثال ذلك، عندما يخلص الخبير في تقريره إلى أن تصرف الممرضين -الذين لم يأخذوا بعين الاعتبار الآلام المحسوسة من طرف المريض ونداءاته التي لا تنتهي- "يمكن اعتبارها كنقص انتباه (manque d'attention) بالمعنى "الأخلاقي-المهني" (déontologique) للعبارة". خلاصات كهذه لا يمكنها إلا أن تثير التقدير القانوني الذي هو من واجبات القاضي.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 331.

نلاحظ أيضا أن الخبير يورد أحيانا عبارات في خلاصاته، تتضمن حكما بمسؤولية الممرض المدعى عليه، مثل قوله "الممرض المخدر يجب أن يتحمل عواقب تخديره، ومسؤوليته عن الأضرار المسببة للمريض".

هذا ما دفع الفقيه "بينو" إلى القول أن الخبرة يجب ألا تتدخل إلا كتكميل لخبرة القاضي في المجال الذي يجهله. وأنه تبعا لذلك، فعلى القاضي أن يضع مهمة الخبير في إطار محدد الهدف وتقني، ويحتفظ بتقدير و وصف العناصر التي تمنح له¹.

الفرع الخامس: واجبات الخبير في الحيطة والنزاهة

إنه للتخفيف من حدة المشاكل المذكورة، ينبغي على الخبير أن يلتزم بما يلي:

البند الأول: تجنب الفصل في المسائل القانونية

على الخبير أن يتجنب في تقريره القيام بتقدير قانوني، وإذا أمكن أن يوضح الشك في وجود رابطة سببية بين فعل الممرض محل المساءلة والحادثة، فإنه لا يكون له أن يقترح تحديدا للمسؤولية، ولا أن يوصي بحدوث ضرر بسيط، بغرض الوصول إلى تخفيض التعويض المفروض.

إذن فالخبير يقدم تقريرا علميا يستخدمه القاضي في المجال القانوني، وليس له أن يعطي تقريرا قانونيا للفعل التمريضي².

البند الثاني: تجنب الميل مع آرائه الشخصية فيما لا زال محلا للجدل العلمي

إذا وجد الخبير أن النظرية أو الأسلوب التمريضي الذي اتبعه الممرض لا زال يثير الجدل والنقاشات العلمية، فليس له أن يميل مع رأيه الشخصي "إذا لم يكن محل اتفاق في

¹ Aytte Amar, l'expertise judiciaire, op.cit, P 12.

² محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 173.

الفن التمريضي"، وإنما يكفي بأن يوضح للقاضي ما إذا كان الممرض قد خالف المعطيات العلمية للتمريض¹.

البند الثالث: تجنب التحيز

من مظاهر الحيطة والنزاهة، أنه إذا قبل الخبير التكفل بملف يكون المدعى عليه فيه ممرضا زميلا له يقيم في منطقته، فإنه من الأفضل أن يدخل معه زملاء خبراء من مراكز استشفائية جامعية بعيدة. على الخبير أن يرفض التكفل بملف أين يكون الممرض المدعى عليه قد جمعه به صداقة أو عداوة سابقة، أو تربطه به صلة قرابة ولو بعيدة². وقد نص التعديل المجري على المادة 207 من قانون الصحة على واجب الطبيب الخبير في أن يمتنع عن هذه المهمة إذا كان طبيبا معالجا للمضروب أو كان من أقاربه.

البند الرابع: تجنب العمل الانفرادي

من مظاهر حيطة الخبير، ألا يقبل تعيينه بمفرده في خبرة تمريضية. بل الأمثل أن يشترك مع اثنين آخرين مع الخبراء المنتمين لنفس التخصص موضوع الخبرة. الحيطة تقتضي أيضا أن يوجد دائما بين الخبراء الثلاثة طبيبا شرعيا. ذلك أن هذا الأخير معتاد على التحليل -الطبي القانوني médico-juridique³ -.

البند الخامس: تجنب القيام بمهمة خارجة عن نطاق اختصاصه

إذا كان موضوع المهمة المسندة إلى الخبير غريبا عنه، فعليه أن يرفض المهمة، مثلما يرفض الممرض تقديم علاجات -في غير حالة الاستعجال- في مجال لا يتقنه⁴. وفي ذلك نصت المادة 207 من قانون الصحة وفق التعديل المجري عليها أنه يجب على الخبير أن يمتنع عن المهمة المسندة إليه إذا اعتقد أن المسائل المطروحة عليه تتجاوز اختصاصاته أو كانت أجنبية عن التقنيات الطبية.

أنظر: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 57-58.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 327-328.

³ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 327-328.

⁴ Guy Nicolas, op.cit, P 77.

البند السادس: الاعتناء بمعلوماته الطبية

كفاءة الخبير – حسب الأستاذ Guy Nicolas - لا تتركز فقط على العلم المكتسب، فالتجربة مفيدة، والطب متطور، فعليه أن يكون مثقفا حول المشاكل الحالية لعلم الطب¹. إن واجبه في الاعتناء بمعلوماته الطبية وتحسينها مطالب به في المدونة الجزائرية لأخلاقيات الطب ليس فقط لصفته خبير، وإنما لكونه قبل ذلك طبيبا².

الفرع السادس: سلطات القاضي في الأخذ بمضمون الخبرة

للقاضي المدني والجزائي سلطة الأخذ بمضمون الخبرة أو رفضه. وفي ذلك يقول الأستاذ "Guy Nicolas" أن "الخبير ليس حتى مستشارا للقاضي، فليس له أن يبتعد في تدخله، حتى، في تفكيره"³.

إن هذه الاستقلالية التي يتمتع بها القاضي تعتبر مبدأ أساسيا في الاجتهاد القضاء الفرنسي، وكذا الجزائري. ذلك ما نلمسه في عدة أحكام نذكر منها القرار الصادر عن مجلس قضاء وهران في 07 نوفمبر 1995، الذي خالف رأي الخبير، حيث أن هذا الأخير استخلص أن الضرر المحتمل من طرف المرأة الوالدة (La parturiente) نتج حصريا عن التخدير النخاعي (Péridurale) المطبق من طرف ممرض التخدير، ووضح أن الفعل الجراحي طبق حسب قواعد الفن.

وبالتالي لم يكن له أية علاقة مع الضرر المسبب. فقضاة الاستئناف لم يتقيدوا بمضمون الخبرة، إذ حكموا بمسؤولية الطبيب الجراح إلى جانب مسؤولية ممرض التخدير، وذلك بسبب ما يمكن اعتباره إنشاء إداريا للخطر، إذ عوض أن يلجأ الجراح فورا إلى عملية قيصرية (Césarienne) كانت تفرض نفسها بسبب فوات أجل الولادة (Dépassement du terme de la grossesse)، على العكس من ذلك ضخم مزايا التخدير النخاعي، في

¹ Guy Nicolas, op.cit., P 77.

² م 15 من م.ت رقم 92-276.

³ Guy Nicolas, op.cit., P 44.

حين أن هذا التخدير غير لازم أو حتى ممنوع (Contre indiqué)، وطلب من المخدر الإسراع في تطبيقه¹.

لكن لا يتصور أن يكون الرفض غير مسبب، بل يشترط أن يقدم القاضي مبررا. كأن تظهر في تقرير الخبرة محاباة الخبير لزميله الممرض المدعى عليه، أو تتضمن الخبرة مخالفة صارخة للمعطيات العلمية أو للقواعد المنظمة لممارسة المهنة، أو أن يتعارض مضمونها "مع وقائع أخرى أكثر إقناعا من الناحية القانونية"²، أو أن يحيد الخبير في تقريره عن المهمة المسندة إليه.

إن قرار مجلس قضاء وهران المذكور آنفا، لم يخالف هذا المنطق، إذ أن قضاة الاستئناف وبخلاف قضاة الدرجة الأولى- لم يكتفوا بمضمون الخبرة في تأسيس حكمهم، بل استعملوا بدقة كل العناصر التي كانت في حوزتهم، واعتبروا أن الجراح ارتكب خطأ بنصحه باللجوء إلى التخدير النخاعي، الذي كان يعلم جيدا أنه غير مفيد في هذه الحالة، نظرا لفوات أجل الولادة، وبتنظيم تطبيقه عوض إجراء ولادة قيصرية فورا.

إذن فالقضاة لم يعارضوا مباشرة خلاصات الخبير في طبيعتها التقنية المحضة، أي ملائمة الفعل الجراحي مع قواعد الفن. لكنهم أسسوا قرارهم على عناصر أخرى مرتبطة بملاحظة الموقف المتهم المميز بالتزامن مع الإنشاء الإداري للخطر من طرف الجراح³.

سبقت الإشارة إلى أن الخبير يقدم عملا فنيا، والقاضي ينقله إلى المجال القانوني، حتى يصير "وسيلة قضائية مناسبة"⁴. غير أن هذا الانتقال -بطبيعة الحال- لا يتم إلا بتقرير الخبير، وهنا يكمن الخطر، إذن، إن مثل هذا الانتقال يكون حقا خصبا لفخاخ دقيقة، يمكن أن ينزلق فيها أمهر القضاة، وبكامل حسن النية⁵ بما أن القاضي يفتقر إلى الدراية العلمية

¹ Aytte Amar, l'expertise judiciaire, op.cit., P 13.

² أنظر: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 63-66.

³ Aytte Amar, l'expertise judiciaire, op.cit, P 14.

⁴ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 172.

⁵ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 173.

في ميدان الطب، فإنه يتوجب عليه اليقظة والفتنة في تعامله مع محتوى تقرير الخبرة، لمواجهة أي تحيز من الخبير، هذا من ناحية.

لكن من ناحية أخرى، "فإن خصوصية العمل التمريضي، تقتضي...، أن يعتد القاضي برأي الخبير، حتى في تلك المسائل الفنية التي قد يظن البعض، من الأشخاص العاديين، أنه يستطيع فهمها"¹، ذلك أنه إذا كان رأي الخبير محلاً للشك، فإنه من الأفضل الاعتماد عليه بدلاً من اكتفاء القاضي برأيه هو كشخص غير مختص، باستثناء الأحوال التي يرجح فيها فساد مضمون الخبرة بسبب التحيز الواضح أو بسبب الخروج عن المهمة المسندة له.

في حال تطرق الخبير إلى مسألة علمية خلافية، وترجيحه رأياً على آخر، فعلى القاضي أن يتجنب الأخذ بهذا الرأي الذي يرحه الخبير، وإنما يلتزم جانب الحياد، بحيث يكون هذا الخلاف الفقهي في مصلحة الممرض المدعى عليه، وإلا كان حكمه معرضاً للنقض، ذلك أن "الشك يفسر لمصلحة المتهم". وقد تم إلغاء الحكم الصادر عن محكمة دويه الفرنسية بتاريخ 16 ماي 1936، الذي قضى بمسؤولية ممرض لجأ إلى تخدير كلى لمريض من أجل إجراء عملية استسقاء بدلاً من التخدير الموضعي، مما عرض حياته للخطر. وقد اختلفت آراء الخبراء في هذه القضية بين مؤيد ومعارض لأسلوب التخدير المتبع، ومع ذلك اتخذ القاضي موقفاً من هذا الخلاف دو الطابع العلمي البحت، واعتبر الجراح مخطئاً، مما أدى بمحكمة الاستئناف إلى إلغائه².

لكن للأستاذ Guy Nicolas رأي آخر في هذا الإشكال ورد في مؤلفه " La responsabilité médicale " جاء فيه: "أنه عندما يتم اللجوء إلى خبرة مضادة، يكون طبيعة الحال للقاضي أن يتبع التقرير الذي اقتنع بالمناقشة الواردة فيه.

¹ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 175
² نقلاً عن: السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص 68.

لكن الإشكالية التي تثور هنا، أنه قد يجد القاضي نفسه أمام تقارير خبرة (أحيانا 3 أو 4 خبرات) تبين أفكارا متعاكسة (divergentes) حول مسألة طبية. ففي مثل هذه الحالة قد يتأثر بتعليقات لا تركز دائما على قواعد عملية صلبة. وبصفته غير مطلع على علم الطب، فإنه سيكون عاجزا عن رؤية الحقيقة العلمية لذلك -حسب رأيه- يظهر في فائدة العدالة، أنه عندما يوجد اختلاف بين أفكار الخبراء، أن تتم مواجهتهم ليدافع كل منهم عن تقريره، بحيث تسمح هذه المواجهة للقاضي -بشكل أسهل نظرا لحضوره في المناقشة- بتقدير متانة كل الوضعيات، ويمكنه بهذه الطريقة تكوين قناعته"¹.

إن تقرير الخبير بأن الممرض المدعى عليه قد التزم بعادة ترميضية أو خالف عادة ترميضية، لا يؤدي بالضرورة إلى استخلاص القاضي لخطأ الممرض. إذ أن حتى مخالفة العادة الترميضية التي قررها الخبير، قد يبررها الممرض المدعى عليه بإتباعه رأيا علميا مستمدا من "مرجع من المراجع التي يصح التعويل عليها، ولوثبت بعد ذلك أن هذا المرجع كان بعيدا عن الصواب، طالما أنه كان متيقظا وحذرا..."² وطابق سلوكه معطيات العلم الحديثة³.

ينبغي التنبيه إلى أنه ليس للقاضي أن يراقب العادة الترميضية إذا كان ذلك يتطلب "ولوجا في المعطيات العلمية" أو فحصا لنظريات ترميضية. هذا ما استقر عليه كل من القضاء الفرنسي والمصري، إذ ورد في حكم لمحكمة النقض المصرية مؤرخ في 1975/12/23 أنه يكون من الحكمة للقضاة ألا يتعرضوا بتهور لفحص النظريات أو الطرق الترميضية، وأن يطرحوا جانبا مناقشة المسائل العلمية الخالصة"⁴.

إنه لا يتصور استغناء القاضي عن الخبرة الطبية "بمراجع طبية"، ذلك أن ما يقدمه هذا المنهج للقاضي هو مجرد "شبه معرفة"⁵، قد تؤدي به إلى تقدير غير سليم للفعل

¹Guy Nicolas, op.cit, P 81.

² السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص69.

³ م 45 من م.ت رقم 92-276.

⁴ السيد محمد السيد عمران، المرجع السابق، ص70.

⁵ محسن عبد الحميد البنية، المرجع السابق، ص176.

التمريضي المتنازع حوله. كما أن هذه المراجع عادة ما تعتمد على الجانب النظري، أو على المعطيات العلمية المجردة، مع أن القاضي مطالب بتكييف الفعل التمريضي في إطار الظروف الواقعية التي أحاطت بالمرض أثناء قيامه به.

المطلب الثاني: البيئة والقرائن القضائية

إن أهم إشكال يواجه المريض في مجال المسؤولية هو صعوبة الإثبات، خاصة وأنه يقع عليه في معظم الأحوال ما عدا الحالات الاستثنائية التي سنوضحها لاحقاً. ذلك أن المريض يواجه مانعاً أدبياً يحول دون إمكانية حصوله من الممرض على دليل إثبات ضده، لأن ذلك يهز الثقة التي يجب أن تجمع بين الممرض ومريضه، والتي تكتسي أهمية بالغة في فعالية العمل التمريضي وحسن تنفيذ التعليمات الطبية. فمثلاً لو ادعى المضرور بأن انقطاع الممرض عن العلاج هو السبب في الضرر، ودفع الممرض بأن المريض امتنع عن دفع أتعابه، فإنه حتى لو أن المريض كان قد التزم بدفع أتعاب الممرض فليس بيده أي دليل كتابي. لذلك فالقاضي هو الذي يقدر هل يوجد مانع أدبي¹ أم لا، دون أن يخضع في ذلك التقدير إلى رقابة المحكمة العليا². لكن أدلة الإثبات لا تقتصر على ما هو مكتوب، بل يمكن الاعتماد في مثل هذه الأحوال على شهادة الشهود أو على القرائن القضائية.

الفرع الأول: البيئة (شهادة الشهود)

إن الشهادات الممنوحة من طرف الأشخاص المدخلين في الخصام كالممرضات والمساعدين الطبيين- جد مهمة في إثبات أخطاء الممرض ذات طابع أخلاقي، كإفشاء السر المهني لاسيما في الدعاوى الجنائية، وإن كان لا يوجد ما يمنع اللجوء إليها في الدعاوى المدنية، لكن إثبات الخطأ ذو الطابع الفني، عادة ما لا يعول فيه القاضي على مجرد شهادة الشهود، لجهلهم بالمسائل التقنية الطبية³.

¹ راجع ما ثار من جدل حول إثبات الرضا بالبيئة "للمانع الأدبي" بين المريض والطبيب، في مرجع الأستاذ بسام محتسب بالله، المسؤولية الطبية والجنائية، المرجع السابق، ص 213

² محمد زهدور، الموجز في الطرق المدنية للإثبات في التشريع الجزائري وفق آخر التعديلات، طبعة 1991، ص 76.

³ سليمان مرقس، الوافي في شرح القانون المدني -2- في الالتزامات، المجلد الثاني -في الفعل الضار والمسؤولية المدنية، القسم الأول في الأحكام، الطبعة الخامسة، ب، م، ط، 1988، ص 405.

إنه حتى تكون تصريحات هؤلاء الأشخاص شهادة معتبرة كدليل إثبات قانوني، "يجب أن تكون الواقعة المصرح بها، وصلت إلى علم الشاهد بسمعه أو بصره....، أما إذا وصلت الواقعة إلى علمه بواسطة الغير، وصرح بهذه الواقعة نقلا عن غيره فقط -وهي ما يعبر عنها بشهادة السماع في المصطلح الشرعي- فلا يعتبر تصريحه شهادة بالمعنى القانوني، وإن كان يجوز للمحكمة أن تأخذ تصريحه هذا على سبيل الاستئناس..."¹.

ويشترط لقبول شهادة الشاهد ألا يكون من شأن شهادته دفع المسؤولية عن نفسه، وإلا كانت شهادته مردودة، كأن يشهد الطبيب -الذي قام بالفعل الذي رتب الضرر- في حق الممرض بما يفيد نفي المسؤولية عن نفسه، بغض النظر عما إذا كان هذا التصريح يثبت المسؤولية ضد الممرض أو ينفى عنها.

كما يشترط ألا يكون ممن يتوافر فيهم مانع من موانع الشهادة المذكورة في المادة 153 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية²، على أن يكون التجريح في الشاهد قبل إدلائه بشهادته، ويستثنى من ذلك حالة ظهور سبب التجريح بعد الإدلاء بالشهادة وأثناء سماع الشهود الآخرين، فحينئذ يجوز الأخذ بعين الاعتبار وإبطال تلك الشهادة³.

الفرع الثاني: القرائن القضائية

إذا كان عبء إثبات خطأ الممرض يقع على المضرور، فإن ذلك لا يمنع المحكمة من تأخذ بالقرائن لتكون قناعاتها. ذلك أن القرائن القضائية هي "أدلة بمعنى الكلمة، لأن القاضي يستدل بها على واقعة يعجز المدعي عن إثباتها⁴. والقرينة القضائية "يستتبطها القاضي من واقعة معلومة في الدعوى المرفوعة إليه ليستدل بها على واقعة عجز المدعي عن إثباتها بطرق أخرى"⁵.

¹ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 80.

² م153 من ق.إ.م.إ.ج.

³ م157 من ق.إ.م.إ.ج.

⁴ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 84.

⁵ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 84.

ومثال ذلك في مجال هذه الدراسة، أن هناك بعض الاحتياطات في المجال الجراحي صار مسلماً بأنها تمنع تلوث الجرح، فإذا حصل بعد الجراحة هذا التلوث بسبب إهمال الممرض، فإن المحكمة ستعتبرها قرينة على إهمال اتخاذ هذه الاحتياطات. "ولكن لا يصح أن يعتبر مجرد نزول الممرض عن أعباءه في جراحة فشلت، اعترافاً منه بخطئه، ما لم يكن ذلك مقترناً بوقائع أخرى يستدل منها على الاعتراف أو على وقوع خطأ"¹.

أيضاً فيما يتعلق بإثبات رابطة السببية، الأصل أن عبء إثباتها يقع على المريض، إلا أن القضاء -سعيًا منه إلى تخفيف عبء الإثبات على المريض- "يقيم قرينة لصالح المضرور إذا كان من شأن الخطأ أن يحدث عادة مثل هذا الضرر، وعلى المسؤول نفي هذه القرينة"². لكن يجب أن تكون القرائن الدالة على توافر رابطة السببية من الأهمية التي تتنافى مع صفة الاحتمال. وعليه؛ فإذا كانت تقارير الخبراء تشير إلى "الصفة الاحتمالية hypothétique لتأثير خطأ ممرض على حالة المريض" فلا تقوم رابطة السببية في هذه الحالات³.

إن القضاء بقبوله التعويض عن تفويت الفرصة في مجال المسؤولية التمريضية، ف،ه بذلك "يقيم قرينة -شبه دائمة- عند ثبوت خطأ الممرض لمصلحة المريض على قيام علاقة السببية بين هذا الخطأ وبين فوات الفرصة في الشفاء أو التحسن أو الحياة ..."⁴. لكن ينبغي التنبيه إلى أن اللجوء إلى القرائن لأجل الإثبات يكون بالنسبة للوقائع التي لم يشترط فيها وسيلة معينة للإثبات. إذ نجده مثلاً قد اشترط الكتابة في موافقة المتبرع على التبرع بعضو معين، وموافقة المستقبل على الزرع طبقاً للمادتين 162 و 166 من قانون الصحة.

¹ سليمان مرقس، المرجع السابق، ص 406.

² محمد حسين منصور، أحكام التأمين، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، ب.ت.ط، ص 128.

³ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 129.

⁴ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، دار الجامعة الجديدة للنشر، القاهرة، 1989، ص 130.

الفرع الثالث: الإقرار

يعرف الإقرار بأنه "اعتراف شخص بواقعة من شأنها أن تنتج ضده آثارا قانونية، مع قصده أن تعتبر هذه الواقعة صحيحة في حقه"¹. وهو ينقسم إلى إقرار قضائي وإقرار غير قضائي. فالإقرار القضائي عرفته المادة 341 ق م ج بقولها "الإقرار هو اعتراف الخصم أمام القضاء بواقعة قانونية مدعى بها عليه، وذلك أثناء السير في الدعوى المتعلقة بها الواقعة". وتكمن أهميته في أنه يخلص المضرور من صعوبة إثبات المسؤولية الترميزية، بإعفائه من إثبات الواقعة المعترف بها.

لكن حتى يعتد به كدليل إثبات، يشترط فيه أن يكون صادرا عن الممرض نفسه (الخصم) وأن يتم الإقرار أما القضاء سواء "شفويا في الجلسة أم أثناء التحقيق أو البحث أو الاستجواب"، "أو كان كتابيا مقدما في شكل مذكرات أو طلبات معلنة للخصم في الدعوى موضوع الإقرار، كما يشترط أن يكون الإقرار صادرا أمام محكمة مختصة نوعيا ووظيفيا"².

أما عن الإقرار أمام الخبير المعين في الدعوى محل النزاع، فالرأي الراجح أنه ليس إقرارا قضائيا، لأن الخبير لا يتمتع بصفة القضاء. وكذا الإقرار الحاصل أمام جهة إدارية أو أمام النيابة العامة، لأن هذه الأخيرة ليست لها سلطة الفصل في الدعوى، ويشترط أيضا أن يصدر أثناء سير الدعوى، وليس في دعوى سابقة³.

إن إقرار الممرض يكون حجة قاطعة عليه، لكن لا يجوز تجزئته عليه. فإذا اعترف الممرض بأنه أخطأ في التوجيه الصحيح لجهاز الأشعة، لتشخيص المرض بسبب إخفاء المريض عنه بعض المعلومات الأساسية عن التشخيص الصحيح، فيجب الأخذ بهذا الإقرار كاملا أو نبذه كاملا، إذ تنص المادة 342 ق. م. ج على ما يلي: "ولا يتجزأ الإقرار على صاحبه إلا إذا قام على وقائع متعددة، وكان وجود واقعة منها لا يستلزم حتما وجود الوقائع

¹ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 53.

² محمد زهدور، المرجع السابق، ص 54.

³ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 54-55.

الأخرى"، وبالتالي فلا يمكن للمريض أن يأخذ من إقرار الممرض ما هو فائدته ويترك ما يضره.

ومن أمثلة استناد القاضي الجزائري على الإقرار القضائي كدليل إثبات المسؤولية الترميزية ما ورد في قرار للمحكمة العليا الصادر في 1995/05/30 أنه "... ومتى ثبت أن خطأ الممرض أدى إلى وفاة الضحية، وتوفرت العلاقة السببية بينهما استنادا لتقرير الخبرة، واعترافات المتهم، إذ أمر بتجريع دواء غير لائق بصحة المريض. فإن قضاة الموضوع قد أعطوا للوقائع التكييف الصحيح، وسببوا قرارهم بما فيه الكفاية"¹.

أما الإقرار غير القضائي فهو الاعتراف الذي "لم يتم أمام القضاء ولم يكن جزءا في دعوى متعلقة بموضوعه"، كأن يصدر في دعوى أخرى بين نفس الخصوم، أو أمام النيابة العامة،... إلخ. وبما أن هذا الإقرار ليس قضائيا، فعلى من يدعيه أن يثبته بالطرق التي يثبت بها التصرف القانوني².

المطلب الرابع: المستندات الطبية

الفرع الأول: تعريفها

المراد بالمستندات الطبية تلك "التقارير المكتوبة من قبل الأطباء ومساعدتهم". هذه المستندات قد تكون في حيازة المريض أو العيادة الطبية أو المستشفى. إنه في حال العثور عليها في سجلات هذا الأخير يمكن أن تستعمل كدليل لإثبات مسؤولية الطبيب أو مساعديه³، ما لم يعبث بمضمونها أو يتم تزويرها.

وقبل الحديث عن قوتها الإثباتية، نبين أبرز أنواعها فيما يلي:

¹ قرار صادر عن غرفة الجناح والمخالفات بالمحكمة العليا في 1995/05/30، ملف رقم: 118720، م، ج، ق، ح، ل، ع، 1، الجزائر، 1995، ص 154.

² محمد زهدور، المرجع السابق، ص 57.

³ محمد بن محمد المختار بن أحمد مزيد الجكني الشنقيطي، المرجع السابق، ص 491-492.

الفرع الثاني: أنواعها

من أبرز المستندات الطبية المستعملة في الإثبات نذكر:

البند الأول: الملف الطبي Dossier médical

في فرنسا صار الاحتفاظ بوثيقة أو ملف طبي لمريض، متابع بسعة، أمر إلزامي بنص القانون (المادة 45 من القانون الفرنسي لأخلاقيات الطب). هذه الملفات يجب أن تؤخذ بجد، وأن تجدد بانتظام. هذا الإلزام كان سببه المباشر هو أن المبرر المقدم من طرف ممرضين قدامى، بأن ذاكرتهم غير المعيبة كانت كافية، لم يعد مقبولا، نظرا لأن الممرض يمكنه أن يتغيب إداريا أو أن يكون فجأة غير جاهز. في حين أن استمرارية العلاجات تتطلب وجود معالم مكتوبة، بإمكانها إراحة أو إعانة ذاكرة ممرض مطبق، وإعانة ممرض آخر في مواصلته علاج المريض¹.

إن الملف الطبي بما يحويه من وثائق -كصور الأشعة ووثائق الإنعاش- كثيرا ما يكون شاهدا على غلط تشخيص أو غلط علاجي، أو تأخر في القيام بعمليات الإنعاش².

فالملف الاستشفائي يتضمنه ملف تمريضي (Dossier Infirmier) الذي عادة ما يبدو فيه تسلسل الوقائع أكثر دقة منه في الملف الطبي الكلاسيكي؛ إذ أن مراقبة المريض معروضة فيه مع كثير من الواقعية، فكل رد فعل له مسجل فيه، وبقراءة هذه الوثائق يظهر تطور العلاج. لذلك، فالملف التمريضي وثيقة أساسية لا يمكن للخبراء أن يحتقروها³.

إن المستشفيات في الجزائر، هي أيضا تعتبر إعداد هذا الملف إجباريا لكل مريض استشفائي. ويمكن أن يعتبر القاضي نقص الملف الطبي من حيث المعلومات مظهرا لخطأ الممرض.

البند الثاني: الوصفة الطبية:

¹ Bernard Hoerni, Ethique et déontologie médical, 2eme édition, MASSON, Paris, 2000, P 85.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 330.

³ Guy Nicolas, op.cit, P 78.

إن الوصفة الطبية هي أكثر من فعل تقني، إنها علاج أين الكلمة تأخذ مكانا مهما¹. وهي تحمل عدة دلالات، أولها هي وجود عقد طبي بين الطبيب ومريضه. كما أنها عادة ما تشير -بموجب مجموعة الأدوية الموصوفة- إلى أن الطبيب قد توصل إلى تشخيص معين للمرض، ودرجة تطوره من خلال الجرعات المحددة في الوصفة، ويبقى بعد ذلك إثبات خطأ هذا التشخيص حتى يكتمل إثبات عنصر الخطأ.

كما يضمن الطبيب تعليماته لمريضه في الوصفة الطبية، إذ هذه الأخيرة يجب أن تكتب بطريقة مقروءة، تتضمن اسم الطبيب وعنوانه، وتوقيعه، وتاريخ تحريرها، كما يجب أن تتم صياغتها كما وكيفا بكل الدقة الممكنة، لاسيما فيما يتعلق بمدة العلاج². وفي ذلك؛ تنص المادة 56 من مدونة أخلاقيات الطب على ما يلي: "ينبغي أن تكون الوصفة أو الشهادة التي يقدمها طبيب ... واضحة الكتابة تسمح بتحديد هوية موقعها وتحمل التاريخ وتوقيع الطبيب ...".

إن مسؤولية الطبيب يمكن أن تبرز في التحرير المعيب لهذا المستند، كبيان غير دقيق للمقادير أو الكيفية أو مدة العلاج، أو أن الكتابة المعيبة سببت غلطا في القراءة لدى الممرض أو المريض. لكن هذه الوصفة لن تكون دليل إثبات ضد الطبيب فحسب، بل يمكن استعمالها أيضا ضد الممرض الملزم بتنفيذ الوصفة، في حال حصل له شك في محتواها أو كانت مكتوبة بطريقة شاذة عن المؤلف ولم يرق بإحالتها على الطبيب الواصف³، كمنح دواء خاطئا أو بجرعات خاطئة.

طلب فحص متخصص موجه كتابة من الطبيب المعالج إلى ممرض متخصص في الأشعة، يمكن استعماله كدليل إثبات ضد الطبيب المعالج إذا كان الفحص المطلوب محفوظا بالمخاطر ولم يعلم المريض بهذه المخاطر. الوثيقة التي يحررها ممرض الأشعة تفسيرا

¹ Bernard Hoerni, op.cit, P 86.

² Robert Saury, «Manuel de droit médical» à l'usage du médecin praticien et de l'étudiant en médecine, MASSON, Paris, 1989, P 237.

³ Louis Melennec, Traité de droit médical, Tome 2. Maloine, Paris, 1982, P125.

للمصورة الإشعاعية، يمكن استعمالها كدليل إثبات، سواء ضده أو ضد الطبيب المعالج الذي أهملها أو لم يحسن الاستفادة منها في العلاج.

البند الثالث: الشهادات الطبية

هذه الشهادات أحيانا يحررها الطبيب آليا أو بطلب من المريض. فقد تتعلق بقدرة الشخص المعني على ممارسة نشاط مهني أو رياضي، أو سلامته من مرض،... أو غير ذلك.

هذه الشهادات تستعمل كثيرا أمام القضاء الجزائري، لاسيما بشأن الشهادات المزورة أو التي تحمل إفشاء للسر المهني¹، ويمكن استعمالها أيضا أمام القضاء المدني للمطالبة بالتعويض. لذلك، يشترط فيها نفس شروط الوصفة الطبية من حيث وضوح الكتابة وتحديد هوية وتوقيع محررها وتاريخ تحريرها، طبقا للمادة 56 من مدونة أخلاقيات الطب المذكورة آنفا.

قد يستدل بالشهادة على الخطأ في التشخيص، كأن يقدم الممرض مقاييس خاطئة عن نسبة ارتفاع ضغط الدم وكمية السكر فيه مما يؤدي إلى خطأ الطبيب في التشخيص الصحيح لما يعاني منه المريض كما هو جاري العمل به على مستوى القطاعات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر مثلا.

البند الرابع: الرسائل والبرقيات

قد يحدث أن يكون هناك مريض يعالج مرضا خطيرا يقتضي متابعة علاجية مستمرة، ثم انقطع عن العلاج. فيكون من مصلحة الممرض أن يعد دليل إثبات على أن هذا الانقطاع راجع إلى المريض وليس إليه، فيقوم ببعث رسالة موصى عليها مع إشعار بالاستلام أو برقية ليحمي نفسه من احتمال رفع دعوى ضده في المستقبل. كما قد يحصل أن يدلي الممرض لزوج المريض عن الحالة الصحية لهذا الأخير في "رسالة برقية" فيمكن حسب ما ورد في مؤلف الأستاذ Melennec المتعلق بالشهادات الطبية، أن تكون لها نفس

¹ Bernard Hoerni, op.cit, P 87.

قيمة الشهادة (Certificat) تبدو ضئيلة إذا أخذنا بعين الاعتبار الخلط الذي وقع في المؤتمر الدولي الأول لأخلاقيات الطب¹.

على كل فإن هذه الرسائل تكون لها حجية أمام القضاء، إذ تنص المادة 329¹ من القانون المدني على أنه "تكون للرسائل الموقعة عليها قيمة الأوراق العرفية من حيث الإثبات". لكن اعتبارها في مرتبة الورقة العرفية يقتضي أن تكون موقعة وثابتة التاريخ مثلها مثل المحرر العرفي.

الفرع الثالث: قوتها الإثباتية

ما دامت هذه "المستندات الطبية" مكتوبة وموقعة فإن لها حجية "المحركات العرفية". ذلك أن هذه الأخيرة تعرف بأنها "الأوراق التي تصدر بمعرفة أفراد عاديين لا يتدخل أي موظف أو مكلف بخدمة عامة أو ضابط عمومي (موثق) في تحريرها"².

وعليه، يمكن استعمال المستندات الطبية كدليل إثبات ضد الممرض الذي أصدرها، ما لم يذكر نسبة الكتابة والتوقيع إليه. لأنه في حال الإنكار، يفقد هذا السند حجيته مؤقتاً، ولا يكون أمام المريض المضرور أو ذوي حقوقه إلا المطالبة بمضاهاة الخطوط وفقاً للمادة 376³ من قانون الإجراءات المدنية والإدارية. فإذا ثبت من خلالها أن هذا المستند محرر من طرف الممرض، عادت له حجيته.

وجدير بالذكر أن مجرد سكوت أو تشكيك الممرض في أن المستند قد صدر عنه، كأن يقول "لا أعلم ولا أتذكر هل وقعت هذا المحرر أو لا؟" فإن ذلك لا يحول دون استعماله كدليل إثبات في الدعوى. نفس الحكم يطبق في حالة عدم اعتراض الطبيب على هذا المستند في بداية الأمر، إذ يعتبر ذلك إقراراً منه بأنه صادر عنه⁴.

¹ Louis Melennec, op.cit, P133.

² محمد زهدور، المرجع السابق، ص 33.

³ م 76 من ق.إ.م.و.إ.

⁴ محمد زهدور، المرجع السابق، ص 35.

المبحث الثاني: عبء إثبات المسؤولية وطرق دفعها

إنه بخلاف الدعوى العمومية التي يقع على سلك القضاء عبء البحث والتحري عن حقيقة ما إذا كانت هناك مسؤولية جنائية أم لا، فإنه في المجال المدني يتجاذب عبء الإثبات طرفا الدعوى، وهما المضرور والممرض وفي مجال دراستنا هاته. وسنرى في هذا المبحث الديناميكية التي طرأت على هذا الموضوع وكيف كان للقضاء الدور البارز والمهم في إلقاء الضوء على الكثير من المسائل بحيث يتحول عبء الإثبات بسبب قضية معينة من حال إلى حال، ثم يستقر الأمر باجتهاد قضائي.

كما سنتعرض في هذا المبحث إلى طرق دفع الممرض المسؤولية عن نفسه. وذلك على النحو الآتي بيانه.

المطلب الأول: عبء الإثبات

الأصل أن الخطأ في مجال المسؤولية للممرض يكون واجب الإثبات، لأن هذا الأخير في معظم أعماله الفنية ملتزم ببذل عناية.

قبل صدور قرار Mercier الشهير سنة 1936 كانت مسؤولية الممرض تعتبر تقصيرية، مما يعني -تطبيقا للقواعد العامة في الإثبات- أن على المدعي (المضرور) إثبات الخطأ التقصيري للممرض المتمثل في الإخلال بالتزام ببذل عناية، وذلك بأن يثبت أنه خرج عن السلوك المألوف لممرض وسط في مثل تلك الظروف.

إلا أنه صدور قرار Mercier، تم إقرار أن مسؤولية الممرض من مسؤولية الطبيب، إنما هي أصلا عقدية. وهنا إذا طبقنا قواعد الإثبات في العقود، فإن مجرد إثبات عدم تنفيذ الالتزام العقدي ووقوع الضرر يكون قرينة على خطأ المدعي عليه (الممرض)، ويقع على هذا الأخير عبء إثبات عكسها. لكن هذا القرار القضائي وضع "قاعدة خاصة" بشأن إثبات الخطأ العقدي للممرض، إذ ألقى على عاتق المضرور عبء إثبات هذا الإهمال أو التقصير في تنفيذ الالتزام العقدي¹.

¹ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص ص 164-165.

إن هذه القاعدة الخاصة في الإثبات تقرب مسؤولية الممرض العقدية من المسؤولية التقصيرية لكونها قاعدة مشتركة بينهما. وذلك راجع إلى طبيعة الالتزام العقدي للممرض الذي لا يعدو كونه التزاما ببذل عناية، وليس بتحقيق نتيجة فيما عدا الحالات الاستثنائية المحدودة نظرا لكون علم التمريض لم يصل إلى درجة نفي الصفة الاحتمالية لنتائجه عند تطبيقه على الأشخاص، نظرا لخصوصيات وأسرار جسم الإنسان التي تحول دون صيرورة التمريض من العلوم الدقيقة، ومن ثمة فعدم شفاء المريض لا يعني أن الممرض أخل بالتزامه العقدي، بل لا بد من ثبوت إهماله وتقصيره. إذن، فيما يتعلق بالإخلال بالتزام ببذل عناية، يقع على المضرور عبء إثبات الخطأ والضرر وعلاقة السببية، سواء كان بصدد مسؤوليته عقدية أو تقصيرية.

لكن فيما يخص الجراحة التجميلية، فإن تشدد القضاء في العناية المطلوبة من الممرض يقضي بأنه يكفي عموما أن يقوم المضرور بإثبات واقعة ترجح إهمال الممرض لقيام قرينة الخطأ في جانب الممرض، ويكون بذلك مسؤولا عن الضرر الحاصل دون حاجة إلى أن يكون ثبوت الخطأ على وجه اليقين، إلا أن يتمكن الممرض من إثبات العكس¹. أما في حال عدم تنفيذ التزام بتحقيق نتيجة، يكفي المضرور إثبات فعل الممرض أو فعل الشيء والضرر الحاصل وعلاقة السببية بينهما، دون البحث فيما إذا كان هذا الفعل خاطئا. أي أن المسؤولية تكون مفترضة بمجرد ثبوت علاقة السببية بينهما² دون مناقشة الوصف القانوني لهذا الفعل فيما إذا كان خاطئا أم لا.

إذا كانت القواعد العامة للإثبات تقضي بأنه يقع على المدعى، فإن القضاء الفرنسي قلب هذه القاعدة بخصوص الالتزام بإعلام المريض. فبدلا من أن يقوم هذا الأخير بإثبات عدم تنفيذ الممرض لهذا الالتزام، ألقت محكمة النقض الفرنسية في قرارها الصادر بتاريخ

¹ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 127.
² ومن ذلك: تأكيد محكمة النقض الفرنسية -في مجال العدوى الاستشفائية- على إثبات الصفة الاستشفائية للعدوى يقع على المريض أو ذوي حقوقه. ومما ورد في قرارها -الصادر بتاريخ 2005/03/17-، "أن قضاة الموضوع حللوا الظروف التي أصيبت فيها المريضة بـ: septicémie وماتت في 1995/02/10، وقدرت -باعتماهم على تقرير الخبرة- بأن ذوي حقوقها لم يثبتوا بأن العملية الجراحية التي أجرتها في 1994/11/29 في العيادة كانت مصدر العدوى التي نتجت عنها الوفاة".

نقلا عن مروك نصر الدين، المرجع السابق، ص 341. 737. P 17 mars 2005, R.D.A, 1 mars 2005, Cass.civ.

25 فبراير 1997¹ - على الممرض نفسه واجب إثبات قيامه بالإعلام، فإن عجز عنه قامت مسؤوليته المدنية فيما عدا الحالات التي يعفى فيها من هذا الالتزام .

إذن، هذا التحول في الاجتهاد القضائي جعل الممرض أمام ضرورة تكوين مسبق لدليل موافقة المريض المتبصرة بإعلام منصف، واضح، ومناسب لحالة المريض. وأن من حيطة وحذر الممرض أن يقدم إعلاما مكتوبا، بل وأن يحصل على موافقة في نفس الشكل، خشية إنكار المريض في دعوى قضائية². لكن هذا لا يعني غياب الدليل الكتابي يجعل المسؤولية ثابتة في الممرض، بل يمكنه أن يقوم بإثبات التزامه بأية وسيلة، تبعا لما قرره محكمة النقض الفرنسية في حكم لاحق صادر بتاريخ 14 أكتوبر 1997³، وإنما المشكلة تكمن في صعوبة إثور الممرض على شهود لصالحه من خارج الوسط الطبي.

إن تحول عبء الإثبات بخصوص الالتزام بالإعلام، يجد مبرره في أن تحميل المضرور هذا العبء سيكون جد صعب، لأن عدم الإعلام "واقعة سلبية"⁴؛ هذا من جهة. ومن جهة أخرى، فإن الثقة التي يفرضها العقد التمريضي في العلاقة بين طرفيه تحول دون مطالبة الممرض بمنحه إعلاما مكتوبا أو في حضور شهود.

المطلب الثاني: طرق دفع الممرض لمسؤوليته المدنية

بالنسبة للالتزامات ببذل عناية، إذا قام المريض المضرور بتقديم دليل ارتكاب الممرض لخطأ طبي، فعلى هذا الأخير تقديم دليل إثبات معاكس يتضمن نفي الخطأ عن فعله التمريضي، أو دليل إثبات السبب الأجنبي، أو إثبات قيام حالة الضرورة والاستعجال. أما بالنسبة للالتزامات بتحقيق نتيجة، إذا تمكن المضرور من إثبات الضرر وعلاقة السببية بينه وبين الفعل التمريضي الصادر عن الممرض، أو فعل السيئ الذي هو تحت حراسته، فلا

¹Cass.civ.1^{er},25 février 1997, D.1997,somm. P 319, obs .J. Penneau.Cité par : Bernard HOERNI, op.cit, P335.

² I. Lucas- Baloup, médecin et loi, Pratique et responsabilité médicale, Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris). AKOS Encyclopédie pratique de médecine, 7-0930.1998,(3p). P 2.

³Cass.civ.1^{er}, octobre 1997, J.C.P1997-II-22942, Rapp.Sargos. Cité par : Bernard HOERNI, op.cit, P336.

⁴ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، المرجع السابق، ص 193.

يمكن لهذا الأخير التخلص من المسؤولية إلا بإثبات السبب الأجنبي أو بنفي رابطة السببية¹. وفي كل الأحوال، يمكن للطبيب الدفع بالتقادم متى تحقق ذلك.

الفرع الأول: السبب الأجنبي

يعرف السبب الأجنبي بأنه كل حدث أجنبي عن الفعل التمريض، بحيث يزعم رابطة السلبية أو يقطعها. فإذا كان من شأنه زعزعة رابطة السببية فيقتصر أثره على تقاسم المسؤولية بين الممرض ومحدث الفعل الأجنبي. أما إذا أدى إلى قطع رابطة السببية فيترتب عن ذلك نفي المسؤولية عن الممرض.

والسبب الأجنبي قد يتمثل في القوة القاهرة أو الحادث المفاجئ أو خطأ المضرور أو فعل الغير².

البند الأول: القوة القاهرة أو الحادث المفاجئ

قد يبذل الممرض العناية المطلوبة منه إلا أنه رغم ذلك حصل الضرر، كما أنه قد يخطئ فعلا، ولكن خطأه لم يكن من شأنه أنت يرتب الضرر الحاصل، بل أن قوة خارجية مستحيلة التوقع والدفع كانت السبب في إحداث هذه النتيجة السلبية³. واستحالة التوقع ينصب على الوقائع الاستثنائية دون المعتادة، لأن هذه الأخيرة يجب أن يتوقعها الممرض، ومثالها: صدور قرار أو تشريع بحظر استيراد بعض المواد الطبية، فلا ينبغي أم يكون الممرض جاهلا بها.

¹ ومثال ذلك: ما ورد في تسبب قرار لمحكمة النقض الفرنسية بخصوص صحة ادعي بأن عدوى الالتهاب الكبدي س (hépatite c) أصيب بها في عملية نقل الدم إليه بمناسبة عملية جراحية، أنه تحصل على 3 كميات من الدم، وأن المتبرعين الأولين الذين وجدوا وحل دمها لم يكونا مصابين وقت منحهم الدم، وأن المتبرع الثالث كانت نتيجة تحليل دمه في سنة 1990 سلبية، وغير كاملة الإيجابية في سنة 1993، وسلبية في سنة 2000، لا يمكن اعتباره معديا في هاته الفترة. وخلصت محكمة النقض إلى أن المؤسسة الفرنسية للدم قدمت بهذه الطريقة الدليل على أن نقل الدم لم يكن هو سبب حصول هذه العدوى بفيروس الالتهاب الكبدي س.

Cass.civ.24 février 2004, R.D.A, 11 Mars 2004, P 678. Cité par : Bernard HOERNI, op.cit, P336.

² م 127 من ق.م.ج.
³ عرف الرومان القوة القاهرة بأنها "كل ما ليس في وسع الإدراك البشري أن يتوقعه، وإذا أمكن توقعه فلا يمكن مقاومته". أما القضاء الفرنسي فقد اشترط في اجتهاداته، إضافة إلى عدم إمكانية الدفع، عدم إمكانية التوقع المطلقة لا النسبية، وأن تجعل تنفيذ الالتزام مستحيلا. راجع في ذلك: بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 264.

أما استحالة الدفع، فمثالها: نشوب حريق بالمستشفى قبل إجراء العملية الجراحية للمريض، أو موت عزيز على الممرض، يجعل الجراحة مستحيلة لاستحالة تركيزه وحضوره بكامل قواه العقلية والبدنية. والاستحالة المقصودة هنا هي الاستحالة المطلقة -لا الاستحالة النسبية- التي تجعل كل شخص في نفس الظروف يستحيل عليه تنفيذ الالتزام.

ومن أمثلة ذلك في القضاء الفرنسي، أن ممرضا قرر شفاهة بحكم الثقة التي بينه وبين الطالب ألا ضرورة لإعفائه من الألعاب الرياضية، على أساس أن الكشف الطبي يبين سلامة قلبه. إلا أنه توفي في أحد الأيام وهو يؤدي التمرينات الرياضية. فورد في تقرير الطبيب الشرعي -بعد قيامه بتشريح الجثة- "أن الطالب كان عنده استعداد للوفاة الفجائية من الحالة الليمفاوية التي اصطحبت بثقب بيضاوي في القلب.

وأنه من الممكن أن تكون الوفاة قد نشأت عن هذه الحالة المرضية فقط، دون أن يكون للألعاب الرياضية دخل في حدوثها. فقضت المحكمة -أمام هذا التقرير- بإعفاء الممرض من كل مسؤولياته"¹. ففي هذه القضية كانت التركيبة الخاصة لقلب المتوفي غير قابلة للكشف عنها بمجرد وسائل الكشف الطبي للقلب، مما سمح بتوفر احتمال حصول هذا الحادث الفجائي.

إن فعل الغير إذا خرج من دائرة الخطأ فإنه يشكل قوة قاهرة أو حادثا مفاجئا. أما الأمراض أو التركيبة البيولوجية لجسم المريض إذا كانت عاملا مساهما في حدوث الضرر -وليس عاملا منتجا لوحده- فإنها لا تعتبر من قبيل القوة القاهرة، لأنها لم تجعل تنفيذ الالتزام مستحيلا. وبالتالي، يسأل الممرض عن فعله، ويتحمل التعويض كاملا. وفي ذلك قضت محكمة النقض السورية في قرارها الصادر في 1969/10/05 "أنه إذا كان الفعل الضار هو الذي حرك استعداد الضحية لما أصابها فإن الفاعل يعتبر مسؤولا، ولو ساهم مرض آخر لا علاقة للجاني به في إحداث الضرر"².

¹ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 118.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 274.

البند الثاني: خطأ الغير

المقصود بالغير هو أي شخص باستثناء الممرض ومريضه (المضرور). فقد يتسبب الغير بخطئه في إحداث الضرر، سواء كان طبيباً معالماً، أو العيادة، أو الصيدلي،... إلخ. إذا كان خطأ الغير يستحيل على الممرض توقعه ودفعه، فإن ذلك يؤدي إلى نفي المسؤولية عنه. إذا ثبت الخطأ ضد الممرض، فإنه حتى يقطع خطأ الغير الرابطة السببية بين خطأ الممرض والضرر، يجب أن يستغرق خطأ الغير خطأ الممرض، وأن يكون كافياً لوحده لإحداث الضرر الحاصل. وفي هذا المعنى، ورد في حكم لمحكمة النقض المصرية بتاريخ 1968/04/02 بأن فعل الغير لا ينفي المسؤولية عن الأفعال الشخصية إلا إذا كان يشكل خطأ، وأنه وحده الذي أحدث الضرر.

البند الثالث: خطأ المضرور

إنه بإمكان الممرض الدفع بخطأ المضرور إذا كان من شأنه أن يحدث الضرر الحاصل. لأن هذا الخطأ سيخفف نسبة رابطة النسبية بين خطأ الممرض والضرر، بل وربما يلغيها. وذلك؛ كأن يرفض الخضوع للعلاجات المقررة، أو أن يقوم بحركات غير مناسبة أثناء فعل ترميضي عادي وغير مؤلم. وكذا كذبه أو كتمانته على الممرض معلومات هامة لتحديد الأسلوب العلاجي المناسب. لكن ينبغي التنبيه إلى أن سكوت المريض لا يؤدي بالضرورة إلى قطع رابطة السببية، إذ أن جهل غالبية المرضى "بعلم التمريض" لا يسمح لهم بانتقاء المعلومات التي لا غنى عنها للممرض في عملية العلاج. لأجل ذلك يجب على هذا الأخير أن يتحصل على هذه المعلومات باستجواب المريض¹.

ومن الأمثلة القضائية² على خطأ المضرور: أن المريضة طالبت بالتعويض عن ضرر سببه لها فحص رئوي بالأشعة منجز في 9 أبريل 2002 في مستشفى فرنسي. ارتكزت في ذلك على أن الصفيحة المتحركة للجهاز كانت موضوعة على علو مبالغ فيه،

¹ Louis Melennec, op.cit, P 144.

² Cass.crim, 21 janv 2003, N°02-83835, bull.crim, n°117, P348. 142 نقلا عن الطاهر كشيدة، المرجع السابق، ص 142

فقامت بحركة انفعالية لا إرادية للرأس أثارت ألما بالرقبة. المحكمة الإدارية لـ "نيس" رفضت الطلب، لأن المريضة لم تعلم الممرض المتحكم بجهاز الأشعة بأنها تعاني من cervical art rose قديمة. وبما أن هذا المرض لا يمكن التعرف عليه بالعين المجردة، فإن القضاة قدروا بأن الممرض المتحكم بالجهاز لم يرتكب أي خطأ بعدم اتخاذ احتياطات خاصة!¹

الفرع الثاني: إثارة مسألة الضرورة والاستعجال

إذا أثبت الممرض أنه ما كان ليتسبب للمريض الضرر الحاصل إلا لتفادي ضرر أكبر، أمكنه بذلك الإفلات من التعويض أو على الأقل التخفيف منه.

الفرع الثالث: إثارة مسألة التقادم

من الدفوع الممكنة للممرض المدعى عليه هو الدفع بتقادم الدعوى لكي يتخلص من التعويض. هذا الدفع لا يتسنى للممرض المدعى عليه في ظل القانون المدني الجزائري، مقارنة مع نظيره الفرنسي والمصري. ففي القانون المصري، تقادم دعوى المسؤولية التقصيرية ذو حدين هما: 3 سنوات من تاريخ علم المضرور بحدوث الضرر وبالشخص المسؤول عنه، و15 سنة من تاريخ وقوع الفعل غير المشروع. فيعمل بأقصر الأجلين كأصل. لكن "إذا كانت هذه الدعوى ناشئة عن جريمة، وكانت الدعوى الجنائية لم تسقط بعد انقضاء المواعيد المذكورة في الفقرة السابقة، فإن دعوى التعويض لا تسقط إلا بسقوط الدعوى الجنائية"².

وفي القانون الجزائري، فإن تقادم دعوى المسؤولية المدنية عن الفعل غير المشروع يحصل بمرور 15 سنة من تاريخ وقوعه. بغض النظر عن كونها ناشئة عن خطأ جنائي أم عن خطأ مدني، وفي ذلك تنص المادة 10 ق إ ج: "تتقادم الدعوى المدنية وفق أحكام القانون المدني. غير أنه لا يجوز رفع هذه الدعوى أمام الجهة القضائية الجزائرية بعد انقضاء أجل

¹ Cité par: D.Malicier- A.Miras- P.Feuglet- P.Faivre, op.cit, P 198.

² محمد صبري السعدي، شرح القانون المدني الجزائري، ج 2، الطبعة الأولى، دار الهدى، الجزائر، 1991-1992، ص136.

تقدم الدعوى العمومية¹ أما في القانون الفرنسي، فقد وحدت المادة 1142-28 من قانون الصحة دعاوى المسؤولية المدنية الطبية العقدية منها والتقصيرية بـ 10 سنوات من تاريخ إلتتام الضرر، بعد أن كانت 30 سنة في الأولى و 10 سنوات في الثانية².

¹ م 10 من الأمر رقم 66-155 المؤرخ في 08/06/1966 المتضمن قانون الإجراءات الجزائية الجزائري المعدل والمتمم بالقانون رقم 06-22 المؤرخ في 20/12/2006.
² محمد بودالي ، القانون الطبي وعلاقته بقواعد المسؤولية، المرجع السابق، ص 22.

الفصل الثالث:تعويض الضرر الناجم عن المسؤولية في الجرائم التمريضية

من المعروف أنه بإمكان المضرور الحصول على التعويض بالتراضي، ودون تدخل القضاء، عن طريق اتفاق ودي (accord amiable). هذا الطريق عادة ما يسعى إليه الممرض ومؤمنه، ذلك أن من مصلحة الممرض عدم تشويه سمعته المهنية بإقحامه ساحة القضاء. كما أن المريض قد يرضى به إذا قدر أن هناك تناسباً بين قيمة التعويض المعروض عليه والضرر اللاحق به، متفادياً بذلك خصومة قضائية عادة ما تكون طويلة ومكلفة.

إلا أن المريض أحياناً قد لا يكتفي بالتعويض المدني إذا بدر من الممرض إجرام في حقه، خاصة إذا كان المريض من الأغنياء أو من ميسوري الحال الذين بإمكانهم تخطي فترة المرض دون حاجة إلى المال الذي يجنونه من هذا التعويض، فلا يثنيهم العزم مهما عرض عليهم من الأموال من اللجوء إلى القضاء الجزائي بغية توقيع العقوبة على هذا الممرض. الأمر الذي يدفعنا إلى البحث في أساس التعويض، والذي سنتناوله في المبحث الأول؛ كما سنبين سلطات القاضي الجنائي عند الحكم على الممرض بالمسؤولية، وذلك في المبحث الثاني؛ لنخرج بعد ذلك على مسألة التأمين من المسؤولية للممرض في المبحث الثالث.

المبحث الأول: أساس التعويض

إن التعويض هو الهدف الذي ينشده المضرور من وراء رفع دعوى المسؤولية ضد الممرض. هذا التعويض يتم تقديره بالاعتماد أساساً على "الضرر" دون الخطأ. وقد فصلت التشريعات بمساعدة القضاء دائماً، أيما تفصيل في أنواع هذه الأضرار، وكيفيات تقديرها، بحيث أن الخبير أصبح في الكثير من هذه الأنواع يجد معالم واضحة يهتدي بها في مهمته. وسندرس في هذا المبحث الأضرار القابلة للتعويض ودور الخبرة الطبية في تقديرها من خلال المطالبين التاليين.

المطلب الأول: ماهية الضرر القابل للتعويض

الفرع الأول: تعريف الضرر التمريضي

هناك تعريفات عديدة للضرر، منها ما جاء به الأستاذ مازو، بأنه "الأذى الذي يصيب الإنسان في جسمه أو ماله أو شرفه أو عواطفه"¹، ومنه التعريف الذي أورده الدكتور محمد صبري السعدي في مؤلفه "شرح القانون المدني الجزائري" بأنه "الأذى الذي يصيب الشخص نتيجة المساس بمصلحة مشروعة له، أو بحق من حقوقه"². وعليه، يمكن تعريف الضرر التمريضي بأنه الأذى اللاحق بجسم المريض من جراء فعل تمريضي "وقد يستتبع ذلك نقصا في مال الشخص أو في عواطفه ومعنوياته"³. فالممرض أكثر من أي شخص معرض لإصابة الغير بضرر جسدي⁴، لكون أن مهنته تنصب بشكل مباشر وخاص على جسم الإنسان. هذا الضرر قد يكون عبارة عن عجز مؤقت أو دائم، كما قد يكون جزئيا أو كليا. قد يتمثل الضرر في خلل عصبي أو عقلي أو نفسي، ناتج عن حقن خاطئ بأدوية ومواد كيميائية. كما أن الضرر التمريضي قد يشمل الضرر الجمالي والضرر الألمي. هذه الأضرار اللصيقة بجسم الإنسان تستتبع أضرارا عديدة منها الاقتصادية -كفقدان الراتب الشهري- ومنها غير الاقتصادية كالضرر المعنوي وفقدان المتعة... إلخ.

الفرع الثاني: شروط الضرر القابل للتعويض

حتى يكون الضرر قابلا للتعويض يجب أن يكون مباشرا ومحققا.

أولاً: أن يكون الضرر مباشرا

الضرر المباشر هو كل ما كان نتيجة طبيعية للفعل الخاطئ "ولم تتدخل أفعال أخرى في إحداثه"⁵ كوفاة المريض إثر فعل تمريضي خاطئ، أو إصابته بفيروس انتقل إليه بإهمال

¹ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 232.

² محمد صبري السعدي، المرجع السابق، ص 75.

³ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 234.

⁴ Louis Melennec, op.cit, P 137.

⁵ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 240.

من الممرض في اتخاذ الاحتياطات اللازمة وفقا لمقتضيات علم التمريض. والضرر المباشر في المسؤولية العقدية يختلف عنه في المسؤولية التقصيرية، من حيث أنه في هذه الأخيرة يجوز التعويض عن كل ضرر مباشر سواء كان متوقعا أو غير متوقع، بخلاف حالة المسؤولية العقدية التي يقتصر التعويض فيها على الضرر المتوقع فقط، إلا إذا ثبت الغش أو الخطأ الجسيم في جانب الممرض المخطئ، وتجدر الإشارة إلى أن كل ضرر متوقع هو ضرر مباشر، والعكس غير صحيح.

إن الضرر المتوقع في المسؤولية العقدية هو كل ما كان يمكن توقعه عقلا وقت التعاقد. أما الضرر غير المتوقع فهو ما "لم يدخل في الحساب سببا أو مقدار"¹. ويتم القياس بمعيار "الرجل العادي"، أي أن المعيار الموضوعي هو الذي يكشف به عن الضرر المتوقع والضرر غير المتوقع، وليس المعيار الشخصي المتعلق بذات الطبيب المخطئ. ويرى بعض الفقهاء أنه يكفي أن يكون سبب الضرر متوقعا حتى ولو كان مقدار الضرر غير متوقع لأجل الحكم بالتعويض، بينما القضاء يشترط توقع كل من سبب الضرر ومقداره وقت التعاقد².

ثانيا: أن يكون محقق الوقوع

أي أن يكون أكيدا، ويستوي في ذلك أن يكون الضرر قد حصل فعلا أم أنه سيقع حتما نظرا لتحقيق سببه³. إن هذه النقطة القانونية تثير مسألتين هامتين وهما: متى يجوز التعويض عن الضرر المستقبلي؟ وهل يجوز التعويض عن تفويت الفرصة؟

❖ الضرر المستقبلي:

قضت محكمة النقض المصرية بأنه لا يمكن تأسيس طلب التعويض على مجرد احتمال وقوع الضرر⁴. وعليه، فحتى تقبل دعوى التعويض عنه يجب توافر شرطين:

أولهما: أن يكون تحققه أكيدا لا شك فيه: فلا بد أن يكون تحققه يقينيا لا احتماليا.

¹ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 244.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 244.

³ رايس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، المرجع السابق، ص 274.

⁴ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 246.

ثانيهما: أن تكون كل العناصر الضرورية في وصفه وتقديره متوافرة وقت المطالبة بالتعويض عنه¹.

فعلى سبيل المثال، عند إصابة المضرور بعجز يفقده القدرة على الاستمرار في عمله فإن خسارة ربحه المستقبلي أكيدة. أيضا إذا ترتب عن الخطأ التمريضي وفاة المريض، فإن زوجته وأبنائه سيفقدون نفقته عليهم حالا ومستقبلا. هذا الضرر المستقبلي أكيد لا شك فيه، لأجل ذلك يكون من حقهم المطالبة بالتعويض عن الأضرار الحالية التي أصابتهم، وكذا عن الأضرار المستقبلية التي ستصيبهم من جراء فقد معيهم، لأن هذا الضرر المستقبلي أكيد وليس احتمالي.

❖ تفويت الفرصة:

إن الضرر القابل للتعويض لم يعد مقتصرًا على الأضرار الواقعة فعلا، فيزيائيا أو نفسيا، والتي يقوم الخبير بتقديرها، بل صار بالإمكان الاستناد لأجل إقرار الضرر على مبدأ أكثر تجردا، بالاعتماد على الواقعة الوحيدة المتمثلة في أن فرصة وجدت وضيعت. هذا ما قضت به الغرفة المدنية لمحكمة النقض الفرنسية سنة 1970²، لكن فكرة التعويض عن تفويت فرصة واجهت انتقادات، فحواها أن من شروط الضرر القابل للتعويض أن يكون محققا، في حين أن الفرصة إما أنها لا زالت موجودة وإما أنها لم توجد أبدا، وأن القول بوجود ضرر ناشئ عن فقد فرصة ما هو إلا سفسطة³.

لكن أنصار هذه الفكرة دافعوا عنها، بحجة أنه إذا كانت الفرصة احتمالية، فإن تفويتها أمر محقق⁴. وبذلك تكون خاضعة لشروط الضرر القابل للتعويض. والفرصة التي يتم

¹ M.M.Hannouz- A.R.Hakem, Précis de droit médical à l'usage des praticiens de la médecine et du droit, office des publications universités, Alger, 2000, P 75-76.

² M Guy Nicolas, op.cit, P 36.

³ Louis Melennec, op.cit, P 138.

⁴ عبد الرزاق أحمد السنهاوري، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد، المرجع السابق، ص 862.

التعويض عن تفويتها في المجال التمريضي هي فرصة الشفاء أو الحياة أو الوصول إلى نتائج أفضل أو تجنب بعض الأضرار التي لحقت بالمريض¹.

وتفويتها يكون بسبب التدخل التمريضي بعد فوات الأوان²، أو عن خطأ فني، أو عن إعلام المريض بمخاطر التدخل التمريضي. أما القضاء فقد استمر في أخذ بقابلية تفويت الفرصة للتعويض. وذلك ما تؤكد الأحكام التالية المتعلقة بالمسؤولية الطبية المدنية³:

ففي قضية بشأن ممرض تم استدعاؤه لحقن علاج لطفل يبلغ 3 سنوات من العمر، مصاب بحمى شديدة مع قيء ليلي، لم يتم إعطائه الدواء المناسب، بل تدخل باستخفاف استحق عليه التوبيخ - حسب تعبير الخبير - لعدم قيامه برؤية المريض من جديد في اليوم الموالي نظرا لصعوبة معالجة المريض، وبعد نقل الطفل إلى مستشفى آخر تحت إلاح شخص من الغير شفي ولكن بقي أصما. وورد في تسييب هذا القرار أن التأخر الخاطئ لا ينتج عنه حتما الصمم، الذي يمكن أن ينتج عن علاج المرض. لكن هذا التأخر يجد نفسه مصدر ضياع فرصة الاحتفاظ بالسمع⁴.

وفي قرار لمحكمة النقض الفرنسية في 30 أكتوبر 1995، أقرت فيه أحقية التعويض على ممرض ارتكب خطأ بتأخره في تطبيق أمر تحويل مولود جديد إلى مصلحة مختصة، حيث كان يعاني من آلام ومعاناة جنينية، مما نتج عنه جروح دماغية غير رجعية، واعتبر القضاء أن الطفل ضاعت عليه فرصة الاستفادة من علاج كان فارضا نفسه (ضروريا) في حينه⁵.

وفي قضية أخرى، تم إرجاع امرأة إلى بيتها رغم نزيف أصيبت به أثناء الولادة، فتوفيت خلال الشهر الموالي لخروجها من المستشفى. الخبير هنا، لم يستطع تأكيد ولا إنكار

¹ محمد حسين منصور، المرجع السابق، ص 116.

² D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 66.

³ محمد بودالي، القانون الطبي وعلاقته، بقواعد المسؤولية، المرجع السابق، ص 26.

⁴ Versailles 08 décembre 1986. D. 1987 .J. 583. Cité par:M.M.Hannouz. A.R. Hakem, op.cit, P78.

⁵ Cass.civ. 30 octobre 1995. D. 1995.I.R.276.Cité par:M.M.Hannouz. A.R. Hakem, op.cit, P79.

الرابطة السببية بين إرجاعها إلى بيتها وموتها، لكن هذا الإرجاع حرمها من المتابعة التي كانت ضرورية¹. وفي قضية أخرى اعتبر القضاء أن عدم قيام الممرض بفحص إشعاعي، وإن لم يكن هو الذي أحدث الضرر إلا أنه أدى إلى تطور المرض، وبالتالي ضيع على المريض فرصة تجنب الضرر الذي يشكو منه.

وهناك مسألة أخرى أخذ فيها القضاء الفرنسي بالتعويض عن تفويت الفرصة تتعلق بضياح فرصة إجهاض طفل منغولي أو مشوه. فهناك أمراض تنتقل إلى الجنين أثناء فترة الحمل تؤدي إلى ولادته مشوها أو معاقا، كما قد تكون لدى الجنين طفرة وراثية فيسمى بعد ولادته منغوليا. إن القضاء المدني برفضه المذهب المعارض للتعويض عن تفويت الفرصة، وسعيه إلى إيجاد تفسير قانوني يبرر قبول التعويض عنه، فإنه بذلك قد اتخذ وجهة إنسانية، إذ يسر بذلك لضحايا الأخطاء التمريضية الحصول على التعويض في حال عجزهم عن إثبات رابطة النسبية بين الخطأ التمريضي والضرر الجسدي الحاصل.

إلا أنه ينبغي الإشارة هنا إلى أن هنالك طريقتين للتعويض عن تفويت فرصة: أولهما هي "تعويض عن الكل أو لا شيء le tout ou rien"، ومفادها أن يعرض المعني تعويضا كاملا أو لا يعرض تماما، وهو الاتجاه المأخوذ به في فرنسا ومن سار على نهجها، والثانية هي "التعويض عن درجة تحقق تفويت فرصة شفاء indemnisation de chances predues de guerison" ومفادها أن يعرض المعني بحسب نسبة تفويت فرصة الشفاء.

ومثال هذه الأخيرة ما حصل في إنجلترا سنة 1987 في قضية ولد يبلغ 13 سنة من العمر أصيب في وركه بعد سقوطه من شجرة، وأثناء الفحص الإشعاعي أخطأ الممرض في التشخيص مما أدى إلى خطأ الطبيب في وصف العلاج المناسب، منذ ذلك الحين والولد يعاني من تقلص في الحركة وأصبح عاجزا تماما ببلوغه سن العشرين، فادعى بأن الخطأ في العلاج الموصوف له هو السبب في عجزه. فالمستشفى قدر بالمقابل، بأن الولد كان عند

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 64.

دخوله مصابا لدرجة أن احتمال عجزه يكون بسبب الإصابة بنسبة 75%، مما يجعل نسبة تقويت فرصة شفاؤه تقدر بـ 25%.

أما محكمة أول درجة "The Queen's Bench Division" قررت تعويضات تقدر بربع الضرر الواقع، وأيدت ذلك محكمة الاستئناف "The court of appeal" أخذا بمبدأ "التعويض عن درجة تحقق تقويت فرصة الشفاء". المحكمة العليا "The House of Lords" رفضت أي تعويض للمدعي، آخذة بمبدأ "الكل أو لا شيء"¹. أما سويسرا فهي الرائدة في عدم الأخذ بمبدأ "التعويض عن درجة تحقق تقويت فرصة شفاء".

وحسب دراسة الدكتور Christoph Muller حول "تقويت فرصة طبية في القانون المقارن وسويسرا"، وخلص بعد معالجته لها في القانون الفرنسي، الأمريكي، الألماني، الإنجليزي، السويسري- إلى أن طريقة "التعويض عن درجة تحقق تقويت فرصة شفاء" هو أكثر عدالة من طريقة "تعويض الكل أو لا شيء" المعروف في الأنظمة القانونية التي تعرف من قديم التعويض عن تقويت الفرصة².

أما القضاء الجزائري فإنه لا يأخذ بنظرية تقويت الفرصة، وفي ذلك قررت محكمة النقض البلجيكية في 23 سبتمبر 1974 نقض حكم اعتبر فيه الممرض "مرتكبا لجريمة القتل الخطأ استنادا إلى تقرير الخبراء الذي جاء فيه أن خطأ الممرض حرم المريض من 90% من فرصة استمرار الحياة، معتبرة أن قضاة الأساس قد أخطئوا حين استنتجوا من ذلك وجود علاقة سببية بين خطأ الممرض وموت المريض دون أن يأخذوا بعين الاعتبار العشرة بالمائة الباقية"³. ذلك أن إقرار الحق في التعويض عن الضرر من طرف القاضي الجنائي يعني إقراره بوجود جريمة.

¹ Christoph Muller, La perte d'une chance médicale en droit comparé et suisse, Revue générale de droit médical, N° 9, 2003, P 113.

² Christoph Muller, op,cit., P 130-131.

³ بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 215.

المطلب الثاني: دور الخبرة الطبية في تقدير الضرر القابل للتعويض

سبقت الإشارة إلى أن طريق التعويض القضائي هو الذي ينتهجه المرضى عادة. وحتى يحكم القاضي بالتعويض، على المضرور تقديم الوثائق المتعلقة بطبيعة الضرر المحتمل، من حيث سعة وجسامة الجروح الجسدية، ونتائج هذه الأخيرة على الضحية في كل مجالات الحياة. لذلك، فتقدير الضرر يختلف من حالة إلى أخرى. فهو يتضمن طابعا طبيا، اقتصاديا، اجتماعيا، وقانونيا. ويؤدي كل من الخبير والقاضي دورا متميزا في مهمة التقدير.

بما أن القاضي هو أخصائي قانون وليس أخصائيا في الطب، فإنه لا يقوم بتقدير الضرر الجسدي بنفسه، بل يستدعي طبيبا خبيرا يجمع معارف تقنية صلبة مع بعض التكوين القانوني. لكن إلى جانب الطبيب الخبير المعين من قبل القاضي، هناك أطباء مطبقون آخرون يمكنهم إعطاء رأيهم الطبي في تقدير الضرر، وهم الأطباء المستشارون لدى هيئة الضمان الاجتماعي، والأطباء المستشارون لدى شركات التأمين، وأيضا أطباء الطعن¹.

على كل، فإن الخبير لا ينشغل بالمصاريف الطبية والتمريضية والصيدلانية، إذ يكفي أن يقدم محامي المضرور الفواتير حتى تقضي المحكمة على الفاعل ومؤمنه بدفع هذه المصاريف. باستثناء الأحوال التي يطالب فيها المضرور بمبالغ مالية غير ملائمة بالنسبة للعيادات المرفهة أو بالنسبة لعلاجات جد مكلفة وغير ضرورية. وإنما يقوم بدراسة الجروح وتحديد مدة العجز المؤقت وكذا العجز الدائم مع تقدير نسبة العجز وأهميته.

الفرع الأول: دراسة الجروح

أول مرحلة يقوم بها الخبير هي دراسة الجروح الناجمة عن الإصابة الجسدية، من حيث أهميتها واتساعها وعلاقتها السببية بالفعل التمريضي الذي قام به المدعى عليه، والتطور المستقبلي لهذه الجروح، سواء بالتفاقم أو بالاختفاء. يقوم الخبير في هذه المرحلة باستجواب دقيق من أجل توضيح الحالة الصحية للمضرور وظروفه الحياتية قبل الإصابة،

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 317-318.

والظروف والنتائج الفورية للحادث، وطبيعة ونتائج العلاجات المعطاة، المظاهر المرضية الحالية، مع انعكاساتها على نشاطات الضحية.

في حال وفاة المصاب، يمكن تحصيل ماضيه السريري (clinique) من استجواب الأقارب والأطباء والممرضين المعالجين¹. من أجل تعزيز المعلومات المحصل عليها من الاستجواب، يجب على الخبير أن يستعلم عن كل الوثائق المبررة، المسلمة من طرف المصاب نفسه أو بعض المصالح الإدارية. هذه الوثائق منها؛ "غير الطبية -extra-médicales" (محاضر إثبات حالة للشرطة، محاضر استجواب، ... إلخ) والتي قيمتها مهمة بالنسبة للقاضي، ومحدودة بالنسبة للخبير. ومنها؛ "الطبية médicales" وهي أكثر أهمية بالنسبة لهذا الأخير بل ورئيسية، لأن الخبرة تركز عليها.

بعد دراسة الخبير "للشهادات الطبية الأولية" التي تتضمن أساسا وصف الجروح والأعراض الملاحظة أثناء الفحص المنجز بعد ذلك في الأيام القليلة التالية للحادث الضار، وبعد اطلاعه على الوثائق المكونة للملف الطبي للمضروب، يجري في الأخير الفحص السريري. وهذا الأخير يجب أن يتضمن ليس فقط فحصا موضعيا للمنطقة المصابة، ولكن أيضا فحصا إجماليا عاما، وتقدير الجروح غالبا ما يتم بطريقة بسيطة في حال إصابات عظم مفصليّة (Ostéo-articulaires) واضحة. لكنه يكون أكثر تعقيدا، عندما تكون الإصابة عصبية-نفسية (neurologiques-psychiatrique)، أو متعلقة بالأحشاء (viscérale). إنها تصبح حقا صعبة في حال الخلل الوظيفي (céphalées, douleurs vertébrales, ...etc) الذي لا تصحبه علامات موضوعية.

قد يجد الخبير نفسه مضطرا إلى إجراء فحص متخصص للمضروب. ففي القانون الفرنسي، يمكن للخبير أخذ المبادرة للحصول على رأي تقني، ولكن فقط في تخصص مختلف عن تخصصه، كما أن هذا متاح له فقط أمام القضاء المدني. أما أمام القضاء الجنائي فإنه يجب على الخبير أن يطلب من المحكمة الإذن له بانضمامه إلى أشخاص تعيينهم

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 317-318.

بأسمائهم، مؤهلين خصوصا بكفاءتهم¹، وهذا نفس الموقف الذي اتخذته المشرع الجزائري أمام القضاء الجزائري².

أما أمام القضاء المدني فإذا تعلق الإشكال في مهمة الخبير في الحاجة إلى ترجمة فقد أجاز للخبير أن يختار مترجما من المترجمين المعتمدين بنفسه³، أما إذا وجد نفسه في حاجة إلى رأي تقني خارج تخصصه، فما عليه إلا أن يرفع تقريراً إلى القاضي، يوضح فيه وجود هذا العائق في مهمته، وتبقى للقاضي السلطة التقديرية في تعيين شخص مساعد له في الاختصاص المطلوب من عدمه⁴.

إنه يدخل في تقدير التعويض نوع الجرح، سن الضرور ووقت الخبرة؛ إذ أن خبرة متأخرة عدة سنوات بعد الحادث الضار، تسمح بإعطاء تقدير أكيد تطبيقاً لحقيقة هذه الأضرار. وذلك على عكس خبرة مبكرة، فهي تعطي تقديراً أكثر صدقية⁵. فإذا استحال على الخبير تحديد تشخيص دقيق كفاية، فعليه أن يطلب إعادة رؤية المريض في أجل ملائم، و تطور الجروح مهم، بما أنه قد يؤدي إلى عجز دائم إما مباشرة، وإما إثر تفاقم حالة المضرور.

وفي الشريعة العامة، إذا تحسنت الوضعية الصحية ونقص الضرر، فلا يمكن أن يؤدي ذلك إلى إجراء خبرة جديدة مع تسديد (remboursement) المضرور للزيادة التي أخذها، إذ في هذه الحالة تقدير الضرر يكون نهائياً. لكن على العكس من ذلك، إذا حدث تفاقم في الآجال القانونية وثبتت علاقة السببية بين الضرر والفعل الضار، فيمكن للمضرور الحصول على تعويض تكميلي. إن مهمة الخبير في مجال تقدير الضرر تتركز أساساً في

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 318.

² م 149 ق. إ.ج. ج .

³ م 134 ق إ.م. و.إ.ج .

⁴ م 135 ق إ.م. و.إ.ج .

⁵ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 319.

تحديد خصائص العجز، والذي يعرفه Paul Robert بأنه "حالة شخص، بعد إصابة، مرض، أصبح عاجزاً عن العمل وعن إنجاز بعض الأفعال"¹.

الفرع الثاني: تحديد مدة العجز المؤقت

إذا كان المضرور يتلقى علاجاً من شأنه أن يؤدي إلى شفاؤه أو إلى تحسن وضعيته الصحية، فإن العجز يسمى مؤقتاً. وينتهي العجز باستئناف النشاط المهني العادي، لكنه أثناء سير الدعوى يكون غير قادر على المزاولة المهنية. وعليه، فإن العجز المؤقت يمثل "المدة الزمنية التي بقيت أثناءها الضحية عاطلة عن العمل بسبب الحادث أو الإصابة"². ويرمز للعجز المؤقت الكلي بـ "ITT"، وللعجز المؤقت الجزئي بـ "ITP". هذا العجز يترجم في كل الأحوال إلى خسارة كان يمكن ربحها. وعلى الخبير أن يحدد بأكبر دقة ممكنة مدة العجز المؤقت، مع الإشارة إلى كونه كلياً أو جزئياً، وهل تسبب في عدم قدرة على مزاولة المهنة.

إن مفهوم العجز المؤقت الكلي لدى القضاة في المادة الجزائية، لا يقتصر على الممارسة المهنية فحسب، بل يتعدى إلى العجز الشخصي اليومي المتعلق بقيامه بأشغاله العادية. كما أن مدة العجز، هي التي تؤثر في تكييف الجريمة. أما في المادة المدنية، فمدة العجز المؤقت وأهميته، يتعلقان بعدة عوامل: نوع الجروح الجسدية، نوع العلاجات المعطاة، نوع النشاط الممارس من طرف الضحية:

- في حالة نشاط مهني، مدة العجز تختلف بمعامل طبيعة هذا النشاط، فهي ليست نفسها بالنسبة لعامل يشتغل بيديه، وبالنسبة لتاجر. هذا الأخير يمكن أن يمارس نشاطه جزئياً مع يد مثبتة في الجبس، على سبيل المثال، في حين أن العامل لا يستطيع ذلك.
- في حالة النشاء ربات البيوت، مدة العجز يمكن أن تكون معروفة إذا استفادت الضحية من خادمة لمدة محددة. وإلا فالتحديد سيكون جد صعب.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 320.

² يحيى بن لعي، المرجع السابق، ص 41.

- في حالة التلاميذ أو الطلبة، تتمثل مدة العجز في المدة التي لا يستطيعون خلالها مواصلة دروسهم كلياً أو جزئياً.

- في حالة كون المضرور طفل لم يبلغ سن الدراسة، فالعجز يرتكز هنا على معايير مختلفة: إنها المدة التي توقف فيها الأطفال عن القيام بألعابهم، تلقوا علاجات أو فرضوا على أمهاتهم إلغاء نشاطاتهن الخاصة من أجل العناية بهم.

- في حالة المحالين على المعاش أو الذين لا يمارسون نشاطاً، فإن مدة العجز هي تلك الفترة التي يفقدون فيها استقلاليتهم في قيامهم بأنفسهم، وتتميز عادة بفترة استشفائية أو فترة نقاهة في منزل مخصص لهذا الغرض (Maison de convalescence)، ثم يلجؤون بعد ذلك إلى أمانة خدماتية (ménagère Aide)¹.

يمكن للعجز المؤقت الكلي أن يتراجع إلى عجز مؤقت جزئي. وعند انتهاء مدة العجز نكون أمام إحدى حالتين:

أولهما: اختفاء المظاهر المرضية، فيستعيد المضرور كمال صحته الجسدية والنفسية، فيمنح له الطبيب شهادة شفاء توضح تاريخ استئناف النشاط.

ثانياً: توقف تطور المظاهر المرضية، بحيث تصل وضعية العجز إلى الاستقرار والثبات². ويطلق عليها تسمية حالة "الالتئام consolidation". ويعرف الدكتور يحيى بن لعلى هذه الأخيرة بأنها الوقت الذي "تكون فيه حالة المريض مستقرة، بحيث لا تتأثر بأي علاج، وبالتالي تصبح الحالة نهائية، دون أن يمنع ذلك استكمال تطبيق بعض الوسائل العلاجية (مثل إعادة التكييف العضوي Rééducation fonctionnelle) لتحسين أو استعادة وظيفة العضو"³. وفي هذه الحالة يمنح الطبيب للمضرور شهادة التئام (certificat

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 321.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 321.

³ يحيى لعلى، المرجع السابق، ص 41.

(de consolidation) التي تبين تاريخ ثبات الحالة، وتصف الجروح (Séquelles)، وحينئذ يتحول وصفه إلى "عجز دائم"¹.

الفرع الثالث: تحديد تاريخ العجز الدائم

يعرف العجز الدائم في إطار الشريعة العامة بأنه: "إنقاص القدرات الجسدية (Physique) النفسية- الحسية (Psychosensoriel) أو العقلية (Intellectuel)، الناتجة عن الإصابة الواقعة على الكمال الجسدي للشخص"². وينبه الأستاذ مالميسييه وزملاؤه، إلى أنه يتعلق بإفلاس الطاقات الجسدية، وليس الطاقات المهنية عند المضرور الذي استقرت حالته بشكل نهائي.

إن تاريخ الالتئام هو نقطة بداية "للعجز الدائم"، ويحدد مصدر الحق في التعويض. وهو يختلف من شخص إلى آخر، حسب السن، والأمراض السابقة، والطبع النفسي للمضرور، ... إلخ³. والمشكلة التي تثار بشأن تحديد هذا التاريخ هو أن الالتئام (La consolidation) قلما يكون واضحا وفصولا فيه؛ ذلك أن هناك حالات مرضية عديدة يحصل التحسن فيها خلال شهور أو سنوات، بحيث يخضع خلالها المضرور لعلاجات مستمرة على المدى الطويل (إعادة تكييف العضلات المسكن Rééducation antalgique، العلاج بالمياه المعدنية Cures thermales، ...).

من أجل التخفيف من هذه الصعوبة، يرى الأستاذ مالميسييه وزملاؤه أنه من الممكن اعتبار أن تاريخ الالتئام هو مبدئيا تاريخ استئناف النشاطات المهنية، المدرسية والمنزلية. ويضيف أن هذا الحل لا يكون صائبا دائما، لأن استئناف النشاط المهني يمكن أن يؤجل أو يمنع لعدة أسباب (جروح بليغة، عطل سنوية، تسريح، ...)، مما يجعل تاريخ الالتئام يختلف أحيانا عن تاريخ استئناف النشاط⁴.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 321.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 322.

³ يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 41.

⁴ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 322.

الفرع الرابع: تقدير أهمية العجز

في الشريعة العامة، لا توجد أية طريقة إلزامية لتقدير أهمية العجز الدائم ولتحديد نسبة العجز. وعليه؛ فالخبراء أحرار في اختيار الطرق التي يفتنون بها في التقدير، وكذلك القضاة أحرار في تقدير العجز دون اللجوء إلى حساب مجدول "Barème"¹. ويتم التعبير عن العجز بنسبة تمتد من 1 إلى 100%. هذه النسبة تدل على "النقص العضوي أو القصور الوظيفي المحض. بصرف النظر عن الانعكاسات السلبية المهنية". ذلك أن الخبير لا يتعرض إلى تقدير انعكاسات الضرر الحاصل على الحياة المهنية للمضرور، إلا إذا طلب منه القاضي ذلك بصراحة في نص المهمة المسندة إليه. وفي هذه الحالة لا يقوم بتحديد نسبة وإنما مجرد وصف للانعكاسات المهنية، كأن يقول مثلاً: إن انعكاسات الإصابة تتعارض مع استمرار الضحية في ممارسة مهنتها، وبالتالي يتم إعادة تصنيفها مهنيًا"².

إن تفاقم العجز في حال الاضطراب النفسي يكون صعب التحديد، خاصة عندما يتعلق الأمر بحالة عصبية بعد صدمة (Névrose post-traumatique).

يجب تحديد رقم IIP (العجز الشخصي الدائم) واقعيًا (In concreto). بمعنى أن IIP المحسوب من طرف الطبيب الخبير يناسب انخفاضًا واقعيًا لطاقة شخص. وينبغي الإشارة إلى أن الانخفاض المقصود هنا هو ذو طبيعة وظيفية لا تشريحية للجسم (anatomique). ذلك أنه في الواقع، الطبيب المخطئ لن يعوض فقدان وظيفية هذا العضو. ويؤخذ سن المضرور بعين الاعتبار.

في الشريعة العامة لا يوجد جدول حساب رسمي بالنسبة للأضرار الجسدية، عكس ما هو عليه الوضع بالنسبة لحوادث العمل وكذا حوادث المرور التي تم تخصيصها بجدول حساب في نظام الضمان الاجتماعي.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 322.

² يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 43.

في فرنسا، يقيس الخبراء العجز بأحد جدولين: أولهما؛ جدول الشريعة العامة المنشور في "Concours médical" في 19 جوان 1982، والذي يحمل عنوان "الجدول الاستدلالي Barème indicatif للعجز الوظيفي". والثاني؛ أكثر معاصرة من سابقه، مقترح من طرف مؤسسة الطب الشرعي وعلم الإجرام لفرنسا تحت عنوان "الجروح الصدمية- تقرير طبي شرعي للعجز الدائم في الشريعة العامة"¹.

"على الخبير أن يقارن بين القصور الفيزيولوجي المنسوب للحادث والكفاءة الباقية، حتى يتسنى له استخلاص النسبة التي يصفها بهدف تنوير القاضي، أخذا في ذلك بعين الاعتبار النتائج العامة لكل علاج ناجع محتمل أو إعادة التكييف الوظيفي، ذلك أن الضحية مطالب بأن يعمل ما وسعه من أجل التقليل من الضرر وإعادة التصنيف المهني"². ويرى الدكتور يحيى بن لعلى أن في مثل هذه الحالات، يقوم الخبير بتقدير نسبة العجز الحالي، "مشيرا في نفس الوقت بضرورة إعادة التقييم في أجل تقريبي مقترح. وعلى الخبير أيضا أن ينبه إلى الأضرار المتقطعة أو الدورية الناجمة من تطبيق بعض الأساليب العلاجية (مثل استئصال آلات جراحة العظام والمعالجة بالحمامات المعدنية...)"³.

في الواقع، عادة ما يصعب تقدير الطاقات المهنية المتبقية لشخص تعرض لصدمة جسمية تركت جروحا هامة. لكن، على الأقل، من السهل شرح للقضاة- الطاقات المهنية المتبقية للمضروب بالنظر لكفاءاته الأصلية. وهناك حالات عجز يسهل فهمها، عندما يحصل للمضروب عجز كلي دائم، كشلل سفلي Paraplégiques أو رباعي Tétraplégiques. لكن بالنسبة لكبار العاجزين Grands infirmes، المشكل ليس في تقدير العجز، الذي هو بديهى، ولكن في تقدير أهمية المصاريف المستقبلية الطبية التي ستكون ضرورية على المدى الطويل لحالتهم المرضية.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 324-325.

² يحيى بن لعلى، المرجع السابق، ص 46.

³ يحيى بن لعلى، المرجع السابق، ص 47.

وفي مجال تقويم الاعوجاج وفي المجال "العصبي- نفسي Neuropsychiatrie"، يستدعي تقدير الأضرار الجسدية الاستناد إلى معلومات طبية صلبة. لذلك، فإن المحاكم الفرنسية تطلب من الخبراء المسجلين لدى مجلس الاستئناف هذه الوصفة التي تجد مبررها في كفاءة أطباء يستطيعون على هذا النحو تنوير القضاة المكلفين بتعويض الضحايا¹.

إذا كان لدى المضرور عجز أو عاهة سابقة عن الحادث، فيقوم الخبير "بتقديرها على حدة مع توضيح العلاقة والتداخل المحتمل بينهما وبين الإصابة محل الخبرة"، من حيث تسببه في تفاقمها أو مجرد الكشف عنها. "وأیضا إذا كانت العاهة السابقة تشكل في حد ذاتها وبطبيعتها خطرا بإمكانه إحداث قصور وظيفي محتمل جدا للضحية، وعلى الخبير أن يوضح ما الذي كان يحدث لو أن الضحية لم يكن يعاني من العاهة السابقة، وما هي الاضطرابات التي من المنتظر أن تتولد عن هذه الحالة خارج الحادث، وما ذلك بالأمر الهين طبعاً. لذلك يرى بعضهم أن الخبير بدل أن يخوض في مسائل احتمالية، ولتنوير العدالة، عليه أن يشير إلى ما توصل إليه العلم بشأن تطور مثل هذه العاهات، فيقول مثلاً: أنه وباعتبار الملاحظات المعينة وبالنظر إلى ما هو مثبت علمياً في هذا المجال، فتطور حالة الشخص الذي يعاني من نفس العاهة يكون على الوجه التالي في المدة الزمنية المبينة وتترتب عنها العواقب التالية...)².

إذن، في حال إذا تترتب عن الفعل التمريضي الخاطئ مجرد تفاقم للعجز الوظيفي السابق المحدد والمحقق، فإن الممرض المسؤول لا يكون ملزماً بإصلاح الضرر الجديد المنسوب لفعله التمريضي الذي أجراه. فيقوم الخبير بتقييم نسبة الإلتلاف المنسوب لفعله، والذي يوافق "الفرق بين القدرة السابقة والقدرة الحالية".

في فرنسا، يتم حساب نسبة العجز المنسوب للحادث في مثل هذه الحالة، إما بتقدير إجمالي، أو بالحساب الرياضي باستعمال قاعدة "غابريالي Formule de Gabrielli" مع

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 323-324.

² يحيى بن لعلی، المرجع السابق، ص 42.

الأخذ بالاعتبار "قدرة مقصلة" Capacité initiale réduite (ق₁)، والقدرة المتبقية بعد الحادث (ق₂).

$$\frac{ق_2 - ق_1}{ق_1} = \text{العجز المنسوب للحادث}$$

هذه القاعدة ليست مفروضة على الخبير ولا على القاضي. وفي ذلك يقول الأستاذ "إيفون Yvonne" أن التطبيق الخبراتي للطبيب الخبير والنية الحسنة للقاضي عادة ما تكون هي الأفضل لخدمة الحقيقة والعدالة، من النظريات المجردة.

لكن إذا رتب الفعل الطبي الخاطئ ضرراً غير ظروف حياة الضحية، نتيجة تغييره من طبيعة العجز فإن ذلك يستتبع تعويضاً جزئياً¹. مثال ذلك: أن يلجأ المريض إلى الطبيب لتقويم كسر الرجل بمثبتات بدلاً من الجبس أملاً في سرعة استعادة النشاط العادي، إلا أنه نتيجة إهمال الممرض للتعقيم، أدى إلى تلوث ميكروبي نجم عنه بتر الرجل.

الفرع الخامس: تحديد الأضرار

المهام المعتادة المسندة للخبراء تركز على تحديد الأضرار حسب ما يلي:

الضرر التآلمي "Le pretium doloris"، الضرر الجمالي، ضرر المتعة "Préjudice agrément"، الضرر الجنسي، مدة العجز المؤقت الكلي "ITT"، مدة العجز المؤقت الجزئي "ITP"، وأخيراً نسبة العجز الجسدي الوظيفي "IPP"، وهذه الأخيرة سهلة التقدير أحياناً وصعبة في أحيان أخرى، حسب حالة المضرور.

لكن هناك حالات أين يكفي تحديد نسبة العجز الجسدي الوظيفي "IPP" لضبط مجمل الضرر المتحمل من طرف الضحية، ونخص بالذكر المشلولين سفلياً والمشلولين رباعياً، فهؤلاء سيكونون في حاجة أثناء حياتهم، لمساعدة شخص من الغير، بأجر مكلف. لذلك فعلى الخبير تقدير ما إذا كانت مساعدة شخص من الغير مبررة أم لا، وما هو عدد الساعات

¹Yvonne Lambert –Favre, Droit du dommage corporel, 4eme édition, DALLOZ, Paris, 2000, P 151-152.

المبررة خلال الـ 24 ساعة اليومية. وهكذا يطرح مشكل تقدير المصاريف المستقبلية في مادة إصابات الصدمات الكبرى، إن صعوبات المهمة تعني أن خبيراً محنكاً فقط بإمكانه إيفاء المهمة حقها¹.

1- تقدير ضرر التآلم:

هذا الضرر يقدر من طرف جهات القضاء المدنية منها والجزائية، ويقصد به الآلام الجسدية (Douleurs) التي تحصل للمريض أثناء فعل طبي أو بعده وبسببه. وضرر التآلم يطابق الآلام التي تحملتها الضحية أثناء مدة العجز المؤقت الكلي "ITT"، هذا من حيث المدة. أما فيما يتعلق بتقدير درجة الآلام المتحملة، فيلجأ الخبير إما إلى سلم أرقام محدد من "0" إلى "7"، وإما إلى وصف يمكن أن يكون كالتالي: "جد خفيف"، "خفيف"، "معتدل"، "مهم كفاية"، "مهم"، "جد مهم". هذا في فرنسا².

وفي الجزائر يجري العمل على نحو قريب من ذلك، إذ يعتمد الخبراء على طريقتين: طريقة وصف الآلام، وطريقة استعمال جدول جرى العمل على ترقيمه من "0" إلى "20":

من "1" إلى "2": يمثل مجال الضرر التآلمي الضئيل جداً.

من "3" إلى "4": يمثل مجال الضرر التآلمي الخفيف.

من "8" إلى "10": يمثل مجال الضرر المتوسط.

من "11" إلى "13": يمثل مجال الضرر التآلمي المعتبر نوعاً ما.

من "17" إلى "18": يمثل مجال الضرر التآلمي المعتبر جداً.

من "19" إلى "20": يمثل مجال الضرر التآلمي الفضيع³.

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 323-324.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 323-324.

³ يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 43.

إذا كانت الإحصائيات توحى بوجود علاقة بين العجز "الشخص الدائم IPP" والآلام المحتملة، فإن هذه العلاقة غير صحيحة، فمثلاً؛ نجد الشخص المصاب بحروق خطيرة (ممتدة) يتحمل آلاماً شديدة، لكن يمكن أن يسترجع -تقريباً- كامل عافيته، وكذا المعاناة من شلل رباعي أليم وآخر غير أليم هما جد مختلفين¹.

لذلك فتقدير ضرر التألم يركز على عوامل موضوعية وأخرى ذاتية:

- عوامل موضوعية: تتمثل في نوع الجروح الأصلية، طبيعة وعدد العمليات المطبقة، مدة الأيام المقضية (Séjour) في وسط الإنعاش، ضرورة القيام بعملية "زراعة Greffes" أو عدمها.
- عوامل ذاتية: تتمثل في شدة الآلام المحتملة، فالمعاناة من الآلام تختلف حسب شخصية المضرور، وهو أيضاً دال على الجانب النفساني لهذا الأخير.
- لكن ينبغي التنبيه إلى أن تقدير ضرر التألم، يعتمد على العوامل الموضوعية أكثر من العوامل الذاتية².

إن الآلام المحتملة؛ منها ما هو سابق على الالتئام، وهي التي عانى منها الضحية أثناء الحادث وخلال مرحلة العلاجات النشطة، بما فيها إعادة تكييف العضلات، أي طوال مدة العجز المؤقت. كما يدخل فيها الآلام اللاحقة على تاريخ الالتئام، والتي نجدها عادة في حالات العجز الوظيفي الكبير، والتي كثيراً ما تصحبها آلام هامة ومزمنة، لكن عملياً، يظهر أن الخبراء لا يأخذون أبداً بعين الاعتبار الآلام اللاحقة على تاريخ الالتئام في سلم الآلام المحتملة. وإن كان يمكن إدماجها في إطار "المساس بجودة الحياة" المكون لضرر المتعة (agrément) كما سيتضح لاحقاً.

الآلام المحتملة -تبعاً للاجتهاد القضائي الفرنسي- لا تقتصر على الجسدية، بل قد تكون نفسانية، كاضطراب نفسي، أو انهيار عصبي بعد الصدمة³. مثل: أن يتوجه مريض

¹ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 146.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 323-324.

³ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 213-214.

لإجراء عملية جراحية وتوجت بالنجاح، إلا أنه عند قيام الممرض بنزع الخيط حدث ارتعاش ليد الممرض تسبب في جرح عميق أدى إلى انهيار عصبي لدى الضحية.

لا يوجد جدول حساب لتعويض الضرر التآلمي، لا في القانون الفرنسي أو في القانون الجزائري. لكن في فرنسا، جرى العمل على أخذ القضاة بالحدود التي تقضي بها الجهات الاستئنافية. فعلى سبيل المثال: في سنة 1986، بالنسبة للضرر التآلمي الموصوف بأنه جد خفيف، كان يقدر من 2000 إلى 3000 فرنك فرنسي¹.

2- تقدير الضرر الجمالي:

الضرر الجمالي مقدر من طرف الخبير بأسلوب مجرد (in abstracto)، دون الأخذ في الأخذ في الاعتبار السن، الجنس ومهنة الضحية. ذلك أن القاضي هو الذي سيأخذه بعين الاعتبار -لاحقا- في تقديره للتعويض. ومن البديهي أن هذا الضرر لا يظهر أي تناسب مع العجز الوظيفي²، إذ يؤخذ بعين الاعتبار في تقديره، الآثار (الندوبات) التي تخلفها الجروح والتغيرات الشكلية (Modifications morphologiques) مع فقد المادة، فقد أعضاء.

تقدير الضرر الجمالي يمكن أن يتم هو أيضا عن طريق تصنيفه على سلم من "0" إلى "7". أو بوصفه بالمعدوم، أو الجد خفيف، أو المعتدل أو المتوسط أو المهم كفاية، أو المهم، أو الجد مهم³.

3- تقدير الضرر المهني:

الضرر المهني يطابق تأثير الجراح على ممارسة المهنة مستقبلا لدى الضحية. والخبير يجب عليه أن يوضح في تقريره ما إذا تعرض الشخص إلى ضرر مهني بواقع صدمة. كما يجب عليه أن يوضح ما إذا تعرض الشخص إلى ضرر مهني بواقع الصدمة. كما يجب عليه أن يوضح ما إذا كان المعني مؤهلا لاستعادة نشاطه المهني أم لا. ويوضح

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 324.

² Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 147.

³ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 324.

للقاضي الطاقة المتبقية، والنشاطات التي يستطيع المعني ممارستها في أعقاب الصدمة. ذلك أن الضرر الجسدي الحاصل قد يؤدي إلى ضرورة إعادة التصنيف المهني سواء كانت الإصابة جسدية أو عصبية أو نفسية-عصبية (Psycho-neurologiques) جسدية.

يجدر التذكير أننا بصدد دراسة مسألة تخضع للشرعية العامة (التعويض عن الأضرار الناجمة عن خطأ تمريضي) وأن نسبة العجز الوظيفي الدائم IPP لا تأخذ بعين الاعتبار النتائج المهنية. لذلك فالقضاة عادة ما يشخصون ضرراً مهنيًا مختلفًا عن IPP ومعوضًا بحساب الضياع الواقعي للراتب أثناء السنوات المقبلة، مع الأخذ بعين الاعتبار حرفة وسن المجروح¹. هذا عن المضرور الذي بلغ السن المهني.

أما إذا كان المضرور طفلًا، فهو أيضًا قد يعاني مستقبلًا من ضرر مهني إذا ترتب لديه إعاقة. لكن المشكل يثور حول تكيف هذا الضرر: فالعجز المؤقت بالنسبة لطفل أدى به إلى تكرار السنة الدراسية، من الممكن دون شك أن يكون موضوع تقدير تقريبي. لكن الطفل الذي أصيب بشلل سفلي أو رباعي، أو أنه صار طريح الفراش لمدى الحياة، أو الذي كان ذكاؤه أصيب بعمق، فلا أحد يستطيع أن يفصل في: ماذا كان مستقبله المهني لو لم يقع الحادث؟ جراح مشهور؟ حرفي؟ نجم؟ إطار؟ عامل؟ بطال؟ ... وعليه فإنه في مثل هذه الإعاقات، من المستحيل القيام بتقدير واقعي للضرر المستقبلي، وإنما تقدير مجرد لفقدان القدرة على العمل بالنظر إلى القيمة الإحصائية للأجر المتوسط وإلى نقطة العجز الدائم هو أمر ممكن، ولكنه من دون شك- "غير كمالي imparfait"، وبالتالي يمكن أن يكمل بتقدير "ضياع فرصة" في تكوين حياة مهنية جيدة لو أن المضرور كان قد باشر دراسات واعدة².

¹ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 326.

² Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 196-197.

4- تقدير أهمية اللجوء إلى مساعدة الغير:

في حال الجروح الخطيرة قد يضطر الشخص للجوء إلى مساعدة شخص من الغير في الحياة الجارية من أجل إنجاز حركات أساسية. فيبين الخبير سبب حاجة هذا الشخص إلى مساعدة من الغير، وما هي المدة التي يلجأ فيها لهذا الغير؟¹

هذه المساعدة قد تكون للمساعدة الشخصية للمجروح أو للحلول محله بالنسبة للنساء رباب البيوت. فالمرأة القاعدة في البيت رغم أن نشاطها الأسري والخاص غير مرقم اقتصادياً، إلا أنها مفيدة اجتماعياً، بل لا غنى عنها في حال وجود أطفال صغار بالبيت. فمن الملائم في مثل هذه الحالة حساب ثمن المساعدة الخدمائية والأسرية التي صارت ضرورية لها.²

إذا فقد المضرور القدرة على الاستقلالية بحيث صار طريح الفراش، فيطرح السؤال: هل أن ذلك راجع إلى عامل السن (أي الهرم)، أم بسبب تفاقم الجروح الأصلية، أم بالتقاء العاملين؟ وذلك بمقارنة حالة المضرور مع حالة أشخاص غير مصابين في حوادث في نفس السن، مع الأخذ بعين الاعتبار سوابقه الصحية.³

5- تقدير ضرر المتعة Agrément⁴:

يعرفه الأستاذ ماليسييه بأنه "إفقاد نشاطات التسلية واللهو المحفوظ لرجل عادي"، وأنه تخفيض لمتع الحياة ويرى أن هذا الضرر لا يبرر ممارسة نشاطات رياضية ذات مستوى عالي، ولكن فقط ممارسة منتظمة للنشاطات الرياضية⁵. أما الدكتور يحيى بن لعل فيرى خلاف ذلك، أن تعذر استمرار الشخص في ممارسة نشاطات فنية أو رياضية مميزة –

¹ D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 325.

² Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 196.

³ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 153.

⁴ يترجم الدكتور يحيى بن لعل مصطلح agrément على أنه "ترفيه"، (انظر: مرجعه السابق، ص43) مع أنه حسب المعجم "الكنز الوسيط" فهو "متعة". هذه الترجمة الأخيرة هي الأكثر تناسبا مع التوسع في محتوى ضرر الـ agrément، لذلك فضلت استعماله.

⁵ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 325.

غير مكسبة- بلغ فيها المضرور درجة عالية من المهارة والشهرة، تكون قابلة للتعويض عنها بوصفها ضرر متعة¹.

والأستاذ إيفون Yvonne هو أيضا ينتقد حصر متع الحياة في ممارسة النشاطات الترفيهية، بحجة أن كل عجز دائم، بعد التئام الجروح، يشكل مصدر حرج أكثر أو أقل جسامة في الحياة اليومية. فمثلا المشلول رباعيا الذي فقد كل استقلالية، والذي بقاؤه على قيد الحياة لا يمكن تأمينه إلا بإعانة شخص من الغير، يتحمل فقدا مأسويا "لجودة الحياة".

إنه في الواقع -حسب رأيه-، ضرر المتعة يشمل كل أفعاله الحياة الجارية: من قيام، ولباس، وذهاب وإياب من العمل، النوم، التسلية التي يمكن أن يصاب الشخص بالعجز إثر حرمانه منها، استحالتها، أو تصعبها. إنه ليس فقط نشاطات التسلية -يضيف الأستاذ إيفون- بل حتى النشاطات المهنية والمدرسية، يمكن أن يؤدي الحرمان منها إلى نشوء هذا الضرر متى كان الضحية يجد فيها لذة الحياة².

إن هذا الرأي يبدو صائبا ومنسجما مع مضمون مصطلح agrément. هذا التصور الحديث الموسع لدائرة ضرر المتعة كرسه الاجتهاد القضائي الفرنسي في العديد من أحكامه، نذكر منها قرارا للغرفة الجنائية مؤرخ في 26 ماي 1992، والذي ورد فيه أن "ضرر المتعة، مختلف عن الناتج عن المساس بالكمال الجسدي، يسمع ليس فقط من استحالة الاستسلام إلى نشاط ترفيهي أو رياضي، ولكن أيضا من الفقد النهائي للمتعة العادية للوجود". كما ورد على نحو من ذلك عبارة "فقد المتع لحياة عادية"، في قرار للغرفة الاجتماعية لمحكمة النقض الفرنسية في 5 يناير 1995.

ينبغي التذكير أنه ليس من مهام الخبير تكييف الأضرار. كما أن القاضي بإمكانه الأخذ بضرر المتعة رغم سكوت تقرير الخبرة³.

¹ يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 43.

² Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 217.

³ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 218.

6- تقدير الضرر الجنسي:

هذا الضرر هو ضرر من نوع خاص وذو طابع شخصي. وقد صدرت في فرنسا بعض الأحكام النادرة التي اعتبرت الضرر الجنسي من قبيل العجز الجزئي الدائم IPP، إلا تلك الأحكام عمليا كانت تسير وراء تقرير الخبرة الطبية¹. هذا الضرر يجب أن يحدد بطريقة مختلفة عن IPP. فعلى الخبير أن يبحث عن واقع وأهمية الخلل بمساعدة فحوصات تكميلية، لاسيما ذات الطابع المتخصص منها. لكن ينبغي التنبيه إلى أنه في إطار الخبرة، لا أحد يستطيع إلزام المضرور بالخضوع لفحوصات تكميلية لها أحيانا مخاطر².

ولا ينبغي للمضرور أن يغتر بقيمة مبلغ التعويض الذي يمنح له في حالة التسوية الودية إذا أدمج الضرر الجنسي مع غيره من الأضرار كضرر المتعة³. في قيمة التعويض، لأنه يستطيع أن يحصل على تعويض أفضل إذا تم تعويضه عن الضرر الجنسي على استقلال⁴. أمام الميزة الجد مجردة للمعاينة الطبية الخبراتية، لا غنى على رجل القانون (القاضي، المحامي، ...) تشخيص الضرر الجنسي حسب سن الضحية ووضعيتها⁵، فمبالغ التعويض التي يحكم بها للعزاب هي أعلى من تلك التي يحكم بها للمتزوجين، لأن الضرر الجنسي يحرمهم من تكوين أسرة préjudice d'établissement⁶. وقد ذهب البعض إلى تقدير الضرر الجنسي على أساس جنس المضرور وكذا وضعه الاجتماعي والمهني⁷.

¹ أسامة أبو الحسن مجاهد، التعويض عن الضرر الجنسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002، ص 96.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 325-326.

³ ضرر المتعة مذكور في مرجع: د.أسامة أبو الحسن مجاهد باسم ضرر مباحج الحياة.

⁴ أسامة أبو الحسن مجاهد، المرجع السابق، ص 117.

⁵ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 220.

⁶ حسب إحصائية للأحكام شملت 25 مضرورا من العزاب و 9 من المتزوجين و 2 في حالة معاشرة دون زواج و 16 لم تتضح حالتهم العائلية تبين أن متوسط مبلغ التعويض مرتبط بالحالة العائلية للمضرور إذ متوسط تعويض العازب بلغ: 221.563 فرنك، والمتزوجون: 157.885 فرنك، والذين في حالة معاشرة دون زواج: 196.000 فرنك. أنظر: د.أسامة أبو الحسن مجاهد، المرجع السابق، ص 157-158.

⁷ أسامة أبو الحسن مجاهد، المرجع السابق، ص 153-155 و 159-160.

7- تقدير الضرر الولادي (obstétrical):

هذا الضرر أيضا، يجب ألا يحدد بطريقة IPP، وإنما، يجب أن يشرح بالنظر إلى سن المرأة. ومثاله أن تسقط مريضة من طاولة الفحص فتسبب لها كسرا في عظام الحوض، ثم لا يلتئم هذا الكسر جيدا، مما يجعل من الصعب مستقبلا أن تلد بطريقة عادية، وبالتالي يفرض عليها عملية قيصرية (césarienne)¹.

8- تقدير الضرر الصبياني (الفتوى) (Juvénile):

إذا لحق بالطفل جراح مهمة، فعلى الخبير أن يشرح للقاضي أثر هذه الجراح على حياته المستقبلية، كاستحالة مزاولته لبعض المهن، يؤخذ بعين الاعتبار في تقدير هذا الضرر، النتائج المدرسية السابقة والاطلاع على الكناش المدرسي². إن حرمان الطفل من المشاركة في الألعاب وفرحة عيش سنه يمكن أن يدخل ضمن الضرر الصبياني، كما يمكن تكيفه كضرر متعة³.

9- تقدير ثمن الحياة المختصرة (Prix de la vie abrégée):

يتعلق الأمر بقرار قضائي فرنسي حديث نسبيا، يصف الواقعة بالنسبة لشخص علم أن وفاته أكيدة في المدى القصير حسب تقديرات الطب. هذا المبدأ يجمل ثمن الألم وضرر المتعة: ألم جسدي ومعنوي، انخفاض أو حذف متع الحياة، أمام تصور فناء قادم حتمي.

هذا النوع الجديد من الضرر يجد أصله في قرار للغرفة المدنية الأولى لمجلس الجلسة الكبرى لتولوز، صادر في فبراير 1992، قضى على المركز الجهوي لنقل الدم، بتسديد مبلغ 1.920 مليون فرنك فرنسي، من أجل ثمن "الحياة المختصرة" للمضروب الذي أعدي بفيروس السيدا أثناء عملية جراحية بسبب خطأ تمريضي، ومليون فرنك فرنسي لذوي حقوق مريضة أخرى، توفيت بعد أن أصيبت بعدوى في نفس الظروف.

¹ François. P. Robin, Vade-Mecum de l'indemnisation des blessés.

<http://expertdoc.free.fr/vademec.htm>.

² D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 326.

³ Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 220.

هذا الضرر أنشئ لتعويض -على الأقل- الألم النفسي لشخص "يعرف أنه سيموت بعد تدهور متصاعد لحالته الصحية"¹.

الفرع السادس: تحرير تقرير الخبرة

عند تكليف الخبير بمهمة تقدير الأضرار الناجمة عن خطأ طبي، فإنه يتبع نفس الخطوات التي ذكرناها سابقا. عندما ينتهي الخبير من تقديم ملخص الوقائع، ينتقل إلى تدوين شكاوي المضرور عما لحقه من اضطرابات وظيفية قابلة للتحقق منها بشكل موضوعي من طرف الخبير؛ "ذلك أن المحكمة لا يمكنها التعويض عن عواقب الاضطرابات النفسانية العصبية إلا إذا أمكن معاينتها والتحقق منها عمليا". ومن خلال مرحلة الفحص السريري، يدون الخبير المعاينات، ويقدر "كل تقييد في الحركة أو ضمور في العضلات... إلخ. ويعقب عن ذلك بعرض وشرح التحاليل المخبرية المرفقة"².

في الفصل الخاص بمناقشة الوثائق والمعطيات، يستنبط الخبير "وجهة نظر مقنعة عن العواقب التي يمكن التعويض عنها، بالشكل الذي يسهل مهمة القاضي". وفي مادة إصلاح الضرر الجسدي، يجب على الخبير أن يقدر تاريخ الالتئام وأن يشرح الأسباب التي من أجلها تبنى هذا التاريخ.

يقدم الخبير في نهاية التقرير، خلاصة تتضمن "الاستنتاجات المتعلقة بمدة العجز المؤقت الجزئي أو الكلي، ونسبة العجز الوظيفي الدائم بصرف النظر عن الانعكاسات المهنية والتي يمكن الإشارة إليها دون تقييم (بالأرقام)، وكذلك الشأن بالنسبة لتقدير ضرر التألم والضرر الجمالي..."³.

¹ D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 326.

² يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 39.

³ يحيى بن لعل، المرجع السابق، ص 40.

المبحث الثاني: سلطات القضاء المدني والجناي عند الحكم بالمسؤولية

على الرغم من أهمية اللجوء في تقدير قيمة الضرر إلى خبير، إلا أن مهمة الفصل في النزاع وتقدير قيمة التعويض يبقيان اختصاصا أصيلا للقضاء، ولا ينبغي لهم بأي شكل من الأشكال أن يفوضوه للخبراء، فالقاضي وحده هو الذي يقدر التعويض، ويختار طريقته سواء كان الضرر قد حصل فعلا أو سيحصل في المستقبل، كما أنه مخول بتقدير العقوبة التي يسألها على الممرض إذا بدر منه ما يستحق العقاب.

لذلك قسمت هذا المبحث إلى مطلبين، لأتناول في أحدهما سلطات القاضي المدني في الحكم بالتعويض، وأعرض في الثاني على سلطات القاضي الجنائي في الحكم بالعقوبة.

المطلب الأول: سلطات القاضي المدني في الحكم بالتعويض

الفرع الأول: سلطات القاضي في تقدير التعويض

يقوم القاضي بتقدير التعويض انطلاقا من معطيات طبية واضحة سلمت له من طرف الخبير، مع الأخذ بالاعتبار "الظروف الملازمة للمضروب، كحالته الجسمية والصحية وظروفه العائلية والمهنية وحالته المادية"¹.

القاضي له الحرية في تقدير خلاصات الخبير. فهو يقدر التعويض بطريقة سيادية دون أن يخضع في ذلك لرقابة المحكمة العليا، إلا فيما يتعلق بمدى التزامه بالأخذ بعين الاعتبار عناصر -أو معايير- جبر الضرر²، والتي نص عليها المشرع في المادة 182 من القانون المدني الجزائري، وهي ما فات المضروب من كسب وما لحقه من خسارة، لذلك قضت المحكمة العليا في قرارها الصادر بتاريخ 1983/06/07 بوجوب إبراز قضاة الأساس

¹ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 135.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 251.

لجميع عناصر تقدير التعويضات المدنية "كذكر سن الضحية ومدة انقطاعها عن العمل، ومبلغ أرباحها اليومية أو الشهرية وغير ذلك من عناصر التقدير"¹.

يأخذ القاضي بعين الاعتبار -في تقرير التعويض- كل ضرر على حدة، والأهم عادة هو نسبة العجز الوظيفي الدائم IPP². وليس للقاضي أن يقلل أو يرفع من نسبة العجز، كونها عملية فنية خارجة عن اختصاصه، ولا يمكن تغييرها إلا بواسطة طبيب آخر؛ هذا ما قضت به المحكمة العليا في قرارها الصادر بتاريخ 1983/05/11³.

في فرنسا، القضاة الذين يتدخلون في مجال إصلاح الضرر الجسدي هم القضاة المجرّبون expérimentés، الذين يعرفون جيدا هذا النوع من الملفات. فمثلما هناك تخصص في المجال الطبي، هناك أيضا تخصص في المجال القانوني.

من أجل تحقيق عدالة منصفة، القضاة -في فرنسا- يرجعون عادة إلى مراجع متخصصة في إصلاح الضرر الجسدي، أو إلى المجالات القانونية التي يمكن أن يحصلوا فيها على القرارات الصادرة عن الجهات القضائية لبلادهم. مما يسمح لهم بالأخذ بالاعتبار - وبسهولة- حدا أدنى وحدا أقصى بخصوص ضرر معين، يجنبهم ارتكاب مظالم بديهية أو أقل بداهة في مادة التعويض⁴.

قلنا أن القاضي يأخذ بعين الاعتبار المكاسب المفقوتة والخسائر اللاحقة بالمضرور. ففيما يتعلق بالمكاسب المفقوتة فهي المبالغ المالية التي يحرم منها المضرور بسبب عجزه عن العمل، أو بسبب إعادة ترتيبه المهني. أما الخسائر المحتملة، فهي مجموع المصاريف التي تحملها المضرور، الطبية والتمريضية منها والصيدلانية، ومصاريف الاستشفاء والتنقل،

¹ المجلس الأعلى، الغرفة الجنائية الثانية، 1983/06/07، ملف رقم 25878. "الاجتهاد القضائي"، سلسلة قضائية، نشر بمساعدة المصالح التقنية لوزارة العدل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986، ص 71-73.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 326.

³ المجلس الأعلى، الغرفة المدنية، قرار مؤرخ في 1983/05/11، ملف رقم 28312. "الاجتهاد القضائي"، المرجع السابق، ص 53-54.

⁴ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 326-327.

والأجهزة التي صارت ضرورية، وتركيب الأعضاء الاصطناعية (prothèse)، ومساعدة شخص من الغير... إلخ.

نظرا لكون أن بعض الخبراء يحددون نسبة العجز بطريقة "مجردة"، أي باستقلالية عن مهنة المضرور، مع الإشارة -من جهة أخرى- إلى النتائج التي يتكون للإصابات على المهنة؛ وأن البعض الآخر يحددون هذه النسبة بطريقة "واقعية"، أي برفع نسبة العجز بالنظر إلى العواقب المهنية؛ فإنه ينبغي على الخبير أن يبين الطريقة التي اعتمدها في حساب نسبة العجز، حتى يكون تقدير القاضي للتعويض صائبا¹. رغم أن القاضي يجد نفسه مضطرا في المسائل الفنية، للجوء إلى رأي خبير، إلا أنه حر في الأخذ بمضمون تقرير الخبرة أو رفضه -كما سبق التنويه إليه-، شريطة أن يبرر امتناعه عن الأخذ بمضمونه.

إن المبدأ المتبع في النظرية العامة للمسؤولية المدنية هو "التناسب بين الخطأ والضرر". لكن نظرا لدقة فن الطب وصعوبته، فإن مهمة تقدير التعويض تكون شاقة وتستدعي من القاضي تقديره في كل قضية على حدة، حسب خصوصيات موضوعها وظروفها الزمانية والمكانية². وعلى كل حال، فإن تقدير الضرر أسهل من تحديد الخطأ، على الأقل في معظم القضايا.

في حال تعدد المسؤولين يحكم القاضي بتوزيع التعويض حسب مساهمة خطأ كل منهم في إحداث الضرر. فإذا استحال تحديد مقدار مساهمة خطأ كل منهم في إحداث الضرر فيتقاسمون التعويض بالتساوي. أما في حال الخطأ المشترك -وهو يظهر جليا في حال العمل في إطار فريق جراحي- يحكم القاضي بالتضامن بين المسؤولين في تعويض المضرور سواء أطباء أو ممرضين.

¹ M.M.Hannouz- A.R.Hakem, op.cit, P 72-73.

² بسام محتسب بالله، المرجع السابق، ص 253.

إذا ساهم المضرور بخطئه في إحداث الضرر، فيحكم القاضي على الممرض المدعى عليه بالتعويض عن نسبة مساهمته في إحداث الضرر، أي في حدود الضرر الذي أحدثه المدعى عليه نفسه دون ما أحدثه المضرور بخطئه.

على القاضي أن يأخذ بعين الاعتبار - عند تقدير التعويض- الضرر¹، لا جسامة الخطأ، وإن كنا من الناحية العملية نجد في مقدار التعويض الذي يحكم به القاضي تأثراً بدرجة الخطأ. ويراعي في التعويض مقداره وقت الحكم - لا وقت وقوع الضرر- سواء ما آل إليه من تفاقم أو نقص. كما يراعي تغير قيمة النقد وزيادة "أسعار المواد اللازمة لإصلاح الضرر أو نقصها"². ذلك ما اتجهت إليه محكمة النقض الفرنسية "في تحديدها للتعويض المحكوم به في صورة إيراد دوري بتغير قيمته بتغير قيمة النقود"³.

الفرع الثاني: سلطة القاضي في اختيار طريقة التعويض

قد يحكم القاضي بتعويض المضرور في شكل رأس مال، كالتعويض عن الإصابات التي تم الشفاء منها، وكذا التعويض عن الضرر المعنوي. ومثال ذلك الحكم الصادر عن مجلس قضاء عنابة في 2000/01/17⁴ القاضي بدفع مبلغ 60.000 دج كتعويض الضرر المعنوي للبتت عن وفاة أمها بسبب إهمال الممرض تنفيذ تعليمات الطبيب. وتكون للقاضي السلطة التقديرية في تحديد مقداره وإن كان عادة ما يتقيد القضاة بحد أدنى وحد أقصى يستنبطونه من قرارات قضاء الاستئناف.

- كما قد يحكم بالتعويض في شكل إيراد مرتب، وهو ما يحكم به عادة في حال الضرر المستمر.

لكن نظراً لعدم وجود طريقة إلزامية في الشريعة العامة، فإنه كثيراً ما يتم اللجوء إلى تقدير التعويض في شكل رأسمال، ففي قضية عرضت على محكمة فرنسية، تم تعويض

¹ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 134.

² محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 136.

³ محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 137.

⁴ مجلس الدولة الجزائري، قرار مؤرخ في 2000/01/17، فهرس عدد 12. نقلا عن: طاهري حسين، المرجع السابق، ص

المضرور جزئياً، عن الضرر المتمثل في عيش كفاف مزمّن (الغيبوبة طويلة في غرفة الإنعاش) في شكل رأسمال، دون أن تقدم المحكمة تعليقات تبرر عدم تقدير التعويض في شكل ريع لمدى الحياة.

وفي قضية أخرى متعلقة بفتاة أصيبت بعجز 100 %، تم تعويضها في شكل رأسمال يمثل مصاريف العلاجات المستقبلية ومبلغ يمثل المساس بالكمال الجسماني والمصاريف الطبية المستقبلية. كلا الحكمين تم نقضهما¹. ذلك أم مثل هاته الأضرار تستدعي طريقة تعويض أكثر موضوعية، تتناسب مع جسامه الأضرار، خاصة وأنها تنشئ عائقاً في الحياة المهنية للفرد، مما يتطلب تأمين مصدر رزق دوري له.

إنه من المقبول أن يتم تعويض الأضرار المعنوية دائماً برأسمال يوم التسوية. هذا الدفع في شكل رأسمال يجد مبرره في أن هدف هذا النوع من التعويض للأضرار غير القابلة للإصلاح هو "منح تعويض إشباعي للضحية". كما يمكن إصلاح الأضرار السابقة على تاريخ التسوية عن طريق تعويض في شكل رأسمال.

بينما فيما يتعلق بالأضرار الاقتصادية المستقبلية -كفقدان المداخل المهنية المستقبلية- فإن تعويضها في شكل رأسمال يظهر جد خطير. إذ أنه في حال وضعية (معيشية) سيئة للضحية، أو استشارات سيئة، بل وحتى طمع المحيط أو الماكزين، يمكنهم أن يسوقوه إلى تبديد الرأسمال التعويضي. كما أنه بالنسبة لكبار المعوقين، فإن التعويض له خاصية غذائية، يكون الريع لمدى الحياة أفضل للحفاظ عليها².

بناء على ما تقدم، يظهر أنه من المفيد جداً وضع قواعد قانونية في القانون المدني تلزم القضاة بإتباع موقف موحد بشأن طرق تعويض الأضرار تتلاءم مع نوع الضرر ومدته.

¹ Kassmi Mouloud, la responsabilité civil, Médecine générale La revue du Praticien, Alger N° 82, du 15 Janvier, 1990, P 71.

² Yvonne Lambert- Faivre, op,cit, P 201.

الفرع الثالث: سلطة القاضي في التعويض عن الضرر المستقبلي

يعتبر الضرر المستقبلي ضرر تحقق سببه وتراخت آثاره كلها أو بعضها إلى زمن مستقبل فإذا رفعت دعوى للمطالبة بالتعويض عن أضرار محققة وأضرار مستقبلية، فيكون القاضي أمام خيارات ثلاث:

أولاً: تقدير تعويض مساوي للضرر المحقق وقت الحكم، مع حفظ حق المدعى في المطالبة بالتعويض عن الضرر الذي سيحصل بعد صدور الحكم.

ثانيها: تأجيل الحكم "حتى يتبين مدى الضرر كله عن طريق الخبرة الطبية".

ثالثها: الأخذ بعين الاعتبار الأضرار المستقبلية في تقدير التعويض، شريطة أن تكون محققة الوقوع في المستقبل، وأن تكون وسائل تقدير التعويض عنها متوافرة. بحيث يبحث القاضي هل أن هذا الضرر المستقبلي لا يمكن تفاديه؟ فإن كانت الإجابة "بنعم" فيبحث عن: كيف سيتطور؟ وهو يعتمد في ذلك على تقدير الخبير. هذا الخبير "يجب أن يكون قادراً على وضع تشخيص جدي، إحصائي صالح"¹.

يرى السيد André Besson (رجل قانون) أن جانب اليقين في الضرر المستقبلي ليس غالباً إلا الاحتمال، من الناحية الواقعية. ويضرب مثلاً حالة وفاة رجل يبلغ 30 سنة في حادث سيارة. فمن أجل تعويض زوجته عن ضياع الدخل في المستقبل، يجب افتراض أن هذا الرجل كان سيعيش إلى 60 أو 80 سنة، وهذا مع نفس الزوجة. وهذا يرجع إلى تقدير مدى الحياة الإنسانية وصلابة العلاقة الزوجية².

في حين أن الوفاة تأتي في كل الأعمار، بحادث أو دونه، والطلاق صار من التقاليد (الاجتماعية) ...³.

¹ بلالة جيلالي، مسؤولية المرافق الصحية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة جيلالي اليابس، سيدي بلعباس، 2002، ص 135-134.

² D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 315.

³ D.Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, op,cit, P 315.

- لكن هل يجوز للمضرور أن يطالب بتعويض إضافي بعد صدور الحكم الابتدائي، نظرا لتغير الضرر وتفاقمه؟

إنه بإمكان المضرور أثناء حياته، ولورثته في حال وفاته، المطالبة أمام الجهة الاستئنافية بتعويضات إضافية بسبب تفاقم الأضرار. كتطور التوعك الصحي للرجل إلى شلل. أو زيادة التدهور الصحي إلى تحقق موت المضرور. لأن هذا التفاقم يعتبر طارئا بعد الحكم الابتدائي، وهو متصل بالطلب الأصلي ومكمل له. وتؤيد ذلك المادة 342 من قانون الإجراءات المدنية والإدارية، حيث تنص على ما يلي: "يجوز للخصوم أيضا طلب الفوائد القانونية وما تأخر من الديون المستحقة بعد صدور الحكم المستأنف، وكذا التعويضات الناتجة عن الأضرار اللاحقة به منذ صدور الحكم"¹.

ولا يعد بمثابة طلب جديد المشتق مباشرة من الطلب الأصلي في الدعوى والذي يهدف إلى الغاية نفسها ولو كان مؤسسا على أسباب وأسانيد مختلفة عنه". إذن فالأضرار الجديدة الحاصلة بعد صدور الحكم الابتدائي يجوز المطالبة بالتعويض عنها لأول مرة أمام الجهة القضائية الاستئنافية، طبقا للمادة 342 ق إ م و إ . والمطالبة بالتعويض عن تفاقم الضرر إنما هي مشتقة من الطلب الأصلي، كونها تهدف إلى نفس الغاية وهي جبر الضرر.

أما إذا صدر الحكم النهائي وتدهورت بعد ذلك الوضعية الصحية للمريض مما أودى بحياته، فلورثته الحق في المطالبة بالتعويض في دعوى مرفوعة من طرفهم. كما أن للمريض الذي تفاقم ضرره أن يطالب في دعوى جديدة عن الضرر المستقبلي.

المطلب الثاني: سلطات القاضي الجنائي في الحكم بالعقوبة

إذا كان القاضي المدني ذو سلطة واسعة في تقدير الضرر، فإن القاضي الجزائي في تقديره للعقوبة مقيد بمبدأ "قانون العقوبات"، هذا المبدأ الدستوري يعد ضمانا أساسية لحماية حريات الأفراد من تعسف القضاة². وعليه؛ فليس للقاضي الجزائي أن يحكم على الممرض

¹ م 342 من ق. إ.م.و.إ.

² علي القهوجي، قانون العقوبات - القسم العام-، الدار الجامعية، بيروت، 1994، ص 311.

بعقوبة غير منصوص عليها قانوناً، ولا أن يخرج عن الحدين الأدنى والأقصى للعقوبة المقررة قانوناً. وقد وضع قانون الصحة هذه الحدود، سواء بصفة مباشرة أو بالأحرى على نصوص قانون العقوبات.

ففي حال ارتكاب الممرض لجريمة معينة يعاقب عليها بالحبس من سنة إلى خمس سنوات¹، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج²، أو بإحدى هاتين العقوبتين. وإذا أدت تلك الجريمة للوفاة، فيعاقب الممرض الجاني بالسجن المؤقت من 10 سنوات إلى 20 سنة، مع جواز المنع من الإقامة³. وفي حال إذا ثبت لدى القاضي اعتياد ذلك الممرض على ممارسة تلك الجريمة، فتضاعف عقوبة الحبس. وفي حال ما أدت الجريمة إلى الوفاة، ترفع عقوبة السجن إلى حداها الأقصى.

وفيما يتعلق بجريمة المتاجرة بالدم البشري، فيعاقب الفاعل بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج⁴. وعن مخالفة الأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالعناصر المشعة الاصطناعية فيعاقب بالحبس من 15 يوماً إلى ثلاثة أشهر، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين⁵.

وعن تجاوز الممرض حدود أسعار الأعمال التي يؤديها والمحددة عن طريق التنظيم، فيعاقب بغرامة مالية تجاوز 20.000 دج، وتضاعف العقوبة في حالة العود.

وبخصوص الممارسة غير الشرعية لمهنة التمريض أو الخروج عن حدود الاختصاص، يعاقب الفاعل بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين. وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين⁶. وفي حال ممارسة الممرض لمهنته بغير اسم هويته

¹ م 304 ق.ع.ج .

² م 5 ق.ع.ج، التي تم تعديلها بموجب القانون رقم 06-23 المؤرخ في 2006/12/02، حيث تم رفع عقوبة الغرامة في جرائم الجرح إلى ما يزيد عن 20.000 دج.

³ المادة 306 ق.ع.ج .

⁴ المادة 263 من ق.ص.ج .

⁵ المادة 260 من ق.ص.ج .

⁶ م 234 من ق.ص.ج أحالتنا على المادة 243 ق ع ج.

القانونية، يعاقب بغرامة مالية تجاوز 20.000 دج¹. وبخصوص إفشاء الممرض للسر المهني، يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج².

وفي حال الامتناع عن الامتثال لأمر التسخير الصادر عن السلطة العمومية والمبلغ للممرض وفق الأشكال التنظيمية، فيعاقب بالحبس من شهرين إلى ستة أشهر، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج، أو بإحدى هاتين العقوبتين، ويجدر التنبيه إلى أن المادة 236 من قانون الصحة المتعلقة بهذه الجريمة أحالتنا خطأ على المادة 422 مكرر 2 ق ع ج، بدلال من المادة 422 مكرر 3 ق ع ج المتعلقة بهذه الجريمة³.

وبخصوص جريمة شهادة الزور⁴ الصادرة عن الممرض، سواء كتابة أو شفاهة، لفائدة أو ضد شخص طبيعي أو معنوي، فيعاقب بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات، مع جواز الحرمان من حق أو أكثر من الحقوق التالية لمدة لا تقل عن سنة ولا تزيد على خمس سنوات⁵:

- العزل أو الإقصاء من جميع الوظائف والمناصب العمومية التي لها علاقة بالجريمة.
- الحرمان من حق الانتخاب أو الترشح ومن حمل أي وسام.
- عدم الأهلية لأن يكون مساعدا محلفا، أو شاهدا على أي عقد، أو شاهدا أمام القضاء إلا على سبيل الاستدلال.
- الحرمان من الحق في حمل الأسلحة، وفي التدريس، وفي إدارة مدرسة أو الخدمة في مؤسسة للتعليم بوصفه أستاذا أو مدرسا أو مراقبا.
- عدم الأهلية لأن يكون وصيا أو قيما.

¹ م 237 من ق.ص. ج أحالتنا على المادة 247 ق ع ج.

² م 235 من ق.ص. ج أحالتنا على المادة 301 ق ع ج.

³ إذ تنص المادة 422 مكرر 2: يعاقب ... كل من يستعمل عمدا لأغراضه الشخصية أو لفائدة الغير أموال الدولة أو جماعة محلية أو هيئة خاضعة للقانون العام، مخالفا بذلك مصالح الهيئة نفسها"، بينما تنص المادة 422 مكرر 3: "يعاقب ... كل من لا يمثل لأمر تسخير صادر من السلطة العمومية ومبلغ له وفقا للأشكال التنظيمية".

⁴ شهادة الزور هي من الجرائم العمدية كما تؤكد ذلك المادة 238 من قانون الصحة الجزائري.

⁵ تسري هذه العقوبة من تاريخ انقضاء العقوبة السالبة للحرية أو الإفراج عن الممرض المحكوم عليه. راجع المادة 14/2 من القانون رقم 06-23 المؤرخ في 20/12/2006.

• سقوط حقوق الولاية كلها أو بعضها¹.

وفيما يخص المشاركة في الجرائم المتعلقة بنقل الأعضاء، فقد فصل المشرع الجزائري العقوبات المقررة لها على النحو الذي أشرنا إليه عند تناولنا لهذا الصنف من الجرائم؛ والتي شدد فيها العقاب بالمقارنة مع الجرائم العادية، وقد تراوحت العقوبات الجسدية فيها بين الحبس من سنة واحدة وإلى غاية السجن إلى عشرين سنة، والعقوبات المالية في الغرامة من 100.000 دج إلى غاية 2.000.000 دج كحد أقصى.

أما فيما يتعلق بالقتل الخطأ، فيعاقب الممرض بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج.

وفيما يتعلق بالجرح أو المرض أو الإصابة الخطأ فيعاقب الممرض بالحبس من شهرين إلى سنتين، وبغرامة مالية تجاوز 20.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين.

وعليه؛ يجب على القاضي التقيد بحدود هاته النصوص العقابية، فإذا حصل وأن توبع الممرض على مجموعة من الأعمال يجتمع فيها وصفان إجراميان أو أكثر فيحكم القاضي عليه بالعقوبة الأشد من بين العقوبات المقررة قانونا لهاته الجرائم الثابتة ضده.

إنه، حتى يتحقق الغرض من التجريم والعقاب، على القاضي الجزائري أن يأخذ بعين الاعتبار عند تقديره للعقوبة السالبة للحرية -في حدود النص العقابي- مدى جسامة الفعل المقترف، وكذا خطورة الجاني².

أما عن عقوبة الغرامة، فزيادة على جسامة الخطأ، يأخذ بعين الاعتبار المركز الاقتصادي للفاعل، حتى تكون مؤثرة وراعدة. فقبل سنة 2006 لم يكن المشرع الجزائري

¹م 239 من ق.ص.ج تحيلنا على المادة 226 من قانون العقوبات والتي تحيلنا على المادة 14 من هذا الأخير، والتي تحيلنا بدورها على المادة 09 مكرر 1 منه.

²علي القهوجي، المرجع السابق، ص 36.

يأخذ بالغرامة النسبية¹ مما كان يحول دون تأدية الغرامة لدورها الردعي في مواجهة الجرائم الصادرة عن ممرض وترهيب أعضاء هذه المهنة من الإضرار بالمصالح الاجتماعية المحمية بموجب النصوص العقابية بالنسبة للجرائم التي يحصل الممرض من ورائها على أموال طائلة، كسرقة الأعضاء.

لكن، وبصدور قانون 06-23 المؤرخ في 20/12/2006، المعدل لقانون العقوبات، تم إقرار الغرامة النسبية في مادة الجرح بموجب المادة 5 ق ع ج، فصار للقاضي مجال واسع في تقديرها بالنظر إلى بشاعة الجرم، والعائد المادي الذي حصله المجرم من وراء فعله، كما خص المشرع الجنائي الجرائم المتعلقة بنقل الأعضاء بعقوبات مالية بين حدها الأقصى بما يتناسب مع العائد المالي من ورائها، إضافة إلى الحبس أو السجن حسب الأحوال.

تبعاً لمبدأ شخصية العقوبة، فإن الغرامة لا تنفذ إلا على أموال الممرض المخطئ، ولا تستوفى من غيره، ولا يحكم بها إلا وهو على قيد الحياة؛ وإذا توفى بعد الحكم بها عليه، فتستوفى من أموال تركته هو شخصياً، لأنها صارت ديناً في ذمته².

بما أن الغرامة جزاء جنائي، فإنه في بعض التشريعات، في حال الحكم بها على أكثر من ممرض بصدد نفس الجريمة، فإنها لا تدفع بالتضامن -عكس التعويض المدني-، وإنما يغرم كل واحد على حدة³. لكن التشريع الجنائي الجزائري قبل تعديل سنة 2006 كان يعتبرهم متضامنين في دفعها، إذ كانت المادة 4/5 من قانون العقوبات تنص على أن: "يعتبر الأشخاص المحكوم عليهم بنفس الجريمة متضامنين في الغرامة ورد الأشياء والضرر، والمصاريف، ...". لكن وبموجب قانون رقم 06-23 المؤرخ في 20/12/2006 المعدل لقانون العقوبات تم التراجع عن هذا الأمر، إذ صار نص المادة 4/5 ق ع ج كما يلي: "يعتبر الأشخاص المحكوم عليهم بسبب نفس الجريمة متضامنين في رد الأشياء والتعويضات

¹ وهي التي يحدد فيها الحد الأدنى دون الحد الأقصى للغرامة، للتوسيع من السلطة التقديرية للقاضي. وتأخذ بها بعض التشريعات بشأن بعض جرائم الأموال كجريمة الرشوة والاختلاس. راجع في ذلك: د.علي القهوجي، المرجع السابق، ص336.

² د.علي القهوجي، المرجع السابق، ص 337.

³ د.علي القهوجي، المرجع السابق، ص 335.

المدنية والمصاريف القضائية، مع مراعاة ما نصت عليه المادة 310 الفقرة 4 و 370 من قانون الإجراءات الجزائية".

تقييم:

على الرغم من أن المشرع الجزائري لم يفرق بنصوص خاصة بين الجرائم العمدية والجرائم بالإهمال الصادرة عن ممرض، مما يستدعي الرجوع إلى النصوص العامة في قانون العقوبات، فإنه يجدر بالقاضي أن يحكم عليه بأخف العقوبة، أي الحد الأدنى منها في جرائم الإهمال الحاصلة منه بسبب المهنة أو بمناسبةها، لأن مهنة التمريض ضرورة إنسانية؛ فالقيام بالأعمال التمريضية ليس فقط حق للممرض، بل كثيرا ما يكون واجبا عليه، بل وقد يرتب امتناعه جريمة الامتناع عن مساعدة شخص في حالة خطر، الأمر الذي ينبغي أخذه بعين الاعتبار أثناء تقدير العقوبة.

فممارسة مهنة التمريض ليست كقيادة السيارة التي تعود بالمنفعة الشخصية للسائق، فهذه المهنة رغم خطورتها إلا أنه لا غنى عنها -منذ أن عرفت البشرية التمريض- لإنقاذ حياة المرضى والحفاظ على سلامة أجسادهم، أو على الأقل التخفيف من آلامهم، فإن كانت منفعة الممرض من وراء مزاولتها "مالية"، فإن منفعة المريض جسدية بالدرجة الأولى¹، الأمر الذي يؤكد أن حاجة المريض إلى هذه المهنة أكبر من حاجة الممرض نفسه.

أما بشأن الجرائم العمدية للممرض، فينبغي أن يسلط القاضي عليه أقصى العقوبة، نظرا لخيانته للثقة التي وضعها فيه المجتمع بصفة عامة، والمعني بالتدخل التمريضي بصفة خاصة، كجريمة الإجهاض، وتزوير الشهادات ... إلخ. كما ينبغي على المشرع أن يهتدي في تشديده للعقوبات على الأخطاء العمدية للممرض بما انتهجه في مواد قانون العقوبات المتعلقة بجرائم الاتجار بالأعضاء.

¹ وقد تكون مادية أيضا، إذا كان الممرض أقعد الشخص عن كسب قوته.

المبحث الثالث: التأمين من مسؤولية الممرض

أنه مما لا جدال فيه أن التأمين لا يمكن أن يغطي إلا المسؤولية المدنية للممرض، كون أن مسؤوليته الجنائية تتعلق بالنظام العام، لا يمكن الاتفاق على أن يتحملها عنه غيره. وعليه؛ فمهما كان مقدار الغرامة التي يحكم بها القاضي الجنائي على الممرض المخطئ، فلن يتحملها عنه -قانونا- غيره. ومن خلال هذه الدراسة، سنتعرف على المزايا الكبيرة التي جاءت بها فكرة التأمين على المجتمع، من خلال فعاليتها في تسهيل عملية تعويض المرضى، خاصة إذا كان هؤلاء من محدودي الدخل الذي يعتمدون على هذه الأموال بشكل أساسي في العلاج ومساعدة أنفسهم للخروج من حالة المرض. وهذا ما أدى بالكثير من المشرعين ومن بينهم المشرع الجزائري، إلى فرض التأمين في مجال الممارسة التمريضية.

ولا يخفى أن التأمين من مسؤولية الممرض كعقد¹، وجد في الأساس لحماية الممرض من الدعوى التي يرفعها عليه المريض، وإن كانت نتيجته الجلية للعيان، بتقدم التشريعات بفضل الاجتهادات القضائية لمحكمة النقض الفرنسية، هي حماية المريض من عجز المسؤول من دفع التعويض المستحق، لاسيما بعد اتساع دائرة الأضرار القابلة للتعويض كما سبق توضيحه.

ونظرا لكون التأمين قانون خاص قائم بذاته، له أصوله وقواعده، بما لا تتسع له هذه الدراسة، فقد تناولت بالبحث مسألة توزيع الضمان والتي فرضت دراستها كون التمريض لم تعد ممارسته مقتصرة على العمل الفردي، بل صار يتعدى ذلك إلى العمل في إطار فريق تمريضي أو في مؤسسة استشفائية. كما تناولت مسألة حدود ضمان شركة التأمين، والذي استلزمته ضخامة المبالغ المحكوم بها في مجال المسؤولية التمريضية في العديد من القضايا من جهة، وإمكانية خروج الممرض عن حدود اختصاصه أثناء ممارسته لعمله وإحاقه أضرارا بالخاضع لتدخله الطبي من جهة أخرى.

¹ يعرفه الدكتور محمد مرسي بأنه "عقد بمقتضاه يضمن المؤمن للمؤمن له الأضرار الناشئة عن رجوع الغير عليه بدعوى المسؤولية، فيأخذ المؤمن على عاتقه التعويض الذي يجب على المؤمن له المسؤول عن الضرر أداؤه للغير الذي أصابه الضرر". أنظر الحاج طاس، أداء المؤمن في تأمين الأضرار في القانون الجزائري، رسالة ماجستير، معهد الحقوق والعلوم الإدارية، بن عكنون، 1989، ص 92.

المطلب الأول: توزيع الضمان

الفرع الأول: في حال وقوع الخطأ داخل فريق العمل (أطباء وممرضين)

تعددت الأحكام والقرارات القضائية الصادرة في مسألة توزيع المسؤولية داخل الفريق، مما أسهم في حل مشكلة الضمان داخله. ولا تظهر مشكلة الضمان هذه عندما يكون أعضاء الفريق مؤمنين لدى شركة تأمين واحدة - وهو ما يندر وجوده في الوقائع-، لأن المريض باعتباره الطرف الضعيف¹ لا يجد صعوبة في الحصول على التعويض من طرف المؤمن؛ وإنما تثور المشكلة عندما يكون المؤمنون لأعضاء الفريق متعددون. ذلك أن كل مؤمن من هؤلاء، من مصلحته أن يدفع المسؤولية عن العضو المؤمن له لديه من أعضاء الفريق. وتبرز هذه المصلحة لدى المؤمن في تصرفاتهم عند إبرام عقد التأمين مع الأطباء، إذ كثيرا ما يشترط المؤمن على الممرض المؤمن له أن يكون هو وكيله في الدفاع في الدعاوي المرفوعة عليه أمام القضاء²، بل قد يلزمه بالحلول محله في مباشرتها³، بما في ذلك وجوب قيام الطبيب بإخطاره بوقوع الحادث في الوقت المناسب، وتقديمه كل المستندات⁴ بما فيها الإستدعاءات إلى العدالة.

ولمعالجة المشاكل المحيطة بهذه الوضعية بين المؤمنين، وحماية للمريض المضرور باعتباره الطرف الضعيف؛ قامت شركات التأمين مجتمعة في فرنسا بإبرام اتفاق بتاريخ 28 يونيو 1976 تحت عنوان: "إدارة الكوارث الناشئة عن المسؤولية المدنية التمريضية فيما

¹وقد عنيت العديد من الدول في تشريعاتها بتسهيل حصول المريض المضرور على التعويض، وعلى رأسها نيوزلندا التي تعتبر البلد الوحيد في العالم الذي اعتمد نظاما موحدًا منذ 1 أبريل 1974 لتغطية كل الأضرار الجسمانية بسرعة وبأقل التكاليف بحيث تتراوح مدة حصول المضرور على التعويض من ثلاثة إلى ثمانية أسابيع، ومن أحد سبعة صناديق مخصصة لذلك، ويحل الصندوق محله في مباشرة دعوى المسؤولية، وحدت فرنسا حدودها بطرق أخرى.
²أشرف جابر سيد مرسي، التأمين من المسؤولية المدنية للأطباء، رسالة دكتوراه كلية الحقوق جامعة القاهرة، سنة 1999، ص 316.

³محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 204.

⁴François bourdillon, Les documents médicales, revue générale de droit médical. N ° 16. Paris, Année 2005, P 159-163.

يتعلق بالجراحين وأطباء التخدير ومؤسسات العلاج الخاصة". ويمكن إيجاز بنود هذا الإتفاق فيما يلي¹:

ملاحظة: في الجزائر هذا الإشكال لا يطرح في حال كون أعضاء الفريق مستخدمين لدى عيادة واحدة، لأن المشرع الجزائري، جعل التأمين على المسؤولية المدنية إجباريا على العيادات² cliniques، سواء على مسؤوليتها الشخصية أو على مسؤولية مستخدميها³، بما فيهم أعضاء السلك الطبي والتمريضي.

الفرع الثاني: في حال حصول خطأ من المضرور

قبل الكلام على التأمين من المسؤولية في حال حصول خطأ من المريض ينبغي علينا أن نضع تصورا لهذا الخطأ؛ متى يكون منفردا عن خطأ الممرض، ومتى يكون مشتركا معه، وفي هذه الأخيرة أيضا، متى يكون له أثر على المسؤولية ومتى لا يكون له أثر عليها. ويمكن إيجاز ذلك فيما يلي:

البند الأول: أن يكون خطأ الممرض أو المريض متعمدا

وفي هذه الصورة يكون أحد الطرفين أراد إحداث الضرر متعمدا، أما الآخر فصدر منه خطأ غير متعمد. ففي هذه الحالة يتحمل متعمد الخطأ المسؤولية لوحده⁴. فإذا قام الممرض بحقق علاج لمريض مثلا، ثم لم يرق بمتابعة العلاج بانتظام عن عمد، ومن جهة أخرى أهمل المريض تناول الدواء، ومات نتيجة ذلك، فرغم أن الخطأ وقع من كلا الطرفين، فإن الممرض يكون مسؤولا لوحده عن حدوث الوفاة⁵، لأن خطئه هو الأصل وخطأ المريض تابع له فقط، لأن الممرض كان ملزما بمتابعة علاج مريضه، ويسأل الممرض وحده، لأن

¹ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 111.

² نصت المادة 5 من المرسوم التنفيذي 02-69 المؤرخ في 06/02/2002 المعدل والمتم للرسوم رقم 88-204 المتعلق بتحديد شروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، على ما يلي: "تحدد طاقة الاستيعاب الدنيا للعيادة الواحدة بـ 7 أسرة".

³ المادة 12 من م.ت رقم 88-204 .

⁴ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 158.

⁵ ويستخلص من المادة 12 من قانون التأمينات الجزائري -بمفهوم المخالفة- أن شركة التأمين لا تعويض المؤمن له عن أخطائه العمدية.

خطأه استغرق خطأ المريض. وهذا المثال فيه تطبيق لنظرية السبب الفعال أو المنتج، التي قام بها الفقيه الألماني Von Kries، والتي ميزت بين السبب الفعال والسبب العارض¹. حيث اعتبرت النظرية السبب الفعال، هو الذي يؤدي وفقا للمجري العادي للأمر إلى إحداث النتيجة، أما السبب العارض فرغم اشتراكه مع السبب الفعال، إلا أنه لم يكن هو المؤدي حسب المجري العادي للأمر إلى حدوثها.

ولكن إذا قام المريض في نفس المثال السابق بتعمد الانتحار، بأن تناول أشياء حرمها عليه الممرض بصفة صريحة وقاطعة مبينا له نتائجها، فإن فشل العلاج في هذه الحالة يكون راجعا إلى خطأ المريض وحده، ويستغرق خطؤه بذلك خطأ الممرض، ويكون السبب الفعال الذي أدى حسب المجري العادي للأمر إلى حدوث النتيجة، هو خطأ المريض².

البند الثاني: وقوع الضرر برضا المريض

إن رضا المريض بفعل محذور لا يرفع عن الممرض صفة الخطأ، رغم أن رضا المريض يعتبر هو أيضا خطأ. وبالتالي يكون ممرضا مسؤولا عن فعله. لذلك فإن محكمة النقض الفرنسية ارتكزت ل حسب دراسة لعدد من اجتهاداتها- في قراراتها على احترام بعض القواعد، ومنها: أن قرار إجراء الفحص بالأشعة على الأم الحامل لا يمكن أخذه إلا في غياب مخاطر واضحة، تقود الممرض المختص إلى فرض رفضه على المريض³، أي حتى ولو رغب فيه هذا الأخير في إجراء هذه الجراحة. وقد صدر في هذا الشأن قرار عن مجلس استئناف باريس بتاريخ 13/01/1959، بخصوص قضية تتعلق بفحص مريض عن طريق الأشعة الكيماوية "" جاء فيه: ".... كان على الممرض أن يرفض إرادة زبونتته في إجراء

¹ عبد الراضي محمد هاشم عبد الله، المسؤولية المدنية للأطباء في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، رسالة دكتوراة جامعة القاهرة، 1994، ص 200.

² ويشترط في هذه الحالة ألا تكون بصدد مريض مرضا عقليا، حيث يقع التزام السلامة على عاتق الممرض أو الطبيب أو المستشفى. أنظر: د.محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 120.

³ L. Derobert, Droit médical et déontologie médicale, Flammarion, Paris, 1974, P 292.

الفحص رفضا قاطعا بسبب عدم تناسب الأخطار التي ستعرض لها مع الفائدة المرجوة من هذه الأخيرة ...¹.

وقد يقع الضرر برضا الممثل الشرعي للمريض إذا كان هذا الأخير قاصرا، وهذا – من باب أولى- لا يرفع أيضا صفة الخطأ عن الممرض، ويجعله مسؤولا عن فعله. ومثال ذلك: أن يقوم الممرض بمحاولة الحصول على موافقة والد قاصر في حالة خطر الموت، الضرورية قبل كل عمل تمريضي مهم كما يفرضه الاجتهاد القضائي، فيرفضان بأن يخضع ابنها لأي إجراء نقل دم بسبب معتقداتها الدينية (مذهب جيوفا (Témoïn de Jeovah)، ويرضيان بذلك بوقوع حالة الاستعجال في تدخله، لأنه إذا شفى الطفل نجا من المتابعة الجزائية، وإذا حصل الضرر نجا من سخط والديه ووقع في المسائلة عن جنحة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر².

البند الثالث: حصول خطأ أحدهما نتيجة خطأ الثاني

وذلك بأن يقع خطأ من الممرض نتيجة خطأ المريض، أو العكس أن يقع خطأ من المريض نتيجة خطأ الممرض. ففي الحالة الأولى التي يقع فيها خطأ الممرض نتيجة لخطأ المريض؛ فلا يعتد بخطأ الأول، لأنه كان نتيجة لخطأ الثاني. ومثال ذلك؛ أن يذكر المريض أمورا غير صحيحة عن حالته إلى الممرض، فيقوم الممرض بإعطائه علاجا بناء على هذه الأمور غير الصحيحة، أو أن يذكر له كذبا بأنه لم يسبق له تعاطي أية أدوية أو إتباع أي علاجات، مما يضلل الممرض ويوقعه في أخطاء تضر بصحته أو بحياته³.

أما في الحالة الثانية التي يقع فيها خطأ المريض نتيجة لخطأ الممرض، فلا يعتد بخطأ الأول، لأنه كان نتيجة لخطأ الثاني. ومثال ذلك: أن يتناول المريض العلاج بطريقة خاطئة نتيجة لتوصية الممرض بها، فيكون هذا الأخير مسؤولا عن الأضرار الناتجة عن ذلك⁴، لأن

¹Cass1 civ.,3 join 2010,n °09-13.591, publié au bull, crim, n°573 du03 /06/2010. Cité par : Bernard Horni, op.cit, P238.

² L. Derobert, op.cit, P 310-311.

³أنظر: د.محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 121.

⁴ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 159.

المشورة الخاطئة تستغرق التنفيذ الخاطيء، وتصبح بذاتها السبب الذي تقف عنده مسؤولية الممرض كاملة¹.

ففي كلتا الحالتين يتحمل المسؤولية من استغرق خطؤه خطأ الآخر، وهذه مسألة موضوع تدخل في نطاق السلطة التقديرية للمحكمة.

البند الرابع: حصول الضرر نتيجة خطأ المريض والممرض دون استغراق أحدهما

للآخر

ويسمى هذا الخطأ بـ "الخطأ المشترك La faute commune"، وفي هذه الحالة يكون المتسبب في وقوع الضرر خطئان، لا يستغرق أحدهما الآخر. والمقصود هنا أن يكون خطأ الممرض وخطأ المريض غير متميزان عن بعضهما البعض، وذلك بالأبدا يحدث كل منهما أثرا مستقلا عن الآخر². ونتيجة لذلك؛ يتم توزيع التعويض بين الطرفين، بقدر مساهمة كل منهما في إحداث الضرر³.

وهذه الحالة تتماشى مع نظرية تعادل أو تكافؤ الأسباب التي قال بها الفقيه الألماني Von Buri، والتي مفادها أن كل عامل أو سبب له أثر في وقوع الضرر. وقد أخذ القضاء الفرنسي والقضاء المصري بهذه النظرية، وقرروا مسؤولية الممرض متى اشترك خطؤه في حدوث الضرر⁴.

وقد اختلفت أحكام القضاء الفرنسي في اشتراط عدم التوقع وعدم استطاعة الدفع -أي شروط القوة القاهرة- في خطأ المريض. فمنهم من اشترط توافرها في خطأ المريض حتى يتقاسم المسؤولية مع الممرض، ومنهم من لم يشترطهما⁵. فإذا قام الممرض بتقديم علاج لمريض، وطلب منه عدم الأكل والشرب لمدة معينة دون أن يقوم بربط يديه بالسريير ومنع كل غريب عن المصلحة من زيارته، خشية تلبية الزوار لطلب المريض الشرب، فإن وقوع

¹ عبد الرازي محمد هاشم عبد الله، المرجع السابق، ص 198.

² محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، المرجع السابق، ص 123.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 160.

⁴ عبد الرازي محمد هاشم عبد الله، المرجع السابق، ص 199.

⁵ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 161.

الضرر بسبب قيام المريض بالشرب لا يعتبر من قبيل القوة القاهرة في خطئه، لأن الممرض يتوقع حتما شبيه استحالة مقاومة عدم الشرب عند المريض، والتي كان بإمكانه دفعها باتخاذ الإجراءات اللازمة لذلك، من ربط المريض بالسرير، ومنع الزيارة قبل مرور المدة الزمنية لانتهاج مفعول الدواء.

ولكن إذا تعمد المريض الانتحار بتضليل الممرض في نوع فصيلة دمه، بأن زور شهادة طبية تثبت نوع الفصيلة مثلا وقدمها للممرض، وقام هذا الأخير بناء على ذلك بإجراء عملية نقل له فيها دما من الفصيلة الخطأ. فإن شروط القوة القاهرة تعتبر متوفرة في خطأ المريض، لأن الممرض لم يكن بإمكانه توقع هذا الخطأ ولا دفعه.

بعد التذكير بصور الخطأ من الممرض والمريض والتي يقع بها الضرر، يمكننا أن نتطرق إلى التأمين على مسؤولية الممرض في هذه الأحوال. يرى الدكتور أشرف جابر مرسي بأن المؤمن ينبغي أن يأخذ على عاتقه تعويض المريض ولو كان الضرر قد وقع بفعله دون عمد. وذلك في -نظره دائما- يرجع إلى أن هدف التأمين هو تغطية مسؤولية محدث الضرر، أما دعوى المسؤولية فهدفها إنقاص ما يستحقه المريض من التعويض بقدر ما يكون قد ساهم به في إحداث الضرر، وبالتالي إعفاء المسؤول جزئيا من المسؤولية¹.

ونحن نؤيد هذا الرأي، إذ عندما يكون الممرض مؤمنا على مسؤوليته لدى شركة التأمين، فإن المريض وهو الطرف الضعيف، سيجد نفسه في مواجهة هذه الشركة التي لها من الخبرة ومن الوسائل القانونية والمادية ما يجعله عاجزا عن استيفاء حقوقه منها. فشركة التأمين قد تدعى وجود خطأ في أداء التعويض والإنقاص من قيمته. كما أنه من اليسير على شركة التأمين الإدعاء بخطأ المريض في إتباع تعليمات الطبيب، أو إهماله في تنفيذ العلاج الموصوف له، وبالتالي إطالة أمد الدعوى بالأحكام التي تصدر قبل الفصل في الموضوع بإجراء خبرات، مما يثقل كاهل المريض ويحفز لديه الرغبة في التخلي عن حقوقه.

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 162.

كما أن توزيع المسؤولية لا يقوم على أسس موضوعية، بل يترك للسلطة التقديرية للقاضي. لذلك ذهبت محكمة النقض الفرنسية إلى عدم الاعتداد بخطأ المضرور من أجل الإعفاء الجزئي للمسؤول عن الخطأ، بل أخذت بالمسؤولية الموسعة، مادام المسؤول مبرما تأميناً على مسؤوليته¹. غلا أنه ينبغي الإشارة إلى أن هذا الاتجاه لا يمكن الأخذ به إل في حالة وجود تأمين إجباري².

وهو الأمر الذي نجده في التشريع الجزائري بنصه في المادة 167 من قانون التأمينات على ما يلي: "يجب على المؤسسات الصحية المدنية وكل أعضاء السلك الطبي والشبه الطبي والصيدلاني الممارسين لحسابهم الخاص أن يكتتبوا تأميناً لتغطية مسؤوليتهم المدنية المهنية تجاه مرضاهم وتجاه الغير"³.

الفرع الثالث: في حال اشتراك فعل الغير

والمقصود بالغير، الأشخاص غير الخاضعين لرقابة الممرض⁴. بمعنى أنه كل شخص غير المريض وغير الممرض. وقد ثار خلاف فقهي في التمييز بين فعل الغير وخطأ الغير. ذلك أنه إذا كان فعل الغير هو السبب الوحيد لوقوع الضرر، فإنه يكون سبباً لإعفاء الممرض من المسؤولية، شريطة أن يكون غير متوقع وغير ممكن الدفع. أما إذا لم يكن هذا الفعل وحده سبباً للضرر واشتركت معه أفعال أخرى؛ فمنهم من ألزمه بتحمل جزء من المسؤولية ولو لم يكن فعله خطأ. ومنهم -وهم الأغلبية-⁵ من أعفاه من المسؤولية شريطة ألا يكون فعله خطأ، أو لم تقم علاقة سببية بين الخطأ والضرر.

ويمكن أن نتصور مساهمة خطأ ممرض غير المدعى عليه في إحداث ضرر للمريض. فهنا نفرق بين من تربطه علاقة تعاقدية مع المريض ومن لا تربطه به هذه

¹ نقلا عن رايس محمد، المرجع السابق، ص 391.118، G.P.1982, II, P 391.118، 21 juillet 1982, Cass.civ.

² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 164.

³ الأمر رقم 07-95 المؤرخ في 1995/01/25 المعدل والمتمم بالقانون رقم 06-04 المؤرخ في 2006/02/20 المتعلق بالتأمينات.

⁴ عبد الراضي محمد هاشم عبد الله، المرجع السابق، ص 207.

⁵ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 166.

العلاقة. فطبقاً للقواعد العامة، لا يكون هناك تضامن بين ممرضين بغير اتفاق خاص. فلو اشترك مجموعة ممرضين في علاج مريض، فإنه هذا الأخير يعود على كل واحد منهم بقدر نصيبه من المسؤولية التقصيرية، فإن الممرضين يكونون متضامنين، ويمكن للمريض المضرور أن يرجع على أي منهم بالتعويض كاملاً، ثم يقوم من دفع التعويض بالرجوع على الآخرين. كل ذلك ما لم يستغرق خطأ أحدهم أخطاء الآخرين.

أما عن مسألة افتراض الخطأ في الممرض، فإنها مقررة لمصلحة المريض المضرور فقط دون غيره، فلا يمكن للغير أن يتذرع بهذه القاعدة لافتراض الخطأ في الممرض ولو اشترك معه في ارتكاب الخطأ. لقد خرج المشرع الفرنسي عن القواعد العامة المسؤولية، والتي تقر فعل الغير كسبب أجنبي معفى من المسؤولية، بأن نص في المادة الثانية من قانون 5 يوليو 1985 المتعلق بتعويض حوادث السيارات على أنه لا يجوز الاحتجاج في مواجهة المضرور بفعل الغير، سواء من قائد السيارة أو من الحارس.

مما يدل على أن الطرف الضعيف هو دائماً محل اهتمام القضاء والتشريع على السواء. فلا يمكن للمريض المضرور أن يدخل في حسابات قانونية لا يفهمها وليس له القدرة على خوضها مادياً أو معنوياً. فالمهم أن يحصل المريض المضرور على التعويض، ثم يبقى لشركة التأمين والممرض والغير، أن يعلموا قواعد المسؤولية للرجوع على من تسبب بخطئه في إحداث الضرر، والذي هو في الغالب مسألة موضوع تدخل في نطاق السلطة التقديرية للقاضي، الذي ينظر في مدى استغراق خطأ لآخر، أو اشتراك الأخطاء مع بعضها، ليقر في الأخير المسؤولية على صاحب الخطأ الجسيم الذي استغرق غيره من الأخطاء، أو يوزع المسؤولية كل بنسبة خطئه.

الفرع الرابع: في حال وجود قوة القاهرة أو حادث فجائي

إن تقدير ما إذا كانت الواقعة المدعى بها تعتبر من قبيل القوة القاهرة من عدمه هو تقدير موضوعي تملكه محكمة الموضوع¹. ومن الأمثلة على ذلك وفاة المريض بالقلب على

¹ عبد الراضي محمد هاشم عبد الله، المرجع السابق، ص 203.

إثر رعد مفاجئ أو زلزال من العوامل الطبيعية التي لا يد للممرض فيها. ويختلف أثر القوة القاهرة على مسؤولية الممرض من حيث استقلالها في حدوث الضرر، أو اشتراكها مع أسباب أخرى، فإذا استقلت انتفت علاقة السببية بين فعل الممرض ووقوع الضرر، وبالتالي انتفت مسؤولياته. أما إذا اشترك معها فعل الممرض، فيسأل مسؤولية كاملة، لأن خطأه كان سببا في وقوع الضرر ولا يسأل معه غيره، كما سبق توضيحه.

أما عن التأمين في حال وجود قوة القاهرة، فإن القانون المدني يسمح بالاتفاق على أن يتحمل المدين تبعة الحادث المفاجئ أو القوة القاهرة. كما أن القواعد العامة تسمح بتأمين المخاطر الناشئة عن القوة القاهرة والحادث المفاجئ¹. ومثل هذه المسؤولية الموسعة التي يستفيد منها المضرور أيما استفادة، لن يضار منها الممرض لأن التأمين سيغطيها، ولن يتأذى منها المؤمن لأنه قبض مقابلا عن تلك التغطية.

المطلب الثاني: حدود الضمان

الفرع الأول: بالنسبة للممرض

لكي يشمل الضمان أعمال الممرض المؤمن له، يجب أن تكون هذه الأعمال مما يدخل في نشاطهم المهني المأذون لهم بممارسته، كما يجب أن تكون محددة في عقد التأمين²، وزيادة على ذلك ينبغي أن يحدد في العقد الأشخاص الذين يشملهم الضمان.

وقد يظهر هذا القول متعارضا مع ما ذهب إليه محكمة النقض الفرنسية استنادا إلى المادة 121-2 من القانون التأمينات الفرنسي³، من عدم جواز استبعاد أفعال الممرض من نطاق الضمان⁴، إلا أن عموم اللفظ في المادة يسمح بأن يمتد الضمان إلى من يتفق في عقد

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 174-175.

² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 192.

³Loi N° 82-600 du 13 Juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles, modifiée par la loi N° 95-101 du 02/02/1995.

⁴Cass.civ. 5juin 2004, R.G.A.T.2004, P 176. 119 نقلا عن رابيس محمد، المرجع السابق، ص

التأمين على دخول فعله في نطاق هذا العقد. وهذا ما يتماشى مع مبدأ حرية المتعاقدين في تحديد الخطر المؤمن منه¹.

لذلك يجوز الاتفاق على استبعاد بعض المرضى في عقد التأمين ممن لا تتوفر لديهم الخبرة أو الكفاءة اللازمة. وبما أن المرضى ملزمون بالتأمين فإن المريض ما عليه إلا طلب تغطية ضرره عن طريق عقد تأمين هذا التابع إذا صدر الخطأ منه. ولكن ما يلاحظ في هذا الشأن هو أن القول بذلك فيه إجهاد للمريض بما لا يطيقه، فليس في استطاع المريض أن يعرف من مرتكب الخطأ، وحتى إذا أخبر به فليس بإمكانه الحصول على دليل إدانته بالخطأ.

كما أن ذلك لا يتماشى مع ما دأبت عليه محكمة النقض الفرنسية من تسهيل الحصول على تعويض الطرف الضعيف في علاقة العلاج. غير أنه يمكن جبر هذا الخلل بأن يبرم عقداً جديداً خاصاً به لدى نفس المؤمن حتى يسهل على المريض الحصول على التعويض من نفس شركة التأمين التي تبحث بدورها بعد ذلك على صاحب الخطأ. هذا عن تابعي المرض، ولكن ماذا عن المستخلف؟

ينبغي على الممرض المؤمن له أن يؤمن على المستخلف لأنه يسأل عن أخطائه، ليس على أساس التبعية لأنه غير تابع له، وإنما على أساس سوء اختياره له². لذلك، يشترط المؤمن على الممرض أن يحدد من سيخلفه بالاسم بخطاب موصى عليه، وأن يحدد في هذا الخطاب المدة التي سيحل محله فيها.

ويشترط المؤمن في المستخلف أن يكون ذا كفاءة وخبرة، كما يمكنه أن يشترط قيام الاستخلاف لظروف معينة وليس متى شاء الممرض المؤمن له ذلك. كما يشترط طبعاً أن يكون المستخلف مؤدونا له بمزاولة المهنة. وأثناء قيام المستخلف بالحلول محل الممرض

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 193.

² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 194.

المؤمن له لا يجوز لهذا الأخير أن يزاول نشاطه إلى جانبه، ماعدا في حالة الضرورة تجنباً لا اعتباره مرتكباً لجريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر.

ولا يجوز للمستخلف أن يبرم عقد تأمين على نفس الخطر الذي يغطيه عقد تأمين المسؤولية المبرم بواسطة الممرض المؤمن له. فقد قضى برفض الطعن في قرار الاستئناف الذي قضى ببطلان عقد التأمين من المسؤولية المبرم بواسطة المستخلف.

كما أن مسؤولية المستخلف قد تتضامن مع مسؤولية الممرض المؤمن له إذا كان الخطأ متبادلاً بينهما، وذلك ما قضت به محكمة باريس بتاريخ 1992/07/01 في قضية حكم فيها بخطأ الممرض المؤمن له الذي لم يرشد المستخلف إلى طريقة استعمال جهاز أشعة قديم وبخطأ المستخلف الذي قبل استخدام الجهاز دوم إرشادات من الممرض المؤمن له¹، فكان الحكم بالتعويض على سبيل التضامن² in solidum بينهما. كما يمكن أن يؤمن الممرض المؤمن له على أخطاء المتربصين لديه الذين يزاولون التمريض تحت إشرافه.

الفرع الثاني: بالنسبة للأجهزة المستخدمة

أما عن التأمين عن حوادث الأجهزة المستخدمة في النشاط الترميزي للممرض فإن هذا الأخير ملزم بالتأمين على مسؤوليته عن النتائج الضارة الناجمة عن استخدامه لها في نشاطه المهني، ويجب أن ينص على ذلك صراحة في عقد التأمين تحت عنوان "شرط استخدام الأجهزة".

كما أن هذا الشرط يلزم المؤمن له بتحديد الأجهزة المقصودة بدقة. ويضمن المؤمن الأضرار الناشئة عن هذه الآلات سواء كانت هذه الأضرار بسبب خطأ الممرض المؤمن له أو المستخلف. ونظراً لكون مسؤولية حارس الشيء مفترضة خارج الإطار العقدي، فإن المؤمن أحياناً يرفض التأمين على بعض الأجهزة الخطيرة أو يطلب لقاء ذلك أقساطاً باهظة.

¹ أنظر: د. أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 195.

² نقلاً عن عبد الرحيم لنوار، المرجع السابق، ص 176.247, p176.247, bull.civ. n°213, 5juin 2004, Cass.civ.

الفرع الثالث: حدود النشاط المغطى

يجب أن يلتزم الممرض المؤمن له بالنشاط المذكور في عقد التأمين حتى يستفيد من الضمان، ولا يهم بعد ذلك أن تكون ممارسة هذا النشاط في عمله سواء في العيادة أو في المستوصف أو في المستشفى، فلا أثر لمكان مزاوله النشاط على الضمان¹.

وقد قضى مجلس استئناف باريس بهذا في 12/02/1992 بشأن قضية ممرض الذي أجرى ختان لحديث عهد بالولادة ترتب عنها نزيف، أسعفه الممرض ووعده والديه بزيارته في اليوم الموالي.

لكن لم يفعل ذلك إلا بعد 48 ساعة، حيث تفاقمت حالة الطفل وأصيب إثر ذلك بالتهاب موضعي مزمن، فكان أن قرر مجلس الاستئناف باستبعاد ضمان المؤمن على أساس أن النشاط الذي يغطيه عقد التأمين المبرم بين الممرض المؤمن له والمؤمن هو التمريض دون غيره، وهو النشاط المأذون له بممارسته.

ولما طعن الممرض بالنقض صدر قرار محكمة النقض الفرنسية بتاريخ 06/12/2006² مؤيدا قرار مجلس استئناف باريس، وجاء في إحدى حيثياته: "حيث أن مجلس الاستئناف قد ذهب إلى أن محل التأمين المبرم بواسطة الطاعن كان محددًا بتخصص التمريض، وأنه لم يعلن للمؤمن عن ممارسته لنشاط آخر إلا بعد تحقق الكارثة. وما كان هذا الأخير لا يدخل في نطاق الضمان، فإن الطعن بشقيه الأصلي والاحتياطي غير مقبول". وقد قضت محكمة النقض في نفس المجال بقرارها الصادر في 29/04/2007³ بأن "ضمان المؤمن لا يمكن أن يطبق على كارثة وقعت بمناسبة نشاط غير النشاط المصرح به من طرف المؤمن له". الموقف نفسه اتخذته في قرارها المؤرخ في 28/10/2007 القاضي بأن "الضمان لا يتعلق إلا بمجال النشاط المهني المصرح به للمؤمن"⁴.

¹أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 198.

²نقلا عن عبد الرحيم لنوار، المرجع السابق، ص 634.211 Bull.civ.2007.N°1363, 6 déc 2006, Cass.civ.

³Cass.civ. 29 avril 2007, R.C.A, N° 117-8 (juillet-aout), 2007, com, P 238.cité par : Eric MATHIAS,op.cit, P207.

⁴نقلا عن الطاهر كشيدة، المرجع السابق، ص 6.153 Cass.civ. 28 oct 2007, R.C.A, N° 2, février 2008, P 6.

كما أن محكمة النقض -الغرفة المدنية- قضت بتاريخ 2008/01/19 بأن عقد التأمين من المسؤولية المبرم من طرف مستشفى عام يغطي الخطأ الشخصي المرتكب من المرضى ولو استبعد العقد من الضمان الحوادث التي تقيم المسؤولية الشخصية للممارسين التابعين للمستشفى، مادامت تلك الحوادث تدخل ضمن الخطر المؤمن منه، وبالتالي تثير مسؤولية المستشفى¹.

الفرع الرابع: مدة الضمان

إن توقيت حصول الضرر والمطالبة بالتعويض عنه من أهم ما أسال حبر الفقهاء وتدرج به القضاء. ذلك أن شركات التأمين كانت تضع في عقودها مع المؤمن لهم شرطا بضرورة حصول الواقعة الضارة والمطالبة بالتعويض في نطاق مدة الضمان المنصوص عليها في عقد التأمين. ولمعالجة مشكلة مدة الضمان ينبغي التطرق لها من جوانب ثلاث أساسية، نذكرها فيما يلي:

1- شرط حدوث الواقعة الضارة والمطالبة بالتعويض أثناء مدة الضمان:

ويريد المؤمن بهذا الشرط أن يقصر التعويض على الأضرار التي تقع خلال مدة الضمان المنصوص عليها في العقد، ليخرج بذلك من نطاق الضمان تلك الأضرار التي تقع خارج تلك المدة، سواء تعلق الأمر بالماضي أو المستقبل. كما أن المؤمن يريد بهذا الشرط أيضا أن تكون المطالبة بالتعويض عن هذه الأضرار خلال نفس المدة.

ولا شك أن هذا الشرط الأخير مجحف بحق المضرور والمؤمن له على السواء. فبالنسبة للمضرور؛ قد تظهر الأضرار الناجمة عن الواقعة الضارة التي حصلت في مدة الضمان، بعد فوات هذه الأخيرة، كما هو الحال بالنسبة للأضرار الناجمة عن نقل الدم الملوث أو الإصابة بالفيروسات، وفي هذه الحالة يجد المضرور نفسه في مواجهة المؤمن له بقضايا لا طاقة له عليها.

¹Cass.civ 19 janvier 2008, D.2008, 18^{eme}, P 146.cité par : H.Groutel, op.cit, P 188.

أما من جهة المؤمن له؛ ففي مثل هذه الحالات، بعد انقضاء مدة الضمان المنصوص عليها بهذا الشرط من عقد التأمين، يجد نفسه وحيدا في مواجهة المريض المضرور، إذ أن تقادم الحق في التعويض بالنسبة له يبقى خاضعا للقواعد العامة في القانون المدني. كما أن هذا الشرط يتيح للمؤمن فرصة فسخ عقوده مع المؤمن لهم، في أول مطالبة منهم بالتعويض عن ضرر يتوقع حدوثه بكثرة في أونة معينة كوجود عدوى في زمن معين¹.

وبالتالي يجد المؤمن لهم والمرضى أنفسهم مفتقدين لخدمة ضرورية اعتادوا عليها ولا عنى لهم عنا. كما أن هذا الشرط يضع قيودا واقعية على المؤمن له حتى لا يغير مؤمنه. فإذا هو أبرم عقدا مع شركة تأمين معينة ثم تعاقد مع غيرها بعد فوات مدة العقد الأول، فإن شركة التأمين الأولى لا تغطي الأضرار التي تظهر في مدة العقد الثاني مع الشركة الثانية، ولو كانت الواقعة الضارة قد حدثت في مدة سريان العقد الأول. وفي هذه الحالة يجد المؤمن له نفسه بلا ضمان رغم أنه دفع الأقساط المالية التي تغطي الأضرار الناتجة عن نشاطه².

وقد تدرجت محكمة النقض الفرنسية مع هذا الشرط على النحو التالي:

ففي أول الأمر كانت تأخذ باحترام مبدأ حرية التعاقد؛ فلم تكن تسمح بتجاوز شرط حدوث الواقعة الضارة والمطالبة بالتعويض أثناء مدة الضمان متى نص عليه عقد التأمين. وبالتالي كانت تلبي طلبات المؤمنین بناء على ذلك. وقد قضت بنقض العديد من الأحكام والقرارات التي لم تحترم هذا الشرط. وكانت تفعل ذلك في الواقع حسب نظر البعض معتبرة الشرط عبارة عن "شرط استبعاد زمني للخطر".

ثم انتقلت إلى معالجة المشاكل الناجمة عن هذا الشرط، والتي أثقلت كاهل الجميع ولم يستفد منه إلا شركات التأمين. فقررت في هذه المرحلة عدم جواز الاحتجاج بذلك الشرط في مواجهة المضرور. وقد حلت محكمة النقض الفرنسية بذلك مشكلة المريض باعتباره الطرف الضعيف، وأبقت على مشكلة المؤمن له الذي وجده نفسه ملزما بدفع أقساط التأمين من جهة،

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 234.

² ثروت عبد الحميد، تعويض الحوادث الطبية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007 ص 147.

وعدم تغطية الأضرار الناجمة عن نشاطه من جهة أخرى. ويرى البعض أن محكمة النقض قد استندت في قراراتها هذه إلى "شرط سقوط الضمان"¹.

وهذا مردود عليه بأن شرط السقوط هو شرط جزائي يكون في مدة الضمان نتيجة الإخلال بالتزام تعاقدي من طرف المؤمن له، كعدم دفعه لعدد من الأقساط مثلا، في حين أن المؤمن له هنا يحرم من تغطية أضرار نشاطه رغم احترامه لكافة التزاماته التعاقدية. ثم في المرحلة الثالثة أبطلت الشرط؛ وذلك عندما أصدرت بتاريخ 19/12/1990 سبعة أحكام، مما ورد في حيثياتها ما يلي: "... فإن هذا الشرط يؤدي إلى حرمان المؤمن له من الإفادة من الضمان بسبب لا يد له فيه، ومنح ميزة غير مشروعة تفتقر إلى سبب قانوني بالمخالفة لأحكام المادة 1131 من التقنين المدني إلى المؤمن الذي سبق أن استوفى أقساط التأمين دون مقابل من جهته، ويتعين القول ترتيبا على ذلك، بإهدار هذا الشرط وبطلانه"².

وإذا نظرنا إلى ما ذهب إليه المحكمة النقض الفرنسية هنا، وجدناها تقر زيادة على ضرورة حدوث الواقعة الضارة وقت الضمان، بوجود احترام ركن السبب في العقد. ذلك أن التزام المؤمن له بدفع الأقساط وعدم استفادته من الضمان عن واقعة وقعت في المدة التي دفع أقساطها، يجعل ذلك الشرط متعارضا مع ركن السبب، إذ يجعل المؤمن له ملتزما بدون سبب، وبالتالي تأخذ الأقساط التي دفعها حكم دفع غير المستحق، فاعتبر ذلك الشرط مخالفا للنظام العام، وعليه تم إلغاؤه من طرف محكمة النقض.

وقد ترتب على بطلات هذا الشرط، بقاء حق المضرور في مطالبة المؤمن، نتيجة تعاقد مع المؤمن له محدث الضرر، مادامت دعوى المسؤولية باقية وبالإمكان مباشرتها من المضرور ضد المؤمن له مباشرة. وقد لقي هذا الاتجاه قبولا من جانب الفقه³.

¹ د. أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 237.

² Cass.civ. 19 décembre 2000, Bull.civ, n°303, J.C.P. 2001, II, 21656. Cité par : M.M. Hannouz, op.cit, P 88.

³ أنظر: د. أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 241.

2- شرط تغطية الوقائع السابقة المجهولة للمؤمن له:

ذلك أن المؤمن له إذا أبرم عقدا ثانيا، ولم يكن يعلم بوجود أضرار ناجمة عن نشاطه أثناء سريان العقد الأول، فإن المؤمن يكون ملزما بتغطية تلك الأضرار في هذا العقد (الثاني). وبالتالي يقضي هذا الشرط على ثغرة الضمان التي يوجد لها شرط حدوث الواقعة الضارة والمطالبة بالتعويض أثناء مدة الضمان. وقبول هذا الشرط بالوقائع المجهولة للمؤمن يجعل مناطه حسن النية فقط، فإن جاء الدليل على سئها بطل الشرط.

وينبغي الإشارة هنا، إلى أن هذا الشرط لم يعد يجدي نفعا مع ما ذهبت إليه محكمة النقض من بقاء الضمان ما بقيت دعوى المسؤولية قائمة، وإن كان المشرع الجزائري جعل في المادة 27¹ من قانون التأمينات- تقادم الدعاوي المرفوعة ضد المؤمن هو 3 سنوات من تاريخ حصول الكارثة.

3- شرط الضمان اللاحق:

ويلتزم المؤمن بموجب هذا الشرط أن يقدم للمؤمن له ضمانا عن الأضرار التي تقع أثناء سريان العقد، بشرط أن تكون المطالبة بالتعويض خلال مدة قصيرة عادة بعد انتهاء مدة العقد، لا تتجاوز في الغالب سنة واحدة، ويلتزم المؤمن له بدفع أقساط هذه المدة الخارجة عن العقد. وهذا الشرط لا يحل مشكلة المؤمن له، لأنه لا يغطي مدة تقادم المسؤولية في الشريعة العامة.

وقد صدر حكم بمناسبة عقد التأمين من المسؤولية المهنية، حيث احتوى هذا العقد على شرط ضمان لاحق مدته ست سنوات من تاريخ نهاية مدة العقد. ويلتزم المؤمن له خلال هذه المدة بدفع الأقساط. وحدث أن طالب المضرور بالضمان بعد عشر سنوات من نهاية العقد، فرفض المؤمن ذلك. وكان أن صدر قرار الاستئناف ببطان الشرط فيما يتعلق بدفع الأقساط، ومما ورد في هذا القرار: "وحيث أن الواقعة التي أثارَت ضمان المؤمن قد حدثت

¹ م 27 من قانون التأمينات.

أثناء سريان العقد، فإن الضمان يشملها". وقد أيدت محكمة النقض في 28 أبريل 1993 هذا القرار¹.

وقد فسر هذا القرار بأنه أقر الضمان المحدود بمدة بعد انتهاء العقد لأنه أبطل شرط الأقساط فقط، وأيدته شركات التأمين لأنه انقص من مدة الضمان الغير محدودة التي قضى بها قرار محكمة النقض سنة 1990².

ونرى أن السكوت عن المدة وإبطال الأقساط ليس فيه إقرار لتحديد المدة. وهذا ما يعززه موقف محكمة النقض المؤرخ في 23 يونيو 1993 الذي أكد على المبدأ الذي أرساه قرارها لسنة 1990، والذي قضى بعدم محدودية مدة الضمان ما دامت الواقعة الضارة حدثت أثناء سريان العقد³.

لذلك، فإن معيار الكارثة الذي استقرت عليه محكمة النقض الفرنسية هو الواقعة الضارة وليس المطالبة بالتعويض، وأن الضمان يمتد إلى ما بعد انقضاء العقد. بمعنى أن مدة الضمان تبقى قائمة حتى تتقادم المسؤولية المدنية للممرض المؤمن له، سواء كانت مسؤولية هذا الأخير عقدية أو تقصيرية⁴. عكس القانون الجزائري الذي حددها بمدة 3 سنوات تحتسب ابتداء من تاريخ حصول الكارثة، كما سبق توضيحه. ونرى أن القضاء الفرنسي، بإقراره لمدة التقادم بالنسبة للدعاوي المرفوعة ضد المؤمن بمدة تقادم دعوى المسؤولية في القانون المدني، راعى في ذلك مصلحة المضرور.

الفرع الخامس: قيمة الضمان

يعتبر التأمين من المسؤولية التمريضية عقد تعويض ينطبق عليه المبدأ التعويضي. ومفاد هذا المبدأ؛ أن يعرض المؤمن له عن الضرر الذي لحقه نتيجة وقوع الخطر المؤمن

¹Cass.civ. 28 avril 1993, Bull.civ, 1993, n°148, P117. Cité par : Abidat Abdelkrim, op.cit, P92.

² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 244.

³Cass.civ. 1^{re} 23 juin 1993, Bull.civ, 1993, n°227, P 157. Cité par : Abidat Abdelkrim, op.cit, P93.

⁴ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 246.

منه، ويكون ذلك التعويض في حدود هذا الضرر، ولا يتجاوز مبلغ التأمين¹. فلا ينبغي أن يكون عقد التأمين مصدر ثراء للمؤمن له، أي لا ينبغي أن يحصل هذا الأخير على تعويض يجاوز الضرر الذي لحق به، لأن هذا العقد هو وسيلة لدرأ الخسارة فقط². كما لا يمكن له أيضا أن يحصل على تعويض يجاوز قيمة مبلغ التأمين ولو تجاوزه مقدار الضرر. وقد نص المشرع الجزائري في المادة 623 من القانون المدني على هذا المبدأ بقوله: "لا يلتزم المؤمن في تعويض المؤمن له إلا عن الضرر الناتج من وقوع الخطر من وقوع الخطر المؤمن منه بشرط ألا يجاوز ذلك قيمة التأمين"، ونص عليه المشرع الفرنسي المادة 1-121 من قانون التأمين بقوله: "التأمين على الأشياء عقد تعويض، ولا يمكن أن يتجاوز التعويض الذي يلتزم المؤمن به قيمة الشيء المؤمن عليه وقت وقوع الكارثة"³.

الحكم نفسه أخذ به المشرع المصري في المادة 751 من القانون المدني. والحكمة في تحديد مبلغ التأمين بقيمة الضرر الناتج عن الخطر المؤمن منه، هو عدم إغراء المؤمن له بالتعجيل بوقوع الكارثة التي تكون بالنسبة له مصدر ثراء، وهو ما يأباه النظام العام في المجتمع⁴. وقد سمح المشرع الجزائري في القانون المتعلق بالتأمينات⁵، والمشرع الفرنسي في المادة 12-121 من قانون التأمين، والمشرع المصري في المادة 771 من القانون المدني، للمؤمن أن يرجع على الغير المسؤول عن إحداث الكارثة. وبما أن هذا حق المؤمن، فلا مانع من أن يتفق مع المؤمن له على خلاف ذلك، بأن يسمح للمؤمن له بممارسة هذا الحق في الرجوع على الغير⁶.

¹ وائل محمود أبو الفتوح أحمد العيزي، المسؤولية المدنية عن عمليات نقل الدم -دراسة مقارنة-، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة المنصورة، 2005، ص 735.

² وائل محمود أبو الفتوح أحمد العيزي، المرجع السابق، ص 736.

³ المشرع الفرنسي إذ أورد هذا المبدأ عندما تكلم عن التأمين على الأشياء، فإنه لا خلاف حول انطباقه على تأمين الأضرار بوجه عام بما فيه التأمين من المسؤولية. أنظر: أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 249.

⁴ إبراهيم أبو النجا، التأمين في القانون الجزائري، ج 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة الثالثة، ص 276.

⁵ نص المشرع الجزائري في المادة 38 من الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25/01/1995، المعدل والمتمم بالقانون رقم 04-06 المؤرخ في 20/02/2006 والمتعلق بالتأمينات على أنه: "يحل المؤمن محل المؤمن له في الحقوق والدعاوى تجاه الغير المسؤولين، في حدود التعويض المدفوع له...".

⁶ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 251.

أما عن قيمة التعويض، فإن التأمين من المسؤولية يغطي كل ما يتكبده المؤمن له من مال بسبب رجوع الغير عليه بدعوى المسؤولية¹. لذلك، فالمؤمن يلتزم بضمان قيمة التعويض التي يعود بها المريض على الممرض المؤمن له بأكملها، إلا إذا اتفق المؤمن والمؤمن له على إنقاص هذه القيمة. ذلك، أن المشرع الجزائري في المادة 623 من ق م ج، جعل الأصل في التعويض ألا يجاوز قيمة التأمين، ولكنه سمح بالاتفاق على مخالفة هذا الأصل إذا كان ذلك لمصلحة المؤمن له (الممرض) أو المستفيد (المريض)، وذلك في المادة 625 من نفس القانون.

وينشأ الحق في التعويض منذ استكمال أركان المسؤولية، وبصفة خاصة منذ وقوع الضرر، ويستحق بمطالبة الغير للمؤمن له² أي بمطالبة المريض للممرض المؤمن له، ويعتد بقيمته عندما يظهر الضرر كاملا، ويمكن بذلك تقويمه، وأفضل هذه الأوقات هو وقت صدور الحكم به، كما هو مستقر عليه في فرنسا ومصر. وقد عبرت محكمة النقض المصرية عن ذلك في قرارها الصادر بتاريخ 1986/12/23 بقولها: "العبرة في تقدير قيمة الضرر هي بقيمته وقت الحكم بالتعويض، وليس بقيمته وقت وقوعه، إذ يلتزم المسؤول عن الخطأ بجبر الضرر كاملا، ولا يكون التعويض كافيا لجبره إذا لم يراع في تقديره قيمة الضرر وقت الحكم"³.

وإذا نظرنا في هذا الموقف، نجده يتماشى مع المحافظة على حقوق المريض بصفة خاصة باعتباره الطرف الضعيف، إذ أن ضرره قد يكون محدودا بوقت وقوع الفعل الضار، كما يمكن أن يكون متفاقما أو يحتاج إلى مدة طويلة للالتئام، هذا من جهة. ومن جهة أخرى قد تطول إجراءات الحصول على التعويض أمام العدالة إلى حد يجعل قيمة العملة تتدهور، فيكون الأصلح للمريض أن يقدر ضرره وقت صدور الحكم.

¹ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 209.

² إبراهيم أبو لنجا، التأمين في القانون الجزائري، المرجع السابق، ص 286.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 258.

أما من جهة المؤمن؛ فإنه من مصلحته أن يحاول التخلص من مشكلة التعويض وديا قبل اللجوء إلى العدالة، حتى يدفع أقل ما يمكن خوفا من تواطؤ المؤمن له من المضرور أو وقوعه تحت التهديد باتخاذ إجراءات جزائية ضده¹، وخوفا من ارتفاع قيمة العملة وبالتالي عدم تناسب التعويض مع قيمة الأقساط التي كان يتقاضاها من المؤمن له².

أما عن إثبات الضرر؛ فيجوز للمضرور القيام به كافة الوسائل الممكنة، بما في ذلك البيينة والقرائن. والأصل أن يغطي المؤمن قيمة الضرر في حدود مبلغ التأمين، إلا أن هناك استثناءات على ذلك، لها ما يبررها كما سنرى فيما يلي:

أولا: شرط عدم التغطية الإجباري

مفاد هذا الشرط أن يتحمل المؤمن له جزءا من قيمة الضرر، ولا يمكنه أن يغطي هذا الجزء بعقد ثان سواء عند نفس المؤمن أو عند مؤمن غيره. وقد سمح المشرع الفرنسي بإدراجه في العقد، وذلك في المادة 1-121 من قانون التأمين بقوله: "يمكن أن يشترط بقاء المؤمن له ملتزما بمبلغ أو حصة محددة أو أن يتحمل تخفيضا محددًا مسبقًا من التعويض على الكارثة".

وهذا الشرط يجعل الممرض المؤمن له حريصا على عدم ارتكاب خطأ يتحمل نتائجه ولو في جزء من التعويض، وترحب به شركات التأمين لهذا السبب رغم أنه ينقص من قيمة الأقساط التي يدفعها المؤمن له مقارنة بحالة عدم إدراجه. إلا أن هذا الشرط وإن جاء بمزايا للمؤمن والمؤمن له، إلا أنه في الواقع لا يصب في مصلحة المريض إذا استعمل طريق الدعوى المباشرة ضد المؤمن، لأن هذا الأخير سيستظهر بوثيقة التأمين التي تلزم الممرض المؤمن له بجزء من التعويض.

¹ إبراهيم أبو لنجا، المرجع السابق، ص 288.
² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 258.

مما يستدعي رفع دعوى أخرى على الممرض، وهو ما يعسر على المريض الحصول على حقه كاملاً بدعوى واحدة. لذلك ينبغي عند إدراج هذا الشرط في عقد التأمين أن يلزم الممرض المؤمن له بالتعويض عن جزء يسير فقط لا يضر بمصلحة المضرور¹.

ثانياً: شرط حد الإعفاء

وهو نوعان إعفاء بسيط وإعفاء مطلق.

أما شرط الإعفاء البسيط فمفاده إعفاء المؤمن من تغطية الضرر في حدود معينة. أما إذا تجاوزها، فيقوم المؤمن بدفع قيمة التعويض كاملة. ويعاب على هذا الشرط أنه يغري الممرض المؤمن له إذا وقع منه خطأ أن يعتمد إلحاق ضرر أكبر من ذلك الذي يتحمل نتائجه وحده، ليلقي بالضمان كاملاً على عاتق المؤمن². ومن هنا يظهر الأثر السيئ لهذا الشرط على أخلاق مهنة التمريض، إذ يغري الممرض بتفضيل مصلحته المادية، إذا تعارضت مع مبادئه النبيلة المتمثلة في إنقاذ المرضى والتخفيف من معاناتهم.

وأما شرط الإعفاء المطلق فقد تدارك مساوئ -الإعفاء البسيط- بأن جعل الممرض المؤمن له يتحمل قيمة معينة من التعويض، ويغطي المؤمن ما زاد عنها³. وهكذا لا يجد الممرض مصلحة في محاولة رفع مقدار الضرر، لأنه في الأخير سيتحمل مقداراً محدداً لا يزيد على ذلك المحدد في العقد.

حكم التأمين المتعدد:

ونظراً لكون عقد التأمين محكوم بالمبدأ التعويضي، فقد عني المشرعون بتنظيم التأمين المتعدد حتى لا يكون مصدر ثراء للمؤمن له. والتأمين المتعدد يعرف بأنه إبرام المؤمن له أكثر من عقد لدى أكثر من مؤمن، لشيء واحد، لضمان خطر واحد، ولتحقيق

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 260.

² جلال محمد إبراهيم، التأمين: دراسة مقارنة بين القانون المصري والقانونين الكويتي والفرنسي، دار النهضة العربية القاهرة، 1994، ص 259.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 262.

مصلحة واحدة، على أن تكون هذه العقود المتعددة قد أبرمت عن نفس المدة وفي مستوى واحد¹.

وقد حظر المشرع الجزائري بصفة أصلية هذا النوع من التأمين، وذلك في المادة 1/33¹ من قانون التأمينات بقوله: "لا يحق لأي مؤمن له إلا اكتتاب تأمين واحد ومن نفس الطبيعة لنفس الخطر"².

أما المشرع الفرنسي فقد قام بتنظيمه في المادة 4-121 من قانون التأمين، والتي وردت الإشارة إليها في البند الثامن عشر من وثيقة التأمين من المسؤولية الخاصة باتحاد المؤمنين في فرنسا. وحتى يكون هذا التأمين مشروعاً ينبغي ألا يكون جميعاً، بأن يتجاوز مجموع المبالغ المؤمن بها قيمة الضرر الذي يصيب المؤمن له، لأن في ذلك انتهاك للمبدأ التعويضي. فينبغي أن يكون غير جمعي بأن يكون مجموع المبالغ المؤمن بها في حدود الضرر الذي يصيب المؤمن له.

وقد سمح المشرع الجزائري استثناء أن ينتج التأمين المتعدد أثره، وذلك في حالة حسن النية، وذلك بنصه في الفقرة الثانية من المادة 2/33² المذكورة أعلاه على أنه: "في حالة حسن النية، إذا تعددت عقود التأمين، ينتج كل واحد منها أثره تناسبا مع المبلغ الذي يطبق عليه في حدود القيمة للشيء المؤمن"، وهو إن تكلم على "الشيء المؤمن"³. إلا أن ذلك ينسحب على تأمين المسؤولية كذلك، لأن الفقرة الأولى شملت كل أنواع التأمين، وأن هذه المادة وردت في الأمر 07-95 المعدل والمتمم تحت الفصل المتعلق بتأمين الأضرار الذي يشمل مسؤولية الممرض عن الأضرار التي يلحقها بالغير.

ويمكن تصور حسن النية مثلاً: في حالة إبرام الطبيب تأميناً عن مسؤوليته، وتبرم عنه العيادة أو المستشفى نفس العقد وهو لا يعلم. أما إذا أبرمت عدة عقود تأمين بنية الغش،

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 270.

² م1/33 من الأمر 07-95.

³ م2/33 من الأمر 07-95.

فبترتب على ذلك البطلان. وفي ذلك نص المشرع في المادة 3/33¹ على أنه: "يؤدي اكتتاب عدة عقود تأمين لنفس الخطر بنية الغش، إلى بطلان هذه العقود"¹.

ومما يبطل التأمين المتعدد الجمعي، نذكر:

- تعدد المؤمنين عن نفس المحل (الموضوع): كالتأمين على جهاز أشعة واحد لدى عدة مؤمنين، أما إذا أمن عن كل آلة لدى مؤمن مختلف، فلا نكون هنا أمام حالة وحدة المحل.

- تعدد المؤمنين عن نفس الخطر: فقد يكون محل العلاج واحدا مثلا ولكن ليس لنفس الخطر. فإذا كان محل العلاج معين، يمكن للممرض أن يؤمن بعقد عن الآلات التي يستخدمها فيه، وبعقد آخر عن العدوى، ولا يعتبر تأمينه التعددي جميعا، لأن الخطر في كل عقد مختلف عن الخطر الآخر.

- تعدد المؤمنين مع وحدة المصلحة²: ومثاله أن يبرم المؤمن له عقد تأمين عن مسؤوليته، ثم يؤمن عنه غيره كالمستشفى وهو يعلم. فهذا يعتبر تدليسا يؤدي إلى إبطال عقده. أما إذا لم يكن يعلم بذلك، فيعتبر تأميننا جمعيا غير تدليسي³، ويقتسم في هذه الحالة دفع التعويض مع من وقع فيه من المؤمنين، تماشيا مع المبدأ التعويضي للتأمين. وقد سمح المشرع بالتعدد الجمعي استثناء لحسن النية كما سبق ذكره.

- تعدد المؤمنين عن نفس المدة: فإذا كانت العقود عن مدد متعاقبة مثلا، فلا تطبق عليها أحكام التأمين المتعدد⁴. والمشرع الجزائري تكلم عن "لا يحق لأي مؤمن له إلا اكتتاب تأمين واحد ومن نفس الطبيعة لنفس الخطر"، ومن البيانات الإلزامية في العقد المنصوص عليها في الأمر 07-95 وتحديدًا في المادة السابعة منه: "تاريخ سريان العقد ومدته"، فإذا فاتت هذه المدة انتهى العقد. لذلك، فإن إبرام عقود عن مدد متعاقبة، لا يتنافى مع أحكام المادة 1/33¹ من قانون التأمينات.

¹ م 3/33 من الأمر رقم 07-95 .

² أنظر: أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 273.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 269.

⁴ جلال محمد إبراهيم، المرجع السابق، ص 320.

- تعدد المؤمنين بعقود أصلية: فلا ينبغي أن يكون العقد احتياطياً، بأن يدخل مجال التطبيق في حال توقف العقد الأصلي، نتيجة عدم الوفاء بالتزام من طرف مؤمن مثلاً أو تجاوز الكارثة قيمة العقد الأول، فيتدخل الثاني، أي يكمل الواحد الآخر¹، هذا في التشريع الفرنسي. أما في التشريع الجزائري فلا يطرح هذا الإشكال لأنه لا يعترف بالتأمين المتعدد، سواء كان ذلك بعقود أصلية أو احتياطية.

ولصحة التأمين المتعدد عند المشرع الفرنسي، لا بد من التزام المؤمن له بإخطار كل المؤمنين بالعقود التي يبرمها مع أي مؤمن آخر كما تنص عليه المادة 121-4 المذكورة أعلاه، وذلك حفاظاً على عدم انتهاك المبدأ التعويضي. بل لا بد عليه أن يخطرهم حتى بالعقود التي يستفيد منها نتيجة تأمين قام به الغير لفائدته، متى علم بذلك. وعادة ما يكون شكل الإخطار برسالة موصى عليها، تسهيلاً للإثبات، وإن جاز استعمال غير ذلك. ولا يهم موضوع الإخطار وإن اختلف فيه البعض، لأن نص المادة 4/121 من قانون التأمين الفرنسي يتكلم عن كل تأمين، سواء كان جميعاً أو غير جمعي².

الفرع السادس: الاستبعاد القانوني والاستبعاد الإتفاقي لبعض المخاطر من الضمان.

يهدف عقد التأمين إلى تحقيق مصلحة مادية لكل من المؤمن والمؤمن له. لذلك نجد التأمين قد مس كافة قطاعات النشاط في المجتمع. إلا أن هناك مخاطر لا يجوز التأمين عنها لمساسها بالنظام العام، وهذه تدخل فيما يسمى بالاستبعاد القانوني لهذه المخاطر. كما أن هناك مخاطر أخرى يسمح القانون بالتأمين عليه، ولكن يتفق الأطراف على استبعادها مراعاة للمصلحة المادية المذكورة آنفاً، وهذا ما يسمى بالاستبعاد الاتفاقي لبعض المخاطر. وفيما يلي نتعرض إلى كلا النوعين من الاستبعاد للمخاطر.

¹ م 4/121 من قانون التأمينات الفرنسي.
² جلال محمد إبراهيم، المرجع السابق، ص 325.

البند الأول: الاستبعاد القانوني

المقصود بالمخاطر المستبعدة قانوناً، تلك التي لا يجوز التأمين عليها لمخالفتها للنظام العام؛ وهي المسؤولية الجنائية للمؤمن له وكذا خطؤه العمدي¹.

فلا يجوز ضمان الخطر المتعلق بالغرامات والمصادرات الصادرة ضد الممرض كعقوبة²، كمصادرة الآلات الطبية وغيرها مما ساهم بهم في ارتكاب جريمته، لأن الهدف من الغرامة هو العقوبة وليس التعويض المدني الذي هو مناط التأمين. أما ما يحكم به على الممرض في الشق المدني من الدعوى المرفوعة ضده أمام القضاء الجزائي فيمكن التأمين عليه لأنه ليس من قبيل العقوبة وإنما من قبيل المسؤولية المدنية أي جبر الضرر الذي أحدثه بفعله.

كما لا يجوز التأمين على الخطأ العمدي للممرض لأن عقد التأمين يقوم أساساً على عنصر الاحتمال، والاحتمال يستلزم ألا يكون تحقق الخطر رهناً بإدارة طرفي التأمين، بل ينبغي أن يتحقق الحادث بفعل عنصر أجنبي³. فالحادث الذي يتعلق بتحقيقه بمحض إرادة المؤمن أو المؤمن له تزول عنه صفة الاحتمال، ومن ثم لا يعتبر خطراً تأمينياً ولا يصح أن يكون محلاً للتأمين⁴.

فلا يجوز مثلاً أن يؤمن الممرض عن قيامه بقتل الميؤوس من شفائه الذي يطلب منه ذلك. والاستبعاد يعني عدم إمكانية قبول الخطأ العمدي في عقد التأمين من جهة. ومن جهة أخرى بطلان التأمين لو وقع على الخطأ العمدي. إلا أن الخلاف الفقهي وقع في بطلان العقد متى تحقق الخطأ العمدي، أو استبعاد الضمان فيما يخص هذا الضرر دون غيره مع بقاء العقد صحيحاً.

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 325.

² الهيثم عمر سليم، المسؤولية المدنية عن أضرار البدائل الصناعية الطبية، رسالة دكتوراة كلية الحقوق جامعة أسيوط، 2006، ص 630.

³ جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، 2003، ص 46.

⁴ إبراهيم أبو النجا، المرجع السابق، ص 65.

فالرأي الأول يرى أنه مع تحقق الخطأ العمدي ينتفي ركن الخطر القائم على الاحتمال، وبالتالي بطلان العقد. إلا أنه يعاب على هذا الرأي أنه تجاهل المخاطر الأخرى التي قد تقع في خلال سريان هذا العقد ولا تكون مشوبة بعيب الخطأ العمدي، والتي تبقى دون ضمان إذا بطل العقد.

والرأي الثاني -وهو الأرجح في نظري- يرى إبعاد الضمان الذي انتفى فيه ركن الخطر مع إبقاء العقد قائماً ليغطي المخاطر غير المشوبة بالخطأ العمدي للمؤمن له¹. وبالتالي فهذا الاتجاه يحافظ على مصلحة المريض المضروب والمرضى المؤمن له اللذان هما أضعف من المؤمن. وقد تبنت العدد من التشريعات هذا الاتجاه الفقهي، فذهب المشرع الفرنسي في قانون التأمين، عند كلامه عن الأضرار التي يحدثها المؤمن لع عمداً أو غشاً، إلى استعمال عبارة: "المؤمن لا يضمن...."، والمصري عبارة "تبرأ ذمة المؤمن ..."²، ولم تستعمل عبارة "يبطل العقد ..." مثلاً، وذلك مفاده استبعاد الضرر المشوب بخطأ عمدي من نطاق الضمان الموجود في عقد التأمين.

البند الثاني: الاستبعاد الاتفاقي

وهو أن يستبعد طرفا العقد (المؤمن والمؤمن له) نوعاً من المخاطر من الضمان إما مباشرة أو بطريقة غير مباشرة. ولا يجوز لهما الاتفاق على استبعاد خطر أوجب القانون على المؤمن ضمانه. فإذا نص القانون صراحة على أن يضمن المؤمن الخطر ولو نشأ عن أسباب معينة، فإنه لا يجوز الاتفاق على استبعاد الخطر الذي يتحقق بهذه الأسباب من نطاق التأمين، ومثل هذا الاتفاق إن وجد يقع باطلاً لا يعتد به³.

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 205-206.

² أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 206.

³ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 62.

أولاً: طرقه

ويكون بإحدى طريقتين:

الطريقة المباشرة في الاستبعاد:

وهي التي يتم بموجبها الاتفاق بين المؤمن والمؤمن له، على إخراج بعض المخاطر من الضمان¹. كأن ينص في عقد التأمين على عدم ضمان النشاط التمريضي للممرض الذي لا يدخل في تخصصه، أو الذي يمارسه خارج مكان عمله، أو كأن ينص في عقد التأمين على استبعاد استفادة أقارب الممرض المؤمن له حتى الدرجة الثانية من الاستفادة من التأمين لمنع شبهة التواطؤ بينهم تمهيدا للوصول إلى التعويض وكذلك جيرانه وتابعيه².

الطريقة غير المباشرة في الاستبعاد:

وذلك بأن يقوم المؤمن بتحديد المخاطر التي يضمنها بكل دقة في عقد التأمين، فتخرج بذلك من نطاق الضمان المخاطر الأخرى التي لم يتم ذكرها في العقد³، أو أن يحدد المؤمن شروط الخطر الذي يضمنه، ومن ثم يخرج من نطاق الضمان كل خطر غير مستوفي لتلك الشروط⁴. ومن أمثلة الاستبعاد غير المباشر؛ أن ينص في العقد على ضمان المسؤولية العقدية للمؤمن له، فتخرج بذلك من نطاق الضمان المسؤولية التقصيرية.

ثانياً: شروطه

ويشترط لصحة الاستبعاد شروط ثلاثة:

¹ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 62.

² الهيثم عمر سليم، المرجع السابق، ص 630.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 211.

⁴ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 64.

1- أن يذكر شرط الاستبعاد في عقد التأمين¹:

وذلك بأن يرد في وثيقة التأمين ذاتها سواء ضمن الشروط العامة المطبوعة أو الشروط الخاصة بها، ويمكن أن يرد في مذكرة التغطية المؤقتة² أو في ملحق الوثيقة³.

2- أن يرد الشرط واضحا وظاهرا من بين الشروط الأخرى⁴:

وقد نص المشرع الجزائري على شرط الظهور في المادة 622/3 من ق م بقوله:
"يكون باطلا ما يرد في وثيقة التأمين من الشروط الآتية:

- كل شرط مطبوع لم يبرز بشكل ظاهر وكان متعلقا بحالة من الأحوال التي تؤدي إلى البطلان أو السقوط..."⁵.

كما أن المشرع الفرنسي يشترط أن يكون الاتفاق على الاستبعاد مكتوبا بشكل ظاهر جدا⁶.

أما من حيث الوضوح المنصوص عليه في هذا الشرط؛ فيجب أن تكون إدارة المتعاقدين في استبعاد بعض المخاطر من الضمان، واضحة تماما لا لبس فيها ولا غموض، فالاستبعاد لا يفترض ولا يمكن استخلاصه على سبيل القياس على أسباب ورد بالوثيقة بيان استبعادها⁷.

¹ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 212.
² يوقعها المؤمن فقط وتتضمن جميع العناصر الأساسية للتعاقد. وتحرر عندما يتطلب تحرير العقد بعض الوقت أو عندما يريد المؤمن دراسة البيانات المقدمة له على الخطر وطبيعته، وتبقى سارية المفعول في هذه الحالة إلى الرد بقبول أو عدم قبول التأمين عن هذه المخاطر، نقلا عن جديدي معراج، المرجع السابق، ص 64-65.

³ وهو اتفاق إضافي يبرم بين أطراف العقد الأصلي، يتضمن شروطا جديدة تقضي بتعديل مضمون العقد الأول بالزيارة أو النقصان، نقلا عن جديدي معراج، المرجع السابق، ص 64.

⁴ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 215.

⁵ م 622 من ق.م.ج .

⁶ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 64.

⁷ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، المرجع السابق، ص 64.

وبما أن عقد التأمين هو عقد إذعان¹، فلا يجوز أن يكون تأويل العبارات الواردة فيه ضارا بمصلحة المذعن (المؤمن له)، فإذا تبين في عقد التأمين ما يدعو للشك، فإنه يؤول لصالح المؤمن له لأنه هو الطرف الجدير بالحماية القانونية، وهذا ما نصت عليه المادة 112 من القانون المدني الجزائري. وبما أن شركات التأمين هي التي تقوم بإعداد شروط العقد مسبقا، فينبغي إذن أن تكون العبارات واضحة لا تدع مجالا للشك والتأويل. وإذا حصل ذلك تتحمل الشركة وهي الطرف الأقوى نتائج تقصيرها².

3- أن يكون محددًا، أي لا يرد في صيغة عامة:

كأن يستبعد "الأخطاء الجسمية" دون تحديد هذه الأخطاء بدقة بحيث يمكن تعيينها، أو أن يستبعد الخطأ المهني أو الفني للممرض له دون الخطأ العادي، وهذه تختلف بشأنها تقديرات القضاة، فقد يعتبر أحدهم خطأ معيناً بأنه فني أو مهني، في حين يعتبره الآخر عادياً. ومثال ذلك: عدم نقل مريض إلى المستشفى؛ فقد يراه البعض عادياً ولكن قد يقدره البعض الآخر بأنه خطأ فني، على أساس أن النقل إلى المستشفى يحتاج بالضرورة إلى تقدير حالة المريض الطبية، ومراعاة الظروف التي قد يتعرض لها في الطريق³. لذلك، ينبغي ألا يدع الشرط مجالا للتأويل، فإن حصل ذلك، فيجب البحث عن المعنى في نية المتعاقدين دون الوقوف عند المعنى الحرفي للألفاظ، مع الاستهداء في ذلك بطبيعة التعامل، وبما ينبغي أن يتوافر من أمانة وثقة بين المتعاقدين، وفقاً للعرف الجاري في المعاملات، كما نصت عليه المادة 111 من القانون المدني الجزائري. وهذا طبعاً يخضع للسلطة التقديرية لقضاة الموضوع.

¹ جديدي معراج، المرجع السابق، ص 37.

² جديدي معراج، المرجع السابق، ص 38.

³ أشرف جابر مرسي، المرجع السابق، ص 213.

خلاصة:

نخلص مما سبق أن العمل التمريضي الموجب للمساءلة الجزائية يكون من اختصاص القاضي الجزائري في تكييف الفعل التمريضي على أنه فعلا مجرما. وذلك بحسب طبيعته الإجرامية التي يمكن تقسيمها إلى ما هو ماس بالسلامة الجسدية للإنسان كجريمة الإجهاض التي يشرف عليها شخص الممرض وجريمة تعاطي المخدرات التي تعتبر من قبيل الأعمال التي تدخل في اختصاص الممرض وإشرافه على استحضار المواد التخديرية ومهمة تقديمها للأشخاص المعنية بها.

بالإضافة إلى جريمة إفشاء السر المهني المعاقب عليها في قانون العقوبات بشكل عام وفي قانون مدونة أخلاقيات مهنة الطب بشكل خاص، باعتبار شخص الممرض ذلك المشرف على دراسة وضع المريض ومسائله العلاجية التي لها أثر على شخص المريض في حياته الاجتماعية، أما عن ارتكاب الممرض لجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، إذ يتميز فعل الممرض بطابع خاص لهذه الجريمة من حيث العقوبة المقررة لها بحيث لا يستوي من يرتكب هذه الجريمة كشخص عادي ومن يعتبر محترفا ومتخصصا في تقديم المساعدة والعلاج.

ومن هذه الجرائم ما هو ماس بمهنة التمريض، لذلك قد يكيف القاضي الجزائري أفعالا يقوم بها الممرض خلال مهنته كممارسته للمهنة بصفة غير شرعية أو قيامه بأعمال تزوير الشهادات الطبية، وانتحاله لصفات شخصية غير شخصيته التمريضية.

ولما كانت طبيعة هذه الجرائم تتخذ طابعا فنيا فإن مسألة إثباتها ستتخذ بذلك طبيعة خاصة قد تخرج عن القواعد العامة في الإثبات المعروفة في المواد الجزائية كمسألة الاعتماد على الخبرة الطبية ومسألة تفسيرها للقاضي الجزائري، وكذلك تدخل عوامل الأجهزة الإنعاشية والإشعاعية والمخبرية في عمل التمريض وما يترتب عنها من أخطاء يصعب التفريق بينها وبين خطأ الممرض.

ونتيجة لطبيعة هذه الجرائم الخاصة وصعوبة الإثبات فيه وذلك لتبيان طرفي العلاقة بين المتهم بصفته محترفا في عمله وبين الضحية الذي لا يملك إلا أن يسلم بواقع الضعف والاستسلام، ومن تم أنت حتمية التعويض باعتباره حق لكلا طرفي العلاقة. وهو ما توصل إليه المشرع الفرنسي من حلول قانونية تهدف إلى تحقيق ما يسمى بالعدالة الاجتماعية بين من تسبب في الضرر ومن هو متضرر.

خاتمة

خاتمة

نخلص مما سبق شرحه إلى أن العمل التمريضي يعتبر عملا مكملا للعمل الطبي ، بحيث لا يمكن لهذا الأخير أن يحقق غايته ويجسد وظيفته دون عمل الممرض، الذي يعتبر أداة تنفيذ لما يشخصه الطبيب ويأمر بتنفيذه بشتى طرق العلاج.

وأن تطور العمل التمريضي هو من تطور العمل الطبي فإذا كان الطب يعتمد اليوم على وسائل وأجهزة وتقنيات متطورة فإن ذلك سيؤثر حتما على مهنة التمريض وهو ما جسده المشرع الفرنسي في هذا الباب إذ فتح لهؤلاء مجالات للتخصص وألزم لها تكويننا عاليا يتواءم ومهنة الطب وهو ما حدا حدوه المشرع الجزائري ولو بشكل نسبي.

إن المنظومة التشريعية في الجزائر بخصوص هذه الشريعة قد حققت تطورا ملحوظا من حيث النظام القانوني الذي ينظمها، ذلك أن المرسوم التنفيذي رقم 91-107 المتعلق بتنظيم هذه الشريعة لم يعد يتماشى ومتطلبات العصر، مما دفع بالمشرع الجزائري على وجه الخصوص بإلغائه تماما بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 الذي أفسح المجال لهؤلاء بتعداده لمجموعة من التخصصات الحديثة وهو ما نص عليه في المادة 02 من هذا المرسوم.

وعلى الرغم من تلك القفزة التي حققها المشرع الجزائري إلا أنه لا زال قاصرا في تنظيم العديد من المسائل بخصوص هذه الشريعة بحيث لو نظرنا إلى نظيره المشرع الفرنسي لوجدنا أنه قد أحكم تنظيم هذه التخصصات بدليل أن المشرع الجزائري قد أهمل العديد من التخصصات ولم يشر إليها فمثلا ما جاء به في الباب السابع من المرسوم التنفيذي رقم 11-121 بعنوان الأحكام المطبقة على المناصب العليا نجد أنه نص صراحة في 238 بقولها: «تحدد قائمة المناصب العليا بعنوان الشبه الطبيين للصحة العمومية كما يأتي:

- إطار شبه طبي.

- مشتق النشاطات الشبه الطبية.

بحيث نظم المشرع الفرنسي فئة الإطارات بموجب قانون أساسي يخص هذه الفئة لوحدها وليس كما فعل المشرع الجزائري بحيث خصص باب فقط يقتصر فيه على منصبين إذ نظم المشرع الفرنسي هذه الفئة بموجب المادة الأولى من المرسوم رقم 1466-2012¹ المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالموظفين الاستشفائيين المنتمين لفئة إطارات الصحة الشبه الطبية.

أن نطاق المسؤولية الجزائية للممرض يتحدد بظروف ووقائع الحادث الذي يخلف أثرا يمكن وصفه وتكييفه على أنه مجرما سواء بخطأ أو بدون خطأ.

وقد لاحظنا كيف نظم المشرع مسألة توافر القصد الجنائي من عدمه في قانون العقوبات، كما لاحظنا ما هي الحالات التي يمكن أن تبرأ فيها ساحة الممرض باعتباره متابعا بفعل مجرم. إلا أن ذلك قد يخرج عن طاقته وبالتالي فإن قيام المسؤولية الجزائية للممرض من انتفائها يكون من اختصاص قاضي الموضوع الذي له سلطة تقديرية واسعة في تحديد قناعته.

كما لاحظنا أن طبيعة الجرائم المرتكبة من طرف الممرض هي تلك الجرائم التي قد يقتربها أي شخص عادي إلا أن ثقل المسؤولية يختلف من هذا إلى ذلك باعتبار أن شخص الممرض موضع ثقة وأمان، إذ أن القانون جعله من أولئك الذين أباح لهم القانون المساس بجسم الإنسان. إذ تترتب عن هذه الملاحظات مجموعة من النتائج يمكن حصرها كالآتي:

1- أن المسؤولية الجنائية للممرض لا تقوم إلا في حال ثبوت خطأ صادر عنه، ناهيك عن ضرورة توافر نص قانوني يجرم هذا الفعل، ذلك أن القانون الجزائري يهدف إلى تقويم سلوك الأفراد داخل الجماعة وحماية المصالح الجوهرية للمجتمع، مما يتنافى مع المسائلة جنائيا من دون خطأ.

¹ Art 02 : Décret n°2012-1446 du 26 Décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.

- وقد رأينا كيف تصدى المشرع الجزائري لبعض الجرائم الخاصة بالممارسة التمريضية، كالممارسة غير الشرعية للمهنة والاتجار بالأعضاء والأنسجة البشرية، لكن لا زال هناك قصور للتطبيق القضائي في هذا المجال لبطأه في التصدي لسلبات مستجدات هذه الممارسة، المؤثرة على ثوابت المجتمع.
- 2- إن انتفاء وصف الخطأ الجزائي عن فعل الممرض لا يترتب عنه حتما انتفاء الخطأ المدني، مما يسمح بتعويض الضحية حتى في حالة الحكم بالبراءة.
- 3- أن الخطأ التمريضي المثير للمسؤولية الجزائية للممرض لا يشترط فيه درجة معينة، إذ يسأل عن جسيمه ويسيره، ويكفي أن يكون الخطأ واضحا ومتميزا.
- 4- أن الكشف عن وقوع خطأ تمريضي يقتضي البحث فيما إذا خالف الممرض المعطيات العلمية الحالة في مجال التمريض، وما إذا خالف المعطيات العلمية المكتسبة في مجال العلاج، كما يستعين القاضي في تقديره لسلوك الممرض بالنظر فيما إذا التزم بالعادات التمريضية، وإن كانت مخالفة لهذه الأخيرة لا تقيد بالضرورة ثبوت الخطأ في حق الممرض، إذ له أن ينفي وصف الخطأ عن فعله بإثبات اعتماده على معطيات علمية دقيقة وجادة، وأنه بذل عناية "الرجل العادي"، الذي يماثله في المجال التمريضي.
- 5- أن المسؤولية الجزائية للممرض لا تقوم إلا في حال ارتكابه خطأ شخصي، سواء تعلق الأمر بالأضرار الجسدية الناجمة عن فعل غيره أو عن فعل الآلات المستخدمة في مهنته.
- 6- أن الاستقلال المهني حق وواجب على الممرض، يجعله مسؤولا عن أفعاله سواء كان موظفا أو عاملا لدى مؤسسة أو متعاقدا معها أو مستخلفا أو عضوا في فريق طبي.
- 7- أن العمل في إطار فريق طبي يفرض على الأعضاء إفادة بعضهم بالمعلومات الضرورية الداخلة في اختصاصهم من أجل حسن سير عملهم، ويقع على رئيس هذا الفريق واجب الإشراف والتنسيق ومراقبة حسن سير العمل.

8- أن الخبرة الطبية ضرورية في معظم القضايا المتعلقة بالأخطاء التمريضية ذات الطابع الفني، وكذا في مجال تقدير الأضرار الجسدية، وإن كان يبقى للقاضي السلطة التقديرية في الأخذ بمضمونها من عدمه، شريطة أن يكون رفضه لها مسببا.

9- أن العقوبات المقررة بشأن الجرائم التي يمكن أن تصدر عن ممرض ليست رادعة كفاية -باستثناء الجرائم المتعلقة بنقل الأعضاء- بالمقارنة مع الثقة الموضوعية في الممرض من طرف مرضاه عندما يخونها.

10- أن عبء الإثبات في الدعاوى الطبية خرج عن القواعد العامة -في بعض الجرائم وجب عليه إقامة الدليل الكافي الذي يخلصه من التهمة و إثبات قيامه بهذا الواجب على الوجه المطلوب، وإلا تعرض للمساءلة.

11- أن التأمين من المسؤولية التمريضية أصبح حق وواجب لطرفي العلاقة العلاجية، و يركز على مصلحة المريض المضروب، بحيث أصبح المؤمن ملزما بتعويضه أولا، ثم يرجع على المؤمن له أو الغير بالقدر الذي يتوجب عليه دفعه. كما صار من غير الممكن مواجهة المريض المضروب بفعل الغير أو بالقوة القاهرة من أجل تنصل شركة التأمين من تعويضه.

12- أن مشكلة توزيع الضمان داخل الفريق الطبي يمكن حلها عمليا باتفاق شركات التأمين مجتمعة، بحيث تحدد لمؤمن كل عضو في الفريق متى يكون ملزما بالضمان، وهو ما حدث في فرنسا. أما في حال اشتراك الممرض مع المريض المضروب في إحداث الضرر فالمؤمن يدفع مبلغ الضمان في كل الأحوال أخذا بالمسؤولية الموسعة التي أقرتها محكمة النقض الفرنسية.

13- أن تقادم ضمان المسؤولية للممرض الذي تقدمه شركة التأمين يخضع لقواعد الشريعة العامة، إذ العبرة بوقت حدوث الواقعة الضارة وليس بوقت المطالبة بالتعويض.

14- أن التأمين محكوم بالمبدأ التعويضي، فلا يمكن أن يكون مصدر ثراء للمؤمن له، لذلك منع المشرع الجزائري التأمين المتعدد، وسمحت به بعض التشريعات كالتشريع الفرنسي الذي اشترط فيه ألا يتجاوز مجموع المبالغ المؤمن بها قيمة الضرر الذي يصيب المؤمن له.

15- أنه يجوز وضع شرط في عقد التأمين باستبعاد بعض الأخطار من الضمان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، شريطة ألا يكون القانون قد أوجب على المؤمن ضمانها، على أن يكون هذا الشرط ظاهرا ومحددا العقد.

تلك أهم النتائج التي توصلنا إليها من خلال بحثنا المتواضع، ولعل ذلك يسمح لنا بإيراد بعض التوصيات والمقترحات منها:

- 1- يجدر بالمشرع الجزائري أن يبادر بإنشاء ما يسمى بالمجلس الأعلى للممرضين كما هو جاري العمل به في فرنسا والمتشكل من لجان يمثلها ممرضون وليس أطباء، تمييز لهذه الفئة ورعاية لحقوقها ومراعاة لواجباتها، وتطويرا لهذه المهنة .
- 2- كما يستحب وضع قانون خاص بأخلاقيات مهنة التمريض على غرار مدونة أخلاقيات مهنة الطب، نظرا لوحدة المهنتين وتعلقهما بموضوع واحد، ونظرا لأهمية مدونة الأخلاقيات في عالمنا المعاصر بالنسبة لجميع المهن.
- 3- وضع نصوص قانونية عقابية خاصة بشأن معظم الجرائم الصادرة من ممرض بسبب مهنته أو بمناسبتها، بحيث تخفف فيها العقوبات عليه في حال انتفاء عنصر العمد، وتشديدها بالنسبة للجرائم العمدية الصادرة عنه، اهتداء بالقانون رقم 09-01 المتضمن تعديل قانون العقوبات الجزائري، الذي جرم فيه عمليات نقل الأعضاء الحاصلة خلافا للنظام الموضح في قانون الصحة.
- 4- فتح تكوين خاص للقضاة لمعرفة المسائل الفنية المتعلقة بالطب والتمريض، كذلك بالنسبة للأطباء والممرضين من أجل معرفة وإدراك المسائل القانونية المتعلقة بالمراكز القانونية وما يترتب عنها من مسؤولية.

- 5- استبدال مصطلح "المعطيات العلمية الحديثة" الوارد في المادة 45 من المدونة الجزائرية لأخلاقيات الطب بعبارة "المعطيات المكتسبة لعلم الطب".
- 6- وضع نص قانوني خاص يجرم إجراء أي تدخل ترميضي دون رضا المريض البالغ الراشد غير فاقد الوعي، ولو لم ينجم عنه ضرر، وذلك زيادة في ضمان احترام الحريات الشخصية.
- 7- إلغاء المادة 2/168 من قانون الصحة الجزائري التي يجيز الحصول على الموافقة من الممثل الشرعي للشخص موضوع التجريب في حال استحالة الحصول عليها منه شخصيا، مع النص صراحة على اشتراط أن يكون الخاضع للتجربة بالغا، راشدا، عاقلا.
- 8- وضع نص تجريمي يعاقب على إخضاع القصر وعديمي الأهلية للتجارب الطبية ذات الهدف العلمي البحث ولو بموافقة الولي أو الوصي أو القيم، مع توقيع عقوبة أيضا على هذا الأخير الذي سمح بإخضاعه لها، لخيانته الثقة التي وضعت فيه.
- 9- تجريم مخالفة الممرضين في المؤسسات الصحية القائمة بعمليات التلقيح الصناعي لأحكام المادة 45 مكرر من قانون الأسرة الجزائري.
- 10- تعداد أو تفصيل الأضرار الجسدية المختلفة القابلة للتعويض، وذلك في قانون الصحة، حتى يحصل ضحية التدخل الترميضي على أكبر قدر ممكن من التعويض لجبر الضرر، وحتى يجد القضاة ما يهتدون به في أداء هذه المهمة التي يزيد من صعوبتها كون المريض ما كان ليرضى بالتدخل العلاجي لولا ما كان ينتظره من تحسن صحي، فإذا به يجد نفسه قد خرج بعاهة لم تكن في حسبانته.
- 11- إنشاء صندوق لتعويض ضحايا الحوادث الترميضية، لتغطية الأضرار الناجمة عن التدخلات الترميضية التي كثيرا ما يصعب على الضحايا إثبات وقوع الخطأ الترميضي الذي أحدثها، على أن يكون تمويل هذا الصندوق بمساعدة الدولة وباشتراك الممرضين والمؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة، وكذا المواطنين.

12- إبرام اتفاق بين شركات التأمين مجتمعة يحدد متى يضمن كل مؤمن مسؤولية عضو الفريق الطبي المؤمن عليه عنده، على غرار ما فعلته هذه الشركات في فرنسا.

13- النص صراحة في التشريعات الخاصة بالتأمين على عدم مواجهة المريض المضرور بفعل الغير ولا بالقوة القاهرة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم.

أولاً: باللغة العربية

I- المراجع الشرعية:

- ❖ ابن قيم الجوزية ، الطب النبوي، دار القلم العربي، حلب، طبعة 1995.
- ❖ ابن هاشم، السيرة النبوية، الجزء الثالث، دار الكتاب، الإسكندرية، 1975.
- ❖ أبو زكريا يحيى بن شرف النووي: روضة الطالبين، ج 7، دار الكتب العلمية، بيروت، 2006.
- ❖ الإمام ابن تيمية تقي الدين أبو العباس أحمد، فقه السيرة النبوية ، المجلد الأول ، دار الكتاب اللبناني ، بدون طبعة ، لبنان .
- ❖ جلال الجابري: الطب الشرعي والسموم، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، ودار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2002.
- ❖ جواد علي ، المفصل في السيرة ، الجزء الثامن ، دار النشر والتوزيع ، سوريا ، 2001 .
- ❖ الحبيب بن طاهر، الفقه المالكي وأدلته، ج 4، مؤسسة المعارف، ط 3، بيروت، 2005.
- ❖ السيد عبد الحكيم عبد الله، الإعجاز في الطب النبوي، دار الآفاق العربية، الطبعة الأولى، مصر، 1998.
- ❖ عادل الشهاوي، القتل العمد فقهاء وفضاء، دار النهضة العربية، ط 1، القاهرة، 2009 .
- ❖ عمر رضا كحالة، أعلام النساء، الجزء الأول، الطبعة الأولى، الديوان الحلبي للمطبوعات، لبنان، سنة 1998.

- ❖ محمد أحمد مبيض، مصلحة حفظ النفس في الشريعة الإسلامية، مؤسسة المختار، ط 1، القاهرة، 2005.
- ❖ محمد بن إبراهيم التويجري، موسوعة الفقه الإسلامي، المجلد الأول في السيرة، دار الكتاب السعودي، المملكة العربية السعودية، سنة 1994.

II- المراجع العامة:

- ❖ إبراهيم أبو النجا، التأمين في القانون الجزائري، ج 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، 2006.
- ❖ إبراهيم الشباسي، الوجيز في شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم العام، الشركة العالمية للكتاب، بيروت، بدون سنة.
- ❖ ابن أبي أصيبعة، موفق الدين أبو العباس، أحمد بن القاسم بن يونس السعدي الخزرجي، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، تحقيق د. نزار رضا، دار مكتبة الحياة، بيروت، 1989،
- ❖ أبو اليزيد على المتيت: جرائم الإهمال، الطبعة الثالثة، دار الجامعة للنشر، القاهرة، 1975.
- ❖ أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري العام، دار هومه، الجزائر، 2007.
- ❖ أحسين بن الشيخ آت ملويا، دروس المسؤولية الإدارية، ج 2، المسؤولية بدون خطأ، دار الخلدونية، ط 1، الجزائر، 2007.
- ❖ أحمد حسن عباس الحيارى، المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني والجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- ❖ أحمد سعيد الزقرد، الروشتة (التذكرة) الطبية بين المفهوم القانوني والمسؤولية المدنية للصيدي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2007
- ❖ أحمد شوقي عمر أبو خطوة، القانون الجنائي والطب الحديث، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.

- ❖ أحمد عبد الدايم، أعضاء جسم الإنسان ضمن التعامل القانوني، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 1999.
- ❖ أحمد محمد لطفي أحمد: التلقيح الصناعي بين أقوال الأطباء وآراء الفقهاء، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006.
- ❖ أسامة أبو الحسن مجاهد، التعويض عن الضرر الجنسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002.
- ❖ بسام محتسب بالله، المسؤولية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، ط 1، عمان، 1984.
- ❖ جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، 2003.
- ❖ جلال محمد إبراهيم، التأمين: دراسة مقارنة بين القانون المصري والقانونين الكويتي والفرنسي، دار النهضة العربية القاهرة، 1994، ص 259.
- ❖ حسن بن المقصود حسن داود: مدى مشروعية الاستشفاء بالدم البشري وأثر التصوف فيه، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 1999.
- ❖ حسن علي الدنون، المبسوط في المسؤولية المدنية، ج 4: المسؤولية عن فعل الغير، دار وائل للنشر، "1، عمان، 2006.
- ❖ رابيس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة، الجزائر، ب.ت.ط. .
- ❖ السالم عباد الحلبي محمد علي، شرح قانون العقوبات، القسم العام، مكتبة الثقافة للنشر والإعلام، الأردن، 1997.
- ❖ سليمان علي علي، النظرية العامة للإلتزام في القانون المدني الجزائري، دار المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998 .
- ❖ السيد محمد السيد عمران، التزام الطبيب باحترام المعطيات العلمية، مؤسسة الثقافة الجديدة، الإسكندرية، 1992.

- ❖ صابر محمد محمود السيد، محل التصرفات التي ترد على الأعضاء البشرية الجامدة، دار الكتب القانونية، القاهرة، 2008.
- ❖ عادل الشهاوي، القتل العمد فقهاء وقضاء، دار النهضة العربية، ط 1، القاهرة، 2009، ص 191.
- ❖ عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجنائية والتأديبية، الطبعة الأولى، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1998.
- ❖ عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، نظرية الالتزام، مصادر الالتزام، المجلد الثاني، العمل الضار، دار النهضة، ط 3، القاهرة، 1981.
- ❖ عبد العزيز محمد محسن، الحماية الجنائية للجنين في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، دراسة مقارنة، دار البشير، القاهرة، بدون سنة.
- ❖ عبد الفتاح شوقي، تطور آداب مهنة الطب على مر التاريخ "مسؤولية الطبيب"، دار النشر للطباعة والتوزيع، جمهورية مصر العربية، 2007.
- ❖ عبد الفتاح محمود إدريس، قضايا طبية من منظور إسلامي، مكتبة الإسكندرية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، 1993.
- ❖ عبد الفتاح مصطفى الصيفي، قانون العقوبات، القسم الخاص، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2000.
- ❖ عبد الله سليمان: شرح قانون العقوبات الجزائري، القسم العام، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1998.
- ❖ عبد الوهاب عرفة: الوسيط في المسؤولية الجنائية والمدنية للطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2006.
- ❖ عبد الوهاب عرفة، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2005.

- ❖ عصام أحمد البهجي، تعويض الأضرار الناتجة عن تطبيقات الهندسة الوراثية في ضوء قواعد المسؤولية المدنية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2006.
- ❖ علي القهوجي، قانون العقوبات -القسم العام-، الدار الجامعية، بيروت، 1994.
- ❖ علي علي سليمان، دراسات في المسؤولية المدنية في القانون المدني الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989.
- ❖ عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991.
- ❖ عمر بن محمد إبراهيم غانم، أحكام الجنين في الفقه الإسلامي، الطبعة الأولى، دار الأندلس الخضراء للنشر والتوزيع، جدة، 2001
- ❖ فتوح عبد الله الشاذلي: جرائم الأشخاص والأموال، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 1989.
- ❖ فريجة حسين، شرح قانون العقوبات الجزائري، جرائم الأشخاص وجرائم الأموال، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006.
- ❖ كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي. دار النضال، بيروت، الجزء الثاني، 1990.
- ❖ مأمون عبد الكريم: رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية (دراسة مقارنة)، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2009.
- ❖ المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، الجزء الأول، المسؤولية الطبية، منشورات الحلبي، ط 02، بيروت، 2004.
- ❖ محسن عبد الحميد إبراهيم البنية، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة، 1993.
- ❖ محمد الجوادي، الطب والقانون، ديوان النشر والطباعة، الطبعة الأولى، القاهرة، سنة 1999.

- ❖ محمد العربي الخطابي ، الطب والأطباء في الأندلس الإسلامية، دار الغرب الإسلامي، بيروت، 1988.
- ❖ محمد بودالي، حماية المستهلك في ق. المقارن دراسة مقارنة مع ق. الفرنسي دراسة معمقة في ق. الجزائري، دار الكتاب الحديث، القاهرة، الكويت، الجزائر، 2006.
- ❖ محمد بودالي، مسؤولية المنتج عن منتجاته المعيبة، دار الفجر، القاهرة، 2005.
- ❖ محمد حسنين منصور، المسؤولية الطبية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2001.
- ❖ محمد زهدور، الموجز في الطرق المدنية للإثبات في التشريع الجزائري وفق آخر التعديلات، طبعة 1991..
- ❖ محمد صبري السعدي، شرح القانون المدني الجزائري، ج 2، الطبعة الأولى، دار الهدى، الجزائر، 1991-1992.
- ❖ محمد يوسف المعداوي، دراسة في الوظيفة العامة في النظم المقارنة و التشريع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1989.
- ❖ معوض عبد الفتاح، جرائم المخدرات في الفقه والقضاء، دار الكتاب الجديد، الإسكندرية، بدون سنة طبع.
- ❖ منصور عمر المعاينة، المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، ط 1، جامعة نايف العربية للعلوم، السعودية، 2004.
- ❖ منير رياض حنا: المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدلة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية 1989.
- ❖ هشام عبد الحميد فرج مينا، الأخطاء الطبية، القاهرة، 2007، (بدون ناشر).
- ❖ يحيى بن لعل، الخبرة في الطب الشرعي، مطبعة عمار قرفي، باتنة (بدون سنة نشر).

III- المراجع المتخصصة:

- ❖ إبراهيم سيد أحمد، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي ومساعدتهم، دار النهضة، القاهرة، 2003.
- ❖ أحمد محمود إبراهيم سعيد، مسؤولية الطبيب ومساعديه، دار النهضة العربية، القاهرة، 2003.
- ❖ أحمد محمود سعد، مسؤولية المستشفى الخاص على أخطاء الطبيب ومساعديه، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007.
- ❖ أسامة أبو الحسن مجاهد، التعويض عن الضرر الجنسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 2002.
- ❖ أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للممرض عن إفشاء السر المهني، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.
- ❖ ثروت عبد الحميد، تعويض الحوادث الطبية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007.
- ❖ حبيب إبراهيم خليل: مسؤولية الممتع المدنية والجنائية، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.
- ❖ حسن بن المقصود حسن داود: مدى مشروعية الاستشفاء بالدم البشري وأثر التصوف فيه، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 1999.
- ❖ رائد كمال خير، شروط قيام المسؤولية الجزائية الطبية، المؤسسة الحديثة للكتاب، ط 1، لبنان، 2004.
- ❖ سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم، دار منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004.
- ❖ شريف أحمد الطباخ، جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها، دار الفكر والقانون، القاهرة، 2009.

- ❖ طارق سرور، نقل الأعضاء البشرية بين الأحياء، دار النهضة العربية ط 1، القاهرة، 2001.
- ❖ طاهري حسين، الخطأ الطبي والعلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة، الجزائر، 2002.
- ❖ عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الأطباء والصيدلة ومساعدتهم، منشأة المعارف، ط 1، الإسكندرية، 2005.
- ❖ علي حسين نجيدة التزامات الممرض في العمل الطبي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992.
- ❖ ماجد محمد لافي، المسؤولية الجزائية الناشئة عن الخطأ العلاجي، دار الثقافة، ط 1، عمان، 2003.
- ❖ محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2006.
- ❖ محمد حسين منصور، أحكام التأمين، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، ب،ت،ط.
- ❖ محمد حماد مرهج الهيتمي، الخطأ المفترض في المسؤولية الجزائية، دار الثقافة ط 1، عمان 2005.
- ❖ محمود أحمد طه: المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، ب.م.ط الرياض، 2001.
- ❖ محمود القبلاوي، المسؤولية الجنائية للفريق للطبي، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، دار الأندلس الخضراء للنشر والتوزيع، جدة، 2001.
- ❖ محمود صالح العدلي، جريمة انتحال الألقاب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2007.

- ❖ مرفت محمد البارودي، المسؤولية الجنائية عن استخدام الإشعاع في العلاج، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007.
- ❖ مروك نصر الدين: نقل وزرع الأعضاء البشرية في القانون المقارن والشريعة الإسلامية، الجزء الأول، الكتاب الثاني، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر ، 2003.
- ❖ مهند صلاح أحمد فتحي العزة: الحماية الجنائية للجسم في ظل الاتجاهات الطبية الحديثة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2002.
- ❖ هدى سالم محمد الأطرقي، مسؤولية مساعدي الطبيب الجزائرية، دار العلمية الدولية ودار الثقافة، ط 1، عمان، 2001.
- ❖ هيثم حامد المصاورة: نقل الأعضاء البشرية بين الخطر والإباحة (دراسة مقارنة)، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2003.
- ❖ وائل محمد أبو الفتوح العزيري: المسؤولية عن عمليات نقل الدم (دراسة مقارنة)، دار المغربي للطباعة، عمان، الأردن، 2006.
- ❖ يوسف جمعة يوسف الحداد، المسؤولية الجنائية عن إسقاط الجنين، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2006.

-IV- المذكرات والأطروحات الجامعية:

- ❖ أشرف جابر سيد مرسي، التأمين من المسؤولية المدنية للأطباء، رسالة دكتوراه كلية الحقوق جامعة القاهرة، سنة 1999.
- ❖ بلالة جيلالي، مسؤولية المرافق الصحية، مذكرة ماجستير، جامعة جيلالي اليابس، سيدي بلعباس، 2002.
- ❖ تيزي عبد القادر، الالتزام بالإعلام في عقد العلاج الطبي، مذكرة ماجستير كلية الحقوق بجامعة جيلالي اليابس، 2005-2006

- ❖ الحاج طاس، أداء المؤمن في تأمين الأضرار في القانون الجزائري، مذكرة ماجستير، معهد الحقوق والعلوم الإدارية، بن عكنون، 1989.
- ❖ سيدي محمد أبو حفص، نظرية المسؤولية الجنائية عن أفعال الغير في تطبيقها على المؤسسة الجزائرية أو " جرائم الأطواق البيضاء"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في قانون الأعمال، معهد القانون والعلوم الإدارية بجامعة تلمسان، 1997.
- ❖ الطاهر كشيدة، المسؤولية الجزائرية للطبيب في السعي العام، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان 2010-2011.
- ❖ عبد الرازي محمد هاشم عبد الله، المسؤولية المدنية للأطباء في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، رسالة دكتوراه جامعة القاهرة، 1994.
- ❖ عبد الرحمن بن سعد الحسيني ، منهج الإسلام في حماية سلامة الإنسان ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون ، جامعة أبو سلطان الكويت، 2005.
- ❖ عبد الرحيم لنوار، المسؤولية الجنائية للأطباء عن القتل والإصابة الخطأ، أطروحة دكتوراه الدولة في القانون، كلية الحقوق بن عكنون جامعة الجزائر، 2006-2007.
- ❖ كمال مروان، المسؤولية الجزائرية للصيدي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، مدرسة دكتوراه بتخصص قانون وصحة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي ليايس بسيدي بلعباس، 2012-2013.
- ❖ محمد سامي السيد الشوا، الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الحقوق، 1986.
- ❖ محمد سليم شهيدي، المسؤولية المدنية عن الجراحة الطبية -دراسة مقارنة-، أطروحة دكتوراه في القانون كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة جيلالي ليايس بسيدي بلعباس، 2011-2012.

- ❖ محمد لمين سلخ، مسؤولية الطبيب عن الوصفة الطبية، مذكرة ماجستير، مذكرة دكتوراه تخصص قانون وصحة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بشار، 2011-2012.
- ❖ ممدوح عزمي، دراسة عملية في أسباب الإباحة وموانع العقاب رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة القاهرة 2000.
- ❖ نبيل أحمد السيد زهير، المسؤولية الجنائية المفترضة، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة القاهرة، 1996.
- ❖ الهيثم عمر سليم، المسؤولية المدنية عن أضرار البدائل الصناعية الطبية، رسالة دكتوراه كلية الحقوق جامعة أسيوط، 2006.
- ❖ وائل محمود أبو الفتوح أحمد العزيمي، المسؤولية المدنية عن عمليات نقل الدم -دراسة مقارنة-، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة المنصورة، 2005.
- ❖ نبيلة عرفوف، جريمة الإجهاض في ق.ع.ج، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، 2004-2007.

-V- المجالات:

- ❖ سمية بدر البدور ولهاصي، المسؤولية المدنية للطبيب في حالتي الاستخلاف والاشتراك، مجلة العلوم القانونية و الإدارية، ع 6 ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة سيدي بلعباس ، 2003.
- ❖ فضيلة ملهاق (مسؤولية الطبيب الجزائرية عن الوصفة الطبية في التشريع الجزائري)، مجلة نشرة القضاة، غ.58، الجزائر، بدون سنة نشر، ص.127.
- ❖ فواز صالح، دور البصمة الوراثية في القضايا الجزائرية ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية،الجلد23،ع1،سوريا،2007.

- ❖ لخميسي عثمانية، التفسير في المادة الجزائية وأثره على حركة التشريع، مجلة الملتقى الدولي الأول، الاجتهاد القضائي في المادة الجزائية وأثره على حركة التشريع ، العدد الأول ،جامعة بسكرة ،الجزائر،2004.
- ❖ محمد بودالي جرائم تعريض الغير للخطر عن طريق الامتناع ، مجلة المحكمة العليا،ع2، الجزائر، 2009 .
- ❖ محمد بودالي، القانون الطبي وعلاقته بقواعد المسؤولية، مجلة العلوم القانونية والإدارية، ع 03، كلية الحقوق بجامعة جيلالي ليابس، سيدي بلعباس، 2007.
- ❖ محمد بودالي، المسؤولية الطبية بين اجتهاد القضاء الإداري والقضاء العادي، المجلة القضائية، ع 1، 2004.
- ❖ محمد بودالي،المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش، مجلة العلوم القانونية والإدارية،ع07، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة جيلالي ليابس، بسيدي بلعباس،2010.
- ❖ محمد محدة، السلطة التقديرية للقاضي الجزائري، مجلة الملتقى الدولي الأول، الاجتهاد القضائي في المادة الجزائية و أثره على حركة التشريع، العدد الأول، جامعة بسكرة ،الجزائر،2004.
- ❖ محمد هشام فريجة، ضمانات الحق في محاكمة عادلة في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، مجلة المفكر، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ، ع10،الجزائر،2014.

-VI- القواميس والمعاجم والموسوعات:

- ❖ ابن منظور، لسان العرب، المجلد الثالث، دار الكتاب العلمية، ط 1، بيروت، 2005.
- ❖ أحمد أبو حاققة (جماعة من المختصين تحت إشرافه)، معجم النفائس الكبير، ج1، دار النفائس، ط 1، بيروت، 2007

- ❖ أحمد محمد كنعان، الموسوعة الطبية الفقهية، دار النفائس، ط 2، بيروت، 2006.
- ❖ إسماعيل بن حماد الجوهري، معجم الصحاح، دار المعرفة، ط2، بيروت 2007.
- ❖ إسماعيل بن حماد الجوهري، معجم الصحاح، دار المعرفة، ط2، بيروت 2007.
- ❖ حسن علي الدنون، المبسوط في المسؤولية المدنية، ج 4: المسؤولية عن فعل الغير، دار وائل للنشر، عمان، 2006.
- ❖ سليمان مرقس، الوافي في شرح القانون المدني -2- في الالتزامات، المجلد الثاني -في الفعل الضار والمسؤولية المدنية، القسم الأول في الأحكام، الطبعة الخامسة، ب،م،ط، 1988.
- ❖ سهيل إدريس، المنهل، دار الآداب، بيروت، ط2، 2007.
- ❖ مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروز آبادي، معجم القاموس المحيط، دار المعرفة، ط 2، بيروت، 2007.
- ❖ محمد رواس القلعجي، الموسوعة الفقهية الميسرة، مجلد2، دار النفائس، ط2، بيروت، 2005.

VII- النصوص التشريعية:

- دستور 1996 الصادر بموجب المرسوم الرئاسي 96- 438 المؤرخ في 07 ديسمبر 1996 المتعلق بإصدار نص التعديل الدستوري المصادق عليه في استفتاء 28 نوفمبر 1996، ج.ر.ع 76، بتاريخ 08 ديسمبر 1996، المعدل والمتمم بالقانون رقم 02- 03 المؤرخ في 10 أبريل 2002، ج.ر. رقم 25 المؤرخة في 14 أبريل 2002 والقانون رقم 08-19 المؤرخ في 15 نوفمبر 2008. ج.ر. رقم 63 المؤرخة في 16 نوفمبر 2008.

- القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 22، بتاريخ 17/02/1985.
- القانون رقم 18/04 المؤرخ في 25/12/2004، المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج.ر، ع 83، 2004.
- القانون رقم 09/08، المؤرخ في 25/02/2008 المتضمن ق.إ.م.إ، ج.ر، ع 21، بتاريخ 23/04/2008.
- قانون 13/08 مؤرخ في: 20/07/2008 يعدل ويتم القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، عدد44، 2008.
- قانون رقم: 01/09 المؤرخ في: 25/02/2009، المتعلق بالاتجار بالأعضاء، يعدل ويتم الأمر 156/166، المتضمن قانون العقوبات، الجريدة الرسمية، عدد 15، بتاريخ: 08/03/2009.
- الأمر رقم 66-156 المتضمن ق.ع.ج المؤرخ في 08/06/1966 ح.ع 49 سنة 1966 المعدل والمتمم. ج.ر، ع 49 سنة 1966.
- أمر رقم 20/70 مؤرخ في 19/02/1970 المتعلق بالحالة المدنية، الجريدة الرسمية، العدد 12، 1970.
- الأمر رقم: 58/75 مؤرخ في 26/09/1975، والمتضمن القانون المدني المعدل والمتمم بالقانون رقم: 10/05 المؤرخ في: 20/06/2005، ج ر، ع 44، بتاريخ 26/06/2005.
- الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25/01/1995 المعدل والمتمم بالقانون رقم 06-04 المؤرخ في 20/02/2006 المتعلق بالتأمينات.
- الأمر رقم: 02/05 المؤرخ في: 27/02/2005، يعدل ويتم القانون رقم 84/11 والمتضمن قانون الأسرة، الجريدة الرسمية، العدد 15، 2005.
- الأمر 06-03 المؤرخ في 15 جويلية 2006، يتضمن القانون الأساسي للوظيفة العمومية، ج.ر.ع 46، الصادرة بتاريخ 16 جويلية 2006، ص ص 03-20 .
- المرسوم الرئاسي رقم 63-343 المؤرخ في 11/09/1963، ج ر.ع 66، ص 944 ، والمعدلة بموجب البرتوكول 1972 المصادق عليه بموجب المرسوم الرئاسي 02-61

- المؤرخ في 05 فبراير 2002 يتضمن التصديق على البرتوكول المتعلق بتعديل الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961 حول المخدرات، المعتمد بجنيف يوم 25 مارس 1972، ج.ر.ع، 10، الصادرة بتاريخ 12 فبراير 2002.
- المرسوم الرئاسي رقم 77-177 المؤرخ في 07 ديسمبر 1977 يتضمن المصادقة على الاتفاقية المتعلقة بالمواد العقاقيرية النفسية والمبرمة في 21 فبراير 1971 بمدينة فيينا، ج.ر.ع 80، الصادر بتاريخ 11 ديسمبر 1977.
- المرسوم الرئاسي رقم 95-41 المؤرخ في 28 يناير 1995، والمتضمن المصادقة اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة التجار الغير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988، مع التحفظ، الموافق عليها في فيينا بتاريخ 20 ديسمبر 1988، ج.ر.ع، 07، الصادرة بتاريخ 15 فبراير 1995.
- المرسوم الرئاسي رقم: 97-37 المؤرخ في 28 يناير 1997 المتضمن المصادقة على اتفاقية الأمم المتحدة للعمال والمهنيين سنة 1987.
- م.ب.ت رقم 106/91 المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين، المؤرخ في 15/05/1991 المعدل والمتمم بالمرسوم التنفيذي رقم 393/09 الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية، ج.ر.ع 70، الصادرة بتاريخ 29 نوفمبر 2009.
- م.ب.ت، 91-107 المؤرخ في 27 أبريل 1991 المتعلق بالقانون الأساسي للمستخدمين الشبه الطبيين، ج ر العدد 22، 1991.
- م.ب.ت رقم: 92/276 المؤرخ في 06/07/1992، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، عدد 52، السنة 29، بتاريخ: 08/07/1992.
- م.ب.ت رقم: 95/108 المؤرخ في 09/04/1995، المتضمن إنشاء الوكالة الوطنية للدم وتنظيمها وعملها، الجريدة الرسمية، عدد 21، بتاريخ: 19/09/1995.

- م.ت رقم: 122/96، مؤرخ في: 1996/04/06، يتضمن تشكيل المجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة وتنظيمه وعمله، الجريدة الرسمية، عدد 22، بتاريخ: 1996/04/10.
- م.ت 69-02 المؤرخ في 2002/02/06 المعدل والمتم للمرسوم رقم 204-88 المتعلق بتحديد شروط انجاز العيادات الخاصة وفتحها وعملها، على ما يلي: "تحدد طاقة الاستيعاب الدنيا للعيادة الواحدة بـ 7 أسرة".
- م.ت الصادر بتاريخ 2003/04/24 المتعلق بالقانون الأساسي للمتربصين للطب الداخلي، ح.ر.ع 33 سنة 2003.
- م.ت رقم 228/07 المؤرخ في 31 جويلية 2007 يحدد كفاءات منح الترخيص باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض طبية وعلمية.
- م.ت رقم 258-09 مؤرخ في 20 شعبان عام 1430 الموافق لـ 11 غشت سنة 2009 يتعلق بالوكالة الوطنية للدم، ج ر 46، ع 47، 2009.
- م.ت رقم 92-11 مؤرخ في 24 فبراير 2011 تحويل مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي، ج ر، ع 13، الصادرة بتاريخ 2011/02/28.
- م.ت رقم: 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 والمتضمن القانون الأساسي للموظفين المنتمين للأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، ج.ر، ع 17، السنة 48، 2011.
- م.ت رقم 11-457 مؤرخ في 28 ديسمبر 2011 يعدل ويتمم م.ت رقم 94-293 مؤرخ في 25 سبتمبر 1994 والمتضمن إنشاء الصيدلة المركزية للمستشفيات وتنظيمها وعملها ج.ر، ع 01، صادرة بتاريخ 14 يناير 2012.

VIII- القرارات :

- المجلس الأعلى، الغرفة الجنائية الثانية، 1983/06/07، ملف رقم 25878. "الاجتهاد القضائي"، سلسلة قضائية، نشر بمساعدة المصالح التقنية لوزارة العدل، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.

- قرار صادر عن غرفة الجنح والمخالفات بالمحكمة العليا في 30/05/1995، ملف رقم: 118720، م، ج، ق، ح، ل، ع، 1، الجزائر، 1995.
- قرار رقم 148671 الصادر عن الغرفة الجنائية للمحكمة العليا بتاريخ 14 أبريل 1998، م.ق، للمحكمة العليا ع.3، الجزائر، 1998.
- قرار الغرفة الجنائية للمحكمة العليا رقم 152292، الصادر بتاريخ 23 أبريل 1999 م.ق، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 04، 1999.
- قرار الغرفة الجزائية للمحكمة العليا ملف رقم 27582 الصادر بتاريخ 24 يناير 2004، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 06، الجزائر، 2005.
- قرار الغرفة الجنائية بالمحكمة العليا ملف رقم: 326084 الصادر بتاريخ 28 مارس 2006، المجلة القضائية للمحكمة العليا، ع 04، الجزائر، 2007.
- قرار غرفة الجنح والمخالفات بالمحكمة العليا رقم 524526 الصادر بتاريخ 2008/06/18 (تحديد مفهوم الجريمة السلبية)، ع2، المجلة القضائية للمحكمة العليا سنة 2008.
- قرار صادر عن مجلس الدولة الجزائري، المؤرخ في 17/01/2000، فهرس عدد 12.
- قرار وزاري رقم 89/39 الصادر بتاريخ 26/03/1989 المتعلق بنزع الأنسجة والأعضاء.
- القرار الوزاري رقم 2976 المؤرخ في 23/11/2008 المحدد لشروط إنشاء فتح المخابر، ج.ر، ع 33، 2008.

ثانيا المراجع باللغة الفرنسية:

I- Ouvrages généraux :

- ❖ Abdel Majid ZAALANI, La responsabilité pénale BERTI édition, Alger, 2008.

- ❖ Anne Marie DUGUET, La Faute médicale à l'hôpital, 2^{ème} éd, BERGER LEVRAULT, Paris, 2000.
- ❖ Anne-Marie DUGUET, « La chirurgie dentaire et la faute précisé 1^{re} éd, BERGER-LEVRAULT, Paris, 2008
- ❖ B .HOERNI,M.BENZECH, Le secret médical, Masson, Pari.1996
- ❖ BERNAR, DINI, Droit, pénal général, Paris, Galium 0, 2003.
- ❖ Bernard Hoerni, Ethique et déontologie médical, 2eme édition, MASSON, Paris, 2000.
- ❖ C.COLTTE ;J.P. SCHAAL ,le Neau des responsabilité dans l analgésie obstétricale par injection périurale ,in : la responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstérique.dir :Jean Henri SOUTOUL ; Fabrice pierre,éd. MALOINE, paris,1991.
- ❖ Ch. PAULIN, Droit pénal général, PURBANSKY, LITEC, coll. « Objectif droit », Paris, 2002.
- ❖ D. Malicier- A. Miras- P. Feuglet- P. Faiver, La responsabilité médicale – Données actuelles, 2^{ème} édition Paris, 1999.
- ❖ Domitille DUVAL-ARNOULD; Marc DUVAL-ARNOULD, Droit et Santé, Acte infirmerie, éd. MASSON, Paris, 2002, coll. Droit médical pratique.
- ❖ ERIC MATHIAS, La responsabilité Pénale « l'élément moral de l'infraction », GALINO éditeur, 2007. François VIALLA, sous dir, Les Grandes décisions du Droit médical. éd ALPHA-L.G.D.J., Paris, 2010.
- ❖ Francois DELOBBE, La parte de chance de guérison ou de survie, un préjudice imaginaire?, in : Droit médical, Dir : Yves-Henri LELEU, éd. LARCIER, Bruxelles, 2005.
- ❖ Georges PILARD: Reanimated of patients, Harrap's shorter8th ed. HARRAP, 2006.

- ❖ Gilles BRUCKETR "Surveillance" in : traité de santé publique, dir François Bourdillon, éd médecine science, Paris 2004.
- ❖ Guy Nicolas, la responsabilité médicale, le juge pénal, Flammarion, 2^{ème} éd, Paris France, 1996.
- ❖ J. M. CARBASS, Histoire du droit pénal et de la justice criminelle, Paris, P.U.F, coll « droit fondamental » 2000.
- ❖ J.LARGUIER, Droit Pénal général, Paris, mementos Dalloz, 2003.
- ❖ Jean PENNEAU, La responsabilité du l'infirmier 1^{er} éd Dalloz, 2004.
- ❖ L. Derobert, Droit médical et déontologie médicale, Flammarion, Paris, 1974.
- ❖ Louis Melennec, Traité de droit médical, ed. Maloine, Paris, 1982.
- ❖ Lucas- Baloup, médecin et loi, Pratique et responsabilité médicale, Encycl. éd. Chir. (Elsevier, Paris) ,1998.
- ❖ Mare Dupon « Bergoignan & Christian Paire, Droit hospitalier 7^{ème} éd, DALLOZ édition, France, 2007.
- ❖ Philippe Le Tourteau, Droit de la responsabilité et des contrats, Dalloz, Paris, 2004.
- ❖ Robert Saury, «Manuel de droit médical» à l'usage du médecin praticien et de l'étudiant en médecine, MASSON, Paris, 1989.
- ❖ Yvonne Lambert –Faivre, Droit du dommage corporel, 4^{ème} édition, DALLOZ, Paris, 2000.

II- Mémoires et Thèses :

- ❖ ABOIF David: "structure de la personne humaine", thèse doctorat, Paris, Dalloz, 1978
- Anne BOYER, l'information dans le système de santé : nature et conséquences sur la relation médicale, thèse

pour l'obtention du grade de docteur en droit public, Université de Limoges, soutenue le 08 déc. 2008.

- ❖ I.SOUPLET, la perte de chance dans le droit de la responsabilité médicale, mémoire DEA, Lille 02 ,2002.
- ❖ Jerom Bendict : les sortes des preuves illégales dans le procès pénale, thèse doctorat, Lausanne, Paris, 1994.
- ❖ Marie-Cerile, Negouas- Guerin: le doute en maître pénale, thèse doctorat, université Montesquieu, Bordeaux,2000.

III- Les Articles :

- ❖ Alain TREBUCQ, « L'acte d'infirmier : de risque et de la confirme en la santé » in : la derne de praticien, vol.61, n° 01 janv.2011.
- ❖ Alain TRERUCQ, Médicaments : du risqué et de la confiance en la santé, La Revue du Praticien, Vol. 24, n° 01 Mars. 2004.
- ❖ Aytte Amar, L'expertise judiciaire, Revue de sciences humaines, N°13, Juin 2000, Université Mentouri, Constantine, Algérie.
- ❖ Christoph Muller, La perte d'une chance médicale en droit comparé et suisse, Revue générale de droit médical, N° 9, 2003.
- ❖ D. Mennelac, La responsabilité civile, Médecine générale, La revue du praticien, N° 82, Paris, du Janvier 1990.
- ❖ François Bourdillon, les documents médicales, Revue générale de Droit médical. N° 16. Paris, Année 2005.
- ❖ J.-C. GARNIER; J.-L. CHOPARD; S. PILI-FLOURY; E. SAMAIN, « Information et consentement matériel aux soins de la personne vulnérable en France », in : AFAR, Vol.28, n° 06, juin 2009.
- ❖ Kassmi mouloud, La responsabilité civile, Médecine générale La revue du Praticien, Alger N° 82, du 15 Janvier, 1990.

- ❖ M.M. Hannouz- A.R.Hakem, Précis de droit médical à l'usage des praticiens de la médecine et du droit, office des publications université, Alger, 2000.
- ❖ Maia Len CONTIS; Stéphane OUSTRIC; Stéphane GRILL, "Consentement aux soins délivrés au mineur", in : La Revue du Praticien, T.23, n° 814, 29 Janvier. 2009.
- ❖ Mireille delmas Marty: Le renforcement de la protection de la présomption d'innocence et des droits des victimes, rev.se.crim n°01 Janvier- Mars Dalloz 2001.
- ❖ Mireille BACACHE, Handicap de naissance : La loi kouchner contre la jurisprudence Perruche, Con.méd., T. 131, n°02, 28 janv. 2009.
- ❖ MURAT; A HUMBLLOT; L.GIRAULT, Les risques de l injection, in : AFAR, Vol.28, n° 07-08, 2009.
- ❖ N. YOUNSI HADDAD, La responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers, IDARA : revue de l'école Nationale d'administration, Vol. 08, n°02, 1998.
- ❖ Nicolas LOUBRY, Soins aux mineurs : l'accord d'un seul parent suffit, in : le con. méd. T.132, N°08, du 26 au 29 avr. 2010.
- ❖ Pierre-Louis FAGNIEZ: droits des malades a fin de vie, Rev La presse médical, T.34, N°07, 09 avril 2005.
- ❖ Suzanne RAMEIX, du paternalisme à l'autonomie des patients, Rev LAENNEC, n° 01, oct. 1997.

IV- Dictionnaires et Encyclopédies

- ❖ Alain REY: (sous.dir), dictionnaire Historique de la langue française, éd.
- ❖ Belgacem BENDELLADJ, Guide Français Arabe: Terminologie Médicale, éd ANEP Rouiba, 2004.
- ❖ Claude BLUM (sous.dir), Le Nouveau Littré, éd. GARNIER, Paris, 2006.

- ❖ FRANCE LOISIRS, Paris, 1994.
- ❖ Garnier DELMARE, Dictionnaire Illustré des Termes de Médecine, 29^{ème} éd, MALOINE, Paris, 2006.
- ❖ Gilbert HOTTOIS; Jean-Noël MISSA (sous.dir), Nouvelle Encyclopédie De Bioéthique, éd. DE BOECK, Bruxelles, 2001,
- ❖ Isabelle JEUGE-MAYNART, Le petit Larousse Illustré, éd. LAROUSSE, 2008
- ❖ Karol GOSKRZYNSKI (sous.dir), Dixel Dictionnaire 2010, éd, LEROBERT, 2009, Paris.
- ❖ Philipe AUZOU (sous.dir), Dictionnaire encyclopédique, éd. AUZOU, Paris, 2006.
- ❖ Yves MORIN (sous,dir), Encyclopédie Larousse de la santé, éd LAROUSSE, Paris, 1999.

V- Jurisprudence :

- Cass Crim. 12 Décembre 1946, J.C.P.1947-11-2361, obs/R. Rodière
- Cass.crim., 04 janv. 2003, n° 02-83259, bull. crim.
- Cass.crim., 21 mars. 2003,N° 02-83335, bull. crim.
- Cass.crim., 08 oct. 2003, n° 02-87133, bull. crim.
- Cass.crim., 24 nov. 2004; n° 04-83548, bull. crim.
- Cass. Crim.,05 juil. 2005,n°05-85123, bull. crim.
- Cass.crim, 13 fév. 2007, n° 06-86202, bull. crim.
- Cass.crim., 05 juin 2007, n° 06-87331, bull. crim.
- Cass.crim., 19 juin 2007, n° 06-87395, bull. crim.
- Cass.crim., 24 mars 2009, n° 08-82213, bull.crim.
- Cass.crim.,15 Déc. 2009, n° 09-8416, bull. crim.
- Cass.crim., 18 mai 2010, n° 09-83032, bull. crim.

- Cass.crim., 11 janv. 2011, n° 10-80449, bull. crim.
- Cass. civ., 15 Avril 1889, s. 1891-1-292, bulletin civile.
- Cass Civ., 20 Mai 1936, arrêt Mercier, D. 1936. I. 88.
- Cass.civ..21 juillet 1982, G.P.
- Cass.civ.. 28 avril 1993, Bull.civ.
- Cass.civ.. 1^{re} 23 juin 1993, Bull.civ.
- Cass.civ., 30 octobre 1995. D. 1995.I.R.276.
- Cass.civ.,1^{er},25 février 1997, D.1997.
- Cass.civ.,1^{er}, octobre 1997, J.C.P1997-II-22942, Rapp. Sargos
- Cass.civ., 19 décembre2000, Bull.civ, n°303, J.C.P. 2001, II,21656., note Bigot.
- Cass.civ., 05juin 2004, R.G.A.T.2004.
- Cass.civ., 01 mars 2005, R.D, 17 mars 2005.
- Cass.civ.,06 décembre 2006, Bull.civ.
- Cass.civ., 29 avril 2007, R.C.A, N° 117-8 (juillet-aout), 2007.
- Cass.civ., 28 octobre 2007, R.C.A, N° 2, février 2008.
- Cass.civ., 19 janvier 2008, D.2008, 18^{eme} , note H. Groutel.
- Cass.civ., 03juin 2010,n °09-13.59, bull.civ.
- Cass. civ., 20 Janv. 2011, n° 10-17357, bull.civ
- CE; 5/755R, 27 Oct 2000 n° 208640 in dit au recueil Lebon « Acte de soin ».

VI- Législation :

- Code pénale français modifié et complété.
- Code de la santé publique français modifié et complété.
- Code civil français modifié et complété.
- Code de sécurité sociale français modifié et complété.

- Loi N° 82-600 du 13 Juillet 1982 relative à l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles, modifiée par la loi N° 95-101 du 02/02/1995.
- Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, J.O. n° 175, du 30 juillet 1994, P 11056.
- Loi n° :02-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité de santé.
- Décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.
- Décret 94-1030 du 02 Décembre 1994 relatif aux conditions de prescriptions et de délivrance de médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), J.O n°280 du décembre 1994.
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JORF n° 40 du 16 février 2002.
- Décret n°2005-840 du 20Juillet 2005, relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, J.O n° 172 du 26 Juillet 2005.
- Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2012-1446 du 26 Décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.
- Arrêt du ministère de la santé du 03 oct. 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant

les fonctions et actes cites aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du code de la santé publique, JO., n° 239 du 13 octobre 1995.

- Décision du 17 Janvier 2011 de l'Union National de Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et présentations pris en charge par l'assurance maladie. JO., n° 0055, du 6 mars 2011.

- مواقع الانترنت

- ❖ François. P. Robin, Vade-Mecum de l'indemnisation des blessés.
<http://expertdoc.free.fr/vademec.htm>.
- ❖ Infection nosocomiales institut de science criminelles et de droit médical, <http://www.inscrimied.com>.
- ❖ Pierre LEMAIRE, "La prescription médical est son application
<http://www.infirmiers.com/professioninfermiere/legislation.htm>.

فصل رس

فهرس

1	.....مقدمة
13	الباب الأول : أحكام المسؤولية الجزائية عن الأعمال التمريضية
14	الفصل الأول : ماهية العمل التمريضي
14	المبحث الأول : مفهوم العمل التمريضي.....
14	المطلب الأول: التعريف بعمل التمريض.....
14	الفرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي.....
15	الفرع الثاني: التعريف القانوني.....
15	المطلب الثاني: الجسم البشري كمحل للعمل التمريضي.....
16	الفرع الأول: الجسم البشري ومكوناته.....
16	البند الأول: مفهوم الجسم.....
18	البند الثاني: مكونات الجسم البشري.....
18	أولاً: مفهوم الأعضاء.....
22	ثانياً: مفهوم المشتقات والمنتجات البشرية.....
22	الفرع الثاني: تحديد مفهوم لحظة وجود الجسم البشري ونهايته.....
23	البند الأول: لحظة وجود الجسم البشري.....
25	البند الثاني: تحديد لحظة نهاية الوجود للجسم البشري (الوفاة)
29	المبحث الثاني: إباحة العمل التمريضي وشروطه.....
29	المطلب الأول: أساس إباحة العمل التمريضي.....
29	الفرع الأول: أساس إباحة العمل التمريضي في الشريعة الإسلامية.....
33	الفرع الثاني: أساس إباحة العمل التمريضي في ظل المنظمات الدولية.....

35	المطلب الثاني: شروط ممارسة العمل التمريضي في القانون الجزائري.....
35	الفرع الأول: شرط الترخيص القانوني لمهنة التمريض.....
35	البند الأول : الشروط الذاتية.....
36	البند الثاني: الشروط الموضوعية.....
38	الفرع الثاني: شرط رضا المريض.....
39	البند الأول: حالة الضرورة.....
41	البند الثاني: حالة تهديد الصحة العامة للمجتمع.....
41	الفرع الثالث: شرط مراعاة الأصول والقواعد المهنية.....
45	الفصل الثاني: المهام المنوطة بالمرضى في ظل التشريع الجزائري
45	المبحث الأول: مهام الممرضين المتخصصون في شعبي العلاج وإعادة التأهيل والتكيف
45	المطلب الأول: مهام الممرضون المتخصصون في العلاج.....
46	الفرع الأول: سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية.....
46	البند الأول: مساعد التمريض للصحة العمومية.....
46	البند الثاني: مساعد التمريض رئيس للصحة العمومية.....
47	الفرع الثاني: سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية.....
47	البند الأول: ممرض عون رعاية الأطفال للصحة العمومية.....
48	البند الثاني: ممرض عون رعاية الأطفال رئيسي للصحة العمومية.....
48	الفرع الثالث: سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية.....
48	البند الأول: مساعد جراح الأسنان للصحة العمومية.....
49	البند الثاني: مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية.....
50	الفرع الرابع: سلك الممرضين للصحة العمومية.....

50	.....البند الأول: ممرض مؤهل
50	.....البند الثاني: ممرض حاصل على شهادة الدولة
51	.....البند الثالث: ممرض للصحة العمومية
52	.....البند الرابع: ممرض متخصص للصحة العمومية
53	.....البند الخامس: ممرض ممتاز للصحة العمومية
54	.....المطلب الثاني: الممرضون المتخصصون في إعادة التأهيل وإعادة التكييف
54	.....الفرع الأول: سلك المتخصصين في إعداد وتركيب الأعضاء الاصطناعية
54	.....البند الأول: سلك مقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية
54	.....أولا: مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية
55	.....ثانيا: مقوم الأعضاء الاصطناعية متخصص للصحة العمومية
56	.....ثالثا: مقوم الأعضاء الاصطناعية ممتاز للصحة العمومية
56	.....البند الثاني: سلك البصاراتيين النظاراتيين للصحة العمومية
56	.....أولا: ممرض بصاراتي نظاراتي مؤهل
57	.....ثانيا: ممرض بصاراتي نظاراتي حاصل على شهادة دولة
57	.....ثالثا: ممرض بصاراتي نظاراتي للصحة العمومية
59	.....رابعا: ممرض بصاراتي نظاراتي متخصص للصحة العمومية
59	.....خامسا: ممرض بصاراتي نظاراتي ممتاز للصحة العمومية
60	.....البند الثالث: سلك مقومي البصر للصحة العمومية
60	.....أولا: ممرض مقوم للبصر للصحة العمومية
61	.....ثانيا: ممرض مقوم للبصر متخصص للصحة العمومية
61	.....ثالثا: ممرض مقوم للبصر ممتاز للصحة العمومية
62	.....البند الرابع: سلك مقومي السمع للصحة العمومية
62	.....أولا: ممرض مقوم للسمع للصحة العمومية

63	.....	ثانيا: مرض مقوم للسمع متخصص للصحة العمومية
64	.....	ثالثا: ممرض مقوم للسمع ممتاز للصحة العمومية
64	.....	الفرع الثاني: السلك المكلفين بتهيئة المحيط العلاجي
65	.....	البند الأول: سلك المتخصصين في التغذية للصحة العمومية
65	.....	أولا: ممرض مختص في التغذية مؤهل
65	.....	ثانيا: ممرض مختص في التغذية حاصل على شهادة دولة
66	.....	ثالثا: ممرض مختص في التغذية للصحة العمومية
67	.....	رابعا: ممرض مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية
68	.....	خامسا: ممرض مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية
68	.....	البند الثاني: سلك المداوين بالعمل للصحة العمومية
68	.....	أولا: ممرض مداوي بالعمل للصحة العمومية
69	.....	ثانيا: ممرض مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية
70	.....	ثالثا: ممرض مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية
71	.....	البند الثالث: سلك مقومي الحركة النفسية للصحة العمومية
71	.....	أولا: ممرض مقوم للحركة النفسية للصحة العمومية
71	.....	ثانيا: ممرض مقوم للحركة النفسية متخصص للصحة العمومية
72	.....	ثالثا: ممرض مقوم للحركة النفسية ممتاز للصحة العمومية
73	.....	الفرع الثالث: سلك المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي
73	.....	البند الأول: مدلك طبي مؤهل
73	.....	البند الثاني: مدلك طبي حاصل على شهادة دولة
74	.....	البند الثالث: مدلك مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية
75	.....	البند الرابع: ممرض مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي متخصص في الصحة العمومية

76	البند الخامس: ممرض مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز في الصحة العمومية.....
77	الفرع الرابع: سلك مرممي الأسنان للصحة العمومية.....
77	البند الأول: مرمم الأسنان مؤهل.....
77	البند الثاني: مرمم الأسنان حاصل على شهادة دولة.....
78	البند الثالث: مرمم الأسنان للصحة العمومية.....
79	البند الرابع: مرمم الأسنان متخصص للصحة العمومية.....
79	البند الخامس: مرمم الأسنان ممتاز للصحة العمومية.....
80	الفرع الخامس: سلك مطببي القدم للصحة العمومية.....
80	البند الأول: مطبب القدم للصحة العمومية.....
81	البند الثاني: مطبب القدم المتخصص للصحة العمومية.....
82	البند الثالث: مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية.....
83	المبحث الثاني: مهام الممرضون المتخصصون في شعبي التقنيات الطبية والمساعدات الطبية الاجتماعية.....
83	المطلب الأول: مهام الممرضون المتخصصون في سلك الشعبة الطبية التقنية.....
83	الفرع الأول: سلك مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية.....
83	البند الأول: مشغل أجهزة الأشعة مؤهل.....
83	البند الثاني: مشغل أجهزة الأشعة حاصل على شهادة دولة.....
84	البند الثالث: مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية.....
85	البند الرابع: مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية.....
86	البند الخامس: مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية.....
87	الفرع الثاني: سلك المخبرين للصحة العمومية.....
87	البند الأول: ممرض مخبري مؤهل.....

87	.....البند الثاني: ممرض مخبري حاصل على شهادة دولة
88	.....البند الثالث: ممرض مخبري للصحة العمومية
89	.....البند الرابع: ممرض مخبري متخصص للصحة العمومية
90	.....البند الخامس: ممرض مخبري ممتاز للصحة العمومية
91	.....الفرع الثالث: سلك المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية
91	.....البند الأول: محضر في الصيدلة مؤهل
91	.....البند الثاني: محضر في الصيدلة حاصل على شهادة دولة
92	.....البند الثالث: محضر في الصيدلة للصحة العمومية
93	.....البند الرابع: محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية
94	.....البند الخامس: محضر في الصيدلة ممتاز للصحة العمومية
95	.....الفرع الرابع: سلك المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية
95	.....البند الأول: عون تطهير مؤهل
95	.....البند الثاني: عون تطهير حاصل على شهادة دولة
96	.....البند الثالث: ممرض مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية
97	.....البند الرابع: ممرض مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية
98	.....البند الخامس: ممرض مختص في حفظ الصحة ممتاز للصحة العمومية
99	.....المطلب الثاني: مهام الممرضون المتخصصون في الشعبة الطبية الاجتماعية
99	.....الفرع الأول: سلك المساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية
99	.....البند الأول: مساعد اجتماعي مؤهل
99	.....البند الثاني: مساعد اجتماعي حاصل على شهادة دولة
100	.....البند الثالث: مساعد اجتماعي للصحة العمومية
102	.....البند الرابع: مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية
102	.....البند الخامس: مساعد اجتماعي رئيس للصحة العمومية

103	..... الفرع الثاني: سلك المساعدين الطبيين للصحة العمومية
103	..... البند الأول: أمين طبي مؤهل
104	..... البند الثاني: أمين طبي حاصل على شهادة دولة
104	..... البند الثالث: مساعد طبي للصحة العمومية
105	..... البند الرابع: مساعد طبي رئيسي للصحة العمومية
106	..... البند الخامس: مساعد طبي رئيس للصحة العمومية
108	الفصل الثالث: شروط قيام المسؤولية الجزائية للممرض وأسباب الإعفاء منها
108	..... المبحث الأول: قيام المسؤولية الجزائية للممرض
108	..... المطلب الأول: قيام المسؤولية الجزائية للممرض في حالة توفر القصد الجنائي
109	..... الفرع الأول: مفهوم القصد الجنائي
109	..... البند الأول: تعريفات القصد الجنائي (العمد)
109	..... البند الثاني: عناصر القصد الجنائي
110	..... أولاً: عنصر العلم في القصد الجنائي
110	..... ثانياً: عنصر الإرادة
111	..... الفرع الثاني: صور القصد الجنائي
111	..... البند الأول: القصد العام
111	..... البند الثاني: القصد الخاص
112	..... المطلب الثاني: قيام المسؤولية الجزائية للممرض في حالة الخطأ (عدم توافر القصد الجنائي)
113	..... الفرع الأول: مفهوم الخطأ وصوره
113	..... البند الأول: تعريف الخطأ
113	..... البند الثاني: صور الخطأ

114	أولاً: الرعونة Maladresse.....
114	ثانياً: عدم الاحتياط Imprudence.....
114	ثالثاً: الإهمال وعدم الانتباه inattention et négligence.....
115	رابعاً: عدم مراعاة الأنظمة والقوانين inobservation des règlements.....
116	البند الثالث: الآثار المترتبة عن انعدام القصد الجنائي في جرائم الخطأ.....
117	الفرع الثاني: أنواع الخطأ.....
117	البند الأول: الخطأ الجسيم والخطأ اليسير.....
118	البند الثاني: وحدة أو ازدواج الخطأين المدني والجنائي.....
118	أولاً: الاتجاه المؤيد لوحدة الخطأين.....
120	ثانياً: الاتجاه القائل بازدواج الخطأين.....
122	ثالثاً: موقف القضاء والتشريع الفرنسيين.....
124	البند الثالث: الخطأ المادي والخطأ الفني.....
126	البند الرابع: مدى إمكانية الاستغناء عن الخطأ لقيام المسؤولية الجنائية للممرض.....
130	المبحث الثاني: انتفاء المسؤولية الجزائية للممرض.....
130	المطلب الأول: انتفاء رابطة السببية.....
131	الفرع الأول: علاقة السببية.....
132	البند الأول: نظرية تعادل الأسباب.....
132	البند الثاني: نظرية السبب المنتج أو الفعال.....
133	الفرع الثاني: انتفاء أو إثبات علاقة السببية.....
133	البند الأول: إثبات علاقة السببية.....
135	البند الثاني: دور القاضي في نفي أو إثبات علاقة السببية.....
136	الفرع الثالث: مسؤولية الطبيب عن تابعيه.....
136	البند الأول: مفهوم مسؤولية المتبوع (الطبيب) عن أعمال تابعيه.....

137	.....البند الثاني: تقرير مسؤولية المتبوع (الطبيب) عن أعمال تابعيه
138	.....المطلب الثاني: أسباب انتفاء المسؤولية الجزائية للممرض
138	.....الفرع الأول: حالة الضرورة
139	.....البند الأول: مفهوم حالة الضرورة
141	.....البند الثاني: شروط حالة الضرورة
141	.....أولاً: وجود خطر يهدد النفس أو الغير
141	.....ثانياً: فعل الضرورة
142	.....الفرع الثاني: القوة القاهرة
142	.....البند الأول: أن تكون غير ممكنة التوقع
143	.....البند الثاني: استحالة الدفع
143	.....الفرع الثالث: خطأ المريض أو الغير
143	.....البند الأول: خطأ المريض
144	.....أولاً: الإهمال المألوف
144	.....ثانياً: الإهمال الجسيم
145	.....البند الثاني: خطأ الغير
146	.....خلاصة:

148 **الباب الثاني: نطاق المسؤولية الجزائية للممرض وأثارها**

149 **الفصل الأول: نطاق المسؤولية الجزائية للممرض**

149	.....المبحث الأول: جرائم العمل التمريضي الماسة بالسلامة الجسدية
149	.....المطلب الأول: جريمة تسهيل تعاطي المخدرات والإجهاض
149	.....الفرع الأول: جريمة تسهيل تعاطي المخدرات

151	.....البند الأول: مفهوم المخدرات
151	.....البند الثاني: أركان الجريمة
151	.....أولا: الركن المادي
152	.....ثانيا: الركن المعنوي
153	.....البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تسهيل تعاطي المخدرات
157	.....الفرع الثاني: جريمة الإجهاض
158	.....البند الأول: مفهوم الإجهاض
158	.....أولا: تعريفات الإجهاض
159	.....ثانيا: طرق الإجهاض وأخطاره
162	.....البند الثاني: أركان جريمة الإجهاض
162	.....أولا: محل جريمة الإجهاض
163	.....ثانيا: الركن المادي
165	.....ثالثا: الركن المعنوي
165	.....البند الثالث: عقوبة الإجهاض وقيام حالة الضرورة
166	.....أولا: عقوبة الإجهاض
168	.....ثانيا: إجهاض الضرورة
171	.....المطلب الثاني: جرائم الممارسات الطبية الحديثة
170	.....الفرع الأول: جريمة التجارب العلمية
171	.....البند الأول: مفهوم التجربة والبحث الطبيين
173	.....البند الثاني: موقف القانون من التجارب الطبية
173	.....أولا: القانون الفرنسي
174	.....ثانيا: القانون الجزائري

174	.....البند الثالث: العقوبة المقررة لمخالفة أحكام التجارب العلمية
176	.....الفرع الثاني: جريمة نقل الدم الملوث أو بيعه
177	.....البند الأول: مفهوم الدم
177	.....أولاً: تعريف الدم ومكوناته
178	.....ثانياً: الطبيعة القانونية والعضوية للدم
179	.....البند الثاني: التنظيم القانوني لعملية نقل الدم وجمعه
179	.....أولاً: التنظيم الوارد من خلال قانون 05/85
181	.....ثانياً: التنظيم الوارد في اللوائح التنظيمية
182	.....البند الثالث: عقوبة مخالفة القواعد والأنظمة المتعلقة بنقل الدم وجمعه
183	.....الفرع الثالث: جريمة نزع الأعضاء والاتجار بها
184	.....البند الأول: تعريف نقل وزراعة الأعضاء البشرية
184	.....البند الثاني: أحكام نقل وزرع الأعضاء
185	.....أولاً: نقل وزرع الأعضاء بين الأحياء
187	.....ثانياً: نقل وزرع الأعضاء البشرية من الموتى إلى الأحياء
190	.....البند الثالث: عقوبة مخالفة أحكام نقل وزرع الأعضاء والاتجار بها
194	.....المبحث الثاني: جرائم العمل التمريضي الماسة بالمهنة
194	.....المطلب الأول: جرمي الممارسة غير شرعية للممرض وانتحال الألقاب
194	.....الفرع الأول: جريمة الممارسة غير شرعية لمهنة التمريض
194	.....البند الأول: الركن المادي
195	.....أولاً: ممارسة العمل التمريضي قبل الترخيص القانوني
196	.....ثانياً: ممارسة المهنة بعد سحب الترخيص
197	.....ثالثاً: تسهيل الممارسة غير الشرعية للتمريض
198	.....البند الثاني: الركن المعنوي

199	.....البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تسهيل الممارسة الغير الشرعية للتمريض.....
200	.....الفرع الثاني: جريمة انتحال الألقاب.....
201	.....البند الأول: الركن المادي.....
202	.....البند الثاني: الركن المعنوي.....
202	.....البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة انتحال الألقاب أو الصفة.....
203	.....المطلب الثاني: جريمة تزوير الشهادات الطبية.....
204	.....الفرع الأول: مفهوم ومضمون الشهادة الطبية.....
204	.....البند الأول: مفهوم الشهادة الطبية.....
205	.....البند الثاني: مضمون الشهادة الطبية.....
205	.....أولاً: المعاينات.....
206	.....ثانياً: الإشهادات.....
206	.....ثالثاً: نتائج الفحص.....
206	.....رابعاً: المرض.....
207	.....خامساً: العجز الكلي أو الجزئي عن العمل.....
208	.....الفرع الثاني: أركان جريمة التزوير في الشهادات الطبية والعقوبة المقررة لها.....
208	.....البند الأول: الركن المادي.....
209	.....أولاً: صفة الفاعل.....
209	.....ثانياً: مضمون الشهادة المزورة.....
210	.....البند الثاني: الركن المعنوي.....
210	.....البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة تزوير في الشهادات الطبية.....
212	.....المطلب الثالث: جرميتي إفشاء السر الطبي وامتناع الممرض عن تقديم مساعدة.....
212	.....الفرع الأول: جريمة إفشاء السر الطبي من طرف الممرض.....
212	.....البند الأول: مفهوم السر الطبي.....

212	أولاً: تعريف السر الطبي.....
213	ثانياً: الأساس الفقهي لمفهوم السر الطبي.....
214	البند الثاني: أركان جريمة السر الطبي المتعلق بالمرضى.....
214	أولاً: الركن المادي.....
217	ثانياً: الركن المعنوي.....
217	البند الثالث: عقوبة جريمة إفشاء السر الطبي.....
218	البند الرابع: حالات إباحة إفشاء السر الطبي.....
219	أولاً: إفشاء السر الطبي للمصلحة العامة.....
227	ثانياً: إفشاء السر الطبي للمصلحة الخاصة.....
228	ثالثاً: تصريح المريض للمرض بإفشاء السر الطبي.....
229	الفرع الثاني: جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة.....
230	البند الأول: إشكاليات التكييف القانوني لجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة.....
231	أولاً: حالة رفض الممرض عن تقديم العلاج للمريض.....
232	ثانياً: حالة القتل برفع أجهزة الإنعاش عن المريض (القتل بدافع الشفقة).....
234	البند الثاني: أركان جريمة امتناع الممرض عن تقديم المساعدة.....
234	أولاً: الركن المادي.....
237	ثانياً: الركن المعنوي.....
237	البند الثالث: العقوبة المقررة لجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة.....
238	الفصل الثاني: الإثبات في دعاوى المسؤولية الجزائية للممرض
238	المبحث الأول: وسائل الإثبات.....
239	المطلب الأول: الخبرة التمريضية.....
239	الفرع الأول: التعريف بالخبرة.....

239	الفرع الثاني: حدود مهمة الخبير.....
241	الفرع الثالث: طريقة تحرير الخبرة التمريضية.....
243	الفرع الرابع: المشاكل التي تؤثر في قيمة الخبرة.....
243	البند الأول: الاختلاف البين بين المعطيات العلمية المجردة و"الحقيقة الواقعية الملموسة".....
243	البند الثاني: التضامن المهني.....
244	البند الثالث: أقدمية الوقائع.....
244	البند الرابع: إمكانية انزلاق مهمة الخبير من المجال التقني إلى المجال القانوني.....
245	الفرع الخامس: واجبات الخبير في الحيطة والنزاهة.....
245	البند الأول: تجنب الفصل في المسائل القانونية.....
245	البند الثاني: تجنب الميل مع آرائه الشخصية فيما لا زال محلا للجدل العلمي.....
246	البند الثالث: تجنب التحيز.....
246	البند الرابع: تجنب العمل الانفرادي.....
246	البند الخامس: تجنب القيام بمهمة خارجة عن نطاق اختصاصه.....
247	البند السادس: الاعتناء بمعلوماته الطبية.....
247	الفرع السادس: سلطات القاضي في الأخذ بمضمون الخبرة.....
251	المطلب الثاني: البيئة والقرائن القضائية.....
251	الفرع الأول: البيئة (شهادة الشهود).....
252	الفرع الثاني: القرائن القضائية.....
254	الفرع الثالث: الإقرار.....

255	المطلب الرابع: المستندات الطبية.....
255	الفرع الأول: تعريفها.....
256	الفرع الثاني: أنواعها.....
256	البند الأول: الملف الطبي Dossier médical.....
257	البند الثاني: الوصفة الطبية.....
258	البند الثالث: الشهادات الطبية.....
258	البند الرابع: الرسائل والبرقيات.....
259	الفرع الثالث: قوتها الإثباتية.....
260	المبحث الثاني: عبء إثبات المسؤولية وطرق دفعها.....
260	المطلب الأول: عبء الإثبات.....
262	المطلب الثاني: طرق دفع الممرض لمسؤوليته المدنية.....
263	الفرع الأول: السبب الأجنبي.....
263	البند الأول: القوة القاهرة أو الحادث المفاجئ.....
265	البند الثاني: خطأ الغير.....
265	البند الثالث: خطأ المضرور.....
266	الفرع الثاني: إثارة مسألة الضرورة والاستعجال.....
266	الفرع الثالث: إثارة مسألة التقادم.....
268	الفصل الثالث: تعويض الضرر الناجم عن المسؤولية في الجرائم التمريضية
268	المبحث الأول: أساس التعويض.....

269	المطلب الأول: ماهية الضرر القابل للتعويض.....
269	الفرع الأول: تعريف الضرر التمريضي.....
269	الفرع الثاني: شروط الضرر القابل للتعويض.....
269	أولاً: أن يكون الضرر مباشراً.....
270	ثانياً: أن يكون محقق الوقوع.....
275	المطلب الثاني: دور الخبرة الطبية في تقدير الضرر القابل للتعويض.....
275	الفرع الأول: دراسة الجروح.....
278	الفرع الثاني: تحديد مدة العجز المؤقت.....
280	الفرع الثالث: تحديد تاريخ العجز الدائم.....
281	الفرع الرابع: تقدير أهمية العجز.....
284	الفرع الخامس: تحديد الأضرار.....
293	الفرع السادس: تحرير تقرير الخبرة.....
294	المبحث الثاني: سلطات القضاء المدني والجنائي عند الحكم بالمسؤولية.....
294	المطلب الأول: سلطات القاضي المدني في الحكم بالتعويض.....
294	الفرع الأول: سلطات القاضي في تقدير التعويض.....
297	الفرع الثاني: سلطة القاضي في اختيار طريقة التعويض.....
299	الفرع الثالث: سلطة القاضي في التعويض عن الضرر المستقبلي.....
300	المطلب الثاني: سلطات القاضي الجنائي في الحكم بالعقوبة.....
306	المبحث الثالث: التأمين من مسؤولية الممرض.....
307	المطلب الأول: توزيع الضمان.....

- 307 الفرع الأول: في حال وقوع الخطأ داخل فريق العمل (أطباء وممرضين).....
- 308 الفرع الثاني: في حال حصول خطأ من المضرور.....
- 308 البند الأول: أن يكون خطأ الممرض أو المريض متعمدا.....
- 309 البند الثاني: وقوع الضرر برضا المريض.....
- 310 البند الثالث: حصول خطأ أحدهما نتيجة خطأ الثاني.....
- 311 البند الرابع: حصول الضرر نتيجة خطأ المريض والممرض دون استغراق أحدهما
للاخر.....
- 313 الفرع الثالث: في حال اشتراك فعل الغير.....
- 314 الفرع الرابع: في حال وجود قوة قاهرة أو حادث فجائي.....
- 315 المطلب الثاني: حدود الضمان.....
- 315 الفرع الأول: بالنسبة للممرض.....
- 317 الفرع الثاني: بالنسبة للأجهزة المستخدمة.....
- 318 الفرع الثالث: حدود النشاط المغطى.....
- 319 الفرع الرابع: مدة الضمان.....
- 323 الفرع الخامس: قيمة الضمان.....
- 326 أولا: شرط عدم التغطية الإجباري.....
- 327 ثانيا: شرط حد الإعفاء.....
- 330 الفرع السادس: الاستبعاد القانوني والاستبعاد الإتفاقي لبعض المخاطر من الضمان..
- 331 البند الأول: الاستبعاد القانوني.....

332	.....البند الثاني: الاستبعاد الاتفاقي
332	.....أولاً: طرقه
333	.....ثانياً: شروطه
335	.....خلاصة
339	.....خاتمة
347	.....قائمة المصادر والمراجع
372	.....فهرس