

# الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة د. الطاهر مولاي سعيدة - سعيدة -  
كلية الحقوق والعلوم السياسية  
قسم الحقوق



## المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة

مذكرة لنيل شهادة الماستر

التخصص: القانون الجنائي و العلوم الجنائية

تحت إشراف الأستاذ:

قميدي محمد فوزي

من إعداد الطالبة:

حفصي حورية

لجنة المناقشة :

رئيسا

الدكتور : خنفوسي عبد العزيز

مشرفا ومقررا

الأستاذ : قميدي محمد فوزي

عضوا مناقشا

الأستاذ : بن صغير عبد المؤمن

السنة الجامعية 2015/2014

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى:

"يرفع الله الذين آمنو منكم و الذين أوتوا العلم درجات".

سورة المجادلة آية 11

# شكر و تقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات من الأعمال ، و الصلاة ثم السلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء و المرسلين ، الحمد لله رب العالمين قيوم السماوات و الأرض مانح العبد نعمة العقل و التفكير ، نحمده ونشكره على جميع نعمه و نسأله المزيد من فضله وكرمه.

أتقدم بالشكر الخالص إلى

أساتذتي والأستاذ المشرف على تأطيري وعلى التوجيهات والنصائح والمساعدات التي قدمها لي لك مني فائق التقدير و الاحترام و كذلك الاساتذة اعضاء لجنة المناقشة وجميع اساتذة جامعة الدكتور مولاي طاهر وجميع الموظفين .

إلى كل من ساعدني و مد يد العون و لو بكلمة أو حرف في انجاز هذا العمل المتواضع.

" كن عالما ، فان لم تستطع فكن متعلما ، فان لم تستطع فأحب العلماء ، فان لم تستطع فلا

تبغضهم "

# إهداء

بعد الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين نبينا محمد خاتم الأنبياء، أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدي الكريمين من حباهم الله بالهيبة والوقار...إلى من علموني العطاء بدون انتظار... إلى من احمل اسمه بكل افتخار...والدي العزيز، إلى ينبوع الحنان و سر النجاح و شمعة الاحتراق لإنارة طريق الازدهار...والدتي العزيزة ... أرجو من الله أن يمد في عمركما لتروا ثمارًا قد حان قطافها بعد طول انتظار، إلى روح جدتي الغالية حورية رحمها الله.

إلى إخوتي الأعزاء و جميع أفراد عائلتي

إلى كل الأصدقاء الأعزاء و الزملاء و الزميلات ، إلى كل من وقف إلى جانبي من قريب وبعيد خلال انجاز هذا العمل و خلال مشواري الدراسي إلى كل من وسعهم قلبي و لم يسعهم قلبي.

## مقدمة

شهدت العلوم الطبية تطورا متميزا، نظرا للبحوث والاكتشافات المتواصلة والمستمرة، والتي ساهم في سرعتها التطور العلمي التكنولوجي والكيميائي، الأمر الذي حقق الطب بشكل فعال، مما يدفع الطبيب إلى ضرورة بقائه على اتصال مستمر بمستجدات هذا العمل.

إن العمل الطبي بقدر ما يحمله من خدمة الإنسانية، من حيث الحفاظ على الحياة الإنسانية من الهلاك، وعلاجها من الأمراض، أو على الأقل التخفيف من آلام المريض، إلا أنه كثيرا ما ينجم عنه أضرار لم تكن في حساب المريض إما بخطأ من الطبيب أو لأسباب أخرى لا دخل لهذا الأخير فيها، بحيث تتعلق مهنة الطب بمقصد عظيم من مقاصد الشرع وهو حفظ النفس، ويعتبر هذا المقصد مشتركا إنسانيا عاما لا يختلف أحد على أهميته، وكذلك تتعلق هذه المهنة بقبول القائمين عليها، مهما كان جنسهم، ودينهم، وفلسفتهم للحياة الإنسانية، وإن امتداد التطور العلمي الطبي إلى بعض المجتمعات قد يفضي إلى وجود افتراق مابين طبيعة الممارسة الطبية المتقدمة والمتشعبة اليوم وبين القوانين والضوابط التي تحكم العلاقة المهنية بين الطبيب، والمريض فالمسؤولية الجنائية الطبية لها أهمية كبيرة؛ لتعلقها بحياة لإنسان، وسلامة جسده والحفاظ على أسرارها، حيث إن مهنة الطب هي مهنة إنسانية وأخلاقية يتطلب فيمن يمارسها التمكن العلمي، والفني وأن يكون رحيما بالناس، ونظرا للتجاوزات الخطيرة التي كان، ولا يزال يقع فيها بعض الأطباء، كان لابد من توفير حماية قانونية للمريض ضد هذه التجاوزات، ذلك مما أدى إلى ضرورة مسائلة الطبيب عن أخطائه، وهذه المسؤولية تتعدد أنواعها فهي إما أخلاقية إذا اقتصر أثرها على تأنيب الضمير واستهجان المجتمع لهذا الطبيب وإما قانونية إذا رتب عنها المشرع جزاءا.

إن مسؤولية الطبيب ليست موضوعا جديدا في القانون، بل عرفت منذ العصور القديمة ففي قانون "حمورابي"<sup>1</sup> نجد الطبيب يسأل بصريح النص في

1 - صفوان محمد شديفات، المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية، بدون طبعة، ص 28.

حالتين خاصتين، فتنص المادة 219 على أنه: "إذا ترتب موت عبد مملوك لرجل فقير، فإنه يجب على الطبيب أن يعرضه مملوكا غيره"، وفي المادة 220 منه ورد أنه: "إذا فتح خراجا في عين هذا المملوك وتسبب في فقد عينه يلزم بدفع نصف، وعند اليونان قام طبييهم "أبقراط" بابتداع ما يعرف بـ "قسم الطبيب"، والذي مازال معمولا به إلى يومنا هذا، وكما أنشأ الأخلاقيات الطبية في "رسالة الأخلاقية"، بين فيها واجبات الطبيب وقواعد السلوك الحسن التي يجب عليها مراعاتها، والمسؤولية التي يكون فيها الجزاء إما أدبيا أو ماديا، أما عند الرومان فقد طبقت قواعد الشريعة الطبية بداية على ممارسة المهنة، دون أن تكون له كفاءة علمية وطبية وحصول ضرر للمريض من ذلك استنادا إلى قول الرسول (ص) "من تطيب ولم يكن بالطب معروفا، فأصاب بأسا فما دونها فهو ضامن" ويكون الضمان بدفع الدية للورثة في حالة وفاة المريض، أو بتعويض التلف الحاصل فيما دونها، بحيث أن المسؤولية الجنائية فيقصد بها صلاحية الشخص ليتحمل الجزاء الجاني عما يرتكبه من جرائم، فارتكاب شخص لفعل يحظره القانون الجنائي يثير فكرة المسؤولية الجنائية بحيث الموضوع الذي يهمننا هو المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة ويعتبر من المواضيع الصعبة والمليء بالتعقيدات بحيث عندما نعرف الوفاة نقول أن الوفاة تسجل نهاية الشخصية القانونية ويخضع إثبات هذه الواقعة لبعض قواعد القانون التي تنظم التحقق من الوفاة وإن كانت لا تعطي تعريفا قانونيا للموت، بحيث أن الطبيب عندما يحرر شهادة الوفاة فلا يمكن أن تكون كما كان يجري سابقا مثلا: "نائم بصحة جيدة ثم صحا ميتا" أي تحرير شهادة الوفاة بأنها وفاة عادية وطبيعية.

وهي تؤكد العكس، فهنا يوصف عمله قانونا أنه اغتيال أي قيام الطبيب بالاحتيال والمغالطة واستعمال أسلوب وطرق التدليس.

فكان لزاما تحديد الأطر القانونية للحد من التصرفات غير المشروعة، والتي تدخل في إطار المسؤولية الطبية خاصة فيما يتعلق بتحديد لحظة الوفاة، وانعكاساته على مسؤولية الطبيب.

والإشكالية التي تطرح هي:-كيف تحدد مكانن المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة؟

وعن أسباب اختيار هذا الموضوع للبحث هو بالدرجة الأولى عدم إلمامى بجوانب الذي يثير الفضول لدى الإنسان ويحاول من خلاله معرفة متى تقام المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة.

وأما بخصوص المنهج المعتمد في تناول هذا الموضوع فهو المنهج التحليلي بالنظر إلى دراسة المفاهيم النظرية في مدى مشروعية الأعمال الطبية بالإضافة إلى تحديد معايير لحظة الوفاة، والذي اعتمدنا عليه من خلال الدراسات السابقة للمرجع السعودي الذي تطرق لمعايير لحظة الوفاة.

وأما عن الصعوبات التي واجهتها، هي نقص المراجع المتخصصة في المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة.

وأما في ما يتعلق بخطة البحث المعتمدة فقد تم الاعتماد على تقسيم ثنائي لهذا الموضوع من خلال فصلين:

الفصل الأول متعلق بمفاهيم نظرية يضم ثلاث مباحث، خصصت للبحث الأول لمفهوم المسؤولية، والمبحث الثاني متعلق بالمسؤولية الطبية في نظر القانون الجزائري، والمبحث الثالث لمدى مشروعية الأعمال الطبية.

وفي ما يخص الفصل الثاني فهو متعلق بمعايير تحديد لحظة الوفاة يضم مبحثين أولهما يتعلق بمعايير تحقق الوفاة لدى الأطباء، والثاني خصصته لمعايير تحديد لحظة الوفاة في التشريعات.

وفي الأخير يختم هذا البحث بنتائج حول هذا الموضوع.

من خلال دراستنا لهذا الفصل سوف نتطرق إلى مفاهيم نظرية بالتفصيل حيث خصصنا لهذا الفصل ثلاثة مباحث، فالمبحث الأول يتعلق بمفهوم المسؤولية والتي تعتبر حالة الشخص الذي يرتكب أمرا يستوجب المساءلة والمسؤولية عدة أنواع منها المسؤولية الجنائية والمسؤولية المدنية ، ثم نبين مفهوم الوفاة والموت ونوضح الفرق بينهما، اما المبحث الثاني فيتعلق بالمسؤولية الطبية في نظر القانون الجزائري حيث أن للمسؤولية الطبية طبيعة فنية والطبيب ملزم بمراعاة الأصول العلمية فتطرقنا من خلال المطلب الأول إلى أركان المسؤولية الطبية التي تتضمن الخطأ الطبي وصوره وفي المطلب الثاني الضرر الطبي والعلاقة السببية، وفي المبحث الثالث والأخير من هذا الفصل خصصته لمدى مشروعية الأعمال الطبية، يحوي مطلبين أولهما متعلق بمشروعية الأعمال الطبية وثانيهما خاص بلا مشروعية الأعمال الطبية



### المبحث الأول : مفهوم المسؤولية

تعرف المسؤولية بأنها حالة الشخص الذي ارتكب أمرا يستوجب المؤاخذة.  
بحيث تعرف لغة:

بأنها: "حالة أو صفة من يسأل عن أمر تقع عليه تبعته، يقال إنه بريء من مسؤولية كذا". أوهي: "ما يكون به الإنسان مسؤولا ومطالباً عن أمور أو أفعال أتاها"  
وتعرف المسؤولية بوجه عام "حالة الشخص الذي ارتكب أمرا يستوجب المؤاخذة"  
فإذا كان هذا الفعل مخالف لقاعدة أخلاقية، وصفت مسؤولية مرتكب الفعل أنها  
مسؤولية أدبية.<sup>1</sup>

بحيث تعرف هذه الأخيرة بأن أمرها موكول إلى الضمير والوجدان والوازع الداخلي وبالتالي هي حالة الشخص الذي يخالف قاعدة من قواعد الأخلاق. ويتضح أن المسؤولية الأدبية تقوم على أساس ذاتي محض فهي مسؤولية أمام الله وأما الضمير وهذه المسؤولية تقع حتى لو لم يوجد ضرر.<sup>2</sup>  
أما المسؤولية التي تهمنا في موضوع بحثنا ألا وهي المسؤولية القانونية التي يترتب عنها جزاء يقرره القانون مقابل الضرر.

والمسؤولية القانونية تنقسم إلى مسؤولية جنائية و مسؤولية مدنية، وقد يكون الفعل الواحد مكونا لكلتا المسؤولية معا، ففي قيام المسؤولية الجنائية وحدها يكون مرتكب الفعل الضار مسئولاً أمام الدولة بصفتها ممثلة للمجتمع. وتوقع عليه عقوبة باسم المجتمع زجراً له وردعاً لغيره، ويمثل المجتمع النيابة العامة في إقامة الدعوى على المتسبب بالضرر أمام المحاكم الجنائية. والمسؤولية المدنية التي تكون الالتزام بالتعويض.<sup>3</sup>

1- أحمد حسن الحيارى، المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني والنظام القانوني الجزائري، الطبعة الأولى، دار الثقافة للقسم والتوزيع، عمان، 2008، ص 13.

2- أمير فرج يوسف، خطأ الطب العمدي وغير العمدي، وأحكام المسؤولية المدنية والجنائية والتأديبية، المكتب الجامعي المدين، الإسكندرية، 2010، ص 303.

3- أحمد حسن الحيارى، المرجع السابق، ص 13.

### المطلب الأول: تعريف المسؤولية وأنواعها.

من خلال هذا المطلب والذي خصصناه لتعريف المسؤولية وشرح أنواعها أدرجنا فرعين الأول متعلق بالمسؤولية الجنائية والثاني خاص بالمسؤولية المدنية مبيين ذلك فيما يلي.

### الفرع الأول: المسؤولية الجنائية.

وهي التي تتحقق عندما يرتكب الشخص فعلا يشكل جرما يعاقب عليه القانون فتقوم هذه المسؤولية على اعتبار أنه هناك ضرر أصاب المجتمع من جراء ارتكاب هذا الشخص فعلا يخالف القواعد القانونية العامة.<sup>1</sup>

أمثال عن المسؤولية الجنائية في المجال الطبي:

فمن المسلم به الطبيب ليزاول مهنة الطب إلا بناءا على ترخيص قانون بحيث أن الترخيص القانوني تمنحه جهة الإدارة المختصة لكل من حصل على الإجازة العلمية التي يعد طالبها لمباشرة مهنة الطب، بحيث نعلم بأن المشرع يعد الترخيص القانوني شرطا أساسيا لإباحة الأعمال الطبية.

فمن لا يملك هذا الترخيص طبقا للقواعد التي نظمتها قوانين ولوائح مزاوله تلك المهنة، يسأل عما يحدثه للغير من جروح باعتباره معتديا على أساس العمد.

ومن هنا تقوم المسؤولية الجنائية للشخص مرتكب الجرم أي السلوك الإجرامي المخالف لقواعد القانون.<sup>2</sup>

### الفرع الثاني: المسؤولية المدنية:

وهي التي تتحقق عند إخلال الدين بالتزامه يجب عليه، وترتب على هذا الإخلال ضررا أصاب الغير ويعرفها البعض بأنها التزام شخص بتعويض الضرر الذي أصاب شخص آخر، وبالتالي يلزم بتعويض الضرر الذي لحق بحق الغير، يتبين لنا مما سبق إن قيام إحدى المسؤوليتين لا يتعارض مع قيام المسؤولية

1- أمير فرج يوسف، مرجع سابق، ص304.

2- محمود القبلاوي، المسؤولية الجنائية للطبيب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2004 ص22.

الأخرى. فقد يترتب على العمل الواحد مسؤولية جنائية ومسؤولية مدنية في أن واحد.

كالقتل والسرقة والقتل، فكل عمل من هذه الأعمال يحدث ضرر في المجتمع والفرد في وقت واحد، فيكون من ارتكبا هذا الفعل مسئولاً مسؤولية جنائية جزاء العقوبة ومسئولاً مسؤولية مدنية جزاءها التعويض.<sup>1</sup>

وهذا ما أكده المشرع الجزائري في نص المادة 124 من القانون المدني الجزائري بنصها:

"كل فعل أيا كان يرتكبه الشخص بخطئه، ويسبب ضرراً للغير يلزم من كان سبباً في حدوثه بالتعويض"<sup>2</sup>

وهذا ما تقوم عليه المسؤولية المدنية وهو: التعويض.

- بحيث كانت قد ظهرت اتجاهات حديثة للمسؤولية الجزائية فكانت المسؤولية الجزائية المبنية على الخطأ الشخصي ثمرة تطور في المفاهيم الجزائية استغرق حقبة من الزمن انتهت في أواخر القرن التاسع عشر إلى الإقرار بشخصية المسؤولية وفردية العقوبة كل هذا ساهم في انتقال مفهوم المسؤولية من مفهومها الشخصي والفردى المبني على الخطأ إلى مفهومها الوضعي المبني على ضمان المخاطر دون حاجة لإثبات خطأ معين لدى مسبب الضرر بواسطة الأشياء الموضوعية تحت إدارته وحراسته.

- فظهرت في القانون المدني مسؤولية الشخص عن الأشياء الموجودة تحت حراسته على أساس افتراض الخطأ لديه، كما ظهرت المسؤولية المدنية عن فعل الغير منطلقاً من مبدأ وجوب التعويض عن الأضرار التي يحدثها من هم تحت

1- أمير فرج يوسف، مرجع سابق، ص305.

2- الأمر رقم 58/75 المؤرخ في 20 رمضان 1395 الموافق لـ 1975/09/26 متضمن القانون المدني المعدل والمتمم./المادة124

رقابة و إدارة أرباب المهن أو الأولياء والأوصياء باعتبار أن هؤلاء إما قصرُوا في الرقابة أو اخطئُوا في الإدارة.<sup>1</sup>

### المطلب الثاني: مفهوم الوفاة والموت.

نتطرق في هذا المطلب إلى تعريف الوفاة والموت وكذلك التفرقة بينهما من خلال الفرعين الاتيين حيث خصصت الاول منهما للتعريف بالوفات والموت، والثاني للفرق بين الوفاة والموت.

### الفرع الأول: تعريف الوفاة و الموت.

أصل الوفاة من وفى وفاة بمعنى أتم وأكمل. يقول أهل اللغة وفى الشيء: تم وأوفاه حقه أتمه، ولم ينقص وتوفى فلان، توفاه الله، إذا قبض روحه. هكذا يقول الفيومي في المصباح ثم يطلق القول بما يوهم الترادف بين الوفاة و الموت، فيقول: والوفاة الموت.<sup>2</sup>

ويقول ابن منظور في لسان العرب: وتوفى الميت استيفاء موته التي وفيت له. وعدد أيامه، وشهوره وأعوامه في الدنيا.

ويظهر أن أصل كلمة (وفى) يدل على الكمال والتمام، كما استعمله القران الكريم في كثير من الأحيان ومنها قوله تعالى: "أوفوا الكيل و الميزان ولا تبخسوا الناس أشياءهم"<sup>3</sup>

وقوله تعالى: "ثم توفى كل نفس ما كسبت وهم لا يظلمون"<sup>4</sup>

اختلف أهل العلم في معنى الوفاة والموت.

بحيث هناك فروق بين الوفاة و الموت في اللغة في اللغة والاستعمال في الآيات القرآنية.

1-أحسين بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري العام، الطبعة الثانية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2012/2013 ص255.

2-علي محمد علي احمد، معيار تحقق الوفاة، وما يتعلق بها من قضايا حديثة في الفقه الإسلامي (الموت الرحيم)، دار الفكر الجامعي، القاهرة، 2008، ص137.

3 - سورة الأعراف من الآية 85.

4 - سورة البقرة من الآية 281.

وكما ذكر أن معنى الوفاة لها عدة ألفاظ في القرآن الكريم فأكثرها تدل على معنى التمام و الكمال.

ولكي نقارن بين كلمتي الوفاة والموت لا بد لنا أن نعرف الموت ونبين ما يطلق على هذا اللفظ في اللغة.

### أما تعريف الموت:

**تعريف الموت في اللغة:** عرف أهل اللغة الموت بأنه ضد الحياة ويطلق كذلك على السكون، فكل ما سكن فقد مات، كما يطلق على النوم، يقال: مات الرجل، إذا نام.

جاء في المعجم الوسيط: مات الحي موتاً، فارقتة الحياة، ومات الشيء همد وسكن، يقال: ماتت الرياح، سكنت، والنار بردت.

وجاء في المعجم الوجيز: مات الحي موتاً: فارقتة الحياة والأرض موتاً: خلت من العمارة والسكان و الزرع فهي موت، أمات فلاناً: قضى عليه، الموت ضد الحياة. الميت: الذي فاقتة الحياة والجمع أموات وموتى.<sup>1</sup>

-الموت كما جاء في القرآن الكريم: جاء الموت في القرآن الكريم ضد الحياة ويقع على أنواع مختلفة حسب أنواع الحياة.<sup>2</sup>

منها زوال القوة الحسية. قال تعالى: "ويقول الإنسان إذا ما مت لسوف أخرج حياً"<sup>3</sup>

ومن قوله تعالى: "قالت يا ليتني مت قبل هذا وكنت نسياً منسياً"<sup>4</sup>

فالموت هي نهاية الأجل المحتوم والميقات المعلوم، في ساعة محددة ووقت محدد، لا تقديم فيه ولا تأخير عنه.

بحيث يعتبر هو اليقين الذي لا مفر منه ولا هروب.

ويرى أحد الباحثين: إن الموت هو مفارقة الروح البدن لعدم صلاحية البدن لاحتوائها.

1- علي محمد علي احمد، مرجع سابق، ص141.

2- علي محمد علي احمد، مرجع نفسه، ص142.

3- سورة مريم الآية رقم66.

4- سورة مريم الآية رقم23.

وقال الدكتور/ عقيل بن احمد العقيلي: الموت هو: خمود حركات الجسد وسكونها وعدم قابليته للنمو وتهيئته للتعفن والتفسخ لذهاب الروح عنه. فالموت هو النهاية للحياة الإنسانية في الدنيا.<sup>1</sup>

-فالتعريف السابق الموت بأنه "انفصال الروح عن البدن، حسب أصحاب النظرية اللاهوتية، لا يوافق رجل القانون وكذلك الطبيب، حيث أن الروح غير منظورة ولا يمكن إدراكها.

فالموت إذن : هو تلاشي الشخصية ويترتب على ذلك نتائج مهمة: تغير في الحالة المدنية و توقف المرء عن كونه شخصا، حيث انه لم يعد من أشخاص القانون، وهكذا تمت معرفة الموت من خلال آثاره فقط.

فالموت بالنسبة للقانون: هو اللحظة التي يختفي فيها الشخص من الوجود، لحظة مجردة يتوقف المرء فيها عن الحياة، وتثير هذه الظاهرة خلال لحظة واحدة تغييرات جوهرية على الصعيد القانوني، ولكن في اي لحظة بالتحديد تقع هذه الحادثة.

ويعتبر تحديد لحظة الموت أمرا جوهريا، لان الشخصية القانونية للكائن البشري تزول في هذه اللحظة بالذات. وترسم شهادة الوفاة كذلك الحدود التي يجب ألا يتم تجاوزها أبدا بين المرحلة التي يكون فيها الجسم هو جسم إنسان يتوجب على الطب حينئذ العمل على شفائه أو تخفيف آلامه وبين المرحلة الأخرى التي تكون فيها الجثة عبارة عن بقايا محترمة يجب أن نتوقع الاستفادة منها ضمن المنفعة العلمية أو ضمن مصلحة مرضى آخرين.<sup>2</sup>

ولذلك يجب معرفة اللحظة التي تم فيها الموت للتأكد من أن الاقتراع مسموح به وحتى لا يوصف عمله قانونا انه قتل أو اغتيال نضيف أيضا أن تحديد لحظة الموت تمثل فائدة في مجالات أخرى غير تلك التي تمثلها زرع الأعضاء وخاصة فيما يتعلق بالإرث. وقد لجأ بعض الأطباء إلى المشرع لإعطاء تعريف

1- علي محمد علي احمد، مرجع سابق، ص 147، 148.

2- احمد عبد الدائم، أعضاء جسم الإنسان ضمن التعامل القانوني، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 1999.

قانوني للموت مع ذلك صرح البروفيسور برنارد في واشنطن إن تحديد بدقة لحظة متبرع اجتماعي لا يشكل مشكلة لماذا نريد الحصول على تعريفات جديدة للموت أو تكليف لجان لتقول لنا متى يموت المريض إذا لا يوجد حتى الوقف الحاضر أي نص تشريعي أو تنظيمي ينظم مسألة تعريف الموت. فكان يوجد اتفاق بين علماء اللاهوت والأطباء إن عبئ تشخيص الموت يقع على الطبيب ويتوجب عليه معرفة المعايير الضرورية للتأكد من حدوث الوفاة.<sup>1</sup>

### أما التعريف الطبي للموت:

يعرفه علماء الأحياء بأنه التوقف الكامل والقطعي لكل خلايا العمليات الفعالة للتبادل والتغيير السريري، والذي يسميه المرء "قوة التجديد والبناء والهدم في الكائن الحي".

بحيث يتكون جسم الإنسان من عدد متنوع من الخلايا التي تتجمع ضمن أنسجة للقيام بوظائف متخصصة حيث نشاطات التبادل والتغيير السريري مختلفة جدا ويترجم هذا وجود عدة فئات كبيرة لحساسية الخلايا تجاه فقدان الأكسجين فخلايا الدماغ تموت خلال ثلاثة دقائق والكبد خلال عشرة دقائق، خلايا الكلية خلال 20 دقيقة، خلايا القلب من أربعين إلى ستين دقيقة.

ولقد عرف السيد: PAILLAS : الموت على الشكل التالي:

"الموت هو عملية في اتجاه واحد أي غير قابل للشفاء ويتكون من التوقف المتلاحق لعدة أنواع من الحياة تؤمن كل واحدة منها عمل عضو أو أنسجة أو خلايا".

فمن حيث النتيجة، الموت هو الحقيقة. خلاصة عدة أنواع الموت الجزئي ويجب على الطبيب أن يعرف من بينها نقطة عدم الرجوع للحياة وإن كان هناك بالطبع صعوبة بتحديد هذه اللحظة بدقة.<sup>2</sup>

1- أحمد عبد الدائم، مرجع سابق، ص 204.

2- أحمد عبد الدائم، مرجع نفسه، ص 205.

ونلاحظ من هذه التعريفات السابقة ان الموت هو مفارقة الروح للبدن مفارقة تامة. بحيث لا يبقى فيه صفة حياة, ويتحقق ذلك بخمود البدن عن الحركة وتوقف جميع أجهزة الجسم بما فيها جذع المخ.<sup>1</sup> ومن هنا سوف نبين أوجه الاختلاف بين اللفظين الوفاة والموت وهذا عن طريق المقارنة بينهما.

### الفرع الثاني: الفرق بين الوفاة والموت.

بعد التعريفات السابقة للوفاة والموت في اللغة والاستعمال في مختلف الآيات القرآنية والتدقيق في هذه المعاني يظهر أن هناك فروقا بين اللفظين: ونذكر هذه الفروق فيما يلي :

فالوجه الأول: هو أن أصل كلمة الوفاة تدل على الكمال والتمام كما ظهر من كلام أهل اللغة. فكلمة الوفاة ومشتقاتها تدل على المعنى الإيجابي بخلاف كلمة الموت ومشتقاتها. لأنها تدل على المعنى السلبي بجميع إطلاقاتها، وسواء اعتبرناها ضد الحياة، أو أمرا موجود أو مخلوقا. أم اعتبرناها عدم الحياة.

أما الموت فهي أعم من الوفاة من وجه، والوفاة أعم من الموت من وجه آخر، وذلك لأن الموت يستعمل في الإنسان والحيوان والنبات و الجماد. فالإنسان يموت والحيوان يموت والنبات يموت والأرض تموت كما يستعمل في السكون والنوم والجهالة أما الوفاة فلا تستعمل إلا في الإنسان فقط.<sup>2</sup>

وعلى هذا الوجه فالوفاة أخص من الموت وهو أعم من الوفاة ويؤيد إطلاق الوفاة على الموت والنوم ما نقله القرطبي عن ابن زيد من أن النوم وفاة والموت وفاة، وعن النبي صلى الله عليه وسلم قال: " كما تتامون فكذلك تموتون وكما توقظون فكذلك تبعثون ".

ويظهر من هذا أن الوفاة أعم من الموت من هذا الوجه، حيث أنها تطلق على الموت وغيره أي النوم. قال القرطبي في تقسيم قوله تعالى: " وهو الذي يتوفاكم

1- علي محمد علي أحمد، مرجع سابق، ص 150.

2- علي محمد علي أحمد، مرجع نفسه، ص 151 . 153.



بالليل " أي ينيمكم فيقبض نفوسكم التي تميزون بها. وعلى ذلك فالعلاقة بين الوفاة والموت علاقة العموم والخصوص من وجه.

كما يظهر أيضا فرق آخر بين الوفاة والموت هي أن الوفاة تنسب مرة إلى الله سبحانه وتعالى، كما في قوله تعالى: " فلما توفيتني كنت أنت الرقيب عليهم ". وبعد ذكر أوجه الفرق بين الكلمتين فنريد أن نوضح كلا الكلمتين ( الوفاة والموت ) يستعملان لدى الفقهاء والأصوليين.

ولا يفرقون بين الوفاة والموت في الاستعمالات الفقهية والأصولية من ناحية الأحكام والآثار المترتبة عليها، فالمراد بكلا الكلمتين عند الفقهاء والأصوليين هو: مفارقة الروح للجسد مفارقة تامة ويثبت ذلك بالأمارات المعروفة لدى أهل الخبرة.<sup>1</sup>

1- علي محمد علي أحمد، مرجع سابق، ص 157.

## المبحث الثاني : المسؤولية الطبية في نظر القانون الجزائري.

مهنة الطب مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية قديمة قدم الإنسان أكسبتها الحقب الطويلة تقاليد ومواصفات ، تحتم على من يمارسها احترام الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال ، وأن يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملاته مستقيما في عمله ، محافظا على أرواح الناس وأعراضهم رحيمًا بهم ، بادلا جهده في خدمتهم ، وأخلاقيات الطب هي مجموع المبادئ والأعراف التي يتعين على كل طبيب أن يستلهمها في ممارسة مهنته ، أما عند المسلمين فعرفت المسؤولية الطبية من خلال قوله (صلعم) "من تطيب ولم يعلم منه قبل ذلك فهو ضامن" والطبيب عند المسلمين لم يكن يسأل عن الخطأ الطبي الجسيم ، ولم تقر الشريعة الغراء بمسؤولية الشخص عن غيره ، وتقوم مسؤولية الطبيب أو القائم بالعمل الطبي ، ولو صدر الضرر عن عديم الإدراك استنادا إلى قوله تعالى : " كل نفس بما كسبت رهينة "1.

ونظرا لتمييز المسؤولية الطبية عن غيرها ، كونها ليست وليدة تطور تاريخي فحسب بل وليدة تطور تقني ، فشهد العصر الحديث تطورا علميا مذهلا ، انعكس أثره على تطور مهنة الطب ، أدى إلى تدخل المشرع في العديد من دول العالم ، لإصدار تشريعات خاصة تنظم مهنة الطب وتحدد شروط مزاومتها على اختلاف اختصاصاتها 2.

ونتيجة لارتفاع درجة الوعي ، وظهور نظام التأمين من المسؤولية الطبية وغيرها ، وانكماش عامل الحرج أمام عامل التسامح تجاه الأطباء وتفاقم عدد الأخطاء الطبية نتيجة التطور العلمي ، ازدادت عدد الدعاوى المعروضة أمام القضاء ، وفي الدول المتحضرة أكثر منها عن غيرها .

بحيث كانت توجد عدة تساؤلات حول تحديد طبيعتها هل هي مسؤولية عقدية أم مسؤولية تقصيرية ، من المعلوم أن المسؤولية لا تكون عقدية إلا إذا وجد

1- القرآن الكريم ن سورة المدثر ، آية رقم (38)

2- أحمد حسن الحياوي ، مرجع سابق ، ص 07 . 08

عقد صحيح بين المضرور والمسؤول عن الضرر ، وكان هذا الضرر نتيجة إخلال أحد طرفي العقد بالالتزام العقدي . ويترتب على هذا القول أن مسؤولية الطبيب هي مسؤولية تقصيرية ، كما انعدمت الرابطة التعاقدية بحيث أن الفقه الفرنسي ساير المحاكم الفرنسية واعتبر أن المسؤولية الطبية هي مسؤولية تقصيرية تقوم على الإخلال بواجب عام وهو عدم الإضرار بالغير وقد استندوا أنصار المسؤولية التقصيرية على حجج هي :

أن المسؤولية الطبية هي مسؤولية له طبيعة فنية بحتة فالطبيب ملزم بمراعاة واجب الضمير والأصول العلمية الطبية الثابتة بعلم الطب سواء ارتبط بعقد أم لم يرتبط فكل ما يتعلق بالضمير والأصول العلمية الثابتة بعلم الطب مناهة قواعد المهنة وهذا يخرج عن دائرة العقد<sup>1</sup>.

كل فعل يقوم به الإنسان وينشأ عنه ضرر للغير فإنه يوجب المسؤولية التقصيرية وقد ذهب أنصار هذه النظرية بأن كل فعل حتى ولو شكل جريمة جنائية فإنه يوجب المسؤولية التقصيرية وعمل الطبيب الذي يقوم به لا يخرج عن هذا النطاق ويلتزم بتعويض الضرر الذي نشأ عن فعله الطبي ولا يسأل عن أي جرم جنائي علي حد قولهم لأنه يتمتع بحصانة جنائية إذا ما التزم بأصول المهنة .

### المطلب الأول : أركان المسؤولية الطبية.

إن المسؤولية الطبية تتكون من ثلاثة أركان وهي : الخطأ والضرر والعلاقة السببية.

وهذا ما سوف نتطرق إليه من خلال تعريفنا للخطأ الطبي وصوره في الفرع الأول أما ركني الضرر و العلاقة السببية في الفرع الثاني .

فهنا سوف نحدد مفهوم الخطأ أمام التشريع و القضاء الجزائري .

1- أمير فرج يوسف ، مرجع سابق ، ص309

### الفرع الأول: الخطأ الطبي.

#### تعريف الخطأ الطبي :

الخطأ لغة : ضد الصواب و ضد العمد.

**والخطأ قانونا :** لم يفرد المشرع الجزائري أو التشريعات العربية تعريفا للخطأ في القواعد العامة في القوانين المدنية تاركين هذا الأمر لاجتهاد فقهاء القانون و القضاء<sup>1</sup>.

فالخطأ عند (مازو) : انحراف في السلوك على نحو لا يرتكبه الشخص اليقظ لو أنه وجد في ذات الظروف الخارجية التي وجد فيها مرتكب الفعل<sup>2</sup>.  
والخطأ الطبي : صورة من صور الخطأ بوجه عام والتي سبق الإشارة لها ونرى من المفيد أن ندرج بعض التعريفات الفقهية للخطأ الطبي :

- فيعرفه الدكتور (منذر الفضل) أنه إخلال من الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية ليقظة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة .

أو أنه تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية بالطبيب المسؤول<sup>3</sup>.

أما مفهوم الخطأ أمام التشريع والقضاء الجزائري:

بالرجوع إلى نصوص القانون المدني الجزائري وللمواد (172-176) الخاصة بأحكام المسؤولية العقدية والمواد (124 لغاية 140 ) والخاصة بأحكام المسؤولية التقصيرية.

1- أحمد حسن الحياوي مرجع سابق ص 103

2 - أحمد حسن الحياوي مرجع نفسه ص 104

3 - أحمد حسن الحياوي مرجع نفسه ص 105

يتضح لنا أن المشرع الجزائري جعل من الخطأ الأساس الذي تقام عليه المسؤولية المدنية بصفة عامة ، واقتصر في المادة (124) منه على النص كل عمل أيا كان يرتكبه المرء ويسبب ضررا للغير يلزم من كان سببا في حدوثه بالتعويض .  
وحدد المشرع في نص المادة (1/125) أن ناقص الأهلية يعد مسؤولا عن أعماله الضارة إذا صدرت منه وهو مميز .

وعليه فإن الخطأ في المسؤولية العقدية إخلال بالتزام عقدي والخطأ في المسؤولية التقصيرية يعد إخلالا بالتزام قانوني عام ، كما يتضح أن الخطأ في المسؤولية التقصيرية حسب التشريع الجزائري يقوم على عنصرين :  
الأول عنصر مادي يتمثل بالتعدي والثاني عنصر معنوي يتمثل في الإدراك والتمييز.<sup>1</sup>

فمن بين التعليمات السابقة علينا تبيان صور الخطأ الطبي وقبل ما نتطرق إلى ذكر صور الخطأ الطبي.

سوف نتكلم أولا عن صور الخطأ غير العمدي بصفة عامة لأن صور الخطأ تنقسم أو تتخذ صورتين :

فالخطأ العام : هو مخالفة الجاني للقوانين واللوائح و القرارات و الأنظمة .  
والخطأ الخاص : هو الإهمال و الرعونة وعدم الاحتراز التي تصاحب الفعل الصادر من المتهم.<sup>2</sup>

و بيان تلك الصور على النحو الآتي :

الإهمال : هو محض سلوك سلبي صادر من الجاني إذ كان يتعين الجاني أن يتخذ من الاحتياطات ما يحول دون أن يكون الفعل خطرا .

أما الرعونة: ويقصد بها سوء التقدير ونقص الخبرة والمهارة اللازمة بشأن الفعل الذي يقوم به الجاني يرجع إلى سوء تقدير وعدم إتران وسوء تصرف من الجاني،

1- أحمد حسن الحياوي مرجع سابق ص 107

2- أمير فرج يوسف مرجع سابق ص 67

وعدم الاحتراز هو إقدام الجاني على أمر ما كان يجب عليه أن يمتنع عنه في مثل تلك الظروف .  
والخطأ العام :

هو مخالفة القوانين أو القرارات أو اللوائح أو الأنظمة ويتحقق ذلك بمجرد قيام الجاني بسلوك على خلاف السلوك الذي يستلزمه المشرع في القوانين أو اللوائح أو القرارات.<sup>1</sup>

### الفرع الثاني: صور الخطأ الطبي.

ومن هنا ومن خلال هذه التعريفات لصور الخطأ فسوف نتحدث عن صور الخطأ الطبي وتحديد مفهومه أمام التشريع و القضاء الجزائري فنجد من الضروري توضيح بعض من صور الخطأ الطبي لأنه من الصعوبة أن نتعرض لجميع صور الخطأ الطبي والتي يصعب حصرها.  
لذلك نرى أن نبين من خلال الشرح الصور الأكثر شيوعا في الخطأ الطبي نظرا لأهميتها .

### أولا : الخطأ في التشخيص.

ومن هنا سنأخذ برأي التشريعات من بينها :

**رأي المشرع :** يرى المشرع الجزائري أن يعطي للطبيب الحق بإجراء جميع أعمال التشخيص و الوقاية و العلاج اللازمة للمريض على أن لا تتجاوز اختصاصه أو إمكانياته إلا في الحالات الاستثنائية كما للطبيب الحق بعدم إعلام المريض عن تشخيصه لمرض خطير لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب وحذر الطبيب من اللجوء إلى أساليب من شأنها الإساءة لمهنة الطب كالكشف طرق جديدة في التشخيص أو العلاج ما لم تكن مثبتة علميا وتتكون مرحلة التشخيص من :

<sup>1</sup>- أمير فرج يوسف مرجع سابق ص 67

إجراء الفحص : يستلزم علاج المريض قيام الطبيب بإجراءات و فحوصات طبية قبل اتخاذ أي قرار بتشخيص حالته المرضية ويترتب على إهمال الطبيب القيام بهذه الإجراءات والفحوص خطأ بحد ذاته ، لذلك أوجب المشرع الجزائي على الطبيب عند مباشرته الطب لأول مرة وضع تجهيزات ملائمة ووسائل تقنية تكفيه لأداء مهامه بنجاح .

أما فيما يتعلق بقرار تشخيص المرض فإن اتخاذ قرار من الطبيب بتشخيص حالة مرضية ليس بالأمر السهل.

وجهود الطبيب بتشخيص المرض تعد من أصعب مراحل العمل الطبي ويجب على الطبيب التأمي قبل إصدار قرار التشخيص و إلا يعد الطبيب مسرعا و قد يقع منه إهمال بحيث يتحتم على الطبيب التعرف على ماهية المرض ومدى خطورته وتاريخ تطوره <sup>1</sup>.

وبالتالي أصبح من الواضح أن التزام الطبيب في عملية التشخيص هو أقرب إلى الالتزام بتحقيق نتيجة ولا يقبل منه الخطأ في هذا الصدد إلا في حالة الاستعجال أو القوة القاهرة أو عدم توافر الإمكانيات.

وسبق القضاء على أن مجرد الخطأ في التشخيص لا يثير مسؤولية إلا إذا كان هذا الخطأ منطويا على جهل و مخالفة للأصول العلمية الثابتة التي يتحتم على كل طبيب الإلمام بها بشرط أن يكون الطبيب كذلك قد بذل الجهود الصادقة اليقظة التي يبذلها الطبيب المماثل في الظروف القائمة .

والقاعدة أنه لا يعتبر خطأ مجرد الغلط في التشخيص أي تفسير الأعراض المختلفة حتى ولو كان في استطاعة الطبيب الحاذق المجرب أن يقف فورا على حقيقة الحالة ومن باب أولى لا خطأ إذا تعلق الأمر بوسيلة طبية لا زالت محل خلاف بين أساطين الفن الطبي.<sup>2</sup>

1- أحمد حسن الحيارى مرجع سابق ص 118 و 119  
2- محمد حسن منصور المسؤولية الطبية ( الطبيب الجراح ن طبيب الأسنان ، الصيدلي ، التمريض ، والعيادة والمستشفى ، الأجهزة الطبية ) دار الجامعة الجديدة الإسكندرية 2011 ص 48، 49

بحيث أقام القضاء الفرنسي عام 1921 مسؤولية الطبيب عن خطأ في التشخيص لعدم إحاطة الطبيب بتشخيص المرض بالمعلومات المتأنية و الكافية ، ولعدم إتباع الطرق العلمية خلال إجرائه الفحص وتمثل وقائع هذه القضية بأن سيدة غير متزوجة توجهت إلى طبيب تشكو من آلام حادة في الرحم ونتيجة عدم إفصاح السيدة عن معلومات دقيقة عن حالتها<sup>1</sup>، أدت إلى فهم خاطئ من الطبيب، فشخص حالتها على أنها ورم داخل الرحم ، وقرر إجراء عملية لها لاستئصال الورم، وفعلا باشر في إجراء العملية في الموعد المحدد، وأثناء التدخل الجراحي اتضح له أن السيدة حامل في الشهر الأخير من الحمل فأدين من قبل المحكمة طبقا لنص المادة (319) من قانون العقوبات الفرنسي بسبب استمراره في إجراء العملية وإخراج المولود حيا، الأمر الذي كان يقتضي حسب رأي الخبرة أن يغلق الجرح، لأن استمراره بالعملية أدى إلى وفات السيدة.

ويستفاد مما سبق أن الخطأ في التشخيص لا يقوم على أساسه مسؤولية الطبيب إذا بذل واجبه قدر اجتهاده "فالتبيب يسأل كلما أخطأ في تشخيص المرض خطأ يدل على جهل واضح بالفن الطبي، ويجب التشديد بصفة خاصة مع الأطباء الأخصائيين الذين لا يصح أن يغتفر لهم ما يمكن أن تغفر لسواهم من الأطباء العموميين."

أما الصورة الثانية للخطأ الطبي فتتمثل في:

الخطأ في وصف العلاج: المقصود بالوصفة الطبية، التذكرة التي يثبت فيها الطبيب ما قدره بعد إجراء الفحص و التشخيص، بحيث تتميز عن غيرها من الاوراق المثبت فيها الأعمال الطبية الاخرى بالتحاليل و الأشعة، وتعتبر دليل إثبات العلاقة بين الطبيب والمريض.

المشرع الجزائري أوجب على الطبيب تحرير الوصفة الطبية بكل وضوح وأن يحرص على تمكين المريض أو من يقوم على رعايته من فهم ما تحتويه

1- أحمد حسن الحيارى، مرجع سابق، ص 120 و 121 .



الوصفة الطبية بكل وضوح وأن يجتهد الطبيب للحصول على أفضل تنفيذ للعلاج كما يعتبر المشرع الجزائري الرائد الأول بنصه على إلزام الطبيب بتدوين اسم ولقب وعنوان الطبيب ورقم الهاتف ووفق الاستشارة الطبية، وأسماء الأطباء المشاركين و الشهادات و الوظائف والمؤهلات المعترف بها على الورق المخصص للوصفات و البطاقات الشخصية والدليل المهني.

استقر الفقه والقضاء على حرية الطبيب في اختيار ما يراه مناسباً لوصف العلاج للمريض، بحيث استقر الجدل على حرية الطبيب باعتباره طريقة معنية للعلاج.

لكن إذا كان العمل الطبي يشكل خطورة جدية وضرورياً بالمريض وجد في حالة خطر اشترط المشرع الجزائري أخذ موافقة المريض أو من يعنيه الأخير أو موافقة ممثله القانوني قبل القيام بالعمل الطبي.<sup>1</sup>

ويشترط إذا رفض المريض العلاج أخذ تصريح مكتوب منه بذلك من قبل الطبيب، والطبيب ملزم في وصف العلاج على أن يراعي الحد اللازم من جانب الحيطة والحذر ومراعاة أشهر أساليب العلاج الحديثة، وتجنب الطرق والوسائل التي تشكل خطورة على صحة المريض.<sup>2</sup>

خلاصة القول أن القضاء الفرنسي في البلدان المختلفة يقيم مسؤولية الطبيب الذي يباشر العلاج بطريقة تنص عن إهمال ورعونة ولا مبالاة، وغير مطابقة للأصول العلمية السليمة والمعروفة عند جمهور الأطباء.<sup>3</sup>

وفي الأخير مرحلة العلاج هي تلك المرحلة التي يحدد فيها الطبيب وسائل العلاج المناسبة لطبيعة المريض والمرض الذي شخصه ذلك لأن لكل داء دواء.<sup>4</sup>

1- أحمد حسن الحياوي، مرجع سابق، ص122، 121.

2- أحمد حسن الحياوي، المرجع نفسه، ص122.

3- أحمد حسن الحياوي، مرجع نفسه، ص123.

4- أمير فرج يوسف، مرجع سابق، ص100.

### والصورة الثالثة من صور الخطأ الطبي هي:

الخطأ في الرقابة: تعتبر الرقابة في فعل العمل الطبي من أهم مراحل التدخل الطبي، لما يترتب عليها من تحقيق سليم للوصول إلى شفاء المريض، وخاصة بعد إجراء العمل الجراحي، إذ يتوقف حسن وسلامة رقابة المريض إلى النجاح أو فشل العمل الطبي السابق برمته.

بحيث كان يوجد عدة تشريعات تتحدث في مجال الرقابة التي تخص الطب فمثلا نجد أن المشرع الأردني لم يجز للطبيب أن ينيب عنه بصورة مؤقتة مراقبة مريض أو معالجته إلا طبيبا مسجلا في نقابة الأطباء الأردنية و مرخصا له بالعمل في نفس الاختصاص الطبي.

بحيث يرى جانب من الفقه بخصوص الرقابة الطبية على العلاج أن مخاطر العلاج لا يمكن إغفالها وعلى الخصوص بعد وصف أدوية أكثر خطورة وتأثيرا وخارجة عن المألوف، وذلك يستلزم مراقبة واعية وحريصة من الطبيب. قضاء قررت محكمة (POITIERS) في 23 مارس 1972 على إدانة الطبيب المتسبب بوفاة سيدة بعد أن وصف لها علاجا خطيرا، دون إجراء فحص سابق وبدون متابعة مباشرة لأثار العلاج الموصوف<sup>1</sup>.

بحيث يرى الفقه أنه يجب الرقابة الطبية بعد التدخل الجراحي، قول الفقه أنه يجب على الطبيب بعد إجراء العمل الجراحي وضع المريض تحت إشراف أخصائي التخدير والإنعاش والذي تقع على عاتقه مهمة إعادة الإدراك للمريض، ولا يعفي الطبيب الجراح من هذه المهمة إذا أخذ على عاتقه متابعة التخدير والإنعاش. ومحكمة النقض الفرنسية قررت في 11\04\1984 أن مرحلة الإشراف والرقابة بعد العمل الجراحي تستمر لغاية استعادة المريض كامل وعيه وكامل وظائف جسمه الحيوية.

1- أحمد حسن الحيارى، مرجع سابق، ص124، ص125.

-أما الرقابة الطبية في التشريع الجزائري فهي كالتالي: لقد وسع المشرع الجزائري مجال الرقابة بحيث اعتبرها من عوامل الوقاية من الأمراض، فالرقابة الصحية تستهدف الوقاية من تفشي الأمراض المعدية برا و جوا وبحرا تطبيقا للقوانين و الأنظمة الجاري العمل بها.

أفرد المشرع الجزائري للرقابة بندا خاصا في مدونة أخلاقيات مهنة الطب،تحت عنوان تدابير الرقابة خلال الاستشفاء وحدد جهله التزامات للطبيب وطبيب الأسنان أثناء القيام بهذه المهمة ومن بينها على الطبيب المكلف بمهمة إشعار الشخص الخاضع لرقابته بأنه يقوم بفحصه بصفته طبيبا مراقبا،ويتعين على الطبيب المراقب مراعاة الموضوعية الكاملة في استنتاجاته والالتزام بالسر المهني اتجاه إدارته.<sup>1</sup> وعدم الكشف عن المعلومات الطبية المعدة أمام أشخاص غرباء عن المصلحة الطبية ولا إلى أية إدارة أخرى،وعليه أن لا يقوم بتقدير العلاج المقدم للمريض،وأن يتمتع كليا عن إعطاء علاج لمريض غير العلاج الذي قرره الطبيب المعالج،وإذا اختلف مع الأخير بشأن تشخيص المرض عليه إخباره على إنفراد،وإخطار رئيس الفرع الجهوي النظامي في حالة مواجهة صعوبات بذلك ولا يجوز أن يكون الطبيب المراقب هو نفسه الطبيب المعالج،وعلى الطبيب المراقب عدم تقاضي أية أتعاب مباشرة من المريض.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني: الضرر الطبي والعلاقة السببية.

قيام المسؤولية المدنية عقدية كانت أم تقصيرية يتطلب توافر ركن الخطأ طبقا لما ورد في التشريع المدني الجزائري، أو توافر التعدي والانحراف من المسؤول طبقا لما ورد في التشريع المدني الأردني،بشرط أن يقترب بركن الضرر والعلاقة السببية بينهما، فإذا انتفى ذلك فلا تقبل دعوى المسؤولية ولا دعوى بدون مصلحة،ويقع إثبات الضرر على المضرور بجميع طرق الإثبات بما فيها البيئة والقرائن لأن الضرر واقعة مادية.

1- أحمد حسن الحياوي،المرجع سابق،ص125،124.

2- أحمد حسن الحياوي،المرجع نفسه،ص124.

## الفرع الأول: الضرر الطبي وأنواعه.

الضرر الطبي غير متمثل في عد شفاء المريض بل هو أثر خطأ الطبيب أو إهماله بالقيام بواجب الحيطة والحرص أثناء ممارسة للعمل الطبي، لأن أصل التزام الطبيب التزام بواسطة أو ببذل عناية ولا يعتبر التزاما بتحقيق نتيجة.<sup>1</sup>

بحيث أن إصابة المريض بضرر PRÉJUDICE أثناء عملية العلاج أو من جرائها هي نقطة البداية للحديث عن المسؤولية الطبية، فموقع الضرر (للمريض أو لأقربائه) يعد عنصر لازما لإثارة تلك المسؤولية. ولكن ينبغي لفت النظر إلى أنه، خلافا للقواعد العامة، لا يكفي مجرد حدوث الضرر للتمسك بمسؤولية الطبيب أو المستشفى فالالتزام العلاجي يعد أساسا التزاما ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة. فيمكن-رغم حدوث الأضرار-. ألا تثور المسؤولية الطبية إذا لم يثبت أي تقصير أو إهمال (خطأ) من جانب الطبيب المعالج أو إدارة المستشفى أو العيادة.

وإن كانت هناك بعض الحالات التي يكون فيها الضرر قرينة بسيطة على وجود الخطأ، وهي-كما ذكرنا من قبل-تلك التي يقع فيها التزام على عاتق المستشفى بسلامة المريض وبصفة خاصة إذا كان مريض عقليا، وتلك التي يلتزم فيها الطبيب بسلامة الأدوات المستعملة وعمليات نقل الدم.<sup>2</sup>

ويعرف الضرر بشكل عام على أنه "ما يصيب الشخص في حق من حقوقه، أو في مصلحة مشروعة له، سواء "كان ذلك الحق أو تلك المصلحة متعلقا بسلامة جسمه، أو ماله أو عاطفته، أو حرته، أو شرفه أو غير ذلك". وينطبق هذا التعريف على تعريف الضرر الطبي، لإقامة مسؤولية الأطباء أو الجراحين وبالتالي خضوعهم للقواعد العامة في المسؤولية المدنية.

-يتحقق الضرر الطبي في إصابة المريض بضرر، وقد يكون هذا الضرر ماديا يمس مصلحة مادية، أو يكون ضررا أدبيا (معنويا) يلحق الأذى بالمضروب في شعوره أو عاطفته أو شرفه وهذا ما سنقف عنده في العنصرين الآتيين.

1- أحمد حسن الحيارى، مرجع سابق، ص126

2- محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص183

فالضرر المادي: يعرف بأنه الضرر الذي يصيب الإنسان في جسده أو ماله أو خلاله بمصلحة ذات قيمة مالية.

والضرر المادي ينقسم إلى ضرر جسدي متمثل بالأذى الذي يصيب جسم الإنسان كإزهاق روح أو إحداث عاهة دائمة أو مؤقتة، وإلى ضرر مالي يصيب مصالح المتضرر ذات قيمة مادية أو اقتصادية، كإصابة الجسم بعاهة تعطل قدرته على الكسب أو في نفقات العلاج، ويشترط في الضرر المادي الإخلال بحق أو مصلحة مشروعة. يجمع الغالبية من الفقه والقضاء على أن الضرر المادي يتحقق في حالة الإخلال بحق أو مصلحة مالية للمتضرر، وتطلب القضاء الفرنسي هذا الشرط في المصلحة لقطع دعاوي التعويض التي ترفعها الخلية المطالبة بتعويض الضرر الذي أصابها نتيجة موت خليلها، لأن العلاقة بينهما غير مشروعة.

أما المشرع الجزائري اشترط للتعويض عن الضرر أن تكون مصلحة مشروعة وهذه المصلحة لا تتعارض مع مفهوم النظام العام أو الآداب العامة، وأن لا تتعارض مع منطوق نظرية التعسف باستعمال الحق، فإذا ترتب على حق الإنسان في سلامة جسمه خسارة مادية (كالعجز عن الكسب أو نفقات العلاج)<sup>1</sup>. أو يكون المساس بجسم الإنسان على شكل جروح أو كسور أو وفاة أو تشويه فيعتبر ضررا ماديا يستوجب التعويض. ويشترط بالضرر أن يكون محققا أي أنه يصبح من المبادئ المسلم بها أن الضرر موضوع المسؤولية يجب أن يكون محققا، أي وقع فعلا، أو أنه سيقع في وقت لاحق، والضرر المحقق لا يشمل الضرر الحال فقط، بل يشمل الضرر الذي قام سببه وإن تراخت أثاره بعضها أو جلها إلى المستقبل كما لو أتلّف الطبيب بخطأ منه أحد أعضاء جسم المريض، أو أجرى تجارب طبية دون موافقة المريض، أو إعطائه علاجا بهدف الاختبار.

1- أحمد حسن الحيارى، مرجع سابق. ص 127، 128

القاعدة التقليدية والمستقر عليها فقها وقضاء هي مسائلة الطبيب عن الضرر المباشر، أي الضرر الذي لا يكون في وسع المصاب أن يتوفاه ببذل جهد معقول، وفي الوقت نفسه لا يسأل الطبيب عن الضرر غير المباشر.<sup>1</sup>

والوضع السابق لا ينظر إليه بهذه البساطة في مجال الخطأ الطبي لأن طبيعة العلاقة القانونية بين الطبيب والمريض هي المرجع. فبحسب القاعدة العامة في المسؤولية العقدية لا يلتزم المدين إلا بالتعويض عن الضرر المتوقع فقط، أخذاً بالاعتبار حالي الغش و الخطأ الجسيم، والأمر على خلاف ذلك في المسؤولية التقصيرية التي توجب على المدين التعويض عن الضرر المتوقع والضرر غير المتوقع، وعليه فلو اعتبرنا العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض علاقة تعاقدية فلا يلتزم الطبيب إلا بالتعويض عن الضرر المتوقع والمباشر، إلا إذا كان الضرر الطبي ناجماً عن غش أو خطأ جسيم وهذا على عكس ما هو في حالة قيام مسؤولية الطبيب التقصيرية.

فمحكمة النقض الفرنسية أقامت مسؤولية الطبيب عن فعله الخطأ في 1970/01/27 على الطبيب الجراح بسبب سقوط إحدى أدوات الجراحة في رئة طفل عن الأضرار المباشرة فقط واعتبرت الضرر مؤكداً ومحققاً ومباشراً.<sup>2</sup>

بحيث في ضوء ما تقدم ستعرض وباختصار للضرر المستقبل: وهو الذي تحقق سببه. وتراخت آثاره كلها أو جزء منها إلى المستقبل وهذا النوع من الضرر يأخذ حكم الضرر المحقق. والضرر الاحتمالي الذي يعتبر ضرر لم يقع أصلاً، لكنه محتمل الوقوع، وتقويت الفرصة والذي يعتبر حرمان الشخص من فرصة كان يحتمل أن تعود عليه بالكسب.

ومثال ذلك : حرمان المريض من الحياة نتيجة خطأ الطبيب الجراح أثر إجراء عملية جراحية .

1- أحمد حسن الحباري، مرجع سابق.ص128.

2- أحمد حسن الحباري، مرجع نفسه.ص129.

فالقضاء الجزائري جرى على التعويض عن مبدأ فوات الفرصة، متى كانت الفرصة حقيقية وحدية، ويختص بتقديرها قاضي الموضوع دون أية رقابة عليه من المحكمة العليا.<sup>1</sup>

أما الضرر المعنوي (الأدبي): فهو ذلك الضرر الذي يصيب الشخص في شعوره أو عاطفته أو كرامته مثل: فقد الشخص العزيز لديه مثل والده أو ابنه فمثل هذا الضرر ضرر أدبيا يستوجب التعويض، وللقاضي حرية تقدير هذا الضرر أخذاً في الحساب كل الظروف المحيطة بالمجني عليه وذويه الذين يعتمدون عليه ومدى الخسارة التي لحقت بهم من جراء فقد المريض حياته نتيجة للخطأ الطبي. وفي المجال الطبي يتمثل الضرر الأدبي في مساس الطبيب أو المستشفى لجسم المريض بخطأ طبي يلحق به الأذى ويبدو ذلك بالألام الجسمانية والنفسية أو ما ينشأ من تشوهات وعجز في وظائف الجسم، ويختلف تقديم الضرر من إنسان إلى آخر.

بحيث أن في الجزائر ما زال الجدل الفقهي قائماً بخصوص التعويض عن الضرر الأدبي، لأن المشرع الجزائري أورد نص المادة (124) من القانون المدني الجزائري عاماً، مع إجماع الفقه والقضاء على ضرورة التعويض عن الضرر الذي يصيب الغير لكن يستفاد من النص ذاته أن المشرع الجزائري قبل بالتعويض عن الضرر الأدبي لأن النص العام لا يخصص بدون نص قانوني خاص. ويرى أن المشرع الجزائري قبل في التعويض عن الضرر الأدبي في نصوص أخرى وردت في قانون الإجراءات الجزائية الجزائري.<sup>2</sup>

كما تضمن قانون العمل الجزائري، التعويض عن الضرر الأدبي في حوادث العمل. كما و أن نص المادة (131) من القانون المدني الجزائري لم تستبعد التعويض عن الضرر الأدبي .

ونجد أن ما يدعم هذا الرأي أيضاً أن قانون العقوبات الجزائري أثار مسألة الضرر الأدبي بإفراده نص المادة (301) "فالطبيب الذي يعرف معلومات عن

1- أحمد حسن الحيارى، مرجع سابق، ص 130، 131 .

2- أمير فرج يوسف ، مرجع سابق، ص169.170 .

صحة مريضه عليه المحافظة على سريتها والامتناع عن اطلاع الغير عليها إلا للأسباب التي يبررها القانون أو موافقة المريض.

ولان السر المهني يعد من قبيل الضرر الأدبي الذي يصيب المريض افرد المشرع الجزائري في مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائرية مجموعة من القواعد التي توجب على الطبيب احترامها تحت طائل المساءلة القانونية.

### الفرع الثاني: العلاقة السببية.

لا يكفي مجرد وقوع الضرر للمريض وثبوت خطأ الطبيب أو المستشفى، بل يلزم وجود علاقة مباشرة ما بين الخطأ والضرر. وهذا ما يعرف عنه بركن السببية كركن ثالث من أركان المسؤولية ويستقل عن ركن الخطأ، وتحديد رابطة السببية في المجال الطبي يعد من الأمور الشاقة والعسيرة نظرا لتعدد الجسم الإنساني وتغير حالته وخصائصه وعدم وضوح الأسباب لمضاعفات الظاهرة، فقد ترجع أسباب الضرر إلى عوامل بعيدة أو خفية مردها طبيعة تركيب جسم المريض واستعداده مما يصعب معه تبيينها.<sup>1</sup>

بحيث أن الرابطة السببية تعد أساس المسؤولية المدنية، فلا يمكن تصور ضرر ناتج عن خطأ ما لم تكن هناك علاقة سببية "تجعل الخطأ علة الضرر وسبب وقوعه". فمناط المسؤولية وجوهرها الرابطة السببية.

ويراد بالعلاقة السببية العلة التي تربط الضرر الطبي الحاصل عن الخطأ المرتكب هو الذي أدى إلى وقوع الضرر، وتعد هذه العلة ركنا قائما بذاته فالطبيب الذي يقع منه خطأ يسبب ضرر المرض يستوجب وجود علاقة سببية بين الخطأ المرتكب والضرر الواقع على المريض.<sup>2</sup>

1- محمد حسين منصور. مرجع سابق. ص 192 .

2- احمد حسن الحياوي . مرجع سابق. ص 135.136 .



وقد يقع خطأ من الطبيب من غير أن يتسبب بضرر للمريض، كإهمال الطبيب بتعقيم الأدوات الجراحية، لا يكتفي لقيام علاقة السببية، إذا كانت وفاة المريض ناتجة عن سبب عارض كالنوبة القلبية المفاجئة.<sup>1</sup>

وتقيم محكمة النقض مبدأ شهيراً في هذا الشأن مقتضاه انه متى اثبت الضرور الخطأ و الضرر. وكان من شان ذلك الخطأ أن يحدث عادة مثل هذا الضرر. فان القرينة على توافر علاقة السببية بينهما تقوم لصالح الضرور، والمسؤول نفي هذه القرينة بإثبات أن الضرر قد نشأ عن سبب أجنبي لا يدل له فيه. و السبب الأجنبي الذي تنتفي به رابطة السببية هو بوجه عام الحادث الفجائي أو القوة القاهرة أو خطأ وقع من الضرور أو من الغير، وقد يكون السبب الأجنبي عيباً أو مرضاً خامر الضرور .

إلا أن خطأ الطبيب قد لا يكون وحده السبب في الضرر الناتج بل يشترك معه خطأ آخر للمريض أو الغير مما يؤثر في مسؤولية الطبيب والتعويض الذي يحكم به.

فقد تنفي علاقة السببية بين الخطأ و الضرر إذا كان هناك سبب أجنبي يترتب عليه حدوث الضرر . و هذا السبب قد يكون كما ذكرنا حادث فجائي أو قوة قاهرة أو خطأ المريض أو الغير . و يشترط اعتبار الحادث قوة قاهرة عدم إمكان توقعه و استحالة دفعه ومن أمثلة ذلك:

وفاة المريض بالقلب على إثر رعد مفاجئ، أو زلزال. أما عن خطأ المريض فإنه ينفي رابطة السببية إذا كان هو وحده السبب في إحداث الضرر .

أما إذا كان قد ساهم مع خطأ الطبيب في وقوع الضرر فإن ذلك يؤدي إلى انتقاص التعويض المحكوم به على الطبيب بقدر نسبة خطأ المريض وقد قضت محكمة النقض بأن الأصل أن خطأ الضرور لا يرفع المسؤولية و إنما يخففها ولا يعفى المسؤول استثناء من هذا الأصل إلا إذا تبين من ظروف الحادث أن خطأ

1- احمد حسن الحياوي . المرجع نفسه . ص136 .

المضرور هو العامل الأول في إحداث الضرر الذي أصابه و انه بلغ من الجسامة  
درجة بحيث يستغرق خطأ المسؤول .<sup>1</sup>

<sup>1</sup>- محمد حسين منصور ، مرجع سابق . ص193.194 .

### المبحث الثالث: مدى مشروعية الأعمال الطبية.

يجب الإشارة في هذا الصدد إلى عدة مبادئ أولية، وينبغي علينا التسليم بأنه من المتفق عليه شرعا وقانونا، لا يجوز مطلقا التصرف في عضو من الجسد ليس هناك بديل له كالقلب، أو عضو يؤدي وظيفة هامة تؤثر على حياته، أو يعرض الجسم للإصابة بعجز شديد أو دائم وذلك كالتصرف في الكبد أو الغدة التناسلية، فمثل هذا التصرف، سواء تم بطريق البيع أم على سبيل التبرع لدواعي إنسانية أو عاطفية، يعد باطلا. ويقع الطبيب تحت طائلة المسؤولية المدنية في مجال التعويض المدني ولا عبرة برضاء المريض في هذه الحالة.<sup>1</sup>

بحيث أن التشريعات الجزائرية الحديثة أفردت نصوصا قانونية لتحريم القتل الذي يقع على الإنسان، لأن الحق في سلامة الجسم لا يقل أهمية من الحق في الحياة خاصة أن الإنسان لا يستطيع أن يتمتع بحياته ونشاطه الاجتماعي إلا إذا تمتع بحماية القانون فيها يتعلق بسلامة جسمه، وأجمعت التشريعات الجزائرية على تعريف القتل بأنه: "إزهاق روح إنسان دون وجه حق بفعل إنسان آخر".<sup>2</sup>

كما أن للطبيب واجبات نحو مهنته من جهة وواجبات نحو مرضاهم من جهة ثانية، فكما نعلم أنه وجدت قوانين تنظيم واجبات الأطباء نحو مهمتهم من خلال مواد فمن بين هذه الواجبات : على الطبيب أن يراعي الدقة والأمانة في جميع تصرفاته وأن يحافظ على كرامته وكرامة المهنة ولا يجوز لطبيب أن يضع تقريرا أو يعطي شهادة تغاير الحقيقة كم أنه لا يجوز للطبيب أن يستعمل وسائل غير علمية في مزاوله المهنية ومن بين واجبات الأطباء نحو مرضاهم، تتمثل في بذل الطبيب كل ما في وسعه نحو مرضاه وأن يعمل على تخفيف الألم وأن يسوي بينه في الرعاية ولا يميز بينهم بسبب مركزهم الأدبي والاجتماعي.<sup>3</sup>

1- محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص150

2- أحمد محمود نهار أبو سليم، القتل بدافع الشفقة، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، عمان، 2010، ص32.

3- محمد حسين منصور، مرجع نفسه، ص260، 262.

فمن خلال هذه المعاملات التي سبق ذكرها أي الواجبات فيتبين أن على الطبيب واجب والتزام قانوني نحو المرضى، بحيث إذا ما أخل بهذه الواجبات أو الالتزامات بسبب خطأ الطبيب ويتكون الخطأ عمدي أي وجود القصد الجنائي فتترتب عليه المسؤولية الجنائية، أي يسأل الطبيب جزائياً ومدنياً.

بحيث يعرف العمل الطبي بمفهومه الواسع أنه يشمل جميع مراحل من فحص وتشخيص وعلاج، وهو ما عبر عنه البعض الآخر بأنه: كل نشاط يرد على جسم الإنسان أو نفسه، ويتفق في طبيعته وكيفيته مع الأصول العلمية والقواعد المتعارف عليها نظرياً وعملياً في علم الطب ويقوم به طبيب مصرح له قانوناً به، بقصد الكشف عن المرض وتشخيصه وعلاجه، لتحقيق الشفاء، أو تخفيف آلام المرض أو الحد منها أو منع المرض، أو يهدف إلى المحافظة على صحة الأفراد، أو تحقيق مصلحة اجتماعية.<sup>1</sup>

وعليه أن العمل الطبي ينقسم إلى قسمين هما: الأعمال الطبية المشروعة والتي تتم ضمن أطر وتنظيمات قانونية وأعمال طبية غير مشروعة والتي يقوم فيها الطبيب بالأعمال غير القانونية عن طريق المغالطة والتدليس والاحتتيال مثلاً: في تحرير الشهادات الطبية الخاصة بالمريض فيقوم بتصريحات كاذبة وهذا من أجل تحقيق هدف شخصي أي غير علاجي. ومن هنا سوف نتطرق إلى دراسة الأعمال الطبية المشروعة وغير المشروعة باختصار في مطلبين وفروع.

### المطلب الأول: مشروعية الأعمال الطبية.

فهنا يجب التحدث عن الأساس القانوني لإباحة العمل الطبي. لاشك في إن مزاولة الأعمال الطبية والجراحية التي يقوم بها الطبيب تتطلب المساس بسلامة جسم الإنسان، كفحص جسم المريض، الذي قد يمتد إلى عوراته ووصف الأدوية، وإعطاء بعض المواد المخدرة، وإجراء الجراحة، ونزع أجزاء من دمه أو أنسجة لإجراء التحاليل، وهذه الأفعال تشكل إذا قام بها الشخص العادي جراً مما

1- محمود القبلاوي، مرجع سابق، ص06.

ينص عليه قانون العقوبات كالضرب والجرح وإعطاء المواد الضارة، وقد يؤدي إلى وفاة المريض فتقوم جريمة الضرب أو الجرح المفضي إلى الموت، وهذا يعني أن الأعمال الطبية و الجراحية تتطابق مع النموذج القانوني لجرائم المساس بسلامة الجسم، و لكن المستقر عليه هو إباحة هذه الأعمال في المجال الطبي، لأنها تحقق مصلحة المريض و للمجتمع و من ثم فإنها لا تخضع لنطاق التجريم، إذا توافرت شروط معينة، بحيث انقسم الفقه إلى ثلاثة اتجاهات فالأول يذهب إلى انتفاء القصد الجنائي لدى الطبيب بالقول أن أساس إباحة عمل الطبيب و عدم مسؤوليته عن أفعاله أثناء ممارسته لمهنته، يكمن في انتفاء القصد الجنائي، و الذي تتطلب جريمة الجرح أو الضرب لقيامها، و ذلك على سند من القول، بأن إرادة الطبيب لا تتجه إلى الإضرار بصحة المريض، و إنما إلى شفاؤه من مرضه.

أما بالنسبة للاتجاه الثاني يذهب إلى أن أساس إباحة أفعال الطبيب، و عدم مسؤوليته عن أفعاله أثناء ممارسة لمهنته، يكمن في رضا المريض بالعمل الطبي أو الجراحي على جسده، و ذلك سند من القول، بأن الرضا يعد سببا لإباحة العمل الطبي، حتى و لو قام به شخص آخر غير طبيب، و لم يتوافر لديه قصد العلاج، شريطة أن تتوافر لديه كل من الغاية المشروعة و رضاء المريض.<sup>1</sup>

إلا أن محكمة النقض في حكم لها بأن رضاء المريض لا يعد مانعا من المسؤولية ولا يمنح الحق في التعويض لأجسام الأشخاص، لأن ذلك يتعلق بالنظام العام.

أما الاتجاه الثالث ذهب إلى القول أن أساس إباحة عمل الطبيب في القيام بالأعمال الطبية والجراحية التي يجريها على أجسام المرضى يكمن في الرخصة المخولة لهم قانونا بمزاولة مهنة الطب وفقا للشروط والإجراءات المنصوص عليها في القوانين المنظمة لمزاولة مهنة الطب والجراحة وذلك على سند من القول بأن القانون ينظم كيفية مباشرة هذه المهنة ويعترف بكل الأعمال اللازمة لمباشرتها والتي تستهدف قصد العلاج سواء كان القانون الجنائي أو غيره من فروع القانون

1- محمود القبلاوي، مرجع سابق، ص15، 12.

الأخرى، مثال : تلك القوانين المنظمة للمهن الطبية التي تخول للأطباء و الجراحين الحق في التعرض لأجسام المرضى بأفعال تعد من قبيل الجرائم إذا مارسها أشخاص غيرهم .ليس لهم هذا الحق استنادا إلى المادة 60 عقوبات والمادة 327 عقوبات فرنسي .

ووفقا لهذا الرأي يكون الترخيص ضروري للإباحة ، حتى ولو كان الجاني حاصلًا على بكالوريوس الطب و الجراحة ، طالما لم يكن مرخصًا له بمزاولة مهنة الطب ، وقد أخذت العديد من التشريعات بهذا الرأي<sup>1</sup>.

بحيث اشترط قانون مزاولة مهنة الطب رقم 415 لسنة 1945 لإباحة العمل الطبي أن يكون من إجراء مرخص له قانونًا بإجرائه وأن يكون حصل على رضاء المريض أو ممثله وأن يكون الفعل قد أجري بقصد العلاج مفردين لكل شرطين فرعا مستقلا وذلك على النحو التالي :

### الفرع الأول : الترخيص القانوني ورضاء المريض بالعلاج.

يشترط لإباحة العمل الطبي و الجراحي أن يكون من أجراه مرخصًا له قانونًا بمزاولة مهنة الطب والجراحة ، وهو ترخيص تمنحه جهة الإدارة المختصة لكل من حصل على الإجازة العلمية التي يعد طالبها لمباشرة مهنة الطب ، و هذه الإجازة هي أساس الترخيص الذي تتطلب القوانين و اللوائح الحصول عليه قبل مزاولة المهنة ، لذا يعد الترخيص القانوني شرطًا أساسيًا لإباحة الأعمال الطبية ، حتى ولو كان من أجراها حاصلًا على المؤهل الدراسي الذي يعده لممارسة هذه المهنة<sup>2</sup>.

فعلة هذا الشرط تكمن ، في أن المشرع لا يثق في غير من رخص لهم بمزاولة مهنة الطب إذ هم في تقديره الذين تتوافر لديهم الدراية العلمية و الخبرة العلمية للقيام بعمل طبي أو جراحي يطابق الأصول العلمية المتعارف عليها في المهن الطبية وتنتجه إلى تحقيق شفاء المريض ومصالحته ، فضلا عن التثبيت من

1- محمود القبلاوي مرجع سابق ص 18-19

2- محمود القبلاوي مرجع نفسه ص 22

استيفاء الطبيب أو الجراح لكل الشروط التنظيمية لذلك وهذا يعني أن مجرد الحصول على المؤهل العلمي لا يبيح ممارسة العمل الطبي ، وكذلك الأفعال المترتبة على هذه الممارسة ، فمن لا يملك هذا الترخيص طبقاً للقواعد التي نظمتها قوانين ولوائح مزاولة تلك المهنة يسأل عما يحدثه من الغير من جروح باعتباره معتدياً على أساس العمد سواء تحقق الغرض الذي قصده بشفاء المجني عليه أو لم يتحقق وتطبيقاً لذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا كانت الواقعة هي أن المتهم وهو غير مرخص له بمزاولة مهنة الطب خلع ضرسين من المجني عليه فسبب له بذلك وربما في الفك الأيمن فهذه جريمة إحداث جرح عمداً بالمادة 242 من قانون العقوبات لا إصابة خطأ .

أما إذا لم يتعمد الجاني إحداث الجرح فإنه يسأل عن جريمة غير عمدية وتطبيقاً لذلك قضت محكمة النقض بأنه إذا أدخل المتهم تومرجي بعيادة أحد الأطباء قسطرة معدنية بقبل المجني عليه بطريقة غير فنية فأحدث جرحين بالمثانة ومقدمة القبل، وقد نشأ عن هذه الجروح تسمم دموي عفن أدى إلى الوفاة ، فإن الجاني يعتبر مرتكب الخطأ فضلاً عن مسألته عن مزاولة مهنة الطب على نحو يخالف القانون ولا يعفي من المسؤولية بشرطها القانونية.<sup>1</sup>

وتطبيقاً لذلك قضت محكمة النقض بأنه لا تغني شهادة الصيدلي أو ثبوت دراية الصيدلي بعملية الحقن عن الترخيص بمزاولة مهنة الطب وهو ما يلزم عنه مساءلته عن جريمة إحداثه بالمجني عليه جرحاً عمداً ، ما دام أنه كان في مقدوره أن يمتنع عن حقن المجني عليه مما تنتفي به حالة الضرورة .

وتجدر الإشارة إلى أن الترخيص قد يكون عاماً بمباشرة كل الأعمال الطبية وقد يكون خاصاً ببعضها فقط كما هو الشأن بالنسبة للمولدات وعندئذ تنحصر الإباحة عن الأفعال التي تخرج عن نطاق الترخيص ويسأل مرتكب الفعل مسؤولية عمدية ومن تطبيقات القضاء في هذا الشأن مساءلة حلاق الصحة إذا أجرى عملية جراحية أو إذا حقن المريض تحت الجلد نظراً لأن هذا الفعل يخرج عن نطاق

1- محمود القبلاوي "مرجع سابق" ص 24

الرخصة الصغرى التي بيده إذا لا تبيح له هذا الفعل ومساءلة الممرض إذا أدخل قسطرة في جسم المريض فأحدثت به جروحا أدت إلى وفاته ومساءلة القابلة عن إجرائها عملية ختان.<sup>1</sup>

أما رضاء المريض بالعلاج فيتمثل في: يتطلب المشرع لإباحة تدخل الطبيب أن يتم ذلك برضاء المريض أو النائب عنه قانونا شفاهة أو كتابة صراحة أو ضمنيا إلا أنه في الحالة الأخيرة يتعين أن يكون قاطع الدلالة على الموافقة كما لو ذهب المريض بنفسه إلى المستشفى في الميعاد المحدد له لإجراء العملية أو ذهابه بنفسه إلى غرفة العمليات بعد أن علم بنوع العملية التي تقتضيها حالته أو ذهابه إلى عيادة الطبيب .

هذا ويعد رضاء المريض شرطا من شروط إباحة العمل الطبي إذا فإن هذا الشرط لا نزاع فيه فقها و قضاء .<sup>2</sup>

ويرجع ذلك إلى أن رضاء المريض قبل التدخل الجراحي أو العلاجي يعد صيانة لحقه في سلامة جسمه وتكامله الجسدي و احتراماً لحريته الشخصية .

فالرضاء قد يصدر من المريض أو ممن يمثله قانونا كولييه إذا كان قاصرا أو غير أهل أو عاجز عن التعبير عن إرادته ، على أن اشتراط رضاء المريض بالعلاج ليس مطلقا فقد يقوم الطبيب بالعمل الطبي دون توقف على رضاء المريض وذلك في حالتين :

**الحالة الأولى:** حالة انتشار الأوبئة حيث يقوم الطبيب بالعمل الطبي ولو رفض المريض ذلك ، وعندئذ لا يستند الإباحة إلى استعمال الحق و إنما يستند إلى تنفيذ القانون أو استعمال السلطة .

1- محمود القبلاوي المرجع سابق ص 24

2 - محمود القبلاوي مرجع نفسه ص 25.



**الحالة الثانية:** حالة الضرورة إذا كان المريض مهدداً بخطر جسيم حال على حياته، وكان غير قادر على التعبير عن إرادته وليس استناداً إلى سبب إباحة، وإنما استناداً إلى حالة الضرورة التي تعتبر مانعاً من موانع المسؤولية الجنائية.

ولكن إذا أجرى الطبيب العمل الطبي في غير هاتين الحالتين - تنفيذ القانون وحالة الضرورة - دون رضا المريض يتخلف سبب الإباحة بتخلف شرط من شروطه، فلا يكون الطبيب مستعملاً حقه فيسأل عن عمله مسؤولية عمدية شأنه شأن غير الطبيب، وفي هذا المجال يثور التساؤل عن مدى تمتع الطبيب بالإباحة فيما إذا حصل على رضا المريض بإجراء جراحة معينة له، و أثناء إجرائها أكتشف ضرورة القيام بعمل طبي آخر يلزمه قصد الشفاء بإجرائه، كأن يكتشف التهاب حاد بالزائدة الدودية أثناء قيامه بعملية جراحية لتوليد امرأة فيقوم بإستئصالها قاصداً من ذلك شفاء المريض، فهل يقوم به ويعتبر فعله مباحاً أم يمتنع عليه مباشرته<sup>1</sup>.

في الإجابة على هذا التساؤل، استقر الفقه و القضاء على إباحة هذا العمل الطبي الذي يجريه الطبيب، تأسيساً على سابقة حصوله على رضا المريض، واتجاه غايته لتحقيق الشفاء و التي تتحقق من خلال مصلحة جديدة للمريض، شريطة ان يحيط علمه بعد الجراحة بما تم إجراؤه فالأصل في مجال الأعمال الطبية هو حرية المريض في العلاج، وان ما يجري له من عمليات جراحية دون الحصول على رضائه يعد استثناء على هذا الأصل.

وأخيراً يشترط في رضا المريض، أن يكون صادراً منه عن إرادة حرة دون إكراه وأن يكون واعياً أي صادراً عن بصيرة بالنتائج المتوقعة للعمل الطبي المطلوب إخضاعه له، ومن ثم يتعين على الطبيب تبصرة المريض بالنتائج التي يمكن أن تترتب على العمل الطبي، فإذا أخفى عليه ذلك، فإن الرضا يكون معيباً، وبالتالي يسأل الطبيب عن نتائج عملة الطبي متى شكلت جريمة نظراً لانتقاء شروط ممارسة العمل الطبي.<sup>2</sup>

1- محمود القبلاوي مرجع سابق ص 26-27

2- محمود القبلاوي . مرجع نفسه ص 28 .

### الفرع الثاني: مراعاة الأصول العلمية الطبية

ويتكون من عنصرين هما :

**أولاً: التدخل الطبي بقصد العلاج ومراعاة الأصول العملية لممارسة العمل الطبي.**

يجب أن يكون التدخل الطبي أو الجراحي بقصد العلاج، إذ أن الغاية من مزاولة العمل الطبي و الجراحي هو علاج المريض، وتحسين حالته الصحية، أي تخليصه من المرض وتخفيف آلامه أو علاجه، وهذا تطبيق لشرط حسن النية الذي ينبغي توافره في استعمال الحق كسبب للإباحة، لأن سلامة جسم الإنسان من النظام العام و حمايتها أمر يقتضيه الصالح العام، ولا يجوز الخروج عن هذا الأصل إلا إذا كان فعل المساس بسلامة الجسم يحقق فائدة للإنسان ذاته، بإنقاذ حياته أو علاجه من علة أمت به، فالهدف العلاجي يعتبر هنا بمثابة شرط من شروط إباحة العمل الطبي.<sup>1</sup>

وعلى ذلك فإذا انتفى قصد العلاج لدى الطبيب بان كان تدخله منصرفاً إلى غرض آخر، فإن فعله يخرج من دائرة الإباحة ويدخل دائرة التجريم، الأمر الذي يؤدي إلى قيام مسؤوليته الجنائية .

وتطبيقاً لذلك قضى، بأنه يعد جريمة معاقبا عليها على أساس العمد قيام الطبيب بإجراء عملية بتر عضو من أعضاء جسم شخص بقصد تسهيل تخليصه من الخدمة العسكرية، حتى ولو تم ذلك برضاء المجني عليه أو بناء على رجائه. أو إذا أساء الطبيب استعمال حقه في وصف المخدرات، فلا يرمى من وراء وصفها إلى علاج طبي صحيح، بل يقصد أن يسهل للمدنيين تعاطي المخدرات، أو أن يجري الطبيب إجهاضاً لإحدى السيدات بقصد تخليصها من حملها الذي حملت سفاحاً، أو استئصال مبيض التناسل بناء على طلبها، أو يخضع الطبيب مريضه لفحوص وأبحاث طبية أو جراحية لم يكن الغرض منها مصلحة المريض، وإنما تحقيق

1- محمود القبلاوي . مرجع سابق .ص29 .

مصلحة علمية، أو استهدف قتل المريض ولو بدافع إنفاذه من الآلام التي يعانيها ولو كان المرض ميئوسا من شفائه .

### ثانيا: مراعاة الأصول العلمية لممارسة العمل الطبي.

يشترط بجانب الشروط الثلاثة السابقة أن تكون ممارسة الطبيب لعمله الطبي وفقا للأصول العلمية التي يعرفها أهل العلم ولا يتسامحون مع من يستهين بها ممن ينتسب إليهم، إذ يعد ذلك من أهم شروط مشروعية العمل الطبي .

وقد عبرت محكمة النقض عن هذا الشرط بقولها انه: من المقرر أن إباحة عمل الطبيب مشروطة بان يكون ما يجريه مطابقا للأصول العلمية المقررة فإذا أفرط في إتباع هذه الأصول أو خالفها حقت عليه المسؤولية الجنائية بحسب تعمدته الفعل ونتيجته أو تقصيره وعدم تحزره في أداء عمله<sup>1</sup>.

وليس معنى هذا أن الطبيب ملزم عند ممارسته للأعمال الطبية أن يطبق العلم كما يطبقه اغلب الأطباء، ففي النظريات العلمية يوجد مجال للاختلاف، فإذا كانت توجد وسيلة علمية محل خلاف بين مؤيد ومعارض لها وأخذ بها الطبيب فلا يعتبر مخالفا للأصول العلمية، وكذلك إذا اخذ برأي مرجوح في مجال الكشف عن الأمراض، ولم يطبق الرأي الراجح. فإذا تحقق إتباع الطبيب لأصول فقه وبذل القدر اللازم من العناية و اليقظة والحذر فانه لا يسأل ولو فشل العلاج. أما إذا اقترن عمله الطبي بالخطأ فانه يسأل مسؤولية غير عمدية و يقدر الخطأ الطبي وفقا للقواعد العامة في الخطأ غير العمدي ، وبناء على ذلك يسأل الطبيب إذا أجرى عملية جراحية بسلاح غير معقم أو إذا ترك أداة من أدوات الجراحة سهوا في بطن المريض مما أدى إلى إجراء جراحة أخرى توفى بسببها ، أو إذا أجرى العملية دون وجود مختص بالتخدير.

كذلك يسأل الطبيب عن عدم استيثاقه من كنه الدواء الذي يتناوله المريض .

1- دكتور. محمود القبلاوي . مرجع سابق. ص31 .

و لكن الطبيب لا يسأل إذا كان ملزماً بالتدخل في حالة عاجلة كحالة انفجار الزائدة الدودية ، ووجود بداية التهاب بریتوني .<sup>1</sup>

و أيضا لا ننسى عملية زرع الأعضاء التي كانت من الناحية القانونية تعتبر طبقا للاتجاه الغالب من قبيل الأعمال غير المشروعة التي تستوجب المسؤولية الجنائية و المدنية للطبيب و لا يعفيه من ذلك رضاء المتنازل لان سلامة الجسم تعد من الحقوق التي لا تقبل التنازل عنها ، و الأصل هو حرمة المساس بالجسد الإنساني و أمام التقدم العلمي و تزايد عمليات نقل الأعضاء من الناحية الواقعية و لقد صدر بالفعل قانون ينظم زرع الأعضاء البشرية و لكن شروط معينة نذكرها التي اتخذت عنوان مشروعية نقل و زرع الأعضاء البشرية .<sup>2</sup>

من بينها التنظيم الأمر لنقل الأعضاء:

بحيث لا يجوز إجراء عمليات زرع الأعضاء أو أجزائها أو الأنسجة بنقل أي عضو أو جزء من عضو أو نسيج من جسم إنسان حي أو من جسد إنسان ميت بقصد زرعه في جسم إنسان آخر إلا طبقا لأحكام هذا القانون ولائحته التنفيذية والقرارات المنفذة له. ومن شروط مشروعية نقل الأعضاء: لا يجوز نقل أي عضو أو جزء من عضو أو نسيج من جسم إنسان حي بقصد زرعه في جسم إنسان آخر إلا لضرورة تقتضيها المحافظة على حياة المتلقي أو علاجه من مرض جسم، وبشرط أن يكون النقل هو الوسيلة الوحيدة لمواجهة هذه الضرورة.

وإلا يكون من شأن النقل تعريض المتبرع لخطر جسيم على حياته أو صحته بحيث لا يجوز البدء في عملية النقل بقصد الزرع إلا بعد إحاطة كل من المتبرع والمتلقي، إذا كان مدركا بواسطة اللجنة الثلاثية المنصوص عليها في هذا القانون بطبيعة عمليتي النقل والزرع ومخاطرها المحتملة على المدى القريب أو البعيد.<sup>3</sup>

كما لا يجوز نقل أي عضو أو جزء من عضو أو نسيج من جسد ميت إلا بعد ثبوت الموت ثبوتا يقينيا يستحيل بعده عودته إلى الحياة بحيث تنازع الفقه بالنسبة لإباحة

1- محمود القبلاوي .المسؤولية الجنائية للطبيب ، ص 32.

2- محمد حسين منصور.مرجع سابق،ص152.153 .

3- محمد حسين منصور. مرجع نفسه.ص162 .

عملية نقل الأعضاء فوجد اتجاهان بالنسبة لإباحة هذه العملية فالأول يذهب الى اعتبار الضرورة سببا لإباحة نقل عضو من جسد إنسان حي لزرعه في جسد مريض، و الثاني هو المصلحة الاجتماعية المقترنة برضاء المعطي. فحالة الضرورة هي حالة الشخص الذي يوجد أمام خطر وشيك الوقوع، ولا سبيل إلى تفاديه إلا بارتكاب فعل محظور مخالف لقانون العقوبات ويذهب رأي الفقه إلى أن حالة الضرورة هي أساس مشروعية عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية، فإذا توافرت شروطها عند استئصال جزء من جسد شخص سليم لزرعه في جسد مريض، إنقاذاً لحياته من موت محقق.<sup>1</sup>

فلا مسؤولية على الطبيب لا من الناحية الجنائية ولا من الناحية المدنية وتقوم حالة الضرورة على المقارنة والموازنة بين المخاطر المراد تفاديها أما الاتجاه الثاني يقول أن أساس مشروعية نقل وزرع الأعضاء يقوم على فكرة المصلحة الاجتماعية فالحق في سلامة الجسم هو المصلحة التي يعترف بها القانون لكل فرد في ان تؤدي أعضاء الحياة في جسمه وظائفها أداء طبيعياً وان يحتفظ بسلامة جسمه، وكل اعتداء يحول دون السير العادي و الطبيعي لإحدى وظائف الجسم هو مساس بالحق في سلامة الجسم يجرمه القانون، وعلى ذلك فكل اعتداء يمس سلامة الجسم وينتقص من الإمكانيات التي تتطلبها الوظيفة الاجتماعية يعد إهداراً لحقوق المجتمع.<sup>2</sup>

### المطلب الثاني: لا مشروعية الأعمال الطبية.

إن مزاوله مهنة الطب تتطلب الترخيص القانوني لممارسة العمل الطبي بحيث يكون العمل في صورة مشروعة، كما نعلم في الأصل تحريم المساس بجسم الإنسان، فإباحة فعل الطبيب مشروطة بالحصول على إجازة عملية وترخيص وفقاً للقوانين و اللوائح، بحيث أن من لا يملك حق مزاوله الطب يسأل عما يحدثه بالغير من جروح وما إليها باعتباره معتدياً أي على أساس العمد، بحيث أن المساس أو

1- امير فرج يوسف. مرجع سابق. ص150 .

2- امير فرج يوسف. المرجع نفسه. ص 150، 151.

إلحاق الضرر بجسم الإنسان يعاقب عليه ويحرمه قانون العقوبات وقانون مزاولة مهنة الطب، فإذا قام الأطباء بأعمال طبية غير شرعية فتعد هذه الأعمال مخالفة للقوانين ولمدونة أخلاقيات مهنة الطب بحيث إذا خالف الأطباء النص القانوني فيسألون وتترتب عليهم المسؤولية الجنائية والمدنية، وتتعدد الأعمال الطبية غير المشروعة فمنها سرقة الأعضاء البشرية أو التجارب العلمية والقتل بدافع الشفقة (أي الموت الهين) وأعمال أخرى كتزوير الشهادات الطبية وغيرها. فهنا سوف نتطرق إلى فرعين، بتبيان هذه الأعمال الطبية غير المشروعة والتعرض لمختلف العقوبات.

### الفرع الأول: سرقة الأعضاء البشرية.

فمن خلال عملية زرع الأعضاء البشرية و الشروط الواجب تطبيقها وتنفيذها انعكست العملية من زرع إلى سرقة الأعضاء البشرية بحيث تعتبر جريمة نقل الأعضاء البشرية بطريقة غير مشروعة، يعاقب بالسجن وبغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه و لا تزيد على مائة ألف جنيه، كل من نقل عضوا بشريا أو جزء منه بقصد الزرع بالمخالفة لأي من الأحكام المواد 2،3،4،5،7 من هذا القانون، فإذا وقع هذا وقع هذا الفعل على نسيج بشري حتى تكون العقوبة السجن لمدة لا تزيد على سبع سنوات، وإذا ترتب على الفعل المشار إليه في الفقرة السابقة وفاة المتبرع تكون العقوبة السجن المشدد وغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تتجاوز مائتي ألف جنيه بحيث إن جريمة الزرع تكون في المنشآت الطبية الغير مرخص لها بذلك: دون الإخلال بالعقوبات المقررة في المادتين 17،19 من هذا القانون يعاقب بالسجن وبغرامة لا تقل عن مائتي ألف جنيه ولا تتجاوز ثلاثمائة ألف جنيه كل من أخرى عملية من عمليات النقل أو الزرع في غير المنشآت الطبية المرخص لها مع علمه بذلك، فإذا ترتب على الفعل وفاة المتبرع أو المتلقي تكون العقوبة السجن المؤبد.و يعاقب بذات العقوبة المنصوص عليها في الفقرة السابقة المدير المسؤول عن الإدارة الفعلية للمنشأة الطبية في الأماكن غير المرخص لها التي

تجري فيها أية عملية من عمليات نقل الأعضاء. بحيث أن جريمة سرقة الأعضاء و يتمثل الطريقة الأولى في النقل بطريقة التحايل أو الإكراه أي من غير إرادة المتبرع أو المعطي ويعاقب بالسجن المشدد و بغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه و لا تتجاوز مائتي ألف جنيه كل من النقل بقصد الزرع بطريقة التحايل أو الإكراه.<sup>1</sup>

أي عضو أو جزء من عضو إنسان حي، فإذا وقع الفعل على نسيج بشري تكون العقوبة السجن المشدد لمدة لا تزيد على سبعة سنوات، ويعاقب بالعقوبة المقررة في الفقرة السابقة كل من زرع عضواً أو جزءاً منه أو نسيج تم نقله بطريقة التحايل أو الإكراه مع علمه بذلك و تكون الجريمة قائمة عندما يكون هناك تقاضي مقابل عن النقل بحيث يعاقب عليها الشخص عند قيامه بمصادرة المال أو الفائدة المادية أو العينية المتحصل من الجريمة.<sup>2</sup>

أما في التشريع الجزائري فنص عليها في المادة 303 مكرر 16 من قانون العقوبات بحيث يعاقب بالحبس من 3 سنوات إلى عشر (10) سنوات و بغرامة من 300000 دج إلى 1000000 دج كل من يحصل من شخص على عضو من أعضائه مقابل منفعة مالية أو أية منفعة أخرى مهما كانت طبيعتها، و تطبق نفس العقوبات على كل من يتوسط قصد تشجيع أو تسهيل الحصول على عضو من جسم شخص وجاء في نص المادة 303 مكرر 26 على أنه: يكون الشخص المعنوي مسؤول جزائياً عن الجرائم المنصوص عليها في هذا القسم، حسب الشروط المنصوص عليها في المادة 51 مكرر من هذا القانون<sup>3</sup>. وأيضاً تعتبر جريمة النقل من إنسان دون ثبوت موته، فيعاقب بعقوبة القتل العمد مع سبق الإصرار المنصوص عليها في قانون العقوبات من نقل أي عضو أو جزء من عضو أو نسيج من جسم إنسان دون ثبوت موته ثبوتاً يقينياً، مما يؤدي إلى وفاة الشخص<sup>4</sup>. فهنا يعاقب الطبيب على هذا الفعل المتمثل في تحريره أو إصداره شهادة الوفاة للشخص

1- محمد حسين منصور، مرجع سابق ص 165، 166

2- محمد حسين منصور، مرجع نفسه، ص 167.

3- الأمر رقم 156/66 مؤرخ في 80 يونيو 1966 يتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم المواد 303 مكرر 16 و 303 مكرر 26.

4- محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص 167.

بحيث هذه العملية الأخيرة تتمثل في صورة تزوير الشهادات الطبية التي تعتبر جريمة في قانون العقوبات الجزائري و هذا ما جاء في نص المادة 226 من قانون العقوبات على أنه : كل طبيب أو جراح أو طبيب أسنان أو ملاحظ صحي أو قابلة قرر كذبا بوجود أو بإخفاء وجود مريض أو عاهة أو حمل أو أعطى بيانات كاذبة عن مصدر مرض أو عاهة أو عن سبب الوفاة و ذلك أثناء تأدية أعمال وظيفته وبغرض محاباة احد الأشخاص ،يعاقب بالحبس لمدة من سنة إلى ثلاث سنوات ما لم يكون الفعل إحدى الجرائم الأشد<sup>1</sup>.

وأیضا إذا تم نقل عضو من شخص دون موافقته فيعد هذا العمل الطبي غير مشروع و يمثل جريمة، و هذا ما جاء في قانون العقوبات الجزائري في نص المادة 303 مكرر 17 يعاقب بالحبس من 05 إلى 10 سنوات وبغرامة من 500.000 دج إلى 1000.000 دج . كل من ينتزع عضوا لشخص على قيد الحياة دون الحصول على الموافقة وفقا للشروط المنصوص عليها في التشريع الساري المفعول .

### الفرع الثاني: التجارب الطبية والقتل الرحيم.

هل يمكن أن يقبل الطبيب تبرع شخص بأحد أعضائه ليست من أجل شفاء شخص آخر ولكن للسماح بإجراء تجربة علمية وبهذا الصدد يجدر التمييز بين التجارب العلمية و التجارب العلاجية، فالتجارب العلمية لا تهدف لتحقيق أي فائدة علاجية للشخص الخاضع للتجربة ولكنها تهدف جوهريا لاكتساب المعارف الطبية الجديدة في حين تهدف التجارب العلاجية لجلب الفائدة لصحة الشخص نفسه ، وتتعلق التجارب العلمية هنا إلى حد ما بتحويل الشخص إلى حيوان لملاحظة ظواهر محددة ،وقد اتخذت اللجنة الوطنية للأخلاق ،رأيا حول التجارب على المرضى في حالة الغيبوبة الطويلة و هي تستنكر بشدة هذا النوع من التجارب.

1- الأمر رقم 156/66 مؤرخ في 08 يونيو 1966 يتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم المواد 303 مكرر 16 و 303 مكرر 26.



و يعتبر القانون الوضعي بشكل عام إجراء أي تجربة لأهداف علمية محضة غير مشروعة حتى مع الحصول على موافقة صاحب الشأن لعدم وجود الفائدة العلاجية بالنسبة له ، و تفرض المادة 18 من قانون الواجبات الطبية بهذا الصدد و بدون أي غموض على الطبيب الامتناع ضمن التحريات أو العمليات الجراحية التي يمارسها عن تعريف مريضه لخطر لا مبرر له <sup>1</sup>.

و يجب ألا يمارس نقل الأعضاء مبدئياً إلا باعتباره تجربة علاجية ، وما هو مؤكد في الواقع ، أن الطبيب يستطيع استخدام وسيلة علاجية جديدة .

ولكن بشرط أن يكون الهدف الأساسي للتجربة هو شفاء المريض ويجب ألا يؤخذ تطور الطب بعين الاعتبار إذا كان المريض لا يستطيع انتزاع فائدة شخصية من العلاج الذي يطبق عليه، وهذا يعني أن التجربة التي أجريت ضمن هدف علمي محض بدون اعتبار لمصلحة المريض تمثل طابعا غير مشروع. ويمكننا أن نثير رغما عن التجارب التي أجراها الأطباء الألمان خلال الحرب العالمية الثانية في السجون أو في مراكز التعذيب فإلى جانب التلقيح التجريبي للأمراض مثل الحمى الصفراء أو الملا ريا تم تشريح الحيوانات الحية، ويمكننا أن نفهم عندئذ انه عقب الحرب العالمية أرادت عدة دول الوقاية ضد تجدد مثل هذا الإفراط، وقد تم تحرير منذ عام 1947 واستنادا لمبادرة المؤسسة الطبية العالمية قائمة من عشرة مبادئ تتعلق بالتجارب على الإنسان والتي عرفت باسم نورمبرغ بالنسبة لفرنسا، فقد اتخذت مبدئياً موقفا معارضا بقوة للتجارب الإنسانية مما قاد المخابر الفرنسية التوجه نحو الدول الأجنبية، كلما صادفتهم صعوبات في التامين على حياتهم وقد قاد هذا الوضع المشرع للتدخل من اجل إعداد قانون يتعلق بحماية الأشخاص الذين يتعرضون للأبحاث الطبية الحيوية وقد عرف القانون التجارب الطبية الحيوية بأنها "الأبحاث، الدراسات أو التجارب التي تنظم وتمارس على الكائن البشري بهدف تطوير العلوم الحيوية أو الطبية، وقد ميز القانون بين الأبحاث ذات الهدف العلاجي المباشر التي تقدم فائدة علاجية مباشرة للشخص الخاضع لها والأبحاث التي لا تملك

1- احمد عبد الدائم ،مرجع سابق ،ص304،303.

هدفا علاجيا مباشرا سواء وقعت على المرضى أم لا، فالعمل الطبي غير المشروع يتمثل في التجارب العلمية التي تهدف إلى تطور وزيادة الحوصلة العلمية للطبيب ومن جهة أخرى تحقيق الربح السريع واسم الشهرة متناسيا الجانب الأخلاقي لهذه المهنة والدافع الإنساني بحيث يجب ان تكون التجربة العلمية تهدف إلى فوائد علاجية، ورضاء المرضى.<sup>1</sup>

أما القتل الرحيم أو ما يسمى بالقتل بدافع الشفقة أو الموت الهين.<sup>2</sup> بحيث يطلق على هذه التسميات اصطلاح لفظ الاوثانازيا في اللغة العربية ولقد أفردت التشريعات الجزائية الحديثة نصوصا قانونية لتجريم القتل الذي يقع على الإنسان لان الحق في سلامة الجسم لا يقل أهمية عن الحق في الحياة، خاصة أن الإنسان لا يستطيع أن يتمتع بحياته ونشاطه الاجتماعي إلا إذا تمتع بحماية القانون فيما يتعلق بسلامة جسمه وأجمعت التشريعات الجزائية على أن القتل هو "إزهاق روح إنسان دون وجه حق بفعل إنسان آخر"

وعليه عند قيام الطبيب بتنفيذ القتل الرحيم فيدخل عمله ضمن دائرة الأعمال غير المشروعة فالإنسان في نظر القانون مجموعة من القيم الجديرة بالرعاية بل ان كل قيمة اجتماعية يرهاها القانون إنما تستمد أصلها من تقدير الإنسان لها فالإنسان هو محرر الحقوق جميعا وفي نهاية المطاف هدف الحماية القانونية بوجه عام والجنائية منها بوجه خاص. بحيث يقوم الطبيب بهذا العمل عندما يكون المجني عليه مصابا بمرض مستعصي ميؤوس من شفائه.<sup>3</sup>

والقتل بدافع الشفقة قد يتحقق بالسلوك الايجابي أو بالسلوك السلبي. فالقتل الايجابي هو عبارة عن القيام بفعل يمنع القانون القيام به ويتحقق هذا السلوك من خلال حركة عضوية أي بمعنى القيام بعمل. أما السلوك السلبي فيتمثل هو الامتناع الإرادي عن القيام بحركة عضوية يوجب القانون القيام بها. ويترتب على تخلفها آثار قانونية ويرى الباحث أن عنصر الترك والامتناع في جريمة القتل بدافع الشفقة

1- احمد عبد الدائم، مرجع سابق، ص304.305 .

2- امال عبد الرزاق مشالي ، الوجيز في الطب الشرعي، مكتبة الوفاء القانونية الاسكندرية2009م، ص233 .

3- احمد محمود نهار ابو سويلم، مرجع سابق، ص32 .

تتحقق غالبا بترك المريض يموت موتا طبيعيا وذلك بالامتناع عن تقديم وسائل الرعاية الصحية و العلاج له بقصد أحداث الوفاة.<sup>1</sup>

بحيث أن في جريمة القتل بدافع الشفقة يجب عدم الخلط بين القتل والباعث أو الدافع عليه فنية القتل تتوافر باتجاه إرادة الجاني إلى إزهاق الروح، وهي ركن في القتل المقصود فلا يسأل الجاني إذا لم تتوافر لديه النية، أما الدافع أو الباعث فهو السبب اتجاه هذه الإرادة أو العامل المحرك لها ولا تأثير له في كيان الجريمة وقد عرفه قانون العقوبات الأردني على أنه:

العلة التي تحمي الفاعل على الفعل أو الغاية القصوى التي يتوخاها، بحيث ان الباعث ليس سببا من أسباب الإباحة، فجاء في الإسلام ليحمي النفس المسلمة المؤمنة من القتل بأية وسيلة من الوسائل، مهما كانت الوسيلة، ومهما كان الدافع على ارتكاب القتل.<sup>2</sup>

بحيث يقول رأي الدكتور نصر فريد واصل مفتي مصر السابق:

يقول أن القتل الرحيم أو بدافع الشفقة أو ما يسمى بتعجيل موت الميؤوس من شفائه أمر غير جائز شرعا مشيرا إلى أن هذا القتل لو كان من المريض نفسه فهو انتحار ولو كان من غيره فهو قتل نفس بغير حق ولو كان ذلك بإذن المريض وكلاهما حرام.

وعليه لا يجوز للفرد ولا للمجتمع أن يحدث موت شخص ما متى شاء، بل من الواجبات الأخلاقية أن أفراد المجتمع مكلفون بحمايتها لأصحابها. والطبيب مهمته البحث عن علاج لمريضه وتخفيف آلامه ويجب أن يبتعد الطبيب عن اليأس وان يحاول إبعاده عن مريضه وهذا ما نراه حاليا في المستشفيات وخاصة في أقسام الأمراض المستعصية، والرأي الشرعي انه اتفق على أن قتل الرحمة للمريض

1- احمد محمود نهار ابو سويلم، مرجع سابق، ص 37 .

2- احمد محمود نهار ابو سويلم، مرجع نفسه، ص 43.44 .

المیؤوس من شفائه بدعوى الرحمة به وإنهاء تألمه بعد هذا الفعل مجرم وغير مشروع.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> - احمد محمود نهار ابو سويلم، مرجع سابق، ص135.156 .

يقول نايت و جيمس إنه لمن عملنا أن نبغ رجال الشرطة وقتا محببا و مريحا لنا حصلت فيه الوفاة حيث يكون هناك خطأ يقارب الست ساعات أو أن نبغهم أنه من الصعب تحديد الوقت الدقيق و يجب التنبه أنه كلما زادت المدة الزمنية فوق 36 ساعة كلما كان هناك خطأ شاسع في التقديم.

و لا يهم القضاء فقط أن يعرف الأسباب المؤدية للوفاة و لكن يهمله كثيرا أن يعرف المدة الزمنية التي حصلت فيها الوفاة، وكذلك المدة الزمنية التي حصل فيها الاعتداء و الأذية المؤديان إلى الوفاة لذلك على الطبيب أن ينبه الجهة القضائية<sup>1</sup> و قد بدأت مشكلة التأكد من وقوع الموت سهلة خلال زمن طويل إذ كان يكفي انتظار عدة ساعات حتى يبرد الجسم الجامد و يأخذ قسوة الجثة، و لكن بسبب ظهور تقنية زرع الأعضاء أصبح من الضروري تحديد لحظة الموت بدقة حتى يتمكن الجراح بشكل مشروع من إجراء اقتطاع الأعضاء لزرعها عند مرضى آخرين.<sup>2</sup>

إذا تعتمد فعالية زرع الأعضاء على اقتطاعها بشكل مبكر و لذلك فمعرفة اللحظة التي يعتبر فيها الشخص ميتا أساسية حيث يسمح بعد ذلك باقتطاع الأعضاء من الجثة مع ذلك كي يكون اقتطاع الأعضاء مشروعا و أخلاقيا يجب أن يكون الموت قد وقع بالفعل و بالتالي فمن الضروري تحديد معايير لحظة الوفاة.

1 - حسين علي شحرور، الدليل الطبي الشرعي و مسرح الجريمة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2006، ص38.

2 - أحمد عبد الدائم، مرجع سابقا، ص214.

### المبحث الأول: معايير تحقق الوفاة لدى الأطباء.

إن معايير تحقق الوفاة لدى الأطباء إن معايير تحقق الوفاة لدى الأطباء تتحدد كالمعيار القديم للوفاة توقف التنفس و القلب و الدورة الدموية و موت جذع المخ و أيضا الموقف الفقهي لموت جذع المخ و من هذا سوف نتطرق إلى تبيان كل عنصر من خلال المطالب و الفروع.

### المطلب الأول: المعيار القديم للوفاة (توقف التنفس و القلب و الدورة الدموية).

يعد الإنسان ميتا وفقا لهذا المعيار متى توقف التنفس و القلب و الدورة الدموية توقفا لا رجعة فيه حيث يترتب على ذلك حرمان المخ و سائر الأعضاء الجسم من سريان الدم إليها فلا يجوز للطبيب الجراح استقطاع أي عضو قبل توقف القلب تلقائيا عن العمل و موت خلاياه و توقف التنفس.<sup>1</sup>

و يحدد البعض مراحل الموت على النحو التالي:

في الأحوال العادية يحدث الموت الإكلينيكي و في مرحلة أولى حيث يتوقف القلب و الرئتان عن العمل و في مرحلة ثانية تموت خلايا المخ بعد بضع دقائق من توقف دخول الدم المحمل بالأكسجين للمخ.

بحيث يقول الدكتور فخري صالح: الموت الإكلينيكي هو توقف الدورتين الدموية و التنفسية عن العمل و الذي يعقبه توقف باقي أجهزة الجسم و بعد الوفاة تبدأ خلايا الجسم تباعا في الموت في مرحلة تسمى مرحلة موت الخلايا و تختلف الفترة التي تبقى خلالها الخلية حيث بعد وفاة الشخص باختلاف نوع الخلية فالمعروف أن خلايا الجهاز العصبي هي أسرع أنواع الخلايا في الوفاة تليها خلايا القرنية لذا فإننا نسمع عن نجاح عمليات زرع القرنية أما خلايا الكلي فإنها تبقى عدة ساعات بعد الوفاة، وتعتبر خلايا الكبد هي أطول الخلايا عمرا.

1 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص 49.

و جاء في توصيات مؤتمر كلية طب الأزهر: فيما يختص بتعريف الموت من وجهة النظر العلمية نرى أنه الزوال الدائم و التام و الأكيد لكل علامات الحياة من جميع أجهزة و أعضاء الجسم.

وإذا كان الأطباء يستطيعون إيقاف القلب عن العمل لمدة ساعتين أو أكثر أثناء عملية القلب المفتوح، لكن الدورة الدموية لا تتوقف ولا لمدة ثانية وكذلك يوقف التنفس الطبيعي وذلك في حالة التخدير العام، وإجراء العمليات وتستبدل المنفسة بالتنفس، كما أن التنفس بالمنفسة يستخدم في حالات توقف التنفس. ويجري التنفس في حالات الإسعاف بواسطة النفخ في الفم، أو بواسطة جهاز المنفاخ (كيس أمبو) وفي جميع الحالات يعود التنفس ولو بطريقة ميكانيكية غير طبيعية، وهناك حالات لا يعود فيها الشخص إلى التنفس الطبيعي.

كما يحدث في حالات شلل الأطفال الذي يصيب مراكز التنفس في النخاع المستطيل، وهو الذي يعرف (BULBAPOLIOMYELITIS) شلل الأطفال الذي يصيب بصلة الدماغ.

كما أن المصابين بالشلل الرئوي يحتاجون لاستخدام المنفسة مع وجود تنفس طبيعي.

ولتوقف الدورة الدموية و القلب توقفا لا رجعة فيه علامات يعرف تبعا كالاتي: توقف النبض في الشرايين و ذلك بحبس النبض عند الشريان الكعبري أو الصدغي.

توقف القلب و يعتمد في ذلك على عدم سماع الأصوات للقلب بالسماعة الطبية و ينبغي أن يستمر ذلك التوقف التام لمدة خمسة دقائق على الأقل و في حالات توقف القلب الفجائي ينبغي أن تستمر محاولات الإسعاف بضغط أسفل القفص الصدري و أسفل القفص بضغط متتالي بمعدل 80 إلى 100 مرة في اليد (الدقيقة).<sup>1</sup>

1 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص 51، 50.

و في نفس الوقت يتم التنفس الاصطناعي بمعدل 10 إلى 15 كل دقيقة (بواسطة الفم للفم أو جهاز أمبو) و يستخدم جهاز مانع الذبذبات لإعادة نبض القلب و ذلك بإعطاء شحنة كهربائية للقلب، أما إذا توقف التنفس توقفا تاما، و توقفت الدورة الدموية توقفا لا رجعة فيه فيعلن الطبيب أنذاك وفاة الشخص.

توجد علامات أخرى ثانوية لتوقف الدورة الدموية تجري في بعض الحالات التي يكون فيها نوع من الشك في حالة الوفاة و مثلا كالاتي:

لا يحتقن الإصبع إذا ربط في حالة الوفاة.

عند حقن مادة ملونة تحت الجلد تبقى ظاهرة في مكانها في حالة الوفاة بينما تنتشر و يمكن رؤيتها في الأحياء.

تكون ثنايا الجلد الرقيقة الموجودة بين الأصابع معتمة رغم تسليط ضوء قوى عليها.

عند قطع أحد الشرايين السطحية مثل الشريان الكعبري، يتدفق الدم من الشريان إذا كان الشخص حيا مع نبضات القلب، بينما يسيل الدم قليلا ثم يتوقف إذا كان ميتا.

تبهت الجثة، وبالأخص الوجه والشفنتين (وهي علامة غير مؤكدة ) وفي حالات الوفاة نتيجة التسمم بغاز أول أكسيد الكربون أو حامض السياند يكون لون الجثة، مثل لون أي جسد طبيعي حي .

و بالرغم من أن الطبيب هو الذي يقوم بتشخيص الموت إلا أن التعليمات الحكومية هي التي حددت الإجراءات المعتمدة لإعلان الموت بحيث و جدت عدة مراسم من بينها التي سمحت لعدة مؤسسات صعبة محددة بقرار وزارة الشؤون الاجتماعية بممارسة تشريح الجثة و اقتطاع الأعضاء لهدف علمي أو علاجي.<sup>1</sup>

و قد كتب J.SAVATIER لا يمكن أن يتولى القانون مهمة تعريف الموت و لكنه يفرض على الأطباء بعض التحريات و ينص على بعض الإجراءات حتى يستطيعون تقرير حقيقة الموت و من حيث النتيجة إذا كان يوجد تقنيات تهدف

1 - أحمد عبد الدائم مرجع سابق ص 215.



للتأكد من حقيقة الموت فإنه لا يمكن إعلانه إلا بفضل تعاون الأطباء الذين قاموا بتشخيصه فليس هناك مجال للتفكير بأن النصوص القانونية خاطئة فيما يتعلق بواقعة الموت.<sup>1</sup>

و فيما يتعلق بالتشخيص الطبي في الواقع يعتبر صعبا في تحديد الموت لأنه لا يوجد تعريف علمي يستطيع تحديد اللحظة الحقيقية لموت الخلايا و لكن إذا كان يوجد تدرج لموت الأعضاء فإن توقف القلب يشكل الظاهرة الجوهرية له و يمكن تمييز فئتين من إشارات تشخيص الموت: العلامات السلبية و العلامات الإيجابية للموت.<sup>2</sup>

### الفرع الأول: العلامات السلبية والإيجابية للموت.

أولا: تتمثل العلامات السلبية للموت في:

- إلغاء أي نشاط للتنفس الذي يوضح باختبار المرأة أمام الفم: فإذا لم يشوش البخار وجه المرأة فيمكن استنتاج توقف التنفس.
  - إختفاء أي نشاط للجهاز العصبي المركزي: حيث يلاحظ المرء بدهاء فقدان الوعي و الحساسية و القوة المحركة الإرادية و غير الإرادية بحيث يؤدي إلى فقدان حيوية العضلات لانخفاض الفك عند الإنسان و أحيانا ارتخاء العضلات العاصرة و يلاحظ أيضا اختفاء رد الفعل أو المرونة و يجب التنويه أن وجود إحدى هاتين الداليتين لا يمكن أن يعتبر دليلا مؤكدا على وقوع الموت.
  - توقف دوران الدم: يملك أكثر من قيمة و يتجلى بتوقف القلب عند كشفه بالسمع مع ظهور نتيجة الطبيعية و هي غياب شعر البدن الخارجي، و يمكن كشف وقف دوران الدم من خلال اختبارات يجب أخذها أيضا بعين الاعتبار لتأكيد الموت:
- أولا بسبب الخوف الأزلي من دفن الشخص حيا ثم بسبب الدفن المبكر

1 - أحمد عبد الدائم مرجع سابق ص 222.

2 - أحمد عبد الدائم مرجع نفسه ص 223.

- سجل القلب: يصبح تحريك الإبرة بالخفقان بعد وقوع الموت غير ممكن و لا يسمح بهروب الدم.<sup>1</sup>  
وتقودنا العلامات التقليدية للفحص الخارجي للجسم لاعتبار أن العلامات الإيجابية الموت ترجع لظاهرة وجود الجثة التي تشكل العلامات المؤكدة للموت. وتسمح هذه العلامات التي تطورت بالتوازي مع تطور الزمن بتقدير الزمني للموت

**ثانيا:** أما بالنسبة للعلامات الإيجابية للموت فتتمثل في:

-**إرتخاء العضلات:**وما يتبعه من تفرطح رمي في الأجزاء المتلاصقة للأرض و عدم استجابة الجثة لأي تنبيه حسي،و تتوقف جميع الأفعال المنعكسة و ثبات حدقة العين و لا تتأثر بالضوء و تكون متسعة ما لم يكن هناك تسمم بالمورفين و برود الجسم حتى تصير درجة حرارة الجثة تدرجة حرارة الجو المحيط بها.  
-**الزرقة الرممية:** وهي ناتجة عن توقف الدورة الدموية و خاصة في المناطق السفلية من الجثة و تكون الرسوب الدموية، بحيث يرسب الدم بعد الوفاة في أجزاء الجثة المنحطة التي ليس عليها ضغط ويلون الجلد بلون أرجواني محمر ظاهر للعين ويسمى هذا بالرسوب الرمي ويظهر هنا التلون في العادة قبل أن تأخذ الجثة في التيبس بقليل من الزمن، وبفحص أجزاء الجثة المنخفضة بعد مرور أربع ساعات تقريبا على الوفاة ومن غير أن تنتقل من مكانها يشاهد هذا التلون في الأجزاء الغير المضغوطة عليها.<sup>2</sup> ومتى كان لون الجلد يسمح برؤيتها (أي إذا لم يكن لونه أسمر غامقا أو مسودا) وعلى ذلك يرى التلون بالظهر وخاصة خلف العنق وبين الأكتاف والخواصر وبأسفل الفخذ أو بعبارة أخرى الأجزاء التي لا تكون الجثة مرتكزة عليها بثقلها ولا يكون عليها ضغط من باقة أو رباط أو صديري أو غير ذلك. ويرى مما ذكر أن مواضيع تكوينها تتوقف على هيئة وضع الجثة فإذا شوهدت هذه

1 - أحمد عبد الدائم مرجع سابق ص 223،224.

2 - عبد الحميد المنشاوي الطب الشرعي وأدلته الفنية ودوره الفني في البحث عن الجريمة. دارالجامعة الجديدة للنشر الإسكندرية، 2005 ص 17.

الرواسب أو التلونات بالجهة الأمامية للجثة فقط. ففي ذلك دلالة على أن الجثة كانت ملقاة على وجهها برهة من الزمن.

وقد تترك ثنايات الملابس أو ثنايات الأنسجة أو أي منشأ ضغط آخر آثارا يظنها الرائي الغير متمرن آثار ضرب أو خلافه ، وفحص مواضع انتشار هذه التلونات وملاحظتها هو الذي يميز نوعها الحقيقي. كذلك يساعد على تشخيصها عدم وجود تورم معها ولا تسلخات بالبشرة. ووجود الجلد سليما ويلاحظ أن لونها متماثل في كل أجزائه وان حوافها واضحة جدا، وبعمل شق ينزف قليل من الدم القاتم اللون من الأوعية الجلدية لكن لا يشاهد دم منسكب بالأنسجة لان الدم الذي يسبب تكوين هذه الرواسب الرملية لا يزال في الأوعية إلا إذا بدا التعفن الرمي في حل الأنسجة وفي هذه الحالة يمكن غسل سوائل الجثة بسهولة وهذا الغسل يتعذر عمله في حالة الكدمات الرمية الحقيقية حيث يكون الدم متجمدا فعلا في طبقات الأنسجة الخلوية أي خارج الأوعية الدموية، وطالما يبقى الدم سائلا فان مواضع تكوين هذه الرواسب الرمية تتوقف على كيفية وضع الجثة ومدة ذلك تتراوح في العادة بين أربع وثمان ساعات .

و الرسوب الرمي في الأعضاء الباطنية برسوب الدم فيها وكثيرا ما يخطئ المرء في تشخيصها احتقانا أو حالات مرضية أخرى. وعلى ذلك فان الرسوب يشاهد في الأجزاء المنخفضة في المخ والرئتين والكليتين والكبد وكذلك المعدة فيمكن مشاهدة الرسوب أو التلون الرمي بها خاصة بجزئها الفؤادي و جدارها الخلفي، وإذا شددت فيلاحظ تقطيع خطوط التلون الرمي وهذا ما لا يشاهد في الاحتقان .

**-التيبس الرمي:** ذكرنا أن بعد الوفاة مباشرة يصاب الجسم بارتخاء عضلي شامل، يتبع هذا الارتخاء مباشرة تيبس صلب في العضلات، ويتأثر ظهور هذا التيبس بعدة عوامل:

- 1-درجة حرارة المحيط .
- 2-الرطوبة وحركة الهواء حول الجسم .

وبشكل عام فان التيبس يظهر بعد حوالي الأربع ساعات ويكون مكتملا عند الست ساعات وقد يتأخر اكتماله حتى عشر أو اثني عشرة ساعة وهو يشكل مؤشرا تقريبا لزمان حدوث الوفاة، وهو أفضل من مؤشر الترسيب الجيفي، لان تطوره يمكن أن يحدد ويحتسب، ويكون ظهوره وتشكله سريعا في حالات الإجهاد العنيف الذي قد يسبق الوفاة بقليل، أو الموت في محيط حار رطب، أو عندما تكون الوفاة ناتجة عن سموم مشنجة، وأحيانا عند الوفاة بطلق ناري<sup>1</sup>.

ويتأخر ظهوره عندما يتعرض الجسم لمحيط بارد، ولعوامل أخرى تؤخر تعفن الجثة كما في حالات التسمم بالزرنيخ أو كلور الزئبق، كما أن ظهوره يتأخر في حالات الموت اختناقيا خاصة في حالات الشنق والتسمم بأول أكسيد الكربون، وكذلك فان ظهوره يتأخر إذا كانت الوفاة مسبوقه بحالة نزيف غزيرة. و أول ما يظهر التيبس في الوجه، حول الحاجبين والفك الأسفل والرقبة، ومن هناك يمتد ليشمل الأطراف والجذع وهو يتلاشى بنفس طريقة التشكل ومن ثم يعود الجسم إلى حالة الارتخاء .

أما تشكله فيتم خلال 6 ساعات ويدوم حوالي 36 ساعة، وهو يظهر مبكرا في العضلات الصغيرة ويتلاشى منها كذلك بسرعة .

إن التيبس الرمي يصيب العضلات اللاإرادية أيضا كالبتين الأيسر للقلب ويجب ألا يفسر هذا على انه تضخم في عضلة القلب .

وما لم تكن الجثة متجمدة فان التيبس دليل قطعي على الموت وهو مؤشر ضعيف لاحتمال الزمان الذي مر على الوفاة<sup>2</sup>.

إن التغيرات الدقيقة التي ينتج عنها تيبس وقصور العضلة ما زالت تتطلب الكثير من البحث العلمي و الدراسة، وقد تبين أن تشكل التيبس يرتبط بالخراب الذي يصيب الاده نوزين ثلاثي الفسفور في العضلة « ATP » وما يتبع ذلك من تبدل في بروتينات الالياف العضلية، ويتعلق بسرعة ظهوره بمحتوى العضل من

1- عبد الحميد المنشاوي ،مرجع سابق،ص15.

2- عبد الحميد المنشاوي ،مرجع نفسه ص16.

الغليكوجين، ويعتمد هذا على وضع تغذية الفرد، يتفكك الغليكوجين إلى حمض اللبن وحرارة كافية لتشكل كمية جديدة من « ATP » تعوض عن المقدار المخرب من « ATP » وهذا يمنع ظهور التيبس ومع نفاذ الغليكوجين ينخفض مقدار « ATP » وبالتالي يظهر التيبس.

**-التعفن الرمي:** يبدأ ظهوره بين 48 ساعة و72 ساعة في الظروف الطبيعية

العادية، ويتأثر ظهوره بمجموعة عوامل طبيعية مثل الرطوبة وحرارة المحيط . إن التعفن في الجثة ناتج عن عمل البكتيريا وبعض الخمائر حيث يأتي الجزء الأعظم من البكتيريا، من داخل الجسم خاصة الأمعاء، وجزء أخير يأتي من الهواء المحيط ومن التربة، وفي المحيط الرطب ينشط فعل الفطريات ولكن أثرها يأتي محصورا بالأجزاء السطحية الجلدية<sup>1</sup>.

يزداد ويتسرع التعفن عند درجة محيط تتراوح بين 21.1-37.8 درجة

مئوية ويتأخر كلما انخفضت درجة الحرارة وتسرع بعض الحميات عملية التعفن . -أولى عمليات ظهوره تبدأ على الجدار الأمامي للبطن عند الحفرة اليمنى وتكون عبارة عن تلون اخضر، أو اخضر مائل للأحمر، وينتشر اللون ليشمل كل جدار البطن والصدر والفخذين وأخيرا كل الجلد ويكون حينها قد مر على الوفاة حوالي الأسبوع الواحد .

وبعد ذلك يبدأ تشكل الغاز وظهور الفقاعات الجلدية التي قد يصل قطر الواحدة منها إلى العشرة سنتيمترات، وتحوي هذه الفقاعات سائلا مائيا يميل لونه إلى الأحمر، وهي تتميز عن فقاعات الحروق في محتواها كمية كبيرة من البروتين أكثر من تلك الموجودة داخل فقاعات التعفن. إضافة إلى غياب الكريات البيضاء داخل فقاعات التعفن<sup>2</sup>.

ونتيجة لتجمع الغاز تنتفخ تجاويف الجسم مما يحدث تورما شاملا في الأنسجة، وكلما ازداد تشكل الغاز وتجمعه يرتفع الضغط داخل الجسم مما يدفع

1- عبد الحميد المنشاوي مرجع سابق ص19.

2- عبد الحميد المنشاوي مرجع نفسه ص 20.

بالسوائل المدماة إلى الخارج عبر المنافذ الطبيعية للجسم وقد ينسب ظهور هذه السوائل عند عديمي الخبرة إلى نزيها . ومع حلول الأسبوع الثالث يبدأ الشعر بالتساقط. وتنفصل الأظافر ، وفي الوقت عينه تبدأ تجاوزيف الجسم بالتمزق وفي النهاية تنفسخ كل الأعضاء والأجزاء، وتقام الأنسجة الليفية والغضروفية ولكن يبقى الهيكل العظمي .

و يأخذ بهذا المعيار بعض الأطباء حيث يرون أن الموت الحقيقي للشخص يكون بمفارقة الروح للجسد و توقف جميع الأعضاء الحيوية عن أداء وظيفتها بما في ذلك القلب مع برودة الجسم لفقدانه حرارة الحياة التي تبعثها الروح في الجسم و التي تميز الحي من الميت و السليم من السقيم و كذلك بدء الفساد و التحلل و التعفن في الجسد نتيجة مفارقة الروح له.<sup>1</sup>

### الفرع الثاني: النقد الموجه لهذا المعيار.

و قد وجه النقد لهذا المعيار بأنه غير كاف و غير مطابق للواقع فتوقف القلب عن العمل و توقف الجهاز التنفسي ليس دليلا حاسما على الموت الحقيقي للإنسان لأنه من الممكن أن يتوقف قلب الإنسان عن العمل في نفس الوقت التي تظل فيه خلايا القلب حية، فموت هذا الإنسان ليس إلا موتا ظاهريا.

و لذلك فمن الممكن إعادة القلب إلى عمله الطبيعي عن طريق استخدام بعض الأجهزة الصناعية كوسائل الإنعاش أو الصدمات الكهربائية و أيضا تدليك القلب الذي من شأنه أن يعيد الحياة إلى المرضى كما أن المعيار غير دقيق لتحديد لحظة الوفاة في الحالات التي يكون فيها الإنسان بين الحياة و الموت فقد يحدث أن يظل القلب و الجهاز التنفسي أحياء بينما تكون خلايا المخ قد ماتت.

1 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص54.

و بالإضافة أن هذا المعيار لا يصلح لإجراء عمليات نقل بعض الأعضاء الحيوية المفردة كالقلب و الكبد و لهذا كان لا بد من العثور على معيار آخر للموت يكون أكثر دقة.<sup>1</sup>

### المطلب الثاني: موت جذع المخ.

ظهرت ثلاث تعريفات لموت المخ و هي:

- موت كل المخ
- موت جذع المخ
- موت الوظائف العليا للمخ

بعد ازدياد العلوم و التقنيات الحديثة تقدما و توافر أجهزة الإنعاش المتطورة واجهت الأطباء حالة لم تكن معروفة من قبل و هي حالة أصبحت معروفة بموت الدماغ فقبل ذلك كان يعتبر توقف القلب و التنفس دليلا على حدوث الموت و ذلك لأن الأعضاء مرتبطة مع بعضها ارتباطا وثيقا يجعل توقف أحدها عن العمل يتبعه مباشرة و خلال دقائق توقف الأعضاء الأخرى ثم يتبعه أعضاء الجسم فتوقف القلب عن العمل مثلا و لكن مع تطور طرق الإنعاش و أجهزته الحديثة أصبح لدى الأطباء طريقة لعمل التنفس الصناعي لدى هذا الشخص و مع هذا التطور في طرق الإنعاش أوجد حالة لم تكن معروفة من قبل و هي موت الدماغ و أول من نبه إلى موضوع موت الدماغ هو: المدرسة الفرنسية عام 1959م بحثا ضم 23 مريضا مصابا بغيبوبة عميقة و انقطاع النفس مع غياب منعكسات جذع الدماغ.<sup>2</sup>

وغياب أي فاعلية في تخطيط كهربائية الدماغ وسميت هذه الحالة بحالة ما بعد الغيبوبة. وفور نجاح الدكتور كريستان برنارد في إجراء أول عملية نقل للقلب في ديسمبر عام 1967م بدأ أطباء جامعة هارفارد الأمريكية في وضع تعريف

1 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص58،59  
2 - علي محمد علي أحمد مرجع نفسه ص 61.60.

لموت المخ وقد أعلن هذا التعريف في بداية 1968م وأطلق عليه (معايير هارفارد لموت كل المخ) ولكن بعض الأطباء مهنداسوشو جراحا أعصاب في مينيبوليس طالبو بالاكتفاء بتشخيص وظائف جذع الدماغ والتغاضي عن وظائف باقي أجزاء المخ و يسمى ذلك (بموت جذع المخ) وقد اخذ بذلك معظم أطباء بريطانيا وبعض أطباء أمريكا الذين وضعوا ما اسمي (بمعايير مينيسويوتا) عام 1971م<sup>1</sup>.

المقصود بالمخ(الدماغ و وظائفه):

بعد ما ظهرت عدة فئات من أطباء نقل الأعضاء تطالب بالاكتفاء بالكشف الإكلينيكي لتشخيص(موت جذع الدماغ)و عدم اشتراط الفحوص التأكيديية فقاموا بتعريف الدماغ أو معين موت كل المخ(الدماغ)

و يقصد به: توقف نشاط الجهاز العصبي المركزي كله متضمنا القشرة المخية و جذع المخ و الحبل العصبي

و عرف الأطباء موت الدماغ أنه تلف دائم في الدماغ يؤدي إلى توقف دائم لجميع وظائفه بما فيها وظائف جذع الدماغ و عرف أيضا: أنه الفقد الدائم لكل الوظائف المتكاملة للعصبونات فالمقصود بالدماغ و وظائفه: يطلق لفظ الدماغ على الجهاز العصبي المركزي.

و يتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء هي:

المخ و المخيخ و جذع الدماغ الذي يعرف بأنه جزء من الجهاز العصبي المركزي يوصل بين المخ الموجود داخل تجويف الجمجمة و الحبل الشوكي و توجد بجذع المخ المراكز التي تتحكم في الوظائف الحيوية لجسم الإنسان من نبض و تنفس بحيث أخذت بعض الدول بهذا المعيار و كان من أوائل الدول التي أخذت بالتعريف الأمريكي لموت كل المخ(معايير هارفاد)فرنسا و ألمانيا<sup>2</sup>.

1 - علي محمد علي احمد ،مرجع سابق ، ص62.

2 - علي محمد علي أحمد مرجع نفسه، ص 62.63.65.



و المقصود بموت جذع المخ: موت خلايا جذع المخ، و تأخذ به المدرسة البريطانية حين قامت مجموعة من أطباء منيسوتا بوضع معايير أكثر تساهلاً لتسهيل التشخيص و ذلك بالاكْتفاء بتشخيص ما يسمى (موت جذع المخ).

دون حاجة إلى أجهزة معقدة مثل رسم الدماغ الكهربائي و حقن شرايين الدماغ لإثبات توقف الدورة الدموية فيها

و لذلك أصبح تشخيص موت جذع المخ أسهل و أسرع لأنه يتميز بما يلي:  
استبعاد شرط إجراء رسم المخ بحيث يمكن تشخيص حالة (موت جذع المخ) حتى مع استمرار النشاط الكهربائي في القشرة المخية أي استمرار وظائف الجزء الأكبر من المخ و التي تتضمن الإحساس و التفكير.

استبعاد شرط توقف الأفعال الانعكاسية من الحبل العصبي.

بحيث توجد دلائل إرشادية لتقرير موت الدماغ بما في ذلك جذعه:

يتطلب أن ينظر في هذه الدلائل الإرشادية و الإمارات وجود طبيب خبير ممارس على دراية عالية و كفاءة و خبرة في الفحص السريري (الإكلينيكي) لحالات موت الدماغ و جذع الدماغ و من الشروط المسبقة التي يجب توافرها قبل تقرير تشخيص موت الدماغ هي: أن يكون المصاب في غيبوبة عميقة.

وجود تشخيص لسبب هذا الإغماء

أن تكون مضت ساعات على الأقل على دخول المريض في الغيبوبة

عدم وجود أي محاولة للتنفس.<sup>1</sup>

و من أهم أسباب موت الدماغ (جذع الدماغ أو كل الدماغ) إصابات الحوادث و الارتطام مثل حوادث المرور و الطائرات و حوادث العمل..... و غيرها و هذه تمثل 50% من جميع حالات موت الدماغ.

أما التشخيص موت الدماغ:

1 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص 65.66.67.

فيتم تشخيص التوقف الدائم الذي لا عودة فيه لوظائف الدماغ بما في ذلك جذع الدماغ بما يلي في غيبوبة عميقة مع انعدام الإدراك و العلامات السريرية (الإكلينيكية لتوقف وظائف جذع الدماغ.

وتشمل على غياب منعكسات الحدقة و القرنية، واختلاف المنعكس الرأسي العيني، و المنعكس العيني، و المنعكس البلعومي، و منعكس السعال و التقيؤ.

انعدام قدرة المصاب على التنفس التلقائي بالاختبار المتعمد أثناء توقف مضخة التنفس لفترة محدودة، عدم التنفس لمدة 3 دقائق (شروط مجموعة هارفاد) أو 4 دقائق (مجموعة مينسيوتا) أو 10 دقائق (المدرسة البريطانية) بعد إبعاد المنفسة و يشترط لإيقاف المنفسة أن يتنفس المصاب أكسجين 95% مع 5% ثاني أكسيد الكربون لمدة عشر دقائق بواسطة قسطرة تدخل إلى القصبة الهوائية و يتم التنفس بواسطة المنفسة، و ذلك يؤدي إلى رفع ضغط ثاني أكسيد الكربون في الدم إلى 40 م زئبق أو فوقها، و هو مسؤول عن تنبيه مركز التنفس في جذع الدماغ. و أيضا عدم وجود حركة الدمية عند تحريك الرأس إعادة فحص وظائف الدماغ من فريق آخر بعد مرور عدة ساعات (سنة ساعات المدرسة البريطانية، 24 ساعة مجموعة هارفاد).

كما لا يعتبر رسم الدماغ أساسي في تشخيص موت الدماغ و إذا توفر كان دليلا إضافيا مفيدا من الناحية القانونية و خاصة في الولايات المتحدة بحيث توجد حالات يجب استبعادها أي ينبغي إزالة الأسباب تتمثل في: استبعاد أي سبب من أسباب الإغماء المؤقت و الناتجة عن 'انخفاض شديد في درجة حرارة الجسم و أيضا حالات الفشل الكلوي أو فشل الكبد، و الإضرابات الناجمة عن التغيير في الإستقلاب كحالات الإغماء الناتجة عن إصابات الغدد الصماء بزيادة شديدة في الإفراز الهرموني، و الحالات التي أجرى لها عمليات كبيرة في الدماغ مثل ورم الدماغ، أو إنتانات ميكروبية تصب جذع الدماغ.<sup>1</sup>

1 - علي محمد علي أحمد، مرجع سابق، ص 71.72.

و النقد الموجه لهذا المعيار هو: منذ إعلان معايير هارفاد عام 1968 م و حتى اليوم لم يتوقف ظهور الحالات التي يتم تشخيصها تشخيص نهائيا(موت كل المخ)،طبقا لهذه المعايير ثم يتبين إمكانية شفائها و عودتها للحياة الطبيعية تماما،و كذلك الحالات التي تظهر العلامات المؤكدة لاستمرار الحياة..ومن ذلك على سبيل المثال:تبين منذ وقت مبكر أن تناول المريض للأدوية المهدئة أو المخدرة أو مرخيات العضلات يمكن أن تعطي نفس أعراض(موت كل المخ) بكل معايير هارفاد...و كذلك بعض حالات الغيبوبة الأيضية كغيبوبة الكبد و البولينا و غيرها.

و عندها ما أجريت بعض التجارب العلمية للمحافظة على الحمل لدى بعض الحوامل التي تم تشخيصهن تشخيص نهائيا على أنهن أموات مخيا طبقا لمعايير هارفاد ثم قام الأطباء بالعناية الكاملة بهن وجد أن المرأة الميتة مخيا(موت كل المخ و بأشد المعايير تشددا)تستمر في الحمل كما يستمر الجنين في النمو الطبيعي لمدة زادت عن الشهرين (9أسابيع)حتى يتم وضع الجنين طبيعيا.

و من المعروف في فسيولوجيا الجهاز العصبي أنه من بين وظائف جذع المخ( تنظيم نبضات القلب و المحافظة على ضغط الدم) و طالما أن القلب لا يزال ينبض و يحتفظ المريض بضغط الدم فإن ذلك يعني أن(جذع المخ) لم يزل يعمل و يحتفظ ببعض وظائفه،كما أن استمرار وظائف كافة أعضاء و أجهزة الجسم لدى المريض ينفي الزعم بأن جذع المخ قد توقف تماما عن العمل أو أنه قد مات إذ أن جذع المخ يحتوي على عدد ضخم من الحزم العصبية حيث يمر به 400 تريليون حزمة عصبية،من خلالها يتم الارتباط المخ بجميع أعضاء و أجهزة الجسم.<sup>1</sup>

بما أن جميع أجهزة المرضى بما يسمون بموتى جذع المخ حية و كذلك يحتفظون بدرجة حرارة الجسم،و ذلك يؤكد(استمرار وظائف جذع المخ حتى لو بشكل جزئي على الأقل بما يستوجب علاج المريض لا قتله

1 - علي محمد علي أحمد،مرجع سابق،ص 76.75.

و قد أوضحت الدراسات العلمية حول النتائج الخاطئة لأحدث وسائل و فحوص (موت المخ)و ذلك أمام مؤتمر هافانا عام 1992م وسان فرانسيسكو عام 1996 و التي تتلخص فيما يلي:

مجموعة الفحوص التي تعتمد على اختبارات الوظائف السمعية و البصرية لجذع المخ،و هذه لا يمكن اعتبار نتائجها قاطعة حيث يمكن أن تعطى نتائج سلبية كاذبة إما سبب عدم التزامن في النشاط الكهربائي مما يؤدي إلى عدم تزامن استجابة خلايا المخ للمنبهات في وقت واحد و من الجدير بالذكر أن هذه الدراسات حول أسباب النتائج الخاطئة تتفق ما يلاحظ أكلينيا من أنه حتى في الحالات التي تشير فيها نتائج الفحوص بالنظائر المشعة إلى التوقف سريان الدم إلى المخ فإنه يظل الإمداد الدموي للمخ مستمرا كما يزعم بعض الأطباء بأنه لم يسبق أن فاقت و عادت إلى الحياة الطبيعية أية حالة تم تشخيصها (كموتى المخ)في بريطانيا و أمريكا و غيرها،و هذا الزعم مخالف للحقيقة تماما.

و قد لاحظ بعض الأطباء أن المرضى الذين ينقل العضو منهم تظهر فيهم مظاهر الحياة مثل الكحة و الحركة و ضغط الدم،يرتفع و ضربات القلب تسرع تماما،كما لو ضربت مشرطا في مريض بدون تخدير لدرجة أن الأطباء العاملين في هذا المجال أصبحوا يسألون هل نحن حقا نتعامل مع أموات حقيقية أم لا؟<sup>1</sup>.

### الفرع الأول:موت جذع المخ موت حقيقي.

و من هنا سوف نتطرق إلى مدى صلاحية معيار رسم المخ الكهربائي كأساس للتحقق من حدوث الوفاة عند من يقول إن موت جذع المخ موت حقيقي. إذا كان فريق من العلماء قد أخذ بمعيار موت خلايا المخ هو معيار الموت الحقيقي للإنسان،إلا أنه عندهم يجب تجنب الاعتماد على جهاز رسم المخ الكهربائي كوسيلة وحيدة للتحقق من حدوث هذا الموت فتوقف هذا الجهاز لا يعني بالضرورة التوقف النهائي لوظائف المركز العصبية التي تحكم في الجسم و لذا ذهب أحد

1 - علي محمد علي أحمد،مرجع سابق،ص81.80.

الأطباء PR. ERONIR إلى أن جهاز رسم المخ الكهربائي لا يصلح بمفرده وسيلة للتحقق من حدوث الموت، فهو لا يعكس من المخ إلا النشاط القريب للمركز العصبية ، و لكنه لا يعطي معلومات كافية عن نشاط المراكز العصبية العميقة كما أنه يحتمل ألا يعطي أي إشارات لمدة محدودة، مع أن المراكز تكون دائما في حالة حياة ، هذا بالإضافة إلى أنه توجد حالات عضوية و بيولوجية ، لا سيما درجة الحرارة ، تؤثر على تسجيل جهاز رسم المخ الكهربائي، و لذلك فمن الضروري للتحقق من حدوث الموت، التأكد من عدم إمكانية إعادة الشخص إلى حياته الإنسانية الطبيعية مدة محدودة، ففي بعض الحالات الاستثنائية مثل حالات التسمم الغامض و انخفاض درجة حرارة الجسم إلى دون معدل الحرارة الطبيعية ، فان جهاز رسم المخ الكهربائي "الذي لم يعط أي إشارات " يستطيع ملاحظة هذه الحالات دون أن يعني ذلك موت المخ.

ومن هذا المنطلق يقترح البعض ضرورة الانتظار مدة تتراوح بين 24 ساعة و 72 ساعة بين عدم إعطاء الجهاز لأية إشارات و بين إعلان الوفاة رسميا. مع مراعاة الاستعانة بالوسائل الأخرى الإكلينيكية للتحقق من الوفاة من الاسترخاء التام للعضلات ، والانعدام التام لرد فعل الجسم، و انخفاض الضغط الشرياني التلقائي.

و قد لقي هذا المعيار -وفاة كل المخ أو جذعه - معارضة شديدة في مصح من كبار الأطباء و الهيئات الطبية.

كما جاء في بيان من الجمعية المصرية لجراحي الأعصاب " لما كان حدوث الموت هو أهم حدث في الحياة الإنسان، لذا كان التيقن من الموت أساس تشخيص الموت.

وعلى هذا لم تثر اختلافات أو صار جدل على مدى القرون الطويلة منذ بدء الخليقة حول وصف حلول الموت و بإنسان طالما أن التثبت من الموت يعني توقف مظاهر الحياة كلها بما فيها التنفس و ضربات القلب، و لكن في الربع الأخير من القرن الذي نعيشه ظهرت تعريفات مستحدثة لتشخيص الموت هدفها أن يتم

تشخيص الموت قبل توقف القلب لغرض ما، و يدور التشخيص المستحدث حول أن توقف نشاط جذع المخ.

-أو ما يسمى بموت جذع المخ-إنما هو الوفاة. بحيث طهرت نقاط هامة سوف نذكر منها : توقف نشاط جذع المخ عدا النبض يعني أن هناك بعض النشاط مازال قائما إذا أن القلب مازال ينبض ، قد يقول البعض أن القلب قد ينبض تلقائيا في مريض على جهاز التنفسي الصناعي ، فعلا قد يكون ذلك و لكن أيضا قد يكون نبض القلب نابعا من نشاط المراكز المعنية بذلك في جذع المخ ، و إذا تشخيص توقف نشاط جذع المخ كلية يجب ألا يتم إلا بعد توقف القلب أيضا.

إن عبارة موت جذع المخ أو توقف نشاطه تساوي "الموت" لن يترك أي مجال لتقدم البحث في مجال محاولة تنشيط جذع المخ حيث تعني أن الموت قد حل فعلا. كما هو الحال لو أخذت هذه العبارة بالنسبة للقلب. إلا أن المخ شكل مشكلة ، فان الفهم الطبي لوظائف المخ و طبيعة التمثيل الغذائي به وتفهم طبيعة المواد الكيماوية التي تقوم خلايا المخ بإفرازها لم يصل إلى الحد الذي يمكن معه إعادة تشغيل المخ بعد توقف نشاطه إلا في حالات قليلة ومن هنا برزت المقولة " بان توقف وظائف جذع يعتبر موتا للمخ.

كما أنه توجد بعض الأبحاث لتأكيد الظاهرة الإكلينيكية مثل:

غياب النشاط الكهربائي للمخ مقاسا بواسطة جهاز رسم المخ

دراسة الأفعال لجذع المخ عن طريق وضع قطب الجهاز على الرأس من

الخارج

استعمال الموجات الصوتية في دراسة تدفق الدم بشرايين المخ

و أخيرا فهناك علامات طبيعية تتبع الموت بمفهومه المتعارف عليه و يعتمد

عليها الأطباء الشرعيون في تحديد زمن الوفاة و هذه العلامات هي البرودة و

الزرقة و التيبس و التحلل لا تحدث في مريض ما يسمى بموت جذع المخ و عليه

فكيف يعتبر ميتا

## الفرع الثاني: الموقف الفقهي الموت جذع المخ.

هناك رأيين أو اتجاهين.

**فالاتجاه الأول:** القائل أن موت المخ أو جذعه لا يعتبر موتا و استندوا على حجج من بينها مبدأ سد الذرائع أي أن الأطباء يعتبرون موت جذع المخ موتا حقيقيا يسلمون بوجود أخطاء في التشخيص كعلامة على الوفاة و من جهة النظر: إن حفظ النفس يعتبر من مقاصد الشريعة الإسلامية التي بلغت مرتبة الضرورات التي تجب المحافظة عليها أما من بين القواعد الفقهية: قاعدة "اليقين لا يزول بالشك"

**اليقين في اللغة:** العلم الذي لا شك معه

**وفي الإصلاح:** هو مطابق للواقع غير ممكن الزوال.

**و الشك:** هو التردد بين النقيضين بلا ترجيح لأحدهما على الآخر عند الشك

أي هو الوقوف بين الشئيين.<sup>1</sup>

و تدل هذه القاعدة على أن حياة هذا الشخص قبل مرضه متيقنة و شككنا هل هو ميت لأنه أصيب بموت جذع المخ أم هو حي لأن قلبه ينبض مع وجود مظاهر الحياة الأخرى فوجب علينا التيقن قبل الحكم بموته

و قد يرد على ذلك الأمر اعتراض من قبل المؤيدين لموت المخ أو جذعه فيقول: إننا لم نحكم بموت هذا الإنسان عن غير دليل و إنما كان دليلنا هو دليل علمي من أهل الاختصاص و هم الأطباء فقالوا إذا أصيب جذع المخ و توافرت الشروط كان دليلا قاطعا على موت هذا الشخص

**أما الاتجاه الثاني:** فقوله أن موت المخ و أو جذعه يعتبر موتا حقيقيا بحيث

استدل الدكتور محمد نعيم ياسين:

على أن موت المخ أو جذعه يعتبر موتا حقيقيا للإنسان بأنه حكموا بموت الشخص في مسائل الجنايات التفاتا إلى نفاذ المقاتل و قد رد بعض الأطباء الأجانب فذكروا أن هذه النظرية اختزالية (تختزل الإنسان إلى المخ فقط تم تختزل المخ إلى

1 - علي محمد علي أحمد، مرجع سابق، ص 97.

جذعه فقط و هذه منطقة صغيرة و محددة من المخ ثم ينتهي الأمر بأن يعتبر جذع المخ هو كل شيء في الحياة و أن نوقف وظيفة يعتبر موتا للإنسان بأكمله)

بحيث أن مصابي الحوادث عندما يصلون إلى وحدات العناية المركزة بالمستشفيات لا يتم علاجهم و إنما يتم تصنيفهم إلى متبرعين و هذا يحدث في الدولة الغربية و الخليج أي العلاقات بين موت المخ وجني الأعضاء.<sup>1</sup>

أما الرأي الراجح هو: إن موت المخ أو جذعه أو ما يعبر عنه البعض بالوفاة الدماغية لا يعتبر موتا حقيقيا للإنسان و إنما هو نوع من المرض و أن المصابين بمرض جذع المخ هو أحياء على وجه الحقيقة

بحيث أن الموت صفة وجودية خلقت ضد الحياة و أن الموت و الحياة لا يجتمعان في بدن واحد في وقت واحد فإن مرضى الغيبوبة الدماغية أو مرضى جذع المخ إما أن يوصفوا بالموت أو الحياة.

ووصفهم أموات ينقصه استمرار مظاهر الحياة في أبدانهم و لا يسوغ الحكم بموت إنسان و بدنه حي يقبل الغذاء و الدواء و تظهر عليه آثار تقبل ذلك من نمو و في كل المراجع الطبية أن حالات موت المخ يكون أصحابها أحياء رغم توقف بعض وظائف المخ و إن هذه الدلائل كلها تقطع باستمرار الحياة في هذه الأجساد و من ثم فإن تدخل الطبيب بإنهاء حياة هؤلاء إنما هو قتل لنفس حرم الله قتلها.<sup>2</sup>

1 - علي محمد علي أحمد مرجع نفسه ص 120.114.

2 - علي محمد علي أحمد مرجع سابق ص 125.124.



## المبحث الثاني: معايير تحديد لحظة الوفاة في التشريعات.

إن الموت يمتد عبر الوقت و يصيب عبر عدة مراحل الأجزاء المختلفة للجسم بدون أي ترتيب معين لها فاحتلت مسألة تعريف الوفاة و التأكد من حدوثها مساحة واسعة من جهود علماء الطب و شراح القانون وفقهاء الشريعة الإسلامية نظرا بأنها ظاهرة تتسم بالتعقيدات و الصعوبات فاحتدم الجدل بينهم و بتحليل الآراء العديدة التي قيلت بهذا الصدد من قبل المهتمين بهذه المسألة يمكن تصنيفها إلى أربعة اتجاهات: كل اتجاه يتبين معيارا للوفاة

و تتمثل هذه المعايير الأربعة في:

معيار الموت الظاهري

معيار الموت الدماغي

معيار الموت الجسدي

معيار الموت الخلوي

و أمام تعدد المعايير التي ساقها المهتمون بهذه المسألة كان لابد من تنفيذها بغية التعرف على أي من هذه المعايير يعبر عن الموت الحقيقي و الذي يتفق مع المفهوم البديعي للوفاة و الذي ليس محل إنكار من أنصار هذه المعايير جميعها بمفارقة الروح للجسد<sup>1</sup> و سوف أتناول المعايير الأربعة ضمن مطلبين

## المطلب الأول: معيار الموت الظاهري و الموت الدماغي.

تعددت مسميات الموت الظاهري بين أوساط المهتمين بإيجاد معيار محدد الموت فهناك من يطلق عليه المعيار التقليدي للوفاة و هناك من يعرفه بالموت الإكلينيكي و هناك من يسميه الموت الظاهري و أيا كانت التسمية فجميع المسميات تتفق في المضمون و ما تفصيلي لهذا المسمى "الظاهري" إلا لتمشيه مع الإشارة إلى وجود معايير أربعة على عكس من أطلق عليه المعيار التقليدي فلم يبقى إلا معيارين فقط أحدهما قديم أو تقليدي و الآخر حديث أما التسمية الأخرى "الموت الإكلينيكي"

1 - محمود أحمد طه المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض 2002، ص 28.

فلم أفضلها لخلط البعض بين الموت الظاهري و موت الدماغ في هذه التسمية و من هنا سوف نتطرق إلى تعريف المعيارين: معيار الموت الظاهري و الموت الدماغى و المقصود بهما و الحجج التي أستند عليها المعيارين و أهم الانتقادات التي وجهت إليهما.

### الفرع الأول :معيار الموت الظاهري.

#### المقصود بالموت الظاهري:

يقصد بالموت الظاهري "توقف العمليات الحيوية لدى جسم العمليات الحيوية لدى جسم الإنسان و المرتكزة في القلب و التنفس" وفقا لهذا المعيار فإن الوفاة تحدث بمجرد تأكد الطبيب من توقف القلب و الرئتين عن العمل و أساس اعتبار الإنسان قد مات بمجرد توقف القلب و الرئتين عن العمل أنه بمجرد هذا التوقف يصاب المخ هو الآخر بصورة تلقائية بالتوقف خلال بضع دقائق و عندئذ يتحول جسم الإنسان الذي ينبض إلى جثة و هذا ما ذهب إليه الدكتور "فيصل شاهين" من أن توقف القلب يتبعه توقف أجهزة البدن عن العمل و لكنها لا تموت كلها دفعة واحدة و إنما تموت تباعا فإذا حدث توقف القلب لأي سبب كان عند شخص غير متوفي دماغيا فإن ذلك يتبعه توقف خلايا الدماغ و موتها بعد دقائق معدودة ثم يتبعه توقف خلايا الكلية و الكبد و البنكرياس و الأعضاء الأخرى بعد نصف ساعة إلى الساعة.

و يعني هذا القول أن توقف القلب و الرئتين عن العمل لا يعني أن الإنسان قد مات بالفعل و إنما يعني أنه في طريقه الحتمي للموت.<sup>1</sup> و هذا يفسر لنا تعريف الدكتور VIGAURAUX الموت الظاهري: بأنه التوقف المؤقت للمقومات الأساسية للحياة: التنفس، النبض، و خفقات القلب لشخص مازال حيا لكنه يظهر بمظهر الميت.

1 - محمود أحمد طه المرجع نفسه ص 29.

فتوقف دوران الدم و التنفس.... هي علامات بديهية الموت و لكنها ليست مطلقة، لأنها تقبل الرجوع إلى الحياة.<sup>1</sup>

ومن بين انتقادات معيار الموت الظاهري:

نعرض هذا المعيار للانتقاد من غالبية المهتمين بتحديد معيار الموت باعتباره معيارا قديما كان يتمشى مع الحقبات الزمنية السابقة وقت إذ كان الطب غير متقدم في هذا المجال.

و يشير المعارضون لاعتبار الموت الظاهري موتا حقيقيا إلى أن التقدم الطبي أثبت أن توقف جهازي القلب و التنفس عن العمل لا يعني بالضرورة أن صاحبها قد مات و ذلك لاعتبارات عديدة:

أولا أن الوفاة الحقيقية لا تحدث إلا بتوقف الأجهزة الثلاثة القلب، المخ و الرئتين و هو مالا يحدث في لحظة واحدة .

و ثانيا لقد أثبت التقدم العلمي في المجال الطبي و بتوقيف التنفس الصناعي و تنبيه لقلب عن طريق نقل الدم إليه باستخدام جهاز منظم القلب الكهربائي.

كما أنه أيضا أصبح من الممكن استمرار التنفس و تدفق الدم و التغذية بصورة اصطناعية تلقائية لفترة طويلة تمتد لبضعة أشهر و الأدلة كثيرة منها قصص صراع الزعماء السياسيين أمثال: كمال أتاتورك و تيتو و الخميني مع المرض.

كما أصبح من الممكن إيقاف القلب و التنفس عن العمل لمدة ساعة أو أكثر و إعادتهما للعمل مرة أخرى عن طريق خفض درجة الحرارة للجسم إلى حوالي (15 درجة) ثم رفعها من جديد.

في ضوء الانتقادات السابقة التي وجهت إلى معيار الموت الظاهري و التي ثبت صحتها عمليا في ضوء التقدم الطبي فقد تحدثت المؤلفات العلمية و وسائل الإعلام عن أشخاص توقفت حركاتهم التنفسية و دقاتهم القلبية ثم عادوا للحياة بفضل وسائل الإنعاش الحديثة أو من تلقاء أنفسهم فيمكن القول أن الموت الظاهري لا

1 - احمد عبد الدائم مرجع سابق ص 226.

يتعدى كونه حالة وسطا بين الحياة و الموت،ومن ثم لا يمكن تشخيصه بأنه موت حقيقي لأن معنى ذلك منح الأطباء قتل إنسان حي أو على الأقل بين الحياة و الموت دون مسألتهم جنائيا.

وإذا انتهينا إلى اعتبار الموت الظاهري حالة وسطا بين الحياة و الموت فما هي المدة التي يتحول فيها الشخص من موت ظاهري إلى صوت حقيقي و يجيب على التساؤل الدكتور عادل الطرقي بقوله:إن المدة تكون قصيرة نسبيا في حالة الارتجاج و تطول في حالة الارتجاج و تطول في حالة الاختناق.<sup>1</sup>

و أمام فشل معيار الموت الظاهري في التأكد من موت الإنسان و تحديد لحظة وفاته لا بد من البحث عن معيار آخر للموت.

### الفرع الثاني: معيار الموت الدماغي.

يطلق على هذا المعيار اسم "موت الدماغ" أو "موت جذع المخ" أو المعيار الحديث للوفاة

فهو حالة مرضية للجسم تمنع الدماغ من تأمين أي وظيفة طبيعية له و موت الدماغ اليوم هو المعيار المقبول بشكل شائع لتعريف حالة لا تقبل العودة للحياة من وجهة النظر الطبية و القانونية و هو يتوافق مع تخريب كامل و قطعي للدماغ بنفس الوقت الجذع الدماغي و نصف كرة الدماغ رغم نشاط القلب العفوي ثم يتطور باتجاه التوقف الوشيك الوقوع و الذي لا يمكن تجنبه بالنسبة لكل وظائف الجسم بما في ذلك التوقف النهائي للقلب بين الأربع و عشرين و الثماني و أربعين ساعة في أغلب الحالات.<sup>2</sup>

و يؤيد هذا المعيار غالبية علماء الطب سواء على المستوى الجماعي (المؤتمرات) أو على المستوى الفردي فقد قرر المؤتمر الدولي الخاص بنقل و زرع الأعضاء في مدريد عام 1966م "أن التوقف النهائي لوظائف المخ هو معيار تحديد لحظة الوفاة و يتحقق ذلك بتوافر الدلائل الإكلينيكية و جهاز رسم المخ الكهربائي.

1 - محمود أحمد طه مرجع سابق ص

2- أحمد عبد الدائم مرجع سابق ص 228.229.

وقد عبر الدكتور جمال الشنابلي عن الاعتبارات التي حدث بأنصار هذا الاتجاه "من أطباء ورجال دين وعلماء قانون" إلى الاعتماد بالموت الجماعي وذلك في الورقة المقدمة منه إلى مؤتمر الخليج للتخدير والعناية المركزة بالدوحة بقطر عام 1991م بعنوان.

"ورقة عل توصيات لجنة موت الدماغ" وتتمثل هذه الاعتبارات:- اعتبارات الطب الشرعي للحوادث.

-الضغوط النفسية والعملية الهائلة على الطاقم الطبي وأقرباء المريض.  
-وضع الأولويات للعناية بمرض موت الدماغ والاحتفاظ بهم في العناية المركزة.

فكان لهذا المعيار تأيد كبير مهتمين بمسألة تحديد لحظة الوفاة، فكان له أيضا انتقادات من بينها: فقد عارض هذا المعيار بعض علماء الطب سواء على المستوى الجماعي أو الفردي.

فعلى المستوى الجماعي أستدل بما أثبتته مجموعة علماء الطب في أمستردام: فقد أثبتوا مؤخرا بالدليل القاطع أن مع الشخص الذي أعتبر ميتا وفق المعايير الموت الجماعي والذي مضى على موته ثلاث ساعات أستمر في إرسال إشارات تدل على وجود حياة داخل الخلايا العصبية للمخ.<sup>1</sup>

-وعلى المستوى الفردي يقول الدكتور بتروخ "إنه يعتقد أن المرضى الذين يت جني الأعضاء منهم و الذين يقومون بتخديره ليسوا أمواتا، فلا يزال المخ حيا في هؤلاء بدليل استمرار الغدة النخامية لدى هؤلاء تعمل" الغدة النخامية جزء من المخ" كما يمكن حصر الانتقادات التي وجهت لعيار الموت الدماغى في:

-احتمالات الخطأ في تشخيص موت المخ أي يجب التحقق من موت الدماغ من خلال علامات سريرية وغير سريرية .

فالعلامات السريرية هي: تمثل في:

\*علامات عصبية والتي تشمل غيبوبة عميقة. غياب النشاط العفوي.

1 - محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص 30.

\*علامات نفسية.

ومن العلامات السريرية الأخرى، تتمثل في: غزارة البول ونزول الحرارة.  
أما: العلامات غير السريرية: هي تعتبر ضرورة للفحص السريري تشمل  
وتسمح بتأكيد تشخيص موت الدماغ وهي:

رسم موجات الدماغ -تصوير الدماغ...الخ.<sup>1</sup>

ومن هنا يجدر بنا القول بان الموت الدماغي ليس هو الموت الحقيقي،  
فيقول المعارضون حتى و لو نجح الطب في تشخيص الحالة بانها موت المخ  
فان ذلك ليس هو الموت الحقيقي<sup>2</sup>

### المطلب الثاني : معيار الموت الجسدي و الموت الخلوي.

وأمام التشكيك في قدرة المعيارين السابقين في تحديد لحظة الوفاة أستعرض  
فيما يلي المعيار الثالث للموت و هو الموت الجسدي والمعيار الرابع ألا وهو الموت  
الخلوي.

### الفرع الأول : الموت الجسدي.

يقصد بالموت الجسدي أو ما يسميه البعض الآخر بالموت الكلي لدى أنصار  
هذا الاتجاه توقف كافة الأجهزة الثلاثة الرئيسية للجسم عن العمل بصورة نهائية  
غير قابلة لإعادتها إلى الحركة من جديد فترة من الزمن تكفي لحدوث رمية في  
الجسم وتقدر هذه الفترة من (10 إلى 30) دقيقة .

وفقا لهذا المعيار فإنه لا يكفي بمجرد توقف القلب و الرئتين عن العمل كما  
ذهب إلى ذلك أنصار معيار الموت الظاهري كما لا يكفي بتوقف المخ عن العمل  
كما ذهب إلى ذلك أنصار معيار الموت الدماغي . إذ لا بد أن يثبت توقف الأجهزة  
الرئيسية الثلاثة : القلب ، الرئتين ، المخ عن العمل بصورة غير قابلة للعلاج فترة

1 - احمد عبد الدائم، رجع سابق، ص 231.230.229.

2 - محمود احمد طه، مرجع سابق.ص 42.

من الزمن تتراوح بين (10 إلى 30) دقيقة تكفي لحدوث تغيرات رمية في الجسم تؤكد حدوث الوفاة.<sup>1</sup>

وقد حدد الأطباء المؤيدون لهذا المعيار علامات يتعين توافرها للتأكد من حدوث الوفاة ، وتتمثل هذه العلامات في :

توقف جهاز القلب عن العمل وعندئذ يشعر المريض بنعاس "دوخة" ناتج عن توقف اندفاع الدم إلى الدماغ مع شحوب في الأجزاء العليا من الجثة .  
توقف جهاز التنفس عن العمل وعندئذ يحدث للمريض انتفاضة تنفسية بحركتي شهيق دون زفير ثم تهمد حركة الصدر و الجذع الرئيسية التي كانت مصاحبة للزفير ومن هنا يتم التأكد من الوفاة الجسدية هذه عن طريق الاختبارات الآتية :

يجب فحص الجسم بالاستماع إلى ضربات القلب و الأقسام المحيطة به وجس النبض الشرياني وفحص أو جس النبض الشرياني الصدعي التأكد من الانعدام التام للأفعال التنفسية التأكد من عدم وجود نشاطات عصبية "انعكاسات حدقية" فحص جهاز الدوران "القلب" عن طريق رسام القلب الكهربائي فحص الجهاز العصبي عن طريق عمل أشعة فوق الصوتية على المخ الانتظار فترة زمنية تتراوح بين العشر و الثلاثين دقيقة على توقف الأجهزة الثلاثة الرئيسية للجسم عن العمل للتأكد من عدم قابليتهم للعمل و لو بطريقة الإنعاش.<sup>2</sup>

و يؤيد هذا المعيار "الموت الجسدي " بعض علماء الطب و الشريعة الإسلامية و القانون سواء على المستوى الجماعي أو الفردي .

1 - محمود أحمد طه مرجع سابق ص 50.

2 - محمود أحمد طه مرجع نفسه ص 51.

الإقرار الطبي على المستوى الجماعي يستند على ذلك عبر هذه تقرير الجمعية الطبية البريطانية برئاسة الجراح لورانس ايبيل حيث حدد شروطا ثلاثة للوفاة يتعين توافرها مجتمعة

توقف القلب عن الخفقان لمدة أكثر من 15 دقيقة .

توقف التنفس العادي الطبيعي لمدة خمس دقائق على قطع التنفس الاصطناعي .

انعدام أي مظاهر لنشاط الدماغ في المخطط الكهربائي لمدة خمس دقائق .  
و على المستوى الفردي عرف الدكتور صفوت لطفى بأنه لا يتحقق إلا بمفارقة الروح الجسد و يتحقق ذلك طبيا بتوقف جميع أعضاء و أجهزة الجسم عن العمل مع برودة الجسم لفقدانه حرارة الحياة مع بداية ظهور علامات الموت المؤكدة التي تحددها كتب الطب الشرعي.<sup>1</sup>

ومن أمثلة على تأييد بعض علماء الشريعة الإسلامية لهذا المعيار سواء على المستوى الفردي \* فتنباه مجمع البحوث الإسلامية بأزهر الشريف في دورته رقم 28 في 1992/06/25م وذلك في ردهم على كتاب أرسله عميد معهد الأورام القومي إلى مكتب شيخ الأزهر.<sup>2</sup>

يطلب فيه من فضيلته بحثا لتعريف الوفاة و تبني التعريف الحديث للوفاة "موت المخ"

لأن الالتزام بالمفهوم التقليدي الموت لا يعطي للجراح الفرصة من الاستفادة من أعضاء الجسم قبل أن تموت .و قد انتهى المجلس إلى أن ما جاء بكتاب معهد الأورام القومي من تعريف الموت ينبغي الالتفات عنه للنصوص الشرعية و الفقهية التي حددت الموت و علاماته على النحو الوارد في هذا البحث و المدونة في شتى كتب الفقه الإسلامي وبالإطلاع على ما ورد في هذا البحث تبين إقرار المجلس

1 - محمود أحمد طه مرجع سابق ص 52.

2 - محمود أحمد طه مرجع نفسه ص 53.



للموت الجسدي إذا اشترط ضرورة توقف الأجهزة الثلاثة الحيوية للجسم عن التوقف توقف غير قابل للإنعاش.

وباستقراء كتب الفقه اتضح لنا الفقهاء المتقدمين يكادون يجمعون على هذا المعيار، و من الفقهاء المتقدمين العلامة أبو حامد الغزالي حيث عرف الموت بقوله: "الموت عبارة عن استقصاء الأعضاء كلها، و كل الأعضاء آلات و الروح هي المستعملة لها، و معنى الموت انقطاع تصرفها عن البدن، و خروج البدن عن أن يكون آلة له".

و من الأمثلة على تبني بعض رجال القانون لهذا المعيار: فتوى مجلس الدولة المصري، حيث عرف الموت بأنه: "التوقف الذاتي لجميع مظاهر الحياة و أجهزة الجسم و أعضاءه بالمدى الزمني الذي تقره الخبرة الطبية الفنية و أن الموت ليس واقعة طبية فقط و لكن الموت هو أيضا حقيقة دينية و واقعة قانونية و حالة اجتماعية".<sup>1</sup>

وكما ذهب له أيضا الدكتور أحمد شرف الدين بقوله "توقف المخ عن العمل لا يعني الوفاة الحقيقية، فالوفاة الحقيقية هي بموت خلايا المخ وتوقف التلقائي لأجهزة الجسم".<sup>2</sup>

ومن انتقادات معيار الموت الجسدي:

فهو تعرض لانتقادات أقل بكثير من تلك التي تعرض لها معيار الموت الدماغية، وهذه نتيجة طبيعية لأنه تأني كثيرا في اعتبار الشخص أنه قد مات فليس بمجرد توقف المخ عن العمل يعد الشخص ميتا وإنما يتعين توقف القلب والرئتين بجانب توقف المخ.

وهو بذلك تفادي أوجه الانتقادات التي وجهت إلى معيار السابق "الموت الدماغية".

1 - محمود أحمد طه، مرجع سابق، ص 54.

2 - محمود طه، مرجع نفسه، ص 54.

ويمكن تصنيف هذه الانتقادات إلى نوعين : انتقادات تطالب بالترتيب في اعتبار من مات جسدياً قد مات حقاً، وانتقادات تطالب بالتعجيل بإعلان الوفاة بمجرد الموت الدماغي.

**فالانتقاد الأول هو: الموت الجسدي ليس هو الموت الحقيقي:**

ذهب بعض الأطباء إلى القول بأن الموت الحقيقي لا يتحقق إلا بموت الخلايا في الجسم، وهو مالا يحدث بالموت الجسدي، فكل ما يحدث هو توقف الأجهزة الرئيسية أو حتى موتها دون موت الخلايا والأنسجة في كافة أعضاء الجسم، والأكثر من ذلك أن علامات الموت الجسدي قد تظهر في حالات مرضية مثل: الغريق قبل الموت، وكذلك الناجي من الموت نتيجة الصعق الكهربائي.<sup>1</sup>

والواقع أن علامات الموت الجسدي السابق ذكرها وشروط توقفها "الأجهزة الثلاثة في الجسم" من (10 إلى 30) دقيقة. من شأنه التأكيد من عدم قابلية هذه الأجهزة الحيوية للإنعاش، بدء ظهور العلامات الرمية على الجثة. وهذه أدلة أكيدة على الوفاة، أما الانتقاد الثاني فيتمثل في: إغلاق الباب أمام الانتفاع بالأعضاء الأدمية من الموتى:

انتقد أنصار الموت الدماغي معيار الموت الجسدي على أساس أن الانتظار حتى تتوقف الحياة في القلب وعدم الاكتفاء بموت جذع المخ من شأنه تقويت الفرصة عن الانتفاع بالأعضاء الأدمية من الموتى حال كونها لا تزال صالحة للاستعمال لمرضى آخرين والواقع أن هذا القول فيه خطر كبير إذ يخشى أن تتحول هذه المسألة "نقل الأعضاء" إلى الاتجار في الأعضاء البشرية، مما يدفع الأطباء إلى التعجيل بإعلان الوفاة وي وفاة الشخص المريض بغية الإسراع بالاستفادة بأكبر عدد ممكن من أعضائه لصالح غيره من المرضى، وهو ما لمسناه فعلاً في الواقع العملي، متناسين الحالة النفسية التي لا تقبل اعتبار شخص لا يزال قلبه ينبض، ولا يزال يتنفس ولو صناعياً ميتاً، ومتناسين أيضاً التقدم الكبير في مجال الطب، واحتمال نجاح الطب بعون الله في إعادة المخ إلى العمل بعد التوقف، وعلينا أن نعلم

1 - محمود طه، مرجع سابق، ص55

بحقيقة ثابتة وهي "الأنفس كلها متساوية" ومن ثم لا يجوز التعجيل بحياة شخص بغية المساهمة في شفاء الآخرين.<sup>1</sup>

فمن خلال الانتقادات التي وجهت الموت الجسدي على أنه لا يعبر عن الموت الحقيقي ظهر معيار الموت وهو الموت الخلوي.

### الفرع الثاني: الموت الخلوي.

نادى بهذا المعيار العديد من الأطباء الطب الشرعي في الوقت الراهن، ويطلق عليه الموت الجزئي، وهو ما عرفه الدكتور تشارلز هيدسون بقوله "أن الموت يكون نتيجة موت الخلايا في الجسم" فالموت الخلوي يعني موت الخلايا والأنسجة لأعضاء الجسم والتي تبدأ بعد التوقف الكامل لأجهزة الجسم الحيوية، وذلك نتيجة التوقف النهائي لعمليات التبادل والتحول الكيميائي LE MÉTABOLISME وتختلف المدة التي يستغرقها موت الخلايا من عضو لآخر، وبموت خلايا الجسم كلية لا يكون هناك أدنى شك في حدوث الوفاة الحقيقية اليقينية.

ويستند أنصار هذا المعيار إلى أن الطب الحديث أثبت بقاء الحياة الخلوية فترة من الوقت في جسم الإنسان بعد موته جسدياً، واستدلوا على ذلك بأنه إذا أجريت الصدمة الكهربائية على جسم قد مات جسدياً مباشرة لنجم عن ذلك تقلص في جميع عضلات الجسم، ثم يبدأ الجسم في فقد هذا التقلص ابتداءً من عضلات الطرفين السفليين أولاً، فعضلات الجذع، ثم عضلات الطرفين العلويين، وأخيراً يفقد من عضلات الرأس بعد ساعة أو أكثر من الوفاة، كما ثبت أيضاً وجود انقسام خلوي في بعض الأنسجة بعد إنقضاء 24 ساعة على الوفاة جسدياً.<sup>2</sup>

وقد تعرض هذا المعيار للانتقاد على أساس أن الحياة تنتهي بصورة قاطعة لاشك فيها بموت الأجهزة الرئيسية في الجسم وظهور علامات رمية على الجثة

1 - محمود طه، مرجع سابق، ص، 55، 56.

2 - محمود طه، مرجع نفسه، ص، 57، 58.

التي تلي مباشرة توقف أجهزة الجسم الرئيسية عن العمل توقفا نهائيا لا رجعة فيه ولو بالإنعاش.

-وعلى النقيض من هذه الانتقاد فإن هناك من انتقد الموت الخلوي على أساس أنه لا يدل بصورة قاطعة على الوفاة الحقيقية إذ يتعين أن تتحلل أجهزة الجسم إلى عناصرها الرئيسية وبالواقع أن هذا الانتقاد الأخير الذي لا يعتد بالموت الخلوي ويتطلب تحلل أجهزة الجسم إلى عناصرها الرئيسية لا يمكن الأخذ به لاستغراقه وقتا طويلا تصاب الجثة خلاله بالعفن.

وبذلك يكون قد تم استعراض معايير الموت الأربعة والتي على أساسها يتم تحديد لحظة الوفاة.

## الخاتمة

من خلال دراستنا لهذا الموضوع و نظرا لأهمية و حماية لجسم الإنسان الذي يكفل له القانون حماية قانونية و دستورية نجد أن في جميع التشريعات أقرت المسؤولية الجنائية التي من خلالها تتم مساءلة الشخص عن أخطائه سواء كانت أخطاء بسيطة أو جسيمة، و الذي نقصده بهذه الدراسة هو الطبيب الذي من واجباته و التزاماته أن يحتفظ على مرضاه وأن لا يعرض حياتهم و أجسادهم للخطر أو تعريضهم لمحل للبيع كتعريض أعضاءهم للسرقة و البيع و غيرها.

فالطبيب عندما يخطأ بسبب عدم رعونته أو إهماله أو تحرزه فيسأل. أما عندما يخالف الأصول العلمية الطبية أي مخالفة اللوائح و التنظيمات القانونية، فتقع على المسؤولية الجنائية إضافة إلى المسؤولية المدنية التي تتمثل في التعويض.

بحيث في موضوعنا المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة، استنتجنا من دراستنا للمعايير الأربعة أنه يوجد اختلاف في تحديد المعايير راجع أيضا إلى رغبة البعض خاصة من الأطباء لفتح الطريق أمامهم كاستئصال الأعضاء البشرية من الموتى للأحياء من المرضى للاستفادة بها في علاجهم بحيث مما لا شك فيه أن المصلحة الطبية تقتضي التبكير في تحديد لحظة الوفاة. فمن المعروف أن من مصلحة الأطباء التعجيل في إعلان الوفاة إلا بعد التأكد بصورة قطعية لا تقبل الشك أو الجدل. بحيث أن في بعض الحالات يقوم الأطباء باستعمال أسلوب الاحتيال أو المغالطة. فمثلا عند قيام الطبيب بتحرير شهادة الوفاة فيقوم بكتابة أن الموت طبيعية و عادية.

و يكون أساس هذه الشهادة الكاذبة مصلحة شخصية أو منفعة كأخذ أعضاء الميت لأنه عند الاعتماد على المعايير فنعلم أن الخلايا لا تموت في دقيقة واحدة كالموت الدماغى مثلا فيموت الدماغ إنما القلب أو الدورة الدموية تبقى مستقرة و تموت هذه الخلايا في وقت يتبع موت الدماغ.

و من جهة أخرى تسهيل الإجراءات الخاصة بالوفاة لكن في حين إن تم التشكيك بحالة الوفاة فرجال القانون يستطيعون فتح التحقيق و التحريات و من هنا

تقع مساءلة الطبيب الذي استعمل الاحتيال و المغالطة و التدليس في حق جثة الشخص التي يقام على هذه الأخيرة المتوفى و الذي يفتح باب آخر للورثة أي في تقسيم التركة التي يقام على هذه الأخيرة الدعوى المدنية.

فمن خلال الاعتماد على هذه المعايير الأربعة لتحديد لحظة الوفاة فعلى الطبيب أن يقوم بالتدقيق في تشخيص حالة الوفاة مما يسمح له باقتطاع الأعضاء البشرية بطريقة مشروعة و تنفي المسؤولية الجنائية على الطبيب.

# قائمة المصادر و المراجع

## أولاً: المصادر

- 1-القرآن الكريم
- 2-الامر رقم 58-75 المؤرخ في 20 رمضان عام 1395 الموافق ل 26 سبتمبر سنة 1975 و المتضمن القانون المدني الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد رقم 78 سنة 1975 المعدل و المتمم .
- 3-الامر رقم 66-156 المؤرخ في 18 صفر عام 1386 الموافق لـ 8 يونيو 1966 يتضمن قانون العقوبات المعدل و المتمم .

## ثانياً: المراجع

- أحمد حسن الحيارى،المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني و النظام القانوني الجزائري الطبعة الأولى،دار الثقافة للنشر و التوزيع عمان 2008.
- أحمد عبد الدائم،أعضاء جسم الإنسان ضمن التعامل القانوني منشورات الحلبي الحقوقية بيروت 1999.
- أحمد محمود نهار أبو سويلم القتل بدافع الشفقة(دراسة مقارنة) دار الفكر ناشرون و موزعون،الطبعة الأولى عمان 2010.
- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري العام-دارهومة للنشر و التوزيع-الجزائر2012-2013، الطبعة الثانية.
- أمال عبد الرازق مشالي،الوجيزفي الطب الشرعي مكتبة الوفاء القانونية الإسكندرية ،2009.
- أمير فرج يوسف خطأالطبيب العمدي و غير العمدي و أحكام المسؤولية المدنية و الجنائية و التأديبية المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية2010.

- حسين علي شحرور الدليل الطبي الشرعي و مسرح الجريمة الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية لبنان 2006.
- عبد الحميد المنشاوي: الطب الشرعي و أدلته الفنية ودوره الفني فيالبحث عن الجريمة، دار الجامعة الجديدة للنشر الإسكندرية 2005.
- علي محمد علي أحمد ،معيار تحقق الوفاة و ما يتعلق بها من قضايا حديثة في الفقه الإسلامي(الموت الرحيم)، دار الفكر الجامعي، القاهرة 2008.
- صفوان محمد شديفات:المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية ،دراسة مقارنة دكتوراه في القانون الجنائي.
- محمد حسين منصور المسؤولية الطبية(الطبيب، الجراح، طبيب الأسنان، الصيدلي التمريض العيادة و المستشفى ،الأجهزة الطبية)دار الجامعة الجديدة الإسكندرية 2011.
- محمود القبلاوي ،المسؤولية الجنائية للطبيب ،دار الفكر الجامع، الإسكندرية، 2004.
- محمود أحمد طه المسؤولية الجنائية في تحديد لحظة الوفاة أكاديمية نايف العربية للعلوم ،الرياض 2002م.



# الفهرس

أب-ج	.....	مقدمة
01	.....	الفصل الأول: مفاهيم نظرية
02	.....	المبحث الأول: مفهوم المسؤولية
03	.....	المطلب الأول: تعريف المسؤولية و أنواعها
03	.....	الفرع الأول: المسؤولية الجنائية
03	.....	الفرع الثاني: المسؤولية المدنية
05	.....	المطلب الثاني: مفهوم الوفاة و الموت
05	.....	الفرع الأول: تعريف الوفاة و الموت
09	.....	الفرع الثاني: الفرق بين الوفاة و الموت
11	.....	المبحث الثاني: المسؤولية الطبية في نظر القانون الجزائري
12	.....	المطلب الأول: أركان المسؤولية الطبية
13	.....	الفرع الأول: الخطأ الطبي
15	.....	الفرع الثاني: صور الخطأ الطبي
20	.....	المطلب الثاني: الضرر الطبي و العلاقة السببية
21	.....	الفرع الأول: الضرر الطبي و أنواعه
25	.....	الفرع الثاني: العلاقة السببية
28	.....	المبحث الثالث: مدى مشروعية الأعمال الطبية

29	المطلب الأول:مشروعية الأعمال الطبية.....
31	الفرع الأول:الترخيص القانوني و رضاء المريض بالعلاج.....
35	الفرع الثاني:مراعاة الأصول العلمية الطبية.....
38	المطلب الثاني:لا مشروعية الأعمال الطبية.....
39	الفرع الأول:سرقة الأعضاء البشرية.....
41	الفرع الثاني:التجارب العلمية و القتل الرحيم.....
47	الفصل الثاني : معايير تحديد لحظة الوفاة.....
48	المبحث الأول:معايير تحقق الوفاة لدى الأطباء.....
48	المطلب الأول:المعيار القديم للوفاة"توقف التنفس و القلب ".....
51	الفرع الأول:العلامات السلبية و الإيجابية للموت.....
56	الفرع الثاني:النقد الموجه لهذا المعيار.....
57	المطلب الثاني:موت جذع المخ.....
62	الفرع الأول:موت جذع المخ موت حقيقي.....
65	الفرع الثاني:الموقف الفقهي لموت جذع المخ.....
67	المبحث الثاني:معايير تحديد لحظة الوفاة في التشريعات.....
67	المطلب الأول:معيار الموت الظاهري و الموت الدماغي.....
68	الفرع الأول:معيار الموت الظاهري.....
70	الفرع الثاني: معيار الموت الدماغي.....
72	المطلب الثاني:معيار الموت الجسدي و الموت الخلوي.....
72	الفرع الأول:معيار الموت الجسدي.....
77	الفرع الثاني:معيار الموت الخلوي.....
80	الخاتمة.....

83	..... قائمة المراجع
86	..... الفهرس