



جامعة الجيلالي اليابس سيدي بلعباس

كلية الحقوق والعلوم السياسية 19 مارس 1962

## الإستعجالات الطبية

(دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون الفرنسي)

أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

تخصص حقوق، فرع قانون خاص

تقدم وتناقش علنا من طرف الطالب: طالبني محمد

أمام لجنة المناقشة

الصفة	جامعة الإنتماء	الرتبة	الأستاذ
رئيسا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ محاضر "أ"	السيد: تابري مختار
مشرفا ومقررا	جامعة سيدي بلعباس	أستاذ التعليم العالي	السيد: كراجي مصطفى
عضوا مناقشا	جامعة سعيدة	أستاذ التعليم العالي	السيد: سعدي الشيخ
عضوا مناقشا	جامعة سعيدة	أستاذ التعليم العالي	السيد: دويني مختار

# الإهداء

إلى أحق الناس بحسن صحبتي، أمي وأبي.

إلى من ترك في الأثر الجميل، خالتي وعمي.

إلى من عانت معي في اعدادي هذه الرسالة رفيقة دربي، زوجتي الغالية.

إلى بستان الأمل وقرّة العين أبنائي الأحباء، نائل، لايانا، دانية.

إلى من شاركوني عطاء أبويا، إخوتي وأخواتي وأبناء العم والخالة.

إلى من علمني حرفا وأنار بعلمه سبيلي، أساتذتي الأفاضل.

# الشكر والتقدير

الشكر أولاً لله العلي القدير الذي أعانني على إتمام هذه الرسالة لتكون علماً نافعاً.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذ الفاضل كراجي مصطفى لقبوله الاشراف على هذه الرسالة، ومساعدتي بكل جهوده الطيبة ولم يبخل علي بوقته وعلمه وجهده ونصحه.

كما أتقدم بجزيل الشكر للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة هذه الرسالة، فجزاهم الله خيراً على ذلك.

كما لا يسعني إلا أن أقدم عظيم امتناني إلى كل من أمدني بالعون ولم يبخل بإسداء النصح والارشاد طوال فترة التحضير والاعداد لإتمام هذه الرسالة، من زملاء في العمل أطباء وممرضين، وإخوة أفاضل أساتذة وقضاة كل بإسمه.

## قائمة المختصرات

باللغة العربية:

ص: صفحة.

ج.ر: جريدة رسمية.

م.ت: مرسوم تنفيذي.

باللغة الفرنسية:

**1ère civ.** : 1ère chambre civile.

**a.** : article.

**A.J.D.A.** : Actualité Juridique Droit Administratif.

**A.N.S.M.** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

**Arr.** : Arrêté

**Art.** : Article.

**B.N.D.S.** : Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'éthique médicale.

**B.O.M.** : Bulletin de l'Ordre des Médecins.

**Bull. crim.** : Bulletin des Arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation.

**C.A.A.** : Cour Administrative d'Appel.

**C.A.P.** : Centre d'Accueil Permanent.

**Cass. civ.** : Cour de Cassation Chambre civile.

**C. Cass.** : Cour de Cassation.

**C. civ.** : Code Civil.

**C.E.** : Conseil d'Etat.

**C.E.S.** : Le Certificat d'Etudes Spéciales.

**chron.** : chronique.

**C.H.U.** : Centre Hospitalo-Universitaire.

**Circ** : Circulaire.

**C. jus. adm.** : Code de justice administrative.

**Coll.** : Collection.

**C. pén.** : Code Pénal.

**crim.** : chambre criminelle.

**C. sec. soc.** : Code de la Sécurité Sociale.

**C. santé publ.** : Code de la Santé Publique.

**D.** : Décret.

**D.E.S.C.** : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires.

**D. méd. hosp.** : Droit médicale hospitalier.

**Dr. déont. soins** : Revue Droit, déontologie et soins

**Dr. enf. fam.** : Revue Droit de l'enfance et de la famille

**D&S.** : Droit et Santé.

**D.S.C.** : Direction de la Sécurité Civile

**éd.** : éditions.

**E.H.S.** : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

**E.N.S.P.** : Ecole Nationale de la Santé Publique.

**E.P.H.** : Etablissement Publique Hospitalier.

**E.P.S.P.** : Etablissement Publique de Santé de Proximité.

**fasc.** : Fascicule.

**G.** : Edition Générale.

**Gaz. Pal.** : La Gazette du Palais

**Gaz. San. Soc.** : La Gazette Sante Social.

**H.A.S.** : Haute Autorité de Santé.

**Instr** : Instruction.

**I.R.M.** : Imagerie par Résonance Magnétique.

**J.C.P.** : Juris-classeur Périodique.

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

**L.** : Loi

**L.A.F.M.U.** : Les Annales Françaises de Médecine d'Urgence.

**L.G.D.J.** : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

**L'info. Psy.** : L'information Psychiatrique.

**L.P.A.** : Les Petites Affiches.

**M.D.** : Médecine et Droit.

**n°** : numéro.

**op. cit.,** : ouvrage cité.

**Ord.** : Ordonnance.

**O.R.S.E.C.** : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile.

**P.** : pages.

**P.O.S.U.** : Pole Spécialisé des Urgences.

**P.S.E.** : Pousse Seringue Electrique.

**P.U.A.M.** : Presse Universitaire d'Aix-Marseille.

**P.U.F.** : Presses Universitaires de France.

**R.** : Partie réglementaire

**R.C.** : Revue des Contrats.

**R.D.S.** : Revue Droit et Santé.

**R.D.S.S.** : Revue de Droit Sanitaire et Social.

**R.D.S.S.** : Revue de Droit Sanitaire et Social.

**Réseau S.S.U.** : Réseau radio Secours et Soins d'Urgence.

**Rep. Drt. Soc.** : Répertoire du Droit des Sociétés.

**Resp. civ. & ass.** : Revue responsabilité civile et assurances.

**Rev. algér. sci. jurid. écon. polit.** : Revue algérienne des sciences juridiques, économiques et politiques.

**Rev. Prat.** : La Revue du Praticien

**R.F.S.** : Revue française de sociologie.

**R.G.D.M.** : Revue Générale de Droit Médical

**R.G.H.** : Revue Gestions Hospitalières.

**R.H.F.** : Revue Hospitalière de France.

**R.I.D.C.** : Revue Internationale de Droit Comparé

**R.L.C.H.** : Revue Les Cahiers Hospitalier.

**R.L.C.S.I.** : Revue Les Cahiers de la Sécurité Intérieure.

**R.M.D.** : Revue Médecine et Droit.

**R.Q.M.** : Revue le Quotidien du Médecin

**R.T.D.C.** : Revue Trimestrielle de Droit Civil.

**R.S.C.** : Revue de Science Criminelle.

**S.A.M.U.** : Service d'Aide Médicale Urgente.

**S.A.U.** : Service d'Accueil des Urgences.

**S.D.I.S.** : Service Départemental d'Incendie et de Secours.

**S.J.** : Semaine Juridique.

**S.M.U.R.** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

**soc.** : Chambre sociale.

**sous- coll.** : sous-collection

**S.S.R.** : Soins de Suite et de Réadaptation.

**S.S.S.M.** : Services de Santé de Secours Médical.

**T.** : Tome.

**T.A.** : Tribunal administratif.

**T. conf.** : Tribunal des Conflits.

**U.M.H.** : Unité Mobile Hospitalière

**U.P.A.T.O.U. :** Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

**V.M.L. :** Véhicule médical léger.

**Vol. :** Volume.

**V.R.M. :** Véhicule radio médicalisé.

**V.S.A.B. :** Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés.

## مقدمة

من الأمور التي يغيب فيها الانسان نجد نعمة في غاية الأهمية في حياته، وهي نعمة الصحة في البدن والنفس، ويمكن تعريف الحالة الصحية للإنسان بأنها الحالة التي يكون فيها الإنسان متمتعاً بقدراته وحواسه على أكمل وجه، بعيداً عن الأمراض والعلل، وقد تكون تلك الأمراض بدنية وهي التي تصيب أي جزء من بدن الإنسان، أو قد تكون أمراض نفسية تصيب النفس وتؤثر فيها بشكل يجعلها قاصرة عن أداء وظائفها كالمعتاد.

وللمحافظة على ذلك وجب على كل دولة تقديم وتوفير رعاية صحية مناسبة، والتي تعتبر من العناصر الأساسية التي تدخل في سياسة أي دولة، وذلك لما هو معروف عن حجم الإنفاق الكبير على الخدمات الصحية، حيث إنه من الملاحظ، وفي خلال السنوات الماضية، الارتفاع الكبير في الإنفاق الحكومي على ميزانية الخدمات الصحية، قبل أن يتبع في السنوات الأخيرة بسياسة التقشف.

وتشتمل الرعاية الصحية على مجموعة من الخدمات الأساسية التي توفر علاجاً للمشاكل الصحية، إضافة إلى الوقاية من الأمراض، وتحسين السلوكيات الصحية، توفرها الدولة للعناية بصحة المواطنين، وتقع هذه الخدمة على عاتق مؤسسات صحية تسمح لها الإدارة مسبقاً بالقيام بها من القطاع العام أو القطاع الخاص، وهي تتضمن المستشفيات، والصيدليات، والعيادات، والتي يعمل فيها أطباء، وممرضين، وكل من يعمل في المجال الطبي أو البحوث الطبية...

فالنظام الصحي الفرنسي والجزائري إذا يستندان على عنصران أساسيان، من جهة نظام عام يخضع للقانون العام في العلاقة بين المستخدمين والمؤسسات العامة، ومن جهة أخرى نظام خاص يخضع بالنسبة للعلاقات بين العملاء والمرافق الصحية الخاصة للقانون الخاص.

وقد سمح هذا التنظيم من توفير رعاية صحية متنوعة من خلال توفير مؤسسات صحية عمومية، ومؤسسات صحية خاصة تهدف للربح أو غير هادفة للربح، ومؤسسات صحية

متخصصة سواء أكانت عامة أو خاصة، كلها تتعايش داخل نظام صحي لتنظيم عمليات الإنتاج والإدارة والاستهلاك للسلع والخدمات الطبية<sup>1</sup>.

والحامي لحق الفرد في رعاية صحية مناسبة هي المواثيق الدولية والداستير والقوانين خاصة قانون الصحة، لأن الدولة تعد مدينا اتجاه الفرد بالحق في الصحة.

والحق في الصحة كما سوف نرى فيما بعد يتعارض مع العديد من المبادئ، مثل الحرية الدينية أو احترام الخصوصية أو مبدأ احترام كرامة الإنسان أو حرية التعاقد، ولكنه يبقى حق ملزم رغم هذا التعارض.

ومن بين الخدمات الصحية الأساسية والتي تأخذ من حيث الاهتمام القدر الأكبر بمقارنتها بالخدمات الصحية الأخرى لدى كافة المجتمعات ومنها المجتمع الفرنسي والجزائري، نجد الاستعجالات الطبية، إذ أنه لا يوجد يوم ولم نسمع فيه عن وقوع حالات استعجالية، بل أنه لا يوجد أسبوع مثلا في فرنسا ولم نشاهد فيه سلسلة تلفزيونية سواء كانت سلسلة سنيمائية أو سلسلة وثائقية لم يتكلم فيها عن الاستعجالات الطبية أو المصالح المكلفة بتقديم هذه الخدمة.

وعلى الرغم من أن أغلبية الحالات الاستعجالية هي في حقيقة الأمر غير ذلك (لأن الاستعجالات الطبية الحقيقية التي لا تحتاج للانتظار هي قليلة)، إلا أن المصالح الاستعجالية داخل المؤسسات الصحية دائما مملوءة عن آخرها. فالملاحظ من خلال الواقع اليومي للمصالح الاستعجالية، أن عدد النشاط الطبي لهذه المصالح في تزايد مستمر سنويا، وهذا التزايد يدل على شيء واحد، ألا وهو أن مفهوم الاستعجالات الطبية هو مفهوم نسبي، حيث أنه مفهوم متغير يتأثر بظهور طبائع جديدة لدى مستخدمي المنظومة الصحية، والذين هم في حالة بحث عن خدمات صحية دون المرور بمرحلة الحصول على موعد مسبق للحصول على علاج أو تشخيص لمرضه والتي لا تمثل في الغالب حالة استعجالية.

فالتطور الحاصل داخل المجتمع، دفع التشريعات إلى إعادة النظر في تنظيم المنظومة الصحية وخاصة المصالح الاستعجالية والتي دائما في نزاع مع المصالح الصحية الأخرى. وكل

<sup>1</sup> - Duriez (M), Pierre (L), Diane (L-S), Simone (S), Le système de santé en France, Paris, éd. P.U.F., coll. « que sais-je ? », avril 1999, p. 7,8.

هذه التطورات والنزاعات دفعت رجالات القانون من محاولة وضع مفهوم قانوني للاستعجالات الطبية، حيث يتسنى من خلالها إعادة تنظيم هذه الخدمة.

فالمريض بحكم أنه يدفع شهريا لمصلحة الضمان الاجتماعي أقساط، فإنه يصبح بذلك دائنا للدولة بالحق في الحصول على خدمات صحية مناسبة لحالته المرضية.

ومن خلال ما سبق ذكره، نجد أن مهني الصحة في الحالات الاستعجالية يواجهون صعوبات حقيقية بنيوية، وصعوبات أخرى تتعلق بشخص المريض.

فأما عن الصعوبات البنيوية، فنجد أن المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى قد بنيت ونظمت حسب طبيعة تشخيص المرض، والذي يتكفل به من طرف طبيب مختص بهذا المرض أو بالعضو الجسدي المصاب، مثال عن ذلك، حالة تشخيص مرض تشنج في شرايين القلب لدى المريض، فالمختص الذي يتكفل به، يكون طبيب مختص في أمراض القلب والشرايين، وبالتالي في الغالب يتوفر هذا المختص على امكانيات مادية وبشرية تساعده في مهنته، في حين أن الطبيب المستعجل يتكفل بالحالة الاستعجالية بمجملها والتي قد تحمل تشخيص أو عدة تشخيصات، ورغم ذلك ليس هو من يقرر ادخال المريض الى مصلحة طبية مختصة (وهذا ما سنراه في تحليلاتنا اللاحقة من خلال هذا البحث) هذا من جهة، ومن جهة أخرى ضعف وهشاشة تنظيم المصالح الأخرى، كأن يؤدي مثلا عدم احترام المواعيد من طرف الأطباء المختصين لدى المصالح الطبية العاملين فيها، بحجة أنهم ساعدوا الطبيب المستعجل في اعطاء تشخيص لمريض كان متواجد في مصلحة الاستعجالات الطبية.

أما عن الصعوبات المتعلقة بتشخيص المريض، فتتمثل في بحث المريض عن شخص واحد يمكن أن يتكفل به وبحالته الصحية في مجملها، وهذا لا يكون إلا أمام طبيب مستعجل، وهذا راجع كما سبق القول إلى تطور المجتمع والذهنيات، نتيجة تدهور المستوى المعيشي داخل المجتمعات وخاصة فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي، وكذلك صعوبة توفير مستمر للخدمات الصحية في بعض المناطق.

فهذه الصعوبات والنزاعات القائمة بصفة دائمة بين مختلف المصالح الطبية ومصصلحة الاستعجالات، بل حتى مع الطبيب المعالج، أدى بالتشريعات والسياسات الصحية إلى إعادة النظر في تنظيمها لهذه الخدمة الأساسية للمجتمع، وهذا ما أدى بالضرورة لإيجاد بعض من الحلول نذكر منها انشاء رقم خاص للاتصال بالجهات المخول لها بعملية التدخل السريع، تأسيس المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، انشاء المداومة الطبية، اعادة تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية وغيرها من الحلول الأخرى والتي سوف نتطرق لها لاحقا، فكل هذه الحلول هدفها هو خلق روح التعاون بين مهني الصحة وبين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى، ولتحقيق هذا الهدف، تم تقنين كل ذلك، وهذا ما يترتب عنه قيام مسؤوليات على كل مخالف لهذه القواعد.

ومن جملة هذه القواعد الواجب احترامها، نجد الالتزام بإعلام المريض وضرورة الحصول على رضاه، حماية كرامته وما ينتج عنها من حقوق أخرى، وغيرها من القواعد القانونية الأخرى.

وقد نتج عن احترام هذه القواعد نشوء حقوق لدى المريض وجب على الطبيب احترامها وإلا قامت مسؤوليته، هذا من جهة، ومن جهة أخرى يقع على الطبيب التزام يتمثل في معالجة المريض وابعاد الخطر عنه خاصة في الحالات الاستعجالية.

فهاتين الظاهرتين متناقضتين، بل أنه في غالب الأحيان تبعد احداها الأخرى، لأن الحالة الاستعجالية تتميز بميزتين أساسيتين، ألا وهما السرعة في التدخل والسرعة في العمل أو رد الفعل وهذا ما قد يؤدي إلى خلق نزاعات بين الطبيب المتدخل والمريض أو من يمثله، وبالتالي فالمشكل الأول الذي يطرح، هل هناك حالة استعجالية أم لا؟ والتي إما أن تسمح للطبيب بالتدخل أو لا لأن الحالة الاستعجالية هي حالة استثنائية وبالتالي هناك عدالة استثنائية خاصة لمثل هذه الحالات، والتي يمكن للطبيب الاستفادة منها.

فالقاضي أو أي قانوني - كما سبق القول - أول سؤال يطرحه في مثل هذه القضايا هو هل هناك حالة استعجالية أم لا؟، والإجابة على هذا السؤال في حقيقة الأمر أمر صعب في حد ذاته لغياب اطار قانوني يحدد مهمة ومجال تدخل الطبيب في الحالات الاستعجالية، وهو ما سعت إليه كل التشريعات ومنها المشرع الفرنسي والجزائري.

ولكن الأمر الذي يصعب من تحديد الاطار القانوني للاستعجالات الطبية، يتعلق أساسا في تحديد مفهوم الحالة الاستعجالية، حيث أن كل شخص يعطي لها مفهوم حسب الزاوية التي ينظر إليها، فالمريض من عامة الناس يعتبر الحالة الاستعجالية حالة غير متوقعة تحدث تغيير في حالته الصحية قد تضعه في موضع خطر أو قلق.

أما عن الفقه والقضاء فمن خلال العديد من القرارات فإنه يعتبر الحالة الاستعجالية تلك الحالة التي قد تؤدي إلى وقوع أضرار لا يمكن تداركها على المريض دون أن تؤدي به إلى الخطر الحال إذا لم يقدم له العلاج في الحال.

أما بالنسبة للطب فإنهم لا يعرفون الحالة الاستعجالية، بل وضعوا لها تصنيف، وحتى هذا التصنيف اختلفوا فيه بين الأطباء المختصون في الاستعجالات الطبية والأطباء العامون.

فالأطباء المختصون في الاستعجالات الطبية يصنفون الحالة الاستعجالية إلى خمسة مستويات، المستوى الأول لا يوجد فيه أي مبرر لنقل المريض لمصلحة الاستعجالات الطبية أو أي تدخل من طرف طبيب آخر، المستوى الثاني نجد فيه تكهن للأطباء بأن حياة المريض ليست في خطر لإستقرار حالته، ولكن الوضع يتطلب تدخل طبي، المستوى الثالث يكون فيه تشخيص غير مؤكد وغير مستقر ما يوجب الوصول السريع إلى مصلحة متخصصة في بعض الأحيان، المستوى الرابع يكون تكهن الأطباء بأن حياة المريض في خطر، وبالتالي الحاجة إلى تدخل فوري من طرف مصلحة طبية للاستعجالات والانعاش (SMUR)، أما عن المستوى الخامس فتتمثل في حالة شديدة الخطورة للغاية أين يتطلب القيام بالإنعاش لغاية وصول مصلحة طبية للاستعجالات والانعاش (SMUR).

أما الطب العام فيصنف الحالة الاستعجالية إلى حيوية تهدد حياة المريض، ثم إلى حالة ليست مهددة للحياة ولكنها تتطلب عناية سريعة، ثم إلى حالة شعورية يمكن من خلالها للمريض بأن يفكر بأن حالته تتطلب عناية طبية عاجلة على الرغم من أنه لا يعاني من أي مرض خطير ثم تأتي الحالة الأخيرة وهي الحالة التي يبالغ فيها المريض في صرد أعراض مرضه بغية الحصول على رعاية طبية مستعجلة لا مبرر لها.

ولكن قبل الخوض بتفصيل أكثر في هذا الموضوع (الاستعجالات الطبية)، وجب علينا أن نشير إلى نقطة مهمة جدا، إذ أنه في حال وجود حالة استعجالية، فإنه يمكن لأي طبيب سواء كان مختصا أم لا، أن يتدخل في حالة الضرورة، وعلى هذا الأساس ألزمت التشريعات كل الأطباء من المشاركة في المداومة الطبية أيام الأعياد ونهاية الأسبوع مثلا، كما ألزمت الأطباء التدخل لإنقاذ شخص في حالة خطر وإلا توبع جنائيا، هذا من جهة، ولكن من جهة أخرى، فعند الحديث عن الاستعجالات الطبية، فالأمر لا يقتصر عن تدخل طبيب لرفع الخطر عن المريض، بل يتعدى ذلك، حيث يتعلق الأمر بعناصر ثلاثة مهمة جدا للتكفل بالمريض، والمتمثلة في منبع الحالة الاستعجالية ألا وهو المريض في حد ذاته، وفي المصلحة المكلفة بتقديم خدمة صحية مستعجلة وأخيرا مآل المريض بعد مروره بالمصلحة.

فأي خلل في أحد هذه العناصر يؤدي إلا التأخر بالتكفل بحالات أخرى، ما يؤدي بالضرورة طول وقت انتظار المرضى، قد ينتج عنه عدم رضا مستخدمي هذه المصالح.

ولتفادي مثل هذه الحالات، قامت التشريعات ومنها الجزائري والفرنسي بتنظيم عمليات التكفل بالمريض خارج وداخل مصلحة الاستعجالات الطبية (تبدأ بمجرد اتصال المريض بالجهة المختصة، مروراً بمصلحة الاستعجالات الطبية إلا غاية نقله للمصلحة المختصة، دون أن ننسى عملية النقل الصحي للمريض).

يمكن القول أن الاستعجالات الطبية في تحسن دائم لمواكبة التطور الدائم والمستمر للمجتمع، وهذا الأمر في حد ذاته يطرح عدة أسئلة تثير مشاكل قانونية تتعلق خاصة بحقوق المريض الاستشفائية، من الرضا والحق في الاعلام، والسر المهني... هذا من جهة، ومن جهة أخرى، نجد أن المريض في الحالات الاستعجالية بمقارنتها بالحالات الطبية الأخرى يكون ضعيفا من الناحية الجسدية والنفسية، بل وفي الكثير من الحالات يكون ضعيفا حتى اجتماعيا وقانونيا لأن المصالح الاستعجالية تستقبل كل طبقات المجتمع، من بينها المرضى الذين يعانون من عدم الاستقرار الاجتماعي، والقانوني وحتى النفسي<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - Danet (F), La médecine d'urgence : Vers de nouvelles formes de travail médical, coll. Clinique du travail, éd. Erés, 2008, p. 10,11.

فكل هذه الظروف والعوامل التي لا دخل للطبيب فيها تؤثر على حقوق المرضى، ولكن لأي مدى؟.

إن المريض في الحالات الاستعجالية، له نفس الحقوق التي يتمتع بها المريض في غياب الحالة الاستعجالية أثناء القيام بأي عمل طبي كان. ولكن نظرا للخطورة والحالة التي عليها المريض، وكذا الضرورة الملحة لتدخل الطبيب بسرعة في الحالات الاستعجالية، فإن هذه الحالة تسمح في عدم احترام كل أو جزء من هذه الحقوق، على الرغم من سعي الطبيب دائما على احترامها، لأن هدف الطبيب دائما هو تقديم خدمات للفرد وللصحة العمومية في نفس الوقت، فهو وفقا لذلك يلتزم بتقديم رعاية صحية مناسبة تدخل في إطار احترام حياة وكرامة المريض، ولكن نظرا للطرف الاستثنائي للحالة الاستعجالية، فإنه من غير المعقول، بل يعد اجحافا في حق الطبيب الذي يسعى لإنقاذ المريض من الموت، أن نسأله عن أمور لم يحترمها أثناء قيامه بعمله تتناقض مع سعيه في ابعاد الخطر عن المريض.

ولكن هذا لا يعني ولا يعطي كل الحق للطبيب في الحالات الاستعجالية أن يطالب بإعفائه من أية مسؤولية، بحيث أن الطبيب في هذه الحالات من الممكن جدا قيام مسؤوليته، والتي قد تكون مسؤولية تأديبية عندما تنتهك القواعد الأخلاقية الواجب احترامها من قبل الطبيب، كما يمكن أن تكون مسؤولية إدارية، أو مسؤولية مدنية أو مسؤولية جنائية.

فالحوض في هذا الموضوع ليس بالأمر اليسير لعدة أمور نذكر منها، تقنية الموضوع في حد ذاته في المجال الطبي، لأن هناك أمور إذا لم نكن من المطلعين على القضايا العلمية في هذا المجال، يصعب جدا علينا وضع رابط أو علاقة بالمشكل الطبي العلمي المطروح بالقواعد القانونية المتاحة. كما أن الاختلاف في الآراء الفقهية، تارة بين الأطباء ورجال القانون وتارة بين الأطباء فيما بينهم، وتارة أخرى بين رجال القانون يزيد من صعوبة الموضوع.

فإذا اتفق الجميع على ضرورة وضع تنظيم خاص للتكفل بالحالات الاستعجالية، فإن الأمر يختلف تماما حول كيفية تنظيمها، وخاصة عن ما قد يترتب عنها اتجاه المريض واتجاه مهني الصحة من الأطباء والمساعدين لهم.

وما يعكس ذلك هو جملة المشاكل المطروحة أهمها: كيف يتم التكفل بالحالات الاستعجالية؟ وما هو واقع التكفل بالحالات الاستعجالية خارج وداخل المصالح المختصة بالاستعجالات الطبية؟ وما مدى تأثير قيام الحالة الاستعجالية على حقوق المريض من جهة والتزامات الطبيب من جهة أخرى؟ وبما أن الطبيب يتدخل لمعالجة حالة استثنائية وفي ظروف استثنائية، فكيف يمكن مسألته؟.

ولإمكان معالجة هذه الإشكالية بصفة علمية ، فإننا ارتكنا على منهجية تجمع ما بين الوصف والتحليل وكذا المقارنة. ونظرا لطبيعة الموضوع محل هذه الأطروحة، كان من اللازم علينا الرجوع والاعتماد لإنجازه على مراجع مختلفة ليست كلها متخصصة في القانون، لأن الموضوع في حد ذاته يلزمنا اللجوء إلى مراجع أخرى خارجة عن القانون، فبالإضافة إلى المراجع القانونية المهمة بالموضوع، اعتمدنا أيضا على مراجع أخرى مختصة في الطب مثلا، كما اعتمدنا أيضا على قرارات ادارية وقضائية، وبحوث علمية خاصة بالصحة والطب، وتوصيات لمنظمات صحية وطنية وعالمية.

أما عن أسباب اختياري للموضوع، فتعود بالدرجة الأولى إلى مساري المهني في المجال الطبي خاصة تجربتي في مصلحة الاستعجالات الطبية ومصلحة أمراض القلب والشرابين، ثم إلى الأهمية الكبيرة التي يوليها الباحثين في هذا المجال وخاصة من طرف القانونيين، وكذا الحاجة الماسة لمعرفة مدى امكانية تطبيق قواعد قانونية وتنظيمية على مصلحة أو حالة في حد ذاتها استثنائية ومتغيرة، بحيث لا يوجد يوم يشبه فيه الآخر، ولا حالة شبيهة بأخرى.

والغرض من هذه الدراسة هو فهم كيفية عمل أطباء مصلحة الاستعجالات الطبية وإزالة الغموض الذي يحيط ببعض النصوص المتعلقة بالموضوع، لا سيما وأن موضوع الاستعجالات الطبية لم يحظ بالعدد الكافي من المواد القانونية لشرحها، وبالتالي تكوين دراسة قانونية حول هذا الموضوع لتكون إن شاء الله من ضمن الأدوات المساعدة التي يمكن الرجوع إليها لحل بعض الاشكاليات، وكذا استخراج أوجه التشابه والاختلاف بين ما جاء به المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري لتحديد مزايا ومساوئ كل نظام بغرض الاستفادة من أخطاء ومزايا الآخرين.

فمن غرض هذه الدراسة تظهر لنا أهميته، حيث تتمثل في كونها تعالج موضوع محل اهتمام من طرف كل السياسات الداخلية والمجتمع بكل أطيافه ودرجاته الاجتماعية، لأن المصالح الطبية يجتمع فيها الفقير والغني، كما يجتمع فيها الصغير والكبير. كما تتمثل أهمية دراسة هذا الموضوع في محاولة تسليط الضوء على أهم خدمة يمكن أن تقدمها الدولة لمواطنيها دون تمييز خاصة وأنها خدمة صحية لا تقبل التأجيل ولا يمكن التنبؤ بها، ما قد يخلق لدى المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الطبية الاستعجالية عدم توازن وارتباك في نوعية الخدمات المقدمة لصعوبة التنبؤ بالطلب على هذه الخدمة، فأحياناً تكون مصالح الاستعجالات الطبية مكتظة عن آخرها، وأحياناً أخرى تكون شبه فارغة.

كما تبرز أهمية هذا الموضوع في كونه يلقي الضوء على خدمة صحية تمس حياة الفرد وحقوقه الاستشفائية، كما تمس مصلحة المجتمع، ضف لذلك أهمية التعرض للمسؤولية التي يمكن أن تقع على الطبيب في الحالات الاستعجالية عن الأخطاء التي يمكن أن يرتكبها.

ولمعالجة موضوع الاستعجالات الطبية والاجابة عن الاشكاليات المطروحة سابقا، تناولناه من خلال بايين، تناولنا في بابه الأول الإطار القانوني والتنظيمي للتكفل بالحالات الاستعجالية وذلك في فصلين، كرسنا الفصل الأول لمعالجة تنظيم كيفية التكفل بالحالات الاستعجالية، أما الفصل الثاني فقد كرس للحديث عن مدى تأثير الحالة الاستعجالية على حقوق المريض والتزامات الطبيب.

أما عن الباب الثاني من هذه الرسالة، فقد تم تخصيصه لدراسة المسؤولية عن الأخطاء الطبية في الحالات الاستعجالية، فقسم هذا الباب إلى فصلين، خصص الأول لعرض موضوع المسؤولية الهادفة لجبر الضرر، وأما فيما يتعلق بالفصل الثاني فقد كرس لمعالجة المسؤولية الهادفة لتوقيع عقوبات على المخطأ.

## الباب الأول

### الإطار القانوني والتنظيمي للتكفل بالحالات الاستعجالية

يعد التكفل بالحالة الاستعجالية حلقة أساسية لا غنى عنها في عملية تقديم الرعاية الصحية للمصابين والمرضى وغيرهم من الأشخاص الذين يعانون من ضائقة صحية، والتي يجب أن تكون متوفرة على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، وبغض النظر عن المكان أو الظروف المحيطة بالحالة. ويتم معالجة هذه الحالات في إطار خدمة عمومية تقع على عاتق الدولة، وذلك بواسطة المستشفيات العمومية والمرافق الصحية الخاصة.

فعلى الدولة إذا أن توفر الامكانيات اللازمة لتوفير هذه الخدمة لتوجيه الأشخاص أو التدخل إن لزم الأمر، وذلك بتوفير أطباء مدربين ومختصين في الاستعجالات الطبية، وكل ما يحتاجه من وسائل ومعدات طبية وغير طبية للقيام بمهامه.

ولهذا وجب على الدولة تنظيم هذه الخدمة، وهذا لا يكون إلا عبر تقييم التحديات الحالية والمستقبلية لتحسينها، خاصة بالنظر إلى الزيادة الكبيرة في السنوات الأخيرة لعدد المرضى والمصابين الذين طلبوا هذه الخدمة، والتي تساعد على تنظيم أو إعادة تنظيم عملية التكفل بالحالات الاستعجالية عبر التراب الوطني من أجل الربط بين مختلف الأقاليم، أو إنشاء مصالح محددة تتكيف مع بعض الأمراض أو السكان، وكذا تحديد قدرة المنشآت الصحية المتوفرة على تنظيم وإدارة الرعاية الصحية المستعجلة.

والتكفل الحسن بالمريض أو المصاب في حالة استعجالية، لا يتحقق إلا إذا أخذ بعين الاعتبار العديد المعايير، فمنها ما يتعلق بسير وتنظيم المصلحة المقدمة لخدمة المساعدة الطبية المستعجلة، من ظروف استقبال المرضى داخل المصلحة، ومدة الانتظار للحصول على العلاج وكيفية نقل المعلومات الخاصة بالمريض والممارسات الجيدة لوصف الأدوية والاختبارات الطبية...، وهناك معايير تتعلق بالمريض نفسه من تقييم درجة الألم، ومدى تفهم المريض لإجراءات تحديد الأولويات والمعلومات في الوقت الحقيقي في أوقات الانتظار...

فالاستعجالات الطبية تتطلب تنظيم واطار قانوني فعال للتكفل بالمريض جيدا، ودرجة فعالية هذا الاطار والتنظيم، تقاس بمدى نجاعة التكفل بالمريض، ولهذا فالمشكل الأساسي في مجال كيفية تنظيم التكفل بالحالات الاستعجالية، يتعلق أساسا حول كيفية التوفيق بين متطلبات الحقوق الأساسية للمريض، خاصة في الحالات الاستعجالية من جهة، وكيفية تنظيم الجهاز المكلف بالتكفل بالحالات الاستعجالية مع ضرورة تحقيق توازن اقتصادي في مجال الصحة من جهة أخرى، خاصة وأن كلا من الجزائر وفرنسا يتبعان سياسة النقص.

وللتوفيق بين هذا وذاك، نجد أن مصالح الاستعجالات الطبية تخضع لتنظيم وتسيير معين ومدروس مسبقا حسب ما هو متوفر من مؤسسات استشفائية، مهني الصحة، الأجهزة الطبية الموجودة، كيفية التدخل وغيرها من الأمور التي سوف نعالجها في الفصل الأول من خلال تطرقنا لكيفية التكفل بالحالات الاستعجالية.

ضف لذلك، أنه في اطار قيام حالة استعجالية، تولد علاقة بين المريض والطاقم الطبي، وهذه العلاقة بدورها تولد حقوق للمرضى من جهة، كالحق في الحصول على رعاية صحية مناسبة واستمراريتها سواء في الحالات العادية أو في الحالات الاستعجالية، والحق في الموافقة المستنيرة، والحق في السر الطبي... والتزامات يجب على الطاقم الطبي احترامها من جهة أخرى كالالتزام بتقديم علاج مناسب، والالتزام بإعلام المريض، والالتزام باحترام ارادة المريض...

فالتوفيق بين حقوق المريض والتزامات الطبيب في هذه الحالات تثير اشكالات كثيرة، أين نجد صراع وتناقض بين هذه الحقوق والتزامات، حيث أنه من جهة نطلب من الطبيب احترام ارادة المريض والذي أحيانا في مثل هذه الحالات لا ارادة له لأنه غير واعي بما يدور حوله، ومن جهة أخرى نطلب من نفس الطبيب ابعاد الخطر عن هذا المريض، فبين هذا وذاك تناقض وجب على المشرع معالجته، وهذا ما سوف نتطرق له في الفصل الثاني من خلال معالجتنا لما مدى تأثير الحالة الاستعجالية على حقوق المريض والتزامات الطبيب.

## الفصل الأول

### تنظيم كيفية التكفل بالحالات الاستعجالية

التعامل مع التغييرات الحتمية في احتياجات المواطن من رعاية صحية وتوالي الأزمات التي تواجه الخدمات الصحية من الأنفلونزا، موجة الحر، الأزمة الاقتصادية الحالية...، كل هذا، لم ولن يسهل من عملية تنظيم الصحة العمومية بصفة عامة، وخدمة المساعدة الطبية المستعجلة بصفة خاصة.

مبدئيًا خدمة تقديم المساعدة الطبية المستعجلة أنشأت للاستجابة لمواجهة الحوادث الناتجة عن الكوارث الطبيعية وحوادث المرور، لأنه يجب أن لا ننسى بأن الطب الاستعجالي هو وليد الطب العسكري، ولكن مع مرور الوقت ظهرت احتياجات أخرى تتطلب كذلك مساعدة طبية مستعجلة، من أمراض جديدة كأمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض العصبية، والمضاعفات الحادة للسرطان والأمراض المزمنة...، وفي ظروف لم تكن معروفة مسبقاً أو لم تكن من أولويات المجتمع في السابق، كالشيخوخة والإعاقة، والاستشفاء في المنزل...، ولهذا كان على الدولة تنظيم أو إعادة تنظيم خدمة المساعدة الطبية المستعجلة للتكيف مع هذه المتغيرات، التي لم ولن تنتهي وذلك بخلق هياكل ومؤسسات صحية وأجهزة تقوم بذلك.

تقدم خدمة المساعدة الطبية المستعجلة من طرف هياكل صحية مصنفة في شكل مصالح استقبال للحالات الاستعجالية، أو في شكل وحدات جوارية لاستقبال وعلاج وتوجيه حالات استعجالية أو في شكل قطب مختص في استعجالات طبية معين. والتي إما أن تكون مؤسسات صحية عمومية أو خاصة.

ولكن هذه الهياكل تعمل في إطار قانوني محدد مسبقاً ووفقاً لشروط يجب على المؤسسة الصحية المقدمة لخدمة المساعدة الطبية المستعجلة الوفاء للسماح لها لاستقبال ومعالجة الحالات الاستعجالية. ويعتمد تصنيف هذه الهياكل على البيئة الطبية وشبه الطبية للمؤسسة، ومستوى منصتها التقنية، والتخصصات الموجودة داخل المؤسسة الصحية...

فمن خلال ما ذكرناه، نجد أنه في عملية التكفل بالمريض في الحالات الاستعجالية، هناك العديد من المصالح التي يمكنها التدخل للقيام بذلك، وهذا ما قد يؤدي إلى خلق بعض المشاكل المتعلقة بالتنظيم والتوفيق بين هذه المصالح، ولهذا جاءت مختلف التشريعات لتنظيم عمل ومهام كل مصلحة تقدم خدمات في الاستعجالات الطبية ومنها المشرع الفرنسي والجزائري.

ومن بين هذه المصالح، نجد مصلحة الاستعجالات الطبية، مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، مصلحة الحماية المدنية للاسعاف...، ولكنها لا تتدخل في نفس الوقت ولا تتكفل بنفس الحالات، فكل منهم له مجاله الخاص، وفترة معينة يتدخل فيها، إذ أنه هناك مصالح تتدخل وتتكفل بالمريض في حالة استعجالية خارج المؤسسات الصحية، وهناك مصالح تتدخل وتتكفل بالمريض داخل المؤسسات الصحية.

## المبحث الأول

### التكفل بالحالات الاستعجالية خارج المؤسسات الصحية

للتكفل بالحالات الاستعجالية لدى المصالح الاستعجالية التابعة للمستشفى أو أي قطاع صحي عام أو خاص، فإنه في الغالب يسبق ذلك تكفلاً بهذه الحالة خارج هذه المؤسسات، وهذا يتطلب تدخل أشخاص وهيكل أخرى، إما أن تكون لها علاقة بالمستشفى أو القطاع الصحي الذي توجد فيه مصلحة الاستعجالات الطبية، أو مستقل تماماً عن ذلك، وهذا بدوره قد يخلق العديد من المشاكل من حيث التنظيم والتوفيق بين هذه الهياكل المتعددة.

ولمواجهة هذه المشاكل، كان من الضروري على المسؤولين على قطاع الصحة، أن ينظموا عملية التكفل بالمريض في حالة استعجالية خارج المستشفى مثلاً خلال فترة الاسعاف الى غاية ايصاله وضمان التكفل به من طرف مصلحة الاستعجالات الطبية.

وقد أوكلت هذه المهمة إلى مصلحة متخصصة في ذلك، ألا وهي مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، إلى جانب مصالح أخرى كمصلحة الإسعاف والانقاذ التابعة للحماية المدنية والتي تسعى هي كذلك للتكفل بالمريض خارج المستشفى.

تاريخياً ، بعد الحرب العالمية الثانية ، لم ترغب وزارة الصحة الفرنسية في تولي والإشراف على خدمة المساعدة الطبية المستعجلة، إذ تم نقلها إلى مديرية الأمن المدني (DSC) التي تشرف على رجال الحماية المدنية والتابعة لوزارة الداخلية، ولكن إرتفاع عدد التدخلات كان سببا في انشاء داخل هذه المديرية مصلحة الإسعاف الطبي (SSSM)، والتي كانت من أهم مهامها إنقاذ وإسعاف الناس، ولكن في الوقت نفسه، تم إنشاء أول فرق إنعاش متنقلة، والتي كانت مهمتها الأساسية في البداية هي تقديم المساعدة الطارئة لضحايا حوادث الطرق والتحويلات بين المستشفيات، ثم بعد ذلك تم انشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة<sup>1</sup>.

فالعلاقة بين مختلف هذه المصالح الفاعلة في عملية تقديم المساعدة الطبية المستعجلة معقدة على الرغم من أن هناك نصوص قانونية وتنظيمية تحدد بدقة مهام كل مصلحة، إلا أنها تبدو غير مناسبة في الواقع، لعدة أسباب، منها افتقار الجمهور إلى معرفة استخدام الأرقام الخاصة بالاستعجالات الطبية، ما يؤدي إلى مضاعفة المكالمات التي لا تمثل بالضرورة حالة استعجالية حقيقية.

وما يزيد تعقيدا في هذا الوضع، هو تفاقم مشاكل التنسيق بين المصالح التابعة للحماية المدنية والمصالح التابعة للاستعجالات الطبية بسبب الصراعات، خاصة على المستوى المحلي يضاف إلى ذلك، تطور الديموغرافيا الطبية، ونقص التدريب على العلاج في الحالات الاستعجالية خاصة بعد احداث تخصص في الطب الاستعجالي...

وللتفصيل أكثر قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين، نعالج في أوله الأجهزة المخولة لها قانونا بالتكفل بالمرضى في الحالات الاستعجالية، وفي الثاني مراحل سير عملية تدخل مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة.

---

<sup>1</sup> - Desvilles (P), Quelles responsabilités pour le médecin urgentiste ?, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine, Université de Limoges, 2010, p. 22,23.

## المطلب الأول: الأجهزة المخولة لها قانونا بالتكفل بالمرضى في

### الحالات الاستعجالية.

لضمان التكفل بالمرضى في حالة استعجالية خارج المستشفى قلنا بأنه هناك مصالح تضمن ذلك، ومن بينها نجد وبدون شك، مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة والتي تعد حلقة الوصل بين المريض في حالة استعجالية ومصلحة الاستعجالات الطبية.

فلمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة دور كبير في ضمان التكفل الجيد بالمرضى خارج المستشفى، ولهذا وضع كلا من المشرع الفرنسي والجزائري أحكاما وقواعد قانونية وتنظيمية، وجب على هذه المصلحة إحترامها، وهذا ما سوف نراه بالتفصيل في الفرع الأول.

ثم أن مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لا تستطيع لوحدها التكفل بالمرضى في الحالات الاستعجالية، ولهذا نجد بأن هناك مصالح وأجهزة أخرى تساعدنا في ذلك، حيث تضمن عمليات التدخل أو ما يعرف بالنقل الصحي، بما لها من امكانيات مادية وبشرية تعتمد عليها في ذلك، وهو ما سنعالجه في الفرع الثاني.

### الفرع الأول: مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة.

تعد مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية (SAMU)<sup>1</sup> حلقة وصل مهمة جداً في مجال الإستعجالات الطبية، ولذا سارع أغلبية التشريعات ومنها الفرنسي والجزائري لوضع إطار قانوني لهذه المصلحة وذلك في تحديد مهامها وتنظيمها.

فلضمان السير الحسن لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، نجد أن كلا من المشرع الفرنسي والجزائري قد حددا مسبقا مهامها، فالمشرع الفرنسي نص عن مهام مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية في قانون الصحة، حيث نص في المادة R.6311-1 على أن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية لها مهمة أساسية ألا وهي تقييم المساعدة الطبية الإستعجالية بكافة الوسائل الطبية<sup>2</sup>، ولتحقيق هذه المهمة تقوم مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية بتحديد وإرسال

<sup>1</sup> - Service d'Aide Médicale Urgente.

<sup>2</sup> - a. R.6311-1 du C. santé publ. : « Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre

مساعدة طبية مستعجلة في أسرع وقت، ضمان الإستماع للمريض، كما أنه عليها ضمان توافر  
الإمكانات الإستشفائية سواء كانت عامة أو خاصة وذلك حسب حالة المريض وطبيعة مرضه، مع  
الأخذ بعين الإعتبار إحترام حرية الإختيار ( والتي سوف نراه في العناوين اللاحقة )، كما عليها  
ضمان إذا ألزم الأمر، نقل المريض سواء أكان نقل صحي عام أو خاص، مع ضمان كذلك قبول  
هذا المريض في مؤسسة إستشفائية<sup>1</sup>.

ولتحقيق الهدف المرجو من انشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، نجد أن المشرع  
الفرنسي في نص المادة 2-6311.R من قانون الصحة<sup>2</sup>، قد حدد مسبقا مهامها والتمثلة في مهمة  
الإستماع للمريض وتقديم له النصح والارشاد الطبي كمهمة أولى، ولتحقيق هذه المهمة، نجد أن  
لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية رقم هاتف خاص ألا وهو رقم "15" مسير من طرف  
مصلحة موجودة داخل مستشفى مركزي أين توجد هذه المصلحة، ودور الرقم "15" يكمن في  
التسيير الكامل للمساعدة الطبية الإستعجالية وكذلك التنسيق بين وحدات التدخل للإستعجلات  
سواء أكانت داخل أو خارج المستشفى، وكذلك ارشاد المتصلين بهذا الرقم.

أما عن المهمة الثانية فتتمثل في التدخل للإسعاف في أسرع وقت، وتقديم المساعدة  
الملائمة للحالة الصحية للمريض الذي اتصل بالرقم 15. فالطبيب التابع لمصلحة المساعدة الطبية  
الاستعجالية في هذا الإطار يقدر عبر الهاتف مدى خطورة حالة المريض، ثم بعد ذلك إما أن

---

par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en oeuvre par les services d'incendie et de secours ».

<sup>1</sup> - Carli (p), Urgence extra-hospitalier, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 347.

<sup>2</sup> - a. R.6311-2 du C. santé publ. : « Pour l'application de l'article R. 6311-1, les services d'aide médicale urgente:

- 1° Assurent une écoute médicale permanente ;
- 2° Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- 3° S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- 4° Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- 5° Veillent à l'admission du patient ».

يرسل وحدة والمتمثلة في المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش (SMUR)<sup>1</sup>، أو أنه يرشد المريض إلى التنقل إلى المستشفى الأقرب منه للعلاج والتشخيص، أو إلى الطبيب المناوب.

أما فيما يخص المهمة الثالثة لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، فإنها تتمثل في ضمان الإمكانيات الإستشفائية المناسبة لحالة المريض، فهنا على مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية أن تجهز مسبقاً عملية إستقبال المريض داخل المستشفى مع الأخذ بعين الإعتبار حرية المريض في الإختيار، ولكن هذه المصلحة لا تتوفر دائماً على الإمكانيات المادية والبشرية لضمان هذا الحق، وهذا بالنظر إلى الحالة الإستعجالية للمريض وطبيعة مرضه من جهة، ومن جهة أخرى مدى توافر المستشفى على إمكانيات العلاج المادية والبشرية.

أما عن المهمة الرابعة لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، فتتمثل في ضمان عملية نقل المريض إلى المستشفى عن طريق الإمكانيات المتوفرة، مع الأخذ بعين الإعتبار خاصية المريض ومدى خطورة حالته الصحية.

وأخيراً المهمة الخامسة لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، فتتمثل في ضمان عملية قبول المريض لدى مصالح الإستعجالات الطبية المناسبة للمريض.

وما نلاحظه من خلال سردنا لمهام هذه المصلحة، نجد أن هذه المهام في حقيقة الأمر تمثل كل منها مرحلة من مراحل التكفل بالمريض في الحالة الإستعجالية، ولهذا يجب على مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية أن تحترم مهامها مرحلة بمرحلة حتى يمكنها ذلك من الإجابة على كل الحالات الإستعجالية بطريقة مناسبة.

فإذا كانت المرحلة الأولى والثانية من عملية التكفل بالمريض في الحالة الإستعجالية ضرورة حتمية لا يمكن الإستغناء عنهما حتى ولو تعلق الأمر بتقديم نصح أو إرشاد طبي، فإن المراحل المتبقية لا تطبق إلا إذا تطلبت حالة المريض تدخل وحدة من المصلحة الطبية للاستعجالات والانعاش أو الحماية المدنية لنقل المريض إلى مصلحة الإستعجالات الطبية، أو نقل صحي تابع للقطاع الخاص متخصص في الاستعجالات والانعاش<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

<sup>2</sup> - **Moreau (J)**, L'urgence médicale, coll. Droit de la santé, P.U.A.M., T.1, 2005, pp. 132-135.

ولمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية مهام أخرى لا تقل أهمية عن المهام المذكورة أعلاه والتمثلة في تنظيم وتنسيق المساعدات الطبية الإستعجالية في حالة وقوع حادث أو كارثة، فهنا تقوم هذه المصلحة بتقديم المساعدة الطبية للعديد من الضحايا<sup>1</sup>، وهذا ما يتطلب منها تحضير مخططات مسبقة لمواجهة مثل هذه الحالات، مثلاً كمخطط تنظيم الحماية المدنية<sup>2</sup>.

وقد جاءت المادة R.6311-4 من قانون الصحة الفرنسي بمهمة أخرى لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية والتمثلة في التغطية الطبية للتجمعات الكبيرة<sup>3</sup>، ضف لهذا فإن هذه المصلحة طبقاً لنص المادة R.6311-5 من نفس القانون، تساهم وتشارك في تعليم وتكوين مهني الصحة والمواطن في تقديم الإسعافات الأولية<sup>4</sup>.

إضافة لهذه المهام المسندة لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، نجد أن هناك خاصية تخص مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية لمدينة باريس والتمثلة في مهمة التكفل بالإسعافات الخاصة بالقطارات فائقة السرعة (TGV)، وكذلك بالإسعافات الخاصة بالنقل الجوي لشركة الخطوط الجوية الفرنسية AIR France<sup>5</sup>، أما الإستعجالات الخاصة بالنقل البحري فتسير من طرف أربعة مصالح للمساعدة الطبية الاستعجالية لمدينة كل من لوهافر (Le Havre)، بريست (Brest) بايون (Bayonne) ومدينة تولون (Toulon)<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. R.6311-3 du C. santé publ. : « Les services d'aide médicale urgente participent à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours arrêtés en application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure.

Un rôle de coordination interdépartementale pour l'exercice des missions définies à l'article R.6311-2 peut être confié à un ou plusieurs services d'aide médicale urgente par l'autorité compétente de l'Etat désignée par les articles L742-1 à L742-7 du code de la sécurité intérieure ».

<sup>2</sup> - Plan ORSEC « Organisation de la Réponse de Sécurité Civile ».

<sup>3</sup> - a. R.6311-4 du C. santé publ. : « Les services d'aide médicale urgente peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées ».

<sup>4</sup> - a. R.6311-5 du C. santé publ. : « Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les services d'aide médicale urgente participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche. Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels de transports sanitaires ; ils participent également à la formation des secouristes, selon les modalités déterminées par les décrets n° 91-834 du 30 août 1991 relatif à la formation aux premiers secours, n° 92-514 du 12 juin 1992 relatif à la formation de moniteur des premiers secours et n° 92-1195 du 5 novembre 1992 relatif à la formation d'instructeur de secourisme ».

<sup>5</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1 pp. 132-135.

<sup>6</sup> - Groizeleau (V), SAMU Maritime, Élément clé des interventions au large : <https://www.meretmarine.com>. Consulté le 15/09/2015.

أما المشرع الجزائري، فقد أنشأ مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 98-423<sup>1</sup>، كما حدد في نفس المرسوم في المادة 2 منه مهام هذه المصلحة، والتي تتمثل في تحديد الاستجابة الأكثر ملائمة لطبيعة طلبات النجدة وتوفيرها في أسرع وقت ممكن كما تقع عليها مهمة ضمان طبي مستمر وإسداد النصائح والتوجيهات المستعجلة، وكذا توفير كل معلومة مفيدة، لا سيما عن عدد أسرة الاستشفاء المتوفرة وبرامج مصالح المناوبة الخاصة بالوظائف الطبية، كما عليها تسهيل وتحضير استقبال المرضى في المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة، والتأكد من توفر وسائل الاستشفاء الملائمة لحالتهم مع مراعاة حرية اختيارهم وتحضير عملية استقبالهم.

ومهمة مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لاتقف عند هذا الحد، إذ تقوم بالمشاركة في تطبيق مخطط تنظيم الأمن الاستعجالي ORSEC، والمشاركة في مهام التربية الصحية والوقاية والبحث المتعلق بهدف المصلحة، وكذلك المشاركة في تعليم رجال الانقاذ والمحترفين وتكوينهم في مجال الصحة والنقل الصحي.

فالمهام التي جاء بها المشرع الفرنسي هي نفسها التي نص عنها المشرع الجزائري، إلا أنه هناك صعوبات بالنسبة لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة في الجزائر في أداء مهامها المنوطة

- 
- <sup>1</sup> - نصت المادة 2 من م.ت رقم 98-423 المؤرخ في 13 ديسمبر سنة 1998، يتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، على أنه: "تتمثل مهمة مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة في ضمان الطب الخاص بالاستعجال غير الاستشفائي. وفي هذا الاطار، تتولى مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة المهام الآتية على الخصوص:
- تحديد الاستجابة الملائمة أكثر لطبيعة طلبات النجدة وتوفيرها في أسرع وقت ممكن.
  - ضمان طبي مستمر وإسداد النصائح والتوجيهات المستعجلة.
  - توفير كل معلومة مفيدة لا سيما عن أسرة الاستشفاء المتوفرة وبرامج مصالح المناوبة الخاصة بالوظائف الطبية.
  - تسهيل وتحضير استقبال المرضى في المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة والتأكد من توفر وسائل الاستشفاء الملائمة لحالتهم مع مراعاة حرية اختيارهم وتحضير عملية استقبالهم.
  - المشاركة في تطبيق مخطط تنظيم الأمن الاستعجالي.
  - المشاركة في مهام التربية الصحية والوقاية والبحث المتعلق بهدف المصلحة.
  - المشاركة في تعليم رجال الانقاذ والمحترفين وتكوينهم في مجالي الصحة والنقل الصحي".

بها، وذلك لغياب رقم موحد خاص بكل مصالح المساعدة الطبية المستعجلة كما هو معمول به في فرنسا، إذ أنه لكل مصلحة رقم خاص بها، كما أن هذه المصالح ليست متوفرة عبر كامل التراب الوطني، فهناك العديد من الولايات لا تتوفر على هذه المصلحة، بل أن هذه المصالح لحد الآن متوفرة فقط في المستشفيات الجامعية.

هذا بالنسبة لمهام مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، فأما عن تنظيمها وسيرها، فنجد أن المشرع الفرنسي في المادة R.6311-6 من قانون الصحة، قد نص على أن هناك مراكز لإستقبال وتنظيم المكالمات مرتبطة كلها برقم واحد ألا وهو "15"، وهذا للإجابة بطريقة سهلة وبسرعة لكل الحالات الإستعجالية، ضف لذلك أنه يمكن لمراكز الإستقبال والإرسال للمكالمات الخاصة بالرقم "15" أن يتبادلوا المعلومات مع مراكز الإتصال المتعلق بالرقم "18" والخاصة بمصلحة الحرائق والإنقاذ، وكذلك مع الشرطة أو الدرك الوطني، فإذا حدث وأن اتصل شخص بالرقم "15" لطلب مساعدة طبية مستعجلة وكانت هذه المساعدة بحاجة إلى تدخل فرق الإنقاذ، فإنه على مركز الإستقبال والإرسال لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية أن يبلغ الفرق الخاصة بالإنقاذ بالتدخل للأداء مهامهم المنوطة بهم<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. R.6311-6 du C. santé publ. : « Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15.

Les installations de ces centres permettent, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours dotés du numéro d'appel 18, ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie.

Les centres de réception des appels du n° 15 et du n° 18 se tiennent mutuellement informés des opérations en cours dans les plus brefs délais.

Ils réorientent vers le centre compétent tout appel n'entrant pas directement dans leur domaine d'action.

Lorsque les centres de réception et de régulation des appels reçoivent une demande d'aide médicale urgente correspondant à une urgence nécessitant l'intervention concomitante de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, ils transmettent immédiatement l'information aux services d'incendie et de secours, qui font alors intervenir les moyens appropriés, conformément à leurs missions.

Les mêmes centres de réception et de régulation des appels sont immédiatement informés des appels reçus par les centres de réception d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence mentionnée à l'article R. 6311-1 ».

ولكي تتمكن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية من أداء مهامها، أكد المشرع الفرنسي في المادة R.6311-7 من قانون الصحة على أن لهذه المصلحة إمكانيات مادية وبشرية، طبية وغير طبية للرد على المكالمات والإجابة على حاجيات المتصلين<sup>1</sup>.

فمن حيث الإمكانيات المادية، نجد أن لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية مراكز خاصة مجهزة لإيواء العاملين فيها، ومستودعات لسيارات التدخل وأجهزة طبية وأدوية.

أما من حيث الإمكانيات البشرية، فنجد أن هناك فئتين من الأشخاص العاملين في هذا المجال، فئة أولى متمثلة في فرق التنظيم، ولهم تكوين طبي يعملون تحت مسؤولية طبيين أحدهما مسؤول عن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية بأكملها وعن العلاقات بين المصلحة والمستشفيات، أما الآخر فيكون مسؤول عن العلاقات بين مصلحة المساعدة الطبية

الاستعجالية بالأطباء. وعلى العموم، نجد أن دور الطبيب في مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية مهم جداً في سير مراكز الإستقبال وتنظيم المكالمات، لأن هذا الأخير هو من له الكلمة الأخيرة في تحديد إن كانت هناك حالة إستعجالية تتطلب تدخل فرق مصلحة الطب الاستعجالي والانعاش أم لا<sup>2</sup>.

ويشترط المشرع الفرنسي على أن يكون الطبيب المسؤول عن هذه المصلحة طبياً حاصلًا على شهادة في الطب الاستعجالي إضافة لخبرة في مجال الاستعجالات الطبية لمدة لا تقل عن العامين<sup>3</sup>.

أما الفئة الثانية، فتتمثل في فرق تنظيم إستقبال المكالمات، نص عنها ونظمها المرسوم رقم 839-90<sup>1</sup>، حيث أن هذه الفئة ليس لها أي تكوين طبي<sup>2</sup>، فمهمتهم تتمثل في ضمان إستقبال

---

<sup>1</sup> - a. R.6311-7 du C. santé publ. : « Pour l'exercice de leurs missions, les services d'aide médicale urgente disposent des moyens en matériel et en personnel médical et non médical chargé de la réception et de la régulation des appels, adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent.

Ils constituent, selon l'organisation de l'établissement de santé dans lequel ils sont implantés, un service ou un pôle d'activité ».

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, pp 138-140.

<sup>3</sup> - Article D.6124-6 du CSP : « Dans un établissement public de santé et dans un établissement de santé privé participant au service public hospitalier, la structure de médecine d'urgence est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence ou d'un médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins deux ans dans cette discipline et titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ».

المكالمات وتوجيهها وتسجيلها وذلك تحت مسؤولية الطبيب المسؤول عن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، وهذا طبقا لنص المادة 23 من المرسوم المذكور أعلاه<sup>3</sup>.

خلاصة القول، أن مراكز الإستقبال وتنظيم المكالمات أو ما يعرف بالرقم 15 هي في حقيقة الأمر مركز القرار في تحديد ما هو إستعجالي من عدمه.

أما المشرع الجزائري من حيث تسيير وتنظيم مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، فقد نص في المادة 3 من المرسوم رقم 98-423 على أن هذه المصلحة تدار من طرف رئيس مصلحة من ضمن أسلاك الأطباء، أما عن مهامه فتتمثل وفقا لنص المادة 5 من نفس المرسوم في تسيير الوسائل البشرية والمادية والمالية، كما عليه ضمان التنظيم وحسن سير الهياكل التابعة للمصلحة<sup>4</sup>.

ضف لرئيس المصلحة، نجد أن هناك أطباء عامون، ودور هؤلاء يتمثل في الرد على المكالمات الهاتفية في تقديم النصح والارشاد أو ارسال فرقة إن تطلب ذلك، والتدخل في نفس الوقت إن اقتضت الحاجة في ذلك.

هذا عن الامكانيات البشرية التي تضمن السير الحسن للمصلحة قبل أي عملية اسعاف أما عن الامكانيات المادية، فنجد أنه لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة مقر متواجد داخل

---

<sup>1</sup> - D. n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie c de la fonction publique hospitalière, J.O.R.F., n°221 du 23 septembre 1990.

<sup>2</sup> - هذه الفئة ليس لها تكوين طبي ولكن يجب أن تكون حاصلة على شهادة في إدارة المستشفيات تخصص إتصالات، وهذه الشهادة تسلم من طرف مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية بعد تكوين في أحد مراكز التعليم التابعة لها.

<sup>3</sup> - a. 23 du D. n°90-839 : « Les permanenciers auxiliaires de régulation médicale assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard des services d'aide médicale urgente, sous la responsabilité des médecins régulateurs de ces services ainsi que l'enregistrement des appels reçus ».

<sup>4</sup> - نصت المادة 5 من م.ت رقم 98-423 على أنه: " يكلف رئيس مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة بتسيير الوسائل البشرية والمادية والمالية التي يخصصها المركز الاستشفائي الجامعي أو القطاع الصحي لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة واتخاذ كل تدبير من شأنه ضمان التنظيم وحسن سير الهياكل التابعة لسلطته. ويسهر، زيادة على ذلك، على صيانة التجهيزات والحفاظ عليها ".

المركز الاستشفائي الجامعي أو القطاع الصحي التابعة له، إضافة الى مكان خاص مجهز لإيواء العاملين فيها، ومستودع لسيارات التدخل وأجهزة طبية وأدوية<sup>1</sup>.

فإذا قارنا بين ما هو معمول به في فرنسا وما هو معمول به في الجزائر، نجد أنه من حيث الامكانيات البشرية، أن المسؤول عن مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة طبقا للقانون الفرنسي يجب أن يكون متخصصا وذا خبرة في مجال الاستعجلات الطبية، في حين أن المشرع الجزائري يشترط في الشخص الذي يدير مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أن يكون رئيس مصلحة من ضمن أسلاك الأطباء.

أما من حيث الامكانيات المادية، فنجد أن المشرع الفرنسي لضمان التكفل الأحسن بالمريض، قد وضع رقم هاتف موحد لكل مصالح المساعدة الطبية المستعجلة ألا وهو الرقم "15" في حين أن المشرع الجزائري لم يتبع ذلك.

## الفرع الثاني: النقل الصحي الإستعجالي.

إن مهام نقل الأشخاص في الحالات الإستعجالية مضمونة من طرف مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، والمصلحة المتنقلة للاستعجلات والانعاش، وحتى من طرف رجال الحماية المدنية، والفرق بين هؤلاء الناقلين هو أن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية والمصلحة المتنقلة للاستعجلات والانعاش، هما مصلحتان تابعتان من ناحية الخدمات للمستشفى، أما نقل المرضى من طرف فرق الحماية المدنية فهذا مستقل من حيث الخدمات المقدمة عن المستشفى تماما.

فأما عن النقل الصحي التابع لخدمات المستشفى (SMUR و SAMU)، فالأصل بالنسبة لمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية في فرنسا، أنها جهاز ثابت، وهي الجهاز الوحيد الذي يمكنه إتخاذ القرار بتدخل المصلحة المتنقلة للاستعجلات والانعاش من عدمه، وبالتالي فالمصلحة المتنقلة للاستعجلات والانعاش تمثل الجهاز المتنقل للاستعجلات الطبية<sup>2</sup>، وذلك على أساس أن

<sup>1</sup> - <http://www.sante.dz/Samu16/samu-moyens.htm>, Cnosulté le 23/11/2015.

<sup>2</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

مهام مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية تتمثل في تنسيق عمليات المساعدة الصحية، والتي غالبا ما تكون مهمته خاصة بالإستعجالات الطبية<sup>1</sup>.

أما عن مهام المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، فتتمثل وفقا لنص المادة R.6123-15 من قانون الصحة الفرنسي في ضمان وبطريقة مستمرة التكفل بالحالات الإستعجالية خارج المستشفى الذي يكون تابعا له، ثم بعد ذلك تقوم بنقل المريض الى مستشفى تحدده مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية في إطار مهامها المتمثلة في تنظيم عمليات نقل المرضى في الحالات الإستعجالية<sup>2</sup>.

ونظرا لأهمية المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، وخاصة الإمكانيات المادية والبشرية الواجب توفرها لضمان السير الحسن لهذا الجهاز، نجد أن قانون الصحة الفرنسي يعطي تراخيص بإنشاء مثل هذه المصالح إلا للمستشفيات التي تحتوي على مصلحة للإستعجالات الطبية فقط، ولهذا فمن الناحية العملية نجد أن أغلبية المؤسسات الصحية أثناء تقديمهم طلب في الحصول على ترخيص بإنشاء مصلحة خاصة بالاستعجالات الطبية، يقدم في نفس الوقت طلب ترخيص في إنشاء المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش<sup>3</sup>.

ونفس الشيء بالنسبة لخدمة الإستعجالات الطبية الخاصة بالأطفال، فإنه على المؤسسة الإستشفائية أن تقدم ترخيص في إنشاء المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش مختصة في

---

<sup>1</sup> - a. R.6123-16 du C. santé publ. : « Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R. 6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU.

L'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours ».

<sup>2</sup> - a. R.6123-15 du C. santé publ. : « Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour mission :

1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin ».

<sup>3</sup> - a. R.6123-2 du C. santé publ. : « L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences ou s'il obtient simultanément cette autorisation ».

التكفل بالأطفال<sup>1</sup>، ولهذا حالياً نجد أن هناك مصالح أصبحت متخصصة في مجالات طبية معينة حسب تخصص المستشفى التابع له، بل أنه يمكن كذلك إنشاء مصالح متنقلة للاستعجالات والانعاش موسمية لمواجهة حالات خاصة مثلاً في فصل الصيف (canicule)<sup>2</sup>.

وتتواجد المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش غالباً في مؤسسة صحية، ولكن إذا كان الوضع المحلي يسمح للمؤسسة الصحية بأن تنشئ مصالح متنقلة للاستعجالات والانعاش خارج المؤسسة، فإنه يمكن لها ذلك بعد الحصول على رخصة بطبيعة الحال<sup>3</sup>، وهذا إما بطريقة دائمة أو مؤقتة<sup>4</sup>.

ولضمان السير الحسن والتكفل بالمريض في الحالات الإستعجالية، نجد أن المسؤول عن مصالح الطب الاستعجالي والانعاش، يشترط فيه أن يكون طبيب حاصل على تكوين جامعي خاص في الإستعجالات الطبية<sup>5</sup>، وكذلك خبرة مهنية على الأقل عامين في مجال الإستعجالات الطبية أو كذلك خبرة مهنية على الأقل عامين في مجال الاستعجالات والانعاش<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. R.6123-3 du C. santé publ. : « L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques ou s'il obtient simultanément cette autorisation ».

<sup>2</sup> - a. R.6123-4 du C. santé publ. : « Pour faire face à une situation particulière, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation saisonnière ».

<sup>3</sup> - a. R.6123-5 du C. santé publ. : « A titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, à mettre en place, hors de l'établissement, des moyens destinés à faire fonctionner, de façon temporaire ou permanente, une antenne de la structure mobile d'urgence et de réanimation ».

<sup>4</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

<sup>5</sup> - Bernard (N), L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC, la revue des SAMU, 2005, p. 330.

<sup>6</sup> - a. D.6124-6 du C. santé publ. : « Dans un établissement public de santé et dans un établissement de santé privé participant au service public hospitalier, la structure de médecine d'urgence est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence ou d'un médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins deux ans dans cette discipline et titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence.

Dans un établissement public de santé, ce médecin est en outre praticien titulaire et exerce effectivement ses fonctions dans la ou les structures de médecine d'urgence de l'établissement.

Un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées ou d'une qualification ordinale justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins quatre ans dans une structure de médecine d'urgence peut être nommé responsable d'une structure de médecine d'urgence.

A titre dérogatoire, un médecin assurant, lors de la délivrance à un établissement de l'autorisation d'exercer une activité mentionnée à l'article R. 6123-1, la responsabilité d'une structure de médecine

وأثناء حالة أي تدخل لاسعاف مريض، يقوم المسؤول عن المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش بتحديد مع مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية التركيبية البشرية التي ستقوم بتقديم المساعدة الطبية الإستعجالية، والتي تتكون على الأقل من شخصين، أحدهما يجب أن يكون طبيب<sup>1</sup>، والآخر ممرض إضافة إلى سائق سيارة الإسعاف<sup>2</sup>.

بطبيعة الحال، نجد أن العاملين في النقل الصحي للمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش أصحاب كفاءة مهنية، وهذا بعد تكوين خاص بذلك، وهذا ما أكدته المادة R.6312-7 من قانون الصحة الفرنسي، معنى ذلك أن سائق سيارة الإسعاف لدى هذه المصلحة، قد حصل على تكوين خاص بالاسعاف، والذي ينتهي بالحصول على شهادة دولة في الإسعاف، لأن دور هذا الشخص ليس القيادة فحسب، بل يقوم كذلك بإستعمال الأجهزة الطبية ومساعدة الممرض، بل أنه في بعض الحالات يقوم بالقيام ببعض الأعمال الطبية كالإنعاش مثلاً تحت مسؤولية وأوامر الطبيب المسؤول عن التدخل بالاسعاف<sup>3</sup>.

---

d'urgence de cet établissement et ne remplissant pas les conditions énoncées aux alinéas précédents peut continuer à exercer la fonction de responsable d'une structure de médecine d'urgence dans les conditions définies à l'article L. 6146-3 ».

<sup>1</sup> - a. R.6123-15 du C. santé publ. : « Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour mission :

1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin ».

<sup>2</sup> - a. D.6124-13 du C. santé publ. : « L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote.

Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R. 6312-7.

Le médecin régulateur de la structure d'aide médicale urgente adapte, le cas échéant en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient, la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient ».

<sup>3</sup> - a. R.6312-7 du C. santé publ. : « Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre mentionnés à l'article R. 6312-8 appartiennent aux catégories suivantes :

1° Titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier institué par le ministre chargé de la santé ;

2° Sapeurs-pompiers titulaires des formations prévues par décrets en Conseil d'Etat pour assurer les missions de secours d'urgence aux personnes mentionnées à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, ou sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille ;

3° Personnes : - soit titulaires de l'unité d'enseignement "prévention et secours civiques de niveau 1" prévue par l'arrêté mentionné à l'article 1er du décret n° 91-834 du 30 août 1991 modifié relatif à la

علاوة على ذلك، نجد أن للمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، وسائل إتصال تسمح له بالبقاء دائما على إتصال بمصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية، وهذا لإعلام هذا الأخير عن تطورات عملية التدخل في الحالات الإستعجالية حتى يمكنه من تحديد وجهة المريض في المصالح الإستعجالية المناسبة لحالته<sup>1</sup>.

ضف لذلك، أنه للتكفل الجيد بالمريض في الحالة الإستعجالية، يجب على المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش أن تتوفر على وسائل نقل ضرورية ومجهزة بتجهيزات طبية<sup>2</sup>، كما يجب عليها أن تتوفر على محل خاص نجد فيه غرفة الدوام ومستودع لوسائل النقل ومكان لحفظ الأجهزة الطبية والأدوية<sup>3</sup>.

---

formation aux premiers secours, ou de la carte d'auxiliaire sanitaire,

- soit appartenant à une des professions réglementées aux livres Ier et III de la partie IV ;

4° Conducteurs d'ambulance : Les intéressés sont titulaires du permis de conduire de catégorie B et possèdent une attestation délivrée par le préfet, après examen médical effectué dans les conditions définies aux articles R. 221-10 et R. 221-11 du code de la route. Ils ne doivent pas être au nombre des conducteurs auxquels s'appliquent les dispositions des articles R. 413-5 et R. 413-6 du même code ».

<sup>1</sup> - a. R6123-16 du C. santé publ. : « Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R. 6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU.

L'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours ».

- a. D.6124-16 du C. santé publ. : « La structure d'aide médicale urgente dispose notamment :

1° D'une salle dotée de moyens de télécommunications lui permettant d'être en liaison permanente avec le SAMU et avec ses propres équipes d'intervention ;

2° Lorsqu'il est détenteur des moyens de transport sanitaire mentionnés à l'article D. 6124-12, d'un garage destiné à ces moyens de transports terrestres et aux véhicules de liaison ;

3° D'un local sécurisé permettant le stockage des dotations de dispositifs médicaux et de médicaments pour besoins urgents dans des conditions appropriées à leur conservation ».

<sup>2</sup> - a. D6124-12 du C. santé publ. : « L'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes prévus au chapitre II du titre Ier du livre III de la présente partie.

Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens.

Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des moyens de transports ainsi que leurs conditions d'utilisation ».

<sup>3</sup> - a. D6124-16 du C. santé publ. : « La structure d'aide médicale urgente dispose notamment :

1° D'une salle dotée de moyens de télécommunications lui permettant d'être en liaison permanente avec le SAMU et avec ses propres équipes d'intervention ;

2° Lorsqu'il est détenteur des moyens de transport sanitaire mentionnés à l'article D. 6124-12, d'un garage destiné à ces moyens de transports terrestres et aux véhicules de liaison ;

3° D'un local sécurisé permettant le stockage des dotations de dispositifs médicaux et de

ومن الناحية العملية فيما يخص وسائل النقل المستعملة من طرف المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، نجد بما يعرف بـ (UMH) unité mobile hospitalière، وهي عبارة عن سيارة إسعاف خاصة بالإنعاش، وتتميز هذه السيارة بالإستقلالية التامة، فهي عبارة عن مستشفى متنقل، ونجد كذلك سيارات إسعاف خفيفة (VML) Véhicule médical léger، ونجد سيارات إسعاف لإجراء راديوهات<sup>1</sup> (VRM) Véhicule radio médicalisé.

وفي هذه السيارات نجد غالبا الأجهزة وما تحتاجه فرقة التدخل للمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش من حقيبة الفحص، والتي تحتوي على مقياس ضغط الدم، سماعة الطبيب، مطرقة المنعكسات، أقنعة، ضمادات، كحول، مضادات حيوية، علبة إبر ومختلف الأدوات، وكذلك أجهزة تستعمل في تشخيص وتقديم الإسعافات الأولية ومن هذه الأجهزة نجد جهاز رسم القلب الكهربائي Cardiographe حقيبة الدورة الدموية la valise circulatoire، حقيبة التهوية la valise vésicatoire، أدوات خاصة لإفراغ المخاط، جهاز لضخ الحقن الكهربائي (PSE)، مضاد للصدمات...، بل أن كل مكان في سيارة الاسعاف هذه، منظم حسب ما هو منصوص عنه في بروتوكولات موضوعة مسبقا، فما على مستخدمي هذه السيارة إلا اتباعها في تنظيم ومراقبة الأجهزة والأدوية المستعملة في عملية الاسعاف.

ونظرا لتعدد الإختصاصات في الإستعجالات الطبية، نجد هناك بعض الأجهزة أو الأدوات في سيارات إسعاف لا نجدها في سيارات أخرى، مثلاً كطقم الولادة، طقم لمكافحة التسمم، طقم خاص بالصرف الصدري (Drainage Thoracique)...

فبفضل هذه الأجهزة والطقم والأدوات، يمكن للمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش أن تتدخل في الحال وفي عين المكان لمواجهة كل الحالات الإستعجالية الممكن توقعها للتخفيف والتقليل من النتائج الوخيمة على صحة المريض لحين وصوله على الأقل للمستشفى.

أما بالنسبة للمشروع الجزائري فيما يخص النقل الصحي الاستعجالي التابع للمستشفى أو القطاع الصحي، فنجد نقل صحي تابع لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، ونقل صحي تابع لمستشفى أو قطاع صحي فيه مصلحة للاستعجالات الطبية.

---

médicaments pour besoins urgents dans des conditions appropriées à leur conservation ».

<sup>1</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

فبالنسبة للنقل الصحي التابع لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، نجد أن هذه المصلحة تلعب دورين أساسيين في التكفل بالمريض في حالة استعجالية، فباعتبارها جهاز ثابت، يكمن دورها كما سبق تبياناه في تلقي المكالمات وتصنيفها حسب درجة الخطورة، ثم بعد ذلك أخذ قرار إما بتقديم نصح وإرشاد للمتصل، أو توجيهه للطبيب المداول في المنطقة، أو إرسال فرقة طبية لإسعافه دون أي تأخير.

أما باعتبارها جهاز متنقل، فدورها يكمن هنا في التدخل لإسعاف المريض، وذلك بتقديم مساعدة طبية خارج المستشفى ونقل المريض إلى مصلحة الاستعجالات الطبية التي يحددها الطبيب المسؤول عن مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة التي أرسلت فرقة للتدخل.

ومن أجل القيام بمهمة النقل الصحي الاستعجالي، سواء من طرف مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أو من طرف نقل صحي تابع لمستشفى أو قطاع صحي فيه مصلحة للاستعجالات الطبية يجب أن يتوفر الناقل على مجموعة من الامكانيات البشرية والمادية للتكفل بالمريض من مكان وقوع الحادث أو تواجد المريض لغاية وصوله الى مصلحة الاستعجالات الطبية.

فأما عن الامكانيات البشرية، فطبقاً لنص المادة 7 من القرار الوزاري رقم 39 لـ 15 سبتمبر 1998، فإنه للحصول على ترخيص بالقيام بعمليات النقل الطبي من الصنف "A" يجب أن يتكون كل طاقم طبي متدخل من طبيب عام أو طبيب متخصص في الانعاش أو التخدير، إضافة إلى ممرض وسائق للسيارة، حاصل على شهادة الكفاءة المهنية للنقل الصحي معترف بها لدى وزارة الصحة<sup>1</sup>.

أما عن الامكانيات المادية، فطبقاً لنفس القرار الوزاري المذكور أعلاه، فإنه يجب أن يتوفر لدى الراغب في الحصول على ترخيص في القيام بعمليات النقل الطبي الاستعجالي، أن يتوفر على سيارات اسعاف طبية من الصنف "A"<sup>2</sup>، والتي يجب أن تتوفر فيها مجموعة من الشروط

<sup>1</sup> - Arr. n° 39/msp/min du 15 septembre 1998 portant règlementation du transport sanitaire, Le Ministre de la Santé et de la Population. ( annexe 1 )

<sup>2</sup> - سيارات الاسعاف من الصنف "أ" هي سيارات اسعاف طبية خاصة للتدخل في تقديم المساعدة الطبية المستعجلة، وهناك سيارات اسعاف من الصنف "ب" خاصة بنقل المرضى أو النساء الحوامل، وهناك سيارات

مذكورة في ملحق لهذا القرار، إذ أن هناك شروط مرتبطة بسيارة الاسعاف في حد ذاتها، وهناك شروط تتعلق بالمعدات والأثاث الموجود داخل السيارة، وقائمة من الأدوات والأجهزة الطبية الواجب توافرها داخل السيارة<sup>1</sup>.

وقد أضاف هذ القرار شروط مادية أخرى يجب توافرها للحصول على الترخيص، فطبقا لنص المادة 20 منه اشترطت توافر مقر للاستقبال ليلا ونهارا، واشتراك هاتفي، ومستودع خاص لسيارات الاسعاف.

واضافة لكل الامكانيات المادية المذكورة سابقا، هناك امكانيات أخرى غير منصوص عنها في القرار ولكن تستعمل كثيرا وتسمح لها بالتكفل الأفضل بالمريض، منها أجهزة راديو لضمان اتصال دائم مع الفرق المشاركة والطبيب المنظم لعملية التدخل، صيدلية، وغرف للراحة، مخزن للمعدات الطبية<sup>2</sup>.

هذا عن النقل الصحي التابع لخدمات المستشفى، أما عن النقل الصحي المستقل عن المستشفى، فنجد أنه إلى جانب المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش بالنسبة لفرنسا، أو مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أو النقل الصحي التابع لمستشفى أو قطاع صحي فيه مصلحة للاستعجالات الطبية بالنسبة للجزائر، نجد أن هناك جهاز آخر يقوم بنفس مهامها في مواجهة الحالات الإستعجالية، إلا أنه مستقل عن سلطة المستشفى، ولكنه لا يقل أهمية عنها، ألا وهو النقل الصحي الخاص برجال الحماية المدنية، والنقل الصحي التابع للقطاع الخاص.

في فرنسا نجد أن جهاز الحماية المدنية له طابع خاص، بحيث أن هذا الجهاز يتكون من أفراد تابعين للقطاع المدني (متطوعين أو متمرسين)، وآخرين تابعين للقطاع العسكري، وهم متواجدين في مدينتين هما باريس ومارسيليا، إلا أنهما يقومان بنفس المهام في حماية الأشخاص والأموال<sup>3</sup>.

---

اسعاف من الصنف "ت" خاصة بنقل المرضى الذين حررت لهم وصفة طبية بذلك.

<sup>1</sup> - annexe1 : Normes techniques et maternelles de l'ambulance médicalisée (catégorie A).

<sup>2</sup> - <http://www.sante.dz/Samu16/samu-moyens.htm>, Cnosulté le 23/11/2015.

<sup>3</sup> - **Steg (A)**, L'urgence médicale, rapport présenté au nom du conseil économique et social, J.O., n°15, 28 juillet 1984, p. 34.

فهؤلاء الأشخاص في إطار الإستعجالات الطبية لهم تكوين خاص بالحماية وتقديم المساعدة الأولية، ضف إلى تكوين تكميلي خاص بالإنعاش والإسعافات الخاصة بحوادث المرور، ولكن لا يمكن لهم رغم هذا التكوين أن يقوموا بعمل الطبيب أو بعمل الممرض، فعملهم يتوقف في حدود ما أخذوه من تكوين في تقديم الإسعافات الأولية أو الإنعاش، ولهذا حتى بالنسبة للنقل الصحي الإستعجالي الخاص بالحماية المدنية، فإنه يجب تدخل طبيب إطفائي ( Médecin Pompier)، كذلك بالنسبة للسيارات الإسعاف أو الأجهزة الطبية المستعملة من طرف رجال الحماية المدنية، فهي نفسها المستعملة من طرف مصلحة الطب الاستعجالي والإنعاش في تقديم الإسعافات<sup>1</sup>.

وخلال فترة تدخل رجال الحماية المدنية في تقديم الإسعافات الأولية، فإنهم خلال هذه الفترة يبقون دائماً على اتصال بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة من بداية الإسعاف إلى غاية نقل المريض إلى مستشفى حددته هذه المصلحة مسبقاً، وهذا لضمان توجيه أحسن للمستشفى المناسب للمريض.

في الجزائر، جهاز الحماية المدنية، يلعب دور رئيسي في الإسعافات الطبية الاستعجالية وترقيتها، حيث أنه الجهاز الوحيد الذي له رقم موحد عبر كل التراب الوطني وهو الرقم الأخضر "14" وهو رقم يعلمه كل المواطنين بمقارنته بالأرقام المتعددة لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، إضافة لانتشار وحداته في كل أنحاء الوطن على خلاف مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة والتي حالياً متواجدة على مستوى بعض الولايات<sup>2</sup>.

فبالرغم من أن الدور الأساسي للحماية المدنية يتمثل في مكافحة حرائق الغابات والمحاصيل، وحراسة الشواطئ، إسعاف الطرقات، مراقبة وسائل الدفاع ضد الحرائق في المؤسسات الصناعية والمستقبل للجمهور، الحرائق، الانفجارات في الميدان الصناعي، الوقاية من أخطار الكوارث الكبرى، حملات التوعية والتحسيس من الأخطار المختلفة، التغطيات الأمنية (تظاهرات رياضية، ثقافية...)، إلا أنهم يقومون كذلك بتقديم الإسعافات في الحوادث المنزلية، نقل المرضى

<sup>1</sup> - Linares (A), Services d'incendie et de secours, Chronique de législation, A.J.D.A., 20 Fevrier 1997, p. 170.

<sup>2</sup> - <http://www.protectioncivile.dz>. Consulté le 06/03/2016.

والجرحى الى مصالح الاستعجالات الطبية كلما طلب منهم ذلك، وهم في هذا الاطار لهم نفس الامكانيات المادية والبشرية للتكفل بالمرضى في الحالات الاستعجالية<sup>1</sup>.

أما بالنسبة للقطاع الخاص، فإنه في فرنسا لا يسمح القيام بالنقل الصحي الاستعجالي إلا لمصالح الاستعجالات الطبية، وهو عكس ما هو معمول به في الجزائر، بحيث لا يوجد نص قانوني ينص صراحة على السماح للخوادم بالقيام بعملية النقل الصحي الاستعجالي، كما أنه لا يوجد نص قانوني يمنع ذلك صراحة.

## المطلب الثاني: مراحل سير عملية تدخل مصلحة المساعدة الطبية

### المستعجلة.

من بين الصعوبات التي تواجه مصالح الاستعجالات الطبية، نجد تنوع الحالات الاستعجالية التي تصل لها، ولكن رغم ذلك، فإن الطاقم الطبي لهذه المصالح وجب عليه التدخل بسرعة لمواجهة هذه الحالات، إذ لا مجال للانتظار والتخمين.

وهذا الالتزام لا يقع على مصلحة الاستعجالات الطبية فحسب، بل يشمل ذلك مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، ومصالح أخرى كمصلحة الاسعاف والانتقاذ التابعة للحماية المدنية.

ونظرا لتعدد المصالح بالتكفل بالمرضى في أحسن الظروف خارج المستشفى، كان من اللازم تحديد طريقة معينة لاسعافه وتقديم العلاج المناسب له، وهذه الطريقة في حقيقة الأمر تتمثل في المراحل التي يجب احترامها كل من تدخل لاسعاف شخص في حالة خطر حال.

وهذه المراحل تتمثل في نقطتين أساسيتين، أولها مرحلة اتخاذ القرار، وهو ما سوف نعالجه في الفرع الأول، وثانيها مرحلة التدخل ونقل المريض والتي سنراها في الفرع الثاني.

---

<sup>1</sup> - م.ت رقم 92-54 المؤرخ في 12 فيفري سنة 1992، يتعلق بتنظيم المصالح الخارجية للحماية المدنية وعملها، ج.ر عدد 13 بتاريخ 19 فيفري 1992.

## الفرع الأول: مرحلة اتخاذ القرار.

تعد هذه المرحلة من أهم المراحل التي تدخل في عملية التكفل بالمريض في الحالات الإستعجالية، فهي مرحلة حاسمة، لأنه من خلالها يأخذ القرار بتقديم المساعدة الطبية الإستعجالية من عدمه، وهذا القرار يتخذه الطبيب المسؤول عن مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، أو الطبيب المسؤول عن المصلحة التي كانت على اتصال بالمريض.

وإتخاذ القرار بإرسال فرقة من المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، رجال الحماية المدنية أو غيره من فرق التدخل الطبية، يجب أن يتبع مخطط تنظيمي مرتب على 3 مستويات.

فأما عن المستوى الأول، فيتمثل في عملية التنظيم الطبي (la régulation médicale) فعندما يتصل المريض بالرقم الخاص بالإستعجالات الطبية، فإنه يقوم بذلك بتشغيل عملية دقيقة جداً، حيث أن المريض أو أحد أقاربه أو شخص آخر عند إتصاله، يكون غالباً في حالة قلق، فبدلاً من أن يتصل بالرقم الخاص بالاستعجالات الطبية، يقوم بالإتصال بالرقم الخاص بالشرطة أو الحماية المدنية أو غيرها، وهذا ما قد يؤدي بتضييع الوقت الذي في صالح المريض، ولكن لعلاج هذا المشكل، نجد أنه في فرنسا كل الأرقام الخاصة بالإستعجالات كلها مرتبطة فيما بينها، فالشخص المتصل بالرقم الذي لا يوافق طبيعة طلبه، يمكن أن يوجه إلى المركز المختص في معالجة طلبه، ولتفادي كل هذا، حالياً في أوروبا هناك محاولة لتوحيد رقم أوروبي خاص بالإستعجالات ألا وهو الرقم 112، الذي يجمع كل الخدمات الإستعجالية الأوروبية، في الوقت الحالي هذا الرقم يستعمل من طرف الأجانب المتواجدين في دولة أوروبية غير بلدهم<sup>1</sup>.

أما بالنسبة للجزائر، فالمشكل يبقى مطروح لأنه لا يوجد كما سبق ذكره رقم موحد خاص بالاستعجالات الطبية، فالرقم الخاص بمصلحة المساعدة الطبية لولاية وهران ليس نفسه الخاص بمصلحة المساعدة الطبية لولاية الجزائر، فالرقم الوحيد الموحد والذي يساهم في تقديم المساعدة الطبية المستعجلة نجد الرقم الخاص بالحماية المدنية وهو الرقم "14"، ضف لذلك، لا يوجد هناك وسائل تقنية تسمح لمختلف المصالح من الاتصال فيما بينها بتغيير المكالمات، فإذا اتصل شخصاً

<sup>1</sup> - Jouchoux (Y), Lion (T), Les moyens d'aide à la décision et à la gestion, informatisation des SAMU : <http://www.urgences-serveur.fr>. Consulter le 05/01/2016.

ما بالخطأ بالشرطة لتقديم مساعدة طبية مستعجلة، فإنه يجب أن يعيد الاتصال بالرقم الخاص بالجهات المختصة في تقديم المساعدة الطبية.

قلنا سابقا أنه هناك فرق لإستقبال المكالمات بغض النظر إن كان لها تكوين طبي أم لا والتي تقوم بالرد على المكالمات المستعجلة على مستوى مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، أو مصلحة أخرى تقدم نفس الخدمات، فهذه الفرق هي المتدخل الأول لعلاج المكالمات الهاتفية المستعجلة، فمهمتها الأولى إذا، هي ضمان استقبال وتوجيه المكالمات، وذلك بتقييم المكالمات وتقديرها من أجل القيام بعملية الفرز، فإذا كانت المكالمات كاذبة وبالتالي لا تتطلب إجابة طبية أو أنها لا تتطلب التدخل بصفة إستعجالية، فهنا مستقبل المكالمات، يعالج الحالة لوحده دون اللجوء إلى الطبيب المسؤول عن المصلحة التي استقبلت المكالمات، ولكن إذا كانت المكالمات تتطلب إجابة طبية، فهنا على الشخص مستقبل المكالمات أن ينقلها إلى الطبيب المنظم بعد أن يقدر درجة الحالة الإستعجالية وأخذ المعلومات الخاصة بالمتصل وأحيانا يقدم نصائح للمتصل، كما أنه هناك بعض الحالات الخاصة والمحددة مسبقا مثل حالات الوفاة أو حالات الإنتحار عن طريق الشنق أو الانفجارات، يمكن لمستقبل المكالمات أن يرسل فرقة للإستعجالات الطبية بإتباعه البروتوكولات الموضوعية والمتفق عليها مسبقا، مع ضرورة إعلام الطبيب المنظم فيما بعد بما قام به. وإذا تعلق الأمر بحادث مرور، هنا من الضروري معرفة بدقة مكان وقوع الحادث، عدد الضحايا طبيعة الجروح والأضرار، وهذا كله لضمان تكفل أحسن بالضحايا دون تضييع الوقت، لأن الوقت -كما سنرى لاحقا- ضروري في عملية التدخل للإسعاف، ولكن في مثل هذه الحوادث، سواء كنا في الجزائر أو فرنسا، فإنه لا يمكن لمصلحة المساعدة الطبية أن تتدخل لوحدها بل يجب تدخل في نفس الوقت رجال الحماية المدنية المختصين في التدخل والإنقاذ (خاصة إذا تعلق الأمر بحريق أثناء حادث المرور)، لأنه في مثل هذه الحالات، نجد رجال الحماية المدنية هم أصحاب الإختصاص وأصحاب تكوين عالي المستوى<sup>1</sup>.

وبعد إستقبال المكالمات وتقييمها، يأتي دور الطبيب المنظم، وذلك في تقديم المعلومات ذات طابع طبي، ولكن قبل تقديم أي نصح أو إرشاد أو أن يأمر بتدخل فرقة من المصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش أو فرقة أخرى للتدخل، يقوم هذا الطبيب بتقييم دون إنتظار مدى خطورة

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, pp. 201-203.

حالة المتصل، وذلك عن طريق طرحه لمجموعة من الأسئلة الموجهة والتي تسمح له بوضع تشخيص أولي للضحية، ثم يقوم بعد ذلك بإفراز ثاني والذي يهدف لتحديد الحالات الإستعجالية التي تتطلب فعليا تدخل فرقة للطب الاستعجالي من الحالات التي لا تتطلب ذلك<sup>1</sup>. ولهذا نجد في بعض الحالات، أنه بعض المكالمات تقف عند حد تقديم نصح وإرشاد طبي للمتصل، معنى ذلك أنها تشبه لحد كبير فحص طبي، ولكنه عن بعد (عبر الهاتف)، فهنا يقوم الطبيب المنظم بتوجيه المريض بعد نصحه وإرشاده إلى المصلحة المختصة دون أن يرسل فرقة طبية، أو أن ينقل مكالمته إلى مركز متخصص آخر كالمركز الخاص بمكافحة السموم، أما إذا كانت حالة المتصل تدخل في إطار الإستعجالات، فهنا على الطبيب المنظم أن يقوم بتقديم الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة في الإقليم الذي يقطن فيه المتصل<sup>2</sup>.

أما على المستوى الثاني فيتمثل في تقييم الإمكانيات المتوفرة، فبعد أن شخص الطبيب المنظم المريض، عليه بعد ذلك أن يوفر الإعانات اللازمة لتقديم الإسعافات الإستعجالية.

في فرنسا، نجد أنه من الناحية العملية، أن هذه المرحلة تتم معالجتها عن طريق برنامج إعلامي متقدم تمتلكه مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، والذي يسمح له بعرض خريطة إفتراضية حول الإمكانيات المتوفرة داخل إطار جغرافي معين مسبقاً، وهذا البرنامج الإعلامي في نفس الوقت مرتبط بمختلف المراكز والمصالح الخاصة بالإستعجالات أو الإنقاذ، وذلك لتمكين الطبيب المنظم من معرفته بدقة فرق التدخل المتوفرة، عدد الأسرّة الشاغرة في المستشفيات، وحتى المصلحة التي يمكنها إستقبال المريض<sup>3</sup>.

أحياناً يتطلب التكفل بالمريض إستعمال إمكانيات كبيرة وباهظة الثمن، مثلاً شخص كان ضحية مرض أو حادث في منطقة معزولة، أو في البحر، في الجبال، فهنا مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة ترسل أحياناً طائرة عمودية (HELICOPTER) تابعة للجيش، أو تابعة للأمن المدني، أو إرسال باخرة إنقاذ تابعة للأمن المدني للإنقاذ البحري الفرنسي.

<sup>1</sup> - Penverne (Y), Jenvrin (J), Debierre (V), Martinage (A), Arnaudet (I), Bunker (I), Berthier (F), Régulation médicale des situations à risque, L.A.F.M.U., 2011, pp. 1020,1021.

<sup>2</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

<sup>3</sup> - Jouchoux (Y), Lion (T), op. cit., <http://www.urgences-serveur.fr>. Consulter le 05/01/2016.

خلاصة القول، أن الطبيب المنظم ومن خلال معرفته وتقديره للإمكانات المتوفرة، يمكنه إتخاذ قرار بشأن الكيفية والفريق المناسب للتدخل.

في الجزائر لا يوجد برنامج اعلامي يربط مختلف مصالح المساعدة الطبية سواء أكانت متعلقة بالمستشفى أو مستقلة عنها، كفرق التدخل للاسعاف والانقاذ التابعة للحماية المدنية، ولكن هذا لا يعني أن هذه المصالح تعمل بطريقة مستقلة فيما بينها، بل العكس، تجدها تعمل بشكل وثيق ومع كلا القطاعين العام والخاص، بما في ذلك الحماية المدنية، الشرطة والدرك الوطني... فالمشكل في غياب برنامج اعلامي كالمعمول به في فرنسا، هو أن الطبيب المنظم لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة مثلا، إذا كان في حاجة لأحد فرق الحماية المدنية لا يمكنه معرفة إن كان ذلك متوفرا في الحال، إذ يجب عليه الاتصال بالمصلحة المعنية لمعرفة ذلك، وهذا يأخذ وقتا كبيرا ليس في صالح المريض.

خلاصة القول أن الطبيب المنظم لأي مصلحة طلب منها التدخل، يقوم بعد تأكده من أن الحالة التي أمامه تتطلب عملية تدخل فرقة طبية بتقييم ما له من امكانيات مادية وبشرية جاهزة، وإذا كان غير ذلك، أمكنه طلب تدخل فرقة طبية من مصلحة أخرى.

أما في الحالات التي تتطلب تدخل إمكانات كبيرة، وفي أماكن صعبة كالبحار أو الجبال وحتى المطارات، فإنه في الجزائر يكون ذلك من إختصاص رجال الحماية المدنية.

أما المستوى الثالث فيتمثل في إتخاذ القرار المناسب، فوفقا لخطورة حالة المريض، وعدد الضحايا ومدى توفر الإمكانيات داخل القطاع الجغرافي، يمكن للطبيب المنظم أن يطلب بدأ عمليات الإسعاف الإستعجالية الضرورية للتكفل بالمريض.

ففي إطار هذه المرحلة، نجد أنه ما هو معمول به في فرنسا والجزائر، بأنه هناك تصنيف سريري للحالات الإستعجالية تخص فقط الأمراض العضوية، والهدف من ذلك هو مساعدة الطبيب

المنظم في إتخاذ القرار المناسب<sup>1</sup>، ويأخذ هذا التصنيف 5 حالات سريرية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - لا يتدخل في هذا التصنيف الحالات الإستعجالية المتعلقة بالأمراض النفسية والعقلية.

<sup>2</sup> - هذا التصنيف نجده حتى على مستوى المصلحة الاستعجالية، حيث أن الممرض المسؤول عن الاستقبال

فبالنسبة للتصنيف الأول والثاني، فإنه يخص الحالات التي لا يمكن من خلالها أن يتعرض المريض لمضاعفات، فقط الفرق الوحيد بينهما، هو أن الصنف الأول يحتاج للتشخيص فقط، أما الصنف الثاني فيحتاج لعلاج خفيف.

أما عن الصنف الثالث، فإنه يشمل الأشخاص الذين من الممكن جداً أن يتعرضوا لمضاعفات دون أن تكون حياتهم مهددة بالخطر.

أما بالنسبة للصنف الرابع والخامس، فهي خاصة بالحالات الإستعجالية التي تتطلب تدخل طبي ثقيل، الفرق الوحيد بينهما، يكمن في أن هذا الأخير قد يتطلب إستعمال تقنيات الإنعاش لإنقاذ المريض من الموت.

وبالنظر لهذا التصنيف، يمكن للطبيب المنظم أن يشغل ثلاث حالات من الإنذار، فأما عن الإنذار من النوع الأول، فإنه يتطلب إستعمال إمكانيات كبيرة للتدخل سواءً كانت طبية أو بشرية أو مادية، وهي تخص الحالات المتعلقة بالصنف الرابع والخامس، كحالة توقف القلب أو التنفس التي تتطلب في الغالب تدخل سيارة إسعاف للنقل، وسيارة إسعاف خاصة بالإنعاش، وطبيب مختص في الإنعاش.

أما الإنذار من النوع الثاني، والذي يتطلب فقط نقل صحي عادي دون مساعدة طبية، وتخص الحالات من الصنف الثالث، كحالة الصدمات الخفيفة، مثل الكسور الخفيفة دون حدوث نزيف دموي. في الغالب في هذه الحالات، يرسل الطبيب المنظم السيارات الخاصة بنقل الجرحى وحالات الإختناق (VSAB) التابعة لرجال الحماية المدنية لنقل المريض للمستشفى المختص.

أما عن الإنذار من النوع الثالث، فإنه يخص الصنف الأول والثاني، والتي لا تتطلب نقل المريض إلى المستشفى، حيث يمكن للمريض أن يعالج عند طبيبه المعالج (الطبيب الخاص به)<sup>1</sup>.

---

والتوجيه، يقوم بتقدير مدى خطورة الحالات الموجودة في المصلحة، ثم يقوم بعد ذلك بتصنيف هذه الحالات حسب درجة الخطورة.

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 204.

## الفرع الثاني: مرحلة التدخل ونقل المريض.

هذه المرحلة تأتي إذا أقر الطبيب المنظم إرسال فرقة طبية للتدخل السريع ، ولكن عملية التدخل لإسعاف المريض تأخذ عدة صور، وهذا حسب خطورة الحالة الإستعجالية، ولكن نسبيا أغلبية الإتصالات التي تصل لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة تتمثل في مجرد تقديم النصح والإرشاد وتوجيه من طرف الطبيب المنظم أو من طرف أحيانا الشخص الذي تكفل بالمكالمة إذا كانت حالة المريض لا خطورة فيها أو إرسال طبيب عام لمحل سكن المريض، ولكن حوالي ثلث الإتصالات بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة تستحق إستعمال إمكانيات كبيرة وضرورية لإسعاف المرضى<sup>1</sup>.

ونظرا لإختلاف درجة خطورة الحالة الإستعجالية نجد -كما قلنا سابقا- أن مرحلة التدخل لإسعاف المريض تأخذ صور عديدة، نذكر أهمها، تدخل الطبيب العام المداوم ونقل المريض الى مصلحة الإستعجلات الطبية.

فأما عن الصورة الأولى والتي تتمثل في تدخل الطبيب العام المداوم، فإنها تتحقق ما إذا كانت حالة المتصل بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لا تبرر إستشفائه لمدة معينة بالمستشفى ولكن تتجاوز في نفس الوقت مجرد تقديم نصح وإرشاد، هنا يقوم الطبيب المنظم للمصلحة بإرسال طبيب عام مداوم الى مقر سكن المتصل، وفي هذا يستند الطبيب المنظم على التوزيع الجغرافي لمختلف المراكز التي تتضمن المداومة، وكذلك يأخذ بعين الإعتبار مدى توافر في الحال طبيب مناوب<sup>2</sup>.

وعندما يختار الطبيب المنظم، الطبيب المداوم الذي يرسله للمريض المتصل، يقوم بإعطائه تقرير مفصل عن حالته لتوجيهه الى تشخيص أولي، ولكن هذا لا يعني أن الطبيب المداوم ملزم بإتباع التشخيص الأولي الذي وضعه الطبيب المنظم، إذ أن الطبيب العام المداوم وبعد إجرائه إختبارات طبية على المريض يمكنه وضع تشخيص آخر غير الأول، فهو مسؤول عن إختياراته وعن العلاج الذي إختاره وإقترحه على المريض، فتقرير الطبيب المنظم هدفه ضمان التكفل الجيد بالمريض فقط، وهنا إما أن الطبيب المداوم يتبع التشخيص الأولي، أو أنه يضع

<sup>1</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

<sup>2</sup> - Jean (P), Service de garde et sécurité des patients, R.G.H., Novembre 1995, p. 707.

تشخيص آخر، أو أنه أحيانا يعيد بنفسه الإتصال بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لطلب إرسال سيارة إسعاف إذا كانت حالة المريض تمثل خطر عليه يلزم نقله الى مصلحة الإستعجلات الطبية، وهنا الطبيب المداوم عليه البقاء قريبا من المريض، كما أنه يكون مسؤول عن تدخله لغاية وصول سيارة الإسعاف<sup>1</sup>.

والطبيب العام المداوم لا يحق له رفض تقديم العلاج للمريض في حالة إستعجالية، ولكن له أن يرفض التنقل إذا تبين له، أن لا وجود لحالة إستعجالية تتطلب تدخله، وهذا ما أكدته المادة R.4127-47 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، وكذلك المشرع الجزائري في المنشور رقم 406 الصادر في 20 جوان 1988<sup>3</sup>، ففي هذه الحالة وجب على الطبيب ابلاغ مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة للتدخل.

ولكن من الناحية الواقعية، سواء في فرنسا أو الجزائر، نجد القليل جدا من الأطباء المداومون الذين يقبلون التنقل لمحل سكن المريض وخاصة في الليل خوفا على أنفسهم، رغم أنه من حقه أن يطلب تدخل مصالح الشرطة أثناء تنقله لمحل سكن المريض.

أما إذا تدخل الطبيب العام المداوم، فإنه عليه أن يقدم تقرير لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أين يبين فيه حالة المريض والتشخيص الذي وضعه والعلاج الذي إقترحه، وهذا التقرير ليس الهدف منه مراقبة عمل الطبيب المداوم من طرف مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة وإنما الهدف منه هو إعلام هذه المصلحة بأن عملية الإسعاف قد تمت.

وبعد هذا، هناك إلتزام آخر يقع على الطبيب العام المداوم، ألا وهو إعلام الطبيب المعالج للمريض عن كل ما قام به حتى يتمكن هذا الأخير من متابعة حالة المريض فيما بعد، وما نجاعة العلاج المقدم له، وفي هذه النقطة، كان قانون الصحة الفرنسي واضحا في ذلك<sup>4</sup>، كما أكدته كذلك

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, pp. 84-87.

<sup>2</sup> - a. R.4127-47 du C. santé publ. : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

<sup>3</sup> - Circ. n° 406/MSP/ du 20 juin 1988 sur la Garde Médicale et Pharmaceutique, Ministère de la sante publique. ( annexe 2 ).

<sup>4</sup> - a. R.4127-63 du C. santé publ. : « Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements

المشعر الجزائري في نص المادة 153 من قانون الصحة وترقيتها القديم<sup>1</sup>، حيث جاء فيها: "يجب على المستشفيات أن تبلغ الأطباء المعالجين جميع المعلومات الضرورية لمتابعة علاج مرضاهم" ولكن في قانون الصحة الجديد<sup>2</sup>، لاحظنا بأن المشعر الجزائري قد أسقط هذه المادة ولم يأتي بمثلها لإلزام المستشفيات أو حتى المؤسسات الصحية الخاصة بأن تبلغ الطبيب المعالج الخاص بالمريض عن المعلومات الخاصة بما تلاقيه من تشخيص وعلاج، حتى يتسنى لهذا الأخير من متابعة العلاج وحراسة المريض، وهذا لا يتناسب مع المبدأ العام الذي جاء به قانون الصحة الجديد، والمتمثل في تقديم رعاية صحية مناسبة.

أما عن الصورة الثانية والأهم، فتمثل في نقل المريض إلى مصلحة الإستعجالات الطبية، فإذا رأى الطبيب المنظم بأنه يجب نقل المريض إلى مصلحة الإستعجالات الطبية، فإنه يقوم بإرسال فرقة طبية لإسعافه، ولكن أحيانا تكون هناك حالات تتطلب الإسعاف والإنقاذ معا، فهنا مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة عليها الإتصال بمصلحة الحرائق والإنقاذ "SDIS"<sup>3</sup> التابعة للحماية المدنية، حيث أن الإسعاف لا يمكن أن يتم لو لا مساعدة هذه المصلحة<sup>4</sup>.

ولمواجهة مثل هذه الحالات، نجد أن هناك بروتوكولات خاصة بالتدخل تربط وتنظم عمليات التدخل بين مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة ومصلحة الحرائق والإنقاذ، وهذه البروتوكولات عامة تنظم الإتصالات بين المصلحتين، وعملية التدخل من بدايتها إلى

---

publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible ».

- a. R.4127-59 du C. santé publ. : « Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en en informant le malade.

Il en conserve le double ».

<sup>1</sup> - القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري سنة 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج.ر. عدد 8 بتاريخ 17 فيفري سنة 1985.

<sup>2</sup> - القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية سنة 2018، يتعلق بالصحة، ج.ر. عدد 46 بتاريخ 29 جويلية 2018.

<sup>3</sup> - Service Départemental d'Incendie et de Secours.

<sup>4</sup> - Linares (A), op. cit., p. 171.

نهايتها، وغالبا ما نجد أن المصلحتين على إتصال دائم وذلك عن طريق خلية إتصال مشتركة تسمى بخلية الإنقاذ والإسعاف الإستعجالي "RESEAU S.S.U".

ولكن هناك بعض الحالات الإستعجالية تخرج من تحت سلطة مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة حتى ولو كانت هذه المصلحة سبابة بالعلم بالحالة الواقعة، كحالة حوادث المرور أو الحوادث الواقعة في الطرقات والأماكن العمومية، فإنه في مثل هذه الحالات فإن الاختصاص يرجع لمصلحة الحرائق والإنقاذ التابعة للحماية المدنية، أما عن مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، فتكتفي في هذه الحالات بتقديم المساعدة إذا طلبت منها مصالح الحماية المدنية المتكفلة بعمليات الاسعاف والإنقاذ بذلك<sup>1</sup>.

وفي المقابل نجد أن المصالح المتنقلة للاستعجالات، تختص بالحالات التي تقع في الأماكن الخاصة، فإذا ما اتصل شخص بمصلحة الاسعاف والإنقاذ للحماية المدنية، فإن هذا الأخير ينقل المكالمة الى مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، والتي بدورها تقوم بالتكفل بالمكالمة، ولكن يمكن لها من أن تطلب من مصلحة الاسعاف والإنقاذ من التدخل.

ولكن إذا كان المتصل بمصلحة الاسعاف والإنقاذ في حالة خطر حال الوقوع، فهنا يمكن لرجل الحماية المدنية الذي تلقى المكالمة، أن يجهز فرقة للتدخل، ثم بعد ذلك يشعر مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة والتي يمكنها وقف عملية تدخل مصلحة الاسعاف والإنقاذ إذا رأى أن التدخل هذا غير مبرر<sup>2</sup>.

وبمجرد أن يتم التكفل بالمريض من طرف الناقل الصحي سواء كان النقل من طرف الفرق التابعة لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، أو من الفرق التابعة للحماية المدنية أو حتى الناقلين الخواص، فإنه على الناقل تحويل المريض الى مصلحة الإستعجالات الطبية التي حددت مسبقا من طرف مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، لا على أساس المسافة الفاصلة بين المستشفى ومكان

<sup>1</sup> - **Boullier (D), Chevrier (S)**, Grammaire de l'urgence: Les sapeurs-pompiers, experts du risque, Les métiers de l'urgence, R.L.C.S.I., n° 22, 4ème trimestre, 1995, p. 10.

<sup>2</sup> - **Linares (A)**, op. cit., p. 173.

تواجد المريض، ولكن هذا التوجيه يكون على أساس المصلحة المناسبة لحالة المريض والإمكانات المتوفرة، وهذا لتفادي عملية نقل ثانية<sup>1</sup>.

وخلال كل الفترة المتعلقة بنقل المريض الى مصلحة الإستجالات الطبية، يقوم الطبيب المنظم لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة بمتابعة عملية النقل، والهدف من ذلك هو نقل المعطيات الجديدة الخاصة بحال المريض الى المصلحة التي يتجه إليها هذا الأخير، فعمل الطبيب المنظم لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة يتوقف عند إستقبال المريض من طرف المصالح المختصة<sup>2</sup>.

## المبحث الثاني

### التكفل بالحالات الاستعجالية داخل المستشفى

إن قواعد تنظيم وسير مختلف المصالح التابعة لمستشفى أو قطاع صحي عام أو خاص، تتطلب دائما صرامة في ذلك، وهذا راجع للمهمة الموكلة لهذه المصالح، والمتعلقة بتحقيق الرعاية الصحية للجميع بطريقة متساوية ودائمة دون إنقطاع، وخاصة إذا تعلق الأمر بمصلحة الاستجالات الطبية، والتي تعتبر من أهم المصالح الطبية والتي تحضى بإهتمام كبير من طرف مهني الصحة، حيث أصبحت هذه المصلحة هي القطب الذي من خلاله تعالج الكثير من الأمراض، وكذلك مكان أين يلتقي فيه العديد من الأشخاص المتدخلين في التكفل بالحالات الاستعجالية من أطباء، أخصائيين، ممرض، رجال الحماية المدنية، سائق سيارة الإسعاف...

وتعد مصلحة الاستجالات الطبية، المكان الذي يتميز بحضور كثيف من طرف مستخدميها، والذي نجب عنه صعوبة كبيرة في التنظيم والتسيير لتقديم الرعاية الطبية اللازمة.

<sup>1</sup> - Penverne (Y), Jenvrin (J), Debierre (V), Martinage (A), Arnaudet (I), Bunker (I), Berthier (F), op. cit., p. 1029.

<sup>2</sup> - Jouchoux (Y), Lion (T), op. cit. <http://www.urgences-serveur.fr>. Consulter le 05/01/2016.  
- Carli (p), op. cit., étude n° 347.

وعلى هذا الأساس، وجب تنظيم الامكانيات المتوفرة لدى مصلحة الاستعجالات الطبية، سواء كانت مادية أو بشرية بطريقة فعالة لمواجهة كل الحالات الاستعجالية التي تتقدم إلى هذه المصلحة.

وإلى يومنا هذا، نجد بأن المستشفيات والقطاعات الصحية العامة والخاصة التي تساهم في تقديم الاستعجالات الطبية، ملزمة كلها بتنظيم هذه المصلحة، وهذا ما سنتطرق إليه في المطلب الأول تحت عنوان تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية في المستشفيات والقطاعات الصحية.

هذا إذا تعلق الأمر بمريض أصيب في عضو من أعضاء جسمه وكانت حالته تتطلب نقله لمصلحة الاستعجالات الطبية، أما إذا تعلق الأمر بشخص قد أصيب بنوبة نفسية أو عقلية حادة تتطلب تدخل المصالح الاستعجالية، فالأمر هنا يختلف، لأن طبيعة هذه الحالات تتطلب تنظيم آخر، وهو ما سوف نعالجه في المطلب الثاني تحت عنوان تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية في المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية.

## **المطلب الأول: تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية في المستشفيات والقطاعات الصحية.**

قلنا سابقا أنه يجب على الهياكل الصحية التي تقدم خدمات في الاستعجالات الطبية أن تقوم بتنظيم المصلحة المخولة لها القيام بذلك، وهذا لمواجهة الحالات التي تتقدم إليها، ولهذا بدأت عدة تشريعات في إعادة هيكلة وتنظيم وبصفة مستمرة مصلحة الاستعجالات الطبية، وكل ما يدور حولها، حيث بدأت هذه التشريعات ومنها المشرع الفرنسي والجزائري في وضع شروط وقيود، بداية بالحصول على ترخيص لفتح مصلحة استعجالية داخل أي مستشفى أو قطاع صحي عام أو خاص.

وللحصول على هذا الترخيص، أوجب كل من المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري، توافر إمكانيات مادية وبشرية لا يمكن الاستغناء عنها أو مخالفة قواعد تنظيمها.

وعلى هذا الأساس، عالجنا هذا المطلب في فرعين، نتناول في الأول التنظيم المادي لمصالح الإستعجالات الطبية، وفي الثاني التنظيم البشري لنفس المصلحة.

## الفرع الأول: التنظيم المادي لمصالح الإستعجالات الطبية.

بصفة عامة، نجد أن هناك قيود مفروضة على المؤسسات الإستشفائية، تهدف إلى ضمان خدمات نوعية وأمنة لكل مستفيد من خدمات هذه المؤسسات، ولكن هذه القيود في حقيقة الأمر، قد تخلق تفاوت كبير بين مختلف المصالح التي تقدم الخدمات الطبية الإستعجالية، ولهذا نجد أن المصالح الإستعجالية لها تصنيف خاص يجب أن يحترم مجموعة من الشروط والقيود المتعلقة بالإمكانات المتوفرة لدى المصالح الإستعجالية، والتي تشمل كل ما يتعلق بتصميم المباني والمعدات التي يجب أن تتوفر لدى المصلحة<sup>1</sup>.

فأما عن الشروط والقيود الخاصة بتصميم المباني، فنجد أن المشرع الفرنسي في المادة D.6124-22 من قانون الصحة<sup>2</sup>، نظم كيفية تصميم مصلحة الإستعجالات الطبية وذلك بتقسيم المصلحة إلى 4 مناطق مختلفة متميزة بعضها عن البعض الآخر، إذ أن هناك منطقة الإستقبال للمحافظة على خصوصيات المريض، والتي يتم إستقبال فيها المريض في إنتظار عملية التكفل به من طرف الطاقم الطبي، ولكن إذا كانت حالة المريض في خطر حال، وخاصة إذا كان بين الحياة والموت (promostic vital est engagé)، فإن هذا الأخير يقاد مباشرة إلى منطقة أخرى تتكفل بهذه الحالات.

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 62.

<sup>2</sup> - a. D.6124-22 du C. santé publ. : « La structure des urgences dispose notamment :

1° D'une salle d'accueil préservant la confidentialité ;

2° D'un espace d'examen et de soins ;

3° D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;

4° D'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

Lorsque l'analyse de l'activité des urgences fait apparaître un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée est adaptée à ces patients ».

ثم منطقة الاختبارات والعلاج، والتي نجد فيها الإمكانيات والأدوات الطبية، كما نجد منطقة أخرى تعرف بمنطقة استقبال الحالات الخاصة بالإنعاش، والتي نجد فيها أجهزة طبية خاصة بالإنعاش والتخدير، وفي الأخير نجد منطقة الاستشفاء، وهذه المنطقة في حقيقة الأمر يتم فيها حراسة ومراقبة المريض، وتتكون في عمومها من 3 إلى 5 أسرة فردية "BOXES"<sup>1</sup>، مجهزة بتجهيزات طبية خاصة وهذه المنطقة تستعمل من طرف الطاقم الطبي لمراقبة حالة المريض في إنتظار نقله الى مصلحة طبية أخرى متخصصة أو إلى مستشفى آخر أو حتى غاية خروجه من المصلحة، مع العلم أن مدة الإستشفاء في هذه المنطقة قصيرة جدا (غالبا لا تتجاوز يوم أو يومين)<sup>2</sup>.

كما ألزم المشرع الفرنسي في قانون الصحة، بأن تتوفر المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات طبية مستعجلة على قاعتين للعمليات الجراحية على الأقل، حيث يمكن من خلاله لمصلحة الاستعجالات الطبية من استخدامها كلما تطلب ذلك، وأن تكون احدي القاعتين المتوفرتين على الأقل معقمة (Aseptique)، وأن تتوفر لديهم كذلك إمكانيات خاصة بالحراسة ومراقبة المريض بعد العملية (post-op)<sup>3</sup>.

وتنظيم المصالح فيما بينهم يكون عن طريق بروتوكولات موضوعة مسبقا، وهي تختلف من مستشفى لآخر، ولكن من الناحية العملية والواقع غير ذلك، حيث أن التعاون بين مصلحة الإستعجالات الطبية وبقية المصالح يكاد ينعدم، بل أحيانا يكون هناك نزاع بين المصالح وخاصة إذا كانت هناك صعوبات في إيجاد أماكن للمرضى في المصالح الأخرى وهو الغالب<sup>4</sup>.

ولضمان التكفل الجيد بالمريض، نجد أن مصلحة الإستعجالات الطبية وبقية المصالح الأخرى كلها موجودة داخل مبنى واحد، حيث يمكن لمصلحة الإستعجالات الطبية من نقل المريض

---

<sup>1</sup> - عدد الأسرة يحدد حسب عدد المرضى الذين تم التكفل بهم خلال السنوات الفائتة.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 64.

<sup>3</sup> - a. D.6124-6 du C. santé publ. : « Un établissement de santé ne peut être autorisé à mettre en oeuvre l'activité d'accueil et de traitement des urgences sous forme d'un service d'accueil et de traitement des urgences mentionné au 1° de l'article R. 6123-1 qu'à la condition que le secteur opératoire de l'établissement soit organisé de façon à mettre à la disposition du service, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, au moins deux salles, dont l'une aseptique, et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 6124-97 à D. 6124-102 ».

<sup>4</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 64.

للمصالح الأخرى بسرعة، حتى يتمكن المريض من الحصول على العلاج في الوقت المناسب وحتى لا يمكن مساءلة المؤسسة الإستشفائية بسوء التنظيم<sup>1</sup>.

فسوء تصميم مؤسسة إستشفائية عامل أساسي، قد يؤدي الى نتائج وعواقب خطيرة على صحة المريض، وذلك عن طريق التأخر في التكفل بالمريض من جهة، وكذلك هناك تكاليف إضافية والخاصة بالنقل الصحي والتي لا لزوم لها من جهة أخرى.

وطبقا لمبدأ المساواة بين المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية، نجد أنه لكل مستخدم الحق في مكان في مؤسسة إستشفائية للحصول على الرعاية الصحية المناسبة له، ولكن هناك العديد من المؤسسات الصحية لا تستطيع أن تجيب على كل متطلبات تحقيق الرعاية الصحية للجميع، ولهذا ترك المشرع الفرنسي في عمومها فكرة تنظيم وتسيير المصالح داخل المؤسسات الصحية للمؤسسة في حد ذاتها<sup>2</sup>.

أما بالنسبة للتصميم المبنى الخاص بمصلحة الاستعجالات الطبية في الجزائر، فإنه وفقا للتعليمية الصادرة عن وزارة الصحة رقم 26 لـ 05 فيفري 1989، فإنه يجب التمييز بين حالتين، حالة التكفل بالاستعجالات الخفيفة، وحالة التكفل بالاستعجالات التي تتطلب الاستشفاء والمراقبة.

فأما عن حالة التكفل بالاستعجالات الخفيفة، فنجد أن التعليمية الوزارية ألزمت على المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات طبية استعجالية خفيفة " Urgence ambulatoire ou mineures " أن تتوفر على قاعة للإنتظار، قاعات للتشخيص، وقاعة للعلاج.

أما عن الحالة الثانية والمتمثلة في حالة التكفل بالاستعجالات التي تتطلب الإستشفاء والمراقبة، فوفقا دائما للتعليمية الوزارية، فإنه يجب على كل مؤسسة صحية تقدم هذا النوع من الخدمات أن تقسم إلى ثلاثة مناطق.

<sup>1</sup> - Estev (C), Aux urgences la situation s'est aggravée, la Provence, 27 décembre 2003, p. 30.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 65.

فالمنطقة الأولى تتمثل في منطقة الاستقبال، والتي بدورها مقسمة إلى عدة قاعات، نبدأها بقاعة لتسجيل المرضى، ثم قاعة واسعة للانتظار، قاعات للتشخيص، قاعة للعمليات الجراحية الخفيفة، وفي الأخير قاعة للإنعاش.

هذه المنطقة يجب أن تكون سهلة الوصول، لأنها المكان الأول الذي يصل من خلاله المريض وهو المكان الذي يتم فيه التشخيص وتقديم الاستجابات الأولية وإن تطلب الأمر الانعاش.

وفي هذه المنطقة بالذات تتم عملية مهمة جدا في اطار التكفل بالمرضى، ألا وهي عملية الفرز والتي تكون بإستعمال علامات مميزة بالألوان لوضع أولويات في تقديم العلاج، فهناك علامة حمراء والتي تدل على حالة المريض في خطر حال يستحال الانتظار للتكفل بها، كحالة توقف القلب، شخص فاقد الوعي، ربو حاد...

وهناك علامة برتقالية، بحيث يكون المريض في هذه الحالة يتعرض لآلام ولكن يمكنه الانتظار لمدة ما بين 15 إلى 20 دقيقة، مثلا كسر على مستوى الرجل دون أن يكون هناك نزيف دموي...

ثم علامة صفراء أين يمكن للمريض الانتظار إلى ساعة ونصف، ثم علامة خضراء تدل على أن المريض يمكنه الانتظار إلى 6 ساعات وأخيرا علامة زرقاء تدل على أن المريض يمكنه الانتظار إلى شهر.

أما عن المنطقة الثانية ففتمثل في منطقة الاستشفاء، ففي هذه المنطقة يتم مراقبة وحراسة حالة المريض. وتحتوي هذه المنطقة على الأقل ما بين 4 إلى 10 أسرة، ولكن مدة الاستشفاء فيها لا يجب أن تتعدى ما بين 24 إلى 48 ساعة، فإذا تعدى هذا الأجل، يقوم المسؤول عن مصلحة الاستجابات الطبية بنقل المريض إلى المصلحة الطبية التي تناسب حالته، ومن أجل تحقيق وتسهيل نقل المريض من مصلحة الاستجابات الطبية إلى المصالح الأخرى، أوجبت هذه التعليمات كل المصالح الطبية في المستشفى من توفير على الأقل من 2 إلى 4 أسرة فارغة لفائدة مصلحة الاستجابات الطبية.

أما فيما يخص المنطقة الثالثة والتي تعرف بالمنطقة التقنية، فهي المنطقة التي تتواجد فيها المخابر، التصوير بالأشعة، قاعات الجراحة، بنك للدم، صيدلية... بمعنى آخر، هي المنطقة التي توجد فيها كل ما قد يحتاجه الطبيب من أجهزة طبية في التشخيص والعلاج.

هذا فيما يخص القيود والشروط المتعلقة بتصميم مبنى المصالح الاستعجالية، أما بالنسبة للقيود المتعلقة بالمعدات والأجهزة الطبية، فنجد أن المشرع الفرنسي في المادة D.6124-24 من قانون الصحة، قد وضع قائمة معدات وأجهزة ضرورية لكل مصلحة إستعجالية، والتي تتمثل في تقنيات التصوير بالأشعة (Radiologie) والموجات فوق الصوتية (Echographie)، تقنيات التصوير المقطعي (Scanographie) وأجهزة تصوير خاصة للأوعية الدموية (Angiographie)... كذلك مخبر قادر على العمل 24/24 على مدار أيام السنة لإجراء التحاليل الكيميائية الحيوية (Biochimie) وأمراض الدم (Hématologie)، الأحياء الدقيقة (Microbiologie)، السموم (Toxicologie)، وكذلك المتعلقة بقياس الأكسجين في الدم (Gazométrie artérielle)، وذلك دون تأخير<sup>1</sup>.

ولكن المؤسسة الصحية التي لا يوجد فيها مخبر للتحاليل، يمكنها أن تعقد إتفاقا مع مخبر بمؤسسة صحية أخرى أو مع مخبر للتحاليل، بشرط أن تضمن له هذه المؤسسة أو المخبر إجراء التحاليل 24/24 وعلى مدار كل أيام السنة.

---

<sup>1</sup> - a. D.6124-24 du C. santé publ. : « L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 organise en son sein ou par convention avec un autre établissement ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26, l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences :

1° Aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ;

2° Aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale.

Dans chaque cas, les résultats des examens d'imagerie conventionnelle, d'échographie, de scanographie, d'IRM et d'imagerie interventionnelle ou des examens et analyses en biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie, hémostase et gaz du sang, et leur interprétation par l'établissement ou la structure conventionné mentionné au premier alinéa, sont transmis à la structure des urgences dans les meilleurs délais, et en tout état de cause, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient ».

أما بالنسبة للمعدات والأجهزة بالنسبة للمشرع الجزائري، فنجد أن التعليمات الوزارية رقم 26 لـ 05 فيفري 1989، قد جاءت بمعدات وأجهزة خاصة بالحالات الاستعجالية الخفيفة، ومعدات وأجهزة وهياكل مساعدة خاصة بالحالات الاستعجالية التي تتطلب الاستشفاء<sup>1</sup>.

فأما عن حالة التكفل بالاستعجالات الخفيفة، فإنه على المؤسسات الصحية التي تتكفل بهذه الحالات أن تتوفر على أجهزة للتصوير بالأشعة عادية والتي تسمح بتصوير العظام، القفص الصدري والبطن، امكانيات للإتصال بحيث يجب أن يكون هناك خط هاتفي مربوط بمصلحة الاستعجالات الطبية التابعة للمستشفى، وامكانيات لنقل المرضى، كسيارة اسعاف، كرسي متحرك سرير متحرك.

أما فيما يخص حالة التكفل بالاستعجالات التي تتطلب الاستشفاء والمراقبة، فإنه على المؤسسات الصحية التي تتكفل بهذه الحالات أن تتوفر على مخبر للتحاليل يعمل 24/24 وعلى مدار السنة، و إذا لم يكن هناك مخبر داخل المؤسسة الصحية، فإنه يجب أن يكون هناك مخبر قريب من مصلحة الاستعجالات الطبية والذي بدوره يعمل 24/24 وعلى مدار السنة، وهذا لإرسال التحاليل والحصول على نتائجها بسرعة، وأجهزة للتصوير بالأشعة ثابتة ومتحركة تعمل 24/24 وعلى مدار السنة، أو أن المصلحة تكون قريبة من مصلحة تقدم هذه الخدمة، قاعة للعمليات الجراحية وبنك للدم أو على الأقل ليست بعيدة عن قاعة للعمليات الجراحية التابعة للمصالح الأخرى، ونفس الشيء بالنسبة لبنك الدم، وهذا لتمكين مصلحة الاستعجالات الطبية الحصول على الدم 24/24 وعلى مدار السنة، والأدوية، والمستهلكات الطبية بحيث يجب أن تتوفر لدى مصلحة الاستعجالات الطبية مخزون من الأدوية والمستهلكات الطبية والخاصة بكل المتطلبات الجراحية والطبية كالإبر مثلا لمدة على الأقل 24 ساعة، وامكانيات للاتصال بحيث يجب أن يكون هناك خط هاتفي مربوط بالمصالح الأخرى أو بمؤسسة صحية أخرى كالأستعجالات الطبية التابعة للمستشفى.

أما عن تصنيف مصالح الإستعجالات الطبية، فإنه يكون وفقا للترخيص الذي قدمته الجهات الادارية المختصة، حيث أنه على كل مؤسسة صحية ترغب في فتح مصلحة

<sup>1</sup> - Inst. N°26/MSP/DSS du 05 Février 1989, sur l'organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence, Le ministre de la Santé Publique M. Zitouni. ( annexe 3 ).

إستعجالية، وجب عليها حصول على ترخيص<sup>1</sup>، يقدم لهم لمدة ما بين 5 الى 10 سنوات قابلة للتجديد، وهذه الرخصة ليست نهائية، حيث يمكن أن تعلق إذا كان هناك خلل أو أصبحت هذه المصلحة في حد ذاتها تمثل خطر على مستخدمي هذه المصلحة الإستعجالية، كما يمكن لهذه الرخصة أن تسحب إذا لم تعد تحترم مصلحة الإستعجالات الطبية للمتطلبات وشروط السير الحسن للمصالح الإستعجالية المنصوص عنها سابقا<sup>2</sup>.

ولكن فرض الحصول على رخصة للمؤسسة الصحية التي ترغب في فتح مصلحة إستعجالية، لا يعني أن المؤسسة الصحية التي ليس لها رخصة، ليس بإمكانها أن تستقبل مريض في حالة إستعجالية، بل أن هذه المؤسسة الصحية لا يمكنها فتح مصلحة إستعجالية دائمة، فالمشرع الفرنسي في المادة R.6123-27 نص على ضرورة تقديم الإسعافات الأولية إذا جاءتهم حالة إستعجالية ثم نقلها بعد الاتصال بمصلحة المساعدة الطبية إلى مؤسسة صحية لها الترخيص المنصوص عنه مسبقا ولكن رغم ذلك لا يمكننا أن نعتبر بأن هذه المؤسسة تقوم بخدمات إستعجالية طبية، فالعبرة ليست بما تقوم به هذه المؤسسة ولكن العبرة في ما إذا كان لها ترخيص بالقيام بذلك أم لا<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. L.6122-1 du C. santé publ. : « Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds.

La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat ».

<sup>2</sup> - a. L.6122-8 du C. santé publ. : « L'autorisation est donnée pour une durée déterminée, fixée par voie réglementaire. Cette durée ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique. Au 1er janvier 2010, les autorisations d'activités de soins délivrées pour une durée indéterminée prennent fin au terme de la durée applicable en vertu du présent article. Les titulaires d'autorisation devront obtenir le renouvellement de leur autorisation dans les conditions prévues à l'article L. 6122-10.

L'autorisation fixe les objectifs quantifiés des activités de soins ou des équipements lourds autorisés lorsqu'ils n'ont pas été fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conformément aux dispositions des articles L. 6114-1 et suivants. Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs.

Dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue par le schéma d'organisation des soins et pour assurer la continuité des soins, l'agence régionale de santé peut modifier la durée de validité d'une autorisation restant à courir ou fixer pour la nouvelle autorisation une durée de validité inférieure à celle prévue par voie réglementaire, après avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire ».

<sup>3</sup> - a. R.6123-27 du C. santé publ. : « Les établissements de santé, qui n'ont pas l'autorisation mentionnée au 1° de l'article R. 6123-1, ne sont pas dispensés des obligations générales de secours aux personnes en

ومصالح الإستعجالات الطبية، بطبيعة الحال الحاصلة على ترخيص، نجد لها مختلفة عن بعضها البعض، إذ نجد أن هناك مصالح تشتغل في شكل مصلحة لإستقبال الإستعجالات "S.A.U"<sup>1</sup> تكون عامة أو متخصصة، أو تشتغل في شكل وحدات جوارية للإستقبال وتوجيه الإستعجالات "U.P.A.T.O.U"<sup>2</sup> فالشكل الذي تعتمد عليه مصلحة الإستعجالات، يكون حسب الترخيص الذي حصلت عليه، وبطبيعة الحال كذلك حسب الإمكانيات المتوفرة لديها.

ومن خلال ما سبق ذكره، تقسم المصالح الاستعجالية إلى صنفين وهما مصلحة إستقبال الإستعجالات والقطب المتخصص في الإستعجالات، والوحدة الجوارية لإستقبال وتوجيه الإستعجالات "U.P.A.T.O.U".

أما عن مصلحة إستقبال الإستعجالات والقطب المتخصص في الإستعجالات، فهي مصلحة قادرة على التكفل بالمريض بصفة كاملة، وهذا ما يبرر تواجد مختلف التخصصات الطبية داخل المؤسسة الإستشفائية، من جراحة الأحشاء، جراحة العظام، طب التوليد، وحدة الإنعاش، وحدة الطب العام، الطب الداخلي، التخدير والإنعاش، الجراحة العامة، طب النساء...

فتواجد كل هذه التخصصات، يمكن لمصلحة إستقبال الإستعجالات مواجهة أي حالة إستعجالية. وحتى على مستوى هذه المصالح، نجد أن هناك منها ما يمكنه التكفل ببعض الحالات الإستعجالية التي لا يمكن لمصلحة أخرى التكفل بها، لغياب بعض المعدات الطبية والتي غالبا ما تكون باهظة الثمن، وهذا ما أدى بإنشاء مصالح إستقبال للإستعجالات المتخصصة بأمراض وحالات معينة، كمصلحة الاستعجالات الطبية الخاصة بالأطفال أو المصالح الاستعجالية الخاصة بجراحة العظام، وهذه المصالح المتخصصة تعرف باسم "P.O.S.U"<sup>3</sup> القطب المتخصص للإستعجالات<sup>4</sup>.

---

danger qui se présentent ou s'adressent à eux. Ils donnent à ces personnes les premiers secours que leur état exige et, s'il y a lieu, les adressent ou les font transférer, après intervention du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente, dans un établissement de santé ayant l'autorisation mentionnée ci-dessus ».

<sup>1</sup> - Service d'Accueil des Urgences.

<sup>2</sup> - Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

<sup>3</sup> - Pole Spécialisé des Urgences.

<sup>4</sup> - **Cours pour le diplôme d'ambulancier** sur :

[http://www.formationambulancier.fr/1\\_cours/180\\_prof\\_m8/1802\\_admin\\_06\\_urgences.htm](http://www.formationambulancier.fr/1_cours/180_prof_m8/1802_admin_06_urgences.htm), Consulter le 20/02/2017.

أما عن الوحدة الجوارية لإستقبال وتوجيه الإستعجالات "U.P.A.T.O.U"، فهذه الوحدات من حيث التنظيم لا تحتاج لنفس التنظيم الذي تحتاجه مصلحة إستقبال الإستعجالات أو القطب المتخصص للإستعجالات، ولكن لاتقل أهمية عنها، فالفرق بينهم يكمن في أن الوحدة الجوارية لإستقبال وتوجيه الإستعجالات، يمكنها أن تتكفل بالإستعجالات المتعلقة بالطب العام والأمراض النفسية وبعض العمليات الجراحية التي لا تحتاج الى تخدير عام، أو تخدير جزئي للعمود الفقري، أو تخدير الأعضاء السفلى للجسم، أو تخدير فوق الجافية (La périderale) فهذه الوحدات تستقبل كل الحالات الإستعجالية، بما فيها الحالات التي تتطلب استعمال تقنيات وأجهزة كبيرة، فإذا ما وصلت إليهم حالة استعجالية، فإنه بعد إجراء الإسعافات الأولية والتشخيص اتضح بأن حالة المريض خطيرة، فإنهم يقومون بتوجيه المريض إلى مصالح استقبال الإستعجالات، فمهمتهم كذلك هي توجيه المرضى إلى المصالح المناسبة لحالتهم<sup>1</sup>.

أما في الجزائر، فنجد أن الهياكل الصحية المخولة لها بتقديم خدمات طبية استعجالية مقسمة إلى صنفين، كل يتدخل حسب ما لديه من امكانيات بشرية ومادية لمواجهة حالة المريض.

فالصنف الأول يتعلق بالمؤسسات الصحية التي تتكفل بالحالات الاستعجالية الخفيفة، والتي تعرف بالاستعجالات من المستوى الأول، نذكر منها الحروق الخفيفة، عضة

---

<sup>1</sup> - a. R.6123-6 du C. santé publ. : « L'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences fonctionne selon les modalités suivantes :

1° Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique ;

2° Elle traite dans ses locaux et avec ses moyens tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale du rachis, des blocs proximaux ou par voie périderale. Elle traite également, si l'établissement dispose d'un chirurgien, les patients dont l'état nécessite, pour lutter contre la douleur, des actes chirurgicaux plus complexes ; dans ces derniers cas, les actes sont réalisés, dans un local approprié, avec le concours d'un anesthésiste-réanimateur de l'établissement, ou d'un autre établissement de santé, dont les conditions d'intervention ont été préalablement définies ;

3° Elle oriente les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser elle-même :

a) Soit vers d'autres services ou unités de l'établissement prêts à les assurer, dans des conditions préalablement définies entre l'unité de proximité et ces services ou unités ;

b) Soit vers tout autre établissement de santé, exerçant ou non l'activité d'accueil et de traitement des urgences, avec lequel a été conclu un contrat de relais défini à l'article R. 6123-7 ;

c) Soit, en liaison avec le centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente, vers un établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou vers un autre établissement de santé en mesure de dispenser sans délai aux patients les soins nécessaires ».

حيوان، الجروح التي تمس الجلد دون أن تتعدى ذلك، تشققات العظام... والمصالح الاستعجالية لهذه المؤسسات تعمل 24/24 وعلى مدار السنة.

فأما عن المؤسسات الصحية التي يمكنها القيام بذلك فنجد أولها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "E.P.S.P"<sup>1</sup>، وهي قطاع صحي متعدد الخدمات، وهذه المصلحة تكون مفتوحة للمستخدمين 24/24 ساعة على مدار السنة، ثم نجد العيادات الخاصة، ثم المراكز الصحية.

أما الصنف الثاني فيتعلق بالمؤسسات الصحية التي تتكفل بالحالات الاستعجالية التي تتطلب الاستشفاء والمراقبة، والتي تعرف بالاستعجالات من المستوى الثاني.

والمصالح الاستعجالية لهذه المؤسسات تعمل 24/24 وعلى مدار السنة، أما عن مهامها فتتمثل في استقبال وتقديم الاسعافات الأولية، واستشفاء المرضى في حالة خطر ثم توجيهه للمصلحة الطبية المختصة بالتكفل بحالته الصحية ولكن يمكن لهذه المصالح أن تتكفل بالحالات الاستعجالية الخفيفة، إذ ليس لها الحق في رفض المرضى.

فأما عن المؤسسات الصحية التي يمكنها القيام بذلك فنجد بالدرجة الأولى كل من المؤسسة العمومية الاستشفائية "E.P.H"<sup>2</sup> والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "E.H.S"<sup>3</sup>، فعلى مستوى كل مؤسسة استشفائية سواء كانت متخصصة أم لا، نجد مصلحة للاستعجالات الطبية ولكن على مستوى هاتين المؤسستين، فإن التكفل بالمرضى يكون من المستوى الثاني، حيث يكون على مستوى هذه المصالح التكفل بالمرضى الذين يحتاجون لتشخيص واختبارات معمقة بإستعمال امكانيات مادية وبشرية لا تتوفر لدى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، بل أنه حتى على مستوى هذه المؤسسات، نجد أنه هناك مؤسسات متخصصة في التكفل بأمراض معينة، وهذا لما لها من امكانيات مادية خاصة بأمراض معينة نذكر منها على سبيل المثال، أمراض النساء والتوليد، الأمراض العقلية والنفسية.

<sup>1</sup> - Etablissement Public de Santé de Proximité.

<sup>2</sup> - Etablissement Public Hospitalier.

<sup>3</sup> - Etablissement Hospitalier Spécialisé.

كما نجد المركز الاستشفائي الجامعي "C.H.U"<sup>1</sup>، والذي يوجد فيه مصلحة للاستجالات الطبية من المستوى الثاني كذلك، لأن هذه المراكز تتوفر على جميع الاختصاصات في مكان واحد إضافة للإمكانات المادية الجدة عالية والجدة متطورة بمقارنتها بالإمكانات المادية المتوفرة لدى المؤسسات الاستشفائية الأخرى<sup>2</sup>.

## الفرع الثاني: التنظيم البشري لمصالح الإستجالات الطبية.

تلتزم المؤسسات الصحية بجميع مصالحها وخاصة مصلحة الإستجالات الطبية بإستقبال المرضى في أي وقت (نهارا وليلا)، وحتى تضمن هذه المؤسسات الصحية إستمرارية في تقديم الخدمات الصحية الاستجالية، وجب على العاملين فيها بأن تتوفر فيهم الكفاؤة والإستعداد للتدخل في أي وقت.

وقد نصت المادة R.1112-40 من قانون الصحة الفرنسي على أن استقبال المرضى يجب أن يكون مضمون على كل المستويات من طرف طاقم متخصص ومتمرن في هذا المجال<sup>3</sup>، وقد أضافت المادة L.4111-1 من القانون الصحة الفرنسي، على أنه لا يمكن ممارسة مهنة الطب أو جراحة الأسنان أو قابلة إذا لم يكن الشخص حاصل على شهادة دولة في الطب بالنسبة للأطباء مثلا<sup>4</sup>، ثم جاءت المادة D.6124-1 من قانون الصحة الفرنسي بنصها على أن

<sup>1</sup> - Centre Hospitalo-Universitaire.

<sup>2</sup> - **Cartographie des Urgences Chirurgicales :**

cartographie des urgences chirurgicales,

<http://www.dsp-tiziouzou.dz/images/pdf/umc.pdf>, Consulter le 18/05/2017.

<sup>3</sup> - a. R.1112-40 du C. santé publ. : « L'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission ».

<sup>4</sup> - a. L4111-1 du C. santé publ. : « Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :

1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L.4112-6 et L.4112-7.

Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1° des articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 sont dispensés de la condition de

الطبيب في المصالح الإستعجالية يجب أن يكون حاصلا على شهادة تكميلية متخصصة في مجال الإستعجالات الطبية<sup>1</sup>.

كما ألزم المشرع الفرنسي في المادة D.6124-6 من قانون الصحة، أن يكون المسؤول عن مصالح الاستعجالات الطبية التابعة للمستشفيات العمومية أو المستشفيات الخاصة، أو حتى الهياكل الصحية التي تقدم نفس الخدمات، في أن يكون طبيب متخصص في الاستعجالات الطبية، وأن يكون الطبيب ذا خبرة لا يجب أن تقل عن عامين<sup>2</sup>.

فمن خلال نص هذه المواد، نجد أن المشرع الفرنسي قد ألزم كل المؤسسات الصحية الراغبة في فتح مصلحة إستعجالية، أن يكون لديها أطباء متخصصين في الإستعجالات الطبية وذلك عن طريق تكوين متخصص في هذا المجال<sup>3</sup>.

أما بالنسبة لمساعدتي الأطباء من ممرضين وشبه الطبي فإنهم كذلك يخضعون لتكوين خاص في تقديم إسعافات أولية إستعجالية مستوى 2، والخاصة بالتكفل بالمريض وتقديم له

---

nationalité prévue au 2° ».

<sup>1</sup> - a. D.6124-1 du C. santé publ. : « Les médecins d'une structure de médecine d'urgence sont titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ou sont praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence.

Les médecins titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence ou les médecins justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans un service ou une structure de médecine d'urgence peuvent également exercer leur fonction dans une structure de médecine d'urgence.

D'autres médecins peuvent également exercer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence. Cette dernière condition n'est pas exigée des personnels enseignants et hospitaliers qui participent à l'enseignement en médecine d'urgence.

En outre, tout médecin peut participer à la continuité des soins de la structure de médecine d'urgence après inscription au tableau de service validé par le responsable ou le coordonnateur de la structure.

Des dispositions spécifiques, précisées à l'article D. 6124-26-3, sont applicables aux structures des urgences pédiatriques mentionnées au 3° de l'article R. 6123-1 ».

<sup>2</sup> - a. D.6124-6 du C. santé publ. : « Dans un établissement public de santé et dans un établissement de santé privé participant au service public hospitalier, la structure de médecine d'urgence est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence ou d'un médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins deux ans dans cette discipline et titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ».

<sup>3</sup> - Carli (p), op. cit., étude n° 347.

الاسعافات الأولية لحين وصول الشخص الكفو في تقديم العلاج<sup>1</sup>، ضف لذلك أن هذا التكوين يجب اعادة رسكلة كل 4 سنوات والهدف من الرسكلة هو مواكبة تطور الطب<sup>2</sup>.

أما المشرع الجزائري فيما يخص المؤهلات المهنية التي يجب توافرها في الطاقم الطبي العامل في المصالح الاستعجالية، فيكتفي بالنسبة للطبيب بأن يكون طبيبا عاما حاصلا على شهادة علمية في الطب، فالمشرع الجزائري لا يشترط الاختصاص في مجال الاستعجالات الطبية كما فعل المشرع الفرنسي، على الرغم من أنه هناك في كليات الطب الجزائرية اختصاص في مجال الاستعجالات الطبية والذي جاء به ونظمه القرار الوزاري الصادر عن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي رقم 27 لـ 12 ماي 1998 والمتضمن تنظيم شهادة علمية في تخصص الطب الاستعجالي، ومدة التكوين فيها أربع سداسيات<sup>3</sup>.

ونفس الشيء بالنسبة للأعوان الشبه الطبيين في المصالح الاستعجالية، فإن المشرع الجزائري لم يلزمهم بتكوين خاص في هذا المجال، ولكن هذا لا يمنع من أن يحصل هؤلاء الأعوان على تكوين في مجال الاستعجالات الطبية، وما دام أن مهمة التكوين الخاصة بالاسعافات الأولية

<sup>1</sup> - a. 5 du l'Arr. du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, J.O.R.F., n°0010 du 13 janvier 2015 : « L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale.

Les contenus et les durées des modules peuvent être adaptés en fonction des connaissances déjà acquises dans le cadre de l'exercice de la profession et/ou du développement professionnel continu.

La formation comporte trois modules dont les objectifs et le contenu figurent en annexe 2 du présent arrêté. Sa durée totale est de vingt et une heures. Elle est réalisée en groupes de dix à douze personnes ».

<sup>2</sup> - a. 6 du l'Arr. du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, J.O.R.F., n°0010 du 13 janvier 2015.: « La durée de validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 est de quatre ans.

La prorogation de cette attestation pour une durée équivalente est subordonnée au suivi d'une formation d'une journée organisée en continu ou en discontinu, par groupe de 10 à 12 personnes et répartie comme suit :

1° Une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances relatives aux urgences vitales, organisée en ateliers pratiques composés de groupes de dix à douze personnes ;

2° Une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances en lien avec l'actualité scientifique notamment dans le domaine de la médecine d'urgence ou de l'actualité sanitaire.

Cette actualisation est réalisée par des formateurs habilités pour la formation aux gestes et soins d'urgence, mentionnés à l'article 6 de l'arrêté du 24 avril 2012 modifié susvisé. Une attestation de formation est délivrée à la fin de chaque formation par le responsable du centre d'enseignement des soins d'urgence pour lequel le formateur habilité a dispensé l'enseignement ».

<sup>3</sup> - قرار وزاري مؤرخ في 12 ماي 1998 والمتضمن انشاء الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية في الطب

الاستعجالي. (annexe 04)

تقع على عاتق الدولة<sup>1</sup> فمن الأحرى أن يتم تكوين هؤلاء الأعوان الذي يواجهون يوميا حالات استعجالية.

أما المسؤول عن مصلحة الاستعجالات الطبية، سواء كانت من المستوى الأول أو الثاني فيشترط فيه أن يكون طبيب دائم في المؤسسة الصحية التي تتواجد فيها المصلحة الاستعجالية، ويساعده في ذلك مراقب طبي دائم كذلك.

عمليا نجد أن نشاطات الطاقم الطبي في المصالح الإستعجالية تبدأ دائما بإستقبال المريض، ثم وضع تشخيص سريع، أو على الأقل محاولة تقدير درجة الخطورة، ثم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب والضروري لإبعاد الخطر على المريض، ثم توجيه نقله لمصلحة أخرى متخصصة في متابعة العلاج.

ولضمان السيرورة الدائمة في تقديم الخدمات الإستعجالية، على المصالح الإستعجالية أن تضمن على الأقل الحد الأدنى الضروري لسيورها، و هنا جاء نص المادة 3-6124-D من قانون الصحة الفرنسي ليلزم الطاقم الطبي لمصلحة معينة، بأن يكون هناك عدد كافي من الأطباء أو على الأقل طبيب واحد حاضر 24/24 في كل أيام السنة، لكي يضمن تقديم المساعدة الطبية لمستخدمي المصلحة<sup>2</sup>.

كما أضافت المادة 14-6124-D من قانون الصحة الفرنسي، ضرورة تواجد طبيب الأمراض النفسية لدى كل مصلحة استقبال الإستعجالات وذلك 24/24 في كل أيام السنة إذا كانت نشاطات المصلحة تدور حول كثير من الحالات التي تمس الأمراض النفسية، أما في الحالات الأخرى فيمكن للمصلحة من إحضار طبيب الأمراض النفسية إذا اقتضت الضرورة، أما

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 157 من قانون الصحة الجزائري القديم على أنه : " يعد اكتساب المعارف الخاصة بالاسعافات الأولية واجبا يقع على عاتق الدولة ولا سيما في الوسط التربوي و وسط العمل "، في حين قانون الصحة الجديد جاء بألفاظ عامة تخص التكوين بصفة عامة وبالتالي فمن المفروض أن التكوين هنا يشمل كذلك الاسعافات الأولية، حيث جاء في نص المادة 170 منه على أنه : " التكوين المتواصل حق، وهو اجباري، بالنسبة لجميع مستخدمي الصحة الذين يمارسون في هياكل ومؤسسات الصحة " .

<sup>2</sup> - a. D.6124-3 du C. santé publ. : « L'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence ».

بالنسبة للوحدة الجوارية لإستقبال الإستعجالات، فعليها ضمان توفير طبيب للأمراض النفسية كل ما تطلب الأمر بذلك<sup>1</sup>.

من الناحية العملية في فرنسا، نجد أن مصلحة استقبال الإستعجالات في عمومها، تتكون من أطباء متخصصين في الطب الإستعجالي، وممرضين مقسمين على مختلف المناطق الثلاثة المذكورة سابقا، ضف لذلك نجد مساعدين للممرضين، نجد كذلك مساعدة إجتماعية، مصلحة إدارية تتكون من شخصين أو ثلاث لتسجيل المرضى وتكوين الملف الإداري الخاص بهم، ضف لذلك إلى كل ما قد يحتاجه الطبيب في عملية التشخيص من طبيب مختص في القلب، التصوير بالأشعة، في الأمراض الداخلية، أمراض الأذن والأنف والحنجرة، طب العيون... هذا في الحالات العادية، أما إذا كان هناك إضراب لعمال الصحة، فإنه ولضمان تحقيق المصلحة العامة على حساب المصلحة الخاصة لعمال الصحة وخاصة مصلحة الإستعجالات الطبية، فإنه يمكن لمدير المؤسسة الصحية إتخاذ كل الإجراءات التي يراها مناسبة لضمان سيرورة المصلحة، وذلك بفرض تحقيق الأحد الأدنى من الخدمة، وهذا بتقديره (بدون من أن يتعسف في إستعمال السلطة) الطاقم الطبي الضروري الذي يضمن السير الحسن للمصلحة وتسخيره من أجل ذلك، حيث أن نص المادة L.6143-7 من قانون الصحة الفرنسي، أعط السلطة الكاملة لمدير المؤسسة الاستشفائية لضمان تطبيق واحترام القواعد المتعلقة بأخلاقيات الطب أو المتعلقة بكل مهنة لها علاقة بالصحة<sup>2</sup>، وكما نعلم أنه من بين المبادئ التي تنظم أخلاقيات الطب، نجد ضرورة توفير رعاية صحية للمرضى، وهذا لا يكون في حالات الاضراب مثلا إلا بتحقيق الحد الأدنى للخدمة.

والتسخيرة هنا لا تخص الأطباء وحدهم، بل تشمل الممرضين ومساعدى الممرضين، وبقية العاملين في المصلحة إن كانت هناك ضرورة تضمن السير الحسن، فإذا كانت التسخيرة موافقة

<sup>1</sup> - a. D.6124-14 du C. santé publ. : « L'établissement assure également la présence d'un psychiatre dans le service d'accueil et de traitement des urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, lorsque l'analyse de l'activité du service fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent. Dans les autres cas, l'équipe médicale du service peut faire venir un psychiatre à tout moment.

L'équipe médicale de l'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences, prévue à l'article D. 6124-10, s'assure de la possibilité de faire venir un psychiatre à tout moment ».

<sup>2</sup> - a. L.6143-7 du C. santé publ. : « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ».

لضروريات حسن سير المصلحة الإستعجالية، فإنه لا يمكن للطاقم الطبي المسخر أن يطلب إلغاء قرار مدير المؤسسة الصحية، ففي حالة ما إذا لم يحترم هذا القرار، فإنه على مدير المؤسسة الصحية أن يطلب من المحافظ "PREFET" من أن يسخر له طاقم طبي<sup>1</sup>.

أما المشرع الجزائري، ولضمان سيرورة مصلحة الاستعجالات الطبية، فلم يكن واضحا في مدى الزامية المؤسسات الصحية في تقديم خدمات طبية مستعجلة بصفة دائمة ودون انقطاع إذا قارناه بما جاء به المشرع الفرنسي، بل حتى بمقارنته بما جاء به قانون الصحة وترقيتها الجزائري القديم، حيث أن قانون الصحة القديم، ألزم جميع الوحدات الصحية التي تقدم خدمات طبية مستعجلة في تقديم هذه الخدمات 24/24 ساعة، حيث نصت المادة 155 منه على أنه " يتعين على جميع الوحدات الصحية الاستعجالية أن تقدم العلاج الطبي المستعجل باستمرار، في أي ساعة من ساعات النهار أو الليل، إلى أي مريض بقطع النظر عن مكان سكنه". وقد أضافت المادة 155 فقرة 2 من نفس القانون على أنه : " يجب على جميع الهياكل الصحية أن تقدم الاسعافات الأولية مهما يكن تخصصها" معنى هذا أنه فيما يخص تقديم الاسعافات الأولية، لا يوجب أن يكون هناك طاقم طبي متخصص، إذ يمكن لأي طاقم طبي في أي وحدة صحية أن تقدم الاستعجالات الطبية، أما قانون الصحة الجديد فلم يكن واضحا في هذه النقطة، حيث اكتفى في نص المادة منه بإلزام المؤسسات الصحية لتقديم علاجات أولية واستعجالية لكل المواطنين<sup>2</sup> دون أن يتوسع في ذلك كما جاء مثلا في قانون الصحة القديم كما سبق توضيحه.

ثم جاءت التعلية الوزارية السالفة الذكر بتفصيل أكثر فيما يخص الامكانيات البشرية الواجب توافرها لدى المصالح الاستعجالية، ولكن قصمتها إلى صنفين، الصنف الأول خاص بمصالح الاستعجالات الطبية التي تتكفل بالحالات الاستعجالية الخفيفة، والتي يجب أن تتوفر على طبيب عام ومراقب صحي، تقني في التصوير بالأشعة، ممرض، مساعد ممرض، عون اداري لتسجيل المرضى.

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 76.

<sup>2</sup> - نصت المادة 281 فقرة 1 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه : " تضمن هياكل ومؤسسات الصحة لفائدة كل المواطنين تقديم علاجات أولية وثنائية وذات المستوى العالي وكذا الاستعجالات، حسب مخطط تنظيمي محدد عن طريق التنظيم".

أما الصنف الثاني فهو خاص بمصالح الاستعجالات الطبية التي تتكفل بالحالات الاستعجالية التي تتطلب الاستشفاء والمراقبة، والتي يجب أن تتوفر على الطبيب المسؤول عن المصلحة، طبيب للإنعاش، طبيب عام، طبيب خاص بالطب الداخلي، طبيب مقيم وهذا بالنسبة لمصالح الاستعجالات الطبية التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية، مراقب طبي، تقني في التصوير بالأشعة، ممرضين ومساعدين للممرضين، مصلحة إدارية تتكون من شخصين أو ثلاث لتسجيل المرضى وتكوين الملف الإداري الخاص بهم.

هذا في الحالات العادية، أما إذا كان هناك إضراب لقطاع الصحة وخاصة على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية، فإنه طبقاً لنص المادة 7 من المرسوم التنفيذي رقم 09-393<sup>1</sup> : "يلزم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية، في إطار المهام المخولة لهم، بما يلي :

- الاستعداد الدائم للعمل.

- القيام بالمداوومات التنظيمية داخل المؤسسات الصحية"، فبالرغم من أن الإضراب حق يضمنه القانون إلا أنه هناك مجالات يجب أن يضمن فيها على الأقل الحد الأدنى من الخدمة، ومن هذه القطاعات نجد قطاع الصحة.

أما عن المسؤول الأول في ضمان الحد الأدنى من الخدمة الصحية، فهو مدير المؤسسة الصحية، حيث أنه طبقاً لنص المادة 20 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140<sup>2</sup> والتي نصت على أن المدير مسؤول عن حسن سير المؤسسة، معنى هذا أنه إذا كان هناك إضراب فإنه على مدير المؤسسة الصحية أن يتخذ الإجراءات اللازمة لضمان السير الحسن لها، ومن بين ما يمكن القيام به، نجد التسخيرة دون أن يتعسف في استعمال ذلك، وذلك بتسخيره للقطاع طاقم طبي يضمن الحد الأدنى من الخدمات الصحية، وهذا ما جاء في نص المادة 210 من قانون الصحة القديم بنصه على أنه : " يتعين على الأطباء وجراحي الأسنان والصيدلة أن يمثلوا أوامر التسخير التي

---

<sup>1</sup> - م.ت رقم 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج.ر عدد 70 بتاريخ 29 نوفمبر 2009.

<sup>2</sup> - م.ت رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج.ر عدد 33 بتاريخ 20 ماي 2007.

تصدرها السلطة العمومية، مع مراعاة أحكام المادة 206 أعلاه"، فإذا امتنع الطبيب عن الامتثال للتسخيرة يمكن متابعته جزائياً بمقتضى قانون العقوبات دون اغفال المتابعة التأديبية، وهذا ما أكدته المادة 236 من نفس القانون بنصها على أنه: "يعاقب طبقاً لأحكام المادة 422 مكرر من قانون العقوبات، من لم يمتثل أوامر تسخير السلطة العمومية المعدة والمبلغة حسب الأشكال التنظيمية كما نصت على ذلك المادة 210 من هذا القانون"، وسأيره قي ذلك قانون الصحة الجديد، إذ جاء في نص المادة 178 منه على أنه: "يتعين على مهنيي الصحة الامتثال لتسخيرات السلطة العمومية طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما"، بل الملاحظ أن هذه المادة أوسع من ما جاء في قانون الصحة القديم، حيث أن التسخيرة في القانون القديم خاصة بالأطباء والجراحين والصيدالدة، أما في القانون الجديد فالأمر بالتسخيرة جاء ليشمل كل مهنيي الصحة بما فيهم الممرضين والمساعدين لهم، وذلك تحت طائلة العقوبات المنصوص عنها في نص المادة 187 مكرر من قانون العقوبات<sup>1</sup> إذا ما ثبت رفض التسخيرة الصادرة عن السلطة العمومية المخولة لها ذلك حسب ما جاء في نص المادة 418 من قانون الصحة الجديد.

## المطلب الثاني: تنظيم مصالح الاستجالات الطبية في المستشفيات

### الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية.

قلنا بأن الاستجالات الطبية لا تمس جسم الانسان فقط، بل تتعدى ذلك لتشمل الاضطرابات النفسية والعقلية، بل أحيانا تكون الحالة الاستجالية مختلطة بين حال يمس جسم الانسان وعقله.

ونظراً لعدد كبير من الأمراض التي قد تصيب عقل ونفس الانسان، والتي تضع نفسه أو الغير في حالة خطر، نجد أن الحالات الاستجالية المتعلقة بالأمراض العقلية والنفسية كذلك هي في حاجة لتنظيم، وهو ما جعل التشريعات تسعى جاهدة من أجل ذلك، ومنها المشرع الفرنسي

<sup>1</sup> - نصت المادة 187 مكرر من القانون رقم 01-09 المؤرخ في 26 جوان سنة 2001، يعدل ويتم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، على أنه: "يعاقب بالحبس من شهرين (2) إلى ستة (6) أشهر وبغرامة من 1.000 إلى 10.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط كل من لا يمتثل لأمر تسخير صادر ومبلغ له وفقاً للأشكال التنظيمية".

والجزائري، حيث جاء بالعديد من القواعد التنظيمية في مجال تنظيم التكفل بالأمراض النفسية والعقلية، ومن بين ما جاء به كل من المشرع الفرنسي والجزائري، نجد مبدأ يجب إحترامه في مجال التكفل بالأمراض العقلية والنفسية والذي يتعلق بإحترام الخريطة الجغرافية الصحية الخاصة بذلك، ثم تطرق كلا من المشرعين إلى كيفية التكفل بهؤلاء المرضى وخاصة في الحالات الاستعجالية التي تثير الكثير من المشاكل في هذا المجال.

ولمعالجة كل ذلك، ارتأينا أن نقسم هذا المطلب إلى فرعين نتناول في فرعه الأول تكفل مصالح الاستعجالات الطبية بالأمراض العقلية والنفسية، وفي الفرع الثاني، نتطرق إلى صور المصالح الاستعجالية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية.

## الفرع الأول: تكفل مصالح الاستعجالات الطبية بالأمراض العقلية

### والنفسية.

ما نلاحظه فيها يخص تنظيم طب الأمراض العقلية والنفسية، نجد بأنه يعيش ديناميكية هامة وتطور مستمر بمقارنته بالطب العام، فطب الأمراض العقلية والنفسية يعرف منذ عدة سنوات سياسة مفادها تقسيم وتوزيع المؤسسات الصحية التي تعالج الأمراض النفسية إلى عدة مناطق جغرافية، وهذا لتسهيل على المستخدم الإستفادة منها<sup>1</sup>.

في بداية الأمر جاء المشرع الفرنسي بمنشور 15 مارس 1960 والمتضمن برنامج تنظيم الدوائر في مجال مكافحة الأمراض العقلية والنفسية، والذي قسم الدوائر إلى عدد من المناطق الجغرافية، وفي كل منطقة هناك فريق طبي مختص يضمن الرعاية الصحية فيها، حيث أن مهامهم تكمن في ضمان العلاج للمرضى، سواء أكانوا داخل المستشفى أو خارجه، كما عليها مراقبة وحراسة المرضى في إتباعهم للعلاج المقترح<sup>2</sup>.

ومن هذا بدأت المؤسسات الصحية المختصة في الأمراض العقلية والنفسية بتنظيم نفسها ماديا وبشرياً حتى تتمكن من معالجة أو على الأقل التحكم في كل الأمراض العقلية والنفسية بما

<sup>1</sup> - Lepoutre (R), Kervasdoué (J), La santé mentale des Français, éd. Odile Jacob, Paris, 2002, p. 412.

<sup>2</sup> - Circ. du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au J.O.R.F.

فيها الاستعجالات. فسياسة التقسيم الجغرافي في حقيقة الأمر مهيكلة على شكلين وهما، معالجة المريض داخل المؤسسات الصحية، ومعالجته خارج المؤسسات الصحية لإدماجه داخل نسيج إجتماعي دون إبعاد فكرة إدخاله الى المستشفى إذا إقتضى الأمر ذلك<sup>1</sup>.

وهذه السياسة تكرست فعليا بقانون 25 جويلية 1985<sup>2</sup>، ثم بقانون آخر في 31 ديسمبر 1985<sup>3</sup>، إلا أن هذه القوانين في حقيقة الأمر لم تحل مشكلة الإستعجالات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية إلى غاية صدور مرسوم 14 مارس 1986، والذي نص على ضرورة توفير مصالح لمكافحة الأمراض العقلية، وهذه المصالح أعطي لها إسم مراكز الإستقبال الدائمة "C.A.P" كما نص على ضرورة خلق مصالح مهمتها التكلف بالحالات الإستعجالية الخاصة بالأمراض العقلية<sup>4</sup>.

فكثيرا ما تكون مظاهر الاضطرابات النفسية حادة تتجسد في أعراض حقيقية للقلق يصعب مراقبتها والتحكم فيها، ما يدفع محيط المريض بنقله إلى المصلحة الاستعجالية العامة، ولمواجهة مثل هذه الحالات، ألزم المشرع الفرنسي كما سبق ذكره، بضرورة تواجد طبيب مختص في الأمراض العقلية والنفسية لضمان متابعة مثل هذه الحالات المستعجلة<sup>5</sup>.

أما المشرع الجزائري في هذه النقطة فلم ينص على الزامية توفر أخصائي في الأمراض العقلية والنفسية على مستوى كل قطاع صحي يقدم خدمات في الاستعجالات الطبية، ولكن من الناحية العملية لاحظنا من خلال الخريطة الجغرافية أنه يوجد على الأقل مؤسسة صحية متخصصة في الأمراض النفسية والعقلية<sup>6</sup>.

ولهذا ذهب العديد من المختصين في هذا المجال وخاصة القائمين على الإستعجالات الطبية الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية بتطوير المصالح الإستعجالية العامة للتكفل بهؤلاء

<sup>1</sup> - Lepoutre (R), Kervasdoue (J), op. cit., p. 414.

<sup>2</sup> - L. n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, J.O.R.F., n°0172 du 26 juillet 1985.

<sup>3</sup> - L. n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, J.O.R.F. du 1 janvier 1986.

<sup>4</sup> - D. n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, J.O.R.F. du 19 mars 1986.

<sup>5</sup> - Lepoutre (R), Kervasdoue (J), op. cit., p. 412.

<sup>6</sup> - C.E.S de Médecine d'Urgence, <http://www.santemaghreb.com>, Consulter le 02/02/2019.

المرضى في أحسن الظروف، على أن ينشؤوا مؤسسات صحية مختصة غير معروفة لدى المستخدمين، بل أصلا كما سبق ذكره، حتى ولو كانت معروفة لدى المستخدم، فإنه ومحيطه لا يريدون المعالجة فيها، ضف لذلك تكلفة إنشاء هذه المؤسسات الصحية المتخصصة بمقارنتها بتطوير مصلحة موجودة أصلا زيادة على ثقة المستخدم فيها، علاوة على ذلك، هناك العديد من المختصين من طالبوا بإعادة تنظيم المصالح الإستعجالية العامة بجعلها مصلحة إستعجالية مختلطة، حيث يكون التكفل بالمريض كاملا، وذلك حتى يعالج ويفحص المريض من طرف عدة مختصين ( الطب العام ، الطب المختص بالأمراض النفسية... )، وهذا يتطابق مع المبدأ العام القائل بضرورة تقديم رعاية صحية مناسبة<sup>1</sup>.

فحسب الخريطة الجغرافية للقطاع الصحي الفرنسي، نجد أن هناك حوالي 100 مركز إستشفائي مختص في الأمراض العقلية والنفسية، في حين أن هناك 181 مؤسسة صحية عمومية فيها مصلحة خاصة متخصصة في الأمراض العقلية والنفسية، إضافة لذلك هناك 22 مؤسسة إستشفائية خاصة تعالج هذه الأمراض، وهذا غير كافي لمواجهة هذا العدد المتزايد للمرضى، مع العلم أن المعيار المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية يتمثل في 3 أسرة لكل 1000 ساكن وحاليا في فرنسا هم بعيدين عن هذا الرقم، حيث أنه حاليا نجد أن كل مؤسسة صحية لـ 200 سرير، يجب أن تكون قادرة على التكفل 70,000 ساكن<sup>2</sup>.

وإلى يومنا هذا، نجد أن مصلحة إستقبال الإستعجالات أو الوحدة الجوارية لإستقبال الإستعجالات وتوجيهها ملزمة بالتعاون مع مختصين في الأمراض العقلية والنفسية، وأن هذا التعاون يكون بطبيعة الحال في إطار جغرافي يجب إحترامه.

وهذا التعاون يلزم أولا الطاقم الطبي بالتكفل بالمريض بدون تأخير، وبمجرد زوال حالة الخطر الجسدية على المريض، هنا تبدأ المرحلة الثانية من الإستعجالات المتمثلة في التكفل بالمريض نفسانيا من طرف طاقم طبي آخر مختص في الأمراض العقلية والنفسية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Eichardus (J-M), Principes de la sectorisation psychiatrique, Rev. Prat., n°42, 1992, p. 1437.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 118.

<sup>3</sup> - Eichardus (J-M), op. cit., p. 1438.

المشروع الجزائري كذلك اعتمد على الخريطة الجغرافية الصحية، حيث نظم بصفة عامة المصالح الصحية حسب حاجيات السكان الصحية في شكل خريطة صحية تحترم مقاييس ومعايير منها، أن تكون الهياكل الصحية في متناول الجميع<sup>1</sup>، ومن بين الهياكل الصحية الواجب توفيرها للسكان، نجد مصلحة طبية متخصصة في الأمراض العقلية والنفسية أو قطاع صحي متخصص في هذا المجال.

ففي هذا الاطار، نظم المشروع الجزائري الرعاية الصحية المتعلقة بالأمراض العقلية في هياكل صحية مهمتها هي التكفل بالمرضى المصابين بالأمراض العقلية، وذلك إما في مؤسسة استشفائية متخصصة في الأمراض العقلية، وإما في مصالح للأمراض العقلية في المستشفيات العامة، وإما من طرف وحدة صحية قاعدية، أما فيما يخص بالاستعجالات الطبية الخاصة بالأمراض العقلية، فنجد أن هذا الأمر يكون من اختصاص مصالح الاستعجالات للأمراض العقلية التابعة للمستشفيات العمومية<sup>2</sup>.

إضافة إلى ذلك أقر المشروع الجزائري في ظل القانون القديم، بأنه يمكن معالجة ومتابعة المرضى عقليا خارج المستشفيات، وذلك بإنشاء وحدات استشفائية أو مؤسسات خارج المستشفى

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 269 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه : " تهدف الخريطة الصحية إلى ما يأتي:

- التنبؤ بالتطورات الضرورية من أجل تكييف عروض العلاج،

- التلبية القصوى لاحتياجات الصحة،

- تحديد تنظيم منظومة العلاج،

- تحديد شروط ربط مؤسسات الصحة بالشبكة،

- ضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني وتحسينها "

<sup>2</sup> - نصت المادة 126 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه : " يتم التكفل بالمرضى المصابين

باضطرابات عقلية أو نفسية، لا سيما في أحد الهياكل الآتية :

- هياكل الصحة القاعدية بما في ذلك المراكز الوسيطة للصحة العقلية.

- مصالح طب الأمراض العقلية، ومصالح استعجالات طب الأمراض العقلية بالمؤسسات الاستشفائية.

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية.

- الهياكل التابعة للقطاعات الأخرى المعتمدة أو المرخص لها من طرف الوزير المكلف بالصحة.

يحدد تنظيم هذه الهياكل وسيرها عن طريق التنظيم "

والتي تتكفل بالأخص بالأطفال والمراهقين الأقل من 16 سنة<sup>1</sup>، وهو الأمر الذي لم نجده في ظل قانون الصحة الجديد، حيث اكتفى المشرع الجزائري في نص المادة 127 منه على الزام كل الهياكل المكلفة بعلاج الأمراض العقلية بالتكفل بالأطفال والمراهقين مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية هذه الفئة والمتعلقة بالسن.

فالتكفل الجيد بالمريض يبدأ بالتنظيم الجيد للمؤسسات الصحية المتخصصة في هذه الأمراض (الأمراض النفسية والعقلية)، وكذلك بالتعاون مع مصالح وإختصاصات أخرى.

ولكن رغم التقدم الذي شهدته فرنسا والجزائر في هذا المجال، إلا أن الملاحظ بأن الأشخاص الراغبين في التوجه الى المصلحة الاستعجالية الطبية الخاصة بالامراض العقلية، ليست لديهم ثقة كاملة في هذه المصالح، فالمرضى يتوجهون عامة الى المصالح الاستعجالية الأخرى للعلاج<sup>2</sup>.

## الفرع الثاني: صور المصالح الاستعجالية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية.

حاول المشرع الفرنسي أن يخفف الضغط على المصالح الإستعجالية العامة بإنشاء مصالح إستعجالية خاصة، منها مصلحة الإستعجالات المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية، ولكن نظرا لنقص في الإعلام ودراية المواطن الفرنسي بتواجد مثل هذه المصالح، بقي الضغط قائما على المصالح الإستعجالية العامة<sup>3</sup>.

والمصالح الإستعجالية التي أنشأها المشرع الفرنسي، تتشمل في صنفين من الهياكل الصحية ألا وهما، مراكز الإستقبال الدائمة ومراكز الأزمات.

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 104 من قانون الصحة الجزائري القديم على أنه " تنشأ وحدات استشفائية أو مؤسسة خارج المستشفيات تخصص للوقاية و اكتشاف الأمراض و المعالجة أو التكفل بالأطفال و المراهقين من الجنسين البالغين من العمر أقل من السادسة عشر سنة الذين تمثل اضطراباتهم أو اختلالاتهم العقلية المرض الوحيد أو المرض الرئيسي " .

<sup>2</sup> - Baldo (E), Horassius-jarrie (N), La psychiatrie attrape-tout dans les services d'urgences dees hopitaux généraux, Que sont les urgences psychiatrique devenue ?, L'info. Psy., Mai 2000, volume 77, n° 5, p. 523.

<sup>3</sup> - Baldo (E), Horassius-jarrie (N), op. cit., p. 525.

فأما عن مراكز الإستقبال الدائمة "C.A.P"، فقد عرفها المشرع الفرنسي على أنها مراكز طبية وإجتماعية مخول لها التكفل بالإستعجالات الخاصة بالأمراض النفسية، والتي تكون مفتوحة 24/24 وفي كل أيام السنة، وكذلك توجيه المرضى، وتقديم العلاج في محل إقامة المريض إن أُلزم ذلك<sup>1</sup>.

فمن خلال هذا التعريف نجد بأن هناك إرادة من المشرع الفرنسي في مكافحة ومواجهة الأمراض العقلية والنفسية من دون أن يكون هناك إمكانية إدخال المريض المستشفى لعدة أيام أو أشهر للعلاج ومتابعته<sup>2</sup>، ولكن هذا لا يمنع من أن تكون لمراكز الاستقبال الدائمة أسرة للتكفل بالمريض شريطة أن لا تتعدى مدة الإستشفاء 48 ساعة، ولهذا نجد أن هناك من يسمي هذه المراكز بـ "C.A.P.48"<sup>3</sup>.

وبإنشاء هذه المراكز، كان المشرع الفرنسي يريد بذلك تمكين المرضى الذين يعانون من الإضطرابات النفسية من الإستفادة من العلاج لتحرير المؤسسات الصحية المتخصصة في مجال الأمراض العقلية والنفسية للقيام بدورها الأساسي ألا وهو التكفل بالأمراض العقلية والنفسية الحادة.

وهذه المراكز ليست مستقلة، بل هي مرتبطة دائما بمؤسسة صحية متخصصة في الأمراض العقلية والنفسية، فدورها في حقيقة الأمر هو التخفيف عن مصلحة الإستعجالات للمؤسسة الصحية المرتبطة بها، هذا يعني أن المريض الذي يعاني من إضطرابات نفسية يمكنه أن يتجه مباشرة إلى مصلحة الإستعجالات المتخصصة على أن يتجه إلى مراكز الإستقبال الدائمة.

---

<sup>1</sup> - a. 1 de l'Arr. du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement : «... - des centres d'accueil permanent qui sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit-heures ».

<sup>2</sup> - Duprat (J-P), Personnes handicapées mentales, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 288.

<sup>3</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 126.

ولقد سعى المشرع الفرنسي إلى تحسين التعاون بين المؤسسة الصحية المتخصصة ومراكز الإستقبال الدائمة، حيث أكد على ضرورة تواجد تقارب جغرافي بينهما حتى يمكن نقل المريض الذي تتطلب حالته تدخل أشخاص آخرين مختصين بسرعة لضمان التكفل الأحسن<sup>1</sup>.

فمراكز الإستقبال الدائمة يبدوا إلى يومنا هذا، بأنها الوسيلة الأنجع لمواجهة الإستعجالات المتعلقة بالإضطرابات النفسية، ولكن إتضح بأنها غير معروفة لدى العموم، وأنها غير موزعة كما يجب، فبعض المناطق تنعدم فيها تماما هذه المراكز، ضف لذلك أنه ما يعاب على هذه المراكز هو عدم إمكانية الإستشفاء فيها للعلاج حتى ولو لمدة قصيرة<sup>2</sup>.

أما مراكز الأزمات "Centre de crise"، فتعد من بين الهياكل التي أنشئت لمواجهة الإستعجالات المتعلقة بالأمراض العقلية والنفسية، ولقد عرفها المشرع الفرنسي على أنها عبارة عن مراكز إستقبال دائمة تحتوي على بعض الأسرة، تسمح فيها بإستشفاء المريض للتكفل الأحسن ولكن لمدة قصيرة، وهذا لمعالجة حالات إستعجالية متعلقة بإضطرابات وأمراض نفسية حادة<sup>3</sup>.

ففي حقيقة الأمر، هذه المراكز هي مراكز إستقبال دائمة "C.A.P"، فالاختلاف الوحيد بينهما هو أن مركز الأزمات يتكفل بالإضطرابات والأزمات النفسية الحادة، وبالتالي يمكن لهم إبقاء المريض لديهم لمدة قصيرة والتي تتجاوز غالبا 48 ساعة، معنى هذا أن مراكز الأزمات لها إمكانيات مادية وبشرية لا تتوفر لدى مراكز الإستقبال الدائمة<sup>4</sup>.

غير أن مراكز الأزمات لا يتعدى عددها 50 مركزا عبر كل التراب الفرنسي رغم نجاعتها ضف إلى ذلك، سوء إنتشار هذه المراكز من الناحية الجغرافية، إضافة لذلك أن سياسة الدولة في فرنسا تتجه مع الأزمة الإقتصادية نحو التكفل بالحالات الإستعجالية الخاصة بالأمراض العقلية

<sup>1</sup> - Baldo (E), Horassius-jarrie (N), op. cit., p. 526.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.1, p. 127.

<sup>3</sup> - a. 2 de l'Arr. du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement : « ... - des centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ».

<sup>4</sup> - Baillon (G), Evolution des centres de crise, Que sont les urgences psychiatrique devenue ?, L'info. Psy., Mai 2000, volume 77, n° 5, p. 550.

والنفسية من طرف مصالح الإستعجالات التابعة للمستشفيات العامة ما دام أن هذه المستشفيات ملزمة بتوفير على الأقل طبيب مختص في الأمراض العقلية والنفسية<sup>1</sup>.

أما المشرع الجزائري في هذه النقطة، فقد نص في المادة 126 من قانون الصحة الجديد السالفة الذكر على مصلحة واحة للاستعجالات الطبية الخاصة بالأمراض العقلية والتي تكون تابعة للمستشفيات العامة، هذا من جهة، ومن أخرى ما نلاحظه من خلال نصوص قانون الصحة الخاصة بالصحة العقلية، نجد أن المشرع الجزائري في كل مرة يتكلم عن " الأمراض العقلية " وأهم الأمراض النفسية، حيث أن الأمراض النفسية لم تحضى بنفس الأهمية التي أعطتها للأمراض العقلية، وهو نفس الخطأ الذي وقع فيه سواء في قانون الصحة القديم أو الجديد مع العلم أن هناك فرق كبير بينهما، وأنه علميا التكفل بالأمراض العقلية يختلف عن التكفل بالأمراض النفسية.

وفي غياب نصوص قانونية تنظيمية خاصة بالتكفل بالأمراض النفسية في الحالات الاستعجالية، فإنه عمليا يمكن لهؤلاء المرضى إما التوجه لمصلحة الاستعجالات الطبية الخاصة بالأمراض العقلية، أو الاتجاه لمصلحة الاستعجالات الطبية العامة، ولكن في غياب الثقة في المصالح الاستعجالية للأمراض العقلية وخوفا من نظرات الناس لهؤلاء المرضى، فإنه غالبا ما يتوجهون للمصالح الاستعجالية العامة، مع العلم أن الأقرب للصواب هو التوجه لمصلحة الاستعجالات للأمراض العقلية أين يتواجد أخصائون للأمراض النفسية.

---

<sup>1</sup> - Baldo (E), Horassius-jarrie (N), op. cit., p. 530.

## الفصل الثاني

### مدى تأثير الحالة الاستعجالية على حقوق المريض والتزامات

#### الطاقم الطبي

من بين الحقوق التي تقوم عليها العلاقة بين المريض والطبيب، نجد احترام حرية المريض في اختياره للطبيب المعالج، حق الطبيب في تحرير الوصفة الطبية، واحترام السر المهني، وحق المريض في ابداء رأيه في قبول أو رفض العلاج، وغيرها من الحقوق الأخرى التي يحميها القانون. ولكن هذه الحقوق قد تمس وتخترق إذا كان المريض يمثل حالة استعجالية وجب التكفل بها سريعا خاصة ما يتعلق بحق المريض في ابداء رأيه في قبول أو رفض العلاج.

فالحالة الاستعجالية تجعل العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة من نوع آخر، حيث أن هذه العلاقة تصبح مبنية أساسا على مبدأ احترام الحياة واردة الطبيب في انقاذ الأرواح، ولهذا لا يمكننا القول بأن الطبيب ملزم باحترام القواعد القانونية التي تحمي حقوق المريض في غياب الحالة الاستعجالية، لأنها تبطئ عملية التكفل بالمريض، إذ أنها تمثل عائق قانوني، خاصة وأن المشكلة الأساسية في الحالات الاستعجالية تتمثل في عامل الوقت، بحيث أنه في حالة تواجد مريض في حالة استعجالية فإنه يجب التدخل بسرعة لإسعافه.

ولتحقيق ذلك يجب التنازل عن بعض الحقوق الخاصة بالمريض، ولهذا عمدت الكثير من التشريعات، ومن بينها المشرع الفرنسي والجزائري بإعطاء حرية أكثر للطبيب من جهة، والتقليص من حقوق المريض من جهة أخرى، ولكن ليس بصفة مطلقة، بمعنى آخر، أنه ليس في كل حالة استعجالية يتم التقليص من حقوق المريض، لأنه في حالات كثيرة يكون قادرا على ممارسة حقوقه.

من خلال ما ذكرناه، نجد أن قيام الحالة الاستعجالية تثير عدة اشكالات خاصة بالعلاقة بين الطبيب والمريض، وكذلك حول حقوق المريض من جهة والتزامات الطبيب من جهة أخرى.

ولمعالجة هذه الاشكالات القانونية، قسمنا هذا الفصل الى مبحثين، نتناول في الأول حقوق المريض في الحالة الإستعجالية، وفي المبحث الثاني، نتناول إلتزامات الطاقم الطبي في الحالات الإستعجالية.

## المبحث الأول

### حقوق المريض في الحالة الاستعجالية

في أي وقت يكون فيه الشخص في خطر شديد، يحق له تلقي العلاج الطبي دون قيد أو شرط، ويجب على الطبيب الذي يتوجه إليه، أو الذي تم تحويله إليه معاينة المريض ومعالجته بأفضل ما يستطيع، وفي حال تعذر على الطبيب القيام بذلك، يجب أن يحيل المريض إلى مرفق يمكنه أن يوفر الرعاية الطبية المطلوبة.

وفي العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض بصفة عامة، نجد أن هناك حقوق تنشأ للمرضى، والتي تتمثل أساسا في الحق في احترام كرامته وحياته الخاصة، وحقه في اختيار للطبيب المعالج، وحقه في التعبير عن ارادته بكل حرية في قبوله أو رفضه للعلاج المقترح من جهة، ومن جهة أخرى، تنشأ إلتزامات تقع على عاتق الطبيب يجب احترامها، كضرورة تقديم علاج مناسب والالتزام باحترام ارادة ورضا المريض.

ولكن هذه الحقوق تتأثر كثيرا بالمتغيرات الصحية للمريض، كقيام الحالة الاستعجالية التي تمنعه وتزعزع حقوقه، خاصة حقه في احترام كرامته وحياته الخاصة، وحقه في قبول أو رفض العلاج المقترح.

فإذا كان المريض في خطر شديد وهو يرفض تلقي العلاج الطبي، فالطبيب في هذه الحالة يجد نفسه بين التزامه بتقديم علاج مناسب للمريض لإبعاد الخطر عنه، وبين حق المريض في التعبير عن ارادته في رفضه للعلاج، فهل ينبغي على الطبيب إعطاء العلاج المطلوب حتى لو كان ذلك معارضا لإرادة المريض، وبالتالي تحقيق ما هو أسمى، والمتمثل في إنقاذ روح مريض من الهلاك، أم عليه احترام ارادة المريض حتى ولو كلف ذلك حياته؟.

وللإجابة عن مثل هذه الاشكالات والصراعات بين حقوق المريض والتزامات الطبيب التي قد تصعب من مهمته في اتخاذ القرار بتقديم العلاج مثلا من عدمه، خاصة وأن عامل الزمن مهم جدا في الحالات الاستعجالية، قسمنا هذا المبحث الى مطلبين، نتناول في المطلب الأول، الحق في إحترام السر المهني والحياة الخاصة، أما المطلب الثاني، فسنتناول فيه ما مدى تأثير الحالة الاستعجالية على استقلالية حرية المريض.

## **المطلب الأول: الحق في إحترام السر المهني والحياة الخاصة.**

يعد الحق في احترام السر المهني والحياة الخاصة للمريض، من بين الحقوق التي نجدها في الكثير من المواد القانونية بمقارنتها بالحقوق الأخرى، كما أن الحق يمثل شهادة عن الثقة القائمة بين المريض والطبيب.

واحترام السر المهني في حقيقة الأمر يفرضه حق احترام الحياة الخاصة للفرد وكرامته وهذا ما يفرض على الطبيب كذلك عدم التدخل في شؤون أسرة المريض في الحالات العادية، أما إذا كان المريض في حالة استعجالية فهنا الأمر يختلف، ولكن لأي حد؟.

وعليه، سنحاول معالجة مدى تأثير الحالة الاستعجالية في التقليل من حقوق المريض المتعلقة أساسا باحترام حياته الخاصة بالمحافظة على السر المهني وحماية كرامته، أو أنه لا يوجد أي تأثير للحالة الاستعجالية على هذه الحقوق، وهذا ما سوف نراه من خلال فرعين، نتناول في الأول، إلترام الطاقم الطبي بإحترام الحياة الخاصة للمريض والمحافظة على السر المهني، أما الفرع الثاني، فسوف نعالج فيه حدود الالتزام باحترام الحياة الخاصة للمريض والمحافظة على السر المهني.

## **الفرع الأول: إلترام الطاقم الطبي بإحترام الحياة الخاصة للمريض**

### **والمحافظة على السر المهني.**

إن الحالة الإستعجالية للمريض تحد من حريته وحقوقه، إلا أنه لا يمس بشكل كبير إلترام الطاقم الطبي بالمحافظة على السر المهني لعدة أسباب، نذكر منها على سبيل المثال أن السر

المهني جاء للحفاظ على الحياة الخاصة للمريض هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن لهذا الأخير الحرية الكاملة في أن يقبل أو لا يقبل بأن يعلم الغير عن حالته الصحية.

فالسّر المهني جاء ليقدم مبدأ حق المريض في إحترام حياته الخاصة، فهو إلترام مطلق يتعدى الطبيب ويتعدى العلاقة التعاقدية بين المريض والطبيب، فالمريض في غالب الأحيان تكون علاقته بالطبيب علاقة من نوع خاص تتعدى علاقة المريض بالطبيب، حيث أن المريض يضع ثقته في الطبيب في إيجاد علاج مناسب وفي حفاظه على أسرار المريض سواءا أكانت متعلقة بمرضه أو بحياته الخاصة<sup>1</sup>.

فالقانون الفرنسي في المادة R.4127-4 والمادة L.1110-4 من قانون الصحة، نص على ضرورة إحترام الطبيب لإحتفاظه بالسّر المهني<sup>2</sup>، ونفس الحكم ذهب إليه المشرع الجزائري في المادة 36 من مدونة أخلاقيات الطب حينما نص على أنه: "يشترط في كل طبيب أو جراح أسنان أن يحتفظ بالسّر المهني المفروض لصالح المريض والمجموعة إلا إذا نص القانون على خلاف ذلك"، وكذلك المادة 169 من قانون الصحة الجزائري الجديد: "يمارس مهني الصحة مهنته بصفة شخصية، ويجب أن يلتزم بالسّر الطبي و/أو المهني".

والسّر المهني في حقيقة الأمر هو أداة لمواجهة كل ما يمس بالحياة الخاصة للمريض حيث من خلاله يمنع على كل الطاقم الطبي الإفشاء بكل ما يعرفه عن المريض، وإلا عوقب كل من خالف ذلك طبقا لقانون العقوبات، حيث نصت المادة 13-226 من قانون العقوبات الفرنسي على أن كل شخص بحكم مهنته أدلى بمعلومة ذات طابع سري، يعاقب بالحبس وبغرامة مالية<sup>3</sup> ونفس الحكم نص عنه المشرع الجزائري في المادة 301 المعدلة من قانون العقوبات بنصه على أنه: "يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة مالية من 500 الى 5000 دج الأطباء

<sup>1</sup> - Sicard (D), Quelles limites au secret médical partagé?, recueil Dalloz, 2009, p. 2634.

<sup>2</sup> - a. R4127-4 C. santé publ. : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ».

- a. L1110-4 C. santé publ. : « I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant ».

<sup>3</sup> - a. 226-13 du C. pén. : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

والجراحون والصيادلة والقابلات وجميع الأشخاص المؤتمنين بحكم الواقع أو المهنة أو الوظيفة الدائمة أو المؤقتة على أسرار أدلى بها إليهم وأفشوها في غير الحالات التي يوجب عليهم فيها القانون إفشاءها ويصرح لهم بذلك<sup>1</sup>.

وبالرجوع لنص المادة R.4127-4 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup> والمادة 37 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري<sup>3</sup>، نجد أن هناك تشابه كبير لهاذين المادتين، حيث أن كلاهما ينصان على ما يمكن أن يشمل السر المهني، وذلك بتأكيدهما على أن السر المهني يشمل على كل المعلومات سواء أكانت ذات طابع طبي أم لا، إذ لا أهمية في ذلك مادام أن هذه المعلومة تمثل خاصية ألا وهي واجب كتمانها على الغير.

والتعدي على السر المهني لا يكون فقط خاص بكل ما يمكن الإدلاء أو الإفشاء به، بل يشمل كذلك كل ما يمكن حجبها عن الغير، مثلاً الملف الطبي للمريض الذي يشمل معلومات متعلقة بالمريض والذي لم يحفظ في مكان بعيد عن مرمى وفضول الغير، وهذا ما جاءت به وأكدته المادة 39 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري في نصها على أنه: "يجب أن يحرص الطبيب أو جراح الأسنان على حماية البطاقات السريرية ووثائق المرضى الموجودة بحوزته من أي فضول" وكذلك المادة 40 من نفس المدونة التي ألزمت الطبيب بعدم نشر هوية المريض أثناء اعداده للنشرات العلمية بنصها صراحة على أنه: "يجب أن يحرص الطبيب أو جراح الأسنان، عندما يستعمل الملفات الطبية لاعداد نشرات علمية، على عدم كشف هوية المريض"، وهو نفس الحكم الذي جاء في نص المادة R.4127-73 من قانون الصحة الفرنسي<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فيفري سنة 1982، يعدل ويتم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966 متضمن قانون العقوبات، ج.ر. عدد 7 بتاريخ 16 فبراير 1982.

<sup>2</sup> - a. R.4127-4 C. santé publ. : « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

<sup>3</sup> - نصت المادة 37 من م.ت. رقم 92-276 المؤرخ في 6 جويلية سنة 1992، و المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، ج.ر. عدد 52 بتاريخ 8 جويلية 1992، على أنه : " يشمل السر المهني كل ما يراه الطبيب أو جراح الأسنان ويسمعه ويفهمه أو كل ما يؤتمن عليه خلال ادائه لمهنته ".

<sup>4</sup> - a. R.4127-73 C. santé publ. : « Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

وكما جاء السر المهني لحماية مصلحة الفرد المريض، فإنه كذلك جاء لحماية المصلحة العامة وفي هذا المجال، نجد أن السر المهني يحمي الأفراد بنفس الشكل سواء أكان الفرد موظفا عاملا بسيطا شخصية معروفة أو حتى شخصية سياسية معروفة، فلكل فرد الحق في المحافظة على السر اتجاهاه فمثلاً نأخذ مثال شخصية سياسية مثلا معروفة يرفض بأن تكون حالته الصحية معروفة لدى الغير حتى ولو كان ذلك بإسم حرية التعبير وحق الصحافة لإطلاع الجمهور، فإحترام الحياة الخاصة تمثل إذا حداً لحرية التعبير<sup>1</sup>.

ضف لذلك أنه بغض النظر عن حماية الحياة الخاصة لهذه الشخصية السياسة بالمحافظة على السر، نجد بأن السر المهني جاء كذلك لحماية الصالح العام للأمة، فالمحافظة على السر المهني هنا له هدفين، أولها حماية الحياة الخاصة للفرد وثانيها حماية المصلحة العامة للأمة، وهذا ما كان المراد منه في المادة 36 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري حين نص عن الجماعة<sup>2</sup> وكل مخالفة لذلك كما قلنا سابقا، فإنها تبرر عقوبات جنائية، إضافة إليها حكم بدفع تعويض عن الأضرار وكذلك إجراءات تأديبية، مثال ذلك ما قضت به محكمة الاستئناف لمدينة باريس في 13 مارس 1996 بحضر نشر كتاب للطبيب الشخصي للرئيس السابق فرانسوا ميثيران الدكتور جوبلير، بعد دعوى قضائية رفعت من طرف عائلة الرئيس الراحل بحجة أنه أفشى بأسرار متعلقة بمرض الرئيس، بأنه كان مصاب بمرض سرطان البروستات منذ 1982<sup>3</sup>.

فهذه الأحكام كلها تنطبق على الطبيب أثناء تدخله لدى مريض في حالة إستعجالية فالحالة الإستعجالية ليس لها إستثناءات في كل ما يتعلق بالمحافظة على كرامة وحياة الفرد الخاصة<sup>4</sup>.

وللتكفل الجيد بالمريض في المستشفيات أو العيادات الخاصة، نجد أنه من الضروري تدخل العديد من الأشخاص ذات التخصصات المختلفة سواء أكانت طبية أو إدارية، لأنه ونظرا

---

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu ».

<sup>1</sup> - Agostini (E), Le grand secret, recueil Dalloz, chron., 7ème cahier, 1996, p. 58.

- Mouralis (J-L), Secret médical, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 311.

<sup>2</sup> - نصت المادة 36 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه " يشترط في كل طبيب أو جراح أسنان أن

يحتفظ بالسر المهني المفروض لصالح المريض و المجموعة الا اذا نص القانون على خلاف ذلك " .

<sup>3</sup> - Massis (T), La révélation de la maladie et les droits des héritiers, Recueil Dalloz, 1998, p. 85.

<sup>4</sup> - Grossi (I), Responsabilité pénale de droit commun, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 540.

لحتمية وضرورة العلاج، وكذا التسيير الإداري للمستشفى أو العيادة وتكوين الملف الطبي للمريض نجد أن بعض المعلومات المتعلقة بالمريض لزم إشراك الغير في معرفتها، ما دام أن هذا الغير يدخل ضمن إطار متطلبات العلاج<sup>1</sup>.

فالمادة L.1110-4 من قانون الصحة الفرنسي نصت على أنه يمكن للطاغم الطبي أن يتبادل المعلومات المتعلقة بالمريض محل التكفل بالعلاج متى كان ذلك ضروريا، وهذا لضمان إستمرارية العلاج أو إيجاد العلاج المناسب<sup>2</sup>.

المشعر الجزائري في هذه النقطة، لم ينص صراحة على أحقية الطبيب في تبادل المعلومات الخاصة بالمريض مع بقية الطاقم الطبي، ولكن بالرجوع لنص المادة 38 من مدونة أخلاقيات الطب، نجد أنه ضمنا يمكن للطبيب تبادل المعلومات مع أعوانه، لأن هذه المادة نصت على ضرورة حرص الطبيب في احترام السر المهني من طرف أعوانه، معنى هذا أن الطبيب قد تبادل معلومات طبية مع أعوانه مسبقا.

قلنا بأن الأطباء فيما بينهم يستطيعون تبادل المعلومات المتعلقة بالمريض في حدود اختصاصه وفي حدود متطلبات العلاج، ولكن هناك عائق آخر يقف أمام حرية تبادل المعلومات الخاصة بالمريض بين الأطباء، ألا وهو حق المريض برفضه للتبادل المعلومات الخاصة به وبمرضه بين الأطباء وأعوانهم فالمادة R.4127-45 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>، تعطي الحق للمريض ذلك، كأن يمنع الطبيب الذي قدم له علاج من تبادل معلومات خاصة بمرضه مع طبيبه الشخصي المعالج مثلا أو طبيب آخر، ونفس الحكم ذهب إليه المشعر الجزائري في المادة 68 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات الطب " وإذا اتصل به مريض في عيادته بدون علم طبيبه المعالج، يجب

<sup>1</sup> - **Hervagault (C)**, Secret professionnel du personnel administratif hospitalier, R.L.C.H., n° 164, Janvier 2001., p. 27.

- **Hervagault (C)**, Responsabilité personnelle des médecins hospitaliers, R.L.C.H., n°164, Janvier 2001., p. 31.

<sup>2</sup> - a. L.1110-4 C. santé publ. : «II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ».

<sup>3</sup> - a. R.4127-45 du C. santé publ. : « II. A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant ».

عليه بعد موافقة المريض، أن يحاول الاتصال بزميله المعالج قصد تبادل المعلومات وإطلاع كل واحد منهما على ملاحظات الآخر وعلى النتائج المتوصل إليها".

في الحالة الإستعجالية للمريض نجد أن هذا الأخير له الحق في عدم قبوله أن يتقاسم الطبيب مع بقية الطاقم المعلومات الطبية المتعلقة به بشرط أن لا يؤدي هذا بحياته إلى الخطر أو الموت، لأنه كما قلنا سابقا أن تداول المعلومات الخاصة بالمريض يجب أن يكون لصالحه<sup>1</sup>.

خلاصة القول، أن السر المهني هو حق للمريض يحميه من كل فضول من طرف الغير في العلاقة القائمة بينه وبين الطبيب، وبالتالي حماية وصيانة كرامته وحياته الخاصة، ومنذ تبني قانون 4 مارس 2002 المتعلق بقانون الصحة الفرنسي، أصبح حتى للقاصر الحق في أن يمنع أقرباءه من الإطلاع على المعلومات المتعلقة بحالته الصحية، وهذا ما أكدته المادتين 5-L.1111<sup>2</sup> والمادة R.1112-45 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>.

أما المشرع الجزائري بالنسبة للقاصر فإنه قد ذهب عكس ذلك، إذ أنه وطبقا لنص المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب، أعطى الحق الكامل للولي أو الممثل الشرعي في الحصول على المعلومات الخاصة بالحالة الصحية للقاصر<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - Desideri (P), Relation entre médecins et établissements, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 258.

<sup>2</sup> - a. L.1111-5 C. santé publ. : « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

<sup>3</sup> - a. R.1112-45 C. santé publ. : « A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ».

<sup>4</sup> - نصت المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي و يحصل على موافقتهم " .

ويترتب عن حق المريض في إحترام المحافظة على السر المهني المتعلق به نتيجة جد هامة ألا وهي، أن السر المهني حق خالص للمريض لا يمكن لأي شخص أن يعترض عليه هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن الطبيب ملزم بإبلاغ المريض لوحدته بكل ما يتعلق بحالته الصحية والعلاج الواجب إتباعه، معنى ذلك أن السر المهني لا يتعلق ولا يدخل في العلاقة بين المريض والطبيب، فلا يمكن للطبيب بأن يتحجج إتجاه المريض بحجة السر المهني، فالسر المهني يتحجج به إتجاه الغير فقط<sup>1</sup>.

وبالرجوع لنص المادة R.4127-35 من قانون الصحة الفرنسي، نجد أن هذه المادة لا تحد ولا تمس بحق المريض في إحترام السر المهني لصالحه، وإنما تحد من حقه في الإطلاع على حقيقة مرضه، وهنا انتقدت هذه المادة على أساس أنها تحرم المريض في حق من حقوقه والتي تمسه مباشرة وخاصة به وحده، فالطبيب من خلال المادة R.4127-35 له الحق في عدم الفوه لمريضه بمعلومات تتعلق بتشخيص خطير أو مميت<sup>2</sup>، فهذه النقطة لا تخالف فكرة حق المريض في إحترام السر المهني بينه وبين الطبيب، فالسر المهني مثلاً لا يمنع المريض من الإطلاع على ملفه الطبي<sup>3</sup>.

ونفس الحكم ذهب إليه المشرع الجزائري في نص المادة 51 من مدونة أخلاقيات الطب إذ نص على أنه: "يمكن اخفاء تشخيص مرض خطير عن المريض لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب أو جراح الأسنان بكل صدق وإخلاص، غير أن الأسرة يجب اخبارها الا اذا كان المريض قد منع مسبقاً عملية الافشاء هذه، أو عين الأطراف التي يجب ابلاغها بالأمر"، ولكن الملاحظ

<sup>1</sup> - Almeras (j-p) Pequignot (H), La déontologie médicale, 1ère éd., éd. Litec, 1996, p. 19.

<sup>2</sup> - a. R4127-35 du C. santé publ. : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

<sup>3</sup> - a. L1111-7 du C. santé publ. : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

على هذه المادة بمقارنتها بما جاء به المشرع الفرنسي في نفس المجال، هو أن المشرع الجزائري تجاهل تماما ارادة المريض في ابداء رغبته في اخفاء عنه أي تشخيص خطير يخص حالته الصحية، بل أخضع ذلك لتقدير الطبيب، بمعنى آخر، يمكن للطبيب بأن يتمتع عن اخفاء أو أن يخفي تشخيص لمرض خطير عن المريض لأسباب ترجع لتقديره وحده.

والملاحظ كذلك على هذه المادة أن الطبيب يمكنه إخبار وإعلام أسرة المريض بمرضه، شريطة أن لا يكون قد سبق ذلك منع مسبق بإعلام الغير من طرف المريض، أو أنه قد عين أطراف يمكنهم الإطلاع على مرضه، فإذا لم يمنع المريض الطبيب من ذلك، فإنه يمكن لهذا الأخير بإبلاغ المعنيين بالأمر أو أسرته بمعلومات محدودة ومعينة<sup>1</sup>.

خلاصة القول، أنه نظرا لأهمية النتائج الوخيمة التي قد تترتب عن الإفشاء بالسر المهني لبعض المعلومات المتعلقة بالمريض، فإنه على الطبيب وطاقمه حتى في الحالات الإستعجالية الإلتزام بإحترام والمحافظة على السر المهني، ما عدا فيما يسمح به القانون أو لمتطلبات القضاء في حدود معينه.

## الفرع الثاني: حدود الإلتزام باحترام الحياة الخاصة للمريض والمحافظة على السر المهني.

إذا كان إحترام السر المهني دائما في صالح المريض، فإن هناك بعض المشاكل قد تواجه الطبيب وطاقمه، حيث أن إحترام السر المهني بصفة مطلقة ومجردة تضعهم في حالات معاكسة ومناقضة تماما لمبدأ حماية صحة المريض، مثلا حالة شخص ضعيف ضحية إساءة أو حرمان بحيث يكون إحترام السر المهني في هذه الحالة، بمثابة صمت مذنب، أي شريك في الجريمة<sup>2</sup>.

فعندما تكون هناك جريمة واقعة بين مبدأين ذات مصلحتين متناقضتين، ألا وهما مصلحة البحث عن الحقيقة وإنقراض الضحية، ومصلحة المريض في إحترام السر المهني، فهنا الحل

<sup>1</sup> - Pansier (F-J), Charbonneau (C), Commentaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (1ère partie), L.P.A., n°52, mars 2002, p. 6.

<sup>2</sup> - Mouralis (J-L), Secret médical, op. cit., étude n° 311.

لتضارب المصالح يكون وفق لما يحقق النظام العام، فلا يمكن معاقبة الطبيب بحجة عدم إحترامه للسر المهني، وهذا لتحقيق وتأمين حماية أكثر للمريض نفسه خاصة، وللمجتمع عامة وإلا وقع تحت طائلة العقوبات<sup>1</sup>، فالمادة 1-434 من قانون العقوبات الفرنسي تنص على معاقبة كل من كان في علمه بأن هناك جريمة تقع في حق شخص يمكن التبليغ أو الحد من آثارها ولم يفعل<sup>2</sup>.

وفي نفس الوقت جاء نص المادة 13-226 من قانون العقوبات الفرنسي ليعاقب كل من يفشي سر بحكم مهنته أو وظيفته حتى ولو كانت هذه الوظيفة لوقت أو لمهلة محددة<sup>3</sup>، غير أن لهذه المادة استثناءات جاءت بها المادة 14-226 من نفس القانون، حيث استثنت من الإلتزام بإحترام السر المهني كل شخص له علم بما يقع للضحية، كما استثنت هذه المادة الأطباء ومهني الصحة والعاملين في اطار العمل الاجتماعي<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - **Dufour (A)**, La part du secret médical dans la recherche de la vérité en droit pénal, Dr. déont. & soins, volume 2, n° 4, 2002, p. 472.

<sup>2</sup> - a. 434-1 du C. pén. : « Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende .

Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs :

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et soeurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ».

<sup>3</sup> - a. 226-13 du C. pén. : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

<sup>4</sup> - a. 226-14 du C. pén. : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le

هذه النصوص في حقيقة الأمر موجّهة مباشرة لمهني الصحة الذين يواجهون تقريبا يوميا حالات مخيفة ومؤلمة أثناء أداءهم لمهامهم وخاصة العاملين في مجال الإستجالات الطبية، وهذا ما أظهرته كذلك المادة R.4127-44 من قانون الصحة الفرنسي<sup>1</sup> بنصها على ضرورة اتخاذ الاجراءات والتدابير اللازمة من طرف الطبيب اذا وجد أو لاحظ بأن هناك شخص ضحية معاملة قاسية أو حرمان، سواءا تعلق الأمر بقاصر أو بالغ عاجز لكبر سنه مثلا، وذلك بتبليغ الجهات القضائية والإدارية المتخصصة<sup>2</sup>.

المشعر الجزائري في المادة 53 من مدونة أخلاقيات الطب والتي تنص على أنه: " يجب أن يكون الطبيب أو جراح الأسنان حامي الطفل المريض عندما يرى مصلحة هذا الأخير الصحية لا تحضي بالتفهم اللائق أو بإعتبار المحيط لها" وكذا المادة 54 من نفس المدونة التي نصت على أنه: " يجب على الطبيب أو جراح الأسنان المدعو للاعتناء بقاصر، أو بشخص معوق، اذا لاحظ أنهما ضحية معاملة قاسية أو غير إنسانية أو حرمان، أن يبلغ بذلك السلطات المختصة"، فمن خلال هاتين المادتين، نلاحظ أن الطبيب يعد حامي للطفل المريض، وأنه ملزم بالتبليغ عن كل معاملة قاسية أو غير إنسانية أو حرمان ارتكبت في حق قاصر أو شخص معاق للجهات المختصة سواء أكانت قضائية أو إدارية، ولكن ما يعاب على هاتين المادتين، أنهما تكلمتا فقط عن حالة الطفل المريض، والقاصر والشخص المعاق، في حين أهمل أشخاص آخرين ضعفاء قد يطالهم الظلم والحرمان وسوء المعاملة كالمرأة الحامل، الشخص المسن، المجنون وغيرهم.

---

préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

<sup>1</sup> - a. R.4127-44 du C. santé publ. : « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ».

<sup>2</sup> - **Roy (P)**, Maltraitance: moins de signalements, plus d'enfants à risque, R.Q.M., revue le quotidien du médecin, n° 6762, septembre 2000, p. 32.

- **Baron (D), Bresson (C)**, Urgence intra-hospitalière, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 349.

من خلال ما تم ذكره، سواء أعلق بالقانون الفرنسي أو الجزائري، نجد أن الطبيب وحتى طاقمه الطبي ملزم بشيئين إثنين إذا رأى أو شك بأن هناك حالة إساءة أو حرمان لمريض.

فأول التزام يتمثل في التبليغ عن ما رآه من إساءة وحرمان الذي مس المريض الضعيف والذي لا حماية له، وهذا فصلنا فيه بما له من علاقة مع حق المريض في الحفاظ على السر المهني وحياته الخاصة.

أما الالتزام الثاني فيتمثل في الإلتزام بالحيطه والحذر في الكشف عن السر المهني، ولكن بداية يجب عدم نسيان أن التبليغ عن حالات الإساءة والحرمان المرتكبة إتجاه المرضى الضعفاء تمثل إتهاما خطيرا إتجاه المشتبه فيه، ضف لذلك أن هذا التبليغ يكون في حد ذاته مؤلم للضحية، خاصة إذا كان المشتبه فيه فرد من أفراد العائلة، وهو الغالب في كل الأحوال، ولهذا وجب على الطبيب الإلتزام بالحيطه والحذر عن كشفه لسر الضحية أمام الجهات المعنية سواء أكانت قضائية أو إدارية<sup>1</sup>.

وفي إطار هذه المهمة الصعبة، فإنه من المناسب والأرجح تقادي خطرين قد يقع فيهما الطبيب أثناء تحليله للحالة التي أمامه، فإما أن يعتبرها حالة سطحية لا أهمية لها، وإما أن يعتبرها حالة خطيرة جدا.

فلكي يتقادي الطبيب الوقوع في أحد من هذه الحالتين وجب عليه، أن يبحث إذا كان للضحية إمكانية الدفاع عن نفسه، لأن قانون العقوبات سواء أكان الفرنسي أو الجزائري كلاهما يحميان الشخص الضعيف (المريض، الشيخ، المعاق...)، فالطبيب هنا عليه أن لا يتعجل في التبليغ، لأنه في حالة ما إذا كان الضحية في حد ذاته بإمكانه الدفاع عن نفسه، فإنه من الممكن جدا ومن حقه أن يتابع الطبيب بعدم إحترامه للسر المهني، ولكن لحسن حظ الطبيب، أن مفهوم الشخص الضعيف (Vulnérable Personne) هو مفهوم واسع، فمثلا قد يكون الشخص من الناحية الجسدية قويا ولكن نفسيا ضعيف جدا<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - **Alberne-pantz (M)**, L'enfant maltraité et la justice, R.M.D., n° 7, Juillet-Aout 1994, pp. 95,96.

- **Baron (D), Bresson (C)**, op. cit., étude n° 349.

- **Mouralis (J-L)**, Secret médical, op. cit., étude n° 311.

<sup>2</sup> - **Mousson (S)**, Administration de la preuve et exigence du secret professionnel, R.M.D., n°27, 1997, p. 5.

كما يجب على الطبيب كذلك أن يبتعد عن الإفراط في التبليغ والإبتعاد عن الشك، فالتبليغ المهني على إفتراضات قابلة للفحص، يمكن أن تنشئ عنها عواقب وخيمة (مثل مشاكل عائلية...) لأنه يجب أن لا ننسى أن هناك خطر من أن يقع الطبيب في حالة أين يقوم الضحية بإعطاء معلومات كاذبة أو مبالغ فيها، كأن تتهم الزوجة زوجها بالإعتداء عليها للحصول فقط على الطلاق والتعويض،<sup>1</sup> بل في بعض الحالات نجد أن بعض القصر يتهمون شخص معين دون إغارة إهتمام للعواقب التي قد تنتج عن ذلك، أو أنه أمر بالكذب من طرف أحد أفراد العائلة، كأن تطلب الزوجة من ابنها القاصر أو ابنتها القاصرة من أن تتهم أباهما بالإعتداء عليها وهذا فقط للإنتقام منه لا غير.<sup>2</sup>

ولكن في الجهة المقابلة هناك العديد من الأشخاص المعاقين أو المسنين أو حتى الأطفال بعد فحص طبي، عادوا إلى الرعب المعاش يوميا دون أن يكون للطبيب أو طاقمه أدنى شك فيما يعيشه هذا الشخص.

كما يجب على الطبيب كذلك في حالة شك منه، أن يقوم بإجراء إختبارات شاملة ومعقدة كي تمكنه من إكتساب نظرة واضحة عن الضحية، لأن هناك أعراض واضحة بغض النظر عن خطورتها، فإنها رغم ذلك تعد صفارة إنذار، وهناك أعراض غير واضحة تتطلب إجراء إختبارات طبية معقدة، والتي قد تعطي للطبيب دلالة على ما أصاب الضحية من إساءة وحرمان أو العكس.

ولكن المشكل الكبير هو عندما لا تكون هناك أعراض جسدية ظاهرة، لأن هناك أشخاص يعيشون الجحيم ولكن رغم ذلك يرفضون التكلم عن ذلك، بل يحاولون حتى إيجاد أذكار وتفسيرات تقلل من خطورة ما يعيشونه يوميا، ولحسن الحظ أن هناك أعراض نفسية يمكن من خلالها للطبيب أن يضع تشخيص، مثل حالات الإساءة والحرمان.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> - يعرف هذا عند الأطباء بمرض "kramer contre kramer".

<sup>2</sup> - Société francophone de médecine d'urgence, conférence de consensus, maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitements sexuelles), Nantes, 3 décembre 2003 : <http://www.urgences-serveur.fr/img/pdf/maltraitance.pdf>. Consulter le 05/01/2016.

<sup>3</sup> - Girodet (D), Rouyer (M), Mauvais traitements envers les enfants, Aspects cliniques et psychologiques, R.M.D., n°7, Juillet-Aout 1994, pp. 85,86.

يعيش الطاقم الطبي في المصالح الإستعجالية صعوبة كبيرة لتأمين العلاج لصالح كل مريض ومع كثرة المرضى وقلة عدد المتدخلين لتقديم العلاج، كيف يمكن للطبيب أو من طاقمه أن يشخص حالات إساءة أو حرمان؟.

ولهذا في فرنسا هناك موثيق تحدد بروتوكولات تعاون بين الأطباء العاملين في المصالح الإستعجالية والعدالة، وهذه البروتوكولات تهدف لتكوين وإعلام الأطباء بتشخيص حالات الإساءة ضف لهذا أنه هناك حاليا تكوين خاص في مجال التكفل بهذه الحالات، وهذا ما لم نجده في الجزائر.

ورغم كل هذا، يبقى المشكل والنزاع قائم بين كون الطبيب حامي الطفل أو حتى الشخص الضعيف، وبين خطر الوقوع في أن يخطأ في تقديره، وبالتالي قد يسيئ للشخص البريء، ورأينا سابقا أن هذا من الممكن جدا وقوعه، وهنا يرى بعض الباحثين في هذا المجال، أنه على الطبيب قبل البدء في إجراءات قضائية، أن يقوم بإعلام مصالح الخدمات الإجتماعية، والتي بإمكانها أن تقوم بتحقيق أولي عن حالة معينة من الحالات التي أعلم الطبيب بها هذه المصالح، فإذا اتضح أنه هناك فعلا شئ من الإساءة والحرمان، يمكن للطبيب والمصلحة التي قامت بالتحقيق من بدأ اجراءات قضائية والتبليغ عن ذلك<sup>1</sup>.

تبقى حالة ما إذا كان الضحية في حالة إستعجالية لا تدعي الشك لدى الطبيب بأنه ضحية إعتداء أو إساءة لأنه ضعيف (كأن يكون طفل أو معاق)، هنا عليه أن يبلغ الجهات القضائية لأنه من الأفضل أن يقع الطبيب في غالبية الحالات في فخ المزايدة في حماية الشخص الضعيف على أن يقع في التعاون أو التساهل الذي قد يكون خطرا على الضحية. ولتجاوز صعوبة النزاع القائم بين السر المهني والتبليغ عن حالة الإساءة عمليا، يقوم الطبيب بتبليغ مدير المؤسسة الصحية بأن هناك حالة اعتداء مثلا على شخص ضعيف مرفوق بشهادة طبية مفصلة ومرفقة بإختبارات طبية، وبعد ذلك يقوم مدير المؤسسة الصحية بتبليغ وكيل الجمهورية عن هذه الحالة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - Société francophone de médecine d'urgence, op. cit. Consulter le 05/01/2016.

<http://www.urgences-serveur.fr/img/pdf/maltraitance.pdf>.

<sup>2</sup> - **Daubech (L)**, Les formes légales du consentement, in Actes du colloque sur « Le consentement aux actes médicaux », Gaz. Pal., éd. Spéciale n° du 1er au 5 janvier 1999, p. 20.

- **Conseil National de l'Ordre des Médecins**, La collaboration médico-judiciaire, comment concilier secret médical et instruction judiciaire? Conflit ou coopération sur le terrain?, table ronde, 11ème jeudi de

خلاصة القول، في الوقت الحالي، هناك العديد من الصعوبات تواجه الإطار العام للتبليغ عن حالات الإساءة والحرمان، ولكن رغم ذلك هناك العديد من الأطباء ممن يحاولون تجاوز ذلك، وبالتالي حماية هؤلاء الأشخاص ضحايا الإعتداءات، ولهذا وجب على الطبيب إحترام والمحافظة على السر المهني لصالح المريض ما دام أن هذا الواجب لا يمنعه من القيام بواجبه كحامي للمرضى الضعفاء، ولكن يجب أن لا ننسى أن الحالة الإستعجالية لا تعطي الحق للطبيب من أن يحد من إلتزامه في إحترام السر المهني.

## **المطلب الثاني: مدى تأثير الحالة الإستعجالية على إستقلالية حرية**

### **المريض.**

في اطار العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض، نجد أن حرية واستقلالية المريض تتجلى وتتضح من خلال الحقوق التي يتمتع بها المريض، ومن أهمها، حق المريض في اختيار الطبيب المعالج بكل حرية، والذي في الغالب يكون محل اعتبار بالنسبة للمريض، كما نجد كذلك حق المريض في ابداء ارادته في قبول أو رفض العلاج الذي يقترحه الطبيب المعالج. ولكن هذه العلاقة، قد تمس وتتزعزع في حالة تواجد المريض في حالة خطر حال وشيك، أي في حالة استعجالية، حيث تمس ارادة المريض وبالتالي تمس حقه في حرية اختياره للطبيب المعالج، كما تمس قدرته في فهم التشخيص والعلاج المقترح لذلك، وبالتالي تمس حقه في ابداء رضاه في قبول ذلك أو ابداء ارادته في رفض العلاج المقترح. وللتوسع أكثر، قسمنا هذا المطلب إلى فرعين، نتناول في الأول أثر الحالة الإستعجالية على حرية إختيار المريض للطبيب، وفي الثاني أثر الحالة الإستعجالية على إعلام ورضا المريض.

### **الفرع الأول: أثر الحالة الإستعجالية على حرية إختيار المريض.**

تتوافق الحرية الممنوحة للطبيب في رفض تقديم الرعاية الصحية بالحرية الممنوحة للمريض في اختيار الشخص أو المؤسسة الصحية التي يعهد إليها بحماية صحته، فحق المريض في اختيار

الطبيب المعالج الخاص به مثلا، يعد كضمان للثقة اللازمة التي يجب أن تحكم العلاقة الطبية والتي تعد من المبادئ الأساسية في الطب، وقد تم تكريسها في التشريعات الصحية.

فحرية إختيار المريض، مبدأ من المبادئ الأساسية لحقوق المريض، حيث ولفترة طويلة اعتبره الفقه القضائي الفرنسي من النظام العام، إلى غاية إدماجه في العديد من المواد وفي مختلف القوانين، فنجد مثلا نص المادة 2-162.L من قانون الضمان الإجتماعي الفرنسي، والمادة 6-4127.R من قانون الصحة الفرنسي، أين ألزمتا الطبيب على إحترام حق المريض في إختيار الطبيب المعالج وتسهيل له تحقيق ذلك، على إعتبار أن حق المريض في اختيار طبيبه بحرية ليس قاعدة أخلاقية بسيطة، ولكنه يشكل مبدأ أساسي من النظام العام ذات أهمية<sup>1</sup>، بل أن بعض الفقهاء الفرنسيين ومن بينهم (G) Memeteau ، والذي يعتبر حق اختيار المريض، على أنه حق دستوري يجب حمايته، على أساس أن المادة 8-1110.L من قانون الصحة الفرنسي، نصت في الفصل التمهيدي المكرس لحقوق المريض، على مبدأ حرية الاختيار إلى جانب الحق في احترام الكرامة أو الخصوصية أو الحق في الرعاية، وهو ما من شأنه أن يعزز في نظره القيمة الدستورية لهذا المبدأ. ولكن في حقيقة الأمر إعتبار مبدأ اختيار المريض في النهاية حق من حقوق المريض كاف لحماية هذا الحق، والذي يعد كضمانة للثقة المتبادلة بين الطبيب أو المؤسسة الصحية من جهة والمريض من جهة أخرى، وهو شرط لا غنى عنه لأي علاقة طبية، ولكن في نفس الوقت يتجاوز المفهوم التعاقدى المعروف لدينا، فهذا المبدأ له قيمة أساسية في التشريعات الصحية، ولكن دون أن يصل إلى تأكيد قيمته الدستورية خاصة وأن التطورات الأخيرة في القانون، بسبب تطور المجتمع، وكذا القيود التي تؤثر كإيجابية تقديم وتمويل الرعاية الصحية، تثبت الحاجة إلى الحد من ممارسة هذا الحق<sup>2</sup>.

وبالرجوع لنص المادة 8-1110.L<sup>3</sup> من قانون الصحة الفرنسي، نجد بأنها قد أعطت

الحق للمريض في اختيار طبيبه المعالج أو في اختيار المؤسسة الاستشفائية، وكذلك اعطائه الحق

<sup>1</sup> - Dupont (M), Le libre choix du médecin, son évolution depuis la loi du 4 mars 2002, R.D.S.S., 2007 p.759.

<sup>2</sup> - Bouvet (R), Liberté du médecin et décision médical, Thèse de doctorat en droit, Université de Rennes 1, 2016, p. 63.

<sup>3</sup> - a. L.1110-8 du C. santé publ. : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

في اختيار كيفية التكفل به، فصاحب الحق في حرية الاختيار حسب نص هذه المادة، هو المريض نفسه، ولكن متى كانت تسمح له حالته بالتعبير عن إرادته، وليس من قبل قريب أو شخص محل الثقة...، أما إذا كان المريض شخصاً بالغاً تحت الوصاية، فإن حق اختيار الطبيب أو المؤسسة الصحية أو كيفية العلاج، فيكون كذلك من طرفه وحده إذا كان قادراً على التعبير عن إرادته وليس من قبل ولي أمره، أما إذا لم يكن غير ذلك، فهنا الأمر يرجع للولي الشرعي وفقاً للأحكام الناشئة عن المادتين 4-1111L<sup>1</sup> من قانون الصحة والمادة 459 من القانون المدني<sup>2</sup>.

وإذا كان المريض قاصراً، فيتم منح حق الاختيار لمن يرضى القاصر، أي لحاملي السلطة الأبوية، ولكن يجب أيضاً طلب موافقة المريض بشكل منهجي إذا كان قادراً على التعبير عن إرادته والمشاركة في ذلك وفقاً للمادة 4-1111L من قانون الصحة الفرنسي، لذلك يعترف القانون بأن للقاصرين الحق الكامل في التعبير منفصلة عن حق الأبوين، وبالتالي فمن الضروري قدر الإمكان مراعاة رأي القاصر بشأن اختيار الطبيب أو المؤسسة الصحية أو طريقة وكيفية العلاج حسب درجة نضجه وسياق الأسرة.

أما عن المريض المصاب بمرض نفسي أو عقلي، فحق الاختيار هنا يعود لأسرة المريض في اختيار الطبيب والمؤسسة الصحية التي تقدم خدمات طبية مختصة بهذه الأمراض، وأحياناً

---

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux ».

<sup>1</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ. : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

<sup>2</sup> - a. 449 du C. civ. : « A défaut de désignation faite en application de l'article 448, le juge nomme, comme curateur ou tuteur, le conjoint de la personne protégée, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, à moins que la vie commune ait cessé entre eux ou qu'une autre cause empêche de lui confier la mesure.

A défaut de nomination faite en application de l'alinéa précédent et sous la dernière réserve qui y est mentionnée, le juge désigne un parent, un allié ou une personne résidant avec le majeur protégé ou entretenant avec lui des liens étroits et stables.

Le juge prend en considération les sentiments exprimés par celui-ci, ses relations habituelles, l'intérêt porté à son égard et les recommandations éventuelles de ses parents et alliés ainsi que de son entourage ».

يمكن للمؤسسات الصحية المختصة في هذا المجال أن تحدد بنفسها المؤسسة الصحية التي يعالج فيها المريض دون الحصول على موافقة منه<sup>1</sup>.

قلنا أن حق المريض في الاختيار طبقاً لنص المادة 8-1110 L. من قانون الصحة الفرنسي ينصب على الحق في اختيار المريض، والحق في اختيار المؤسسة الصحية التي يراه مناسبة له وكذلك حقه في اختيار طريقة وكيفية العلاج إن وجدت خيارات متعددة للتكفل بحالته الصحية.

**فأما عن حق المريض في اختيار الطبيب، فإنه طبقاً لنص المادة 6-4127 R.<sup>2</sup> من قانون الصحة الفرنسي، نجد بأنه على الطبيب احترام حق كل شخص في اختيار الطبيب بكل حرية، كما يجب عليه تسهيل ممارسة هذا الحق، لذلك ليس للطبيب الحق في رفض علاج مريض ولا يمكنه التمييز بين المرضى، كما يجب عليه أن يضمن في جميع الظروف استمرارية الرعاية الصحية. ومع ذلك وبصرف النظر عن الحالة الاستعجالية، فإنه للطبيب الحق في رفض العلاج لأسباب مهنية أو شخصية<sup>3</sup>، وإذا انسحب من مهمته في تقديم العلاج أو التشخيص مثلاً، وجب عليه إخطار المريض وإرسال المعلومات المفيدة إلى الطبيب المعين من قبل المريض نفسه<sup>4</sup>.**

**أما عن حق المريض في الاختيار الحر للمؤسسة الصحية التي يريد العلاج فيها، فإنه في حقيقة الأمر يعد كنتيجة طبيعية لحق الموافقة على الرعاية الصحية المنصوص عنها في المادة 4-1111 L. من قانون الصحة الفرنسي، بحيث أنه لا علاج ولا تشخيص دون موافقة مسبقة<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup> - a. L.3211-1 du C. santé publ. : « Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ».

<sup>2</sup> - a. R.4127-6 du C. santé publ. : « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

<sup>3</sup> - لا يوجد تعريف أو مفهوم للأسباب المشروعة، ولكن يتم ملاحظتها على أساس كل حالة على حدة، ويتم تحليلها وفقاً لحالة الطبيب وحالة المريض، على سبيل المثال، يمكن أن يتمتع الطبيب الذي قدمت ضده أسرة أو مريض شكوى من علاج أحد أفراد عائلة المعني.

<sup>4</sup> - a. R.4127-47 du C. santé publ. : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

<sup>5</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ. : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le

وحق المريض في اختيار المؤسسة الصحية، يشمل كذلك حقه في قبول أو رفض أو حتى طلب نقله لمؤسسة صحية أخرى، فتغيير المؤسسة أو الهيكل الصحي المتواجد في المريض لا يتم إلا في حالتين، حالة خارجة عن ارادة المريض، وحالة متعلقة بإرادته.

أما عن الحالة الأولى، فنجدها إذا كانت هناك حاجة في نقل المريض إلى مؤسسة أخرى متعلقة بالمرض في حد ذاته، أو الحمل الزائد على المصلحة المتواجد فيها المريض، أو عدم وجود طبيب مختص ولم يعد بالإمكان توفير الرعاية الصحية المناسبة داخل هذه المؤسسة، ففي هذه الحالة يتخذ الطبيب قرار النقل مع وجوب إبلاغ المريض ومشاركته في هذا القرار إذا كان بإمكانه التعبير عن إرادته بنفسه، فإذا كان المريض عكس ذلك، فينبغي إبلاغ الأسرة مثلا.

أما الحالة الثانية، وهي حالة ما إذا طلب المريض نقله إلى مؤسسة صحية أخرى، وهذه الحالة نجدها كثيرا على وجه الخصوص عندما يكون المريض في حالة استعجالية تهدد حياته ويتعين على وسائل النقل الطبية اتخاذ الخطوات اللازمة حتى يتم نقل المريض في أسرع وقت ممكن إلى المنصة التقنية الأكثر فعالية للمريض، فإذا لم يكن هيكل الاستقبال مناسباً للمريض بمجرد ابعاد حالة الخطر عنه وكان قابلاً للنقل، فيمكنه في هذه الحالة أن يطلب تغيير المؤسسة الصحية، ولكن قد تكون هناك أسباب أخرى لطلب المريض في تغيير المؤسسة الصحية خارج عن نطاق المؤسسة، كأن تكون أسباب شخصية، ففي هذه الحالة تكون تكلفة النقل على عاتق المريض وحده.

وحق المريض في اختيار المؤسسة الصحية، يقابلها التزام المؤسسة المختارة من قبل المريض احترام ذلك، فالمنشأة الصحية التي اختارها المريض ملزمة من حيث المبدأ باستضافته طبقاً لنص المادة R.1112-12 من قانون الصحة، إذ لا يمكنها رفض المريض إذا كان مستوفياً للشروط المطلوبة للقبول، وكانت هناك أماكن للاستقبال شاغرة<sup>1</sup>. فلكل فرد إذا الحرية في اختيار المؤسسة الصحية التي يريد العلاج فيها، فلا يمكن لأي مؤسسة منع هذا الاختيار إلا إذا كانت لا تملك الوسائل اللازمة لتوفير الرعاية المناسبة لحالة مقدم الطلب أو إذا لم يكن لديها أماكن شاغرة.

---

consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

<sup>1</sup> - a. R1112-12 du C. santé publ. : « En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

بالإضافة إلى ذلك يجب على جميع المؤسسات الصحية، المساعدة في ضمان حصول كل شخص على المساواة في الرعاية التي تتطلبها الحالة الصحية للمريض، فلا ينبغي أن يكون أي شخص موضوعاً لأي تمييز على الإطلاق بسبب حالته الصحية وإعاقته وأصله وجنسه ووضعه العائلي وأرائه السياسية ودينه أو العرق أو خصائصه الوراثية.

هذا فيما يخص حق المريض في اختيار المؤسسة الصحية في الطب العام، أما عن حق اختيار المؤسسة الصحية في الطب النفسي والعقلي، فنجد أن التقسيم الجغرافي للطب النفسي والعقلي لا يمنع من حق المريض أو أسرته في الاختيار الحر للمؤسسة الصحية، فللمريض أو أسرته الحق في اختيار أي هيكل صحي تراه مناسباً لها سواء في القطاع العام أو الخاص، بشرط أن يكون محل الإقامة معني بالتقسيم الجغرافي المحدد مسبقاً<sup>1</sup>.

وحق الاختيار المنصوص عنه في نص المادة 8-1110.L من قانون الصحة الفرنسي وبعد التعديل الذي جاء في قانون 26 جانفي 2016، قد أضاف لهذه المادة ولحق الاختيار، حق آخر وهو **حق اختيار طريقة التكفل بالمريض**، حيث أصبح بموجبه تمكين المريض ابداء رأيه في تحديد كيفية التكفل بحالته الصحية، إما في المستشفى أو في المنزل، خاصة عندما يتعلق الأمر برعاية تلطيفية لشخص على فراش الموت.

ولكن لحق الاختيار كما سبق الإشارة إليه قيود تفرضها اعتبارات مختلفة، حيث أن إمكانية اختيار الطبيب أو المؤسسة الصحية أو كيفية وطريقة العلاج، تفترض وجود مهنيين ممارسين بأعداد على الأقل كافية، ووفقاً لطرق مختلفة كالعامل الحر أو داخل مؤسسات عمومية صحية أو مؤسسات صحية خاصة... وأن تغطي مجموعة كاملة من التخصصات الطبية، فتنوع العرض هو الذي يسمح بإختيار حقيقي، بمعنى آخر أن حدود حق المريض في حرية الاختيار يمكن أن تتعلق بطريقة ممارسة الطبيب أو حالة المريض أو لأسباب اقتصادية.

فالمريض الذي يعالج في مستشفى أو مؤسسة صحية عمومية يعد مستخدماً لخدمة عمومية، وهذا ما يجعله في وضع قانوني وتنظيمي يخضع للقانون العام، ونفس الشيء بالنسبة للأطباء الممارسين في المستشفيات، وبالتالي يتم استبعاد التكييف التعاقدية للعلاقة بين الطبيب

<sup>1</sup> - a. L.3211-1 du C. santé publ., cit.

الممارس والمريض الذي يتم الاعتراف به في مؤسسة صحية عمومية<sup>1</sup>، وهذا في حد ذاته يؤثر على مبدأ حرية اختيار المريض. وفي هذا الصدد، اعتبر كل من البروفيسور SAVATIER و AUBY و PEQUIGNOT أن عدم اختيار الطبيب في المستشفى من قبل المريض، هو العامل الحاسم الذي يمنع من تطبيق النموذج التعاقدى على علاقة الطبيب بالمريض<sup>2</sup>.

ففي علاقة المريض بالممارس الطبي في المؤسسات الصحية العمومية، يجب أن نميز بين حالتين، الحالة الأولى وهي حالة الممارس الطبي أثناء أدائه لخدمته في المصلحة العامل فيها فهنا المريض ليس له كامل الحرية في اختيار الطبيب، إذ أن حرته مقيدة حسب ما هو متاح داخل المصلحة المتواجدة فيها، كما أن حرته في الاختيار تخضع لضرورات الأمن وتنظيم خدمة المستشفى ودوام الرعاية الصحية، فعلى سبيل المثال، لا يمكن للمريض أن يرفض طبيباً على أساس أن معتقده الدينية لا تسمح له بذلك، كرفض بعض النساء أو أقاربهن الحصول على رعاية صحية من ممارسين طبيين ذكور، وهذا قد يؤدي إلى عواقب وخيمة لا يمكن إصلاحها، إذ أن هناك الكثير والكثير من القضايا التي طرحت أمام القضاء الفرنسي في هذا الشأن<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - C.E., 30 mars 1984, 2/6 SSR, n° 24621, publié au recueil Lebon, p.142 : «Considérant que les personnes admises dans les services des hôpitaux et hospices publics ne sont pas placées dans une situation contractuelle vis-à-vis de ces établissements».

<sup>2</sup> - **Bouvet (R)**, op. cit., p. 63.

<sup>3</sup> - C.A.A. de Lyon, 6ème chambre - formation à 5, 10/06/2008, 05LY01218, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Considérant que le 8 novembre 1998 Mme X a été admise à 5h40 à la maternité du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse pour accoucher, au terme d'une grossesse normale, de son quatrième enfant ; que l'expulsion de l'enfant s'est déroulée dans des conditions difficiles, le jeune Mohammed étant alors victime d'une dystocie des épaules, à l'origine d'une anoxie fœtale, dont il a conservé de graves séquelles neurologiques ; que M. et Mme X ont demandé au Tribunal administratif de Lyon la condamnation du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse à les indemniser des préjudices subis par eux et leur enfant, atteint d'un taux d'incapacité de 100 % ; que, par un jugement du 26 mai 2005, le Tribunal a rejeté leur demande ; Considérant que Mme X, qui a accouché de ses trois premiers enfants par voie basse, ne présentait à son entrée à l'hôpital aucun symptôme justifiant d'emblée l'intervention d'un médecin et le choix d'une césarienne ; qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise et des témoignages du personnel alors en service, que, dès les premiers épisodes de bradycardie fœtale apparus vers 9h40, la sage-femme a appelé l'interne de garde et, qu'invoquant ses convictions religieuses, M. X s'est, jusqu'à 10h10, physiquement opposé à toute présence masculine dans la salle d'accouchement, notamment des médecins obstétriciens et anesthésistes et de l'interne de garde, malgré les demandes instantes de ces derniers ; que lorsque vers 10h10, après négociation, M. X ne s'est plus opposé à l'intervention des médecins masculins, il était trop tard pour commencer une césarienne et l'extraction de l'enfant a dû être effectuée par application de forceps ; que M. X a ainsi fait obstacle aux examens nécessaires qui, malgré le caractère totalement imprévisible de la dystocie des épaules, auraient permis de constater la survenue d'une anoxie fœtale et de prévenir, par une césarienne prophylactique, les graves complications neurologiques dont a été victime le jeune Mohammed ; qu'en ne faisant pas appel immédiatement aux forces de police pour expulser M. X, l'hôpital n'a pas commis de faute de nature à

فالتعبير عن المعتقدات الدينية يجب ألا يؤثر على أداء الخدمة أو جودة الرعاية أو قواعد النظافة أو هدوء الأشخاص الآخرين الذين يدخلون المستشفى أو أقاربهم<sup>1</sup>، ومع ذلك يمكن تحليل رفض المرأة لطلب العلاج من قبل الطبيب الذكر، حتى ولو كان لسبب ديني، باعتباره ممارسة لحق اختيار طبية وفقاً لأحكام المادة 8-1110.L من قانون الصحة، بشرط إمكانية ممارسة هذا الحق وفقاً للحدود المذكورة أعلاه، فإذا استمر المريض في رفض الرعاية الصحية المقدمة له بسبب ديني، فيمكن لمدير المستشفى أن يأمر بإخراج المريض من المستشفى إلا في الحالات الاستعجالية<sup>2</sup>.

أما الحالة الثانية فهي حالة الممارس الطبي الذي يُسمح له إضافة إلى التزاماته المتعلقة بالخدمة داخل هذه المؤسسة الصحية، بالقيام بنشاط طبي حر قد يشمل استشارات أو أفعال طبية... ففي هذه الحالة يكون للمريض كامل الحرية في اختيار الطبيب الممارس، وبالتالي يكون أمام هذا الطبيب في وضع تعاقدية يخضع للقانون الخاص<sup>3</sup>.

---

engager sa responsabilité ; qu'ainsi l'état de l'enfant est totalement imputable à l'attitude de M. X et M. et Mme X ne peuvent rechercher la responsabilité pour faute ou sans faute du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse ».

<sup>1</sup> - Circ. N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, Ministère de la santé et des solidarités : « VIII – La personne hospitalisée est traitée avec égards :

L'établissement de santé **doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies.**

Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...). Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

L'établissement prend les mesures qui assurent la tranquillité des personnes et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil ».

<sup>2</sup> - a. R1112-43 du C. santé publ. : « Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé ».

<sup>3</sup> - a. L6154-1 C. santé publ. : « Dès lors que l'exercice des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dans les conditions prévues à l'article L. 6112-3 n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies au présent chapitre ».

هذا عن القيود والمشاكل القانونية التي قد يثيرها حق المريض في الاختيار داخل القطاع الصحي العمومي، أما فيما يخص القطاع الصحي الخاص، فنجد أنها مختلفة تمامًا عن القطاع العمومي، وهذا راجع لكون القوانين والتنظيمات لكلا القطاعين مختلف تمامًا على الرغم من أن لهم هدف واحد ألا وهو تقديم رعاية صحية مناسبة.

ومن هذه القيود، نجد الحالة التي يتم فيها استخلاف الطبيب الذي كانت بينه وبين المريض علاقة طبية موجودة مسبقًا بناءً على الثقة المتبادلة والتعبير عن الاختيار الحر للمريض بزميل له قام بتعيينه هو وليس المريض، شريطة أن يكون هذا الاستخلاف مؤقتًا<sup>1</sup>، وأنه بعد انتهاء مدة الاستخلاف يجب أن يتوقف الطبيب المستخلف عن كل نشاط ذي صلة بالمريض، وأن يحيل المعلومات اللازمة للطبيب الذي تربطه علاقة حقيقية بالمريض لضمان استمرارية العلاج<sup>2</sup>، ولكن هذا لا يعني أن المريض الذي فرض عليه طبيب بديل ملزم بقبوله، بل يحتفظ بإمكانية ممارسة حقه في الاختيار الحر برفضه الدخول في علاقة طبية مع هذا الطبيب. ولتمكين المريض من ممارسة حقه في الاختيار الحر، وجب على الطبيب الذي تربطه علاقة بالمريض، أن يطلع على البديل، وهذا خلال فترة معقولة تسمح للمريض في التفكير، ولكن في الواقع ليس بهذه السهولة، لأن في غالب الحالات يأتي الاستخلاف بصفة مفاجئة، كمرض الطبيب مثلاً، وبالتالي ليس حتى للطبيب الوقت الكافي بإعلام مرضاه بهذا الاستخلاف وبالتالي لا يكون للمرضى الوقت الكافي بالبحث عن طبيب آخر غير هذا الطبيب المستخلف<sup>3</sup>.

هذا بالنسبة للقيود المرتبطة بطريقة ممارسة مهنة الطب، أما عن القيود المرتبطة بالأسباب الاقتصادية، فنجد أن المشرع الفرنسي قد ألزم كل شخص على اختيار وبكل حرية طبيباً معالجا خاص به، بحيث لا يمكنه بعد ذلك أن يرى طبيباً آخر إلا إذا كان الطبيب الذي إختاره لا يملك معدات تقنية لازمة للعلاج أو أن طريقة دفع مقابل العلاج لا تناسبه<sup>4</sup>، وهذا ما أكدته المادة L.162-5-3 من قانون الضمان الإجتماعي الفرنسي بنصها على أن كل شخص بلغ سن 16

<sup>1</sup> - a. R4127-65 C. santé publ. : « Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L.4131-2 ».

<sup>2</sup> - a. R4127-66 C. santé publ. : « Le remplacement terminé, le remplaçant doit cesser toute activité s'y rapportant et transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins ».

<sup>3</sup> - **Bouvet (R)**, op. cit., p. 68.

<sup>4</sup> - **Bolot (P)**, Feu le libre choix du médecin par le patient?, Gaz. Pal., Juin 1999, p. 871.

- **Baron (D)**, **Bresson (C)**, op. cit., étude n° 349.

عليه أن يختار طبيب معالج خاص به<sup>1</sup>، فإذا قام هذا المريض بالذهاب لرؤية طبيب آخر غير الطبيب الذي إختاره وأعلن عنه أمام الجهات المختصة المسيرة للتأمينات الصحية، أو أنه ذهب لرؤية طبيب آخر دون رسالة أو وصفة من طبيبه المعالج، فإنه على هذا المريض أن يدفع زيادات عن مقابل العلاج الذي من العادة دفعه للطبيب المعالج، إلا في الحالات الإستعجالية أو حالة تواجد المريض بعيدا عن مكان الإقامة<sup>2</sup>.

المشروع الجزائري ذهب في نفس اتجاه المشروع الفرنسي، حيث أعطى الحق كذلك للمريض في اختيار طبيبه، وهذا ما أكدته المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب بنصها على أنه : " للمريض حرية اختيار طبيبه او جراح أسنانه أو مغادرته. وينبغي للطبيب أو جراح الأسنان أن يحترم حق المريض هذا وأن يفرض احترامه، وتمثل حرية الاختيار هذه مبدأ أساسيا تقوم عليه العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين جراح الأسنان والمريض، ويمكن الطبيب أو جراح الأسنان مع مراعاة أحكام المادة 9 أعلاه أن يرفض لأسباب شخصية تقديم العلاج".

فالمشروع الجزائري اعتبر كذلك حق المريض في حرية اختياره للطبيب، مبدأ أساسيا ذات أهمية حيث يعد كضمان للثقة وحسن سير العلاقة بين الطبيب والمريض.

فحق المريض في اختيار الطبيب طبقا لنص المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب، يلزم الطبيب على احترام حق المريض اختيار الطبيب بكل حرية وتسهيل له ممارسة هذا الحق، وعليه لا يمكن للطبيب رفض علاج مريض قصده، ولكن يمكنه رفض العلاج لأسباب شخصية.

---

<sup>1</sup> - a. L162-5-3 du C. sec. soc. : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci ».

<sup>2</sup> - a. L162-5-3 du C. sec. soc. : « Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus ».

وبالرجوع لنص المادة 42 من مدونة أخلاقيات الطب المذكورة سابقا، نجد بأن المشرع الجزائري على خلاف المشرع الفرنسي، لم يأتي بأي نص قانوني أو تنظيمي يعطي الحق للمريض في اختيار المؤسسة الاستشفائية أو في تحديد كيفية وطريقة العلاج التي يرغب العلاج فيها، كما أنه لم يأتي بأي نص يمنعه من هذا الحق، وبالتالي في غياب أي نص في هذا الإطار، يمكننا القول بأن المريض حر في إختيار المستشفى الذي يريد العلاج فيه، كما له الحرية الكاملة كذلك في اختيار طريقة العلاج، داخل مؤسسة صحية أو في المنزل.

وصاحب الحق في حرية الاختيار حسب المشرع الجزائري، لا تختلف عن ما جاء المشرع الفرنسي، إذ يكون صاحب الحق المريض نفسه متى كانت تسمح له حالته بالتعبير عن إرادته، أما إذا كان المريض شخصا بالغا تحت الوصاية، فإن حق الاختيار يكون كذلك للمريض وحده إذا كان قادرا على التعبير عن إرادته، أما إذا لم يكن غير ذلك، فهنا الأمر يرجع للولي الشرعي وفقاً لأحكام المادة 52 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>1</sup>.

وإذا كان المريض قاصراً، فيتم منح حق الاختيار لمن يرعى القاصر، على عكس المشرع الفرنسي الذي يعطي حق الاختيار للمريض القاصر إذا كان قادراً على التعبير عن إرادته والمشاركة في ذلك.

أما عن المريض المصاب بمرض نفسي أو عقلي، فحق الاختيار هنا يعود للمريض ولأسرته في اختيار الطبيب والمؤسسة الصحية التي تقدم خدمات طبية مختصة بهذه الأمراض وطريقة العلاج<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه : " ويجب على الطبيب أو جراح الأسنان في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض، وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يأخذ في حدود الامكان رأي العاجز البالغ بعين الاعتبار إذا كان قادرا على ابداء رأيه".

<sup>2</sup> - نصت المادة 128 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه : " لا يمكن استشفاء مريض باضطرابات عقلية أو إبقاؤه بالمستشفى دون موافقته، او عند الاقتضاء دون موافقة ممثله الشرعي"، وكذلك نص المادة 136 من نفس القانون على أنه : " يمكن المريض الراشد المتمتع بالأهلية أن يطلب بنفسه الاستشفاء الخاص به. وفي حالة ما إذا كان المريض عديم الأهلية ولم تكن له أسرة، يمكن الممثل الشرعي إعداد طلب الاستشفاء".

هذا بالنسبة لحق المريض في اختيار الطبيب أو المؤسسة الصحية أو كيفية العلاج في الحالات العادية للمرض، ولكن الأمر يختلف تماما في الحالات الاستعجالية، فسواء تعلق الأمر بالتشريع الجزائري أو الفرنسي، نجد أن الحالة الإستعجالية للمريض تمس بشكل كبير حق المريض في حريته في الإختيار وهذا لعدة أسباب، أولها نجد نتائج الحالة الإستعجالية التي تجعل إرادة المريض في إختيار الطبيب مثلا صعبة، بل مستحيلة في بعض الحالات، فالحالة الإستعجالية كما قلنا سابقا، هي حالة مفاجأة وغالبا ما تكون غير متوقعة ومؤلمة وبالتالي لا تمكنه حالته هذه إعطاء رأيه، أو أن الفترة التي يبدي فيها رغبته في اللجوء إلى طبيبه، تكون في وقت لا يناسب طبيبه المعالج.

فأما عن استحالة المريض من إبداء رأيه فسواء كان المريض واعيا أم لا، فإن الحالة الإستعجالية لا تسمح له فعليا من إختيار الطبيب الذي يعالجه أو المستشفى الذي يريد أن يعالج فيه، إذ غالبا ما يكون إختيار الطبيب أو المستشفى من طرف الغير، فقد يكون أحد أقارب المريض أو رجال الحماية المدنية أو فرق المساعدة الطبية المستعجلة، فمثلا شخص يتعرض لحادث مرور خطير، ويوجد في حالة أبن يكون وعيه غائبا، ففي هذه الحالة، إرادة المريض تكون غائبة تماما فمبدأ حرية إختياره للطبيب أو المستشفى لا قيمة لها، فهنا رجال الحماية المدنية مثلا، هم من يقررون مكان نقله، لأن الهدف الأساسي هنا، هو إنقاذ حياة هذا الشخص، وهذا الهدف هو الذي يلزم بالضرورة رجال الحماية المدنية بأن يتجهوا للمستشفى الذي له الإمكانيات والتخصصات التي تسمح بمعالجة هذا المريض<sup>1</sup>.

أما عن عدم فعالية حرية المريض في إختيار الطبيب في حالة وجود عائق يحول بينه وبين الطبيب الذي إختاره، فنجد أنه إذا كانت إرادة المريض هي اللجوء إلى الطبيب المعالج في حالة إستعجالية، وكان هذا الطبيب غائب أو غير متاح في هذه اللحظة، فهنا حرية المريض في إختيار طبيبه تكون غائبة، لأنه من الناحية العملية، نجد أن الحالة الإستعجالية لا تسمح بإنتظار الطبيب حتى يكون متيسر، فالحالة الإستعجالية للمريض تتطلب التدخل السريع لتقديم له الإسعافات المستعجلة دون النظر إلى إرادته الشخصية، ففي هذه الحالة، نجد أن الحالة

<sup>1</sup> - Jean (p), Urgence, information et consentement, M.D., éd. ENSP, 2001, p. 20.

الإستعجالية هي التي تفرض تدخل طبيب آخر غير الطبيب الشخصي المعالج<sup>1</sup>. فالمساس بحق المريض في اختيار طبيب في هذه الحالة هدفه تحقيق المصلحة الصحية الخاصة للمريض.

أما عن السبب الثاني الذي قد يمس بشكل كبير حق المريض في حريته في إختيار الطبيب فيتمثل في طبيعة الحالة الإستعجالية وكيفية علاجها بغض النظر عن نتائج الحالة الإستعجالية<sup>2</sup>.

فالشخص المريض الذي يتصل بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة مثلا لإسعافه، هنا في هذه الحالة تتدخل هذه المصلحة بكل إمكاناتها المادية والبشرية دون أن يكون للمريض المتصل أي خيار، فحق المريض في اختيار الطبيب منعدم تماما بسبب متطلبات حالته الإستعجالية فبالنسبة لمصلحة الإستعجالات الطبية، من الضروري اتخاذ كل الإجراءات اللازمة لإسعاف هذا المريض، ومن بين هذه الإجراءات نجد، ضرورة تدخل طاقم متعدد التخصصات، إذ من الناحية العملية، نجد أن فرق التدخل سواء أكانوا تابعين لمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أو لفرق الحماية المدنية، هم أشخاص متكونين في هذا المجال (مجال الطب الإستعجالي والإنعاش) فمن مصلحة المريض أن يتدخل هؤلاء على أن يتدخل طبيبه المعالج الذي اختاره بكل حرية، ففرق التدخل لهم كل الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للتدخل مهما كانت طبيعة الخطر أو حالة الضرورة.

كما نجد من بين الاجراءات كذلك، نقل المريض إلى المستشفى، فمن بين حقوق المريض، نجد الحق في اختيار المؤسسة الإستشفائية التي يريد العلاج فيها حسب نص المادة L.1110-8 من قانون الصحة الفرنسي المذكورة سابقا، أو المصلحة أو حتى الطاقم الصحي ولكن الحالة الإستعجالية هي حالة أين يكون فيها المريض ملزم بأن ينقل إلى مستشفى غير المستشفى الذي يرغب الذهاب له في الحالات العادية، وهذا ما جاء في نص المادة R.1112-17 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Moreau (J), L'urgence médicale, coll. Droit de la santé, P.U.A.M., T.2, 2005, p. 349.

- Baron (D), Bresson (C), op. cit., étude n° 349.

<sup>2</sup> - Hoerni (B), Saury (R), Le consentement, Information, autonomie et décision en médecine, Coll. Abreges de médecine, éd. Masson, Paris, 1998, p 45.

<sup>3</sup>- a. R1112-17 du C. santé publ. : « Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils

ضف لذلك أن كل مستشفى أو مصلحة سواء في الجزائر أو فرنسا، يجب أن يكون لها ترخيص مسبق حتى يمكن لها أن تقدم خدمات طبية معينة من طرف الجهات الإدارية المختصة فمثلا شخص ضحية حروق خطيرة، لا يمكن التكفل به إلا لدى مصلحة إستعجالية لها الترخيص بتقديم خدمات خاصة بالتكفل بعلاج الحروق، فهذه التراخيص تسلم للمصالح التي لها الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للتكفل بأمراض معينة كأمراض القلب، أمراض الرئة، الحروق الخطيرة السرطان<sup>1</sup>...

حتى ولو كان المستشفى الذي اختاره المريض حاصل على تراخيص معينة تسمح له بالعلاج في هذا المستشفى، فإننا نجد أن حرية اختياره لهذا المستشفى قد تواجه عائق، كأن يكون هذا المستشفى أو المصلحة الإستعجالية (لهذا المستشفى) في فترة أين تكون هناك استحالة للتكفل به قائمة لكثرة المرضى وقلة الإمكانيات المادية والبشرية، فهنا لا يمكن لهذا المريض أن يطلب التكفل به، وخاصة إذا كانت حالته مستعجلة، إذ يجب نقله لمستشفى آخر له الإمكانيات المادية والبشرية متوفرة في الحال<sup>2</sup>.

## الفرع الثاني: أثر الحالة الإستعجالية على إعلام ورضا المريض.

الحصول على موافقة للعلاج (الرضا) هو مبدأ أساسي يثير عدة إشكالات بين حرية الفرد من جهة، وسلامة الجسم البشري من جهة أخرى عندما تكون حياة المريض مهددة بالخطر، ولهذا نجد أن الحالة الإستعجالية للمريض تغير من القواعد التقليدية، إذ تجعل من حماية صحة الإنسان أولوية قصوى، وهذا غالبا ما يدخل مهني الصحة في حيرة، ويلزمهم على إيجاد توافق بين مختلف القيم المتضاربة، فهذا الإلتزام يجبر مهني الصحة من بذل الجهد بين إعلام المريض والحالة الإستعجالية من جهة، وبين رضا المريض وقيام الحالة الإستعجالية من جهة أخرى<sup>3</sup>.

ففيما يخص إعلام المريض والحالة الإستعجالية لهذا الأخير، نجد أنه إذا كان إعلام المريض حق بالنسبة له، فهو في نفس الوقت إلتزام يقع على الطبيب وبقية مهني الصحة، فمع

---

désirent être admis ».

<sup>1</sup> - Mousson (S), op. cit., p. 6.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 353.

<sup>3</sup> - Baron (D), Bresson (C), op. cit., étude n° 349.

تطور العمليات الإستهلاكية ومدى تأثير ذلك على العلاقة القائمة بين مهني الصحة والمريض (المستهلك)، أصبح هذا الحق من أبرز حقوق المريض الإستشفائية، فلتمكن المريض من تقديم رضاه بقبول أو عدم قبول العلاج وَجَبَ أولاً على مهني الصحة إعلام المريض.

فإلتزام الطبيب بإعلام المريض عن حالته الصحية نص عنه قانون 4 مارس 2002 المتضمن قانون الصحة الفرنسي في المادة L.1111-2-2 فقره 1 بنصه على أحقية كل فرد بالإطلاع على وضعه الصحي الذي يشمل مختلف الإختبارات، العلاج أو التدابير الوقائية المقترحة وفوائدها، تبعاتها، المخاطر التي يمكن التنبؤ بها أو المتوقعة، وحتى النتائج المتوقعة في حالة رفض العلاج...<sup>1</sup>.

المشروع الجزائري في المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب نص هو كذلك على الزامية الطبيب بإعلام المريض للحصول على الرضا الذي يبرر العمل الطبي، حيث جاء في نص هذه المادة بأنه "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة بشأن أسباب كل عمل طبي"، ولكن ما نلاحظه على نص هذه المادة، أنها نصت على التزم الطبيب بإعلام المريض عن كل ما يتعلق بأسباب كل عمل طبي، وهذا يتم بتنوير المريض وتبصيره بكل المعلومات الضرورية التي تجعله على دراية بحالته الصحية، ودرجة خطورته وما يتطلب من علاج، وتبصيره بالبدائل العلاجية، وغيرها من الأمور المتعلقة بصحة المريض صاحب هذا الحق.

ولكن لو قارنا ما جاء به المشروع الفرنسي في هذه النقطة، بما جاء به المشروع الجزائري نجد أن هذا الأخير عندما تكلم عن ما يشمله الإلتزام بالإعلام، نص عن ذلك بألفاظ عامة بقوله "أسباب كل عمل طبي"، وكأن المشروع الجزائري قد حصر الإلتزام بالإعلام في العمل الطبي

<sup>1</sup> - a. L.1111-2 du C. santé publ. : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

وأساببه فقط، بمعنى آخر أن دائرة الاهتمام تدور حول العمل الطبي وليس المريض، ولكن حقيقة الأمر غير ذلك، لأنه للحصول على رضا واضح ومتبصر يجب إعلام واضح وشامل، وهذا لا يكون إلا إذا كان محل الاهتمام، المريض في حد ذاته، في حين أن المشرع الفرنسي نص عن " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé "، ثم أدرج في تفصيل أكثر حول ما يمكن أن يشملته الالتزام بالإعلام، نذكر منها طبيعة العلاج أو التدابير الوقائية المقترحة، فائدتها، عواقبها مخاطر جدية يمكن التنبؤ بها، العواقب المتوقعة في حالة رفض العلاج ... فالمشرع الفرنسي كان أكثر توسعا ووضوحا في هذه النقطة من المشرع الجزائري<sup>1</sup>.

وحق الإعلام يكون بصفة عامة من حق المريض، إلا أن هذه القاعدة ليست مطلقة، حيث أنه يمكن إعلام الغير عن حالة المريض، وهذا ما نجده في حالة المريض غير القادر، سواء أكان شخصا قاصرا أو بالغ عاجز فإنه في هاتين الحالتين يجب على الطبيب إعلام الولي أو الممثل الشرعي<sup>2</sup>، أو في حالة وفاة المريض، وهنا يجب إعلام ذوي الحقوق عن العلاج الذي تلقاه في حدود المحافظة واحترام السر المهني، وهذا ما أكدته المادة L.1111-7 فقرة 6 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>، ونص عنه المشرع الجزائري في نص المادة 41 من مدونة أخلاقيات الطب

---

<sup>1</sup> - المادة R.4127-35 من قانون الصحة الفرنسي جاءت لتؤكد مرة أخرى بأن الالتزام بإعلام المريض يتعلق بكل ما يدور حول صحة المريض، وليس العمل الطبي وحده، حيث نصت هذه المادة على أنه:

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

<sup>2</sup> - وهذا ما جاء به كل من المشرعين الجزائري والفرنسي، حيث نص المشرع الجزائري في المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب في فقرتها الثانية على أنه: " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي و يحصل على موافقتهم"، وكذلك المشرع الفرنسي في نص المادة R.4127-42 من قانون الصحة بنصه على أنه :

«Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111 - 5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible».

<sup>3</sup>- a. L.1111-7 du C. santé publ. : « En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L. 1110-4 ».

بنصها: " لا يلغي السر المهني بوفاة المريض الا لإحقاق حقوق" معنى هذا، أنه يمكن للطبيب أن يعلم أصحاب ذوي الحقوق عن أسباب الوفاة مثلا.

قلنا سابقا، أن الطبيب ملزم بالإعلام اتجاه المريض حسب نص المادة L.1111-2-2 فقرة 2 من قانون الصحة الفرنسي<sup>1</sup>، هذه المادة رسميا تتكلم عن كل مهني الصحة " Tout professionnel de santé" ولكنه في حقيقة الأمر تشمل حتى المؤسسات الصحية أين يمارس الأطباء مهامهم، فالكل يتدخل حسب تخصصه<sup>2</sup>، ونفس الشيء بالنسبة للمشرع الجزائري عندما نص في المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب عن ضرورة اعلام المريض من طرف الطبيب أو جراح الأسنان، فهذا الحكم ينطبق على الأطباء وجراحي الأسنان التابعين للمؤسسات صحية<sup>3</sup>.

أما فيما يخص الشكل الذي يجب أن يلتزم به الإلتزام بالإعلام، فنجد أنه يجب أن يكون بشكل مفهوم وصادق وكامل، معنى ذلك أن محتوى الإلتزام بإعلام المريض يحتوي على ثلاثة عناصر، تتمثل في أن يحمل في المقام الأول على كل المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض والتطورات الصحية المستقبلية، وأن يشمل محتوى الإلتزام بالإعلام طبيعة العلاج المقترح بدقة والنتائج التي قد تترتب عن ذلك، وعلى الطبيب كذلك أن يوضح للمريض إن كانت طريقة العلاج المتبعة ضرورية أو مجرد مرغوب فيها، كما يجب أن يشمل الإلتزام بالإعلام على المخاطر المتصلة بالعلاج المقترح، وهنا المقصود بالمخاطر، المخاطر القابلة للتنبؤ، ما عدا إذا تعلق الأمر بعملية جراحية تجميلية، فإن الإلتزام بالإعلام يشمل كذلك المخاطر الإستثنائية<sup>4</sup>.

ولكن الإلتزام بالإعلام طبقا لما جاء به كل من المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري، وضع له إستثنائيين يمكن من خلالهما أن يتصل الطبيب منه، والمتمثلان في الحالة الإستعجالية أو استحالة إعلام المريض، وحالة ما إذا تنازل المريض عن حقه في الإعلام.

<sup>1</sup> - a. L.1111-2 du C. santé publ. : « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

<sup>2</sup> - Collignon (N), Information du patient et responsabilité, R.G.H., 2000, p. 145.

- Baron (D), Bresson (C), op. cit., étude n° 349.

- Champlong (L), Urgence et consentement en matière médicale, R.D.S., n°49, septembre 2012, p. 588.

<sup>3</sup> - نصت المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة و صادقة بشأن أسباب كل عمل طبي".

<sup>4</sup> - Mouralis (J-L), Obligation d'information du médecin, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 309.

فأما عن الحالة الإستعجالية أو استحالة إعلام المريض، فنجد أن كلتا الحالتين تعفي مهني الصحة من الإلتزام بالإعلام، وذلك لأن الطبيب مثلا أثناء قيام الحالة الإستعجالية ليس لديه الوقت الكافي لإعلام المريض حتى ولو كان بإمكان الطبيب من إعلامه، بل أنه أحيانا هناك إستحالة مطلقة لإعلام المريض، كأن يكون المريض فاقدًا للوعي، فالطبيب كما رأينا سابقا عليه إلتزام آخر، ألا وهو واجب التدخل بسرعة، وهذا يكفي للسماح للطبيب بالتدخل لإسعاف المريض دون أن يتقيد بإلتزام إعلام المريض<sup>1</sup>.

فالحالة الإستعجالية وإستحالة إعلام المريض هما مفهومان منفصلان وإن كانا يلتقيان بالكثير من الحالات، فحالة إستحالة إعلام المريض قد تكون في موضعين إثنين، أولهما يتعلق بإستحالة إعلام المريض إذا كان المريض في غيبوبة أو مضطرب دون الحاجة لعلاج سريع في الحال<sup>2</sup>، وثانيها يتعلق بإستحالة إعلام المريض لقيام الحالة الإستعجالية، أين يكون الطاقم الطبي في وضعية لا يُسمح له بإعلام المريض أو حتى أهله لضيق الوقت، لأن هناك خطر حال يجب إبعاده.

فالإلتزام بإعلام المريض الذي يواجه خطر الموت في أي لحظة يصبح من آخر أولويات الطاقم الطبي، وهذا ما أكدته المادة R.4127-36 والمادة R.4127-41 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>، حيث أن عدم إلتزام الطاقم الطبي بإعلام المريض في هذه الحالة (الحالة الإستعجالية غالبا) تكون دائما في صالح المريض، وهو ما ذهب إليه المشرع الجزائري في المادة 34 من مدونة أخلاقيات الطب ونص المادة 52 فقرة 2 من نفس المدونة، حيث أن كلا المادتين تلزم الطبيب بتقديم العلاج المناسب في الحالات الاستعجالية وتعفيه من الإلتزام بإعلام المريض<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - Byk (C), Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit, R.G.D.M., 2000, n° 3, n° 3, p. 12.

<sup>2</sup> - مثال عن إستحالة إعلام المريض دون قيام حالة إستعجالية، كأن يكون الشخص في حالة المريض مرض الموت دون حاجة لعلاج سريع (Soins palliatifs).

<sup>3</sup> - a. R.4127-36 du C. santé publ. : « Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

- a. R.4127-41 du C. santé publ. : « Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement ».

<sup>4</sup> - نصت المادة 34 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه : " لا يجوز اجراء أي عملية بتر أو استئصال لعضو من دون سبب طبي بالغ الخطورة، و ما لم تكن ثمة حالة استعجالية أو استحالة، الا بعد ابلاغ المعني أو وصيه

أما فيما يخص حالة ما إذا تنازل المريض عن حقه في الإعلام، فأحيانا يبدي المريض إرادته في أن لا يعلمه الطاقم الطبي عن حالته الصحية، التشخيص وحتى طريقة العلاج المتبع، إلا إذا كان هناك خطر يواجه الغير، فإذا كان غير ذلك، وجب على الطبيب وطاقمه احترام إرادته في التنازل عن حقه في الإعلام<sup>1</sup>، وهو ما جاء به المشرع الفرنسي في المادة R.4127-35 من قانون الصحة<sup>2</sup>.

أما المشرع الجزائري فلم ينص على إرادة المريض في التنازل عن حقه في الإعلام، ولكن بالرجوع للقواعد العامة التي تحكم العقد، فنستطيع القول بأن المريض له الحق في التنازل عنه، لأن العقد يخضع لإرادة الأطراف هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن هذا التنازل لا يخل بالنظام العام.

هذا فيما يخص الالتزام بإعلام المريض وقيام الحالة الاستعجالية، أما عن رضا المريض والحالة الاستعجالية، فنجد أنه من الناحية العملية وفي إطار تطبيق بروتوكولات العلاج، يواجه الطبيب في حالات كثيرة مرضى تحت حماية قانونية لعدم قدرتهم في إبداء رضاهم في قبول أو عدم قبول العلاج هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكنه أن يواجه مرضى لا يملكون القدرة المادية من إبداء رغبتهم أو إرادتهم في قبول العلاج أو من عدمه.

بالنسبة للمرضى الذين ليس لهم القدرة القانونية في إبداء الرضا، سواء أكان قاصرا غير مميز أو بالغ عاجز، فإنه في هذه الحالة ليس لهؤلاء الأشخاص أهلية قانونية تسمح لهم بإبداء إرادتهم، وبالتالي ينوب عنهم إما الأبوين أو الممثل الشرعي في ممارسة الحق في إبداء الرضا، ولكن هذا لا يمنع الطبيب من أن يحترم رغبة المعني (المريض) إذا كان هذا الأخير في حالة تمكنه من إبداء رأيه، وهذا ما جاءت به المادتين R.4127-42 و L.1111-5 المذكورة سابقا من قانون الصحة الفرنسي، ونص عنه كذلك المشرع الجزائري في نص المادة 52 من مدونة

---

الشرعي و موافقته ."

- نصت المادة 52 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه : " و يجب على الطبيب أو جراح الأسنان في

حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض ."

<sup>1</sup> - **Evin (C)**, Les droits de la personne malade, Rapport conseil économique et social, juin 1996, J.O.R.F., n° 16, juin 1996.

- **Champlong (L)**, op. cit., p. 589.

<sup>2</sup> - a. R.4127-35 du C. santé publ. : « Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination ».

أخلاقيات الطب، وذلك بنصه: " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي ويحصل على موافقتهم، ويجب على الطبيب أو جراح الأسنان في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض، وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يأخذ في حدود الامكان رأي العاجز البالغ بعين الاعتبار اذا كان قادرا على ابداء رأيه ".

ما نلاحظه عند مقارنة نص المادة R.4127-42 من قانون الصحة الفرنسي بنص المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب، نجد بأن المشرع الفرنسي قد أعطى الحق للطبيب بالتدخل للإسعاف المريض القاصر أو العاجز البالغ في الحالات الاستعجالية أو في حالة تعذر الاتصال بالولي أو الممثل الشرعي دون الحصول على موافقتهم، ثم أضافت المادة بأنه يمكن للطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار رأي المعني بالأمر " de l'intéressé "، فالمعني بالأمر هنا حسب نص هذه المادة قد يكون القاصر أو البالغ العاجز، أما المشرع الجزائري، فقد جاء بكل ما جاء به المشرع الفرنسي في المادة السابقة الذكر، إلا أنه عندما أضاف في المادة 52 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات الطب بأنه يمكن للطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار رأي المعني بالأمر، هنا أعطى الحق للبالغ العاجز فقط ولم يتكلم عن القاصر، فهل هذا معناه أن رأي القاصر لا يأخذ بعين الاعتبار؟.

ولتفصيل أكثر، هنا نميز بين حالتين، حالة أولى تتمثل في إبداء الرضا من طرف من له الحق في السلطة الأبوية، وحالة ثانية تتمثل في إبداء الرضا من طرف الممثل الشرعي للبالغ العاجز.

فأما عن الحالة الأولى والمتعلقة بإبداء الرضا من طرف من له الحق في السلطة الأبوية، قلنا سابقا أنه في الحالات الإستعجالية يجب على الطبيب أن يتدخل بسرعة وفي الحال ولهذا وجب على من له الحق في ممارسة السلطة الأبوية أن يتدخل بسرعة كذلك<sup>1</sup>.

ولكن في بعض الحالات، قد لا يتفق الأبوان عن طريقة ممارسة السلطة الأبوية وخاصة فيما يتعلق بصحة الطفل، في هذه الحالة نصت المادة 373-2-8 من القانون المدني الفرنسي، على أنه يمكن لأحد الأبوين أو النيابة العامة أو حتى الغير (الذي يمكنه أن يبلغ النيابة

<sup>1</sup> - Baron (D), Bresson (C), op. cit., étude n° 349.

العامة) بأن يتقدم بدعوى أمام قاضي الأحوال الشخصية حول كل ما يتعلق بممارسة السلطة الأبوية وتربية الأطفال لصالح الطفل<sup>1</sup>، وهنا على القاضي طبقاً لنص المادة 388-1 من نفس القانون، أن يأخذ بعين الاعتبار رغبة هذا الطفل والسماع له ما دام كان هذا في مصلحته<sup>2</sup>.

ولكن هذا الإجراء من غير المعقول إتباعه في الحالة الإستعجالية، لأن هناك حالة خطر حال قد تؤدي بحياة هذا القاصر إلى الهلاك، وبالتالي منافية تماماً للإلتزام الطبيب بالتدخل السريع في الحالات الإستعجالية<sup>3</sup>.

فإذا وقع الطفل ضحية حادث وتطلب ذلك نقله للمصلحة الإستعجالية، هنا على الطبيب أن يتدخل بصفته حامي لمصالح هذا الطفل، وهذا ما جاء في نص المادة R.4127-42 والمادة R.4127-43 من قانون الصحة الفرنسي<sup>4</sup>، ففي الحالة الإستعجالية، يمكن للطبيب أن يهمل إرادة الأبوين وبالتالي يمكنه أن يقدم العلاج الذي يراه مناسباً<sup>5</sup>.

ضف لذلك أن قانون 4 مارس 2002<sup>6</sup> قد أعطى الحق للقاصر أن يشارك في أخذ قرارات خاصة بصحته إذا كان في حالة تسمح له بإبداء رأيه، وذلك حتى في الحالات الإستعجالية<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. 373-2-8 du C. civ. : « Le juge peut également être saisi par l'un des parents ou le ministère public, qui peut lui-même être saisi par un tiers, parent ou non, à l'effet de statuer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et sur la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant ».

<sup>2</sup> - a. 388-1 du C. civ. : « Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge ou, lorsque son intérêt le commande, par la personne désignée par le juge à cet effet ».

<sup>3</sup> - **Verdier (P), Séailles (L)**, Juge des enfants, service d'aide sociale à l'enfance, complémentarité ou confusion des rôles ?, R.D.S.S., Sirey, Paris, 1994, p. 146.

- **Le mouland (J-J)**, L'assistance du mineur, une voie possible entre l'autonomie et la représentation, R.T.D.C., 1997, p. 2.

<sup>4</sup> - a. R.4127-42 du C. santé publ., cit.

- a. R.4127-43 du C. santé publ. : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

<sup>5</sup> - **Pansier (F-J)**, Le consentement dans la loi du 4 mars 2002, consentement à l'acte médical, Personne de confiance et refus de soins quelles conséquences pour les établissements de santé?, éd. Lamy, Novembre 2002, p. 9.

- **Jean (p)**, Urgence, information et consentement, p. 21.

<sup>6</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ. : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

<sup>7</sup> - **Champlong (L)**, op. cit., p. 595.

- **Le mouland (J-J)**, op. cit., p. 8.

المشروع الجزائري في المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب السالفة الذكر نص عن ضرورة حصول الطبيب أثناء تقديمه العلاج لقاصر، على رضا وموافقة الولي<sup>1</sup> إلا اذا تعذر الاتصال به أو في الحالات الاستعجالية، وهو ما أكدته المادة 244 فقرة 2 من قانون الصحة الجديد بنصها على أنه: " غير أنه في حالات الاستعجال أو في حالة مرض خطير أو معد، أو عندما تكون حياة المريض مهددة بشكل خطير، يجب على مهني الصحة أن يقدم العلاجات، وعند الاقتضاء، تجاوز الموافقة"<sup>2</sup>، فطبقاً لنص المادتين نجد أن الولي هو وحده من له الحق في ابداء الرضا الخاص بالحالة الصحية للقاصر، وبأن رأي القاصر ورضاه لا يأخذ بعين الاعتبار، على عكس المشروع الفرنسي - كما سبق ذكره - سواء أكان مميزاً أو غير مميز، إذ أنه لا يوجد أي استثناء يعطي على الأقل للمريض القاصر المميز الحق في ابداء رأيه في كل ما يتعلق بحالته الصحية، على عكس تماماً بما جاء به المشروع الفرنسي.

فالمشروع الجزائري عندما جاء في هاتين المادتين بلفظ " القاصر " لم يفرق بين القاصر المميز والقاصر غير المميز كما فعل في قانون الأسرة<sup>3</sup> والقانون المدني<sup>4</sup>، حيث أن تصرفات

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 343 فقرة 5 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: " تمارس حقوق الأشخاص القصر أو عديمي الأهلية، حسب الحالات من قبل الأولياء أو الممثل الشرعي".

<sup>2</sup> - وقع المشروع الجزائري في هذه المادة في خطأ يتعلق بالمرض الخطير، حيث أن المشروع ألزم الطبيب بتقديم العلاج، وعند الاقتضاء يمكنه تجاوز موافقة المريض، بمعنى آخر أنه حسب هذه المادة، حتى ولو رفض المريض المصاب بمرض الخطير العلاج، فإنه يمكن للطبيب من تقديم العلاج، وهذا أمر غير مقبول، لأن القانون يحمي حق المريض في رفض العلاج مع الأخذ بعين الاعتبار بعض الاستثناءات المذكورة سابقاً. ضف لذلك، ماذا يقصد المشروع من ذكره للمريض المهدهد بشكل خطير؟ لأنه في حقيقة الأمر، أن المريض المهدهد بخطر هي تواجد المريض في حالة استعجالية، أما إذا كان يقصد غير ذلك، فإنه كما رأينا سابقاً، لا يمكن للطبيب من تقديم العلاج من دون موافقة المريض أو وليه الشرعي.

<sup>3</sup> - نصت المادة 83 من قانون الأسرة الجزائري على أنه: " من بلغ سن التمييز ولم يبلغ سن الرشد طبقاً للمادة (43) من القانون المدني تكون تصرفاته نافذة إذا كانت نافعة له، وباطلة إذا كانت ضارة به، وتتوقف على إجازة الولي أو الوصي فيما إذا كانت مترددة بين النفع والضرر، وفي حالة النزاع يرفع الأمر للقضاء".

<sup>4</sup> - نصت المادة 43 من القانون رقم 05-10 المؤرخ في 20 جوان سنة 2005، يعدل ويتم الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر سنة 1975، متضمن القانون المدني معدل ومتمم، على أنه: " كل من بلغ سن التمييز ولم يبلغ سن الرشد وكل من بلغ سن الرشد وكان سفيهاً أو معتوها يكون ناقص الأهلية وفقاً لما يقرره

القاصر المميز إذا كانت نافعة له تكون نافذة، وإذا كانت ضارة تكون باطلة، وإذا كانت تدور بين النفع والضرر فإنها تتوقف على اجازة الولي أو الوصي، ولكن الأمر هنا لا يتعلق بتصرفات وحقوق مالية، وإنما يتعلق بصحة القاصر، فمن المستحيل أن نتكلم هنا عن العمل الطبي النافع أو العمل الطبي الضار أو حتى عن العمل الطبي الدائر بين النافع والضار، حيث أن العمل الطبي إذا كان نافعا فلا يطرح أي اشكال، ولكن إذا كان ضارا فهنا لا يمكننا الرجوع إلى الوراء بإبطال هذا العمل الطبي، وبالتالي لا يمكننا تطبيق القواعد العامة على هذه الحالة، ففي غياب نص خاص برضا القاصر المميز في كل ما يتعلق بصحته، فإنه علينا تطبيق ما جاء به المشرع الجزائري في مدونة أخلاقيات الطب، وعليه لا يحق للطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار رأي ورضا القاصر المميز، بل عليه الحصول على موافقة وليه إلا إذا استحال الاتصال به أو كانت حالة استعجالية قائمة تتطلب تدخل سريع من الطبيب.

أما الحالة الثانية والمتعلقة بإبداء الرضا من طرف الممثل الشرعي للبالغ العاجز، فنجد أن المشرع الفرنسي في المادة R.4127-42 من قانون الصحة نص على ضرورة حصول الطبيب على موافقة من الممثل الشرعي للبالغ العاجز فيما يخص تقديم العلاج، إلا إذا تعذر الاتصال به أو كانت هناك حالة استعجالية، ولكن إذا كان هذا البالغ العاجز قادرا على ابداء رأيه، فإنه على الطبيب أن يأخذ ذلك بعين الاعتبار<sup>1</sup>، وهو نفس ما جاء به المشرع الجزائري في نص المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب السابقة الذكر.

نص المشرع الفرنسي في المادة L.1111-6 قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، على أنه يمكن للبالغ أن يعين شخصا محل ثقة، والذي يمكن أن يكون أحد الوالدين أو قريب أو الطبيب

---

القانون".

<sup>1</sup> - Fossier (T), Harichaux (M), La tutelle à la personne des incapables majeurs : l'exemple du consentement à l'acte médical, R.D.S.S., Janvier-Mars 1991, p. 2.

<sup>2</sup> - a. L.1111-6 du C. santé publ. : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

المعالج، والذي ينوب عنه إن كان غير قادرا على التعبير عن إرادته أو غير قادر على الحصول المعلومات اللازمة، ولكن حسب هذه المادة، فإن الشخص محل الثقة يعبر عن ارادة المريض التي أدلى بها مسبقا (يتم إجراء هذا التعيين كتابيا، كما يمكن مراجعتها أو إلغائها في أي وقت).

فالملاحظ على نص هذه المادة هو أن المشرع الفرنسي لم يحدد إن كان بإمكان البالغ العاجز من تحديد الشخص محل الثقة، ما عدا الشخص المريض تحت الوصاية، إذ يجوز له أن يعين الشخص محل الثقة بعد إذن من القاضي أو مجلس العائلة، ولكن أغلبية الفقهاء يرون بأن الأشخاص تحت القوامة (curatelle) أو المساعدة القضائية لهم الحق كذلك في إختيار الشخص محل الثقة ما دام أنهم ليسوا مذكورين كإستثناء للقاعدة العامة ألا وهي "يحق لكل بالغ أن يعين شخص محل ثقة"<sup>1</sup>، وهذا ما لم ينص عنه ولم يأتي به المشرع الجزائري اطلاقا.

أما بالنسبة للمرضى الذين ليس لهم القدرة المادية في إبداء الرضاء، أين يقع الإنسان في بعض الحالات الإستعجالية في وضعية لا تسمح له بإبداء رأيه، أو يصعب عليه ذلك، ونظرا لخطورة وضعيته الصحية، وجب هنا على مهني الصحة التدخل بسرعة لإبعاد الخطر عنه، وهذا قد يدخل مهني الصحة في نزاعات بين حق المريض في إبداء إرادته وبين إلتزامهم في التدخل بسرعة.

ولفك كل نزاع قد يقع في هذا الشأن، وضع المشرع الفرنسي وكذلك الجزائري بعض التشريعات حيث أن المشرع الفرنسي نص في المادة 36-4127 R من قانون الصحة الفرنسي على أنه إذا كان المريض في حالة لا تسمح له بالتعبير عن إرادته، هنا وجب على الطبيب أن يعلم أقارب المريض إلا في الحالة الإستعجالية أو الإستحالة<sup>2</sup>، معنى ذلك أنه إذا كانت حياة

---

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer ».

<sup>1</sup> - **Fresnel (F)**, La personne de confiance et l'incapable, R.H.F., Septembre-Octobre, n°488, 2002, p. 62.

<sup>2</sup> - a. R.4127-36 du C. santé publ. : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que

المريض بعيدة عن الخطر، فإنه على الطبيب أن يحترم حق المريض في التعبير عن إرادته (الرضا)، سواء أكان ذلك من المريض مباشرة أو من الغير (الممثل الشرعي، أو الشخص محل الثقة...)، وهو نفس الحكم الذي جاء في نص المادة 4-1111.L من قانون الصحة الفرنسي<sup>1</sup>.

والملاحظ على نص المادتين 36-4127.R و 4-1111.L من قانون الصحة الفرنسي، أن كلاهما جاءا بلفظ "الإستحالة" "impossibilité"، فالإشكال الذي يطرحه هذا اللفظ يتعلق بالمقصود من الإستحالة، هل الأمر يتعلق بإستحالة المريض من التعبير عن إرادته، أم المقصود من الإستحالة هنا إستحالة مادية تتعلق بإعلام أقارب المريض؟ في هذه النقطة أغلبية الفقهاء يرون بأن المقصود في هاتين المادتين من لفظ "الإستحالة" هو الإستحالة المادية للإتصال بالأقارب<sup>2</sup>.

المشروع الجزائري عالج النزاع القائم بين حق المريض في ابداء الرضا والالتزام بالتدخل بسرعة في تقديم العلاج في نصي المادة 344 من قانون الصحة الجديد<sup>3</sup>، والمادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>4</sup>، فجاء بنفس ما جاء به المشروع الفرنسي، حيث أنه من خلال كلا المادتين، نجد أنه بإمكان الطبيب أن يعالج المريض في حالة خطر، والذي لا يمكنه أن يبدي رأيه ورضاه، أو

---

ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 ».

<sup>1</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ. : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L.1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical».

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 389.

<sup>3</sup> - نصت المادة 344 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: " في حالة رفض علاجات طبية، يمكن اشتراط تصريح كتابي، من المريض أو ممثله.

غير أنه، في حالات الاستعجال أو حالة مرض خطير أو معد، أو عندما تكون حياة المريض مهددة بشكل خطير يجب على مهني الصحة أن يقدم العلاجات، معند الاقتضاء، تجاوز الموافقة".

<sup>4</sup> - نصت المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يخضع كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض لموافقة حرة ومتبصرة أو لموافقة الأشخاص المخولين منه أو من القانون، وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم العلاج الضروري إذا كان في خطر أو غير قادر على الادلاء بموافقتة".

استحال الحصول على موافقة الأشخاص المخول لهم ذلك من ولي أو ممثل شرعي، دون انتظار الحصول على موافقتهم.

ولكن بالرجوع لنص المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، والتي نصت على أنه " يخضع كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض لموافقة حرة ومنتصرة أو لموافقة الأشخاص المخولين منه أو من القانون "، معنى هذا أن المشرع الجزائري ربط حق المريض في الموافقة على العلاج أو العمل الطبي بمدى جدية خطورة ذلك، معنى هذا أن الطبيب في حالة غياب الخطورة في العمل الطبي الذي قدمه للمريض، فإنه لا يحتاج لموافقته أو موافقة من خول له ذلك، وهذا خطأ ومنافي تماما لحق المريض في العلاج وكذلك منافي لحق المريض في رفض العلاج، فكان على المشرع أن يسقط جملة "... يكون فيه خطر جدي على المريض...".

ضف لذلك أن المادة 44 من نفس المدونة نصت في الأخير على أنه : "وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم العلاج الضروري إذا كان في خطر أو غير قادر على الادلاء بموافقته" معنى هذا أن الطبيب أو جراح الأسنان عليه تقديم العلاج الضروري اذا كان المريض في حالة خطر أو أن المريض غير قادر على الادلاء بموافقته، فهنا كذلك وقع المشرع الجزائري في خطأ، حيث أن حالة الخطر لا تعني بالضرورة قيام الحالة الاستعجالية، لأنه هناك أشخاص مصابين بأمراض خطيرة قد تؤدي بحياتهم في أي وقت الى الموت، ولكن رغم ذلك لا توجب قيام الحالة الاستعجالية، خاصة اذا كان هذا المريض قادرا على الادلاء برأيه، هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد أنه في حالة ما اذا كان المريض غير قادر على الادلاء بموافقته، لا يعني كذلك بالضرورة قيام الحالة الاستعجالية التي تسمح للطبيب بالتدخل دون الحصول على الموافقة، فهناك كذلك مرضى غير قادرين على ابداء رأيهم ولكن ليسوا في حالة الخطر الحال، فلكي يمكن للطبيب من التدخل دون الحصول على موافقة المريض أو ممثله الشرعي، فإنه يجب أن تقتزن عدم القدرة في ابداء الموافقة بتواجد المريض في حالة استعجالية، وعليه كان على المشرع الجزائري في نص هذه المادة أن يستبدل " أو " بـ "و" فيصبح بذلك نص المادة : " وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم العلاج الضروري إذا كان في خطر وغير قادر على الادلاء بموافقته".

في الواقع، نجد أن فرص إحترام إرادة المريض مرتبطة بالوقت الذي يحوزه الطاقم الطبي في الحصول على الرضاء قبل أن تتدهور حالته الصحية إلى أن تصل إلى حالة الخطر الحال

الذي قد يؤدي بحياته للهلاك، ولكن في بعض الحالات الإستعجالية نجد أن الطاقم الطبي له وقت كافي للبحث عن إرادة المريض أو على الأقل أحد أقاربه<sup>1</sup>، فهنا على الطاقم الطبي أن يحترم حق المريض في التعبير عن إرادته سواء أكان من طرفه هو أو من أحد أقاربه<sup>2</sup>.

ضف لذلك أن هناك حالات أين يكون المريض قد عبر عن إرادته في قبول علاج معين، مثلا عملية جراحية مبرمجة مسبقا، وأثناء هذه العملية حدثت مضاعفات أدت بذلك لخلق حالة إستعجالية، فهنا الجراح ليس ملزما بالبحث عن رضاء آخر، بل ملزم بالتدخل السريع، ففي هذه الحالة، يرى بعض الفقهاء بأن الرضا في هذه الحالة هو رضا مفترض أساسه حالة الضرورة (أي الحالة الإستعجالية)<sup>3</sup>.

خلاصة القول أن الرضا هو حق شخصي أساسي من حقوق المريض الإستشفائية لا يمكن إهماله في كل الحالات الإستعجالية، إذ على الطاقم الطبي البحث عن الرضا سواء من المريض نفسه، أو من أحد أقاربه، أو من الممثل الشرعي له، أو حتى من الشخص محل الثقة الذي عينه مسبقا. والحالة الإستعجالية في حقيقة الأمر تخفف من إلتزامات الطبيب دون أن يصل هذا لحد نسيان حقوق المريض بسهولة<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - مثلا شخص يصاب بما يعرف بنقص التروية أو الإسكيمية (ISCHEMIE) لأحد الأطراف السفلى، فهذه الحالة هي حالة إستعجالية تستدعي تدخل الطب الجراحي، إلا أن هذه العملية الجراحية يمكن تأجيلها لعدة ساعات إذا كان التشخيص مبكرا وتدخل الأطباء بإعطائه مضاد لتخثر الدم لتأخير عملية تجلطات الدم (Thromboembolique).

<sup>2</sup> - **Batteur (A)**, Le consentement sur son corps en matière médicale, in colloque sur « La libre disposition de son corps », Caen, éd. Bruylant, 2009, p. 47.

- **Champlong (L)**, op. cit., p. 590.

<sup>3</sup> - **Fresnel (F)**, op. cit., p. 65.

<sup>4</sup> - إذا كان العمل الطبي لا يتطلب أن ينفذ بسرعة، أو أنه يحتمل خطورة أكثر من الفائدة بتدخله هذا، فإنه على الطبيب أن يعطي إمكانية للمريض من إبداء رأيه، وذلك بقبول أو رفض العلاج، والعكس، إذا كان تدخل الطبيب يحمل فائدة أكثر من المخاطر، فهنا على الطبيب أن يتدخل لتقادي مخاطر أكثر حتى ولو كان ذلك دون الحصول على رضا المريض:

C. cass., 1ère civ., du 25 mars 1991, 89-20.556, Inédit, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que M. X... reproche à l'arrêt confirmatif attaqué (Saint-Denis de La Réunion, 7 juillet 1989) de l'avoir débouté de ses demandes, alors, selon le moyen, d'une part, qu'en se bornant à constater qu'il résultait du rapport d'expertise que les soins donnés avaient été appropriés, sans rechercher, comme l'y invitaient les conclusions, si les doses de "diamicon" administrées avaient été suffisantes et si d'autres précautions n'auraient pas dû être prises durant les heures ayant précédé

ما يمكن قوله كذلك، أن الرضا هو مقياس لحق المريض بالإعلام الذي قدم له، حيث أنه إذا إستحال إعلام المريض في الحالة الإستعجالية، فإن الرضا يصبح بالضرورة مستحيل أو شائب بعيد من عيوب الإرادة، وهنا الكثير من الفقهاء يطالبون بتطبيق نفس الأحكام المتعلقة بالحق في الإعلام على الحق في التعبير عن إرادته (الرضا)<sup>1</sup>.

تكلما عن الرضا في جانبه الإيجابي، بمعنى أن المريض قد قبل العلاج، ولكن هناك كذلك الجانب السلبي للرضا والمتمثل في رفض العلاج، ففي إطار الإستعجالات الطبية، نجد أن رفض العلاج له عواقب ونتائج تختلف باختلاف الشخص الذي رفضه.

فإذا كان رفض العلاج من طرف شخص بالغ كامل الأهلية، فنجد أن نصت المادة R.4127-36 من قانون الصحة الفرنسي وبصريح العبارات، على أنه إذا كان المريض في حالة تسمح له بالتعبير عن إرادته ورفض كل علاج مقترح أو تشخيص، فإنه على الطبيب أن يحترم إرادة هذا المريض بعد أن أعلمه بالنتائج المتوقع حدوثها<sup>2</sup>، معنى هذا أن المريض له كل الحق في قبول أو رفض الإختبارات الطبية أو العلاج المقترح عليه، ونفس الحكم جاء في نص المادة L1111-4 فقرة 2 من نفس القانون، حيث نصت المادة على الزام الطبيب باحترام ارادة المريض إذا رفض العلاج بعد أن قام بشرح له طريقة العلاج والمخاطر التي قد تصيبه، كما أنه يحق للطبيب الإستعانة بزميل له في محاولة منه لإقناع المريض بضرورة العلاج<sup>3</sup>.

---

l'installation de la nécrose, la cour d'appel a privé sa décision de base légale ; alors, d'autre part, que le contrat entre le chirurgien et son client comporte pour le premier l'obligation de ne procéder à une intervention chirurgicale déterminée qu'après avoir, sauf urgence ou cas de force majeure, obtenu l'assentiment du malade ; qu'en considérant que dès lors qu'aucune faute professionnelle n'avait été commise, l'autorisation de M. X... n'avait pas à être demandée, la cour d'appel a violé l'article 1147 du Code civil ; et alors, enfin, qu'en ne recherchant pas si l'urgence avait empêché le chirurgien de demander à M. X... son consentement avant de procéder à l'amputation, la cour d'appel a privé sa décision de base légale ; Mais attendu, d'abord, qu'en énonçant, tant par motifs propres qu'adoptés, que les soins prodigués et le traitement administré à M. X..., qui comprenait du "diamicron", à l'hôpital local de Saint-Benoît avaient tendu à rééquilibrer son diabète et que les soins donnés avaient été appropriés, la cour d'appel, répondant aux conclusions invoquées, a légalement justifié sa décision ; ».

<sup>1</sup> - Harichaux (M), Le contrat médical, L'exercice à titre libérale, D. méd. hosp., éd. Litec, 1999, fasc. 81.

<sup>2</sup> - a. R.4127-36 du C. santé publ. : « Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ».

<sup>3</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ. : « Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai

هناك كذلك نص المادة R.1112-16 من قانون الصحة الفرنسي، الذي سمح للمريض أو الجريح في المصلحة الإستعجالية، بأن يغادر المستشفى بعد إمضائه شهادة تبين رفضه للعلاج<sup>1</sup>، ولكن في بعض الحالات يمكن للطاقم الطبي أن يمنع المريض من مغادرة المستشفى حتى ولو كان ذلك بإستعمال القوة، وذلك إما بإمكانيات كيميائية (حقنة) أو جسدية، وهذا في حالة ما إذا كان الهدف من تقديم العلاج تحقيق المصلحة العامة، كتقديم علاج لمريض لمنع انتشار وباء ما<sup>2</sup>.

المشعر الجزائري في المسألة المتعلقة برفض العلاج من طرف البالغ الكامل الأهلية، لم يفصل فيها كثيرا، حيث أنه في المادة 49 من مدونة أخلاقيات الطب اكتف بالاشتراط على المريض في حالة رفضه للعلاج الطبي، أن يقدم تصريحا كتابيا يبين فيه صراحة رفضه، بنصها على أنه: "يشترط في المريض، اذا رفض العلاج الطبي، أن يقدم تصريحا كتابيا في هذا الشأن"، ولكن من خلال المادة 343 والمادة 344 من قانون الصحة الجديد، نجد أن المشعر الجزائري إضافة لشرط تقديم تصريح كتابي خاص برفض العلاج من طرف المريض، وذلك بنصها صراحة في نص المادة 344 فقرة 1 من قانون الصحة الجديد على أنه: "في حالة رفض علاجات طبية، يمكن اشتراط تصريح كتابي من المريض أو ممثله الشرعي"، ألزم الطبيب أن يعلم المريض بالمخاطر والعواقب التي قد تنتج عن هذا الرفض، خاصة إذا كان المريض في خطر حال<sup>3</sup>، فمن خلال نص المادتين، يمكننا القول بأن الطبيب ملزم بإحترام حق المريض في رفضه للعلاج حتى

---

raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L.1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

<sup>1</sup> - a. R.1112-16 du C. santé publ. : « Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé ».

<sup>2</sup> - **Segade (J-P)**, La nouvelle donne du consentement, R.G.H., Aout-Septembre 1999, p. 472.

<sup>3</sup> - نصت المادة 343 فقرة 2 و3 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: "ويجب على الطبيب احترام ارادة المريض، بعد اعلامه بالنتائج التي تنجر عن خياراته.

وتخص هذه المعلومة مختلف الاستكشافات أو العلاجات أو الأعمال الوقائية المقترحة ومنفعتها وطابعها الاستعجالي المحتمل وعواقبها والأخطار الاعتيادية أو الخطيرة التي تنطوي عليها والتي يمكن عادة توقعها، وكذا الحلول الأخرى الممكنة والعواقب المتوقعة في حالة الرفض".

ولو كانت حالته تتطلب التدخل السريع لإسعافه، إلا إذا اقتضى الأمر حماية السكان، فهنا يمكن للطبيب تقديم علاج للمريض رغم رفضه له، خاصة إذا كان الأمر مستعجلاً.

وما نلاحظه من خلال مقارنتنا للنصوص التي جاء بها المشرع الفرنسي بالنصوص التي جاء بها المشرع الجزائري، نجد أن المشرع الفرنسي نص صراحة على ضرورة احترام حق المريض البالغ في رفض العلاج من طرف الطبيب حتى ولو كان في حالة استعجالية، أما المشرع الجزائري فلم ينص على ذلك صراحة، بل يمكننا أن نستشفه من خلال تحليلنا للنصوص المذكورة أعلاه.

والإعتراف بحق المريض في رفضه العلاج من طرف المشرع، خلق معضلة أين تجعل الطبيب في حيرة بين إحترام قيمة حياة الإنسان، وإحترام حق المريض في رفض العلاج، خاصة إذا كان المريض في حالة استعجالية لا تقبل التأخر في تقديم العلاج<sup>1</sup>.

فمن خلال السوابق القضائية في فرنسا، نجد أن القضاة أحيانا حكموا لصالح الطبيب الذي لم يحترم حق المريض في رفض العلاج<sup>2</sup>، وأحيانا أخرى حكموا لصالح المريض بحجة أن الطبيب لم يحترم حق المريض في رفض العلاج<sup>3</sup>، وأحيانا أخرى حكموا لصالح المريض بالرغم من أن الطبيب إحترم حق المريض في رفض العلاج<sup>4</sup>، وأحيانا أخرى حكموا لصالح الطبيب رغم وفاة المريض الذي رفض العلاج<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - Pansier (F-J), op. cit., p. 9.

<sup>2</sup> - C.E., statuant au contentieux, N° 198546, lecture du vendredi 26 octobre 2001, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « L'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade. Toutefois ne commet pas de faute de nature à engager la responsabilité du service public le médecin qui, quelle que soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur ses convictions religieuses, a choisi, compte tenu de la situation extrême dans laquelle celui-ci se trouvait, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

<sup>3</sup> - C. cass., 1ère civ., Audience publique du 11 octobre 1988, N° 86-12832, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « ... Attendu, cependant, qu'il résulte des propres constatations des juges du fond que le consentement de Mme Y... n'a pas été sollicité avant cette intervention, alors que celle-ci n'était pas destinée à prévenir un danger immédiat pour sa vie, mais seulement à empêcher un risque futur en cas d'une éventuelle nouvelle grossesse et qu'elle impliquait de surcroît un choix strictement personnel de la part de l'intéressée ».

<sup>4</sup> - C. cass., 1ère civ., Audience publique du 7 novembre 1961, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « medecin chirurgien - responsabilite - faute - examen prealable - examen juge indispensable - refus du malade de s'y preter - constatations necessaires saisis d'une action en responsabilite dirigee contre un oculiste ayant pratique la suture d'une plaie penetrante dont un blesse etait atteint a l'oeil, sans verifier a l'aide d'une radiographie si cette plaie ne contenait pas encore un corps etranger, les juges du fond sont en droit de retenir la responsabilite de ce medecin apres avoir releve que meme si, contrairement a

ولكن الرأي الراجح لمعالجة هذه المعضلة يتمثل في تفضيل إنقاذ حياة المريض على فكرة إحترام حقه في رفض العلاج<sup>2</sup>.

أما إذا كان رفض العلاج من طرف الممثل الشرعي للعاجز أو الأبوين في حالة إستعجالية، فإنه كما قلنا سابقا، أن الممثل الشرعي للمريض العاجز يحمي مصلحة هذا الأخير، وهنا يمكننا أن نطرح السؤال إن كان من مصلحة المريض أن يرفض الممثل الشرعي العلاج المقترح؟ فمهما كان سبب الرفض، فإن الطبيب في هذه الحالة يكون في مواجهة حالة رفض العلاج من طرف الغير بإسم شخص آخر قد تكون مصلحة المعني غير المصلحة التي يقررها مكانه هذا الغير (الممثل الشرعي).

فالصعوبة من الناحية العملية التي تواجه الأطباء غالبا، هي حينما يكون التعبير عن رفض العلاج من طرف أبوي الطفل الذي يوجد في حالة خطر حال لأسباب دينية أو غيرها، بل الأخطر من ذلك أن رفض الأبوين للعلاج قد يكون الهدف منه طمس حقيقة متعلقة بسوء معاملة الطفل<sup>3</sup>.

فمن الناحية النظرية، نجد أنه في غياب الحالة الإستعجالية، ما على الطبيب في حالة رفض العلاج من الأبوين أو الممثل الشرعي إلا أن يحاول إقناعهم بضرورة وفائدة العلاج المقترح، فإذا بقي هذا الرفض قائما، هنا وطبقا لنص المادة R.4127-43 من قانون الصحة الفرنسي المذكورة أعلاه، نجد أن الطبيب هو الحامي الشرعي للطفل عندما تكون مصلحته الصحية غير مفهومة وغير مصونة من طرف محيطه.

---

l'affirmation de son client, celui-ci avait refuse de se soumettre a une radiographie, il lui appartenait, etant convaincu de la necessite d'un tel examen, d'exiger une constatation ecrite de l'attitude de celui-ci et de refuser dans de telles conditions de refermer une plaie qui pouvait encore contenir un eclat ».

<sup>1</sup> - C. cass., crim., audience publique du 3 janvier 1973, N° de pourvoi: 71-91820, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « medecin chirurgien - Omission de porter secours - Abstention volontaire - Malade refusant les soins prescrits (non). Ecarte à bon droit le chef d'inculpation fondé sur l'application de l'article 63 alinéa 2 du Code pénal, l'arrêt d'une chambre d'accusation qui constate que la thérapeutique adéquate ordonnée par le médecin n'a pu être appliquée en raison du refus obstiné du malade de se soumettre aux soins prescrits ».

<sup>2</sup> - **Jean (p)**, Urgence, information et consentement, p. 21.

<sup>3</sup> - **Karmann (J-F)**, Le refus de soins chez l'enfant et l'adolescent, in Actes du colloque sur « Une éthique en rééducation », colloque des 11 et 12 Juin 1993, éd. E.N.S.P., p 41.

أما نص المادة L.1111-4-5 من نفس القانون، والمذكورة سابقاً، فقد أعطت الحق للطبيب بمعالجة الطفل عندما يكون خيار الأبوين قد يؤدي نتائج خطيرة على صحة الطفل، لأنه يجب أن لا ننسى أن السلطة الأبوية على الطفل ليست حق وإنما واجب<sup>1</sup>، وهذا ما يمكن الطبيب من التدخل كحامي للطفل بحرية أكبر، ونفس الحكم يطبق على البالغ الناقص الأهلية.

وهو نفس الحكم الذي جاء به المشرع الجزائري في المادة 53 من مدونة أخلاقيات الطب وذلك بنصه صراحة على أنه: " يجب أن يكون الطبيب أو جراح الأسنان حامي الطفل المريض عندما يرى مصلحة هذا الأخير الصحية لا تحظى بالتفهم اللائق أو باعتبار المحيط لها "، معنى هذا أنه في حالة رفض العلاج من الأبوين، فإنه يمكن للطبيب من التدخل للتقديم العلاج المناسب والعاجل بصفته حامي للمصلحة الصحية للطفل المريض خاصة في حالة قيام الحالة الاستعجالية.

ولمواجهة مشكلة رفض العلاج سواء أكان اتجاه طفل أو بالغ ناقص الأهلية في الحالات الإستعجالية، نجد أنه هناك وسيلتين لمواجهة ذلك.

الوسيلة الأولى تتمثل في طلب تطبيق تدابير المساعدة التربوية، فمن خلال نص المادة 375 من القانون المدني الفرنسي<sup>2</sup>، نجد أنه يمكن للقاضي أن يقوم بتطبيق تدابير المساعدة التربوية بطلب من الأبوين أو أحدهما، أو بطلب من الوصي أو الممثل الشرعي، أو من القاصر نفسه أو بطلب من النيابة العامة، وهذا إذا كانت صحة وأمن هذا القاصر غير المميز في خطر.

كذلك نجد أن المادة R.1112-35 من قانون الصحة الفرنسي قد أعطت الحق أيضاً للطبيب في تبليغ النيابة العامة من أجل تطبيق تدابير المساعدة التربوية (الإجتماعية) لتمكين الطفل القاصر من الحصول على الرعاية الصحية اللازمة<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - **De touzalin (H)**, Le refus de consentement a un traitement par les parents d'un enfant mineur en danger de mort, J.C.P., éd. G., 1974, n° 2672.

<sup>2</sup> - a. 375 du C. civ. : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public ».

<sup>3</sup> - a. R1112-35 du C. santé publ. : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer

ما نلاحظه على نص هذه المادة، أنه بإمكان الطبيب إبلاغ وكيل الجمهورية عن حالة الطفل القاصر، وبعد ذلك وكيل الجمهورية يقوم بتحريك الدعوى العمومية، فهذا الإجراء في حقيقة الأمر يأخذ وقت كبير، إذا فهي لا تحمي المريض القاصر إذا كانت هناك حالة استعجالية قائمة<sup>1</sup>، ولهذا جاء نص المادة 5-375 فقرة 2 من القانون المدني لحل هذا المشكل بإعطاء الحق<sup>2</sup> لوكيل الجمهورية في الحالة الإستعجالية بتطبيق بنفسه تدابير المساعدة التربوية مع إبلاغ القاضي المختص من أجل إعتقاد قراره في ظروف تسمح ضمان حقوق الأبوين<sup>3</sup>.

أما المشرع الجزائري فلم ينص على هذا الاجراء الخاص بتطبيق تدابير المساعدة التربوية، فبالنسبة للمشرع الجزائري يبقى الحل هو تدخل الطبيب لعلاج القاصر أو تبليغ السلطات المختصة في حالة ما إذا اتضح أن هذا القاصر يعاني من الحرمان وسوء المعاملة، والتي قد تشمل عدم تقديم له الرعاية الصحية المناسبة، وهو ما جاء في نص المادة 54 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: " يجب على الطبيب أو جراح الأسنان المدعو للإعتناء بقاصر، أو شخص معوق، إذا لاحظ أنها ضحية معاملة قاسية، أو غير انسانية أو حرمان، أن يبلغ بذلك السلطات المختصة".

الوسيلة الثانية والتي تتمثل في تدخل الطبيب مباشرة لعلاج القاصر أو البالغ ناقص الأهلية،حيث أنه ومن خلال نص المادة 42-4127 R. من قانون الصحة الفرنسي، ونص المادة

---

une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ».

<sup>1</sup> - **De touzalin (H)**, op. cit., n° 2672.

<sup>2</sup> - a. 375-5 du C. civ. : « En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure. Si la situation de l'enfant le permet, le procureur de la République fixe la nature et la fréquence du droit de correspondance, de visite et d'hébergement des parents, sauf à les réserver si l'intérêt de l'enfant l'exige ».

<sup>3</sup> - **Deiss (A)**, L'intervention du juge et la santé des mineurs, Dr. enf. fam., n°29, 1990, p. 216.

- **Deiss (A)**, Le juge des enfants et la santé des mineurs, J.C.P., éd. G., 1983, n° 3125.

52 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري<sup>1</sup>، نجد بأنه على الطبيب أن يسعى جاهدا للحصول على رضا الممثل الشرعي، فنص المادتين جاءا بلفظ "s'efforcer" (يسعى جاهدا)، معنى هذا أنه بإمكان الطبيب من التدخل دون موافقة الممثل الشرعي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد أن نفس المادة سواء التي أتى بها المشرع الفرنسي أو المشرع الجزائري، ألزمت الطبيب بتقديم العلاج في الحالات الإستعجالية حتى في غياب الممثل الشرعي، فالخطر الوشيك يبرر تدخل الطبيب في تقديم العلاج دون الحصول على موافقة الممثل الشرعي أو الأبوين<sup>2</sup>.

فإذا إنطلقنا من مبدأ أن الممثل الشرعي أو الأبوين رفضا العلاج، وأن حالة المريض في خطر وشيك، فهنا إتباع الإجراءات القانونية لتقديم العلاج تأخذ وقت كبير، ما قد يؤدي إلى نتائج وخيمة قد تصل إلى حالة الوفاة، ولهذا في هذه الحالة جاء المشرع الفرنسي والجزائري، بحلين يمكن من خلالهما للطبيب من تقديم العلاج السريع.

الحل الأول يتمثل في محاولة الحصول على رضا المريض غير القادر، هذا إذا رأى الطبيب بأنه قادر على التعبير عن إرادته بإختيار ما هو في مصلحته.

أما الحل الثاني فيتمثل في تقديم العلاج رغم إعراب الممثل الشرعي أو أبويه عن رفضهم للعلاج، إذ يجب تقديم العلاج في الحالات الإستعجالية للقاصر أو البالغ غير القادر دون انتظار رضا الممثل الشرعي أو حتى في حالة رفض العلاج من طرف هذا الأخير<sup>3</sup>.

فالأحكام التي جاء بها كل من المشرع الفرنسي والجزائري، تبين بأنه على الممثل الشرعي أو الأبوين أن يضعا تقديرهما دائما للمصلحة الصحية للمريض، وهذا لحمايته و ليس للإضرار به، خاصة أن هذه الأحكام مرتبطة بصفة مباشرة بالمريض وليس بمثله الشرعي أو أبويه.

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا إخطار الأولياء أو الممثل الشرعي و يحصل على موافقتهم، و يجب على الطبيب أو جراح الأسنان في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض، وعلى الطبيب أو جراح الأسنان أن يأخذ في حدود الامكان رأي العاجز البالغ بعين الاعتبار اذا كان قادرا على ابداء رأيه".

<sup>2</sup> - Garay (A), Les implications du refus parental de transfusion sanguine, Gaz. Pal., n°12 & 13 Juillet, 1995, p. 929.

<sup>3</sup> - De touzalin (H), op. cit., n° 2672.

وفي الأخير، ما يمكن إضافته هو أنه في بعض الحالات، نجد أن الطبيب ليس في حاجة أصلاً للبحث أو الحصول عن الرضا، وهذا نجده في الحالة المتعلقة بالمرضى المصابين بالأمراض العقلية، ونفس الشيء إذا كان هذا المريض المصاب بمرض عقلي في حالة خطر حال ووشيك قد يصيب سلامته أو سلامة الغير، فإنه في هذه الحالة يحق لمدير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية، بأن يدخله إلى مستشفى الأمراض العقلية، وهذا إما بطلب من الوصي أو القيم، وأحياناً من الوالي (le préfet)<sup>1</sup>.

## المبحث الثاني

### إلتزامات الطاقم الطبي في الحالات الإستعجالية

من بين المبادئ التي تنظم أخلاقيات مهنة الطب، نجد أن الطبيب دائماً في خدمة الفرد والصحة العمومية، ويتجلى ذلك في إحترام الحياة الخاصة وكرامة المريض.

ولحماية الفرد هناك ضمانات أخرى تحكم النشاطات الطبية، من بينها منع مهني الصحة ممارسة الطب على أنها تجارة، لأن التاجر هدفه الربح قبل كل شيء على عكس الطبيب الذي هدفه الأساسي هو علاج المريض، وحتى المريض المحتاج، ففكرة الربح مستبعدة في مهنة الطب.

والحالة الإستعجالية للمريض لا تقيد فقط المريض في حريته وإستقلاليته، بل تمس حتى مهني الصحة في إطار قيامهم بعملهم، وخاصة ما يتعلق بصحة وحياة المريض التي تعد من أولوياتهم المطلقة الخارج عن كل إعتبار، بمعنى آخر نقول أنه على مهني الصحة في الحالة الإستعجالية للمريض أن يكون في خدمة المريض، فعال وكفؤ.

---

<sup>1</sup> - Vandendriessche (X), Le droit des hospitalisations psychiatriques : derniers développements, R.D.S.S., n° 1, janvier-mars 1992, p. 2.

فالإستعجالات الطبية لها أثر على النشاط العادي للطبيب في إلزامه بالتدخل، وهذا ما سنعالجه في المطلب الأول، وفي مقابل ذلك ترك له الحرية الكاملة في إستعمال إمكانياته أثناء تدخله في تقديم الرعاية الصحية اللازمة، و هو موضوعنا في المطلب الثاني.

## **المطلب الأول: الإلتزام بالتدخل السريع.**

في الحالات العادية للمريض، نجد أن الطاقم الطبي وخاصة الطبيب، بأنه يتمتع بحرية الإمتناع عن علاج مريض لأسباب شخصية محضة، فحرية الطبيب في قبول أو رفض علاج مريض واللازمة لإستقلالته المهنية، مقيدة بمبدأ أساسي يقره القانون والدستور، ألا وهو الحق في العلاج، ولكن هذا في حالة قيام الحالة الإستعجالية للمريض. فالحالة الإستعجالية تمثل حالة يمكن من خلالها للمريض أن يلزم الطبيب بتقديم له العلاج.

ففي الحالة الإستعجالية للمريض التي تتطلب التدخل الحال والسريع، يواجه الطاقم الطبي واجب إنساني، والذي يستند قبل كل شيء على إلزامية التدخل السريع لمحاولة منه وضع حد للخطر الحال بالمريض، والذي له نطاق يجب مراعاته وإحترامه.

## **الفرع الأول: الطبيعة القانونية للإلتزام بالتدخل السريع.**

التدخل السريع لمعالجة المريض في الحالة الإستعجالية هو إلتزام يجب أن يحترمه كل الطاقم الطبي وخاصة الطبيب، وفي نفس الوقت هو حق من حقوق المريض المتواجد في حالة خطر حالة.

وهذا الإلتزام نص عنه المشرع الفرنسي في قانون الصحة في مادته R.4127-9 والتي نص فيها على ضرورة تدخل الطبيب بإسعاف أو التأكد من أن علاجا قد قدم لشخص مريض في حالة خطر أو مصاب بجروح<sup>1</sup>. ونفس الحكم توجه إليه المشرع الجزائري من خلال المرسوم رقم

<sup>1</sup> - a. R.4127-9 du C. santé publ. : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il

276-92 والمتضمن مدونة أخلاقيات الطب في مادته 9 والتي نصت على أنه: " يجب على الطبيب أو الجراح الأسنان أن يسعف مريضا يواجه خطرا وشيكا، أو أن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له".

فهاتين المادتين تكلمتا على نفس الإلتزام، ألا وهو الإلتزام بالتدخل في إسعاف المريض في حالة الخطر الوشيك، وهذا الإلتزام قد أثار مطولا جدلا فقهيًا حول الطبيعة القانونية لهذا الإلتزام حيث أن الفقهاء بحثوا مطولا عن الأساس القانوني الذي من خلاله يستند إلتزام الطبيب بالتدخل لإسعاف المريض في حالة خطر هذا من جهة، ومن جهة أخرى يسمح للطاقم الطبي وخاصة الطبيب التدخل في حياة الآخرين.

قلنا سابقا أن رضا المريض في الحالة الإستعجالية (الخطر الوشيك) غالبا ما يكون غير فعال أو منعدم، وبالرجوع لنص المادة 1108 من القانون المدني الفرنسي نجد أن الرضاء شرط أساسي لقيام أي اتفاق<sup>1</sup>، ونفس الشيء جاء به المشرع الجزائري، وذلك في نص المادة 59 من القانون المدني الجزائري التي نصت على أنه: " يتم العقد بمجرد أن يتبادل الطرفان التعبير عن إرادتهما المتطابقتين دون الاخلال بالنصوص القانونية"<sup>2</sup>، معنى هذا، أنه لقيام عقد أو اتفاق وجب توفر عدة شروط، نذكر منها الرضاء، وهو ما لا يكون غالبا متوفرا في الحالات الاستعجالية.

في الواقع، هناك العديد من الحالات الإستعجالية للمريض التي تضعف صحة المريض في إبداء رأيه ورضاه، ومع كل هذا، فإننا نجد أن نهاك علاقة قانونية تنجز بين المريض في حالة الخطر الوشيك (الحالة الإستعجالية) والطاقم الطبي الذي يقدم له العلاج، مع العلم أن هذا الأخير إذا لم يتدخل بتقديم العلاج فإنه سيعاقب، وهنا يكمن إختلاف الفقهاء في تحديد العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض في الحالات الاستعجالية.

---

reçoit les soins nécessaires ».

<sup>1</sup> - a. 1108 du C. civ. : « Quatre conditions sont essentielles pour la validité d'une convention :

Le consentement de la partie qui s'oblige ;

Sa capacité de contracter ;

Un objet certain qui forme la matière de l'engagement ;

Une cause licite dans l'obligation ».

<sup>2</sup> - الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر سنة 1975، متضمن القانون المدني، ج.ر عدد 78 بتاريخ 30 سبتمبر 1975.

إذ يرى أصحاب هذا الرأي وعلى رأسهم كل من البروفيسور (F-J) Pansier و (P) Delebecque، أن العلاقة بين المريض والطبيب في الحالات العادية هي علاقة تعاقدية بمعنى آخر أنه هناك عقد بين المريض والطبيب، بحيث يلتزم الطبيب بمقابل أجر بأن يقوم بتقديم خدمة مادية أو معنوية للمريض، وفي الحالة الإستعجالية للمريض، فإن هذا العقد لا يزول وإنما يتحول إلى إتفاق بمساعدة طوعية دون مقابل. فحسب هذا الرأي فإن الإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض، ناتج عن عقد أين يكون فيه الهدف الأساسي هو مصلحة المريض، وبالتالي فالعلاقة القانونية حسب رأيهم تدخل في دائرة العقود بدون عوض أو عقود التبرع، فالطبيب هنا يقدم خدمة تطوعية، وهذا ما جعل مجموعة من هذا التيار تكيف العلاقة القانونية بين المريض والطبيب في الحالة الإستعجالية على أنها شبه عقد ولكن لها نفس نتائج وآثار العقد، بل أن هناك من قال بأنها تدخل في إطار العقود غير المسماة<sup>1</sup>.

أما الرأي الثاني وهو رأي البروفيسور (M) Harichaux، الذي يرى بأن الطبيب الذي يسعف مريض في خطر وشيك (حالة إستعجالية) فإنه بتدخله هذا قد خلق بينه وبين المريض المسعف علاقة إدارة أعمال شبه تعاقدية<sup>2</sup>، بمعنى آخر، أن الطبيب في هذه الحالة بتدخله، قد قبل ضمناً بالتكفل بإسعاف المريض، وبأن رضا وإرادة المريض المسعف تكون محتملة.

ولكن هذا الرأي انتقد كذلك على أساس أن هذا التكيف لا يناسب لحد كبير العلاقة بين الطبيب والمريض المسعف، وبأن هذه العلاقة في حقيقة الأمر اعتمدها القضاة لتسمح لهم الحكم وتحقيق العدالة للطبيب الذي تدخل بحسن نية، أما في حالة غياب الحالة الإستعجالية، فالقاضي لا يعتمد على هذا التكيف.

انتقدت هذه النظرية كذلك على أساس أنه في الوكالة يشترط قبول الوكيل لدوره، ولكن في الحالة الإستعجالية ليس كذلك، لأن الحالة الإستعجالية أو الخطر الوشيك هو الذي يولد العلاقة بين الطبيب والمريض المسعف، والتي بدورها تلزم الطبيب بالتدخل بدون أن تكون له أي إرادة في قبول أو رفض التدخل في إسعاف وعلاج هذا المريض. ضف إلى ذلك، نجد أنه عندما يتدخل

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 471.

<sup>2</sup> - هذه العلاقة تختلف عن الوكالة التي يقوم بموجبها الموكل بالتصرف بأمر من الوكيل.

الطبيب في إسعاف المريض فإن تدخله هذا ليس بالضرورة بتطوع منه، ولكن في غالب الأحيان لأن هناك قيود قانونية ومعنوية تجبره على ذلك<sup>1</sup>.

وهناك رأي آخر ومنهم البروفيسور René (L)، حيث يرى أصحابه هذا الرأي بأن إعتبار إلتزام الطاقم الطبي بالتدخل لإسعاف المريض الذي هو في حالة خطر وشيك (الحالة الإستعجالية) بأنه علاقة تعاقدية يتنافى ونصوص أحكام القانون المدني، لأن المريض المسعف غير قادر وليس له الإرادة لإبرام العقود، وبالتالي هم يرون بأن إلتزام الطاقم الطبي بالتدخل لإسعاف الغير الذي هو في حالة خطر وشيك، ليس إلا قاعدة قانونية ألزم القانون الطاقم الطبي على إحترامها<sup>2</sup>.

وهذا الرأي هو الأقرب للأصح، لأنه بالرجوع لنص المادة 6-223 من قانون العقوبات الفرنسي<sup>3</sup> ونص المادة 9-4127 R من قانون الصحة الفرنسي السالفة الذكر، نجد أن هذا الإلتزام ليس نتاج لعقد أو شبه عقد ولكن ناتج عن نص قانوني محض.

وهذا الحكم ينطبق كذلك على التشريع الجزائري، لأن التزام الطبيب بالتدخل لإسعاف المريض في الحالة الاستعجالية في حقيقة الأمر ناتج عن نصوص قانونية<sup>4</sup>.

وخلاصة القول، أنه من خلال قانون الصحة 4 مارس 2002 الفرنسي وقانون الصحة العمومية الجزائري، نستطيع القول بأن الحق في العلاج هو حق أساسي للفرد الذي يطلب

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 472.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 473.

<sup>3</sup> - a. 223-6 du C. pén. : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

<sup>4</sup> - نذكر من بين هذه النصوص القانونية، نص المادة 9 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري السالفة الذكر ونص المادة 182 من الأمر رقم 66-156، والتي نصت على أنه : " يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات و بغرامة من 500 إلى 15000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من يستطيع بفعل مباشر منه وبغير خطورة عليه أو على الغير أن يمنع وقوع فعل موصوف بأنه جناية أو وقوع جنحة ضد سلامة جسم الإنسان وامتنع عن القيام بذلك ، بغير إخلال في هذه الحالة بتوقيع عقوبات أشد ينص عنها هذا القانون أو القوانين الخاصة. ويعاقب بالعقوبات نفسها كل من امتنع عمدا عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر منه أو بطلب الإغاثة له و ذلك دون أن تكون هناك خطورة عليه أو على الغير " .

الإسعاف، نفس الشيء بالنسبة لحق المريض في حالة خطر وشيك، إذ له الحق في التدخل السريع من أجل إبعاد الخطر الوشيك عنه، إذ يعد كذلك من الحقوق الأساسية للفرد التي يحميها القانون.

## الفرع الثاني: نطاق الإلتزام بالتدخل السريع.

إن المستفيد من الإلتزام بالتدخل السريع لإسعاف المريض هو المريض نفسه، ولكن هذا الإلتزام يثير إشكالا حول على من يقع، وحول حدوده وخاصة عن محتواه.

فأما عن المدين بالإلتزام بالتدخل السريع لإسعاف المريض، فإنه لا يقف عند الطبيب والمؤسسات الإستشفائية وحدهم، بل يتعدى هذا الإلتزام ذلك، إذ أنه بالرجوع لنص المادة R.4127-9 من قانون الصحة الفرنسي والتي تقابلها نص المادة 9 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، وكذلك بالرجوع لنص المادة 223 فقرة 6 من قانون العقوبات الفرنسي التي تقابلها نص المادة 182 قانون العقوبات الجزائري<sup>1</sup>، نجد أن المدين بهذا الإلتزام يتعدى الطبيب، حيث أنه يمس كل فرد شاهد شخصا في حالة خطر، فواجب تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر ملزم لكل الأشخاص دون أن يكون لهم أي واجب من جهة الشخص المريض أو المصاب وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في عدة قضايا<sup>2</sup>.

فإذا كان واجب التدخل في تقديم الإسعاف العاجل يقع على عاتق كل شخص، إلا أنه يختلف من حيث درجة الإلتزام والنشاط الذي سيقوم به لإسعاف الضحية في حالة الخطر

---

<sup>1</sup> - الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو 1966، المتضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 49، 11 يونيو 1966.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., du 24 juin 1980, 79-93.828, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Attendu que ces constatations souveraines faites par la chambre d'accusation permettent a la cour de cassation de verifier que se trouvent bien reunis tous les elements des delits de violences volontaires avec arme, commis sur la personne de b..., d'abstention volontaire d'empêcher le crime de violences volontaires ayant entraine la mort sans intention de la donner commis sur la personne de y... et le delit de violence avec arme commis sur la personne de la dame z... veuve a..., et enfin de refus de porter assistance a une personne en peril, ce qui justifie le renvoi de l'inculpe devant la cour d'assises, en vertu des regles de la connexite, des chefs des delit ainsi specifiés ; d'ou il suit que les moyens ne sauraient etre accueillis ».

الوشيك، فمثلا لا يمكن مساءلة الممرض كالطبيب، لأن الطبيب بحكم تكوينه يمكن تقديم المساعدة أفضل بكثير من الممرض<sup>1</sup>.

وبالرجوع إلى نص المادة R.4127-85 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، نجد أنه يمكن لطبيب آخر غير الطبيب المعالج للمريض أن يتدخل لإسعافه، فحالة الخطر الوشيك هي التي أعطت أو بالأحرى ألزمت الطبيب المناوب أو الطبيب داخل مصلحة الإستعجالات، للتدخل لإزالة هذا الخطر الذي هو وليد واقعة حالة أوجبت التدخل السريع من الطبيب، بحيث أنه دون هذا التدخل منه، من الممكن جدا أن يموت هذا المريض أو قد يصاب بعاهات وأشياء أخرى خطيرة في صحته، فتدخل الطبيب هنا لا يخرق مبدأ الزمالة الذي يلزم الأطباء بعدم تحويل زبائن طبيب آخر، بمعنى آخر نستطيع القول أنه بمجرد توفر الحالة الإستعجالية (الخطر الوشيك) فإن الإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض يلغي ولو مؤقتا بعض الأحكام المنظمة لأخلاقيات المهنة<sup>3</sup>.

المشروع الجزائري جاء بنفس الحكم، حيث نص عن ذلك في المادة 59 من مدونة أخلاقيات الطب بنصها على أنه: "تعتبر الزمالة واجبا أساسيا في العلاقة التي تربط بين الأطباء وجراحي الأسنان، وينبغي ممارستها تحقيقا لمصلحة المرضى والمهنة"، فمن خلال نص هذه المادة، نستطيع القول بأنه من مصلحة المريض أن يعالج من طرف طبيب آخر غير طبيبه المعالج إذا كان غائبا أو كانت هناك حالة استعجالية تتطلب التدخل بسرعة، فهذا لا يتنافى إطلاقا مع مبدأ احترام الزمالة، وهذا ما أكدته المادة 67 من نفس المدونة بنصها على أنه: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان المدعو لفحص مريض يعالجه زميل آخر، أن يحترم القواعد التالية :  
-يقدم العلاج اذا كان المريض يريد تغيير الطبيب أو جراح الأسنان.

<sup>1</sup> - Valardocchio (D), L'obligation d'agir: le point de vue du juriste, in Actes de colloque sur «L'urgence sanitaire», colloque du centre de droit de la santé d'Aix Marseille, septembre 2000, éd. P.U.A.M., 2001, p. 88.

<sup>2</sup> - a. R.4127-58 du C. asnté publ. : « Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter :

- l'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence ;  
- le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin. Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus ».

<sup>3</sup> - Valardocchio (D), op. cit., p. 87.

-يقترح فحصا مشتركا اذا أراد المريض طلب مجرد رأي دون تغيير الطبيب أو جراحة الأسنان المعالج، واذا رفض الاقتراح يقدم له لأية والعلاج الضروري عند الاقتضاء، وبالاتفاق مع المريض، يخبر الطبيب المعالج أو جراح الأسنان المعالج.

-اذا طلب المريض زميلا آخر بسبب غياب طبيبه المعالج أو جراح أسنانه المعالج، فعلى هذا الزميل أن يكفل العلاج طيلة الغياب، ويكف عنه فور عودة الطبيب المعالج أو جراح الأسنان المعالج وأن يقدم لهذا الأخير بالاتفاق مع المريض كل المعلومات الضرورية. وفي حالة رفض المريض، يجب أن يحيطه علما بالآثار السلبية التي قد تترتب على مثل هذا الرفض."

والإلتزام بالتدخل السريع لا يخص الأطباء فقط، بل تشمل حتى المستشفيات العمومية والطاقم الطبي التابع لها، كما تشمل كذلك المؤسسات الصحية الخاصة وطاقمها الطبي. فالإلتزام بالمؤسسات الإستشفائية بمعالجة المرضى الذين هم في حالة إستعجالية، يتمثل في إستقبالهم وتقديم لهم العلاج المناسب حسب حالاتهم، ولكن هذا العلاج والإستقبال يتعدى حدود المستشفى إلى خارجه، بمعنى آخر أن مهني الصحة لمستشفى عام أو خاص، وجب عليهم التدخل لإسعاف ورفع الخطر عن مريض في حالة إستعجالية إذا كان الضحية خارج المستشفى، فهم ملزمون بالتدخل، ولكن هذا يكون بمساعدة مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة - كما سبق تبيانه - والتي بدورها يقع عليها الإلتزام بالتدخل السريع لإسعاف ومعالجة المرضى في حالة خطر وشيك<sup>1</sup>.

والإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض في حالة خطر وشيك، له قيود يجب إحترامها، إذ أنه لا يحق لكل شخص أن يسمح لنفسه بالتدخل بحجة أن الشخص بحاجة إلى مساعدة إستعجالية.

فالحالة الإستعجالية إذا هي ظرف خاص يسمح للشخص بتجاوز إلتزاماته الوظيفية ولكن بشروط معينة، بحيث أنه في الحالات العادية لا يحق له التدخل وتجاوز وظيفته<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - **Glorion (B)**, L'organisation des urgences : une exigence déontologique majeure, B.O.M., Septembre 2000, p. 3.

<sup>2</sup> - C. cass., soc., du 25 octobre 1990, 87-43.267, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Sur le moyen unique:

Vu les articles L. 122-6 et L. 122-8 du Code du travail;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que M. X..., titulaire d'un diplôme de docteur en médecine délivré en Syrie, était employé, par l'hôpital Saint-Joseph de Bitche, en qualité d'infirmier, lorsqu'il a obtenu l'équivalence en France de son diplôme, puis son inscription, le 7 août 1979, à l'Ordre des médecins ; qu'il a cependant continué à être employé comme infirmier par l'hôpital ; qu'il a été licencié le 15 mars 1980 pour faute grave pour avoir, de sa propre initiative, le 25 février précédent, ordonné l'injection de deux

وفي هذا نجد أن المشرع الجزائري في ظل قانون الصحة القديم، قد سمح للأطباء الذين تم توقيفهم من ممارسة مهامهم في التدخل لإسعاف مريض في الحالة الاستعجالية، وهذا ما جاء في نص المادة 205 من قانون حماية الصحة وترقيتها على أنه: "يمنع أي طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي، أو وقف حقه في ممارسة مهنته، أن يجري فحوصا أو يحرر وصفات أو يحضر أدوية أو يطبق علاجا أو يستعمل أية طريقة في العلاج تابعة للطب أو الصيدلية، بصفته طبيبا أو جراح أسنان أو صيدليا، إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاج مستعجل قصد الإسعاف الأولي"، ولكن بالرجوع لنصوص قانون الصحة الجديد، خاصة في نص المادة 188 منه والتي نصت على أنه: "يمنع على كل مهني الصحة الذي منع من الممارسة، من تقديم فحوص أو تحرير وصفات أو تحضير، أو تقديم أدوية لتطبيق علاج أو استعمال أي أسلوب علاجي تابع للطب أو طب الأسنان أو الصيدلة" فهذه المادة بمقارنتها بما جاء في نص المادة 205 من قانون الصحة القديم، نجدها قد أسقطت فكرة تقديم الإسعافات الأولية من طبيب معاقب بالوقف عن ممارسة مهنة الطب في حالة الضرورة القصوى والتي تتطلب تقديم علاج مستعجل، فالسؤال الذي يطرح نفسه، هو هل أن المشرع الجزائري أسقط ذلك سهوا أم عمدا؟ ولكن بقراءة عامة لنصوص قانون الصحة ونصوص المرسوم المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب، يمكننا القول بأن الطبيب الذي عوقب بالوقف عن أداء مهنة الطب، يمكنه التدخل لإسعاف مريض في حالة خطر، لأنه من المنطقي، بل ومن الضروري أن يتكفل بالحالة الإستعجالية شخص صاحب إختصاص وكفؤ لهذا حتى وإن كان ممنوعا من ممارسة مهنته.

أما عن حدود الإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض، فنجد بأنه إذا كان للطاقم الطبي الحرية في التكفل أو عدم التكفل بالمريض في الحالات العادية، فإن الأمر يختلف تماما في الحالة الإستعجالية للمريض، لأن الأمر هنا يتعلق إما بالتدخل لإنقاذ المريض من خطر الموت أو

---

Equanil à un malade, qui venait de se jeter par la fenêtre, et procéda à une perfusion sur lui;

Attendu que pour déclarer que M. X... avait commis une faute grave, la cour d'appel, après avoir constaté qu'à deux reprises, les 29 janvier et 31 août 1979, il avait été notifié au salarié qu'il devait se limiter aux actes d'infirmier et relevé que celui-ci avait pris l'initiative d'interventions directes sur la personne d'un patient défenestré, alors que le chirurgien de garde était alerté, a retenu que, contrairement à ses fonctions et malgré les avertissements répétés, M. X... avait pris le commandement des opérations, donnant des ordres à tout le monde, y compris à l'interne de service;

Qu'en statuant ainsi, alors qu'elle avait relevé que le salarié, inscrit à l'Ordre des médecins bien qu'employé en qualité d'infirmier, était intervenu dans une situation d'urgence, la cour d'appel n'a pas tiré de ses constatations les conséquences légales qui s'imposaient ».

تركه يموت، أين تقوم مسؤوليته في هذه الحالة الأخيرة، وذلك بعدم مساعدة شخص في حالة خطر وشيك.

فمجال الإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض سواء تعلق بالتشريع الجزائري أو الفرنسي، فإنه يتجلى في حالتين وهما حالة ما إذا وجد نفسه أمام مريض في حالة خطر وشيك، وحالة ما إذا أعلم بتواجد مريض في حالة خطر وشيك<sup>1</sup>.

المشرع الجزائري في المرسوم المنضم لمدونة أخلاقيات الطب، تكلم عن الحالة الأولى فقط ألا وهي حالة تواجد الطبيب بنفسه أمام المريض في حالة خطر وشيك، في حين لم يتطرق صراحة إلى حالة ما إذا أعلم بتواجد مريض في حالة إستعجالية، لكن بالرجوع للقواعد والمبادئ العامة التي تحكم الصحة العمومية أو حتى قانون العقوبات، نستشف منها بأن الطبيب كذلك ملزم بالتدخل إذا ما أعلم بأن هناك مريض في حالة إستعجالية.

فبالنسبة للحالة الأولى، أي حالة تواجد الطبيب نفسه أمام حالة إستعجالية للمريض، فما على الطبيب إلا أن يقوم بفحص وتقديم العلاج الضروري والمناسب لحالة المريض، وهنا نستطيع القول بأن الإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض يولد بمجرد شروع الطبيب في فحص مريضه، وهذا يترتب عنه أن الطبيب أو الطاقم الطبي ملزم في الحالة الإستعجالية بأن يتدخل لإسعاف المريض مهما كان، سواء أكان في مستشفى أو عيادة خاصة، وسواء أكان أثناء قيام الطبيب بفحص عادي ثم إتضح أن الشخص في حالة خطر أم تواجد في مكان وقع فيه حادث فيه أشخاص مصابين بجروح في حالة خطر.

أما الحالة الثانية، والمتمثلة في إعلام الطبيب بأن هناك شخص في حالة إستعجالية كأن يتصل شخص بطبيب لإعلامه بأن شخص آخر مريض في حالة خطر، فهنا في حقيقة الأمر ليس الطبيب هو الذي يحدد إن كان هذا المريض في حالة خطر أم لا، بل الشخص المتصل هو الذي يحدد ذلك، وهذا لأن الطبيب لم يفحص بعد المريض، وبالرغم من عدم تواجد الطبيب مباشرة

<sup>1</sup> - Valardocchio (D), op. cit., p. 89.

أمام المريض، إلا أن إلتزام الطبيب بالتدخل يولد من اللحظة التي أعلم فيها بحالة المريض، حتى ولو أنه في حقيقة الأمر بعد عملية الفحص، اتضح بأن المريض لم يكن في حالة خطر<sup>1</sup>.

أما عن محتوى الإلتزام بالتدخل، فمن الصعب جدا أن نحدد عمل الطبيب أثناء تدخله لإسعاف المريض في الحالة الإستعجالية، لأن إخراج المريض من حالة الخطر قد تكون بأبسط نشاط طبي يقوم به الطبيب، كتقديم حقنة مثلا إلا أن يصل إلى حد الإنعاش القلبي (التدليك القلبي)، فعمل الطبيب إذا تحددت حالة المريض وليس الإلتزام بالتدخل في حد ذاته أو كفاءته.

فمحتوى الإلتزام بالتدخل في الحالة الإستعجالية واسع، إذ أنه كلما كان الطبيب كفؤ ومكون جيدا ويستطيع بهذا تقديم المساعدة الطبية اللازمة للمريض في حالة الخطر، كلما كان إلتزام هذا الطبيب بالتدخل واسع في محتواه، وبالضرورة فمسؤولية هذا الطبيب تصبح أكبر في حالة عدم تدخله<sup>2</sup>.

بالرجوع لنص المادة 223-6 من قانون العقوبات الفرنسي ونص المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري، نجد بأن كلا المشرعين نصا على كيفيتين لإسعاف المريض في حالة خطر، أولها تتمثل في تقديم المساعدة للمريض بعمل مباشر، وثاني كيفية وهي تقديم المساعدة للمريض بطلب الإغاثة له.

ولكن ما يمكن ملاحظته على نص هاتين المادتين، أن كلا المشرعين نصا على أن " كل من يستطيع" يمكنه القيام بذلك، وبالمفهوم العام لكل من يستطيع، يمكننا إدراج الطبيب، وبذلك يمكننا القول ومن خلال نص هذه المواد بأن للطبيب الحرية في إختيار أحد الكيفيتين في مساعدة المريض في الحالة الإستعجالية، ولكن يجب أن لا ننسى بأن الأشخاص، ليس لهم نفس الكفاءة والإمكانات التي تمكنهم من التدخل في أحسن الأحوال لمساعدة المريض في حالة خطر، لهذا ينبغي علينا إعطاء تفسير دقيق وليس تفسير واسع لهذا النص.

فحرية الإختيار لكيفية تقديم المساعدة الطبية للمريض في حالة الخطر لم تترك لحرية المدين بالإلتزام بالتدخل لإسعاف المريض، فإذا قام شخصا ما بإتباع الكيفية الثانية والمتمثلة في

<sup>1</sup> - Fillette (J-L), L'obligation de porter secours à la personne en péril, J.C.P., éd. G, 1995, n° 3868.

<sup>2</sup> - Valardocchio (D), op. cit., p. 90.

طلب الإغاثة بدلا من تقديم المساعدة للمريض مباشرة، فإن هذا الشخص يكون في حالة لا تمكنه أو لا تسمح له بالتدخل نظرا لعدم كفاءته مثلا، بمعنى آخر يمكن القول بأنه إذا تعلق الأمر بشخص ليس له كفاءة ولا تكوين يمكنه من تقديم المساعدة، فإنه ما على هذا الشخص إلا التدخل بطلب الإغاثة والمساعدة الطبية، أما إذا تعلق الأمر بطبيب مثلا فالأمر هنا يختلف، إذ لا يحق للطبيب أن يختار بين تقديم المساعدة أو طلب الإغاثة، بل عليه التدخل السريع لإنقاذ المريض وإخراجه من حالة الخطر<sup>1</sup>.

وتقديم المساعدة مباشرة للشخص المريض في حالة خطر، تبدأ بتقدير حالة الخطر بسرعة أولا، ثم تقديم الإسعافات الأولية، ثم بعد ذلك عليه التأكد من أن المريض قد تم التكفل به من طرف المستشفى ومراقبة حالة المريض إلى غاية زوال حالة الخطر، ومن أجل السير الحسن لتقديم المساعدة الطبية، فإنه على الطبيب أن يتدخل أفضل من أن يمتنع عن التدخل، إلا إذا كان هناك سبب يمنعه من ذلك<sup>2</sup>.

وقانون العقوبات سواء الفرنسي أو الجزائري نصا كلاهما عن امكانية امتناع الشخص المتدخل لإنقاذ أو إسعاف شخص آخر في حالة خطر إذا كان فيه خطر له أو للغير، فقد يكون الشخص المتدخل هنا طبيبا، وبالتالي إذا رأى بأن تدخله لتقديم المساعدة الطبية المستعجلة فيه خطر عليه أو على الغير، فما يبقى عليه إلا طلب الإغاثة<sup>3</sup>.

ضف إلى ذلك أنه لا يمكن للطبيب أن يتخلص من الإلتزام بالتدخل لإسعاف مريض في حالة خطر بحجة أنه ليس طبيب مختص، وهذا ما أكدته المادة R.4127-70 من قانون الصحة الفرنسي<sup>4</sup>، فالحالة الاستعجالية التي تفرض التدخل بسرعة تعد بصفة طبيعية من بين الظروف

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 480.

<sup>2</sup> - محكمة إستئناف أيكس بروفنس (Aix en prononce) حكمت لصالح طبيب رفض التدخل لمساعدة مريض في حالة خطر الموت مصاب بمرض السيدا بحجة لا يملك المعدات الطبية اللازمة في عين المكان ما جعله يتصل بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة SAMU في الحال للتدخل لإسعاف المريض.

Publié, Moreau (J), op. cit., T.2, p. 481.

<sup>3</sup> - المادة 223-6 من قانون العقوبات الفرنسي ونص المادة 182 من الأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات الجزائري.

<sup>4</sup> - a. R.4127-70 du C. santé publ. : « Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles,

الإستثنائية التي نصت عنها هذه المادة، والتي تسمح للطبيب بالتدخل، بل تلزمه بالتدخل السريع، وهو نفس الحكم الذي نص عنه المشرع الجزائري في نص المادة 16 من مدونة أخلاقيات الطب، حيث نصت على أنه: "يخول الطبيب وجراح الأسنان القيام بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج، ولا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات في ميادين تتجاوز اختصاصاته أو إمكانياته إلا في الحالات الإستثنائية".

ما يمكن قوله كذلك أنه حتى ولو كان الطبيب غير مختص وأنه يهاب من أن يقدم المساعدة والرعاية الصحية اللازمة للمريض في حالة خطر، فإنه من الأفضل أن يتدخل على أن يتمتع، وهذا راجع للكفاءة والتكوين الذي تحصل عليه في مجال الطب العام على الأقل، فهذا التكوين يمكنه من القيام على الأقل بالإسعافات الأولية، ضف إلى ذلك أن الطبيب لا يمكنه أن يتمتع عن التدخل لإسعاف المريض في الحالة الإستعجالية بحجة أن حالة المريض ميؤوس منها، إذ يجب عليه إسعاف المريض، لأن الأمل في إنقراض المريض يبقى قائماً لغاية وقوع حالة الوفاة، ولكن لا يمكن إعتبار في أي حال من الأحوال الإلتزام بالتدخل السريع بأنه إلتزام بتحقيق العلاج بعد تدخله، فالإلتزام الطبيب في الحالة الإستعجالية، هو إلتزام بتحقيق وسيلة وليس إلتزام بتحقيق غاية، فعلى الطبيب إذا أن يستعمل كل الوسائل والإمكانيات المتاحة له لإنقاذ المريض وإزالة حالة الخطر، بشرط أن تكون هذه الوسائل المستعملة من طرف الطبيب مناسبة ومتكيفة مع الحالة الإستعجالية للمريض<sup>1</sup>.

والإلتزام بالتدخل السريع لإسعاف المريض في الحالة الإستعجالية لا يزول إلا بزوال حالة الخطر الوشيك، أو أن طبيب آخر تكفل بحالة المريض أو أن هذا الشخص قد توفي.

ومن خلال ما تم عرضه، نستطيع القول بأن محتوى الإلتزام بالتدخل يختلف بحسب وظيفة الطاقم الطبي، فمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة ملزمة بالتدخل، فالإلتزام الذي يقع عليها يتمثل في الرد على المكالمات الهاتفية المستعجلة، وتنظيم عملية نقل المريض في حالة خطر، أما بالنسبة لإلتزام بالتدخل للناقل الصحي، فتتمثل في نقل المريض بسرعة إلى المستشفى الأقرب، أما بالنسبة للمستشفى فالإلتزام بالتدخل يتمثل في التكفل بالمريض، وذلك بإدخاله المستشفى وتقديم له

---

entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

<sup>1</sup> - Veron (M), La responsabilité pénale du médecin, L.P.A., n° 189, 1999, p. 26.

العلاج السريع والمناسب لحالته لإزالة الخطر عنه، فالحالة الإستعجالية للمريض مثلا، تلغي كل الشكليات المطلوبة لإدخال المريض للمستشفى في الحالات العادية<sup>1</sup>.

## المطلب الثاني: الإلتزام بتقديم الرعاية الصحية المناسبة.

أعطت كل التشريعات الحق للأشخاص في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة، ومن أجل هذا ألزمت كل المؤسسات الإستشفائية بتقديم كل الضمانات والوسائل من أجل القيام بذلك، فالطبيب إذا في المستشفى العمومي أو في عيادة خاصة، ملزم بتقديم الرعاية الصحية المناسبة والمطابقة لأخلاقيات الطب ولمعطيات العلم الحديث.

ومن أجل تحقيق فائدة للمريض، والمتمثلة في الرعاية الصحية فإن كل طبيب سواء أكان عاملا في مستشفى، عام أو خاص، أو في عيادة خاصة، يتمتع بحرية مطلقة وإستقلالية تامة فيما يخص أعماله الطبية التي يقوم بها، فلا أحد يمكنه أن يتنكر لهذه الإستقلالية.

وهذه الإستقلالية بدورها، هي التي تعطي الحق للطبيب في إختيار العلاج المناسب للمريض، كل حسب المرض المصاب به وكل حسب خطورة مرضه، فالطبيب ملزم بتقديم العلاج لكل الأشخاص بغض النظر عن الحالة الإجتماعية والسياسية والدينية للأشخاص، بمعنى آخر على الطبيب تقديم العلاج دون أي تمييز، وذلك بنفس الإهتمام ونفس الحضور وبنفس الإخلاص لكل الأشخاص، وهذا ما أكدته المادة 7-4127 R من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، ونفس الشيء نص عنه المشرع الجزائري في نص المادة 7 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - في الحالات العادية للمريض يكون الدخول للمستشفى بأمر من الطبيب المعالج، وذلك برسالة منه وبدون أن تكون هناك حالة إستعجالية.

<sup>2</sup> - a. R.4127-7 du C. santé publ. : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

<sup>3</sup> - نصت المادة 7 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " تتمثل رسالة الطبيب وجراح الأسنان في الدفاع عن صحة الانسان البدنية والعقلية، وفي التخفيف من المعانات، ضمن احترام حياة الفرد و كرامته الانسانية

وهذا الإلتزام لا يقع على الطبيب في علاقته بمرضاه فقط، ولكن إلتزام عام يقع على الطبيب في علاقته بكل المرضى -دون تمييز- الذين هم في حاجة للرعاية الصحية اللازمة وخاصة المرضى في الحالة الإستعجالية.

فالإلتزام بتقديم الرعاية الصحية المناسبة، تقودنا إلى التساؤل حول محتوى هذا الإلتزام، والذي يتمثل طبقا لما جاء في التشريع الفرنسي والجزائري، في كل ما يقوم به الطبيب أثناء تشخيصه للمرض أولا، وثانيا تقديم الوصفة الطبية لعلاج مرضه.

ولكن بتواجد الحالة الإستعجالية للمريض فإن الإجراءات المتبعة من طرف الطبيب في حالات المرض العادية تتأثر بذلك، لأنه في الحالة الإستعجالية نجد أن عامل الوقت عنصر يكاد ينعدم، حيث أن الطبيب ليس له الوقت الكافي لإيجاد علاج للمرض، فالحالة الإستعجالية تؤثر على طريقة تقديم العلاج المناسب (الفرع الأول)، و بالضرورة فإن الحالة الإستعجالية للمريض تؤثر كذلك على القواعد التي تحكم تقديم الوصفة الطبية (الفرع الثاني).

### **الفرع الأول: طريقة تقديم الرعاية الصحية للحالة الإستعجالية.**

عندما يكون الطبيب أمام حالة إستعجالية، عليه أن يتدخل بسرعة لإبعاد الخطر عن المريض، وبدون شك هنا تكمن الصعوبة في عمل الطبيب، ولكن رغم ذلك إلا إنه على الطبيب أن يحترم الإجراءات اللازمة للتكفل بالمريض، والمقصود بالإجراءات هنا هو عمل ونشاط الطبيب لتقديم الرعاية الصحية اللازمة لا الإجراءات الإدارية.

وهذه الإجراءات تتمثل في تشخيص سريع للمرض، ثم يلي ذلك تقديم العلاج العاجل للتشخيص، ثم يليه الامتناع عن تقديم أي علاج غير مبرر. وبمجرد علاج الحالة الإستعجالية، فإنه على الطبيب كإجراء أخير أن يتابع ويحرس حالة المريض للحد من آثار الحالة الإستعجالية أو لتفادي ظهور هذه الحالة الإستعجالية من جديد.

---

دون تمييز من حيث الجنس والسن والعرق والدين والجنسية والوضع الاجتماعي والعقيدة السياسية أو أي سبب آخر في السلم أو الحرب".

فأما عن الاجراء أو النشاط الطبي الأول، فإنه يتمثل في تحديد تشخيص سريع للمرض، والذي يتمثل في تحديد بدقة مرض أو أعراض يعاني منها المريض بإجراء إختبارات طبية أو تحاليل دقيقة، وذلك لإيجاد أسباب المرض الذي يعاني منه المريض.

فتشخيص المرض يجب أن يكون بطريقة آمنة، وذلك بإجراء مقابلة شخصية مع المريض أين يصرح المريض للطبيب بما يحس به من ألم وكذلك إن كان له أمراض أخرى يعالجها، وإذا كان متابع من طرف طبيب آخر وغيرها من الاسئلة التي يراها الطبيب مهمة تساعده في تشخيص المرض، وبعد هذه المقابلة يقوم الطبيب بإجراء فحص سريري للكشف عن أعراض المرض لإيجاد الأسباب الممكنة لوقوع هذا المرض، كما يمكن للمريض من أن يطلب فحص تكميلي بإجراء تحاليل أو غيرها من الفحوصات التي يراها ضرورية لتشخيص المرض<sup>1</sup>.

فإذا كان التشخيص خاطئ، فإن العلاج الذي أمر به الطبيب يكون بالضرورة غير مناسب، ولهذا السبب وجب على الطبيب أثناء تشخيص المرض بأن يأخذ وقته الكافي لذلك.

ولكن في الحالة الإستعجالية نجد بأن الوقت عامل على الطبيب تجاوزه، فالوقت في الحالة الإستعجالية يقلق ويحرج الطبيب أثناء محاولته تشخيص المرض، بل أخطر من ذلك، أنه في غالب الأحيان لا يستطيع الطبيب تحديد المرض الذي يعاني منه المريض، خاصة أنه أحيانا هناك أعراض مرض ما معروفة لدى الأطباء إلا أنها بعد الفحص المعمق تظهر بأنها أعراض لمرض آخر، ضف لذلك أنه أحيانا يتواجد الطبيب أمام مريض في حالة إستعجالية وفاقد للوعي، وهذا ما يصعب مهمته أكثر، بحيث لا يمكن للطبيب من أن يحصل على معلومات أكثر عن حالته.

ففي الحالة الإستعجالية للمريض، نجد بأن التشخيص يكون في غالب الأحيان قائم على الإفتراض وهذا كما قلنا سابقا لضيق الوقت، فأولوية الطبيب في الحالة الإستعجالية هو التدخل الفوري ثم في تاريخ لاحق يقوم بإجراء إختبارات صحية، ولهذا فالطبيب في الحالة الإستعجالية يقوم بتشخيص لحالة المريض وليس تشخيص لمرض محدد، وهذا ما يبرر إعطاء الطبيب علاج لأعراض المرض وليس للمرض في حد ذاته<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - Memeteau (G), Traité de la responsabilité médicale, éd. Les Etudes Hospitalières, coll. ouvrages généraux, 1996, p. 73.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 538.

أما عن الإجراء الثاني، فيتمثل في تقديم العلاج العاجل، فكما قلنا سابقا بأن الطبيب عندما يقوم بالتشخيص فهو مقيد بعامل الوقت، وبالتالي غالبا ما يعطي تشخيص سريع عام ليس دقيق، وهذا بدوره يدفع الطبيب بتقديم علاج سريع وأحيانا يكون خطير، ولهذه الأسباب وجب على الطبيب إحترام مبدأ التناسب في إختيار العلاج لكي يحصل المريض على أفضل علاج ممكن بإعتبار لحالته المستعجلة وهذا ما يلزم أحيانا الطبيب اللجوء إلى زميل له كفؤ لمساعدته في التشخيص أو إختيار العلاج أو كلاهما معا.

ففيما يخص مبدأ إحترام التناسب في إختيار العلاج، فإنه وبالرغم من قيام الحالة الإستعجالية فإنه لا يسمح بالتدخل المفرط للطبيب أو حتى إستعمال طرق علاجية لم تختبر بشكل كاف<sup>1</sup>.

فالتبيب أثناء تشخيصه وعلاجه للمرض، عليه واجب إحترام العلاج المناسب وأن يكون هذا العلاج معترف به علميا، وهذا ما أكدته كذلك المادة R.4127-32 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، ونفس النص جاء به المشرع الجزائري في المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب، حيث نصت هذه المادة على أنه: " يلتزم الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته على أي طلب معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه يتسم بالاخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة، والاستعانة عند الضرورة بالزملاء المختصين والمؤهلين ".

كذلك نجد أنه على الطبيب أثناء علاجه للمريض، أن يلتزم بأن يكون العلاج المقدم فيه فائدة أكثر من السلبيات على المريض، ضف لذلك أن الطبيب عليه أثناء فحصه أو علاجه للمريض أن تكون تدخلاته معقولة، بحيث لا تعرض المريض لخطر في غنى عنه، وهذا ما أكدته

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 31 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " لا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقترح على مرضاه أو المقربين اليهم علاجا أو طريقة وهمية أو غير مؤكدة بما فيه الكفاية كعلاج شاف أو لا خطر فيه، و تمنع عليه كل ممارسات الشعوذة "، ونفس الحكم نص عنه المشرع الفرنسي في المادة R.4127-39 من قانون الصحة الفرنسي بنصها :

« Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite ».

<sup>2</sup> - a. R.4127-32 du C. santé publ. : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

المادة R.4127-40 من قانون الصحة الفرنسي<sup>1</sup>، وأكدته كذلك مدونة أخلاقيات الطب في مادتها 17<sup>2</sup>.

من خلال ما ذكرناه، نستطيع القول أنه حتى في الحالة الإستعجالية، لجعل تناسب أفضل بين العلاج من جهة، وإحترام الرعاية الصحية من جهة أخرى، وجب على الطبيب الحذر، ولكن لا ينبغي أن يكون هذا الحذر عائق لدرجة تخوفه من أي تدخل يقوم به، ولهذا على الطبيب تقدير المخاطر أثناء تقديم العلاج مما يسمح له في الأخير بإختيار العلاج المناسب للحالة التي أمامه<sup>3</sup>.

أما عن المبدأ الثاني فيتمثل في تقديم أفضل العلاج للمريض، المادة R.4127-32 من قانون الصحة الفرنسي السالفة الذكر ألزمت، كل الأطباء مهما كانت طبيعة عملهم من تقديم علاج مبني على الإخلاص والتفاني، وأن يكون مطابق لمعطيات العلم الحديث، وهو نفس الحكم الذي ذهب إليه المشرع الجزائري في المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب، فمن خلال نصي هاتين المادتين، نجد أنه على الطبيب أثناء تقديمه للعلاج، أن يكون ذلك مطابقا لمعطيات العلم الحديث، وهذا معناه أنه للطبيب كفاءة علمية، وبالتالي فهو ملزم بتقديم العلاج الأفضل والمناسب للمريض، وهنا يمكننا القول بأن الطبيب عليه إلترام بتحقيق غاية فيما يخص أعماله في تقديم العلاج، وإلترام آخر بتحقيق نتيجة فيما يخص إستعماله للأجهزة الطبية أثناء قيامه بالتشخيص أو العلاج، والنتيجة هنا هي مستلزمات السلامة والأمن للمريض. فالطبيب حتى وإن كان لا يحقق دائما الشفاء للمريض، إلا أنه يضمن دائما التدخل لتقديم له العلاج، وخاصة في الحالات الإستعجالية أين تكون نتائج العلاج الأفضل مرتبطة بعدة عوامل لا يمكن للطبيب أن يتحكم فيها<sup>4</sup>.

أما عن مبدأ الإستعانة بزميل مختص ومؤهل، فنظريا لا يمكن للطبيب أن يوكل بعض الأعمال الطبية لطبيب آخر الذي إلترم هو بالقيام بها شخصيا، كما لا يمكن له أن يقوم بأعمال

<sup>1</sup> - a. R.4127-40 du C. santé publ. : « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié ».

<sup>2</sup> - نصت المادة 17 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " يجب أن يتمتع الطبيب أجراح الأسنان عن تعريض المريض لخطر لا مبرر له خلال فحوصه الطبية أو العلاجية ".

<sup>3</sup> - **Horni (B), Saury (R)**, Le consentement, Information, autonomie et décision en médecine, éd. Paris Masson, 1998, p. 31.

<sup>4</sup> - **Cadjet (L), Tourneau (P)**, Droit de la responsabilité et des contrats, éd. Dalloz Coll. Dalloz Action, 2002-2003. P. 738.

طبيب آخر بدون الحصول على رضاء المريض، ولكن عمليا هناك كثير من الأطباء ممن يوكلون بعض أعمالهم الطبية لأطباء آخرين، وهذا حتى يتفادى وضع المريض في خطر قد يصيبه لعدم كفاءته لبعض هذه الأعمال، فيوكلها بذلك لطبيب كفؤ، فالتطور العلمي الدائم والمستمر في مجال الطب، جعل الكثير من الأطباء غير قادرين على متابعة هذا التطور، وبالتالي لا يمكنهم القيام ببعض الأعمال الطبية، فهم ملزمون بتقديم علاج يتسم بالإخلاص والتفاني، وأن يكون مطابق لمعطيات العلم الحديث، ضف لذلك فهم ملزمون بعدم تعريض حالة المريض للمخاطر بالقيام بأعمال طبية لا يجيدونها، وهذا ما يضطرهم للإستعانة بطبيب آخر كفؤ<sup>1</sup>.

وبغض النظر عن المادة R.4127-32 من قانون الصحة الفرنسي التي ألزمت على الطبيب من أجل تقديم علاج مناسب أن يستعين عند الضرورة بطبيب آخر مختص ومؤهل، نجد كذلك المادة R.4127-60 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، والتي أكدت على ضرورة الإستعانة بطبيب آخر، وهو نفس الحكم الذي جاء به المشرع الجزائري في المادة 45 السلفية الذكر والمادة 69 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>3</sup>.

من خلال نص هذه المواد، سواء تعلق بالتشريع الفرنسي أو التشريع الجزائري، نجد بأنها تنص على إستشارة طبيب آخر، بشرط الموافقة الأولية للمريض أو محيطه، في حين كما قلنا سابقا- أن الطبيب في الحالة الإستعجالية ليس له الوقت الكافي الذي يسمح له بالحصول على رضا المريض في حالة خطر.

ونتيجة لمختلف الحالات الإستعجالية المسجلة لدى المصالح الإستعجالية، وكذلك نتيجة للتقنيات والأجهزة المستعملة لمواجهة الحالات الإستعجالية، نجد أن علاج هذه الحالات يتطلب تدخل طبيب آخر مختص أو مؤهل، هذا إذا كان المريض في المستشفى العمومي أو مؤسسة إستشفائية خاصة فيها إمكانيات مادية وبشرية كافية لمواجهة حالات خطيرة، أما إذا واجه طبيب

<sup>1</sup> - Memeteau (G), op. cit., p. 75.

<sup>2</sup> - a. R.4127-60 du C. santé publ. : « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage».

<sup>3</sup> - نصت المادة 69 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يقترح استشارة طبية مشتركة مع زميل آخر بمجرد ما تقتضي الحاجة ذلك، و عليه أن يقبل اجراء استشارة يطلبها المريض أو محيطه " .

في عيادته الخاصة حالة إستعجالية، فالأمر يختلف، إذ لا يملك الطبيب في عيادته الخاصة الإمكانيات والوسائل المادية والبشرية الكافية لمواجهة هذه الحالة بسرعة، ضف لذلك فإنه قد تنعدم الكفاءة لهذا الطبيب في مواجهة حالة المريض التي هي في خطر، وبالتالي لا يستطيع التكفل بها، هنا في هذه الحالة، ما على الطبيب إلا الإتصال بطبيب كفؤ أو طبيب مختص أو الإتصال بمصلحة المساعدة الطبية المستعجلة. أما بالنسبة للمستشفى أثناء تدخل طاقمه الطبي في معالجة حالة إستعجالية وإستحال التكفل بها لعدم كفاءة هذا الطاقم أو لإنعدام الإمكانيات والوسائل اللازمة لمعالجة هذه الحالة، فإنه على المستشفى أن يوجه هذا المريض إلى مستشفى آخر بعد تقديم الإسعافات الأولية<sup>1</sup>.

وخالصة القول، أن فائدة المريض في العلاج تتحقق بصفة أفضل عندما يكون العلاج داخل إطار جماعي، أين يمكن لمهني الصحة سواء أكان طبيب أو جراح أو طبيب مخدر أن يتقاسم آرائهم وكفاءتهم لتقديم علاج عاجل ومناسب للمريض في حالة خطر، وهذا غالبا ما يتحقق إلا في المستشفيات العمومية سواء في فرنسا أو الجزائر، ولهذا يفضل المرضى التوجه للمصالح الإستعجالية على مستوى المستشفيات العمومية.

أما عن الإجراء الثالث أو النشاط الطبي الذي يلتزم به الطبيب، فيتمثل في الإمتناع عن تقديم أي علاج لا مبرر له ولا فائدة منه، حيث أنه على الطبيب من أن يحتاط في إختيار العلاج، معنى ذلك أنه على الطبيب القيام بكل ما عليه لعلاج المريض شريطة أن لا يعرض المريض لآثار سلبية ناتجة عن علاج غير مناسب يعرض المريض لمخاطر لا مبرر لها<sup>2</sup>.

ضف لذلك أن كل التشريعات تحمي الإنسان ضد كل ما يمس حياته أو جسمه أو كرامته، فهو مبدأ من المبادئ الأساسية لحماية الإنسان، وهو ما أكدته المادة R.4127-2 من قانون الصحة الفرنسي والمادة 6 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري<sup>3</sup>. ولكن لما نتكلم عن ضرورة

<sup>1</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 546.

<sup>2</sup> - Horni (B), Saury (R), op. cit., p. 6.

<sup>3</sup> - a. R.4127-2 du C. santé publ. : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ».

- نصت المادة 6 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه : " يكون الطبيب و جراح الأسنان في خدمة الفرد والصحة العمومية. يمارسان مهامهما ضمن احترام حياة الفرد وشخصه البشري ".

إمتناع الطبيب من تقديم علاج لا مبرر له ولا فائدة منه، يجب أن لا نخط بين مفهوم العلاج المحفوف بالمخاطر، وبين العلاج غير المبرر والذي يكون بدوره محفوف بالمخاطر، فالخطر الطبي متأصل في عمل طبي حتى ولو كان هذا الأخير بسيط، فالخطر دائما موجود، فالمقصود إذا بالمخاطر هي المخاطر غير المبررة، والمخاطر غير المبررة في حقيقة الأمر هي العلاج الذي لا نجاعة فيه<sup>1</sup>.

فمن خلال نصي المادتين R.4127-40 من قانون الصحة الفرنسي والمادة 17 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري<sup>2</sup>، نستنتج أنه عند قيام الطبيب بمعالجة وفحص المريض، عليه أن لا يعرض المريض لخطر لا فائدة ولا مبرر منه، ولكن لا يجب أن يؤخذ هذا المفهوم بمعناه الواسع لأنه كما قلنا سابقا بأن كل عمل طبي يحفو بمخاطر<sup>3</sup>.

كذلك نص المادة R.4127-41 من قانون الصحة الفرنسي والتي نصت على أن الطبيب لا يمكنه التدخل ببتير أو قطع عضو من أعضاء جسم الإنسان إلا إذا كانت حالة الخطر قائمة، وكذا موافقة المريض بذلك إلا إذا كانت هناك حالة إستعجالية أو إستحال الحصول على رضا المريض، وهو نفس الحكم الذي إتجه إليه المشرع الجزائري في مدونة أخلاقيات الطب في نص المادة 34<sup>4</sup>. ونتيجة لذلك، يمكن القول أنه يجب أن يكون هناك توافق بين السبب الطبي البالغ الخطورة من جهة، والحالة الإستعجالية للمريض والتي تسمح للطبيب أو الجراح ببتير أو إستئصال عضو من أعضاء جسم المريض دون الحصول على رضا هذا الأخير من جهة أخرى.

خلاصة القول، أنه لحماية حياة وكرامة الإنسان، وضعت قوانين للحد من تجاوز الطب الحد المطلوب في علاج المريض، وهذا لأن العمل الطبي في حد ذاته يمثل مساسا بسلامة

<sup>1</sup> - Horni (B), Saury (R), op. cit., p. 6.

<sup>2</sup> - a. R.4127-40 du C. santé publ., cit.

- نصت المادة 17 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يجب أن يمتنع الطبيب أو جراح الأسنان عن تعريض المريض لخطر لا مبرر له خلال فحوصه الطبية أو علاجه ".

<sup>3</sup> - Horni (B), Saury (R), op. cit., p. 7.

<sup>4</sup> - a. R.4127-41 du C. santé publ., cit.

- نصت المادة 34 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " لا يجوز اجراء أي عملية بتر أو استئصال لعضو من دون سبب طبي بالغ الخطورة، ما لم تكن ثمة حالة استعجالية أو استحالة، الا بعد ابلاغ المعني أو وصيه الشرعي وموافقته ".

الإنسان، حيث يمكنه أن يمثل تعدي إذا لم يكن هناك ما يبرر هذا التدخل، والمبرر الوحيد الذي يسمح بالعمل الطبي هو الضرورة العلاجية، ما يعني ضمناً تحقيق رعاية صحية مناسبة، ولهذا عندما تكون حياة المريض في خطر ولا يوجد أي علاج لذلك، فإن العمل الطبي يصبح غير معقول وبالتالي غير مبرر، ولهذا مهما كانت طبيعة المرض سواء أكان عن طريق حادث أو تطور مرض معين، فإن الحالة الإستعجالية للمريض تكون حاضرة، وبالتالي يمكن للطبيب إما التدخل لإسعافه وتقديم له العلاج المناسب، أو عدم التدخل لإستحالة إيجاد علاج يمكنه من إنقاذ حياة المريض على أساس مبدأ إحترام كرامة المريض، فهذا الوضع يجعل الطبيب في وضعية معقدة والمتمثلة في عدم تدخل الطبيب، وبالتالي يمكن متابعته بجريمة عدم تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر، أو أنه يتدخل، وهنا يمكنه بتدخله ذلك قد تعدى على كرامة الإنسان، لأن هناك ضراوة في العلاج (acharnement médical)، وهذا ممنوع في القانون الفرنسي حيث نصت المادة R.4127-37 من قانون الصحة الفرنسي على أنه من واجب الطبيب أن يسعى إلى التخفيف من معاناة المريض من خلال الوسائل المناسبة لحالته ومساعدته نفسانياً، وأن يتمتع عن أي عناد غير معقول وغير مبرر في العلاج، كما يجب عليه أن يتوقف عن إجراء أو متابعة العلاجات التي ليس لها غرض أو مبرر<sup>1</sup>.

أما المشرع الجزائري فلم ينص على ذلك، ربما لأسباب أخلاقية ودينية، لأنه في حقيقة الأمر وبقرأة متمعنة، نجد أن المادة R.4127-37 من قانون الصحة الفرنسي، قد فتحت باب آخر يتنافى تماماً مع أخلاقيات الطب، ويتنافى تماماً مع حماية كرامة الإنسان، ويتنافى كذلك مع كل الديانات السماوية، وهذا الباب يعرف بالقتل الرحيم أو ما يعرف القتل بدافع الشفقة (euthanasie)، فبالرغم من أن المشرع الفرنسي لحد الساعة لم يتبنى قانون يسمح لمثل هذه التدخلات، إلا أن هناك قضايا طرحت أمام العدالة الفرنسية، والتي قضت في بعضها بتجريم الممرض أو الطبيب الذي قام بذلك، في حين أن هناك قضايا أين حكمت العدالة الفرنسية لإجازة ما قام به الطاقم الطبي رغم ما نصت عنه المادة R.4127-38 من قانون الصحة الفرنسي<sup>2</sup>، حيث

---

<sup>1</sup> - a. R.4127-37 du C. santé publ. : « - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ».

<sup>2</sup> - a. R.4127-38 du C. santé publ. : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers

منعت بصريح العبارة أن يتسبب الطبيب في موت المريض، فدوره يتوقف عند مرافقة المريض حتى لحظاته الأخيرة (Soins palliatifs)<sup>1</sup> من خلال ضمان الرعاية المناسبة وحماية كرامته ومواساة لمن حوله. أما عن النشاط الطبي الأخير الذي يلتزم الطبيب به في الحالات الاستعجالية فتتمثل في متابعة المريض أثناء مراحل العلاج، لأن الحالة الإستعجالية للمريض يمكن لها أن تظهر من جديد في أي وقت، خاصة إذا كانت هناك صعوبة في تشخيص وعلاج هذه الحالة، ولهذا فالإلتزام بتقديم علاج مناسب لهذه الحالة لا يقتصر على إبعاد الخطر عن المريض، بل يتعدى ذلك إلى النظر في النتائج الوخيمة لهذه الحالة على صحة المريض، ولهذا وجب على الطبيب بمجرد إبعاد الخطر عن المريض، بأن يتابع تطور حالته الصحية وكذلك متابعة علاجه. فأما عن الإلتزام بمتابعة الحالة الصحية للمريض، فإن هذا الإلتزام مرتبط بعدة عوامل، والتي تدخل في تحديد درجة الخطر على صحة المريض، نذكر منه التاريخ الطبي أو السوابق الطبية لهذا المريض والتي قد تعقد من عمل الطبيب، وبالتالي تعرض المريض لمخاطر أخرى، ولهذا إذا كانت هذه العوامل معروفة عند الطاقم الطبي، فإنه وجب عليهم متابعة هذا المريض متابعة خاصة لتطور حالته، ولهذا نجد على مستوى المصلحة الإستعجالية للمستشفيات أن متابعة الحالة الصحية للمريض وحراسته تكون بصفة دائمة، فعندما تستقبل هذه المصلحة حالة مريض في خطر، تقوم هذه الأخيرة بتقديم رعاية وعلاج لإزالة الخطر عنه، ثم بعد ذلك حراسته ومتابعة تطور حالته الصحية داخل الوحدة الإستشفائية الطبية للمدى القصير، في إنتظار نقله إلى وحدة الرعاية لمصلحة الإستعجال أو نقله لمؤسسة إستشفائية أخرى تحتوي على طاقم طبي كفؤ لحالته وامكانيات ومعدات طبية ضرورية لعلاج هذا المريض<sup>2</sup>.

ففي الفترة التي يكون فيها المريض في المصلحة الإستعجالية إلى غاية نقله لمصلحة أو مستشفى آخر، وجب على الطاقم الطبي حراسة حالة المريض لتفادي تطور حالته للأسوء. ومتابعة وحراسة حالة المريض لا تقتصر على الطاقم الطبي للمصلحة الإستعجالية، بل

---

moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

<sup>1</sup> - الرعاية التلطيفية أو ما يعرف بالطب التلطيفي والذي يرتكز على تخفيف المعاناة التي يعاني منها المرض وتتجسد هذه الرعاية بتدخل الطبيب، الصيدلي، رجال الدين، أخصائي في علم الاجتماع، الطبيب النفسي وغيرهم محترفي الصحة للتعامل مع أمور جسدية عاطفية، روحانية وإجتماعية.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 556.

تقع على الجراح والطبيب المخدر أثناء وبعد العملية، بل وتقع على كل مهني الصحة سواء أكانوا تابعين للقطاع العام أو الخاص، وتشمل كل الإختصاصات<sup>1</sup>.

أما عن الإلتزام بمتابعة علاج المريض من طرف الطبيب، فإنه يعد حق من الحقوق الأساسية لكل مريض يوجد في حالة إستعجالية، وهذا الإلتزام تحدث عنه المشرع الفرنسي والجزائري في العديد من المواد السابقة الذكر، إذ نصت هذه المواد في عمومها على إلتزامية الطبيب بمتابعة المريض أثناء فترة العلاج. ولتحقيق الهدف المرجو من هذا الإلتزام، أعطى المشرع الحق للطبيب المعالج أن يستشير زميل له إن اقتضت الحاجة لذلك، كما أعطى المشرع الحق للمريض في تغيير الطبيب المعالج، كما سمح للأطباء من تقديم فحوصات مشتركة، وفي حالة غياب الطبيب المعالج أعطى المشرع سواء الفرنسي أو الجزائري الحق للطبيب الزميل أن يكفل بمتابعة وعلاج المريض<sup>2</sup>. من خلال هذه المواد نلاحظ كذلك أن الإلتزام بضمان متابعة العلاج من طرف الطبيب له قواعد يجب على الأطباء إحترامها، خاصة إحترام مبدأ حرية المريض في إختيار طبيب المعالج (médecin Traitant) وكذلك إلتزام الأطباء من الإمتناع على تحويل الزبائن لأحد الأطباء الزملاء.

## الفرع الثاني: تقديم الوصفة الطبية.

الوصفة الطبية هي وثيقة يحررها الطبيب في شكل تعليمات في مجال الرعاية الصحية للمريض، والوصفة الطبية لا تخص الأدوية فقط، بل تشمل الاجهزة الطبية، النظارات البصرية، الأجهزة السمعية تقويم الأعضاء والأطراف الصناعية، الإختبارات الطبية... إلخ<sup>3</sup>.

فالوصفة الطبية هي من إختصاص الطبيب وحده، وهو حر في تدوين ما يراه مناسب للمريض، ولكن بما أن الوصفة الطبية لها تأثير على الفرد المريض لأنها قد تمس بسلامته جسدياً أو نفسياً، فإنه يجب على الطبيب إحترام شكليات في تحريره للوصفة الطبية<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - Poirier (C), Responsabilité médicale et activités des services d'urgence, R.L.C.H., n°151, Novembre 1999, p. 24.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 560.

<sup>3</sup> - Campion (M-D), Viala (G), La délivrance de l'ordonnance, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 315.

- Rebecq (G), La prescription médicale, éd. P.U.A.M., 1998, p. 23.

بمعنى آخر، أن الطبيب في الحالات العادية لعلاج المريض، يركز على مبدئين أساسيين في تحريره للوصفة الطبية، فالمبدأ الأول يتمثل في حرية الطبيب في تحرير الوصفة الطبية، أما المبدأ الثاني فيتمثل في ضرورة إحترام شكليات الوصفة الطبية، أما في الحالات الإستعجالية، فالأمر يختلف.

فأما عن حرية الطبيب في تحرير الوصفة الطبية أثناء قيام الحالات الإستعجالية، فإن القانون الفرنسي في المادة 2-162.L من قانون الضمان الإجتماعي نص على أنه من أهم المبادئ المتعلقة بإستقلالية الطبيب وحرية أداء وظيفته، نجد مبدأ حرية الطبيب في تحرير الوصفة الطبية<sup>2</sup>، ولكن ما نلاحظه أنه مع مرور الوقت وتعدد الأزمات الإقتصادية وإرتفاع الديون الداخلية الفرنسية نتاج بالدرجة الأولى لإرتفاع كلفة فاتورة الضمان الإجتماعي، نجد أن المشرع الفرنسي أصبح شيء فشيء يتجه نحو وضع قيود على حرية الطبيب وخاصة حريته في تحرير الوصفات الطبية، إذ جاء الأمر رقم 96-345 لـ 24/04/1996<sup>3</sup> في المادة 17 والتي أضيفت لقانون الضمان الإجتماعي في المادة 1-2-162.L حيث أن هذه المادة تقيد من حرية الطبيب في تحريره للوصفة الطبية بواجب تطبيق وإحترام قواعد إقتصادية متكافئة مع نوعية العلاج<sup>4</sup>، معنى ذلك أنه على الطبيب تقديم العلاج الأقل كلفة، شريطة أن يتكافئ مع ضروريات العلاج<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> - المشرع الفرنسي في القرار الصادر عن وزارة الصحة في تاريخ 20 مارس 2012 يسمح بموجبه للمريض من تحرير بعض الوصفات الطبية في اختصاص محدد، وهو ما لا يوجد في التشريع الجزائري.

<sup>2</sup> - a. L.162-2 du C. sec. soc. : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».

<sup>3</sup> - Ord. n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, J.O.R.F., n°98 du 25 avril 1996.

<sup>4</sup> - a. L.162-2-1 du C. sec. soc. : « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

<sup>5</sup> - مثلاً تحرير وصفة طبية تحمل أدوية بديلة تمثل حل لضمان كلفة أقل يتحملها صندوق الضمان الاجتماعي دون المساس بنوعية العلاج، و لكن في الحالات الاستعجالية نجد أن الطبيب ليس لديه الوقت الكافي للبحث عن الدواء البديل الذي ينوب عن الأدوية الحيوية.

المشرع الجزائري كذلك أعطى الحرية الكاملة للطبيب أثناء تحريره للوصفة الطبية ما دام أنه يراها ملاءمة لحالة المريض ومنسجمة مع طريقة وفعالية العلاج، حيث نص المشرع الجزائري في 11 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: " يكون الطبيب وجراح الأسنان حريين في تقديم الوصفة التي يريانها أكثر ملاءمة للحالة، ويجب أن تقتصر وصفاتهما وأعمالهما على ما هو ضروري في نطاق ما ينسجم مع نجاعة العلاج ودون اهمال واجب المساعدة المعنوية "، وهو نفس الحكم الذي جاءت به المادة 174 من قانون الصحة الجزائري الجديد بنصها على أنه: " يمكن مهنيي الصحة الممارسين الطبيين المؤهلين لممارسة مهامهم وفي حدود اختصاصاتهم، دون سواهم، وصف أعمال تشخيص وعلاج واستكشاف ومواد صيدلانية، ويجب عليهم السهر على احترام الممارسات الحسنة للوصف ".

ولكن بالرجوع لنص المادة 232 من قانون الصحة الجديد، نجد أن المشرع الجزائري قد وضع قيد على هذه الحرية، ألا وهو الزام مهنيي الصحة بعدم وصف أو استعمال لمواد صيدلانية غير منصوص عنها مسبقا في المدونات الوطنية الخاصة بها<sup>1</sup>.

فبمقارنة بما جاء به المشرع الجزائري والمشرع الفرنسي، نجد أن الفرق بينهما في هذه النقطة يكمن في أن المشرع الفرنسي يقيد حرية الطبيب بضرورة احترامه للقواعد الاقتصادية المحددة حسب قوانين الضمان الاجتماعي أثناء تحريره للوصفة الطبية وهو ما لم ينص عنه المشرع الجزائري في قانون الصحة القديم ولكن أشار له القانون الجديد دون التوسع فيه كما فعل المشرع الفرنسي، حيث نص في المادة 177 منه على أنه: " يتعين على مهنيي الصحة الممارس الطبي، زيادة على التزاماته القانونية الأساسية والتنظيمية القيام بما يأتي:.... - المشاركة في اقتصاد الصحة،..."، فالمشرع بإشارته إلى عبارة "المشاركة في اقتصاد الصحة" عبارة بلفظ عام ودون أي قيد، فالطبيب هنا يمكن أن يقع في حرج بين أمرين، الأمر الأول يتعلق بتقديم رعاية صحية مناسبة، والأمر الثاني يتعلق بالمشاركة في الإقتصاد الصحي حتى ولو كان على حساب المريض إذا ما أخذنا العبارة على عمومها، فكان على المشرع الجزائري في هذه النقطة التوسع

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 232 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه : " لا يجوز للممارسين الطبيين أن يصفوا أو يستعملوا إلا الأدوية المسجلة والمواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية المصادق عليها، المستعملة في الطب البشري والواردة في المدونات الوطنية الخاصة بها".

ووضع قيود أو أولويات لذلك، أهمها أولوية تفضيل مصلحة المريض أولاً، ثم الاقتصاد الصحي في الأخير.

أما بالنسبة للقيود الذي وضعه المشرع الجزائري والمتمثل في ضرورة احترام قائمة أدوية موضوعة مسبقاً من طرف لجنة تسجيل الأدوية التابعة للوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، نجد أن المشرع الفرنسي قد نص عنه كذلك بموجب القانون الصادر في 29 ديسمبر 2011 بشأن تعزيز سلامة الأدوية والمنتجات الصحية والذي أنشأ وكالة تسمى بالوكالة الوطنية لأمن الأدوية والمواد الصيدلانية<sup>1</sup>(ANSM)، والتي تقوم بالمصادقة على الأدوية وتصنيفها وتسجيلها ومراقبتها<sup>2</sup>.

ضف لذلك، نجد أن المشرع الفرنسي في المادة R.4127-70 من قانون الصحة، منع على الأطباء تحرير وصفات طبية في مجال يتعدى إختصاصهم ومعارفهم العلمية إلا في ظروف إستثنائية، ومن بين هذه الظروف نجد الحالة الإستعجالية للمريض<sup>3</sup>، وهو نفس الحكم الذي جاء به المشرع الجزائري والذي نص عنه في مدونة أخلاقيات الطب في المادة 16 منه، حيث نص صراحة على أنه: "يخول الطبيب وجراح الأسنان القيام بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج، ولا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات في ميادين تتجاوز إختصاصاته أو إمكانياته، إلا في الحالات الاستثنائية".

والوصفة الطبية -كما قلنا سابقاً- هي وثيقة رسمية أين يحدد فيها الطبيب ترتيبات وطريقة العلاج لمريضه، فالوصفة الطبية تمثل قرارات الطبيب التي تنتج آثاراً قانونية، ولهذا يجب أن تحترم شكلية معينة حتى تكون موثوقة وآمنة<sup>4</sup>.

فالمشرع الفرنسي نص في المادة R.4127-76 من قانون الصحة نص على مجموعة من الوثائق - و من بينها الوصفة الطبية - التي يمكن للطبيب من تحريرها والتي يجب أن تكون مطابقة للقوانين والتشريعات المعمول بها في إطار أدائه لمهامه الطبية<sup>5</sup>، وهو ما جاء به المشرع

<sup>1</sup> - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

<sup>2</sup> - L. n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, J.O.R.F., n°0302 du 30 décembre 2011.

<sup>3</sup> - a. R.4127-70 du C. santé publ., cit.

<sup>4</sup> - **Campion (M-D), Viala (G)**, op. cit., étude n° 315.

<sup>5</sup> - a. R.4127-76 du C. santé publ. : « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement

الجزائري في نص المادة 56 من مدونة أخلاقيات الطب حيث نص على ضرورة احترام الطبيب أو جراح الأسنان لشكليات معينة أثناء تحريره للوصفة الطبية<sup>1</sup>.

وهذه الشكليات التي نصا عليها كل من المشرع الفرنسي والجزائري تتمثل في :

- أن تكون الوصفة الطبية محررة بطريقة مكتوبة وواضحة يمكن قراءتها، وهو ما أكدته المشرع الفرنسي في المادة R.4127-34 من قانون الصحة، وكذلك المشرع الجزائري في نص المادة 47 من مدونة أخلاقيات الطب في نصهما على ضرورة صياغة الوصفة الطبية بوضوح لضمان فهمها من طرف المريض أو محيطه، لكي يتم تطبيقها بشكل جيد وفعال لعلاج المريض، كأن تشمل هذه الوصفة على نوعية الاختبارات الطبية، الدواء، عدد الجرعات، طريقة العلاج ومدته. والوصفة الطبية عامة، إما أن تكون موجهة لطبيب آخر، صيدلي، ممرض أو المريض في حد ذاته<sup>2</sup>.

- كتابة تاريخ على الوصفة الطبية.

- هوية الطبيب المحرر لهذه الوصفة.

- إمضاء الطبيب.

ولكن هناك شرط أتى به المشرع الفرنسي في نص المادة R.4127-76 من قانون الصحة

أسقطه المشرع الجزائري عمدا في نص المادة 56 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، وهذا

---

par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci ».

<sup>1</sup> - نصت المادة 56 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه : " ينبغي أن تكون الوصفة الطبية أو الشهادة أو الافادة التي يقدمها طبيب أو جراح أسنان واضحة الكتابة تسمح بتحديد هوية موقعها و تحمل التاريخ و توقيع الطبيب أو جراح الأسنان " .

<sup>2</sup> - a. R.4127-34 du C. santé publ. : « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution ».

- نصت المادة 47 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه : " يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يحرر وصفاته بكل وضوح وأن يحرص على تمكين المريض أو محيطه من فهم وصفاته فهما جيدا، كما يتعين عليه أن يجتهد للحصول على أحسن تنفيذ للعلاج " .

الشرط يتمثل في أن تكون الوصفة الطبية محررة باللغة الفرنسية، فالمشرع الجزائري لم يحدد بأية لغة يمكن تحرير بها الوصفات الطبية، معنى هذا أنه قد أعطى الحرية للأطباء في استعمال اللغة التي يرغبون في استعمالها.

قلنا سابقا أن الوصفة الطبية هي من إختصاص الطبيب وحده، إلا أنه في مصلحة الإستعجالات في فرنسا هناك لبعض الممرضين والممرضات الحق في تحرير وصفات طبية المتعلقة بإستعمال بعض المعدات الطبية مثل فراش خاص للمساعدة على منع التقرحات، فهذه الوصفات في حقيقة الأمر لا تمثل أي خطر على المريض، فإذا كان عكس ذلك فلا يحق لهم تحرير الوصفات الطبية كإعطاء دواء مثلا<sup>1</sup>.

ونظرا لأهمية الوصفة، نجد أن القانون الفرنسي - كما سبق القول - قد ألزم أن تكون الوصفة الطبية مكتوبة، وهنا يطرح إشكال حول الوصفة الطبية الشفهية، لأنه في الحالات الإستعجالية وكثيرا ما نجد ذلك في المستشفيات سواء أكانت عامة أم خاصة، نجد أن الأطباء وخاصة الجراحين يعطون أوامر شفهية للصيادلة والممرضين بتقديم دواء معين للمريض، أو إجراء عمل طبي معين، فهنا الشخص المأمور سواء أكان الممرض أو الصيدلي، له الحق في أن يرفض ما طلبه منه الطبيب بحجة أن الأمر غير مكتوب ولا يحترم شكليات الوصفة الطبية، ولكن من الصعب جدا رفض ذلك في الحالات الإستعجالية خاصة ما إذا كان الطبيب غائبا<sup>2</sup>.

ولهذا نجد في المستشفيات العامة والخاصة وخاصة في المصالح الإستعجالية، وسواء أتعلق الأمر بفرنسا أو الجزائر، بروتوكولات طبية يجب على العاملين في المصلحة إحترامها والإطلاع عليها مسبقا، وهذه البروتوكولات محررة من طرف الطبيب المسؤول عن المصلحة أو مجموعة من الأطباء، والتي تسمح للممرض أو الصيدلي مثلا من تقديم علاج معين أو دواء منصوص عنه لمواجهة حالة إستعجالية معينة مسبقا دون أن يلجأ للطبيب، خاصة إذا كان هذا الأخير غائبا<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Arr. du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, J.O.R.F., n°0077 du 30 mars 2012.

<sup>2</sup> - Rebecq (G), op. cit., p. 52.

<sup>3</sup> - Champion (M-D), Viala (G), op. cit., étude n° 315.

## الباب الثاني

### المسؤولية عن الأخطاء الطبية في الحالات الاستعجالية

من خلال ما تقدم ذكره من تحديد لمفهوم الاستعجالات الطبية، وكيفية تنظيمها من طرف كل من المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري، نلاحظ أن الحالة الاستعجالية كما كان لها تأثير في تحديد كيفية تنظيم والتكفل بمثل هذه الحالات، فإن لها تأثير كذلك على تطبيقات المسؤولية الناتجة عن مثل هذه النشاطات الطبية.

فعندما يقع خطأ من الطبيب أو عن أحد مساعديه خلال عملية التكفل بالمريض في الحالة الاستعجالية، سواء أثناء التشخيص وتقديم العلاج أو بعده، وأحدث ذلك ضرراً، فإنه يمكن للمريض ضحية ذلك أو أصحاب الحقوق كالورثة مثلاً، أن يطالبوا بقيام مسؤولية من ارتكب الخطأ، وهذا ما لاحظناه من خلال العديد من القرارات القضائية، سواء أكانت مدنية، جزائية أو إدارية، والبحث من خلالها عن مدى تأثير الحالة الاستعجالية للمريض في تحديد المسؤولية على من تقع، وعلى أي أساس.

المسؤولية حسب التعريف القانوني تعني حالة الشخص الذي ارتكب فعلاً يسبب به ضرراً للغير، فإستوجب مؤاخذة القانون له على ذلك عن طريق الجزاء القانوني، يكون في الغالب عقوبة توقع على المسؤول قصاصاً منه، أو تعويضاً يلتزم به تجاه المتضرر أو كلا الأمرين معاً. والمسؤولية الطبية تعني تحمل تبعات وعواقب الأعمال التي يقوم بها الطبيب في إطار مزاولته لمهنته.

والمسؤولية بصفة عامة، تهدف إما إلى جبر الضرر الحاصل وذلك عن طريق تعويض المريض ضحية الخطأ الطبي، وإما أنها تهدف لمعاقبة المخطأ.

فأما عن المسؤولية التي تهدف لجبر الضرر عن الأخطاء الطبية، فإن محل المطالبة بها يكون إما أمام القضاء الإداري عندما يتعلق الأمر بالمؤسسات الصحية العمومية، أو أنه يتم أمام القضاء المدني، وذلك إذا ما تعلق الأمر بالمؤسسات الصحية الخاصة، أو الأطباء الذين يعملون

لصالحهم الخاص.

أما المسؤولية التي تهدف لتوقيع عقوبات، فنجد أن قانون العقوبات يعاقب بعض سلوكات وتصرفات الأطباء، والاختصاص هنا يكون للقضاء الجزائي في توقيع العقوبات (غرامة مالية أو عقوبة السجن أو الاثنين)، ولكنه في نفس الوقت يمكن للضحية أن ترفع دعوى ضد الطبيب أمام مجلس أخلاقيات الطب الذي ينظر في الأخطاء الطبية المخالفة لأخلاقيات الطب، والتي تكون فيها العقوبات متراوحة بين التوبيخ، الإنذار، الوقف عن ممارسة مهنة الطب لمدة معينة والشطب من جدول اعتماد الأطباء.

ولتوضيح كل هذا، ارتأينا معالجة هذا الباب في فصلين، نتناول في الأول المسؤولية الهادفة لجبر الضرر، وفي الثاني نتناول المسؤولية الهادفة لتوقيع عقوبات على المخطأ.

## الفصل الأول

### المسؤولية الهادفة لجبر الضرر

الخطأ الطبي هو كل خطأ ناتج عن فعل قام به مهني الصحة كطبيب أو ممرض مثلاً أدى إلى أضرار غير طبيعية فيما يتعلق بالتطور المتوقع لحالة المريض الصحية، ولهذا أعطت التشريعات الحق لضحايا الأخطاء الطبية أو ورثتهم، الحق في طلب التعويض، ولكن هذا لا يعني أن كل خطأ طبي يحتمل بالضرورة مسؤولية طبية تقع على مهني الصحة.

فالضحية الذي يحرك هذه المسؤولية، يهدف من خلالها إلى إعادة تحقيق التوازن الذي كان يتمتع به المريض إن أمكن لو لا حدوث الضرر.

ولقد أقرت التشريعات ومنها المشرع الفرنسي والجزائري، نظاماً للمسؤولية الطبية والذي هو وليد للعديد من القضايا التي طرحت من قبل أمام القضاء، أشهرها قضية مارسيني (Mercier) والتي أقر فيها القضاء لأول مرة بالطبيعة التعاقدية لمسؤولية الطبيب بناءً على إثبات وجود خطأ من جانبه، وللأضرار التي لحقت بالمريض، وصلة السببية بين الاثنين، وعلى هذا النحو، كان يجب على الطبيب فعل كل ما هو ممكن لعلاج مريضه ودون التمييز بين الحالة العادية للمريض أو الحالة الاستثنائية.

والمسؤولية عن الأخطاء الطبية لا تقتصر على الأطباء، بل تشمل الطاقم الطبي العامل معه من ممرضين وأفراد الشبه الطبي، بل وحتى المؤسسات التابعة لها، وبالتالي يدخل في هذا الإطار، الأطباء والمساعدين لهم الذين يتكفلون بالحالات الاستعجالية، وهذا ما سنعالجه في المبحث الأول.

ثم أن المسؤولية عن الأخطاء الطبية التي تهدف لجبر الضرر، إما أن تكون مدنية أو إدارية، لأن هناك مؤسسات صحية تابعة للقطاع العام، ومؤسسات صحية تابعة للقطاع الخاص حيث أن الأحكام المنظمة لهما تختلف، وهو ما سوف نتطرق له في المبحث الثاني.

## المبحث الأول

### القواعد المنظمة للمسؤولية في حالة قيام الحالة الاستعجالية

المسؤولية الطبية تعني تحمل تبعات وعواقب الأعمال التي يقوم بها الطبيب أو طاقمه في إطار مزاولتهم لمهنة الطب، ولا تقوم هذه المسؤولية، سواء في الحالات العادية أو في الحالات الاستعجالية إلا إذا وقع الطبيب أو أحد أفراد الطاقم الطبي التابع له في خطأ.

ولكن لقيام هذه المسؤولية لا يكفي الخطأ وحده، بل يجب توافر عناصر أخرى لجانب عنصر الخطأ، والتي تتمثل في الضرر والعلاقة السببية بين الخطأ والضرر الحاصل، فنقص أحد هذه العناصر مهما كان، فإن المسؤولية لا تقوم.

وموضوع مسؤولية مهني الصحة في الحالات الاستعجالية، لا زال يثير الكثير من الجدل ويبدو ولأول وهلة أن هذا النقاش المحتدم، يرجع أساساً إلى صعوبة الربط بين العلوم الطبية والعلوم القانونية، ذلك لأن ميدان العمل الطبي لا زال يكتنفه الكثير من اللبس والغموض نظراً لتشعب فروع علم الطب ودقتها خاصة إذا ما تعلق الأمر بالحالات الاستعجالية أثناء تحديد الخطأ وعلاقته بالضرر الحاصل.

ولعل تشعب ميادين العلاج والتطبيب وصعوبة تشخيص بعض الحالات المرضية أو علاجها في الحالات الاستعجالية، قد يفسر إلى حد ما تفادي المشرع سن قواعد قانونية في ميدان المسؤولية، لأن الغاية من سن القواعد القانونية، هو وضع ضوابط تحدد سلوك الأشخاص داخل المجتمع، ولكن سلوك الطبيب في علاقته بالمريض، تحكمه معطيات علمية بحتة، وهذه المعطيات تصعب الإحاطة بها بوضع قوانين يمكن من خلالها تحديد الخطأ وعلاقته بالضرر.

وعلى هذا الأساس ارتأينا تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين نتناول في الأول الخطأ كأساس لقيام المسؤولية، وفي المطلب الثاني، سوف نتطرق إلى الضرر والعلاقة السببية بين هذا الأخير والخطأ..

## المطلب الأول: الخطأ أساس المسؤولية.

العمل الطبي خدمة يقدمها الطبيب أو مؤسسة صحية للمريض، والتي تهدف إلى تشخيص ثم علاج ما تم تشخيصه مع احترام حقوقه التي نصت عنها القوانين.

فالتبيب أثناء أدائه لمهنته الطبية، قد يقع في أخطاء، والتي من خلالها يكون قد أخل بواجبات الحيطة والحذر اللذين تقتضيهما أصول وقواعد المهنة، والتي قد تؤدي لإحداث ضرر للمريض.

والتبيب في الأصل العام يقع عليه التزام ببذل عناية، وإن كانت هناك حالات معينة يلتزم فيها الطبيب بتحقيق نتيجة، ويتلخص مضمون الالتزام بالعناية في بذل الجهود الصادقة واليقظة، التي تتفق والظروف القائمة والأصول الطبية بهدف علاج المريض وتحسين حالته الصحية، والإخلال بمثل هذا الالتزام يشكل خطأ يثير مسؤولية الطبيب.

فالخطأ الطبي إذا هو عبارة عن تقصير في عمل الطبيب، ولهذا يبقى معيار الخطأ هو المعيار العام في قيام المسؤولية.

وحالات الخطأ الطبي تختلف باختلاف المراحل التي يمر منها المريض أثناء فترة العلاج أو بالأحرى منذ الوهولة التي يتقدم فيها الطبيب لعلاج وتشخيص المريض، ولهذا يجب أن نميز بين خطأين يمكن أن يقع فيهما الطبيب، وهما الخطأ الطبي التقني والخطأ الإنساني.

وعلى هذا الأساس قسمنا هذا المطلب إلى فرعين، نعالج في الأول الخطأ الطبي التقني، وفي الثاني الأخطاء المرتبطة بالإنسانية الطبية.

## الفرع الأول: الخطأ الطبي التقني.

الأخطاء الطبية التقنية هي أخطاء يمكن أن يقع فيها كل الأطباء وخاصة الأطباء الذين يقدمون خدمات طبية استعجالية.

والخطأ الطبي التقني هو كل خطأ يمثل خرق في الالتزامات المطابقة للمعطيات العلمية

أثناء تقديم خدمة طبية، سواء تعلق الأمر بتشخيص أو تقديم علاج أو حتى تقديم نصح وارشاد طبي<sup>1</sup>.

فأما عن الأخطاء الطبية التقنية التي يمكن أن يقع فيها الطبيب في الحالات الاستعجالية فنجد:

**أولاً: الخطأ في التشخيص<sup>2</sup>:** والتشخيص هو العمل الطبي الذي يسمح بتحديد طبيعة وسبب وأوصاف المرض الذي يعاني منه الشخص، وغالبا ما يكون ذلك من خلال تحليل أعراض المرض<sup>3</sup>.

والطبيب في الحالات الاستعجالية، يمكنه أن يقع في الخطأ المتعلق بالتأخر في وضع تشخيص لحالة المريض، وهذا يرجع لعدة أسباب، كأن يجد صعوبة في تحديد المرض مثلا. كما يمكن أن يكون خطأ الطبيب متعلقا بالتشخيص في حد ذاته، والذي قد يترتب عنه تقديم علاج غير مناسب، ولكن كلا السببين بطبيعة الحال يؤخران الأطباء في تقديم تشخيص صحيح<sup>4</sup>.

بالرجوع لنص المادة R.4127-33 من قانون الصحة الفرنسي والتي نصت على أنه يجب على الطبيب أثناء وضعه لتشخيص، أن يقوم بذلك بكل عناية، وذلك بتكريسه الوقت الضروري مستعينا في ذلك بكل المعطيات والطرق العلمية الأكثر تناسبا مع حالة المريض<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> - سايكي وزنة، إثبات الخطأ الطبي أمام القاضي المدني، مذكرة الماجستير، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة تيزي وزو، 2010-2011، ص44.

<sup>2</sup> - من حيث المبدأ، لا يعتبر التشخيص الخاطئ جريمة، لأن الطبيب بصفة عامة يعتمد على ثلاثة عناصر أساسية تسمح له بوضع تشخيص للحالة المرضية إضافة للوسائل التقنية المتاحة أمامه، والتي تتمثل في العلم والخبرة والذكاء، ومع ذلك ليس كل الأطباء على قدم المساواة في درجة العلم أو الخبرة أو الذكاء، وبالتالي قد يرتكبون أخطاء في التشخيص، وهنا يرى البروفيسور (J) Penneau بأنه عندما يقوم الطبيب بفحص جيد لمريضه من خلال إحاطة نفسه بجميع البيانات والامكانيات التي وضعت تحت تصرفه عن طريق العلم، وأنه مع ذلك ارتكب خطأ في التشخيص، فإن العلم هو الذي أثبت بأنه ناقص وليس الإنسان.

<sup>3</sup> - Morin (Y), Larousse médicale, éd. 2003, p. 1056.

<sup>4</sup> - Laetitia (M), Éric (R), Marie (E), Claudette (M), L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : application de l'analyse rationnelle des situations de travail, Le travail humain, 2003, Vol. 66, PUF, p. 360.

<sup>5</sup> - a. R.4127-33 du C. santé publ. : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand

فص هذه المادة جاء بلفظ عام يشمل كل الأطباء، بما في ذلك الأطباء المختصون بالحالات الاستعجالية والذين من الممكن جدا تقديمهم لتشخيص لا يتناسب مع أعراض مرض معين.

وهو نفس ما جاء المشرع الجزائري في نص المادة 45 من المرسوم التنفيذي المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، حيث نص على الزامية الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته على أي طلب معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه، أن يتسم ذلك بالاخلاص والتفاني والمطابقة للمعطيات العلمية الحديثة.

فالمشرع الجزائري في هذه المادة حين نص عن الأطباء، جاء هو كذلك بلفظ عام يشمل الأطباء المختصين وحتى الجراحين.

والأخطاء المرتبطة بالتشخيص<sup>1</sup> كما سبق الذكر، تشمل عدة حالات تتمثل في التأخر في التشخيص، عدم القيام باختبارات طبية تكميلية، عدم القيام بالمراقبة والحراسة الطبية، غياب طلب مساعدة طبيب مختص و/أو غياب نقل المريض إلى مؤسسة صحية مختصة، وعدم احترام واجب

---

soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

<sup>1</sup> - أكدت الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الفرنسية، بأن مسؤولية الطبيب في حالة حدوث خطأ تشخيصي لا يمثل بأي صفة جنائياً:

C. cass., Crim., 29 juin 1999, N° 98-83.517, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Sur le premier moyen de cassation, pris de la violation des articles 221-6 du Code pénal et 319 ancien du Code pénal dans sa rédaction antérieure au 1er mars 1994, violation de l'article 593 du Code de procédure pénale et de son article 2, violation de l'article 1382 du Code civil :

" en ce que l'arrêt attaqué a relaxé les prévenus des fins des poursuites et s'est déclaré incompétent pour statuer sur les demandes des parties civiles ;

" aux motifs propres que la Cour fait siens les motifs du jugement exposant les faits et dont il résulte que la prévention n'est pas établie, en ajoutant que : l'absence d'audition des prévenus par les experts a une incidence sur les conclusions de ces derniers en ce sens que les déclarations de A... et du Docteur Y... font apparaître que la première n'a pas attendu 3 heures du matin pour faire appel au médecin et que celui-ci s'est informé et a pris connaissance personnellement des 2 premiers tracés ; si au vu des tracés il fallait pratiquer une césarienne, contrairement à ce qu'a estimé le Docteur Y... à 20 heures, et de ce qu'a également estimé A... qui n'a rappelé le médecin que vers trois heures du matin, il s'agit de la part des prévenus d'une erreur de diagnostic mais non d'une faute au sens de l'article 221-6 du Code pénal ; si une césarienne aurait réduit la durée d'hypoxie, les expertises n'établissent pas de façon certaine que cela aurait permis de sauver l'enfant ; la faute, à la supposer établie, n'aurait donc entraîné qu'une perte de chance, ce qui ne suffit pas à caractériser le délit d'homicide involontaire ».

المساعدة في تشخيص المرض في حالة توجيه المريض نحو مصلحة أو مؤسسة صحية أخرى.

فأما عن التأخر في التشخيص، وبالرجوع لنص المادة R.4127-33 من قانون الصحة الفرنسي نجد أن نص هذه المادة قد جاء بعبارة الوقت الضروري أو اللازم "Temps nécessaire" ولكن المشكل يكمن في أن الطبيب في الحالات الاستعجالية، لا يملك الوقت الكافي والضروري في تشخيص المرض هذا من جهة، ومن جهة أخرى عليه أن يقدم علاج يوافق لما يمليه عليه الضمير واليقظة.

وكنتيجة لذلك، على الطبيب أن يقدم تشخيص على عجل، ولكن دائما باحترامه والتزامه بالمعطيات العلمية المكتسبة<sup>1</sup>، وهذا ما جاء واضحا في نص المادة R.4127-33 بنصها على احترام المعطيات العلمية الأكثر تناسبا "les méthodes scientifiques les mieux adaptées"<sup>2</sup> وهو ما ذهب إليه كذلك المشرع الجزائري في نص المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب، حيث نص على ضرورة مطابقة العمل الطبي للمعطيات العلمية الحديثة وأن يتسم بالاخلاص والتفاني سواء أكانت حالة المريض اسعجالية أو غير ذلك، لأن نص هذه المادة جاء بلفظ واسع لم يحدد من خلاله إن تعلق الأمر بحالة استعجالية أم لا، حيث جاء بعبارة "أي طلب معالجة"<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2ème chambre - formation à 3, du 23 mars 2004, 03DA00440, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : " Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert commis par les premiers juges, que, malgré les résultats de l'électro-cardiogramme et des examens biologiques pratiqués sur M.X par le médecin de garde du service d'urgence du centre hospitalier de Château-Thierry, celui-ci n'a pas fait le diagnostic d'infarctus aigu dont était atteint l'intéressé ; que cette absence de diagnostic constitue une faute susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier de Château-Thierry (...);

Considérant, cependant, qu'il est constant que M.X n'a pu bénéficier de soins jusqu'au moment où le diagnostic de son infarctus a pu être établi, soit le lendemain matin suivant son admission aux urgences du centre hospitalier de Château-Thierry ; que, par suite, pendant cette période, les souffrances physiques qu'il a endurées n'ont pas été traitées et sont, dès lors, constitutives d'un préjudice imputable à la faute commise par l'établissement hospitalier du fait du retard de diagnostic;"

<sup>2</sup> - **Cornu (G)**, Vocabulaire juridique, Aassociation Henri Capitant, 9ème éd., éd. P.U.F., 2011., p. 771.

- **Laetitia (M), Éric (R), Marie (E), Claudette (M)**, op. cit., p. 350.

<sup>3</sup> - المشرع الجزائري لم يأتي بعبارة " الوقت الضروري " التي جاء بها المشرع الفرنسي في نص المادة R4127-33 " Temps nécessaire " هذا لا يعني أن الطبيب في الجزائر غير ملزم بذلك، حيث أن المشرع الجزائري في المادة 46 من مدونة أخلاقيات الطب نص على أنه : " ينبغي أن يتقيد الطبيب أو جراح الأسنان على الدوام بالسلوك المستقيم و حسن الرعاية و أن يحترم كرامة المريض"، فمن بين الأمور التي تحقق حسن الرعاية الصحية و احترام كرامة المريض، نجد أخذ الوقت اللازم و الضروري مع المريض لوضع و تحديد تشخيص صحيح، لتقديم علاج

فهدف الطبيب في الحالات الاستعجالية من خلال تشخيص المرض، هو إيجاد علاج مناسب فإذا أخطأ في التشخيص، فحتماً سيخطأ في العلاج المقترح للمريض هذا من جهة، ومن جهة أخرى كما سبق ذكره، فإن الطبيب في الحالات الاستعجالية، عليه التدخل بسرعة لتشخيص وعلاج المريض في حالة الخطر، لأن هناك أمراض لا تحتاج للتأخر، مثال ذلك، التمزق الذي يصيب جدار شريان الأبهر (dissection aortique)، والتي تعد من الأمراض الخطيرة التي تتطلب ادخال المريض للمستشفى لحراسة ومراقبة حالته الصحية بصفة مستمرة، وكذلك تشخيص سريع عن طريق فحص الصدر بواسطة أشعة إكس (Rayon X) أو عن طريق مخطط القلب الكهربائي (Electrocardiogramme)، والتي تسمح كذلك بكشف أفضل وواضح لحالة المريض الجسدية<sup>1</sup>.

فكما قلنا أنه في بعض الحالات الاستعجالية ينتاب الطبيب شك حول تشخيص المرض، ففي هذه الحالة، ما عليه إلا مباشرة اختبارات طبية تكميلية من أجل تغيير أو تأكيد التشخيص الذي وضعه.

المشرع الفرنسي والجزائري لم ينص صراحة على إلزامية الطبيب بالقيام أو الأمر بقيام اختبارات تكميلية لتبصير وجهة نظره حول التشخيص الذي وضعه، ولكن بالرجوع لنص المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري<sup>2</sup> ونص المادة R.4127-33 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>، نجد بأن كلا التشريعين نصا على ضرورة تقديم علاج يتسم بالإخلاص والتقاني ومطابقته للمعطيات

مناسب.

<sup>1</sup> - C.A.A. de Nantes, 3ème Chambre, 21/04/2005, 02NT01417, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr>:

“ Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment de l'expertise susmentionnée, que si le diagnostic de dissection aortique peut être difficile à établir, spécialement comme en l'espèce en présence de douleurs modérées, la prudence impose que toute douleur thoracique persistante et inexpiquée chez un homme de cinquante ans entraîne l'hospitalisation de celui-ci pour observation, même en l'absence de signe évident d'atteinte coronaire ; qu'il est constant que M. X, compte tenu du personnel médical présent ce jour et des urgences auxquelles celui-ci devait faire face, n'a pu être examiné personnellement ni par le médecin senior du service des urgences, ni par l'interne de garde en cardiologie, lequel a néanmoins conseillé de laisser sortir ce patient au vu des éléments portés à sa connaissance par l'interne de garde des urgences, dépourvu de toute spécialité en cardiologie, alors que la douleur thoracique dont il souffrait restait inexpiquée et n'avait pas totalement disparu ; qu'il résulte de l'ensemble de ces circonstances que les praticiens du centre hospitalier ont commis une faute de nature à engager la responsabilité du CHRU de Caen ;”.

<sup>2</sup> - نصت المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يلتزم الطبيب وجراح الأسنان بمجرد موافقته على أي طلب معالجة بضمن تقديم علاج لمرضاه يتسم بالإخلاص والتقاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة".

<sup>3</sup> - a. R.4127-33 du C. santé publ., cit.

العلمية الحديثة، معنى ذلك أنه إذا كانت حالة المريض تتطلب اجراء اختبارات طبية تكميلية، فإنه على الطبيب الأمر بالقيام بها أو أن يقوم بها بنفسه، وإلا كان بذلك مخالفا لما جاء في نصي المادتين المذكورة أعلاه، أي أن عمله الطبي قد لا يتسم لا بالاخلاص ولا بالتفاني، ومن الممكن جدا بأن يكون مخالفا للمعطيات العلمية<sup>1</sup>.

ومن بين الالتزامات التي تقع كذلك على عاتق الطبيب في الحالات الاستعجالية والتي نص عنها المشرع الفرنسي ولم ينص عنها المشرع الجزائري ( إلا في حالة الأمراض المعدية والأمراض العقلية والنفسية) نجد الالتزام بمراقبة وحراسة حالة المريض<sup>2</sup>، ولكن هذا لا يعني أن

---

<sup>1</sup> - C.A.A. de Marseille, 1ère chambre, du 6 décembre 2001, 98MA00485, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Sur la responsabilité:

Considérant, d'une part, que le centre hospitalier de Cannes soutient que le pontage fémoro-gambier ne s'est révélé nécessaire que lors de la deuxième artériographie réalisée le 11 novembre 1990 et qu'ainsi il n'est pas certain que, si la première artériographie avait été effectuée avant le 10 novembre, les chances pour l'intéressé d'éviter une amputation auraient été plus grandes ; qu'il résulte toutefois de l'instruction, et notamment de l'expertise ordonnée par le tribunal administratif, par son jugement avant-dire droit en date du 13 juin 1997, que, dès le premier jour, il y a eu un doute sur la vascularisation du membre inférieur qui a fait rechercher à plusieurs reprises le pouls pédieux avec des résultats variables ; que les experts commis par les premiers juges notent d'une part que, face au soupçon d'ischémie, une première artériographie aurait dû être réalisée dès le premier jour et d'autre part que l'aponévrotomie ainsi que le pontage fémoro-gambier auraient dû être pratiqués avant l'écoulement d'un délai de trente six heures à compter du traumatisme, délai au delà duquel, selon la littérature médicale, le pronostic de toute possibilité thérapeutique est très défavorable ; qu'ainsi que l'a relevé le tribunal administratif, le bon de consultation établi le 9 novembre 1990 n'a été transmis au chirurgien vasculaire que le 10 novembre 1990 ; qu'ainsi qu'il a été rappelé ci-dessus, ce n'est qu'à cette date, soit plus de trente six heures après le traumatisme, que la première artériographie a été effectuée et seule une aponévrotomie pratiquée, le pontage fémoro-gambier étant réalisé le 11 novembre ; qu'il suit de là que le centre hospitalier de Cannes n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif a considéré que le retard des services hospitaliers à pratiquer les examens complémentaires et les interventions chirurgicales appropriés au cas de M. Y... était constitutif d'une faute de nature à engager sa responsabilité;

Considérant d'autre part que si, ainsi que l'ont relevé les experts, la tenue des examens et des interventions thérapeutiques dans les délais normaux n'aurait pas évité de façon certaine l'amputation subie par M. Y..., le retard avec lequel les services du centre hospitalier de Cannes ont effectué lesdits examens et interventions ont privé l'intéressé d'une chance d'éviter l'amputation de sa jambe gauche ; que, par suite, le Centre hospitalier de Cannes n'est pas fondé à soutenir que le lien de causalité entre le dommage subi par M. Y... et la faute des services hospitaliers ne serait pas établi ; »

<sup>2</sup> - a. R.6123-19 du C. santé publ. : « Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas:

°1Au sein de la structure des urgences;

°2Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée;

°3Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9;

°4En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé;

°5En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en

الطبيب في الجزائر غير ملزم بمراقبة وحراسة تطورات حالة المريض في الحالات الاستعجالية، لأن هذا يدخل في حقيقة الأمر في التزام الطبيب بتقديم الرعاية الصحية والعلاج المناسب للمريض، وهذا لا يتحقق إلا بمتابعة ومراقبة تطورات حالة المريض، فعند وصول المريض إلى مصلحة الاستعجالات الطبية، يقوم الطبيب في البداية بتشخيص حالته الصحية، ولكن أحيانا يصعب عليه تشخيص المرض من أول فحص طبي، ولهذا في هذه الحالة، على الطبيب أن يتابع تطور حالة المريض من خلال الأعراض التي قد تظهر والتي قد تساعده في وضع تشخيص جديد، ولا يتم ذلك إلا بالحراسة والمراقبة<sup>1</sup>.

ومن الأخطاء المرتبطة بالتشخيص، نجد كذلك غياب طلب مساعدة طبيب مختص و/ أو غياب نقل المريض إلى مؤسسة صحية مختصة، حيث ألزمت المادة R.4127-60 من قانون الصحة الفرنسي الطبيب بأن يلجأ إلى طلب المساعدة من أحد زملائه كلما تطلب الأمر ذلك، أو أن المريض نفسه أو أحد أقاربه طالب بذلك<sup>2</sup>.

المشروع الجزائري ساير المشرع الفرنسي في ذلك، حيث نص في المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب على ضرورة استعانة الطبيب بأحد الزملاء المختصين والمؤهلين إن تطلب الأمر

---

charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert;

<sup>6</sup>En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation ».

<sup>1</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 3ème chambre (formation à 3), 14/11/2006, 04BX00622, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Considérant que, si le centre hospitalier intercommunal de Tarbes fait valoir que le diagnostic de Méningite était difficile à poser dans la matinée compte tenu du tableau symptomatique, il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert désigné par le tribunal, que, malgré la dégradation importante de l'état de Mme Y après 13 heures, ce n'est que vers 17 heures, sur l'intervention de membres de la famille et après que l'intéressée eut présenté un état comateux accompagné de convulsions, qu'elle était examinée par le médecin responsable du service de pneumologie et le médecin neurologue et qu'un scanner cérébral et une ponction lombaire étaient pratiqués ; que ce défaut de surveillance adaptée est à l'origine d'un retard de diagnostic de plusieurs heures ; que, dans ces conditions, ce retard présente un caractère fautif ; qu'ainsi, le centre hospitalier intercommunal de Tarbes n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué du 10 février 2004, le tribunal administratif de Pau l'a déclaré responsable de l'aggravation des séquelles imputable à cette faute ; »

<sup>2</sup> - a. R.4127-60 du C. santé publ. : « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage.

Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice.

S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade.

A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient. »

ذلك<sup>1</sup>.

بمعنى آخر، نجد أنه كلما وجد الطبيب نفسه أمام حالة تتجاوز إمكانياته العلمية، أو كلما راوده شك في وضع تشخيص، وجب عليه طلب رأي زميل له في المهنة<sup>2</sup>، مختص في المجال المطلوب، أو أن يطلب نقل المريض إلى مؤسسة صحية مختصة إن تعذر الحصول على رأي زميل مختص<sup>3</sup>.

وقد تواجه مصالح الاستعجال الطبي حالات لا يمكن للأطباء تقديم علاج لعدم الكفاءة، ففي هذه الحالة عليهم الأمر بنقل المريض إلى مصلحة أو مؤسسة صحية أخرى مختصة للتكفل به. ولكن مهمة الطبيب لا تنتهي عند هذا الحد، بل يجب عليه إضافة لطلب نقل المريض، مساعدة المصلحة أو المؤسسة الصحية المستقبلية للمريض، وخاصة إذا كان الأمر يتطلب تقديم علاج سريع، وذلك بإعلامهم بالاختبارات الطبية التي أجريت على المريض والتشخيص الذي وصل إليه الطبيب لتسريع عملية التكفل بالحالة المرضية<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: "يلتزم الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته على أي طلب معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه يتسم بالإخلاص و التقاني و المطابقة لمعطيات العلم الحديثة والاستعانة عند الضرورة بالزملاء المختصين والمؤهلين".

<sup>2</sup> - **Patrick (C)**, Le médecin, son patient et ses pairs, Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, éd. Technip & Ophrys, R.F.S., 2005, Vol. 46, p. 464.

- C.A.A. de Nantes, 3ème Chambre, 06/12/2007, 06NT01107, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise déposé par le docteur Z devant le Tribunal de grande instance du Havre que, lors des soins que M. X a reçus le 1er mars 1999, la plaie sous-articulation n'a pas été soumise à un chirurgien, pour exploration et parage au bloc opératoire alors que de tels actes doivent être effectués lorsque le praticien se trouve face à une plaie en regard d'une articulation ; que cette carence fautive à l'origine de la rupture totale du tendon quadricipital gauche de M. X est, par voie de conséquence, de l'ensemble des complications décrites par l'expert, est de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier d'aunay-sur-odon, qui ne peut être atténuée par la difficulté à diagnostiquer les cas de rupture du tendon quadricipital, ni par les interventions postérieures des autres praticiens ; que notamment le centre hospitalier n'est pas fondé à invoquer une faute du docteur Y, dès lors que celui-ci a été confronté le 6 mars 1999 à une plaie déjà suturée et qu'il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il n'aurait pas tiré toutes les conséquences du diagnostic posé par lui le 8 septembre 1999».

<sup>3</sup> - عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية، رسالة الدكتوراه في القانون العام، جامعة أبوبكر بلقايد، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تلمسان، 2015-2016، ص208.

<sup>4</sup> - **Medy (D)**, Le médecin devant le juge (pénal et civil) en droits malien et français, Thèse de doctorat en sciences juridiques, spécialité : Droit pénal, Sciences criminelles et criminologie appliquée, Université de Reims, 2017, pp 138,139.

ولكن بالرجوع لما جاء به كل من المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري، نجد أن كلاهما لم ينصا على الزامية الطبيب بإعلام المؤسسة أو المصلحة الصحية التي نقل إليها المريض في الحالات الاستعجالية حول الاختبارات الطبية التي أجريت والتشخيص الذي وضعه.

فغياب نص واضح في ذلك، لا يعني أن الطبيب معفى من هذا الالتزام، فإذا كانت حالة المريض استعجالية وأن ما تم القيام به من اختبارات وتشخيص يساعد ويساهم المؤسسة الصحية المستقبلية للمريض في حالة خطر في تسريع تقديم علاج مناسب، فإن الطبيب في هذه الحالة ملزم بإعلام المؤسسة أو المصلحة الطبية المستقبلية بكل ما قام به لإبعاد الخطر عن المريض بسرعة، وهذا يدخل تحت اطار الالتزام بتقديم الرعاية الصحية المناسبة<sup>1</sup>.

### ثانيا: المبالغة في العلاج (acharnement thérapeutique):

إذا كان الطبيب في الحالات الاستعجالية ملزم بعدم التأخر في تشخيص وتقديم العلاج لتفادي تضييع فرصة وإبعاد كل المخاطر عن المريض، فإنه عكس ذلك في بعض الحالات، إذ يكون الطبيب فيها ملزما بعدم المبالغة في العلاج، وذلك إذا كان المريض في حالة لا تتوفر على أي فرصة في الشفاء، لأن العلاج في هذه الحالة لا فائدة منه<sup>2</sup>.

فطبقا لنص المادة R.4127-37 من قانون الصحة الفرنسي<sup>3</sup>، والتي جاء فيها بأن أعمال

<sup>1</sup> - C.A.A. de Nancy, 3ème chambre - formation à 3, 08/01/2009, 07NC00509, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur les responsabilités:

En ce qui concerne le centre hospitalier de luneville:

Considérant qu'alors que Rémi X a été conduit au service des urgences du centre hospitalier de luneville le 28 avril 2003 vers 16h15, il résulte d'un certificat de passage émanant dudit service établi le 23 mai 2003 qu'il se trouvait encore sur les lieux à 18 h 20, heure où il fut seulement réorienté vers le service de chirurgie maxillo-faciale du d'ailleurs le démontrer, avoir informé l'hôpital nancéien de l'arrivée de l'enfant, il ne conteste ni ne pas avoir réalisé un examen radiologique approprié pour aider cet établissement à poser un diagnostic rapide, ni ne pas avoir muni les parents d'un certificat médical relatant l'examen exobuccal et endobuccal, qui avait au surplus été réalisé tardivement ; qu'en agissant de la sorte, alors que les chances de succès d'une réimplantation des dents sont directement liées à la rapidité d'une telle intervention, le centre hospitalier de luneville a commis une faute dans la prise en charge médicale de Rémi X et fait perdre à ce dernier une chance de conserver ses dents ; que, par suite, il n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement querellé, le tribunal l'a condamné à réparer les conséquences dommageables de cette perte de chance ; »

<sup>2</sup> - Desgrees du lou (G), L'affirmation de la bioéthique à la française, Le panorama du médecin, n° 5183, 26 avril 2010, p. 22.

<sup>3</sup> - a. R.4127-37 du C. santé publ., cit.

الوقاية والعلاج والتشخيص، لا يجب أن يستمر فيها بصفة غير معقولة، فإذا كان ما يقدمه الطبيب من علاج أصبح من دون فائدة، أو من دون أي أثر على حالة المريض، فهنا يجب عليه وقف العلاج<sup>1</sup>، وهذا للمحافظة على كرامة المريض، واستبداله بعلاج آخر منصوص عنه في قانون الصحة الفرنسي من خلال نص المادة 10-1110.L، والمتعلقة بالعلاج التلطيفي الخاص بالأشخاص على فراش الموت (soins palliatifs)<sup>2</sup>.

أما المشرع الجزائري فيما يتعلق بالمبالغة في تقديم العلاج، فلم ينص عنها اطلاقاً في ظل القانون القديم، وبالتالي فالأطباء في حالة المريض على فراش الموت أو حالة المريض الذي لا يرجى منه أي علاج، كانوا يجدون أنفسهم بين أمرين، فإما أنهم ملزمون بمتابعة العلاج رغم تيقنهم بعدم جدواه وهذا ما يؤدي في الغالب إلى المساس بكرامة الانسان، وإما أنهم يتوقفون عن تقديم العلاج ويكتفون بتقديم مهدئات للألام، ولكن في هذه الحالة، قد يتابعون بجريمة عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، إلى حين صدور قانون الصحة الجديد، أين أضاف المشرع الجزائري في نص المادة 281 منه، مهمة أخرى للهياكل والمؤسسات الصحية لفائدة المرضى مهمة تقديم علاجات تلطيفية، والتي تهدف حسب نص المادة 286 من نفس القانون إلى التخفيف من الألم والتقليل من المعانات النفسية، ومرافقة المريض لآخر لحظة في حياته، ولكن دون أن تلزم

<sup>1</sup> - T.A. de Nîmes, 3ème chambre , 2 juin 2009, n° 0622251, publié, <http://affairesjuridiques.aphp.fr>:

« Sur la responsabilité du centre hospitalier d'Orange:

Considérant qu'il résulte de l'instruction que les troubles du rythme cardiaque du fœtus ne sont apparus qu'à 11 h 35 ; que, dès lors, le fait que le monitoring n'ait pas été installé dès l'entrée de Mme ... en salle de travail ne saurait être regardé comme fautif ; que, de même, si le Dr Latombe a cru devoir terminer l'intervention en cours sur une patiente avant de rejoindre Mme ..., cette circonstance n'a provoqué, en tout état de cause, aucun retard à l'accouchement, eu égard à la dilatation alors très avancée qui permettait de présumer un accouchement rapide et au fait qu'un accouchement par césarienne n'aurait pas permis à l'enfant de naître plus tôt ; qu'au même titre, le recours à des forceps ne s'imposait pas, l'accouchement en lui-même s'étant déroulé de manière simple et rapide ; que, de même, la circonstance que Mme ... n'ait pu avoir recours à une péridurale est sans incidence sur le déroulement de l'accouchement ; que les requérants n'établissent pas que la sage-femme ait procédé à des manœuvres visant à retarder l'accouchement ; qu'enfin, et pour regrettables qu'elles puissent être, les mauvaises conditions de prise en charge psychologique des parents et de leurs angoisses ne constituent pas, en l'espèce, des fautes susceptibles d'engager la responsabilité du centre hospitalier ; qu'il résulte de l'ensemble de ces éléments qu'aucune faute ne saurait être retenue à l'encontre du centre hospitalier d'Orange sur le fondement de l'organisation et du fonctionnement du service ou d'une faute médicale pendant l'accouchement de Mme ... ;»

<sup>2</sup> - a. L.1110-10 du C. santé publ. : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

الأطباء بذلك<sup>1</sup>، ولكن حسب رأيي هو حل جزئي لهذه المشكلة، في انتظار كيفية تنظيم ذلك.

### ثالثاً : الخطأ في تقديم العلاج:

العلاج هو المرحلة التي تهدف إلى دراسة الطرق والوسائل الطبية الممكنة والمتاحة من أجل الوصول بالمريض إلى الشفاء ما أمكن ذلك<sup>2</sup>.

بالرجوع لنص المادة R.4127-32 من قانون الصحة الفرنسي التي نصت على أنه في حالة قبول الطبيب طلب المريض لتقديم علاج له، عليه أن يضمن شخصياً للمريض علاجاً وفقاً لما يمليه عليه الضمير<sup>3</sup>، ووفقاً للمعطيات العلمية، وإن اقتضى الأمر، عليه أن يطلب المساعدة من طبيب آخر كفو<sup>4</sup>.

كذلك نص المادة L.1110-5 من قانون الصحة الفرنسي التي أعطت الحق للمريض من الحصول على علاج مناسب، أو علاج معروف بأنه نافع ويضمن أمن صحي، كما أضافت نفس المادة بأن العلاج المقدم للمريض، يجب أن يكون متفق عليه بين الطبيب والمريض مسبقاً<sup>5</sup>.

فالمواد المذكورة أعلاه، نصت كلها على أن يكون التشخيص والعلاج مطابقاً للمعطيات

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 286 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: "تهدف علاجات الرعاية التلطيفية إلى التخفيف من ألم المريض والتقليل من معاناته النفسية، ومنحه المرافقة الضرورية طبقاً لأحكام هذا القانون".

<sup>2</sup> - سايكي وزنة، المرجع السابق، ص 47.

<sup>3</sup> - لا المشرع الفرنسي ولا الجزائري أعطوا تعريفاً قانونياً لمصطلح الضمير في المجال الطبي، ولكن المجلس الوطني لأخلاقيات الطب الفرنسي، أعطى مفهوماً لمصطلح الضمير، على أنه بالنسبة للطبيب "يتمثل في الحق في رفض تنفيذ فعل طبي سمح به القانون، ولكن يعتبره مخالفاً لقناعاته الشخصية أو المهنية أو الأخلاقية" لذلك فإن رفض الطبيب يتعلق بأداء الفعل وليس بمركز المريض الذي قد يشكل تمييزاً عنصرياً يجعل الرفض غير قانوني.

<sup>4</sup> - a. R.4127-32 du C. santé publ., cit.

<sup>5</sup> - a. L.1110-5 du C. santé publ. : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

العلمية، وسواء تعلق الأمر بتقديم علاج لشخص في حالة استعجالية أو في حالة أخرى، لأن المشرع الفرنسي من خلال المادتين نص على العلاج بصفة عامة، فإذا كان عكس ذلك، فإن الطبيب بفعله يكون قد وقع في خطأ<sup>1</sup>.

المشرع الجزائري كذلك من خلال نص المادة 31 من مدونة أخلاقيات الطب والتي نصت على عدم جواز اقتراح على المريض أو أحد مقربيه علاجا وهميا أو غير مؤكد بما فيه الكفاية كعلاج شاف أو لا خطر فيه، ونص المادة 45 من نفس المدونة والتي نصت على ضرورة مطابقة العلاج للمعطيات العلمية الحديثة، قد ساير في ذلك المشرع الفرنسي.

وكنتيجة لما ذكر سابقا، نجد أنه للمريض كل الحق في الحصول على علاج يتوافق مع المعطيات العلمية الحديثة<sup>2</sup>، ولمسايرة ذلك، على الطبيب أن يشارك ويتبع تكوين مستمر.

والمراد بالمعطيات العلمية، هي تلك المعطيات المتفق عليها من طرف المجتمع العلمي وقت التشخيص، لأن المعطيات العلمية التي كان يعمل بها الأطباء في الخمسينيات مثلا، لا يعمل به حاليا.

والمعطيات العلمية تشمل العديد من المفاهيم المرتبطة بمهنة الطب، والتي تحصل عليها الطبيب أو الجراح مثلا من خلال تكوينه الجامعي، كما تشمل كذلك، المفاهيم والمبادئ التوجيهية للممارسات الجيدة.

والمعطيات العلمية قد تصل لأن تكتسب قوة قانونية بمجرد تبنيها من طرف مهني الصحة

<sup>1</sup> - **Stinger (P)**, Norme professionnelle: connaissances scientifiques et recommandations médicales, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 171.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Douai, 2e chambre - formation à 3, du 31 mai 2005, 04DA00048, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que l'examen clinique et radiologique pratiqué sur Mme X lors de sa consultation, aux services des urgences du centre hospitalier régional d'Amiens, à la suite duquel le service hospitalier avait émis le diagnostic de névralgie cervico-brachiale, avait été conforme aux données actuelles de la science ; que ce diagnostic n'exigeait pas la réalisation d'un scanner en urgence ; que le service médical avait d'ailleurs prévu de réaliser ultérieurement un scanner et avait, à cet effet, transmis à la patiente, les coordonnées de la consultation de neurochirurgie accompagnées d'une lettre en ce sens pour son médecin ; que le centre hospitalier d'Amiens n'a, dans ces conditions, commis aucune faute de soins ou de diagnostic à l'origine des séquelles dont reste atteinte Mme X ; qu'en tout état de cause, et contrairement à ce que soutient la requérante, il résulte du rapport d'expertise, que la réalisation plus rapide d'un scanner n'aurait pas modifié l'évolution du tableau clinique de l'intéressée qui souffre actuellement d'une faiblesse du membre inférieur gauche et non d'une paralysie partielle de son membre ; ».

ولتحقيق ذلك، هناك ما يعرف بالتوصيات للممارسات الجيدة، والتي تتمثل في اقتراحات ممنهجة تساعد مهني الصحة من أطباء وجراحين في البحث عن علاجات أكثر ملائمة للحالات المرضية<sup>1</sup>.

ويسهر على تحقيق هذه التوصيات في فرنسا الهيئة العليا للصحة (HAS) التي تهدف إلى تحسين نوعية العلاج، وفي الجزائر الوكالة الوطنية لتوثيق الرعاية الصحية والتي تهدف بدورها لتحسين طرق العلاج<sup>2</sup>.

ولكن هذه التوصيات تواجه انتقادات من طرف العديد من الفقهاء، إذ يرون بأنها قد أصبحت بمثابة قانون موازي لما جاء به قانون الصحة، حيث أن هناك بعض القضاة اعتمدوا في أحكامهم وقراراتهم على التوصيات بدلا من قواعد قانون الصحة، إضافة لذلك أن التوصيات للممارسات الجيدة يمكن التشكيك فيها، لأنها علميا ليست دائما مؤكدة، وبالتالي قد تهمل من طرف الأطباء، ولهذا حسب هذا الرأي، فإنه من الخطر أن ترقى هذه التوصيات إلى معيار قانوني يعتمد عليه في قيام المسؤولية<sup>3</sup>.

## الفرع الثاني: الأخطاء المرتبطة بالإنسانية الطبية.

تترجم الأخطاء لإنعدام الإنسانية بانتهاك حقوق المريض الاستشفائية، ويتمثل هذا الانتهاك في عدم احترام مهني الصحة للمريض في حد ذاته ولكرامته، هذا إذا تعلق الأمر بمريض في الحالات العادية<sup>4</sup>، فهل للحالة الإستعجالية تأثير على العلاقة بين المريض والطبيب؟.

للإجابة على هذا السؤال، يجب تحديد الأخطاء التي يمكن للطبيب في الحالات الاستعجالية بأن يقع فيها:

<sup>1</sup> - **Laude (A)**, Norme professionnelle : recommandations de bonnes pratiques, références médicales opposables, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n°173.

<sup>2</sup> - Agence Nationale de Documentation de la Santé.

<sup>3</sup> - **Laude (A)**, op. cit., étude n°173.

<sup>4</sup> - **Laude (A)**, **Mathieu (B)**, **Tabuteau (D)**, Droit de la santé, 2ème éd., PUF, coll. themis, 2009, p. 476.

## أولاً: انتهاك الطبيب لحق المريض في الإعلام:

نصت المادة L.1111-2 من قانون الصحة الفرنسي والمذكورة سابقاً على أن كل شخص له الحق في الإعلام عن حالته الصحية، وأن هذا الإعلام يشمل كل الأعمال المتعلقة بالوقاية، والتشخيص، والعلاج المقترح الفائدة من ذلك ونتائج العلاج، وكذلك المخاطر الممكنة الوقوع، والحلول الممكنة.

فنص هذه المادة لم يعفي مهني الصحة العاملين لدى مصالح الاستعجال الطبية من الالتزام بإعلام المريض، لأن ألفاظ هذه المادة جاءت بصفة عامة لم تستثني أحداً.

وفي حالة قيام نزاع حول إن كان الطبيب قد قام بإعلام المريض أم لا، فإنه وفقاً لنص المادة L.1111-2 فقرة 2 من قانون الصحة الفرنسي، يلزم الطبيب أو المؤسسة الصحية تقديم دليل على ذلك، بمعنى آخر أن عبئ إثبات احترام أو عدم احترام حق المريض في الإعلام يقع على مهني الصحة<sup>1</sup>.

أما إذا ادعى المريض بأنه قد أصيب بضرر نتيجة لخطأ في الإعلام، فعلى إثبات ذلك في هذه الحالة يقع على المريض<sup>2</sup>.

المشرع الجزائري كما سبق الذكر، قد ألزم بدوره الطبيب بضرورة إعلام المريض عن كل عمل طبي يريد قيامه، حيث نصت المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة بشأن أسباب كل عمل طبي".

أما عن قضية اثبات قيام الطبيب بالالتزام بإعلام المريض من عدمها، في التشريع الجزائري، فإنه كان على عكس المشرع الفرنسي، إذ أنه لم ينظم ذلك لا في قانون الصحة ولا في مدونة أخلاقيات الطب، ولكن بالرجوع لنصوص القانون المدني، نجد أن نص المادة 323 منه

<sup>1</sup> - a. L.1111-2 du C. santé publ. : «En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».

<sup>2</sup> - **Dubois (O)**, L'information du malade, la preuve est désormais à la charge du médecin, B.O.M., mai 1997, n°5, p. 4.

تتص على أنه : " على الدائن إثبات الالتزام وعلى المدين إثبات التخلص منه"، معنى ذلك أن عبئ الإثبات يقع على الدائن.

والدائن بالتزام الاعلام هنا هو المريض، وبالتالي فعبئ الإثبات يقع على المريض، وهذا فيه اجحاف للمريض، ولهذا قام المشرع الفرنسي بنقل عبئ اثبات الالتزام بالاعلام من المريض إلى الطبيب.

وبالرجوع لنص المادة L.1111-2 من قانون الصحة الفرنسي، والمادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، نجد أن كلا التشريعين، قد نصا على استثنائين عن الالتزام بإعلام المريض ألا و هما الحالة الاستعجالية للمريض، وحالة استحالة إعلام المريض.

فالاستثناء عن التزام الطبيب بإعلام المريض في الحالة الاستعجالية يثير نزاعات، والتي إما أنها تتعلق بالخطأ في الإعلام حول مخاطر العلاج، وإما أنها تتعلق بالخطأ في الإعلام حول ضرورة تقديم العلاج بسرعة.

فأما عن الخطأ المتعلق بإعلام المريض عن مخاطر العلاج، فإنه على الطبيب إعلام المريض حول المخاطر المعترف بها علميا سواء أكانت مخاطر متعلقة بالعلاج أو التشخيص، والتي أدت إلى إحداث آثار جسيمة أو أنها تؤدي إلى الوفاة.

والهدف من إعلام المريض بالمخاطر العلاجية<sup>1</sup>، هو تنوير رأيه في اتخاذ القرار المتعلق

<sup>1</sup> - C.E., 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 15 octobre 2004, 253002, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant, toutefois, que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation; Considérant qu'il résulte de l'instruction que les interruptions de grossesse, même effectuées dans les règles de l'art, présentent des risques de graves hémorragies, en particulier lorsque la parturiente se trouve dans un état fébrile ; qu'il n'est pas contesté que Mme X n'avait pas été informée de l'existence de tels risques ; que ce défaut d'information a constitué une faute susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier du Belvédère; ».

وفي قضية أخرى صادرة عن المجلس الإداري للاستئناف ليوردو(Bordeaux)، حيث جاء فيه :  
C.A.A. de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), du 1 mars 2005, 01BX01402, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité du centre hospitalier d'Orthez:  
Sur la faute:

بالعلاج أو التشخيص الذي اقترحه الطبيب<sup>1</sup>.

وبالرجوع لقانون الصحة الفرنسي، لاحظنا بأنه تكلم عن المخاطر المتكررة أو المخاطر الجسيمة التي يمكن توقعها، وهو ما لم ينص عنه المشرع الجزائري صراحة لا في قانون الصحة ولا في مدونة أخلاقيات الطب، ولكن يمكن استخلاصه من نص المادة 43 من مدونة أخلاقيات الطب حين نص على الزامية الطبيب بالاجتهاد لاعلام المريض عن كل المعلومات الخاصة بكل عمل طبي بما في ذلك المخاطر المرتبطة به<sup>2</sup>.

ومن بين التزامات مهني الصحة، نجد كذلك الالتزام بإعلام المريض عن المخاطر التي قد تنتج جراء عدم إتباع العلاج<sup>3</sup>، وعن أهمية الحصول على العلاج المناسب، فكل من المشرع

---

Considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment du rapport de l'expert désigné par le juge des référés du tribunal administratif de Pau, que Mme X, admise au service des urgences du centre hospitalier d'Orthez le 19 juin 1997 vers 13H30, a été accueillie dans des conditions satisfaisantes ; qu'elle a notamment fait l'objet de radiographies cervicales et d'un examen par le médecin anesthésiste ; qu'il n'est pas établi que le délai qui s'est écoulé entre son admission et le début de l'intervention aurait été préjudiciable à son état de santé ; que ladite intervention a été réalisée conformément aux règles de l'art ; que, selon l'expert, la complication intervenue représente un risque inhérent à ce type d'intervention, rare mais connu, dont la réalisation est accrue en cas de corps étranger acéré fiché dans l'oesophage, comme c'était le cas en l'espèce;

Considérant que si le patient doit être informé, dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé, des risques connus de décès ou d'invalidité que comporte l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, cette exigence n'est pas requise en cas d'urgence ; qu'il résulte de l'instruction que l'état de Mme X nécessitait la réalisation de l'intervention effectuée dans les meilleurs délais ; que la requérante ne saurait, dès lors, se prévaloir d'un manquement au devoir d'information du patient; »

<sup>1</sup> - **Mouralis (J-L)**, Obligation d'information du médecin, op. cit, étude n° 309.

<sup>2</sup> - لكن هذا لا يعني أن المخاطر الاستثنائية المعروفة لدى الأطباء تعفي الطبيب من التزامه بالإعلام عن

المخاطر، وهذا ما أكدته قرار مجلس الاستئناف الإداري لبوردو (BORDEAUX) والذي جاء فيه :

C.A.A. de Bordeaux, 1ère chambre - formation à 3, 04/03/2010, 09BX01189, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation ; ».

<sup>3</sup> - C.A.A. de Douai, 2ème chambre - formation à 3 (bis), du 15 septembre 2005, 04DA00184, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité :

Considérant en revanche, que si la victime n'est pas restée en observation comme le lui a proposé le médecin du service des urgences, aucun comportement fautif ne saurait être retenu à l'encontre de M. X dès lors que celui-ci n'avait pas été informé par le corps médical, seul compétent pour le faire, ni de la nécessité d'être hospitalisé, ni des risques qu'il encourrait en cas de refus ; que par suite, les consorts X

الفرنسي والمشرع الجزائري أكدا على ضرورة اجتهاد الطبيب في اعلام المريض عن كل ما يتعلق بسبل العلاج، معنى ذلك أنه على الطبيب للتوضيح أكثر للمريض، أن يبين له كذلك المخاطر التي قد تترتب في حالة غياب العلاج أو رفضه لذلك<sup>1</sup>.

## ثانيا - انتهاك الطبيب لحق المريض في إبداء الرضا:

نصت المادة L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي على أنه لا فحص ولا علاج إلا برضا حر وواضح للمريض، كما يمكن تكراره في أي وقت.

والرضا كما هو معلوم لا يتحقق إلا بعد إعلام من الطبيب لتوضيح العلاج للمريض<sup>2</sup>، وهو نفس الحكم الذي أقره المشرع الجزائري في نص المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب بنصه على أنه: " يخضع كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض لموافقة المريض موافقة حرة ومتبصرة أو لموافقة الأشخاص المخولين منه أو من القانون"، ونص المادة 343 من قانون الصحة الجديد على أنه: " لا يمكن القيام بأي عمل طبي ولا بأي علاج دون الموافقة الحرة والمستتيرة للمريض".

فنص كل من المادة L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي والمادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري والمادة 343 من قانون الصحة الجديد، جاءوا بمبدأ أساسي يتمثل في الحصول على الرضا قبل القيام بأي عمل يمس جسم الإنسان، وهذا المبدأ نصت عنه كذلك المادة

---

sont fondés à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, les premiers juges ont limité la responsabilité du centre hospitalier à 25 % des conséquences dommageables ; que compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de fixer la responsabilité du centre hospitalier à hauteur de 50 % ; que le jugement sera réformé en ce sens ; »

<sup>1</sup> - و هو ما جاء واضحا من خلال نص المادة 154 من قانون حماية الصحة وترقيتها الجزائري القديم، والذي جاء فيه: " وإذا رفض العلاج الطبي فيشترط تقديم تصريح كتابي لهذا الغرض، وعلى الطبيب أن يخبر المريض أو الشخص الذي خول اعطاء الموافقة، بعواقب رفض العلاج"، ونفس الحكم جاء به المشرع الجزائري في نص المادة 343 فقرة 2 من قانون الصحة الجزائري الجديد المذكورة سابقا.

وكذلك نص المادة L.1111-2 من قانون الصحة الفرنسي :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

<sup>2</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ., cit.

16-3 من القانون المدني الفرنسي، حيث ألزمت الطبيب بالحصول على الرضا قبل أي عمل طبي، إلا إذا قامت حالة الضرورة في العلاج التي لا تسمح بالتعبير عن إرادة المعني<sup>1</sup>.

والطبيب أثناء قيامه بعمله، قد يرتكب خطأ يتمثل في انتهاك الالتزام بالحصول على رضا المريض، وهذا الخطأ يأخذ ثلاث فرضيات.

فأما عن الفرضية الأولى، فتتمثل في تقديم العلاج على الرغم من عدم الحصول على موافقة من المريض، ولقد رأينا سابقا أن الالتزام بالإعلام والالتزام بالحصول على الرضا، تعرف استثناءات، إذ أنه وفقا لنص المادة 2-1111.L من قانون الصحة الفرنسي ونص المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، نجد أن الحالة الاستعجالية واستحالة المريض من التعبير عن إرادته تعفي الطبيب من الالتزام بالإعلام<sup>2</sup>.

ففي هذه الفرضية، لا يقوم الطبيب بإعلام المريض عن العلاج الذي سيقدمه له رغم أن العلاج يمكن تأجيله لوقت لاحق، وكما هو معلوم، أن الحصول على الرضا يسبقه إعلام المريض، هذا في الحالات العادية، ولكن في الحالات الاستعجالية للمريض، الأمر يختلف لضيق الوقت في إبعاد الخطر عن المريض، فهنا على الطبيب في مثل هذه الحالات، أن يميز بين حالتين.

الحالة الأولى وهي الحالة التي يوجد فيها المريض في حالة استعجالية، ولكن هناك وقت كافي لإعلامه وإبداء رأيه في قبول أو رفض العلاج، كإجراء عملية جراحية أو إدخال المريض إلى المستشفى لمراقبة ومتابعة تطورات حالته الصحية، فهنا على الطبيب أن يعرض بوضوح وبشكل مفهوم على المريض الهدف والنتائج التي دفعت الطبيب الى اختيار هذا القرار.

أما الحالة الثانية وهي الحالة التي ينعدم فيها تقريبا الوقت في إعلام المريض وانتظار رضاه حول تشخيص وعلاجه حالته نظرا لخطر الموت الحال، كأن يتعرض شخص لنزيف دموي

<sup>1</sup> - a. 16-3 du C. civ. : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

<sup>2</sup> - في نفس المعنى، هناك نص آخر جاء به قانون الصحة الفرنسي في المادة R.4127-41 والمذكورة سابقا.

حاد، ففي مثل هذه الحالات يجد الطبيب نفسه بين أمرين، إما تقديم العلاج وبذلك يكون قد انتهك أحد حقوق المريض والمتمثل في الحق في التعبير عن ارادته بقبول أو رفض العلاج، ولكن بذلك يكون قد أنقض حياته من الموت المحقق، وإما أنه يحترم حقوق المريض، ولا يقدم العلاج، ولكن في هذه الحالة من الممكن جدا أن يموت المريض<sup>1</sup>.

فمجلس الدولة الفرنسي في مثل هذه الحالة، يرى بأنه على الطبيب إقناع المريض بقبول العلاج الضروري وضمان بأن عملية نقل الدم للمريض مناسبة وضرورية لضمان حياته، ولكن في حالة استحالة الحصول على الرضا، فإنه لا يمكن للطبيب تقديم العلاج إلا إذا كانت حياته مهددة بخطر الموت من أجل انقاضه<sup>2</sup>.

وأحيانا تظهر الحالة الاستعجالية قبل البدء في علاج كان المريض قد وافق عليه مسبقا، أو أن تظهر خلال تنفيذ العلاج، مثال ذلك ظهور حالة استعجالية أثناء عملية جراحية قبل بها المريض من قبل، فالمشكل الذي يواجه الطبيب في هذه الحالة هو، هل يستمر في العلاج دون أن يوقظ المريض، أم أنه يتوقف عن العملية الجراحية للحصول على رضا المريض للقيام بعمل

---

<sup>1</sup> - **Mouralis (J-L)**, Faute de comportement, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 520.

<sup>2</sup> - C.E., référé, 16 août 2002, n° 249552, <https://www.rajf.org/spip.php?article1192>:

« Considérant que l'article 16-3 du code civil dispose :

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne./ Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir" ; qu'aux termes de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, dans la rédaction que lui a donnée la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : "Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé./ Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables./ Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ";

considérant que le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que toutefois les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du code civil et par celles de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et notamment de son article 9 ;”.

طبي غير الذي تم الاتفاق عنه مسبقاً؟.

فالطبيب الذي يكتشف إصابة لدى المريض الذي يعالجه أخطر من الإصابة التي شخصها من قبل، والتي تتطلب علاج آخر غير الذي تم الاتفاق عليه مع المريض، يمكنه أن يتجاوز الحصول عن رضا آخر، بشرط أن تكون حالة المريض في خطر حال، بمعنى قيام الحالة الاستعجالية<sup>1</sup>.

وفي هذا قرار للمحكمة النقض الفرنسية، والتي أقرت بأنه لا يجوز للطبيب دون الحصول على موافقة حرة ومستنيرة من المريض القيام بعملية جراحية لا تفرضها ضرورة واضحة ولا خطر حال على المريض<sup>2</sup>.

أما الفرضية الثانية فتتمثل في عدم استشارة أهل المريض، إذ أنه من بين المشاكل التي تواجه مهني الصحة في الحالات الاستعجالية، نجد عدم قدرة المريض في إبداء رضاه إما لجنون، أو تحت تأثير الخمر أو مواد مخدرة أو أنه فاقد للوعي... في هذه الحالة نص كل من المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري على طريقة التعامل مع هذه الحالات أثناء تقديم التشخيص أو العلاج، حيث جاء في الفقرة 4 من نص L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي، على أنه إذا كان الشخص غير قادر على التعبير عن إرادته، فإنه لا يمكن القيام بأي تشخيص أو علاج دون الرجوع إلى الشخص محل الثقة<sup>3</sup>، أو أسرة المريض أو أحد أقاربه، إلا إذا استحال ذلك أو في الحالات الإستعجالية<sup>4</sup>، وهو ما جاء به المشرع الجزائري في نص المادة 52 حين الزم الطبيب أو جراح الأسنان الذي يقدم علاج لقاصر أو لعاجز، أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي ويحصل على موافقتهم، إلا إذا تعذر عليه ذلك أو في الحالات الاستعجالية، فهنا عليه

<sup>1</sup> - Mouralis (J-L), Faute de comportement, op. cit, étude n° 520.

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., du 11 octobre 1988, 86-12.832, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que le médecin ne peut, sans le consentement libre et éclairé de son malade, procéder à une intervention chirurgicale qui n'est pas imposée par une nécessité évidente ou un danger immédiat pour le patient ».

<sup>3</sup> - المشرع الفرنسي في نص المادة L.1111-6 من قانون الصحة يعطي الحق لكل بالغ من تعيين شخص موثوق فيه و الذي يمكن أن يكون أحد الوالدين، او قريب، أو الطبيب المعالج، لكي ينوب عنه في التعبير عن إرادته و الحصول على المعلومات الضرورية. والشخص محل الثقة يعبر عن إرادة الشخص الذي عينه.

<sup>4</sup> - a. L.1111-4 du C. santé publ., cit.

تقديم العلاج الضروري، وكذلك المادة 154 من قانون حماية الصحة وترقيتها، حيث أكد على ضرورة الحصول على موافقة مسبقة للعلاج من المريض أو من كل من يخول له القانون اعطاء موافقتهم إلا إذا تطلب الأمر تقديم علاج مستعجل لإنقاذ حياة القاصر أو أحد الأشخاص العاجزين عن التمييز أو الذين يستحيل عليهم التعبير عن ارادتهم.

فطبقا لنص المادة L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي، والمادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، نلاحظ أن الشخص الذي ينوب عن المريض في إبداء الرضا، هو الذي ينبغي إعلامه من طرف الطبيب عن التشخيص والعلاج إلا في الحالة الإستعجالية أو استحالة الاتصال بالأهل أو أقارب المريض، ولكن في كلتا الحالتين على الطبيب إثبات أن هناك حالة ضرورة، فإذا كان المريض في حالة خطر حال، على الطبيب أن يقدم العلاج المناسب في الحال دون البحث عن رضا المريض أو مقربيه.

أما عن الفرضية الثالثة والتي من الممكن جدا ان تواجه الطبيب، نجد فرضية انتهاك حق المريض في رفض العلاج، حيث نصت المادة L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي، على أنه من واجب الطبيب احترام إرادة المريض بعدما تم إعلامه عن نتائج ومخاطر خياراته العلاجية، فمن خلال نص هذه المادة نلاحظ بأن المريض مسؤول عن حياته<sup>1</sup>، حيث أن نص المادة أعطى كل الحق للمريض في رفضه للعلاج.

المشرع الجزائري كذلك ألزم الطبيب على إحترام حق المريض في رفضه للعلاج، شريطة أن يكون ذلك كتابيا، وذلك في نص المادة 49 من مدونة أخلاقيات الطب، حيث نص على أنه: "يشترط من المريض إذا رفض العلاج الطبي أن يقدم تصريحاً كتابياً في هذا الشأن".

ففي حالة رفض المريض للعلاج في حالة استعجالية، هنا على الطبيب أن يحاول إقناع المريض بقبول العلاج، لأنه في حالة ما إذا امتنع الطبيب عن ذلك، فإنه من الممكن جدا متابعته

---

<sup>1</sup> - وهذا ما أكدته كذلك نص المادة L.1111-2 في الفقرة 4 من قانون الصحة الفرنسي، والتي نصت على ضرورة احترام حق المريض في عدم اعلامه ان رغب في ذلك، الا اذا كان هذا الأمر من شأنه أن يؤدي الى احداث ضرر للغير.

a. L.1111-2 du C. santé publ. : « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

بجريمة الامتناع عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر<sup>1</sup>.

فعلى الطبيب إذا أن يأخذ الوقت الضروري لإقناع المريض، وذلك بإعادة صياغة طريقة العلاج التي يقترحها، وإعادة شرحها كأن يتعلق الأمر مثلا بتخدير جزئي أو كلي، وعدد الأيام التي سيقضيها المريض في المستشفى مثلا، وفوائد العلاج وغيرها من الأمور الأخرى التي تساعد الطبيب في إقناع المريض<sup>2</sup>.

ولكن السؤال يبقى مطروح في حالة ما إذا بقي المريض على رأيه في رفضه للعلاج، لأسباب عديدة والتي غالبا ما تكون دينية، خاصة إذا كانت حياته في خطر، ففي هذه الحالة، هل من واجب الطبيب احترام إرادة المريض أو يترك المريض على حاله والتي قد تؤدي به للهلاك أو العجز؟.

بالرجوع لنص المادة L.1111-4 من قانون الصحة الفرنسي، والمادة 49 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري، يمكن القول بأن الطبيب يصبح مسؤولا إذا خالف إرادة المريض في رفضه للعلاج، إلا أن القضاء وخاصة الفرنسي في الكثير من القضايا كان له رأي آخر.

ففي قرار للمجلس الإداري للاستئناف لنانت (Nantes)، والتي تعلقت بقضية نقل امرأة حامل لمصلحة الاستعجالات الطبية بعد تعرضها لنزيف دموي حاد جعلها في حالة خطر الموت، ولكن هذه المرأة أثناء نقلها للمصلحة كانت قد أبدت رأيها برفضها لكل عملية نقل دم لأنها تنتمي لطائفة شهود جيوفا (Témoins jéhovah)، لكن رغم علم الطاقم الطبي لمصلحة الاستعجالات الطبية بذلك، إلا أنهم قاموا بعملية نقل الدم، فهذا ما دفع المرأة إلى طلب تعويض عن الضرر المعنوي الخاص بعدم احترام إرادتها في رفضها للعلاج.

<sup>1</sup> - C. cass., crim., du 3 janvier 1973, 71-91.820, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

“sur le moyen unique de cassation, pris de la violation de l'article 63, alinea 2 du code penal, ensemble violation de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, " en ce que l'arret attaque a confirme l'ordonnance de non-lieu du 17 decembre 1970, au motif que l'information n'avait releve aucune faute professionnelle caracterisee qui puisse etre notamment un element constitutif du delit de non-assistance a personne en peril;

alors que ce delit comporte l'appréciation du fait que le prevenu pouvait notamment provoquer un secours, et qu'a defaut de toute appréciation sur cet element du delit, l'arret attaque doit etre considere comme ayant omis de statuer sur un chef d'inculpation, celui de non-assistance a personne en peril ; “.

<sup>2</sup> - **Mouralis (J-L)**, Obligation d'information du médecin, op. cit, étude n° 309.

في هذه القضية رأى المجلس بأن المستشفى لم يرتكب أي خطأ بتجاهله رفض المرأة لعملية نقل الدم، والتي كانت ضرورية لضمان بقائها على قيد الحياة، فالقاضي اعتبر أن الحالة الاستعجالية للمريض في هذه الحالة كانت قائمة، كما اعتمد القاضي على وضع ترتيب للقيم، حيث فضل حماية الحياة على احترام إرادة المريض في رفض العلاج<sup>1</sup>.

## المطلب الثاني: الضرر والعلاقة السببية.

لقيام مسؤولية الطبيب، لا يكفي الخطأ وحده، بل يجب توافر عناصر أخرى إلى جانب الخطأ الطبي، و هذه العناصر تتمثل في عنصر الضرر وعنصر العلاقة السببية.

فالعنصر الضرر الذي يصيب المريض، يأخذ أشكال وصور عديدة، إلا أنها تتميز بخصائص مشتركة تتمثل في أن يكون الضرر محققا غير احتماليا، وأكيدا محقق الوقوع حتى ولو كان الضرر مستقبليا، ومباشرا كنتيجة للخطأ الطبي المرتكب. وهذا ما سوف نعالجه في الفرع الأول.

أما العنصر الثاني فيتمثل في العلاقة السببية بين الخطأ الذي وقع فيه الطبيب والضرر الذي أصاب المريض، ويعد هذا العنصر، عنصرا أساسيا لقيام المسؤولية الطبية رغم أنه ليس من السهل تبيانها في المجال الطبي نظرا لتعقيدات الجسم وعدم وضوح الأسباب المؤدية إلى مضاعفاته الظاهرة خاصة في الحالات الاستعجالية، ما يصعب على القاضي من تحديد أسباب الضرر بدقة، وهذا ما سوف نعالجه في الفرع الثاني.

<sup>1</sup> - C.A.A. de Nantes, 3ème Chambre, du 20 avril 2006, 04NT00534, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la réparation du préjudice moral causé par l'administration de produits sanguins :  
Considérant que Mme X demande réparation du préjudice moral résultant de l'atteinte portée à sa volonté clairement exprimée, en qualité de témoin de Jéhovah, de refuser de recevoir tout produit sanguin ; que, quelques soient les erreurs et négligences qu'elle impute à l'équipe médicale du centre hospitalier de Honfleur, sans d'ailleurs en établir la réalité, il résulte de l'instruction que les transfusions sanguines qui lui ont été administrées étaient indispensables à sa survie ; que, dans ces conditions, la méconnaissance par le centre hospitalier du refus de Mme X de recevoir des produits sanguins ne peut être regardée comme fautive ; ».

## الفرع الأول: الضرر.

من بين العناصر التي يجب توافرها لقيام المسؤولية المدنية، نجد الضرر الذي أصاب المريض وهذا العنصر نص عنه كل من المشرع الفرنسي في نص المادة 1240 من القانون المدني<sup>1</sup>، والمشرع الجزائري في نص المادة 124 من القانون المدني المعدل والمتمم بنصها على أنه: "كل فعل أيا كان يرتكبه الشخص بخطئه، ويسبب ضررا للغير يلزم من كان سببا في حدوثه بالتعويض".

فالطبيب أو المؤسسة الصحية المسؤولة، وجب عليها جبر الضرر إن وقع، وتقدير ذلك يكون من اختصاصات القاضي بعد حصوله على تقرير الخبرة والذي في حقيقة الأمر غير ملزم للقاضي<sup>2</sup>.

وللضرر عدة أشكال، فمنها ما يمس الجانب المادي للمريض، ومنها ما يمس الجانب المعنوي وذلك يظهر جليا من خلال انتهاك الطبيب أو المؤسسة الصحية لالتزاماتها المتعلقة بالعمل الطبي أو حقوق المريض الاستشفائية.

ويعد ضررا ماديا كل إخلال بحق أو بمصلحة مالية للمضرور و/أو كل ضرر جسدي، أي كل ما يمس بسلامة الجسم، حيث يترتب عليه خسارة مالية للمضرور والتي قد تكون مباشرة كنفقات العلاج، أو غير مباشرة والتي تتمثل في إنقاص للمزايا المالية وكسب فائت كالعجز عن القدرة على العمل الذي قد يؤدي في الغالب إلى ضياع مزايا ومكاسب مالية<sup>3</sup>.

فالطبيب في الحالات الاستعجالية، أثناء تدخله في تشخيص وعلاج المريض لإبعاده عن الخطر الحالي، قد يقوم وهو الغالب بالمساس بجسم المريض، وهذا ما قد يؤدي إلى إحداث بعض الأضرار للمريض، كأن يصاب جسم المريض في روحه، والتي تتمثل في واقعة الوفاة، أو في جسده كأن يصاب بعجز دائم أو حتى مؤقت يمنعه عن العمل، والتي تعتبر خسارة غير مباشرة من جهة، ومن جهة أخرى يدفعه إلى متابعة العلاج، وهذا يتطلب بدوره إلى إنفاق أموال في سبيل

<sup>1</sup> - a. 1240 du C.civ. : «Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.»

<sup>2</sup> - Dorsner-dolivert (A), La responsabilité du médecin, Pratique du droit, éd. economica, 2006, p. 245.

<sup>3</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 141.

تحقيق ذلك، وهذه تحقق خسارة مباشرة بالنسبة للمريض<sup>1</sup>.

فأما عن الخسارة المادية المباشرة للمريض، فتتعلق بالإنفاق على صحته نتيجة للخطأ الطبي حيث تشمل المصاريف الطبية والشبه الطبية، والمصاريف المتعلقة بالعمليات الجراحية ومصاريف الأدوية، ومصاريف المستشفى، ومصاريف إعادة التأهيل، ومصاريف الجراحة التجميلية وغيرها من المصاريف الأخرى المتعلقة بالخطأ الطبي الذي تسبب في إحداث الضرر. فهذه المصاريف يتحمل بعضها مصلحة الضمان الاجتماعي، والبعض الآخر مؤسسات التأمين الخاصة، أما فيما يخص بقية المصاريف التي لا تتحملها لا مصلحة الضمان الاجتماعي، ولا مؤسسات التأمين الخاصة، فإنها تكون محل مطالبة من طرف الضحية اتجاه الطبيب، أو المؤسسة الصحية التابع لها، والتي غالبا ما تتعلق بما يعرف بالمصاريف المستقبلية، والتي تتمثل في مصاريف المساعدة الطبية بالنسبة للمرضى الذين هم في حاجة لشخص يساعدهم في القيام بمتطلبات الحياة اليومية، ومصاريف بعض الأدوية، ومصاريف العلاج، ومصاريف الأجهزة الضرورية التي تساعد المريض في التنقل مثلا<sup>2</sup>.

هذا بالنسبة للخسارة المادية المباشرة، فأما عن الخسارة المادية غير المباشرة، فتتمثل في كون الضحية قبل وقوع الخطأ الطبي، كان يمارس نشاطا مهنيا يحصل من خلاله على مقابل مالي، ولكن بعد وقوع الخطأ الطبي، قد يصاب المريض بعجز دائم أو مؤقت، فيمنعه عن العمل، وبالتالي يفقد هذا الدخل المالي، فالخسارة بالنسبة لهذا المريض تتمثل في الأجر الشهري الذي يتقاضاه، أما إذا كان المريض تاجرا مثلا، فهنا الخسارة تشمل الأرباح وحجم المعاملات التي نقصت.

أما بالنسبة للمريض الذي ليس له أي نشاط مهني، فإنه كذلك يتعرض لخسارة مادية غير مباشرة بسبب عجزه، فربة البيت قد تحتاج لمساعدة في التكفل بالأولاد مثلا خلال فترة عجزها، وهذا يتطلب تدخل الغير في تقديم المساعدة مقابل أجره وبالتالي يجب التعويض عن ذلك<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Lambert-faivre (Y), Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation, Dalloz, 8ème éd., Coll. Précis, sous-coll. droit privé, 2015, p. 98.

<sup>2</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 141.

<sup>3</sup> - Mouralis (J-L), Lien de causalité et préjudice, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 533.

أما الضرر المعنوي فهو كل ما يصيب المريض في كرامته أو في شعوره دون أن تصيب مصالحه المالية جراء الخطأ الطبي، حيث أن هذه الأضرار تشمل كل من:

## 1- المعاناة من الألم :

ما يمكن الإشارة إليه في البداية، هو أن المعاناة من الآلام تساعد الطبيب في تشخيص المرض حيث أن كل ألم يمثل سببا معيناً لمرض محدد، ولكن في الوقت الحالي ومع التطور العلمي في مجال الطب، أصبح من الممكن تقادي المعاناة من الآلام إذا كان من الممكن جدا استعمال الماسح الضوئي مثلا (scanner) لتشخيص المرض مع استعمال الأدوية المسكنة للآلام<sup>1</sup>.

فالتأخر في التشخيص أو التأخر في التدخل، قد تجعل المريض يعاني من آلام خلال هذه الفترة والذي يعد في نظر القانون والعلم ضررا يستحق من خلاله الحصول على تعويض مالي<sup>2</sup>.

## 2- تغير في نوعية الحياة :

قد يصاب المريض بإعاقة على إثر عملية جراحية مستعجلة، ففي هذه الحالة يكون المريض قد ضيع استقلالته الخاصة بما يقوم به في حياته اليومية من نوم ولباس وأكل وتحرك... فالشخص ضحية الخطأ في هذه الحالة، ينتابه نوع من الإحباط والانزعاج والإحساس بعدم القدرة والحرمان، وهو ما يمثل الضرر المعنوي في تغير نوعية الحياة<sup>3</sup>.

إضافة للضرر المادي والضرر المعنوي، هناك بعض الأضرار تنشأ نتيجة أخطاء طبية

<sup>1</sup> - Olivier (V), Benhaim (A), Falga (P), guien (T), Les hôpitaux qui traitent le mieux la douleur, Journal l'express, n° 3076, semaine du 16 au 22 juin 2010, p. 86.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Douai, 2e chambre - formation à 3, du 23 mars 2004, 03DA00440, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant, cependant, qu'il est constant que M.X n'a pu bénéficier de soins jusqu'au moment où le diagnostic de son infarctus a pu être établi, soit le lendemain matin suivant son admission aux urgences du centre hospitalier de Château-Thierry ; que, par suite, pendant cette période, les souffrances physiques qu'il a endurées n'ont pas été traitées et sont, dès lors, constitutives d'un préjudice imputable à la faute commise par l'établissement hospitalier du fait du retard de diagnostic ; que, dès lors, M.X est fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif d'Amiens a rejeté sa demande indemnitare; »

<sup>3</sup> - Hélène (G-P), Soins palliatifs, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 341.

في الحالات الاستعجالية ولكن يصعب جدا الجزم بأنها فعلا أضرار تستحق التعويض. فخطأ الطبيب المتمثل في التأخر بالقيام بالتشخيص أو التدخل في تقديم العلاج، أو خطأ الطبيب في إهماله لإعلام المريض، لا يعتبر دائما بالضرورة سببا في احداث الضرر، ولكن يكون سببا في تضييع فرصة عن المريض لإبعاده عن الضرر، مثال ذلك ما جاء في أحد قرارات مجلس الدولة الفرنسي، حيث أن القاضي الإداري أقر بأن الخطأ المرتكب أثناء التكفل بالمريض أو أثناء تقييمه للعلاج داخل مؤسسة صحية عمومية، كان سببا في تضييع فرصة عن المريض في تحسين حالته الصحية والابتعاد عن المخاطر، وأن التعويض في هذه الحالة يكون بمقدار الفرصة الضائعة<sup>1</sup>.

ومن بين الأخطاء الأكثر شيوعا التي تؤدي إلى تضييع فرصة عن المريض في الحالة الاستعجالية، والتي يصعب للقاضي من خلالها تحديد إن كان هناك خطأ أم لا، نجد تضييع الفرصة لسبب التأخر في تقديم المساعدة الطبية المستعجلة، حيث أن تقدير تضييع الفرصة يتم بمقارنة حالة تقدم الإصابة الأولية للمريض عند وصوله إلى مصلحة الاستعجالات الطبية بتطور حالته بعد فترة من الزمن لتحديد الفرصة الضائعة، ويضاف لذلك العلاج الأنسب الذي كان من الممكن تقديمه للمريض خلال فترة التأخر هذا من جهة، ومن جهة أخرى عوامل الخطر المتعلقة بالمريض كالتدخين، السمنة وغيرها، والتي قد تنقص من فرص العلاج، حتى لا يجحف الأطباء في تقدير ذلك<sup>2</sup>.

وتقويت الفرصة عن المريض قد يكون متعلقا بتفادي وقوع الوفاة، أو بسلامة جسمه. فأما

---

<sup>1</sup> - C. E., 5ème et 4ème sous-sections réunies, 21/03/2008, 266154, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr>: « Considérant que, dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu ; que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond et notamment des rapports d'expertise que le traitement inadapté de l'infection pulmonaire dont était atteint M. A n'a entraîné pour l'intéressé qu'une perte de chance d'échapper à l'aggravation fatale de son état ; que, par suite, la réparation qui incombe à l'établissement public hospitalier doit être évaluée à une fraction des dommages déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ; que, dès lors, en mettant à la charge du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux la réparation totale des dommages subis par Mmes Lucette et Frédérique A, la cour administrative d'appel de Bordeaux a commis une erreur de droit ; que son arrêt du 3 février 2004 doit, pour ce motif, être annulé ; ».

<sup>2</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p 149.

عن فقدان فرصة البقاء على قيد الحياة، فيكون ذلك في حالة تأخر الطبيب في تقديم المساعدة الطبية المستعجلة والمتمثلة في التشخيص وتقديم العلاج<sup>1</sup>.

هذا في حالة تقويت الفرصة لتقادي الوفاة، أما إذا كان تقويت الفرصة لتقادي أضرار جسدية ونفسية، فالأمر لا يختلف عن سابقتها، لأن تقويت الفرصة لتقادي الأضرار الجسدية والنفسية، لها تأثير سلبي على الحياة اليومية للمريض، حيث أنه خلال هذه الفترة تكون حالة المريض غير مستقرة، يخضع خلالها إلى علاج بما يؤدي في الغالب إلى التوقف عن العمل لمدة، والذي قد يكون توقف كلي أو جزئي<sup>2</sup>.

من خلال ما ذكرناه سابقاً، نستطيع القول بأن الأضرار الجسدية تتعلق بكل ما يمس جسم

---

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2e chambre - formation à 3 (bis), 04/12/2008, 07DA01116, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport déposé par l'expert commis par le juge d'instruction du Tribunal de grande instance de Senlis, dans le cadre de l'instance pénale engagée par Mme Y, que le jeune Frédéric, durant les cinq jours de son hospitalisation du 3 au 8 janvier 1997, ne s'est pas vu prescrire de scanner alors que l'ensemble des signes cliniques qu'il présentait auraient dû conduire l'équipe médicale qui l'avait pris en charge à envisager une hémorragie méningée ; que l'expert a notamment précisé que la nécessité d'effectuer au plus tôt un tel examen était renforcée par la présence de convulsions et le caractère peu fiable de la ponction lombaire qui a été effectuée, révélant la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien, qui a été interprétée à tort comme d'origine traumatique ; qu'en dépit de la persistance des céphalées que les médecins ont imputée aux conséquences de la ponction lombaire, l'enfant a été autorisé à sortir de l'hôpital le 8 janvier en se voyant prescrire de l'aspirine, prescription dont l'expert a précisé dans son rapport qu'elle avait pu favoriser la poursuite du saignement intracérébral et l'aggravation de l'hématome cérébral dont il souffrait ; qu'en outre, lorsque ce dernier s'est présenté une seconde fois au service des urgences du Centre hospitalier de Creil le 10 janvier à 10 heures muni d'une lettre de son médecin traitant insistant sur la nécessité d'effectuer au plus vite un scanner cérébral, il n'a été soumis à cet examen qu'à 16 heures ; que M. et Mme sont, par suite, fondés à soutenir que le retard avec lequel le scanner a été pratiqué et l'erreur qu'ont commise les médecins dans le diagnostic des troubles dont il souffrait sont constitutifs de fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier »

<sup>2</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 3ème chambre (formation à 3), 14/11/2006, 04BX00622, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que, si le centre hospitalier intercommunal de Tarbes fait valoir que le diagnostic de méningite était difficile à poser dans la matinée compte tenu du tableau symptomatique, il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert désigné par le tribunal, que, malgré la dégradation importante de l'état de Mme Y après 13 heures, ce n'est que vers 17 heures, sur l'intervention de membres de la famille et après que l'intéressée eut présenté un état comateux accompagné de convulsions, qu'elle était examinée par le médecin responsable du service de pneumologie et le médecin neurologue et qu'un scanner cérébral et une ponction lombaire étaient pratiqués ; que ce défaut de surveillance adaptée est à l'origine d'un retard de diagnostic de plusieurs heures ; que, dans ces conditions, ce retard présente un caractère fautif ; qu'ainsi, le centre hospitalier intercommunal de Tarbes n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué du 10 février 2004, le tribunal administratif de Pau l'a déclaré responsable de l'aggravation des séquelles imputable à cette faute ; »

المريض والذي بدوره قد يؤدي إلى أضرار أخرى، كتعرض المريض إلى آلام جسدية نتيجة تأخر في التشخيص أو في تقديم العلاج، أو كتعرضه كذلك إلى تشوهات جسدية تتطلب عمليات جراحية لإصلاحها، والتي تمنع المريض عن الاستمتاع بمتطلبات حياته اليومية.

والأضرار الجسدية تؤدي غالبا إلى ظهور أضرار معنوية، والتي تمس شعور المريض بالقلق وهذا ما أكده المجلس الإداري للاستئناف لفارسي، حيث أقر بأن التأخر في تشخيص المرض لعدة أيام لشخص أصيب باضطرابات عصبية (trouble neurologiques) التي كان سببها تفاقم وتضاعف القلق لديه بأن يصاب بشلل دائم، ولهذه الأسباب أقر القاضي تعويضا للضرر المعنوي على أساس أن هناك تأخر في تشخيص المرض<sup>1</sup>.

ومن بين الأخطاء الأكثر شيوعا كذلك التي تؤدي إلى تضييع الفرصة عن المريض في الحالة الاستعجالية، نجد تضييع الفرصة لعدم الالتزام بإعلام المريض، إذ قد ينجم عن عدم احترام الطبيب الالتزام بالإعلام، مسؤولية الطبيب في تضييع فرصة للمريض، حيث أن الطبيب الذي لم يعلم ولم يحصل على رضا المريض بإجراء عملية جراحية مثلا خارج الحالات الاستعجالية حتى ولو تمت العملية في أحسن الظروف، فإنه يكون بذلك قد تعدى على حقوق المريض الاستشفائية<sup>2</sup>.

هذا في الحالات العادية، أما في الحالات أين يكون فيها المريض في حالة استعجالية فإنه في بعض الحالات يلزم الطبيب بالالتزام بإعلام المريض، ورغم ذلك لا يلزم بالتعويض عن هذا الانتهاك وذلك نتيجة الظروف المحيطة بحالة المريض، وهذا سبق توضيحه. وانتهاك الالتزام بإعلام المريض يأخذ عدة صور.

<sup>1</sup> - C.A.A. de Versailles, 4ème Chambre, 17/04/2008, 06VE01861, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr>  
«Considérant, en second lieu, que si le requérant allègue qu'il aurait perdu, en juillet 2002, une chance de souscrire auprès d'une compagnie d'assurance l'extension des garanties d'un contrat couvrant les risques d'invalidité et de décès, il est constant que la perte de cette faculté a pour origine non le retard de diagnostic, mais l'affection cancéreuse dont il était atteint; ».

<sup>2</sup> - C.A.A. de Versailles, 4ème Chambre, 15/09/2009, 08VE00461, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :  
” Considérant qu'il n'est pas contesté que, postérieurement à la stérilisation à laquelle a procédé le praticien le 17 mars 2003, ce dernier n'a pas informé Mme X de la persistance d'un risque de survenue de grossesse ; que l'intéressée, qui n'a pas eu recours à une méthode contraceptive complémentaire, a découvert qu'elle était enceinte quelques mois plus tard et a pratiqué une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en décembre 2003 ; que, faisant valoir qu'elle s'était trouvée dans l'obligation de prendre une décision de cette nature en raison des risques auxquels elle-même et le fœtus auraient été exposés du fait du mauvais état de son utérus, elle soutient qu'elle a subi un préjudice moral lui ouvrant droit à réparation”.

فأما عن الصورة الأولى، فتتمثل في انتهاك الالتزام بإعلام المريض حول مخاطر العلاج، إذ أنه على الطبيب أن يعلم المريض بالمخاطر المتكررة أو التي يمكن التنبؤ بها قبل القيام بأي عمل أو نشاط طبي<sup>1</sup> لأن الالتزام بالإعلام عنصر أساسي في التأثير على رضا المريض في قبوله العلاج من عدمه. ولتقدير إن كان للإعلام أثر على رضا المريض، يقوم القاضي بتقدير الفرص التي كانت من الممكن أن تدفع المريض لرفض العلاج لو تم إعلامه بطريقة كافية وسليمة وانطلاقاً من هذا، نجد أنه كلما كانت الفرصة الضائعة كبيرة ومهمة، كلما كانت قيمة التعويض كبيرة<sup>2</sup>. في حين إذا أثبت بأنه لو تم إعلام المريض، فإنه سيقبل العلاج، ففي هذه الحالة لا يوجد أي ضرر في غياب الالتزام بالإعلام، وهذا يخضع للسلطة التقديرية للقاضي<sup>3</sup>.

فالقاضي في مثل هذه القضايا، يبحث دائماً عن إن كان للالتزام بالإعلام أثر على المريض، حيث أنه في غياب أي علاج بديل، لا يمكن للمريض أن يرفض العلاج رغم علمه بالمخاطر، وبالتالي لا يمكن متابعة الطبيب بالتعويض عن تقويت الفرصة.

---

<sup>1</sup> - C.E., 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 15 octobre 2004, 253002, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant, toutefois, que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation; Considérant qu'il résulte de l'instruction que les interruptions de grossesse, même effectuées dans les règles de l'art, présentent des risques de graves hémorragies, en particulier lorsque la parturiente se trouve dans un état fébrile ; qu'il n'est pas contesté que Mme X n'avait pas été informée de l'existence de tels risques ; que ce défaut d'information a constitué une faute susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier du Belvédère ; »

<sup>2</sup> - **Jousset (V-N)**, Le préjudice moral ne du défaut d'information du patient, M.D., 2009, p. 112.

<sup>3</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 1ère chambre - formation à 3, 04/03/2010, 09BX01189, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation;

Considérant qu'en supposant même que les séquelles dont M. X demeure atteint seraient les conséquences des interventions chirurgicales pratiquées et non celles du traumatisme initial, il résulte de l'instruction que les lésions du poignet gauche dont souffraient M. X nécessitaient impérativement les interventions chirurgicales des 26 mai et 8 juin 1993 ; qu'en l'absence de techniques opératoires moins risquées que celle retenue par les praticiens du centre hospitalier de Villefranche de Rouergue, le défaut d'information sur d'éventuels risques de complication n'a, en tout état de cause, pas entraîné de perte de chance pour l'intéressé de se soustraire au risque qui s'est réalisé; »

أما الصورة الثانية، فتتمثل في انتهاك الالتزام بإعلام المريض بضرورة العلاج، فالضرر هنا يتعلق بتفويت الفرصة عن المريض في قبوله للعلاج<sup>1</sup>.

أما الصورة الثالثة فتتمثل في انتهاك الالتزام بإعلام أقارب المريض حول العلاج المقترح، ويتعلق الضرر في هذه الحالة بتفويت الفرصة عن أقارب المريض كأن يكون الأمر متعلق بالأبوين أو الأزواج أو الأبناء مثلاً<sup>2</sup>.

### الفرع الثاني: العلاقة السببية.

لقيام مسؤولية الطبيب في الحالات الاستعجالية، يجب أن يكون الخطأ الذي وقع فيه الطبيب سببا في وقوع الضرر، وهو ما يعرف بالعلاقة السببية بين الضرر والخطأ، وهو المشكل الذي يواجه القضاة، حيث يصعب عليهم تحديد إن كان خطأ الطبيب في الحالات الاستعجالية هو

---

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2<sup>ème</sup> chambre - formation à 3 (bis), du 15 septembre 2005, 04DA00184, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant en revanche, que si la victime n'est pas restée en observation comme le lui a proposé le médecin du service des urgences, aucun comportement fautif ne saurait être retenu à l'encontre de M. X dès lors que celui-ci n'avait pas été informé par le corps médical, seul compétent pour le faire, ni de la nécessité d'être hospitalisé, ni des risques qu'il encourrait en cas de refus ; que par suite, les consorts X sont fondés à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, les premiers juges ont limité la responsabilité du centre hospitalier à 25 % des conséquences dommageables ; que compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de fixer la responsabilité du centre hospitalier à hauteur de 50 % ; que le jugement sera réformé en ce sens ; »

<sup>2</sup> - C.A.A. de Paris, 8<sup>ème</sup> chambre, 22/09/2008, 05PA00362, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que Mme X, née le 12 août 1906, a été hospitalisée en dernier lieu le 11 février 1994 à l'hôpital Cochin à Paris, dans le service des urgences médicales où elle a admise à 6 h 50, plusieurs examens y étant pratiqués, une sonde gastrique lui ayant été posée, la patiente étant ensuite placée en salle de « déchocage » ; qu'un lavement évacuateur a ensuite été pratiqué vers 11 h 30, la patiente devant décéder au cours de ce geste médical, à 11 h 45 ; que M. X recherche la responsabilité de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris du fait de ce décès, en faisant régulièrement appel du jugement de rejet susmentionné...

Considérant en troisième lieu, qu'il résulte des conclusions unanimes des experts qu'il n'existait aucune alternative thérapeutique au lavement évacuateur entrepris par l'équipe soignante le 11 février 1994 et au cours duquel Mme X est décédée, bien que cette technique de soins classique ait été initiée dans les règles de l'art ; que par suite, la circonstance que le requérant n'ait pas été informé de la mise en oeuvre de cet acte, au demeurant dépourvu de risque, par l'équipe soignante, n'a pu, compte tenu du tableau clinique que présentait Mme X, atteinte depuis 1975 d'une maladie dégénérative du cerveau et souffrant de multiples pathologies notamment cardio-respiratoires, être à l'origine d'une perte de chances de survie de la patiente ; que dès lors, le manquement commis par l'équipe médicale n'est pas, en l'espèce et en tout état de cause, de nature à engager la responsabilité du service public hospitalier »

السبب في وقوع الضرر.

وعبء إثبات العلاقة السببية يقع على المريض الذي رفع دعوى ضد الطبيب، ولهذا غالباً ما يلجأ المريض إلى إجراء خبرة تساعده في إثبات العلاقة السببية بين الخطأ والضرر الذي أصابه، فاللجوء للخبرة ضروري بالنسبة للمريض، حيث أن تقارير الخبرة تسمح للقاضي من تنوير وجهة نظره<sup>1</sup>.

والعلاقة السببية بين الخطأ والضرر، يجب أن تكون حقيقية وليس احتمالية، خاصة إذا تعلق الأمر بالتعويض عن الضرر الخاص بتقويت الفرصة<sup>2</sup>.

وأحيانا قد تكون الصدمة التي أصابت المريض، وحدها كافية لإبعاد فرصة العلاج والخروج من مرحلة الخطر، فتدخل الطبيب من عدمه لا يقدم أي شيء في تحسن حالة

<sup>1</sup> - **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 177.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Douai, 2ème chambre - formation à 3, 10/11/2008, 07DA01413, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport de l'expert désigné par le tribunal administratif, que la présentation initiale des troubles oculaires de M. X était trompeuse et évoquait une atteinte monoculaire gauche ; que ces éléments, ainsi que ceux donnés par le médecin traitant, n'étaient pas de nature à faire suspecter un risque d'accident vasculaire cérébral en voie de constitution ; que M. X a fait l'objet immédiatement de l'examen du fond d'oeil demandé par son médecin traitant, qui n'a rien révélé d'anormal ; que l'étude du champ visuel effectuée le lendemain 17 novembre, si elle a permis de poser le diagnostic d'hémianopsie latérale homonyme (HLH), ne permettait pas de déterminer la cause précise de cette perte du champ visuel gauche qui pouvait, ainsi que l'a envisagé l'ophtalmologue, trouver son origine dans une maladie de Horton ; que seul le scanner permettait de mettre en évidence d'éventuelles lésions cérébrales ; que si ce scanner n'a été prescrit que le 18 novembre et non le 17 novembre, compte tenu de ce que l'angiographie initialement prévue à cette dernière date n'avait pu être réalisée en raison de l'absence de l'ophtalmologue, il n'est pas établi que ce retard de 24 heures ait eu des conséquences sur l'évolution de l'état de santé de M. X dans la mesure où, ainsi que le précise l'expert, si cet examen est réalisé trop précocement après l'apparition des troubles visuels, il ne permet pas de déceler les éventuelles lésions cérébrales qui ne deviennent visibles qu'après un certain délai ; qu'au surplus, compte tenu de l'âge du patient et de son état de santé, un traitement anti-coagulant qui comporte le risque de favoriser une hémorragie cérébrale se traduisant par un hématome intra-cranien aux conséquences potentiellement plus lourdes que l'infarctus lui-même, n'aurait pas nécessairement été mis en oeuvre ; qu'ainsi, il n'est pas établi, à supposer même que l'angiographie qui a conduit à prescrire la réalisation d'un scanner cérébral puisse être regardée comme ayant été réalisée avec retard, que ce retard ait privé M. X d'une chance d'éviter l'accident vasculaire cérébral dont il a été victime ou d'en minorer les conséquences ; que la caisse n'est pas davantage fondée à soutenir, eu égard aux diligences et démarches susmentionnées entreprises par les médecins en vue de rechercher la cause précise des troubles oculaires dont souffrait M. X, que le fait de n'avoir pu l'identifier de manière certaine avant la survenue de l'accident vasculaire-cérébral dont il a été victime procède d'une faute de leur part dans la recherche et l'établissement du diagnostic ; »

المريض<sup>1</sup>، في هذه الحالة حتى ولو تأخر الطبيب في وضع تشخيص لحالة المريض، فإنه لا يمكن اعتبار أن سبب الضرر هو تأخر الطبيب في وضع للتشخيص<sup>2</sup>.

وأحيانا قد يقع الطبيب في خطأ، ولكن رغم ذلك لا تقوم مسؤوليته لوجود أسباب تعفيه من ذلك إما بصفة كاملة أو بصفة جزئية، فهنا ما على الطبيب أو المؤسسة الصحية إلا إثبات بأن سبب الضرر يرجع إلى عدة عوامل لا علاقة لهم بها.

فأما عن العامل الأول، فيتمثل في القوة القاهرة أو الحدث المفاجئ، والذي يترتب عن توفره انتفاء المسؤولية حيث أن توفر أحد هاذين العنصرين، يؤدي إلى انقطاع رابط السببية بين العمل الطبي والضرر الحاصل.

وحتى يمكن اعتبار أن الحادث قوة القاهرة أو حادث مفاجئ، يجب أن يكون الحادث غير متوقع الحدوث وقت وقوع الضرر، وأن يكون الحادث مستحيل دفعه أو تقاديه، فإذا كان الحادث غير متوقع ولكن رغم ذلك يمكن دفعه فلا يمكن الحديث هنا عن قوة القاهرة، وأخيرا أن يكون الحادث أجنبيا عن الطبيب<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p 176.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 2<sup>ème</sup> chambre, du 13 novembre 2001, 98BX00928, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité du centre hospitalier:

Considérant qu'il résulte de l'instruction que lors de son admission le 3 janvier 1992 au service des urgences du centre hospitalier général de Saint Pierre - Le Tampon, la jeune Rajasmy Sangamalom, alors âgée de 6 ans, présentait un traumatisme de l'oeil gauche, avec un volumineux oedème de la paupière inférieure, consécutif à une chute dans un escalier ; qu'il ressort du rapport de l'expert désigné par le tribunal administratif que, contrairement à ce que prétendent les requérants, l'hémorragie massive intra- oculaire dont était atteinte l'enfant empêchait tout geste thérapeutique chirurgical en urgence ; que ce n'est que le 20 janvier, soit 17 jours après l'accident, qu'un tel geste a pu être effectué ; que, selon l'expert, la violence du traumatisme était telle qu'elle rendait de toute façon irrémédiable l'évolution vers l'atrophie du globe oculaire gauche, même si le diagnostic de l'hémorragie, et par suite la prescription du traitement approprié, étaient intervenues le 3 janvier au lieu du 4 janvier comme ce fut le cas ; que, dans ces conditions, la circonstance que le médecin de garde qui a accueilli l'enfant au service des urgences aurait d'une part commis une confusion en recherchant l'existence d'un traumatisme crânien au lieu d'examiner le traumatisme cornéen qui lui avait été signalé par le médecin traitant, et d'autre part renvoyé à tort l'enfant à son domicile sans traitement particulier et sans avoir requis l'avis d'un spécialiste en ophtalmologie, a été sans incidence sur l'évolution de l'état de la jeune Rajasmy ; que, dès lors, en l'absence d'un lien direct de causalité entre les fautes invoquées et le préjudice allégué, tenant à la perte fonctionnelle totale pour l'enfant de l'oeil atteint, la demande de M. et Mme X... tendant à ce que la responsabilité du centre hospitalier général de Saint Pierre - Le Tampon soit engagée, ne peut qu'être rejetée, ensemble les conclusions présentées par la caisse générale de sécurité sociale de la Réunion ».

<sup>3</sup> - Grossi (I), Responsabilité pénale de droit commun, op. cit., étude n° 540.

فالقوة القاهرة والحادث المفاجئ، قد تمنع الطبيب من القيام بتشخيص أو علاج مناسب<sup>1</sup> ولهذا لا يمكن اعتبار الطبيب مخطئاً في هذه الحالة<sup>2</sup>.

أما العامل الثاني، فيتمثل في خطأ المضرور، حيث يعد خطأ المضرور سبباً يعفي الطبيب من المسؤولية، وهذا الإعفاء إما أن يكون إعفاء كلي أو إعفاء جزئي، فأما عن حالة الإعفاء الكلي، فتكون في حالة ما إذا كان خطأ المضرور نفسه سبباً في وقوع الضرر، أما عن حالة الإعفاء الجزئي، فيكون في حالة ما إذا كان خطأ المضرور مجرد سبب من الأسباب العديدة التي ساهمت في وقوع الضرر، وتقدير هذه الأسباب يعود لسلطة القاضي<sup>3</sup>.

ومن الأخطاء التي يقع فيها المريض وخاصة في الحالات الاستعجالية، نجد إخفاء معلومات خاصة به وبمرضه، إذ أنه على المريض أن يعلم الطبيب عن أعراض مرضه وعن علاج أو دواء أخذه من قبل وصوله لمصلحة الاستعجالات الطبية.

وغالباً ما يهمل المريض إتباع نصائح وعلاج الطبيب، فهذا يعد كذلك خطأ يعفي الطبيب من المسؤولية<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - قيرع محمد، التعويض عن الضرر الجسماني للخطأ الطبي، مذكرة الماجستير، فرع العقود والمسؤولية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01، 2014-2015، ص 42.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Nantes, 3ème Chambre, 30/03/2007, 06NT01154, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :  
« Sur la responsabilité du CHR d'Orléans :

Considérant, d'une part, qu'il résulte de l'instruction, notamment du rapport de l'expertise ordonnée par le juge des référés du Tribunal administratif d'Orléans, que le diagnostic de lymphome non hodgkinien agressif a été posé au vu des résultats du myélogramme susmentionné effectué le 10 juillet 2002 et non au cours du mois de septembre suivant ; que le caractère inhabituel des relations entre les complications neurologiques et le lymphome rendait ce diagnostic difficile à poser ; que le patient a subi les examens nécessaires pour établir ce diagnostic ; qu'ainsi, le CHR d'Orléans n'a commis aucune erreur de diagnostic et que le retard intervenu pour l'établir n'est pas fautif ; que les soins prodigués à M. X au cours de son hospitalisation ont été conformes aux données acquises de la science, comme le confirme l'avis du praticien exerçant dans un autre établissement produit par les requérants ; que le pronostic était nettement défavorable ; que le décès n'est dû qu'à la progression de la maladie, sans que le retard de diagnostic ait eu une incidence sur cette évolution ; que, par suite, les CONSORTS X ne sont pas fondés à rechercher la responsabilité du CHR d'Orléans sur le fondement d'une faute médicale ; ».

<sup>3</sup> - **Mouralis (J-L)**, Nature juridique de la responsabilité civile médicale, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 518.

<sup>4</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 2ème chambre, du 18 décembre 2001, 98BX01393, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que le 13 février 1992 M. X... s'est présenté au service des urgences du centre hospitalier de la Côte Basque pour y soigner une blessure au dos du quatrième doigt de la main droite avec atteinte du tendon extenseur ; que la plaie a été désinfectée et suturée par l'interne de garde ; que des

كذلك في قضية أخرى، أين أقر مجلس الدولة الفرنسي بأن نسيان المريض بإعلام الطبيب بأنه قد تعرض لحادثين قبل وصوله لمصلحة الاستعجالات الطبية، يعني الطبيب ومصلحة الاستعجالات الطبية من المسؤولية، لأن خطأ المريض كان سببا في عدم تشخيص كسر على مستوى عنق عظم الفخذ<sup>1</sup>.

وحتى يعتد بخطأ المريض في الاعفاء من المسؤولية، لا بد من توفر شروط، والتي تتمثل في أن لا يكون خطأ المريض أو فعله نتيجة لخطأ ارتكبه الطبيب، وعلى أن يكون خطأ المريض هو الذي تسبب في احداث الضرر، وأخيرا يجب أن يكون فعل المريض أو خطأه غير متوقع، فانتحار المجنون مثلا يعد فعلا متوقعا بالنسبة لحالته العقلية<sup>2</sup>.

---

douleurs sont apparues rapidement et le 15 février, lors d'une première visite, une infection a été diagnostiquée et une antibiothérapie entreprise ; que M. X... a subi plusieurs interventions chirurgicales à la suite de cette blessure ; qu'il demeure atteint d'une raideur importante de ce doigt et souffre d'arthrite ; Considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment du rapport de l'expert désigné par le tribunal administratif, que les complications dont M. X... a été victime sont dues uniquement à la faute qu'il a commise en n'indiquant pas aux médecins, lors de son arrivée à l'hôpital, les circonstances réelles dans lesquelles était survenue sa blessure, laquelle était imputable à une morsure et non, comme il persiste à le soutenir, à une chute dans un escalier ; que cette dissimulation a en effet eu pour conséquence d'empêcher la mise en oeuvre d'un traitement approprié à son état dès les premiers soins ; qu'il ressort du rapport précité que, eu égard aux éléments d'information qui lui avaient été donnés par la victime, l'interne de garde a dispensé au patient des soins conformes aux données actuelles de la science ; que M. X... n'est, dès lors, pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Pau a rejeté sa demande d'indemnité dirigée contre le centre hospitalier de la Côte Basque ».

<sup>1</sup> - C.E., 5<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 11/07/2008, 278279, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que la cour, pour écarter la faute du centre hospitalier général de Bourges à ne pas avoir diagnostiqué la fracture du col du fémur dont souffrait M. A lors de son admission aux urgences et à ne pas avoir prescrit une radiographie de la hanche, s'est fondée sur le rapport de l'expert et de son sapiteur ; que ces derniers après avoir rappelé que les fractures du col du fémur sont des fractures très fréquentes qui touchent les personnes âgées et s'accompagnent généralement d'une impotence complète, ont indiqué que M. A, qui était alors âgé de 49 ans, ne présentait pas la déformation caractéristique de ce type de fracture lorsqu'il a été admis aux urgences, qu'il pouvait se déplacer et que tous les examens prescrits l'avaient été de manière pertinente ; que la cour a relevé que, eu égard à la personnalité de l'intéressé qui n'avait pas fait état de ses chutes des jours précédents et aux termes de la lettre de son médecin traitant, le centre hospitalier général de Bourges avait pu orienter le diagnostic vers une pathologie neurologique ou psychiatrique et adresser le patient au centre hospitalier spécialisé ; qu'en se fondant sur ces constatations qui ne sont entachées d'aucune dénaturation, la cour a pu juger, par une motivation suffisante et sans inexactement qualifier les faits, qu'eu égard à l'âge de M. A, aux symptômes qu'il présentait lors de son admission, à sa personnalité et aux indications de son médecin traitant, aucune faute dans sa prise en charge, son examen et son orientation ne pouvait être reprochée au service des urgences du centre hospitalier général de Bourges ».

<sup>2</sup> - قيرع محمد، المرجع السابق، ص 43.

أما عن العامل الثالث فيتمثل في خطأ الغير، حيث أنه إذا كان الخطأ المنسوب للغير سببا في وقوع الضرر، فهذا يعني إعفاء الطبيب أو المستشفى من المسؤولية، فالرأي المتعنت للطبيب المعالج حول تشخيص المريض، يمكن أن يوجه الطبيب المختص في الاستعجال الطبي إلى تشخيص غير صحيح<sup>1</sup>.

## المبحث الثاني

### المسؤولية عن الأخطاء الطبية في الحالات الاستعجالية بين المؤسسات الصحية الخاصة والعمومية

من بين التزامات الدولة اتجاه مواطنيها، تقديم وتوفير رعاية صحية مناسبة، ولهذا عمدت كل التشريعات في تنظيم ذلك، ومنها المشرع الجزائري والفرنسي، لأن الفرد لوحده لا يمكنه توفير ذلك لنفسه.

فالمؤسسات الصحية بصفة عامة، إما أن تكون خاصة أو مؤسسات عمومية، وكل منهما له قواعد وضوابط قانونية خاصة به، سواء تعلق الأمر في التنظيم أو التسيير، بل وحتى فيما يتعلق بالمسؤولية عن الأخطاء الطبية المرتكبة والثابتة ضد هذه المؤسسات، وخاصة فيما يتعلق

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2<sup>ème</sup> chambre - formation à 3 (bis), du 15 septembre 2005, 04DA00184, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

«Sur la responsabilité:

Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert que les céphalées subies par M. X, depuis le 25 juin 1998 constituaient un signe révélateur de l'hémorragie cérébrale dont celui-ci est décédé ; que si le diagnostic avait été établi avant le 8 juillet 1998, il aurait été possible de proposer au patient un traitement chirurgical utile ; que la prescription d'un scanner crânien s'imposait afin d'établir ce diagnostic ; Considérant que malgré les douleurs particulièrement intenses et rebelles au traitement de M. X, le médecin du service des urgences du centre hospitalier de Clermont de l'Oise, n'a pas effectué les examens adaptés à la pathologie du patient et n'a pu ainsi établir le diagnostic d'une affection intracrânienne dont celui-ci était atteint ; que contrairement à ce que soutient le centre hospitalier de Clermont de l'Oise, ce comportement, qui révèle une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, est de nature à engager la responsabilité de l'établissement;

Considérant, toutefois, qu'il est constant que la trop grande importance accordée par le médecin traitant de M. X aux antécédents migraineux du malade et la persistance dudit médecin à lui prescrire un traitement à ce titre malgré l'aggravation des symptômes présentés par la victime ont un lien causal avec l'aggravation de l'état de santé de M. X et son décès ; que dès lors, les erreurs commises par le médecin traitant sont de nature à exonérer le centre hospitalier de Clermont de l'Oise d'une partie de sa responsabilité vis-à-vis de M. X ».

بالحالات الاستعجالية بما له من أهمية كبيرة في التكفل الأولي بالمريض.

فالتكفل بالمريض من طرف هذه المؤسسات الصحية التي توفر خدمات صحية مستعجلة قد ينتهي أحيانا بوقوع أخطاء، ولكن كما قلنا سابقا أنه لكل من المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة نظام قانوني خاص بها فيما يخص المسؤولية، وهو ما سوف نعالجه في هذا المبحث من خلال مطلبين، نعالج في الأول مسؤولية المؤسسات الصحية الخاصة المقدمة للخدمات الطبية الاستعجالية، وفي الثاني مسؤولية المؤسسات الصحية العمومية المقدمة للخدمات الطبية المستعجلة.

## المطلب الأول: المؤسسات الصحية الخاصة المقدمة للخدمات الطبية

### الاستعجالية.

تقوم المسؤولية المدنية التي تهدف لجبر الضرر كلما كان النشاط الطبي صادرا من مؤسسة صحية خاصة، وسواء تعلق الأمر بعمل ونشاط طبي عادي أو استعجالي، وبالتالي يرجع الاختصاص فيه للقضاء العادي.

ومسؤولية المؤسسات الصحية الخاصة، إما أن تكون مسؤولية عقدية أو تقصيرية، وهذا حسب طبيعة العلاقة بين المريض بالمؤسسة الصحية من جهة، وهنا غالبا ما يكون الأمر مرتبطا بعقد الاستشفاء وتقديم الرعاية الصحية المناسبة، ومن جهة أخرى حسب العلاقة التي تربط المؤسسة الصحية بالطبيب الذي يقدم نشاطات طبية فيها، إذ أن الطبيب الذي يقوم بتقديم خدمات طبية داخل مؤسسة صحية خاصة، فإنه مرتبط بهذه المؤسسة إما بموجب عقل عمل، بمعنى أنه أجير، وإما أنه مرتبط بهذه المؤسسة بموجب عقد استغلال الأماكن مثلا.

ولتفصيل أكثر قسمنا هذا الطلب إلى فرعين، نتناول في الأول كل ما يتعلق بالمسؤولية الشخصية للطبيب، وفي الفرع الثاني سوف نتطرق لمسؤولية المؤسسة الصحية التي تم فيها تقديم النشاط الطبي.

## الفرع الأول: المسؤولية الشخصية للطبيب.

إلتزام الطبيب في الأصل، هو إلتزام ببذل عناية وليس التزم بتحقيق غاية أو نتيجة، وهذا يرجع لعنصر المخاطر المرتبطة بأعمال الوقاية، التشخيص، أو العلاج التي يقوم بها، فطبيعة عمل الطبيب تمتاز بالدقة والخطورة في التنفيذ، خاصة إذا كنا أمام عملية جراحية. فالشفاء لا يتوقف على العلاج فحسب، بل يدخل في ذلك عدة عوامل أخرى كالحالة النفسية للمريض في مدى ارادته في تقبل العلاج من عدمه، والحالة الاجتماعية وغيرها من العوامل الأخرى<sup>1</sup>.

فإذا ما بذل الطبيب جهودا مخصصة لعلاج المريض متبعا في ذلك ما هو معمول ومستقر عليه في علم الطب الحديث، فإنه بذلك يكون قد قدم العناية المطلوبة منه وبالتالي لا مسؤولية عليه إذا لم تتحقق النتيجة المرجوة والمتمثلة في تحقيق العلاج<sup>2</sup>، وفي هذا الاطار على الطبيب أن يحسن من اكتساب معارفه الطبية الحديثة والمعمول بها، وهذا ما أكده المشرع الجزائري في نص المادة 15 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>3</sup> وكل من المادة 1-4133 و L.6155-1 من قانون الصحة الفرنسي<sup>4</sup>.

وما يؤكد كذلك على أن التزم الطبيب هو التزم ببذل عناية وليس تحقيق نتيجة، نجد أن كل من قانون 4 مارس 2002 المتعلق بقانون الصحة الفرنسي<sup>5</sup>، والأمر رقم 95-07 المتعلق

<sup>1</sup> - قيرع محمد، المرجع السابق، ص 16، 17.

<sup>2</sup> - **Benchabane (H)**, Le contrat médical met à la charge du médecin, une obligation de moyen ou de résultat ?, Rev. algér. sci. jurid. écon. polit., n°4, 1995, p767.

<sup>3</sup> - المادة 15 من مدونة أخلاقيات الطب تنص على أنه: "على الطبيب أو جراح الأسنان ومن واجبه أن يعتني بمعلوماتها الطبية ويحسنها".

<sup>4</sup> - a. L.4133-1 du C. santé publ. : «Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ».

- a. L.6155-1 du C. santé publ. : «Les médecins, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, sont soumis à une obligation de développement professionnel continu dans le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8 ».

<sup>5</sup> - a. L.1142-2 du C. santé publ. : « Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L.1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L.5311-1 à l'exclusion des 5°, sous réserve des dispositions de l'article L.1222-9 (11°, 14° et 15°), utilisés à

بالتأمينات الجزائي<sup>1</sup>، قد أكدنا على الأخذ بهذا المبدأ، حيث أن كلا المشرعين نصا على أن مسؤولية الطبيب، لا تقوم إلا في حالة وقوع خطأ، وعلى هذا الأساس ألزم كل الأطباء العاملين في القطاع الخاص، القيام بتأمين عن المسؤولية المدنية، فلو كان التزام الطبيب هو التزام بتحقيق نتيجة، لكان الأمر غير ذلك، كأن يصبح التأمين اختياريا للأطباء وللمؤسسات الصحية الخاصة.

ومسؤولية الطبيب بصفة عامة، إما أن تكون مسؤولية عقدية أو تقصيرية. ففي المجال التعاقدية، نجد أن الطبيب ملزم بتنفيذ التزامات تقع على عاتقه بموجب العلاقة التعاقدية التي تربطه بالمريض، والتي تتمثل أساسا في الالتزام بتقديم علاج وفقا لما يمليه عليه الضمير وبحذر وحرص شديد، ومطابق للمعطيات العلمية المتحصل عليها من خلال تكوينه باستعمال أدوات طبية تضمن للمريض نوع من الأمان أثناء العلاج، أو على الأقل أن هذه الأدوات لا توقع المريض في خطر هو في غنى عنه<sup>2</sup>.

وبما أن الطبيب كما ذكرنا سابقا ملزم ببذل عناية أثناء قيامه بعلاج أو تشخيص المريض، نجد أن كل خرق لالتزاماته، كأن يخالف تطبيق واحترام المعطيات العلمية المعمول بها فإن ذلك من شأنه أن يترتب عنه قيام مسؤولية الطبيب التعاقدية، وهنا ما على المريض إلا إثبات بأن عدم احترام الطبيب لالتزاماته هو ما أدى إلى وقوع الضرر، وذلك بكل وسائل الإثبات المتاحة له<sup>3</sup>. وللوصول إلى القول بأن الطبيب قام بخطأ أثناء قيامه بعلاج أو تشخيص المريض وتعويض الضحية لانتهاك الطبيب لالتزاماته التعاقدية، يعتمد في ذلك القاضي المدني على الأخذ بالاجتهاد العادي المنتظر من أي طبيب، خاصة ما يتعلق بالالتزام باحترام المعطيات العلمية في الوقت الذي

---

l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité ».

<sup>1</sup> - نصت المادة 167 من الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25 جانفي سنة 1995، متعلق بالتأمينات، ج.ر. عدد 13 بتاريخ 8 مارس سنة 1995، على أنه: " يجب على المؤسسات الصحية المدنية وكل أعضاء السلك الطبي والشبه الطبي والصيدلاني الممارسين لحسابهم الخاص أن يكتتبوا تأميننا لتغطية مسؤوليتهم المهنية اتجاه مرضاهم واتجاه الغير".

<sup>2</sup> - **Ophele (C)**, Faute délictuelle et faute contractuelle, in Actes du colloque sur « La responsabilité pour faute », colloque du 17 juin 2003, Resp. civ. & ass., n°6, p. 45.

<sup>3</sup> - **Aynes (L), Malaurie (P)**, Droit civil, les obligations, Responsabilité délictuelle, T.1, Cujas, 11ème éd., 2001-2002, p. 49.

تم تقديم فيه العلاج أو التشخيص<sup>1</sup>.

ولكن ليس في كل الحالات يكون التزام الطبيب، التزاما ببذل عناية، إذ يمكن أن يتحول التزامه إلى الالتزام بتحقيق نتيجة، وذلك في حالة انتهاكه لقواعد السلامة والأمان المنصوصة عنها في القوانين والقواعد التنظيمية، لأن الطبيب الذي لا يحترم هذه القواعد، يكون خطأه في هذه الحالة مفترض، بمعنى آخر أن الضرر الذي قد يصيب المريض جراء هذا الانتهاك قد يكون سببه المباشر، هو عدم احترام قواعد الأمان والسلامة الذي حال دون حصول النتيجة المرادة، وهذا ما يؤدي بقيام المسؤولية المدنية للطبيب، ولا يمكنه التوصل من ذلك، إلا إذا أثبت بأن هناك عوامل خارجية كانت سببا في حدوث الضرر<sup>2</sup>.

خلاصة القول، أن الأصل العام هو أن الطبيب ملزم ببذل عناية، ولكن الخطأ الواقع من طرف الطبيب الذي أحدث ضررا للمريض وذلك إما بصفة مباشرة، كعدم تقديم العلاج الكافي للمريض، وإما أن يكون بصفة غير مباشرة، كعدم احترام الطبيب لقواعد الأمان والسلامة والتي قد تتسبب في إحداث أضرار للمريض، يؤدي إلى نقل التزام الطبيب من التزام ببذل عناية إلى التزام بتحقيق نتيجة<sup>3</sup>.

ولكن هذا الأمر لا يطبق على الحالة الاستعجالية للمريض، لأنها حالة استثنائية لا يمكنها

---

<sup>1</sup> - C. Cass., 1ère civ., 6 juin 2000, 98-19.295, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Attendu que M. Y..., médecin, a traité par une immobilisation plâtrée une fracture de l'auriculaire de la main droite de M. X... ; que la raideur invalidante de ce métacarpien subsistant après l'enlèvement du plâtre, M. X..., qui se plaignait en outre de douleurs au niveau du poignet droit imputables à une disjonction scapho-lunaire, a consulté un second médecin, M. Z..., qui a procédé à une correction chirurgicale de l'auriculaire et à une réduction de la disjonction avec un brochage scapho-lunaire associé à une suture ligamentaire ; que ces interventions n'ont pas permis d'améliorer l'état de M. X..., qui a mis en cause la responsabilité des praticiens en leur reprochant d'avoir fait des choix thérapeutiques erronés ; que l'arrêt confirmatif attaqué (Lyon, 4 septembre 1997) a débouté M. X ; ...

Attendu qu'à l'encontre de cette décision M. X... invoque des griefs tirés d'un défaut de recherche quant à la thérapeutique la meilleure et à sa conformité aux données " actuelles " de la science et allègue une dénaturación du rapport d'un médecin ;

Mais attendu, d'abord, que l'obligation pesant sur un médecin est de donner à son patient des soins conformes aux données acquises de la science à la date de ces soins ; que la troisième branche du moyen, qui se réfère à la notion, erronée, de données actuelles est dès lors inopérante ;”

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., 29 juin 1999, 97-14.254, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Vu l'article 1147 du Code civil ;

Attendu que le contrat d'hospitalisation et de soins conclu entre un patient et un établissement de santé met à la charge de ce dernier, en matière d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère ;”

<sup>3</sup> - **Ophele (C)**, op. cit., p. 45,46.

أن تجعل من انتهاك أو أي خرق للعلاقة التعاقدية بين المريض والطبيب تقوم دائما على أساس الخطأ. فالقضاء المدني الفرنسي في الحالات الاستعجالية يعطي دائما فعالية للسابقة القضائية المتعلقة بقضية مارسسي (Mercier) والتي أعطت عذرا للطبيب لعدم امتثاله للمعطيات العلمية في الحالات الاستثنائية<sup>1</sup>، وعلى هذا الأساس، يقوم القاضي المدني بتحليل اجتهاد الطبيب بالنظر إلى المعطيات والظروف المحيطة بالعلاقة التي تربط المريض بالطبيب، والأخذ بعين الاعتبار بأن الحالة الاستعجالية للمريض قد تجعل التزامات الطبيب مستحيلة التنفيذ، لأن حالة المريض الاستعجالية تحول دون تحقيق ضمان الأمن والسلامة للمريض التي يمكن للطبيب تحقيقها في الحالات العادية<sup>2</sup>، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في أحد القضايا، حيث أقرت بوضوح بأن الطبيب الذي قام بعملية جراحية دون القيام باختبارات تكميلية على أساس أن حالة الخطر التي يتواجد فيها المريض لا تسمح بذلك، فإنه لا يمكن متابعته على أساس أنه لم يحترم القواد والمعارف العلمية المعمول بها، لأنه لم يطلب أو لم يتم باختبارات تكميلية التي يجب القيام بها في الحالات العادية<sup>3</sup>.

معنى ذلك أنه في الحالات العادية للمريض، يمكن مساءلة الطبيب في حالة ما إذا قام

<sup>1</sup> - **Fabrice (L)**, Pas de requiem prématuré pour l'arrêt mercier, n°1, R.C., Lextenso, 2011, p. 345.

- **Philippe (P)**, Feu l'arrêt mercier ! Feu l'arrêt mercier ?, R.C., n°1, 2011, p. 357, C. cass., civ., 20 mai 1936 :

« Mais attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

<sup>2</sup> - **Cadiet (L), Tourneau (P)**, op. cit., p. 738.

<sup>3</sup> - C. cass., 1ère civ., 3 février 1969, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« que la veuve, soutenant que les deux praticiens auraient commis des négligences dans la préparation et la conduite de l'opération, les a assignés en paiement de dommages-intérêts ; qu'il est reproché à la cour d'appel d'avoir rejeté cette demande alors qu'il résulterait de ces constatations, ainsi que de celles des experts z..., que l'opération de tumeur avait été pratiquée sans qu'aucune analyse ait été effectuée par le chirurgien ;

mais attendu que les premiers juges, dont les motifs ont été adoptés par la juridiction d'appel, ont constaté qu'il résultait du rapport dressé par les experts, tous trois professeurs à la faculté de médecine de Lyon, que "dans le cas d'une intervention d'urgence, s'agissant d'une opération simple non choquante, chez un sujet jeune, sans tares pathologiques antérieures, avouées par le malade, ou signalées par son médecin traitant (qui assistait à l'intervention), il n'est pas d'usage de faire pratiquer un bilan humoral... qu'en l'espèce, le risque de surseoir dépassait de beaucoup l'intérêt d'établir un tel bilan ; "

que les juges du fond ont pu déduire de ces constatations que le défaut d'analyse préalable ne saurait, dans les circonstances ainsi précisées, constituer une faute de la part du docteur y... ».

بتقديم علاج خطير قد يتجاوز اختصاصه دون التعمق في التشخيص، أو أنه لم يحترم ما هو معمول به في مختلف الممارسات المرجعية (Bonne pratique)<sup>1</sup>.

إضافة إلى ذلك، أن الحالة الاستعجالية كما هو معروف، تقلص من احتمالية أخذ الوقت الكافي لتشخيص المريض أو تقدير المخاطر التي قد تنتج عن العلاج المقترح، ولهذا فالحالة الاستعجالية تبرر إذا الخطأ في التشخيص أو الخطأ في اختيار علاج على حساب علاج آخر، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في أحد قراراتها، حيث جاء فيه بأن الطبيب لم يرتكب خطأ حين فضل اتباع طريقة التوليد الطبيعية والتي أدت إلى إصابة الجنين بكسر على مستوى الكتف (Fracture de Clavicule) رغم احترامه لكل اجراءات التوليد والمتمثلة في متابعة المرأة الحامل خلال فترة الحمل وتقييم المخاطر وخاصة قياس الحوض بشكل صحيح، وذلك على حساب الولادة القيصرية والتي لا تخلو بدورها من المخاطر. حيث أن الطبيب أثناء الولادة ونظرا للحالة الاستعجالية لعملية التوليد والتي تمثلت في عسر في الولادة (Dystocie)، لم يكن أمامه وقت كافي لاتخاذ القرار السليم. أما ما أصاب الجنين، فهذا يدخل في اطار ما يعرف بالمخاطر العلاجية<sup>2</sup>.

وإذا سلمنا بأن مسؤولية الطبيب هي مسؤولية عقدية، فإن القاضي المدني في الحالات الاستعجالية ينحاز غالبا إلى الطبيب، وهذا يعد إجحافا في حق المريض الذي ما عليه إلا إثبات بأن الطبيب قد وقع في خطأ للتعويض عن الضرر الذي أصابه.

ولإبعاد هذا الإجحاف ، عمد القضاء والفقه إلى ابعاد فكرة العقد الطبي وما يترتب عنها من مسؤولية عقدية للطبيب عن الحالات الاستعجالية وتوجيهها نحو المسؤولية التقصيرية

<sup>1</sup> - Penneau (J), Recommandations professionnelles et responsabilité médicale, M.D., n°28, 1998, p. 4.

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., du 29 juin 2004, 02-17.723, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que la cour d'appel a, d'abord, relevé que si l'expert avait précisé que la solution de la césarienne avait, rétrospectivement, plusieurs arguments au regard des difficultés prévisibles, il avait ajouté qu'il n'y avait eu à aucun moment d'indication formelle à ce geste, qu'il ne saurait être reproché à M. Z... d'avoir privilégié l'accouchement par voie basse après avoir correctement suivi la grossesse et évalué le risque en faisant notamment procéder à une radiopelvimétrie, que la césarienne était un acte chirurgical qui comportait aussi des risques, qu'après la dilatation complète et rapide du col, le médecin n'avait bénéficié que d'un délai très bref pour prendre une décision d'urgence et que l'expert se bornait à juger discutable le choix de la ventouse d'engagement plutôt que le recours à la césarienne, sans toutefois considérer qu'il s'agirait d'une faute médicale imputable à l'obstétricien ; qu'elle a, ensuite, retenu que les lésions subies par l'enfant relevaient de l'aléa thérapeutique ; qu'ayant ainsi procédé aux recherches prétendument omises, elle a pu déduire de ces constatations qu'aucune faute n'était établie à l'encontre de M. Z... ; que le moyen n'est fondé en aucun de ses branches ».

للطبيب، وبالتالي ما على المريض إلا إثبات بأن هناك تقصير من الطبيب بدلا من إثبات بأن الطبيب لم ينفذ أحد التزاماته، وذلك بإثبات بأن هناك إما رعونة في عمل الطبيب أو إهمال أو تهور<sup>1</sup>، هذا من جهة، ومن جهة أخرى على المريض كذلك اثبات بأن هناك علاقة سببية بين تقصير الطبيب والضرر الحاصل للمريض<sup>2</sup>. إضافة لذلك، نجد أن هناك الكثير من الفقهاء ضد فكرة تطبيق المادة 1242 من القانون المدني الفرنسي<sup>3</sup>، والتي تنص على المسؤولية عن الأشياء تحت الحراسة في المجال الطبي، حيث أنهم يرفضون فكرة مسؤولية الجراح مثلا عن الضرر الحاصل عن طريق المشروط (Bistouri) على أساس أن المشروط يتحكم فيه الجراح.

خلاصة القول، ومن خلال ما تقدم ذكره، نجد أنه حتى في مجال المسؤولية التقصيرية، من الصعب جدا تطبيق المسؤولية المدنية في إطار العلاج الاستعجالي.

## الفرع الثاني: مسؤولية المؤسسة الصحية الخاصة.

إذا تم تقديم علاج استعجالي من طرف مؤسسة صحية خاصة لمريض أي كان، وأصيب على اثر ذلك بضرر، فإنه في هذه الحالة، يجب تحديد مصدر الضرر لكي يمكن تحديد على من تقع المسؤولية، لأن المؤسسة الصحية الخاصة عند تكفلها بالمريض سواء في الحالات الاستعجالية أو العادية، فإنها تتكفل به بموجب عقدين مختلفين، وهما عقد الاستشفاء والذي بموجبه تلتزم هذه الأخيرة بتقديمها للمريض خدمات الفندقية وتوفير موظفين متخصصين وأدوات طبية وغيرها، أما

<sup>1</sup> - a. 1241 du C. civ. : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

جاء المشرع الجزائري بنفس الحكم الذي نص عنه المشرع الفرنسي في نص المادة 1241 من القانون المدني، حيث نص في المادة 125 المعدلة من القانون المدني على أنه: " لا يسأل المتسبب في الضرر الذي يحدثه بفعله أو امتناعه أو إهمال منه أو عدم حيطته إلا إذا كان مميزا".

<sup>2</sup> - Cadiet (L), Tourneau (P), op. cit., p. 823.

<sup>3</sup> - a. 1242 du C. civ. : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ».

نفس الحكم ذهب إليه المشرع الجزائري في نص المادة 138 من القانون المدني: " كل من تولى حراسة شيء وكانت له قدرة الاستعمال والتسيير والرقابة، يعتبر مسؤولا عن الضرر الذي يحدثه ذلك الشيء".

العقد الثاني فيتمثل في عقد الرعاية الصحية أو ما يعرف أيضا بالعقد الطبي، والذي بموجبه تلتزم المؤسسة الصحية والأطباء التابعين لها بتقديم العلاج وتشخيص المرض وتقديم النصح والارشاد في كل ما يتعلق بالجانب الطبي<sup>1</sup>.

معنى هذا أن كل من المؤسسة الصحية والطاقم الطبي ملزمون بتنفيذ التزاماتهم كل حسب العقد الذي يربطه بالمريض، ولكن هذه الالتزامات قد تتداخل في بعضها البعض خاصة في الحالات الاستعجالية، ما قد يؤدي بقيام نزاع حول تحديد المسؤولية، إن كانت تقع على الطبيب أو أن المسؤولية تقع على المؤسسة الصحية التي يعمل فيها بصفته أجير أو أنه يعمل لحسابه الخاص بموجب عقد استغلال مثلا، لأنه أحيانا تقع المسؤولية على المؤسسة الصحية الخاصة، وأحيانا أخرى تقع المسؤولية على الطبيب وحده<sup>2</sup>.

فبالنسبة للمسؤولية المرتبطة بالمؤسسة الصحية الخاصة، نجد أنه يقع على المؤسسات الصحية الخاصة التزامات اتجاه المريض، وفقا لعقد الاستشفاء وتقديم الرعاية الصحية، ومن بين هذه الالتزامات نجد الالتزام بتقديم علاج مناسب وسريع في الحالات الاستعجالية والذي يتطلب تدخل طاقم طبي مختص في الاستعجال الطبي، أو تقديم علاج عادي لا يتطلب تدخل حتى الطبيب، حيث يمكن للطاقم الطبي كالممرض مثلا من القيام به دون أن يكون ذلك تحت مراقبة الطبيب أو الجراح، ومن بين ذلك، نذكر مثلا متابعة وحراسة حالة المريض في مراكز متابعة العلاج وإعادة التأهيل (soins de suite et réadaptation)<sup>3</sup>.

ومن أجل ضمان ذلك، أوجب كل من المشرع الفرنسي والجزائري - كما سبق توضيحه - على المؤسسة الصحية الخاصة أن تتخذ الإجراءات الضرورية لضمان أمن وسلامة المريض<sup>4</sup>، سواء تعلق الأمر بالحالات الاستعجالية أو العادية، ولا يتم تحقيق هذا الأمر إلا

<sup>1</sup> - **Pontier (J-M)**, Responsabilité pour faute des établissements hospitaliers, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 512.

<sup>2</sup> - **Wosztz (V)**, Responsabilité civile des établissements privé de santé, Lamy droit de la sante, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 531.

<sup>3</sup> - **Pontier (J-M)**, op. cit., étude n° 512.

<sup>4</sup> - C. cass., 1ère civ., du 18 juillet 2000, 99-12.135, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Attendu, cependant, qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé est notamment tenu de prendre les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité, les exigences afférentes à cette obligation étant fonction de l'état du patient ; que la cour d'appel, qui a constaté qu'après avoir été ligotée sur son lit en raison de la gravité de sa crise Brigitte X... avait été

بضرورة توفير قاعات للعلاج مناسبة، طاقم طبي كفؤ ومكون، احترام المعايير المحددة مسبقاً عن طريق القوانين والتنظيمات وخاصة فيما يتعلق باستعمال الأدوات الطبية<sup>1</sup>.

كما يجب على المؤسسة الصحية أن توفر أطباء أكفاء ومتخصصين يستطيعون التدخل حسب حالة المريض<sup>2</sup>.

كما تلتزم المؤسسة الصحية بحماية أموال المريض خلال فترة بقاءه في المشفى من السرقة أو الإلتلاف، كأن يتعرض مثلاً المريض خلال فترة تخديره إلى السرقة<sup>3</sup>.

---

laissée sans surveillance, aucun membre du personnel de la clinique ne se trouvant à l'étage où se situait sa chambre, et que seul l'appel d'une autre malade avait permis de lui venir en aide, n'a, dès lors, pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations ;”.

<sup>1</sup> - C. cass., 1ère civ., 7 juillet 1998, 97-10.869, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Attendu que la cour d'appel a justement énoncé que la liberté dont les sages-femmes doivent disposer dans l'exercice de leur art ne dispense pas le médecin-obstétricien de prendre toutes dispositions utiles pour permettre à la parturiente d'accoucher dans les meilleures conditions ; qu'après avoir caractérisé la faute de Mme B..., qui avait administré à Mme Y..., à trop forte dose, une médication qui n'avait pas été prescrite par un praticien seul habilité à le faire, elle a relevé que M. X..., qui se devait de donner les consignes et les recommandations qu'il désirait voir appliquer, et qui devait veiller à ce que soit réalisé un partogramme, pièce maîtresse de la surveillance de l'accouchement, ne l'avait pas fait ; qu'elle a encore retenu qu'une fausse information avait été donnée au pédiatre quant à l'interprétation d'un monitoring qui n'avait pas été effectué ; que de ces constatations et énonciations, elle a pu déduire que ce praticien avait manqué à ses obligations ; que, par ailleurs, elle a relevé que si la clinique disposait de l'équipement technique conforme aux données acquises à la science obstétricale, le personnel mis à la disposition des parturientes n'avait pas reçu une formation suffisante pour lui permettre de l'utiliser ; qu'elle a ainsi retenu que Mme B... avait des difficultés pour lire un tracé de monitoring ; qu'elle était dès lors fondée à considérer que ce défaut d'organisation était, pour la clinique, constitutif d'une faute ; qu'enfin, elle a caractérisé le lien causal de la faute ainsi retenue avec le dommage subi dès lors qu'elle a relevé que la sage-femme avait administré une médication sans une surveillance monitorée qui aurait permis de dépister la souffrance foetale ;”.

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., 15 décembre 1999, 97-22.652, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Mais attendu, d'abord, qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé est tenu de lui donner des soins qualifiés en mettant notamment à son service des médecins pouvant intervenir dans les délais imposés par leur état ; que la cour d'appel, statuant par motifs propres et adoptés, a constaté que la clinique n'avait pas organisé une permanence de médecins anesthésistes réanimateurs permettant une intervention dans les trois minutes suivant la naissance, délai au-delà duquel la souffrance cérébrale consécutive à une anoxie provoque des dommages graves chez le nouveau-né ; qu'elle a pu en déduire que la clinique avait ainsi commis une faute dans son organisation, la circonstance que les médecins aient eux-mêmes des obligations n'étant pas de nature à exonérer un établissement de santé privé de sa responsabilité ;”.

<sup>3</sup> - C. cass., 1ère civ., 19 mai 1992, 90-19.995, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Mais attendu, d'abord, que la cour d'appel a décidé, à juste titre, qu'à l'occasion du contrat d'hébergement et de soins conclu avec sa cliente, la clinique avait contracté une obligation de prudence et de surveillance s'étendant notamment aux bijoux conservés par cette patiente pendant la durée d'une anesthésie totale ;”.

في الأصل تكون المؤسسات الصحية الخاصة ملزمة ببذل عناية، وبالتالي فإن مسؤوليتها لا تقوم إلا بوجود خطأ، ولكن في بعض الحالات، نجد أن المؤسسة الصحية ملزمة بتحقيق نتيجة، وذلك في حالة ما إذا لم تحترم قواعد السلامة والأمان.

فأما عن قيام مسؤولية المؤسسة الصحية بسبب وقوع خطأ ما، سواء تعلق الأمر بكيفية تنظيم العلاج<sup>1</sup>، أو خطأ يتعلق بمدى كفاءة الطاقم الطبي، أو خطأ في استعمال الأدوات الطبية، فإنه على المريض أو ورثته إثبات ذلك، كما عليه إثبات بأن هناك ضرر وعلاقة سببية بين خطأ المؤسسة الصحية بالضرر الحاصل<sup>2</sup>، وذلك وفقاً لما هو محدد مسبقاً من خلال القوانين والتنظيمات المتعلقة بالطب في تقديم العلاج<sup>3</sup>.

أما فيما يخص بالالتزام بتحقيق السلامة والأمان، فنجد أن العقد الاستشفائي وتقديم الرعاية الصحية الذي يربط المريض بالمؤسسة الصحية الخاصة، يلزم هذه الأخيرة بضرورة تحقيق السلامة والأمان للمريض في عدة مجالات منها:

- عدوى المستشفيات، وهذا ما جاء في نص المادة 1-1142 L من قانون الصحة الفرنسي حيث جاء فيها بأن كل مؤسسة صحية مسؤولة عن الأضرار الناتجة عن عدوى المستشفيات أو ما تعرف حالياً بالعدوى المرتبطة بالعلاج (infections nosocomiales) إلا إذا

<sup>1</sup> - C.cass., 1ère civ., 15 décembre 1999, 97-22.652, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Mais attendu, d'abord, qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé est tenu de lui donner des soins qualifiés en mettant notamment à son service des médecins pouvant intervenir dans les délais imposés par leur état ; que la cour d'appel, statuant par motifs propres et adoptés, a constaté que la clinique n'avait pas organisé une permanence de médecins anesthésistes réanimateurs permettant une intervention dans les trois minutes suivant la naissance, délai au-delà duquel la souffrance cérébrale consécutive à une anoxie provoque des dommages graves chez le nouveau-né ; qu'elle a pu en déduire que la clinique avait ainsi commis une faute dans son organisation, la circonstance que les médecins aient eux-mêmes des obligations n'étant pas de nature à exonérer un établissement de santé privé de sa responsabilité »

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., 18 juillet 2000, 99-12.207, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Mais attendu que, statuant par motifs propres et adoptés, la cour d'appel a constaté que le phénomène de compression n'était pas dû à une mauvaise mise en place de l'appareil d'immobilisation, mais qu'il était apparu au cours de la nuit du 1er au 2 juin 1995, lorsque Mme X... s'était plainte de douleurs, et que le personnel de la clinique en service cette nuit là s'était borné à donner des calmants à Mme X... sans procéder à aucune vérification et sans appeler le médecin ; que la cour d'appel, qui a répondu aux conclusions, a pu déduire de ces constatations, d'une part, que la clinique avait manqué à l'obligation, que met à sa charge le contrat d'hospitalisation et de soins la liant à sa patiente, de lui donner des soins attentifs et consciencieux, d'autre part, que le médecin n'avait commis aucune faute ».

<sup>3</sup> - Pontier (J-M), op. cit., étude n° 512.

اثبت أن سبب الضرر يعود لأسباب أخرى<sup>1</sup>، معنى ذلك أن كل مؤسسة صحية لم تحترم فيها الإجراءات اللازمة والمحددة مسبقاً عن طريق التنظيمات التي تهدف لمحاربة عدوى المستشفيات، تكون مسؤولة أمام كل مريض أصيب بأضرار جراء ذلك.

المشرع الجزائري في قانون الصحة الجديد وفي نص المادة 118 منه، نص على عدوى المستشفيات، حيث أُلزم المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بمراقبة احترام مقاييس السلامة والأمان المتعلقة بحفظ الصحة الاستشفائية والنفايات الناتجة عن النشاطات العلاجية، ولكنه لم ينص صراحة على مسؤولية هذه المؤسسات الصحية في حالة وقوع أضرار لمريض ناتجة عن هذه العدوى كما فعل المشرع الفرنسي، ولكن بمفهوم المخالفة، نستطيع القول أن المؤسسات الصحية تكون مسؤولة عن هذه العدوى على الرغم من أن المشرع الجزائري لم ينص عن ذلك صراحة ما دام أن مسؤولية مراقبة احترام قواعد السلامة والأمن في هذا المجال تقع على عاتقها، وبالتالي فهي المسؤول الأول في حالة وقوع ضرر<sup>2</sup>.

- استعمال المواد الطبية كالأدوية مثلاً<sup>3</sup> رغم أن المشرع الفرنسي من خلال قانون 19ماي 1998 والمتعلق بالمسؤولية الناتجة عن المنتجات الطبية التي يشوبها عيب، أعفى مهني الصحة والمؤسسات الصحية من المسؤولية الناتجة عن هذه المنتجات المعيبة، حيث يمكن للمؤسسة الصحية في حالة مثل ذلك، أن ترجع على المنتج، شريطة أن يكون ذلك خلال السنة التي تتبع تاريخ علم المؤسسة الصحية بالضرر<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - a. L.1142-1 du C. santé publ. : « Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

<sup>2</sup> - نصت المادة 118 من قانون الصحة الجديد على أنه: " يجب على هياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة أن تسهر بداخلها على احترام مقاييس حفظ الصحة الاستشفائية ومقاييس إزالة نفايات النشاطات العلاجية ذات خطر العدوى، قصد تفادي العدوى المرتبطة بها " .

<sup>3</sup> - C. cass., 1ère civ., du 7 novembre 2000, 99-12.255, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« attendu que le contrat d'hospitalisation et de soins liant un patient à un établissement de santé privé met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les produits, tels les médicaments, qu'il fournit ; que l'arrêt attaqué, qui a constaté, d'une part, que la Clinique X... avait effectivement fourni les produits désinfectants employés sur la personne de Mme Y..., d'autre part, que ces produits étaient à l'origine des brûlures subies par cette dernière a, dès lors, légalement justifié sa décision au regard de la troisième branche du moyen, les deux premières s'attaquant à un motif erroné mais surabondant tiré des obligations pesant sur le vendeur ».

<sup>4</sup> - L. n°98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, J.O.R.F., n°117 du 21 mai 1998.

أما المشرع الجزائري فلم ينص صراحة على اعفاء مهني الصحة أو المؤسسات الصحية الخاصة من المسؤولية عن المنتجات الطبية التي يشوبها عيب، حيث اكتفى في قانون الصحة الجديد في الباب الخامس منه تحت عنوان المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية بتحديد كيفية اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية، وصنع واستراد وكيفية توزيعها، ولكن الشيء المهم الذي تطرق إليه المشرع الجزائري في هذه النقطة، هو أنه منع على الأطباء أن يصفوا أو يستعملوا مواد صيدلانية إلا إذا كانت واردة في المدونة الوطنية للمواد الصيدلانية كما سبق تبيانها.

فإذا ما وصف الطبيب دواء غير وارد في المدونات الوطنية، سواء تعلق الأمر بالحالات الاستعجالية أم لا، فهنا الاشكال غير مطروح، حيث أن المسؤول الأول، يكون الطبيب وذلك لعدم احترامه لقواعد السلامة والأمان التي جاء بها قانون حماية الصحة وترقيتها، ولكن المشكل يطرح حينما يوصف الطبيب دواء وارد في المدونات الوطنية، وتعرض على اثر ذلك المريض لضرر بسبب الدواء<sup>1</sup>، فالمسؤولية هنا على من تقع؟، هل على الطبيب الذي وصف الدواء مع العلم أنه لم يخالف قواعد السلامة والأمان، أم على الدولة التي أعطت ترخيص بتسجيل الدواء في المدونات الطبية وبالتالي تسويقه، أم على الموزع أم على المنتج؟.

فالمشرع الجزائري على عكس المشرع الفرنسي، غير واضح في هذه النقطة، رغم محاولته لتأسيس المسؤولية عن المنتجات المعيبة في نص المادة 140 مكرر من القانون المدني المعدل والمتمم، حيث نص على أنه: " يكون المنتج مسؤول عن الضرر الناتج عن عيب في منتوجه حتى ولو لم تربطه بالمتضرر علاقة تعاقدية. يعتبر منتوجا كل مال منقول ولو كان متصلا بعقار، لا سيما المنتوج الزراعي والمنتوج الصناعي وتربية الحيوانات والصناعة الغذائية والصيد البري والبحري والطاقة الكهربائية"، فالمشرع الجزائري في هذه المادة، أكد على مسؤولية المنتج بصفة عامة، ولكن بالرجوع لنص المادة 8 فقرة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 92-284 المتعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري<sup>2</sup>، والتي نصت على أنه: " لا ينتج عن تسليم هذا القرار

<sup>1</sup> - مختار رحمانى محمد، المسؤولية المدنية عن فعل المنتجات المعيبة، رسالة الدكتوراه في العلوم، كلية الحقوق جامعة الجزائر 01، 2016-2017، ص 215، 216.

<sup>2</sup> - م.ت رقم 92-284 المؤرخ في 6 جويلية سنة 1992، يتعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، ج.ر عدد 53 بتاريخ 12 جويلية 1992.

اعفاء صاحبه مما يقع على عاتقه من مسؤولية حسب شروط القانون العام بسبب صنعه منتوجا صيدلانيا أو عرضه اياه على السوق"، نجد أن المشرع الجزائري لا يعفي المنتج من المسؤولية بتسليمه قرار تسجيل الدواء بالمدونات الوطنية للمنتجات الصيدلانية، معنى ذلك أن المنتج لهذه المواد يكون مسؤولا عن أي عيب يشوب منتوجه<sup>1</sup>.

هذا بالنسبة للمسؤولية المرتبطة بالمؤسسة الصحية الخاصة، أما عن المسؤولية المرتبطة بالطاقم الطبي العامل لديها، خاصة الأطباء والجراحون والمرتبون بها عن طريق عقود، والتي إما أن تكون في صورة عقد عمل يكون فيه الطبيب أو الجراح عامل أجير يتقاضى أجر مقابل ذلك، أو في صورة عقد استئجار واستغلال الأماكن، والذي يكون فيه الطبيب أو الجراح مستقل في عمله عن المؤسسة الصحية<sup>2</sup>.

فأما عن الأعمال والنشاطات الطبية التي أنجزت في إطار عقد استئجار واستغلال الأماكن داخل المؤسسة الصحية الخاصة، فإنها تتميز بغياب رابط التبعية والأجر بين ممارس مهنة التطبيب والمؤسسة الصحية الخاصة، أين يدفع فيه الطبيب استحقاقات (إتاوة) في مقابل خدمات تقدمها المؤسسة الصحية له. وبالتالي فالمسؤولية تقع على هذا الطبيب وحده كلما وقع الخطأ في إطار العقد الطبي الذي يربط المريض بالطبيب<sup>3</sup>.

وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في أحد قراراتها، حيث أقرت بعدم مسؤولية المؤسسة الصحية الخاصة اتجاه المريض الذي عولج فيها عن الأخطاء المرتكبة من طرف الأطباء

<sup>1</sup> - مختار رحمانى محمد، المرجع السابق، ص 227، 228.

<sup>2</sup> - ولكن في كلتا الحالتين، نجد أن المؤسسة الصحية لا تتدخل في عمل الطبيب أو الجراح، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في قرارها الصادر عن الغرفة المدنية الأولى في 26 جوان 2001، حيث جاء فيه:

C. cass., 1ère civ., 26 juin 2001, 99-20.086, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu qu'en se déterminant ainsi, alors, qu'eu égard au principe général de l'indépendance du médecin, il n'appartenait pas à la Clinique d'interférer dans le choix de l'anesthésiste par les chirurgiens, lesquels n'étaient pas tenus de recourir aux services de M. X..., la cour d'appel a violé le texte susvisé ; ».

كذلك المشرع الجزائري في المادة 10 من مدونة أخلاقيات الطب قد أكد بل ألزم الطبيب عن عدم تخليه عن استقلاله المهنية بنصه على أنه: " لا يجوز للطبيب وجراح الأسنان أن يتخليا عن استقلالهما المهني تحت أي شكل من الأشكال".

<sup>3</sup> - **Wozto (V)**, Responsabilité civile des établissements privé de santé, op. cit., étude n° 531.

الممارسين بصفة مستقلة عن هذه المؤسسة، حتى ولو كانت هذه الأخيرة هي التي وفرت الهياكل المادية والبشرية الضرورية لممارسة عمله الطبي<sup>1</sup>، خاصة إذا ما اختار المريض العيادة الطبية لكي يعالج من طرف طبيب معين بالذات، كأن يختار المريض طبيب مختص في أمراض القلب بصفة محددة دون بقية الأطباء الآخرين في نفس الاختصاص داخل العيادة، ففي هذه الحالة، يكون هذا الطبيب وحده من يقدم العلاج ويقوم بالتشخيص دون الآخرين، وبالتالي فمن الطبيعي جدا أن يكون هو المسؤول الوحيد امام أخطائه<sup>2</sup>.

ولكن مسؤولية الطبيب الممارس بصفة مستقلة يصعب تحديدها في الغالب، وذلك في حالة ما إذا دخل المريض إلى العيادة الطبية للعلاج دون أن تكون لديه أدنى معرفة عن المصلحة التي سوف يعالج فيها وحتى عن الطبيب الذي سوف يعالجه، إضافة لذلك تغير الأطباء الذين يتكفلون به حسب اختصاص كل واحد منهم، وهذا ما يتحقق غالبا في الحالات الاستعجالية، فمن خلال هذه الوضعية ليس من العدل معالجة مسؤولية الطبيب الممارس بصفة مستقلة على اعتباره المسؤول الوحيد، بل يعامل كما يعامل الطبيب الأجير لدى العيادة، والتي تتحمل فيها غالبا هذه الأخيرة المسؤولية عنه، وعلى هذا الأساس يرى أغلبية الفقهاء وحتى القضاء من خلال الكثير من القضايا، بأن الطبيب الممارس بصفة مستقلة لا يكون مسؤولا في الحالات الاستعجالية إذا تم تعيينه من طرف العيادة لعلاج مريض دون البحث عن إن كان المريض موافق لذلك أم لا<sup>3</sup>.

والأخذ بذلك يؤدي بنا إلى طرح إشكالية أخرى، والتي تتمثل في إن كان بإمكان اعتبار الطبيب الممارس بصفة مستقلة، موظف تابع للعيادة الطبية، بمعنى آخر أنه تابع لها أم لا ؟.

<sup>1</sup> - C. cass., 1ère civ., 12 octobre 2004, 02-14.692, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que la cour d'appel a relevé que les experts avaient mis en évidence un délai de 28 minutes entre le début de la bradycardie dont souffrait l'enfant et son extraction au forceps, que M. Y... leur avait déclaré s'être rendu auprès de Mme X... entre 15 et 20 minutes après avoir été alerté par la sage-femme, qu'il ne contestait pas s'être trouvé en mesure d'arriver immédiatement, qu'il ne pouvait ignorer l'urgence de son intervention, que l'organisation de la clinique permettait la venue immédiate du médecin accoucheur de garde conservant une totale indépendance dans l'exercice de son art et que le retard de M. Y... constituait une faute de négligence à l'origine des séquelles de l'enfant ; qu'elle a pu en déduire que le dommage était imputable personnellement à ce praticien et n'était donc pas la conséquence d'un défaut d'organisation de la clinique ; qu'il s'ensuit que les moyens ne sont pas fondés ».

<sup>2</sup> - **Domitille (D-A)**, La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002, rapport annuel de la cour de cassation, La documentation française, 2003, p. 353.

<sup>3</sup> - **Moreau (J)**, op. cit., T.2, pp. 608,609.

في الأصل، أن صفة التابع تتسبب للطبيب الأجير فقط، ولا تتسبب للطبيب الممارس بصفة مستقلة عن العيادة التي يرتبط معها بعقد، وهذا ما أكده مجلس الاستئناف لمدينة أورليون (Orléans)، حيث أقرت بأن الطبيب الممارس بصفة مستقلة ليس تابع للعيادة. فهذا القرار أسقط صفة المتبوع عن العيادة الطبية الخاصة<sup>1</sup>.

ولكن هناك قضايا أخرى كان للمحاكم فيها رأي آخر، حيث أن الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الفرنسية أقرت في قرارها الصادر في 14 جوان 1990، بأن رابط التبعية الذي من شأنه أن يؤدي إلى قيام مسؤولية المتبوع المنصوص عنها في المادة 5-1384 من القانون المدني الفرنسي<sup>2</sup> تفترض أساساً أن المتبوع له الحق في إعطاء أوامر وتعليمات للتابع عن الطريقة التي يقوم فيها بعمله سواء بصفة دائمة أو مؤقتة، ففي هذه الحالة نجد أن الطبيب الممارس بصفة مستقلة في عيادة خاصة، يمكن اعتباره تابع للعيادة، على أساس أن هذه الأخيرة لها سلطة فعلية على الطبيب الممارس، على الرغم من وجود عقد يثبت استقلاله في العمل<sup>3</sup>.

والاعتراف لصفة التابع للمتبوع في حقيقة الأمر، لا تعفي الطبيب التابع من المسؤولية الشخصية في حالة خطأ كما سبق تبيانه سابقاً.

خلاصة القول، أنه لا المشرع الفرنسي ولا المشرع الجزائري نظاماً حدود مسؤولية كل من المؤسسة الصحية الخاصة والطبيب في الحالة المذكورة أعلاه، حيث ترك ذلك لإجتهد القضاء، وحسب رأيي حسن ما فعل كلا من المشرعين، نظراً لكثرة تنوع الحالات التي قد تقع، وبالتالي من الصعب جداً تبني مادة قانونية تعالج هذا الاختلاف في مثل هذه الحالات، وبالتالي يترك ذلك للقضاء لمعالجة ذلك حالة بحالة.

أما فيما يخص الأعمال والنشاطات الطبية التي أنجزت من طرف طبيب أجير لدى

<sup>1</sup> - Le scolan (S), Pellet (R), Hôpitaux et cliniques, les nouvelles responsabilités, éd. économia, 2003, p. 84.

<sup>2</sup> - منذ صدور الأمر رقم 131-2016 الصادر في 10 فيفري 2016 أصبحت المادة 5-1384 من القانون المدني الفرنسي هي المادة 1242 من نفس القانون.

Ord. n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, J.O.R.F., n°0035 du 11 février 2016.

<sup>3</sup> - Le scolan (S), Pellet (R), op. cit., pp. 84,85.

المؤسسة الصحية الخاصة، فقد اعتبرت محكمة النقض الفرنسية في أحد قراراتها الصادرة عن الغرفة المدنية في 6 مارس 1945، أنه حتى في حالة الطبيب الموظف لدى مؤسسة صحية خاصة مقابل أجر، فإن العقد الطبي يكون بين الطبيب والمريض، وليس بين العيادة والمريض، حيث أن المريض الذي أصابه ضرر يمكنه مسائلة الطبيب وليس العيادة، فالقضاة هنا يرون بأنه في حالة دخول المريض للعلاج في مؤسسة صحية خاصة، نجد أنه هناك عقدان يربطان المريض بالعيادة، وهما عقد الفندقية وعقد متعلق بتقديم العلاج، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، عقد آخر يتمثل في عقد تقديم الرعاية الصحية أو ما يعرف بالعقد الطبي، يربط المريض بالطبيب أو الجراح<sup>1</sup>.

ولكن مع مرور الوقت، حدث تحول جذري فيما يراه القضاء في مثل هذه الحالات، حيث أنه في أحد قرارات محكمة النقض الفرنسية، نجد أنها أقرت بمسؤولية العيادة الخاصة لوحدها، أين اعتبرت أن عقد الاستشفاء وعقد تقديم الرعاية الصحية، يربطان المؤسسة الصحية الخاصة بالمريض، وهذا ليتمكن المتضرر من مسائلة هذه الأخيرة لوحدها، والتي يجب عليها تحمل أخطاء الأطباء التابعين لها، لأنه في حقيقة الأمر، نجد أن الأطباء يقومون بعمل لمصلحة المؤسسة الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى أنهم خاضعين لتعليمات وأوامر هذه المؤسسة، رغم أنهم أحرار في تقديمهم للعلاج<sup>2</sup>، أو تحديدهم لتشخيص المرض كما تم تبيانه من قبل حول استقلالية الأطباء.

وفي قرار آخر لمحكمة النقض الفرنسية، نجدها قد أكدت بأن الطبيب الأجير لدى المؤسسة الصحية الخاصة، يعد تابعا لها، حيث نصت على أن الحرية والاستقلالية التي يتمتع بها

<sup>1</sup> - Le scolan (S), Pellet (R), op. cit., p. 80.

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., 4 juin 1991, 89-10.446, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que pour retenir la responsabilité de M. Z... la cour d'appel énonce que le statut particulier des médecins attachés à l'établissement de soins, dans les locaux duquel ils travaillaient, et par lequel ils étaient rémunérés, les plaçait dans une situation de dépendance administrative, sans les affranchir du respect des règles déontologiques ; qu'ils exerçaient librement leur art, sans être subordonnés, dans le domaine médical, par un lien quelconque de préposition à l'hôpital privé ; que s'ils n'avaient pas le libre choix des patients accueillis en consultation, ils avaient néanmoins la faculté de les orienter vers un autre service ; que, de même, le malade qui s'est rendu librement à leur consultation a ratifié leur choix en se soumettant à leur examen comme à leurs prescriptions ; que le contrat médical conclu entre chaque médecin et le patient a été matérialisé par les ordonnances que les praticiens ont délivrées à M. Y..., voire par des feuilles de maladie établies à leurs noms ».

الطبيب في أداءه لمهنته، لا تتعارض مع فكرة التبعية التي تربط الطبيب بالعيادة، ما يؤدي إلى قيام المسؤولية المدنية للعيادة عن أعمال تابعيها من أطباء وجراحين، وعلى هذا الأساس أقرت محكمة النقض قيام المسؤولية المدنية للمؤسسة الصحية بسبب خطأ ارتكبه طبيب التخدير الذي تسبب في إحداث ضرر للمريض، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تويع الطبيب جزائياً بجريمة الضرب والجرح غير العمدي<sup>1</sup>.

وفكرة مسائلة العيادة الطبية، تعرضت لانتقادات عديدة، على أساس أنها تعارض قانون أخلاقيات الطب الذي ينفي قيام مسؤولية العيادة الطبية أو أي مؤسسة صحية خاصة في أعمال وأخطاء الأطباء الذين لهم كل الاستقلالية والحرية المهنية<sup>2</sup>، والتي تعتبر من المبادئ العامة في قانون الصحة<sup>3</sup>.

إضافة لذلك، نجد أن محكمة النقض الفرنسية، جاءت بقرار آخر اشترطت فيه لقيام مسؤولية العيادة أو مؤسسة الصحية، أن يكون الطبيب أجير لديها (موظف) وليس طبيباً ممارساً مستقلاً، حيث جاء في قرارها أنه بموجب عقد الاستشفاء وتقديم الرعاية الصحية الذي يربط المريض بالعيادة الطبية، فإن هذه الأخيرة تكون مسؤولة عن الأخطاء المرتكبة سواء من العيادة نفسها، أو من طرف التابعين لها الذين تسببوا في إحداث الضرر إلى المريض دون تجاوز حدود مهنتهم أو المهمة المنوطة لهم، على الرغم من تمتعهم باستقلالية كاملة في تقديمهم للعلاج أو

<sup>1</sup> - C. cass., crim., 5 mars 1992, 91-81.888, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué que Y..., atteint d'une fracture du col de l'humérus, a été opéré à l'hôpital de la Croix-Rouge française par un chirurgien orthopédiste, sous anesthésie pratiquée par X..., médecin anesthésiste-réanimateur ; qu'à la suite d'une erreur de manipulation commise par ce dernier, le patient est demeuré infirme .

Attendu que, pour déclarer la Croix-Rouge française civilement responsable du prévenu, reconnu coupable de blessures involontaires, les juges retiennent que celui-ci avait été engagé par contrat pour assurer, pendant une période de vacances, le remplacement des médecins titulaires des postes d'anesthésie, et qu'à la date des faits, il était donc le préposé de la Croix-Rouge ».

<sup>2</sup> - T. conf., 14 février 2000, 00-02.929, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant sans doute qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant au patient, un établissement de santé privé est responsable des fautes commises tant par lui-même que par ses substitués ou ses préposés qui ont causé un préjudice à ce patient.

Mais considérant qu'eu égard à l'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art qui est au nombre des principes généraux du droit, il est loisible au patient, indépendamment de l'action qu'il est en droit d'exercer sur un fondement contractuel à l'encontre de l'établissement privé de santé de rechercher, sur le terrain délictuel, la responsabilité du praticien lorsque, dans la réalisation d'actes médicaux, celui-ci a commis une faute ».

<sup>3</sup> - **Cadiet (L), Tourneau (P)**, op. cit., p. 825.

البحث عن تشخيص للمرض، شريطة أن يكون الطبيب موظفا وأجيرا لدى العيادة<sup>1</sup>.

فإذا وقع الطبيب في إهمال، وكان أجيرا لدى مؤسسة صحية خاصة، فإن ذلك يؤدي بالضرورة إلى قيام مسؤولية المؤسسة الصحية، ليس على أساس أن خطأ الإهمال جاء من طرفها، ولكن على أساس أنها تعهدت للمريض من خلال عقد الاستشفاء وعقد تقديم الرعاية الصحية من تقديم العلاج المناسب مثلا.

المشرع الجزائري في هذه النقطة يأخذ بفكرة مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع المنصوص عنها في المادة 136 معدلة من القانون المدني المعدل والمتمم، حيث نص على أنه: " يكون المتبوع مسؤولا عن الضرر الذي يحدثه تابعه بفعله الضار متى كان واقعا منه في حالة تأدية وظيفته أو بسببها أو بمناسبةها"، فالطبيب الأجير في حقيقة الأمر يعد تابعا للمؤسسة الصحية رغم تمتعه باستقلالية أثناء أدائه لمهنة الطب.

هذا بالنسبة للحالات العادية للمريض، أما إذا كانت حالة المريض في خطر حال، أي أن هناك حالة استعجالية، فإن الأمر يختلف، حيث أنه إذا نقل مريض لمصلحة الاستعجالات الطبية لعيادة أو مؤسسة صحية خاصة، فإن العقد الطبي لم يتكون بين المريض والطبيب، ولكن نشأ بين المريض والمؤسسة الصحية<sup>2</sup>، وعلى هذا الأساس فالعيادة أو المؤسسة الصحية هي المسؤولة عن الأخطاء المرتكبة من طرف الأطباء الذين تكفلوا بتقديم العلاج، سواء أكان طبيبا أجيرا أو غير أجير للمؤسسة الصحية الخاصة التي تقدم خدمات في الاستعجالات الطبية بالرغم من استقلالية الأطباء في تقديمهم وأدائهم لمهنتهم<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - C. cass., 1ère civ., 26 mai 1999, 97-15.608, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu, cependant, qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant au patient, un établissement de santé privé est responsable des fautes commises tant par lui-même que par ses substitués ou ses préposés qui ont causé un préjudice à ce patient ; que toutefois, si, nonobstant l'indépendance professionnelle inaliénable dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art, un tel établissement de santé peut, sans préjudice de son action récursoire, être déclaré responsable de fautes commises par un praticien à l'occasion d'actes médicaux d'investigations ou de soins pratiqués sur un patient, c'est à la condition que ce médecin soit son salarié ; qu'il appartenait, dès lors, à la cour d'appel de rechercher si le docteur X... exerçait à la clinique Victor-Pauchet-de-Butler à titre salarié ».

<sup>2</sup> - Jourdain (P), La responsabilité du fait d'autrui en matière médicale, M.D., n° 40, 2000, p. 17.

<sup>3</sup> - C. cass., 1ère civ., 13 novembre 2002, 00-22.432, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

»Qu'en statuant ainsi, alors que si l'établissement de santé peut être déclaré responsable des fautes commises par un praticien salarié à l'occasion d'actes médicaux d'investigation et de soins pratiqués sur un patient, ce principe ne fait pas obstacle au recours de l'établissement de santé et de son assureur, en

وإذا تم التكفل بالمريض في الحالة الاستعجالية من طرف طاقم طبي يتكون من العديد من الأطباء، فإن نظام المسؤولية المطبق في هذه الحالة يكون حسب العلاقة التي تربط المريض بكل واحد من هؤلاء الأطباء المتدخلين، مثلاً إذا كان بين المريض والجراح عقد طبي يربطهما دون أن يكون للمريض اختيار مسبق للطبيب التخدير، فهنا المسؤولية تقع على الجراح، لأنه مسؤول عن فعل الغير<sup>1</sup>، في حين إذا لم يكن هناك أي عقد يربط المريض بأي طبيب من الذين تدخلوا في تقديم له العلاج، والتي غالباً ما تكون في الحالات الاستعجالية، فإن المؤسسة الصحية الخاصة، هي المسؤولة إذا لم يثبت أي تجاوز في تدخلاتهم الطبية<sup>2</sup>.

وكلا التشريعين الفرنسي والجزائري في الحالات الاستعجالية، أعطى الحق للمريض الذي كان ضحية ضرر ناتج عن استعمال الأدوات الطبية أو عن ضرر ناتج عن إهمال، أو عن خطأ في حراسة ومراقبة حالة المريض من طرف الطاقم الطبي التابع للمؤسسة الصحية، من متابعة هذه الأخيرة قضائياً، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في عدة قضايا، نذكر منها القرار الصادر عن الغرفة المدنية بتاريخ 18 جويلية 2000، والتي أقرت بأن كل المؤسسات الصحية الخاصة ملزمة على وجه الخصوص باتخاذ التدابير اللازمة لضمان سلامة المريض، والمتطلبات المتعلقة بهذا الالتزام حسب حالة المريض، وعلى هذا الأساس أقر القضاة بمسؤولية المؤسسة الصحية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية على أساس حجز مريض داخل غرفة دون أي حراسة

---

raison de l'indépendance professionnelle intangible dont bénéficie le médecin, même salarié, dans l'exercice de son art ;".

<sup>1</sup> - Jourdain (P), op. cit., p. 18.

<sup>2</sup> - C. cass., 1ère civ., 9 avril 2002, 00-21.014 ,publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

” Attendu qu'il est encore fait grief à l'arrêt d'avoir condamné M. X... à garantir le centre du Val Rosay de toutes les condamnations prononcées à son encontre et de l'avoir débouté de sa demande tendant à être lui-même garanti par le centre du Val Rosay et son assureur, la Caisse industrielle d'assurance mutuelle, des condamnations prononcées, alors que, d'une part, n'engage pas sa responsabilité à l'égard des tiers le préposé qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par son commettant, alors que, d'autre part, le commettant condamné à réparer le dommage causé à un tiers par son préposé ne dispose d'aucun recours en garantie à l'encontre de celui-ci lorsque le préposé a agi dans les limites de sa mission et alors, enfin, que le préposé, qui est condamné à réparer le dommage qu'il a causé à un tiers alors qu'il agissait, sans excéder les limites de la mission qui lui avait été confiée par son commettant, dispose d'un recours en garantie contre celui-ci;

Mais attendu que la cour d'appel, qui a retenu la responsabilité contractuelle du centre du Val Rosay, ne s'est donc pas fondée sur l'article 1384, alinéa 5, du Code civil ; qu'ayant seulement retenu, en même temps que la responsabilité contractuelle de cet établissement de santé, la responsabilité délictuelle du fait personnel de M. X..., sur le fondement de la faute médicale qu'il avait commise, le moyen est inopérant en ses trois branches ;”.

من طرف الطاقم الطبي التابع لهذه المؤسسة، حيث أنه تبين فيما بعد أن هذا المريض حاول الانتحار، بإشعال النار في غرفته، ولكن من حسن الحظ، أن هناك مريض آخر كان قريب من الغرفة، قد أعطى الإشارة للطاقم الطبي بما يحدث<sup>1</sup>.

## المطلب الثاني: المؤسسات الصحية العمومية المقدمة للخدمات

### الطبية المستعجلة.

يعتبر كل ممارس لمهنة الطب لدى المؤسسات الصحية العامة موظفا عموميا، فهم يخضعون للمبادئ الأساسية التي تحكم التوظيف العمومي وكذلك القواعد المنصوص عنها في قانون الصحة.

مبدئيا في حالة قيام نزاع بين الطبيب والمريض أو المؤسسة الصحية العمومية التي يعمل فيها، يكون الاختصاص لمعالجة هذا النزاع للقضاء الإداري، إلا أنه في بعض الحالات يرجع الإختصاص للقضاء المدني في الفصل في النزاع، وهذا يرجع لطبيعة النشاط أو العمل الطبي الذي قام به الطبيب إن كان شخصا أو مرتبطا بخدمة المصلحة التابع لها.

وتقوم مسؤولية المؤسسات العمومية التي تقدم خدمات صحية سواء عادية أو استعجالية عن كل خطأ سواء كان متعلق بنشاط طبي تقني قام به الطبيب، أو تعلق بنشاط يرتبط بتنظيم وسير هذه المؤسسة الصحية العمومية. وللتفصيل أكثر، قسمنا هذا المطلب إلى فرعين، نعالج في الأول فكرة الخطأ الطبي التقني ومتى يكون شخصا أو مرتبطا بالمصلحة، والفرع الثاني نعالج الأخطاء المرتبطة بتنظيم وسير المرفق الصحي.

<sup>1</sup> - C. cass., 1ère civ., 18 juillet 2000, 99-12.135, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur le deuxième moyen, pris en ses première et troisième branches, qui est préalable :

Vu l'article 1147 du Code civil ;

Attendu que pour écarter la responsabilité contractuelle de la clinique, l'arrêt attaqué a estimé qu'aucune faute de surveillance ne pouvait lui être reprochée au cours de la soirée du 13 février 1993 ;  
Attendu, cependant, qu'en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé est notamment tenu de prendre les mesures nécessaires pour veiller à sa sécurité, les exigences afférentes à cette obligation étant fonction de l'état du patient ; que la cour d'appel, qui a constaté qu'après avoir été ligotée sur son lit en raison de la gravité de sa crise Brigitte X... avait été laissée sans surveillance, aucun membre du personnel de la clinique ne se trouvant à l'étage où se situait sa chambre, et que seul l'appel d'une autre malade avait permis de lui venir en aide, n'a, dès lors, pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations ».

## الفرع الأول: الخطأ الطبي التقني.

مسؤولية المستشفيات العمومية عن الأخطاء الطبية تعود لأول مرة من خلال قرار مجلس الدولة الصادر في 8 نوفمبر 1935، حيث أنه ولفترة طويلة كانت مسؤولية المستشفيات العمومية تقوم على أساس الخطأ، وهذا المبدأ أخذ به المشرع الفرنسي من خلال نص المادة 1-1142-L من قانون الصحة<sup>1</sup>.

ثم بعد ذلك وبموجب قرار مجلس الدولة الفرنسي الصادر في 26 جوان 1959، تم تحديد مفهوم النشاطات الطبية للمستشفى العمومي، حيث جاء فيه بأن النشاطات الطبية تشمل كل ما يمكن أن يقوم به الطبيب أو الجراح، كما يشمل النشاطات الشبه الطبية التي يقوم بها المساعد الطبي كالممرض مثلا وذلك تحت المسؤولية المباشرة للطبيب أو الجراح، وهو نفس المفهوم الذي أخذ به القضاء الإداري الجزائري من خلال القرار الصادر عن الغرفة الإدارية للمحكمة العليا في 27 جويلية 1992<sup>2</sup>.

ولكن القاضي الإداري الفرنسي ولفترة طويلة، كان يفرق دائما بين ما يعرف بالخطأ المرتبط بالنشاطات العلاجية<sup>3</sup> والخطأ في تنظيم وتسيير المرفق من جهة، والخطأ الناتج عن النشاطات الطبية<sup>4</sup> من جهة أخرى.

فعندما كانت مسؤولية المستشفيات العمومية تقوم بسبب أخطاء تتعلق بالنشاطات والأعمال العلاجية المختلفة، سواء أكانت نشاطات تتميز بالسهولة في التنفيذ (كإجراء حقنة أو ضمادات)، أو أن المسؤولية ترجع لسبب في سوء تنظيم وتسيير المرفق (كغياب أو تأخر الطبيب)، فإن المسؤولية

<sup>1</sup> - a. L.1142-1 du C. santé publ. : « I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute».

<sup>2</sup> - عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية، ص82.

<sup>3</sup> - يقصد بالعمل العلاجي : كل عمل تطبيقي روتيني لا يتطلب معلومات نظرية كبيرة، يقوم به تقني دون أن يكون ملما بمعارف علمية دقيقة ومتخصصة، إذ يكفي التدريب على مزاوله مثل هذه الأعمال.

<sup>4</sup> - يقصد بالعمل الطبي : كل نشاط لا يمكن أن يتم إلا من طرف الطبيب، أو الجراح، أو أي تقني آخر تحت المسؤولية والرقابة المباشرة للطبيب في ظروف لا بد أن تسمح لهذا الأخير بمراقبة التنفيذ، و التدخل في أي وقت.

كانت دائما تقوم على أساس الخطأ البسيط، ولكن فيما يخص الأخطاء الحاصلة نتيجة عمل طبي محض، فإنها لا تؤدي لقيام مسؤولية المستشفى العمومي إلا إذا كان الخطأ خطأ جسيماً، نظرا لاعتبار القاضي أن المرافق العمومية التي تقدم خدمات صحية تقوم بعمل غالبا ما يكون مرفوقا بظروف صعبة، اضافة الى أن مهنة الطبيب تعتبر مهنة شاقة ومعقدة، وأن الأخذ بالأخطاء البسيطة يؤدي الى عرقلة عمل ونشاط هذا المرفق الحساس<sup>1</sup>.

والخطأ الجسيم حسب القضاء الاداري الفرنسي، يتحدد حسب درجة خطورة انتهاك القواعد العلمية والتنظيمية لمهنة الطب أو الجراحة، وبالتالي فالأخطاء الطبية التقنية البسيطة، كالخطأ في التشخيص أو إهمال بسيط، لا يؤدي إلى قيام مسؤولية الطبيب<sup>2</sup>.

ولكن نظرا لصعوبة التفرقة الواضحة بين العمل الطبي والعمل العلاجي، دفع هذا الأمر بالقضاء الفرنسي من تقليص مجال تطبيق المسؤولية القائمة على أساس الخطأ الجسيم، حيث أنه في القرار الصادر عن مجلس الدولة في 10 أفريل 1992، أبعده القضاء الفرنسي فكرة الخطأ الجسيم في كل ما يتعلق بالنشاطات الطبية، حيث وُحِدَ أساس المسؤولية الخاصة بكل ما يتعلق بالأعمال الطبية والأعمال العلاجية تحت أساس قانوني واحد، ألا وهو الخطأ البسيط<sup>3</sup>.

ولكن اعتماد الخطأ البسيط كأساس موحد للمسؤولية، لم يمنع القضاء الاداري الفرنسي أو الجزائري في الكثير من القضايا أن يعالج القضايا المطروحة أمامه حالة بحالة، حيث أن كلاهما يعتمد فكرة تقدير الوقائع حسب النشاط الطبي الذي يكون محل النزاع، وبالتالي يمكنه أن يعتد في قيام المسؤولية على أساس الخطأ الجسيم، كما يمكنه أن يعتد بالخطأ البسيط<sup>4</sup>، ولهذا نجد مثلا أن المشرع الفرنسي في بعض النشاطات الطبية الخاصة، وضع مسبقا نظام خاص للمسؤولية، فمثلا

<sup>1</sup> - Conseil d'Etat Français, L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics, dossier thématique du Conseil d'Etat. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lengagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics-dossier-thematique-du-conseil-detat/> Consulter le 20/06/2017.

<sup>2</sup> - من بين الأخطاء الجسيمة، نجد نسيان جسم خارجي داخل جسم المريض بعد اجراء عملية جراحية، تقديم علاج خطير غير مبرر...

<sup>3</sup> - Conseil d'Etat Français, L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics, dossier thématique du Conseil d'Etat, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/lengagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics-dossier-thematique-du-conseil-detat/>. Consulter le 20/06/2017.

<sup>4</sup> - عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية، ص 91.

في مجال التشخيص قبل الولادة، نجد أن قانون الصحة 4 مارس 2002 في المادة 1 منه أدخل صنف من الأخطاء سماه بالخطأ المتميز (la faute caractérisée)<sup>1</sup>.

فمجلس الدولة الفرنسي أخذ بهذا الخطأ مع تقديره للمخاطر والصعوبات المتعلقة بالتشخيص قبل الولادة، ومدى خطورة المساس بحقوق الفرد، فمثلا يرى مجلس الدولة الفرنسي بأن هناك خطأ مميز في قضية متعلقة بالمركز الاستشفائي الجامعي الذي أعلم أحد الأزواج بأن التحاليل التي أجريت على عينة من السائل الحيوي الذي يسبح فيه الجنين، لم يبين أي خطر خاص بمرض الضمور الفقري (Amyotrophie spinale)، والذي يعد مرضا وراثيا يجعل الشخص ضعيفا بسبب توقف العضلات عن النمو، ولكن اتضح فيما بعد بأن ما أعلم به الزوجين كان عن خطأ ناتج عن خلط في التحاليل، إذ اعطيت لهم نتائج تحاليل خاصة بأشخاص آخرين<sup>2</sup>.

ولكن في قضية أخرى، رأى مجلس الدولة الفرنسي بأن الخطأ في الإعلام المتعلق بالخطأ في تحليل الإختبار الخاص بالموجات فوق الصوتية (Ecographie)، والخاص بالملاحظات حول أطراف جسم الجنين، لا تمثل خطأ متميز فيما يخص التشخيص قبل الولادة<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. 1 de la L. n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O.R.F. du 5 mars 2002. : « I. - Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance. La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer ».

<sup>2</sup> - C.E., 5ème et 7ème sous-sections réunies, du 19 février 2003, 247908, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que M. et Mme X, dont le premier enfant né en 1990 était atteint d'amyotrophie spinale infantile et qui avaient déjà eu recours en 1992 à une interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique après qu'un diagnostic prénatal eut révélé l'existence d'un risque que l'enfant à naître fût affecté de la même maladie génétique, ont eu en 1997 un second enfant atteint de cette maladie, alors que les analyses de l'amniocentèse pratiquée sur Mme X à sa demande n'avaient mis en évidence chez l'enfant à naître aucun risque d'amyotrophie spinale infantile ; que cette information, délivrée par le centre hospitalier universitaire de Nancy à M. et Mme X s'est révélée erronée du fait d'une inversion des résultats des analyses pratiquées sur deux patientes ; qu'il n'est pas contesté que cette inversion est imputable à l'assistance publique-hopitaux de Paris à laquelle les analyses avaient été confiées par le centre hospitalier universitaire de Nancy ;

Considérant qu'il n'est pas sérieusement contestable que de tels faits, constitutifs d'une faute caractérisée ayant privé M. et Mme X de la possibilité de recourir à une interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique, ouvrent droit à réparation en application de l'article 1er de la loi du 4 mars 2002, entrée en vigueur depuis l'intervention de l'ordonnance du juge des référés du tribunal administratif de Paris, et applicable aux instances en cours ; qu'il y a lieu, dans les circonstances particulières de l'espèce, de fixer à 50 000 euros le montant de l'indemnité provisionnelle mise à la charge de l'assistance publique-hopitaux de Paris en raison du préjudice propre subi par M. et Mme X ».

<sup>3</sup> - Conseil d'Etat, 5ème et 4ème sous-sections réunies, du 9 février 2005, 255990, inédit au recueil Lebon:

هذا بالنسبة للحالات العادية، أما بالنسبة للحالة الاستعجالية للمريض، فكما رأينا سابقاً تجعل العلاج صعب التحقيق لعدة أسباب، نذكر منها: ضرورة تدخل الطبيب بسرعة وكذلك حالة المريض غير المستقرة والتي تتغير من وقت لآخر، هذا من جهة، ولكن من جهة أخرى، ليس كل الحالات الاستعجالية كذلك، وهذا ما دفع القضاء الإداري من استبعاد الاعتماد على فكرة الخطأ الجسيم كأساس لقيام المسؤولية، والأخذ بفكرة إن كان تصرف الطبيب أو الجراح مخالف لما هو من المفروض القيام به عند تقديم العلاج أو التشخيص، وبالتالي أصبح مجرد نقص أو مخالفة طفيفة من جانب الطبيب للتقنيات المعمول بها علمياً في أدائه لمهامه، يؤدي إلى قيام المسؤولية مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر التي كانت تحيط بالمريض والظروف التي كانت تحيط بالطبيب عند تقديمه للعلاج ومدى تأثير ذلك على العلاج المقدم.

فتقدير القاضي للعمل الطبي الذي قام به الطبيب أو الجراح، يسمح له بتحديد إن كان هناك خطأ طبي أم لا، فإذا وجد بأن ما قام به الطبيب يعد عملاً طبياً بسيطاً بمقارنته بالضرر الغير العادي الذي أصاب المريض، فهنا يمكنه أن يقر بأن هناك خطأ<sup>1</sup>، في حين أنه إذا كان العمل أو النشاط الطبي الذي قام به الطبيب أو الجراح يتميز بنوع من الدقة والصعوبة في التنفيذ، ففي هذه الحالة إذا لم يخالف الطبيب القواعد المعمول بها علمياً في تنفيذه لهذه التقنيات في الحالات الاستعجالية، ورغم ذلك وقع ضرر، فهنا الضرر لم يقع بسبب ما قام به الطبيب ولكن لسبب حالة طبيعية خاصة بالمريض.

---

« Considérant, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, que M. et Mme Y ne sont pas fondés à soutenir que le centre hospitalier emile Y... a commis, dans le suivi de la grossesse, une faute caractérisée de nature à engager sa responsabilité ; que, dès lors, ils ne sont pas fondés à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Clermont-Ferrand a rejeté leur demande tendant à la réparation du préjudice qu'ils estiment avoir subi ».

<sup>1</sup> - C.A.A. de Lyon, 1<sup>ère</sup> chambre, du 9 novembre 1999, 96LY00265, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que, suite à l'intervention chirurgicale subie par Mme Geneviève X... le 19 janvier 1993, consistant en une exérèse d'un fibrome à l'utérus, celle-ci a présenté une paralysie de la jambe gauche ; qu'il résulte des pièces du dossier et de l'expertise ordonnée en référé par le président du tribunal administratif que cette paralysie est due à une compression accidentelle du nerf crural par une valve ou un écarteur, en cour d'intervention ; qu'eu égard aux circonstances de l'espèce et notamment à l'absence de difficulté particulière de l'intervention susceptible d'expliquer l'accident survenu, les premiers juges ont pu à bon droit considérer, alors même qu'il est impossible de définir les circonstances exactes de cette compression, que cet accident résulte d'un manquement aux règles de l'art constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier general emile z... ; que, dès lors, ledit centre hospitalier n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif de clermont-ferrand l'a, par le jugement attaqué, qui est suffisamment motivé, déclaré responsable des conséquences dommageables de cet accident ».

خلاصة القول، نجد أن القاضي الإداري الفرنسي وإن اعتمد على الأخذ بالخطأ البسيط في الحالات العادية، إلا أنه في الحالات الاستعجالية استبعد الاعتماد على ذلك، حيث يعتمد في تحديده للخطأ، على تحليله وتقديره للظروف المحيطة بالحالة الاستعجالية بالنشاط أو العمل الطبي الذي قام به الطبيب، وهذا ما يسمح له بالإعتماد على فكرة الخطأ الجسيم، والذي في حد ذاته حتى في الحالات الاستعجالية يتمتع بحماية نسبية قد تعفي من المسؤولية الإدارية المتعلقة بالنشاطات والأعمال الطبية، وهو نفس الأساس الذي اعتمد عليه القضاء الإداري الجزائري في الحالات الاستعجالية من خلال عدة قرارات نذكر منها القرار الصادر عن الغرفة الإدارية للمحكمة العليا الصادر في 29 جويلية 1972 حيث أنه تم استقبال مريض تعرض لكسر على مستوى الكوع الأيسر والخصر في المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا، أين قدمت له الإسعافات الأولية ولكن دون أي تدخل طبي جاد. بقي هذا المريض على حالته ودون أية مراقبة طبية لمدة أربعة أيام، ما أدى إلى تعفن جروحه، والذي تسبب في معاناة هذا المريض خلال هذه الفترة، وما أدى كذلك إلى ضرورة بتر اليد. وعلى إثر هذه الوقائع رأت الغرفة الإدارية بأن هناك تقصير ظاهر يشكل خطأ جسيم، من شأنه أن يؤدي إلى قيام مسؤولية المرفق الصحي العمومي<sup>1</sup>.

والأخطاء المتعلقة بالأعمال الطبية متعددة وكثيرة، تختلف حسب حالة المريض إن كانت حالة استعجالية أم لا، ومن بين هذه الأخطاء الممكن قيامها في الحالات الاستعجالية والتي أعطى القضاء الإداري رأيه فيها، نجد الأخطاء الطبية في تشخيص المرض<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية، ص 86.  
<sup>2</sup> - C.A.A. de Douai, 2<sup>ème</sup> chambre, du 3 février 2000, 98DA00861 98DA01528 99DA00505, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité: Considérant qu'il ressort du rapport de l'expert désigné par le Tribunal que le diagnostic de lachage de suture était aisé ; que, dès lors, le fait pour l'interne du centre hospitalier d'Amiens de n'avoir pas procédé à deux reprises à ce diagnostic constitue une faute médicale ; que par l'effet de cette faute, la rupture de suture n'a pu être reprise immédiatement alors qu'une intervention immédiate après la rupture de suture donne selon l'expert un résultat satisfaisant, les délais d'immobilisation de la main étant réduits ; que, par contre, la reprise effectuée deux mois après l'accident a nécessité une nouvelle immobilisation de la main pour six semaines et n'a pas été couronnée de succès non plus que les tentatives de reprise ultérieures ; que, dans ces conditions, la non-réintervention immédiate par les médecins du centre hospitalier d'Amiens a été le facteur déclenchant de l'évolution vers l'amputation ; que si le centre hospitalier soutient que cette amputation a été réalisée après que plusieurs chirurgiens extérieurs à son établissement soient intervenus, cette circonstance ne saurait entraîner un partage de responsabilité dès lors que seule l'erreur de diagnostic initiale a provoqué les interventions successives aux fins de réparer la non-reprise de suture et ayant abouti à l'amputation du pouce compromettant ainsi les chances qu'avait Mme X... d'éviter lesdites interventions et leur conséquence finale ; que le préjudice afférent à ces interventions et à l'amputation du pouce est ainsi la conséquence

كما نجد كذلك الأخطاء الطبية في التشخيص من طرف طبيب مستقل عن المستشفى  
مثال عن ذلك، الأخطاء الطبية المرتكبة في تشخيص المرض من طرف أطباء تم الاستعانة بهم  
من طرف مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU).<sup>1</sup>

من بين الأخطاء نجد كذلك الأخطاء الناتجة عن نشاطات وأعمال طبية يقوم بها موظفين  
غير مؤهلين.<sup>2</sup> هناك أخطاء تتعلق بمخالفة للقواعد العلمية المعمول بها.<sup>3</sup>

---

directe de la faute susmentionnée ; que, dès lors, et sans qu'il soit besoin d'ordonner un complément d'expertise, le centre hospitalier régional universitaire d'Amiens n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que les premiers juges l'ont déclaré entièrement responsable des conséquences dommageables des soins subis dans son établissement par Mme X... ».

<sup>1</sup> - C.A.A. de Bordeaux, 3ème chambre (formation à 3), du 14 novembre 2006, 03BX02246, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité :

Considérant, d'une part, qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert désigné par le président du tribunal administratif de Limoges, qu'une erreur de diagnostic a été commise par le médecin de garde appelé le 30 août 1998 par l'intermédiaire du service d'aide médicale d'urgence à la suite du malaise de M. X ; qu'il a, en effet, sans pratiquer d'examen cardiologique malgré les circonstances de ce malaise et les symptômes présentés, diagnostiqué une simple douleur d'origine musculaire ; que l'infirmière du centre pénitentiaire a suivi le 30 août 1998 les prescriptions médicamenteuses données et que l'intéressé n'a pu recevoir les soins adaptés qu'avec 48 heures de retard ; que cette erreur de diagnostic est constitutive d'une faute médicale;

Considérant que l'article L. 711-3 du code de la santé publique alors en vigueur confie au service public hospitalier « les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier » ; que, quand bien même le médecin de garde en cause serait extérieur au centre hospitalier, son erreur de diagnostic engage, à l'égard de M. X, la responsabilité du service public hospitalier auquel participait alors de fait ledit médecin;

Considérant, d'autre part, que cette erreur est seule à l'origine du préjudice de M. X dès lors que le traitement fibrinolytique dont elle l'a privé doit être pratiqué très rapidement, si possible dans les 6 heures, en tout cas dans les 12 heures suivant le début des symptômes, soit en l'espèce, au plus tard dans la soirée du 30 août ; que, par suite, les négligences ou dysfonctionnements divers du centre pénitentiaire allégués par M. X et qui se seraient manifestés les 31 août ou 1er septembre 1998 sont, en tout état de cause, sans lien de causalité directe avec son préjudice ; que, par suite, seule la responsabilité du centre hospitalier est engagée ; ».

<sup>2</sup> - C.A.A. de Paris, 3ème chambre, du 17 juin 1999, 98PA02404, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr>:

« Considérant que M. Y... a subi le 6 décembre 1984 une myélographie à l'amipaque au service de radiologie générale de l'hôpital Saint-Antoine ; qu'il ressort du rapport d'expertise judiciaire que cet examen a été exécuté par un personnel non qualifié et que la surveillance au décours de l'examen a comporté des lacunes et des négligences fautives caractérisées ; qu'à la suite de cet examen M. Y..., a présenté une paraplégie sensitivo-motrice complète et devenue définitive ; que l'assistance publique-hopitaux de Paris qui ne conteste pas sa responsabilité a été condamnée par le tribunal administratif de Paris à verser la somme de 3.290.000 F à M. Y..., la somme de 205.430,60 F à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris avec intérêts au taux légal à compter du 19 janvier 1998 et à rembourser à ladite caisse, au fur et à mesure de ses débours, la somme de 364.050,15 F ; que l'assistance publique-hopitaux de Paris fait appel de ce jugement et M. Y... présente des conclusions incidentes ».

<sup>3</sup> - C.A.A. de Lyon, 1ère chambre, du 9 novembre 1999, 96LY00265, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant que, suite à l'intervention chirurgicale subie par Mme Geneviève X... le 19 janvier

كما نجد كذلك أخطاء تتعلق بالتأخر في التشخيص وتقديم العلاج<sup>1</sup>، وهناك أخطاء في

تقديم منتوجات طبية غير مناسبة أو تقديمها بجرعات مفرطة<sup>2</sup>.

---

1993, consistant en une exérèse d'un fibrome à l'utérus, celle-ci a présenté une paralysie de la jambe gauche ; qu'il résulte des pièces du dossier et de l'expertise ordonnée en référé par le président du tribunal administratif que cette paralysie est due à une compression accidentelle du nerf crural par une valve ou un écarteur, en cour d'intervention ; qu'eu égard aux circonstances de l'espèce et notamment à l'absence de difficulté particulière de l'intervention susceptible d'expliquer l'accident survenu, les premiers juges ont pu à bon droit considérer, alors même qu'il est impossible de définir les circonstances exactes de cette compression, que cet accident résulte d'un manquement aux règles de l'art constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier general emile z... ; que, dès lors, ledit centre hospitalier n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif de clermont-ferrand l'a, par le jugement attaqué, qui est suffisamment motivé, déclaré responsable des conséquences dommageables de cet accident ; ».

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2<sup>ème</sup> chambre - formation à 3 (bis), 14/12/2010, 09DA01203, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant, en premier lieu, que l'enfant Antton A, qui est porteur d'un angiome lombaire congénital comportant un petit orifice borgne, a été admis au centre hospitalier intercommunal Eure-Seine d'Evreux le 14 mai 2003, après plusieurs accès de fièvre survenus depuis le 21 février 2003, qui l'avaient déjà conduit au service d'urgence de cet hôpital ; que, le même jour, une infection urinaire a été diagnostiquée et que l'examen pratiqué, le 15 mai suivant, n'a pas révélé de syndrome méningé ; que, malgré la persistance de l'état fébrile, la sortie de l'enfant est intervenue le 16 mai accompagnée d'un traitement par antibiotiques ; que, toutefois, il a été réadmis dès le lendemain au vu d'un tympan droit congestif et d'une discrète raideur de la nuque ; qu'après l'échec de la tentative de ponction lombaire effectuée ce jour là, la ponction réalisée le lendemain, le 18 mai, a mis en évidence un liquide de méningite ; que cette infection a été confirmée par une nouvelle ponction lombaire pratiquée le 20 mai puis par l'examen par IRM effectué le lendemain, lequel a révélé une fistule reliant la région cutanée au rachis et à la dure-mère ; qu'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise établi par le Pr B que, d'une part, la méningite aurait pu être diagnostiquée dès le 14 mai 2003, si le service avait considéré l'hypothèse de cette affection en présence d'une élévation thermique à répétition, d'une raideur dorsale et de l'anomalie lombaire dont l'enfant est porteur ; que, d'autre part, compte tenu du contexte fébrile de l'enfant, ce diagnostic aurait dû être fait au plus tard le 17 mai 2003 et être immédiatement suivi d'un examen par IRM permettant de mettre la fistule en évidence ; que, dans ces conditions, les services du centre hospitalier intercommunal Eure-Seine d'Evreux ont tardé à diagnostiquer l'affection méningée, ce qui a retardé au 21 mai 2003 le constat d'une infection qui aurait pu être fait dès le 14 mai précédent ou au plus tard le 17 mai ; qu'ainsi, il résulte du rapport d'expertise qu'au vu des éléments dont disposait le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine d'Evreux pour la pathologie en cause, et nonobstant le fait que ledit centre ait pris le soin de solliciter l'assistance des services de l'hôpital Robert Debré de Paris, ce retard d'au moins 4 jours pris pour diagnostiquer la méningite dont l'enfant Antton était atteint présente un caractère fautif de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier intercommunal Eure-Seine d'Evreux ».

<sup>2</sup> - C.A.A. de Paris, 3<sup>ème</sup> chambre, du 12 novembre 1999, 97PA03242, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Sur la responsabilité:

Considérant que M. Stéphane H., qui était atteint d'une hémophilie de type B, a été contaminé par le virus de l'immunodéficience humaine à l'occasion de plusieurs transfusions de produits sanguins concentrés effectuées entre le 18 et le 20 septembre 1984 à l'hôpital Beclère, alors qu'il était hospitalisé pour le traitement d'un hématome ; que lui-même et ses ayants droit soutiennent que la prescription, aux dates précitées, de produits sanguins concentrés non chauffés constitue une faute de nature à engager la

فمن خلال القرارات المذكورة أعلاه، نلاحظ أن الخطأ ارتكب من طرف الطبيب أو الجراح ولكن المسؤولية وقعت على عاتق الإدارة والممثلة في المستشفى العمومي، إلا أنه ليس في كل مرة يقع فيه الطبيب أو الجراح في خطأ طبي تقني، يتحمل فيه المستشفى أو المؤسسة الصحية العمومية فيها المسؤولية، حيث نجد بأن القضاء الإداري يميز بين ما يعرف بالخطأ الشخصي والخطأ المنفصل عن عمل الإدارة أو ما يعرف بالخطأ المرفقي، بمعنى آخر أن الطبيب عند أدائه لمهامه الطبية والمتمثلة أساساً في تشخيص وعلاج المريض باستعمال تقنيات طبية، قد يرتكب أخطاءً، والتي إما أن يكون خطأ يسأل عنه مباشرة ( الخطأ الشخصي )، أو أخطاء تسؤل عنها الإدارة بدلاً منه ( الخطأ المرفقي ).

فأما عن الخطأ المرفقي، فيتمثل في الخطأ الذي يرتكبه الطبيب أو الجراح أو أحد المساعدين الطبيين أثناء أدائه لوظيفته الموكلة له، فالقاضي الإداري يأخذ بالخطأ المرفقي كلما كان أصل الضرر الحاصل وقع بخطأ من طبيب أو طاقم التابع له بمناسبة الوظيفة وليس بمصلحة شخصية، ففي هذه الحالة على الإدارة أن تتحمل نتائج هذا الخطأ.

والخطأ المرفقي في المجال الطبي، هو الخطأ الذي يمكن أن يرتكبه أي طبيب أو جراح لو كان في مثل الوضع الذي ارتكب فيه الخطأ من طرف طبيب أو جراح آخر، أو أنه تتعدد الأخطاء لضرر واحد دون معرفة أي الأخطاء كان سبباً في إحداث الخطأ<sup>1</sup>.

أما الخطأ الشخصي فهو الخطأ المنفصل عن الوظيفة والمهمة الموكلة للطبيب أو الجراح أو أحد المساعدين، رغم أنها ارتكبت أثناء أداء المهمة، لأنها لا تمثل السلوك الذي تطلبه الإدارة من موظفيها فالضحية في هذه الحالة يمكنه مقاضاة الطبيب أو الجراح مباشرة دون مقاضاة الإدارة لانعدام أي سبب يمكنه من ذلك<sup>2</sup>.

والخطأ الشخصي إن كان خارج الوظيفة، لا يثير أي إشكال في تحديد المسؤولية، حيث أن الطبيب الذي ارتكب خطأ خارج إطار الوظيفة يكون هو المسؤول، فالإشكالية إذا تطرح في حالة وقوع خطأ من طرف الطبيب بمناسبة الوظيفة، إذ يصعب أحياناً تحديد ما إن كان الخطأ شخصياً

---

responsabilité de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris ».

<sup>1</sup> - **Tremeur (M)**, La responsabilité des services publics hospitaliers : évolution/ perspectives, L.P.A., n° 83, 1995, p. 17.

<sup>2</sup> - **Le scolan (S), Pellet (R)**, op. cit., p. 117.

أو مرفقيا، ولكن أغلبية الفقهاء يرون بأن الخطأ الشخصي هو الخطأ الذي يضاف عليه طابع الشخصية وليس على أساس أنه موظف عمومي. ولتسليط الضوء على إن كان الخطأ منفصلا عن المرفق أم لا، اعتمد القضاء الإداري على معيارين في تحديد ذلك.

أما عن المعيار الأول، فيتمثل في سوء تصرف متعمد، فالقاضي الإداري يأخذ بالخطأ الشخصي حتى ولو كان الخطأ واقعا بمناسبة الوظيفة إذا تبين له من خلال سلوك الموظف (الطبيب أو الجراح...) بأن هناك تصرف متعمد ورغبة في إيذاء أو نوايا سيئة أو أن الخطأ المرتكب يعود بالفائدة لصالح الموظف.

أما المعيار الثاني فيتمثل في الخطأ الجسيم غير المتوقع، إذ أن الخطأ المرتكب من طرف موظف بمناسبة وظيفته، يمكن أن يكيف على أنه خطأ شخصي، إذا كان هذا الخطأ جسيما وليس من الممكن توقعه من أي موظف، وهذا الخطأ في غالب الأحيان يكون خطأ خطير<sup>1</sup>.

فمن خلال ما تقدم ذكره، نجد أنه إذا ارتكب الطبيب الموظف لدى مستشفى عمومي خطأ وكيف على أنه خطأ مرفقي، فهنا في هذه الحالة تقوم مسؤولية المستشفى العمومي، في حين إذا كان الخطأ كيف على أنه خطأ شخصي، فالطبيب أو الجراح يكون هو المسؤول أمام الضحية، لأن الخطأ كما سبق القول، منفصل عن خدمة المرفق لتعمد الموظف في إحداث الضرر أو الخطورة في ذلك.

وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية عن الغرفة الجنائية في أحد قراراتها، بأن الخطأ المرتكب من طرف موظف لدى مصلحة عمومية بمناسبة وظيفته، يمثل خطأ شخصي منفصل عن مهنته إذا خالف واجبات ومتطلبات وأخلاقيات المهنة الملزم بها، أو أن يكون الخطأ ذات طابع خطير<sup>2</sup>، فرفض طبيب المصلحة الاستعجالية للتنقل لإسعاف شخص مصاب بالرصاص في منزله

<sup>1</sup> - Tremeur (M), op. cit., p. 17.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., crim., 14 mai 2008, 07-84.696, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« alors que les tribunaux répressifs de l'ordre judiciaire sont compétents pour apprécier, à la suite de sa condamnation pénale, la responsabilité civile d'un agent d'un service public à raison des fautes personnelles, détachables de ses fonctions, qu'il a commises ; que la faute commise par un agent d'un service public dans l'exercice de ses fonctions constitue une faute personnelle, détachable de ses fonctions, lorsque, eu égard notamment aux obligations d'ordre professionnel et déontologique qui lui incombent, elle revêt un caractère inexcusable ; qu'en énonçant, pour se déclarer incompétente pour statuer sur l'action en indemnisation formée par Willy X..., que les fautes dont le docteur Dominique Y... a été déclaré coupable n'étaient pas détachables de ses fonctions de chirurgien orthopédiste de l'hôpital

مع علمه بأن حالة المريض في خطر، يعد خطأ شخصي<sup>1</sup>.

ما يمكن الإشارة إليه كذلك، أنه إذا كان الخطأ المرفقي يدخل في اختصاص القضاء الإداري، فإن الخطأ الشخصي عكس ذلك، إذ يدخل في اختصاص القضاء المدني، وهذا ما قد يؤدي في بعض القضايا إلى وجود تنازع في الاختصاص، من حيث أنه إذا ارتكب خطأ من طرف طبيب موظف في مستشفى عمومي وكان متابع من طرف القضاء المدني، وفي نفس الوقت اعتبرت الإدارة بأن الخطأ الذي ارتكبه الطبيب لا ينفصل عن المصلحة بمعنى أنه خطأ مرفقي وبالتالي فالقضاء الإداري هو المختص، فهنا في هذه الحالة تتدخل محكمة التنازع لتُكَيِّف الخطأ إن كان شخصي أو مرفقي، كما أنه أحيانا نجد أن المحاكم العادية هي نفسها تدفع بعدم الاختصاص

---

de Royan, quand elle relevait que tandis qu' il assurait, par astreinte à domicile, le service de garde de chirurgie orthopédique et alors que l' état de Willy X... rendait nécessaire sa prise en charge à très bref délai par un chirurgien orthopédiste, le docteur Dominique Y..., sans raison valable, ne s' était rendu au chevet de Willy X... que cinq heures après avoir été informé de son état et après s' être borné à prescrire, au téléphone, au médecin urgentiste de procéder, au service des urgences, à une traction trans- tibiale, laquelle constitue une intervention qui relève des seules attributions des chirurgiens orthopédistes et doit normalement être pratiquée au bloc opératoire, et n' avait, de surcroît, là aussi sans aucune justification, cherché à réaliser une artériographie qu' au bout de plusieurs heures, alors qu' il avait constaté que l' état vasculaire de Willy X... était déficient et que, dès lors, il était indispensable de procéder d' urgence à cet examen qui, seul, permettait d' établir un diagnostic des lésions vasculaires présentées par Willy X..., et quand, par conséquent, il résultait de ses propres constatations que le docteur Dominique Y... avait commis des manquements graves et inexcusables à ses obligations d' ordre professionnel et déontologique, constitutifs de fautes personnelles et détachables de ses fonctions, la cour d' appel a violé les dispositions et le principe susvisé ».

<sup>1</sup> - C.E., 5 SS, du 4 juillet 1990, 63930, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant qu'il résulte des décisions judiciaires susmentionnées que le décès de Mme X... est essentiellement imputable au retard apporté par M. Z... à pratiquer l'intervention chirurgicale destinée à réparer les blessures qui avaient provoqué l'hospitalisation de l'intéressée au centre hospitalier général de Gap dans la nuit du 28 au 29 novembre 1977 ; que ce retard a pour seule cause le refus de M. Z... de se déplacer au chevet de la patiente alors qu'il se trouvait de garde à domicile et avait été appelé à deux reprises par l'interne du service qui avait souligné l'état inquiétant de Mme X..., blessée par balle à l'abdomen ; que si, pour qualifier la faute commise par M. Z... le tribunal administratif s'est fondé sur l'existence des faits tels qu'ils avaient été constatés par le juge pénal au soutien de la condamnation prononcée par celui-ci contre le chirurgien, le tribunal n'a nullement reconnu l'autorité de la chose jugée à l'appréciation juridique portée sur le caractère détachable de cette faute par la Cour d'appel de Grenoble (...);

Considérant que le choix d'assurer la nuit le service de garde de chirurgie à domicile et non au sein de l'établissement ne constitue pas une faute dans l'organisation du service public hospitalier ; qu'aucune faute n'a été commise tant lors de l'admission de Mme X... à l'hôpital que dans la surveillance et les soins qui lui ont été donnés dans la nuit du 28 au 29 novembre 1977 par l'interne de garde au service des urgences ; que le dommage est imputable au refus de M. Z... de se rendre au chevet de la patiente et de pratiquer sur celle-ci les actes chirurgicaux qui lui incombaient ; qu'eu égard à la nature et à la gravité de la faute personnelle ainsi commise, la société requérante n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Marseille a laissé à M. Z... l'entière charge des condamnations prononcées au pénal et a rejeté la demande de cette société ».

كأن تقر المحكمة على خطأ الطبيب بأنه خطأ مرفقي يدخل في اختصاص أعمال الإدارة وليس بخطأ منفصل عن عمل الإدارة، وبالتالي فالقضاء المختص هنا، هو القضاء الإداري.

## الفرع الثاني: الخطأ المرتبط بسير وتنظيم المرفق.

قلنا سابقا بأن القضاء الإداري كان يعتمد في قراراته على فكرة الخطأ الجسيم، والتي امتدت حتى بالنسبة للأخطاء المرتبطة بسير وتنظيم المرفق، ولكن تم التخلي عن هذه الفكرة باعتماد أساس آخر للمسؤولية ألا وهو الخطأ البسيط، سواء أعلق الأمر بخطأ طبي تقني أو خطأ في سير وتنظيم المرفق (المؤسسات الصحية العمومية)<sup>1</sup>. ولكن ما يمكن الإشارة إليه هو أن مسؤولية المستشفيات العمومية يمكن أن تقوم على أساس خطئين، أحدهما مرتبط بتسيير وتنظيم المرفق، والآخر مرتبط بالعمل الطبي التقني، أو على أساس خطأ واحد يكيف في نفس الوقت بأنه خطأ في التسيير وتنظيم المرفق وخطأ مرتبط بالعمل الطبي التقني<sup>2</sup>.

المشعر الفرنسي والجزائري من خلال مختلف القوانين والمراسيم، نصا على ضرورة تنظيم المستشفيات لضمان السير الحسن لها، بهدف تقديم خدمات صحية تتمثل في التشخيص، مراقبة وحراسة العلاج المقدم للمريض والجريح والنساء الحوامل، الوقاية والتوعية الصحية، تقديم العلاج سواء داخل أو خارج المستشفى، والتنسيق مع مصالح وجهات أخرى تقدم نفس الخدمات، المشاركة

<sup>1</sup> - De bechillon (D), Bon (P), La faute lourde n'est pas exigée pour engager la responsabilité d'un hospitalier pour faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service d'aide médicale d'urgence, Dalloz, 1999, p. 47.

<sup>2</sup> - C.A.A. de Nantes, 3<sup>ème</sup> chambre, du 18 novembre 1999, 95NT00588, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : " Sur la responsabilité du Centre hospitalier universitaire (C.H.U.) de Tours : (...) Considérant que si Mme X... soutient qu'avant son entrée à l'hôpital, elle ne souffrait d'aucune lésion de l' sophage, et que la déchirure qui s'est produite lors de l' sophagoscopie constitue nécessairement une faute de service, il ne résulte pas de l'instruction, et il est formellement contesté par l'expert, qu'une faute dans l'exécution de l'acte médical puisse être retenue à l'encontre du praticien qui a procédé à cet examen ; qu'en revanche, le retard de quelques dix heures avec lequel ladite plaie a été décelée constitue, comme l'a jugé à bon droit le Tribunal administratif, une organisation défectueuse du service et une erreur de diagnostic de nature à engager la responsabilité de l'administration hospitalière, alors que les douleurs thoraciques intenses de Mme X... évoquaient nécessairement une menace de perforation de l' sophage qui devait conduire le médecin anesthésiste de garde à demander une radio thoracique en urgence ; que, par suite, la requérante n'est pas fondée à demander que la responsabilité du C.H.U. de Tours soit étendue aux conditions dans lesquelles s'est déroulée l' sophagoscopie pratiquée le 2 décembre 1988 et, par la voie de l'appel incident, le C.H.U. de Tours n'est pas non plus fondé à demander à se voir décharger de toute responsabilité au cours de cet examen médical ;".

في وضع سياسة صحية لضمان السلامة الصحية للمواطن، استقبال والتكفل بالمرضى، المشاركة في تكوين وتدريب مهني الصحة، وكذلك المشاركة في الدراسات والبحوث العلمية<sup>1</sup>.

فمن خلال ما تقدم ذكره، نجد أن سوء التنظيم وسير المستشفيات العمومية، يتمثل في غياب الضمانات التي تعطي كل الحق للمريض في الاستفادة من الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات والمؤسسات الصحية العمومية، والذي يعتبر خطأ مرفقي<sup>2</sup>.

ومن الأخطاء الشائعة التي يقع فيها المستشفى كمرفق عام في الحالات الاستعجالية، نجد الأخطاء المرتبطة باستقبال المرضى، فكل من المشرع الفرنسي والجزائري، أكدا على أن المستشفيات العمومية ملزمة باستقبال الأشخاص ليلا ونهارا، فإذا كان مستشفى مثلا غير قادر على استقبال المرضى لعدم وجود مصلحة متخصصة في علاج أمراض معينة، أو لعدم وجود سرير شاغر، ففي هذه الحالة على هذا المستشفى أن يضمن التكفل بالمرضى في مؤسسة صحية

<sup>1</sup> - a. L.6111-1 du C. santé publ. : « Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».

- أكد المشرع الجزائري من خلال قانون الصحة الجديد بدوره على ضرورة تنظيم الهياكل الصحية قصد:

- تحقيق علاج صحي أولي وثانوي وذات المستوى العالي وكذا الاستعجالات، كما يمكن لهذه الهياكل

تقديم هذه العلاجات في المنزل أو المستشفى حسب ما جاء في نص المادة 281 المذكورة سابقا.

- التكوين والبحث العلمي، وهذا ما جاء في نص المادة 282 منه، حيث نصت المادة على أنه: " يمكن

الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة أن تضمن نشاطات التكوين لكل أسلاك مهني الصحة. ويمكن انشاء مخابر بحث على مستواها في إطار برنامج البحث في مجال الصحة. كما يمكن أن تضمن الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة، عند الاقتضاء، نشاطات التكوين شبه الطبي، حسب كفاءات تحدد عن طريق التنظيم "

<sup>2</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 35.

أخرى، وإذا كانت هذه الأخيرة كذلك غير قادرة على التكفل المريض، فهنا يجب البحث عن مؤسسة صحية أخرى يمكنها التكفل بالمريض، ففي مثل هذه الحالة لا يمكن إلقاء اللوم على هذا التأخر في التكفل بالمريض لعلاج.

ومشكل استقبال المرضى يطرح صعوبات وإشكالات كبيرة إذا ما تعلق الأمر بالاستعجالات الطبية بمقارنتها بالحالات الأخرى، وخاصة عندما يتعلق الأمر بنقل المريض بسرعة إلى مصلحة الاستعجالات الطبية، والتي غالباً ما تكون تابعة لمؤسسة صحية عمومية، حيث أنه في السابق كان القضاء الإداري في مجال المسؤولية، يعتمد على فكرة الخطأ الجسيم، ولكن بعد قرار مجلس الدولة الفرنسي الصادر في 20 جوان 1997 تغيرت الأمور، حيث تخلى القضاء بموجبه عن فكرة الخطأ الجسيم<sup>1</sup>.

من بين الأخطاء الشائعة كذلك نجد عدم وجود ضمانات طبية، حيث أكد مجلس الدولة الفرنسي مثلاً في العديد من القضايا على ضرورة توفير ضمانات طبية من طرف المصالح الطبية العمومية، وأن أي انتهاك لهذه الضمانات يعد خطأ في تسيير وتنظيم المرفق<sup>2</sup>. وعدم وجود

---

<sup>1</sup> - C.E., section, du 20 juin 1997, 139495, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis au juge du fond que M. X... a demandé au centre hospitalier régional de Toulouse de l'indemniser du préjudice qu'il a subi à la suite de l'accident dont il a été victime le 23 mai 1986 et qu'il impute au fonctionnement défectueux du service d'aide médicale d'urgence de cet hôpital (SAMU 31) ;

Considérant que la responsabilité d'un établissement hospitalier peut être engagée par toute faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service d'aide médicale d'urgence ; qu'il suit de là qu'en se fondant, pour rejeter la demande de M. X..., sur le fait qu'aucune faute lourde n'avait été commise par le centre hospitalier, la cour administrative d'appel a méconnu les règles qui régissent, en la matière, l'engagement de la responsabilité des personnes publiques ; que, M. X... est dès lors, fondé à demander pour ce motif l'annulation de l'arrêt attaqué... ».

<sup>2</sup> - C.E., 5 / 1 SSR, du 4 octobre 1968, 71582, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« considerant, d'autre part, qu'en dehors du cas de force majeure ou, en raison de l'urgence, l'intervention de l'interne s'impose en l'absence du chef de service ou de ses assistants, ceux-ci ne peuvent regulierement se decharger sur leurs internes de l'obligation qui incombe a ces praticiens d'accomplir personnellement les actes medicaux requis par l'etat des malades que lorsqu'une telle delegation n'est pas exclue par la gravite de l'acte et qu'ils se sont, en outre, assures au prealable dans chaque cas et sous leur responsabilite que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnee a leurs collaborateurs n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties medicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public .

considerant que l'intervention subie, sous anesthesie generale, par la demoiselle z..., le 4 avril 1957, a ete pratiquee par le sieur b..., externe des hopitaux, designe pour remplacer un interne au service de la maternite de l'hospital saint-antoine a paris ; que cette intervention n'est pas au nombre de celles qui, par application des regles susenoncees et sauf circonstances exceptionnelles, peuvent etre pratiquees par un externe faisant fonction d'interne ; qu'en outre, il ne resulte pas de l'instruction que le sieur b... ait recu du praticien responsable du service l'autorisation de pratiquer l'intervention dont s'agit, alors que l'urgence

ضمانات طبية، يظهر خاصة عندما يحل محل الطبيب أو الجراح، طبيب آخر كمساعد أو مستبدل عنه لمدة معينة، فمن حق المريض أن يكون العلاج أو التشخيص من طرف الطبيب الرئيسي للمصلحة وليس من مساعديه مثلا، فتوكيل مهمة الطب لشخص آخر ممكن ولكن بتوفر شروط معينة، نذكر منها على سبيل المثال أن يكون الطبيب المستبدل من نفس الدرجة العلمية للطبيب المستبدل<sup>1</sup>.

وباستثناء الحالة الاستعجالية التي تفرض على الجراح في اطار التكوين القيام بعملية جراحية بسبب غياب الطبيب الجراح أو مساعديه، فإن هذا الأخير لا يمكنه نقل كل نشاطاته الطبية والجراحية لطلبته وخاصة إذا كانت العمليات الجراحية مهمة جدا، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، في حالة ما إذا أوكل الجراح لأحد طلبته نشاط طبي أو عملية جراحية، فإن هذا الأخير يكون تحت مسؤولية الجراح وأن لا يمس بذلك الضمانات الطبية التي ينتظرها المريض من خلال الخدمات التي يقدمها المستشفى، فإذا كانت هناك حالة استعجالية، أول شيء على الطالب الجراح أن يقوم به، هو الاتصال بالجراح المسؤول عن المصلحة، فإذا استحال ذلك وكان هناك خطر فعلي على حياة المريض، يمكنه في هذه الحالة التدخل لتقديم المساعدة الطبية المستعجلة بإتباع نفس الإجراءات التي كان من الممكن أن يتبعها الجراح المسؤول عن المصلحة لو كان حاضرا<sup>2</sup>.

بل أن المشرع الفرنسي ذهب لأبعد من ذلك، حيث نص في المادة 5 من المرسوم 945-61 ل 24 أوت 1961 على أنه يشترط في الطبيب أو الجراح الذي يحل محل طبيب أو جراح آخر في حالة غيابه أن يكون من نفس التخصص وأن يعمل بصفة دائمة أو جزئية في نفس المستشفى الذي يعمل فيه الطبيب أو الجراح الذي استبدله، وفي حالة عدم توفر عدد كاف للممارسين لاستبدال الآخرين في حالة الغياب، يقترح المحافظ على المفتش الإقليمي للصحة العمومية طبيب أو جراح في نفس تخصص الممارسين الغائبين لضمان هذا الفراغ<sup>3</sup>، فهذه

---

alleguee par l'administration hospitaliere n'etait pas telle que cette autorisation fut impossible a obtenir ; que, par suite, eu egard aux conditions techniques dans lesquelles a ete pratiquée l'intervention et nonobstant la circonstance qu'aucune faute lourde ne peut etre relevee a la charge du sieur b..., les dommages subis par le c... christos z... doivent etre regardés comme imputables a la faute commise dans le fonctionnement du service ; que, dans ces conditions, l'administration generale de l'assistance publique a paris est responsable du prejudice cause par ladite intervention ».

<sup>1</sup> - Pontier (J-M), op. cit., étude n° 512.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 600.

<sup>3</sup> - D. n°61-946 du 24 Aout 1961 relatif au recrutement, a la nomination et au statut des praticiens exerçant à plein temps dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté

الإجراءات والأحكام تهدف بشكل خاص لإعطاء ضمانات طبية لمستخدمي المستشفيات، وذلك عن طريق ضمان كفاءة واختصاص الممارسين الذين سيتكفلون بالمريض، وعدم احترامها يشكل خطأ في تسيير وتنظيم المستشفى، ما يؤدي إلى قيام مسؤولية هذا الأخير.

المشرع الجزائري في قضية حلول طبيب محل طبيب آخر كان واضحا في ذلك، حيث نص في المادة 74 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: "لا يخلف الطبيب أو جراح أسنان في الطب العام إلا زملاء في الطب العام أو طلبة في الطب أو في جراحة الأسنان، ولا يعوض الطبيب أو جراح أسنان المختص إلا زملاء من الاختصاص نفسه أو طبيب أو جراح أسنان مقيم من السنة النهائية في الاختصاص عينه"، فمن خلال نص هاته المادة نلاحظ أن المشرع الجزائري سمح بأن يحل طبيب عام مثلا مكان طبيب عام آخر، أي أن المشرع في هذه النقطة اشترط التساوي في التكوين فقط دون أن يتكلم عن درجة الخبرة والكفاءة المهنية التي يكتسبها الطبيب عبر سنوات العمل والتكوين المستمر، كما سمح للطلبة المقيمين استخلاف طبيب آخر من نفس الاختصاص<sup>1</sup>.

من الأخطاء الشائعة كذلك والمتعلقة بتنظيم وتسيير المرفق، نجد الخطأ في حراسة ومراقبة المريض، ولكن هذا الخطأ له مميزات خاصة حيث أنه يقع كثيرا في مستشفيات متخصصة في أمراض معينة على حساب مستشفيات أخرى<sup>2</sup>. فمن بين المستشفيات التي تتكرر فيها مثل هذه الأخطاء، نجد المستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية والعصبية، لأنه أصلا وظيفة هذه المستشفيات تتمثل في رصد ومراقبة تحركات وسلوكيات المرضى، فإذا تبين مثلا بأن حالة المريض تنبأ بوجود خطر الانتحار وبأنه لم يتم وضع حراسة خاصة لذلك، في هذه الحالة نكون

---

ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux, J.O.R.F. du 26 août 1961.

<sup>1</sup> - نصت المادة 200 من قانون الصحة وترقيتها القديم على أنه: "يسمح لطلبة الطب وجراحة الأسنان والصيدلة خلال فترة التدريب الداخلي في الدراسات الجامعية، أن يمارسوا تباعا الطب وجراحة الأسنان والصيدلة في المؤسسات الصحية العمومية، تحت مسؤولية رؤساء الهياكل الممارسين"، معنى ذلك أن المشرع في ظل هذه المادة قد سمح للطلبة في الطب ممارسة أعمال طبية داخل المؤسسات الصحية فقط، وتحت مسؤولية رؤساء الهياكل، وهذا ما لم نجده في قانون الصحة الجديد، وهو نقص يجب على المشرع تداركه، لأن المسؤولية الآن غير واضحة على من تقع، هل على المستشفى، أم على الطبيب الممارس والمكون، أم على رئيس المصلحة التي يتكون فيها الطالب، فالقانون القديم في هذه النقطة كان واضحا.

<sup>2</sup> - Moreau (J), op. cit., T.2, p. 600.

أمام خلل في تنظيم المستشفى<sup>1</sup>.

ولمعرفة ما إذا كانت عملية حراسة ومراقبة المريض ضرورية أم لا، يرى مجلس الدولة الفرنسي أنه يجب الاعتماد في ذلك على معرفة حالة المريض، والأمراض التي كان أو لا يزال يعاني منها، والوصفات الطبية، ومعرفة سلوك المريض إن كانت له توجهات انتحارية أم لا<sup>2</sup>. وبالنسبة للحالة الاستعجالية للمريض، نجد أن القضاء الإداري الفرنسي جاء بالعديد من القرارات فيما يخص الخطأ في الحراسة ومراقبة المريض في الحالات الاستعجالية، ولكن كلها تتعلق بالمصالح الاستعجالية للمستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية. القضاء الجزائري ساير القضاء الفرنسي من خلال الزام الطاقم الطبي بحراسة ومراقبة المرضى<sup>3</sup>، حيث أن القرار الصادر عن مجلس الدولة بتاريخ 15 جويلية 2002، اعتبر وفاة مريض بمستشفى الأمراض العقلية إثر تلقيه لضربات من مصاب عقلي متواجد بنفس المستشفى، على أنه يشكل خطأ مرفقي لإنعدام الحراسة، ويقيم علاقة مباشرة بين سير عمل المستشفى بحالة الوفاة<sup>4</sup>.

ومن الأخطاء كذلك نجد الخطأ في التشخيص، فغالبا ما يكون الخطأ في التشخيص متعلق بالتأخر فيه كما سبق شرحه سابقا، كأن يتأخر الطاقم الطبي في إجراء اختبار الماسح الضوئي

<sup>1</sup> - C.A.A. de Nancy, 3ème chambre, du 29 janvier 1998, 95NC00177, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que le médecin psychiatre avait été informé lors de l'admission de Mme B... de ses précédentes tentatives de suicide et des fugues qu'elle avait faites des établissements l'ayant accueillie; que si l'équipe soignante pouvait estimer nécessaire d'interdire temporairement toute rencontre entre Mme B... et sa famille, le vif désir d'une telle rencontre exprimé par l'intéressée, qui venait de renouveler sa demande d'entrer en contact immédiat avec ses proches, aurait dû, eu égard aux antécédents susrappelés, inciter le personnel à exercer une surveillance accrue sur la malade ; qu'il est en outre constant que l'intéressée a pu se rendre seule aux toilettes, d'où elle a franchi sans difficulté excessive le vastas, protégé par un grillage extérieur dont la conception s'est révélée impropre à empêcher la chute de la patiente ; que les circonstances susrelatées de l'accident survenu à Mme B... révèlent ainsi tant un défaut de surveillance qu'un aménagement défectueux des locaux constitutif d'un défaut d'organisation du service de nature à engager la responsabilité du centre de soins et d'hygiène mentale ulysse a..., établissement recevant habituellement des malades mentaux ».

<sup>2</sup> - **Thouvenin (D)**, La responsabilité médicale : analyse des données statistiques disponibles et des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992, éd. Flammarion, Coll. Médecine et sciences, 1995, p. 63.

<sup>3</sup> - عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية ، ص214.

<sup>4</sup> - مجلس الدولة الجزائري، الغرفة الثالثة، قرار مؤرخ في 15 جويلية 2002، مجلة مجلس الدولة، العدد2، سنة 2002، ص183.

على مريض، ما أدى إلى التأخر في التشخيص والذي كان سببا في التأخر لكشف نزيف دموي على مستوى الدماغ، فخطأ كهذا يعد خطأ في تسيير وتنظيم المرفق<sup>1</sup>. والخطأ في التشخيص بصفة عامة، يصعب تحديده كثيرا إن كان خطأ طبي تقني أو خطأ في تسيير وتنظيم المرفق، مثال ذلك عدم قيام الطبيب بطلب حراسة ومراقبة مريض كان في حاجة لوضعه تحت الأوكسجين، والتأخر في نقله لمصلحة الإنعاش رغم أن الاختبارات الطبية التكميلية كشفت إصابة المريض بالتهاب رئوي الذي يولد نقص في الأوكسجين، يشكل خطأ طبي تقني وفي نفس الوقت خطأ في تسيير وتنظيم المرفق.

---

<sup>1</sup> - C.A.A. de Douai, 2<sup>ème</sup> chambre - formation à 3 (bis), 04/12/2008, 07DA01116, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Ils soutiennent que la responsabilité du Centre hospitalier de Creil est engagée du fait de la disparition de l'enfant Frédéric Y en raison de l'existence de fautes commises dans l'organisation et le fonctionnement du service ; que, lors de la première hospitalisation du jeune Frédéric, c'est à un interne inexpérimenté qu'a été confié le soin de réaliser une ponction lombaire et qui s'est trouvé dans l'incapacité d'établir un diagnostic correct après l'avoir effectuée ; que, lors de la seconde hospitalisation, ce n'est que quatre heures après l'arrivée à l'hôpital de Frédéric qu'un scanner sera réalisé ; que l'interne ayant procédé à l'examen a refusé de lire la lettre du médecin traitant ; que le transfert de Frédéric de Creil à Amiens s'est effectué dans une ambulance ordinaire alors qu'il aurait fallu un convoi sanitaire ; que l'arrivée au centre hospitalier universitaire d'Amiens s'est effectuée avec plusieurs heures de retard ; que le personnel hospitalier a manqué à ses devoirs et obligations en violant l'obligation de soins et le devoir de prudence tout en commettant une erreur de diagnostic grave ; qu'il ressort du rapport d'expertise que le jeune Frédéric a perdu une chance de survie du fait des fautes commises à Creil lors de sa prise en charge ; que le décès de Frédéric a causé un préjudice direct, certain et actuel à sa famille ».

## الفصل الثاني

### المسؤولية الهادفة لتوقيع عقوبات على المخطأ

إن الغرض من المسؤولية الهادفة لتوقيع عقوبات على المخطأ، هي وضع حد للإضطرابات التي تسببت في المساس بالنظام العام والآداب العامة، وبشرف وقداسة مهنة الطب، ولأجل تحقيق ذلك، هناك مسؤوليتين تهدفان لنفس الشيء، والمتمثلتان في المسؤولية الجنائية والمسؤولية التأديبية.

فأما عن المسؤولية الجنائية، فإن الجهل بالقواعد القانونية يعد جريمة يترتب عنها قيام مسؤولية الفاعل بغض النظر عن ما إذا كان هناك ضحية أم لا، فمجرد عدم احترام الحظر الذي تفرضه القوانين، كافٍ لقيامها، عندئذ تكون المحاكم الجنائية مختصة في معالجة الاضطراب الذي مس النظام العام، وهو ما سوف نعالجه في المبحث الأول، حيث نعالج مدى مساءلة الطبيب جنائياً عن الأخطاء التي يرتكبها في الحالات الاستعجالية.

أما عن المسؤولية التأديبية، فهي تماماً مثل المسؤولية الجنائية، إذ أنه مجرد عدم احترام عضو تابع لمجموعة لقاعدة أخلاقية مفروضة، يكفي ليصبح هذا العضو مسؤولاً، وبالتالي يمكن معاقبته لأجل ذلك بعقوبات تأديبية قد تم تحديدها مسبقاً من قبل المشرع، كأن يتعرض طبيب لعقوبات تأديبية على أساس عدم امتثاله للقواعد التي تفرضها مدونة أخلاقيات الطب، والتي تتراوح من انذار كأقل عقوبة يمكن أن تأخذ في حق الطبيب ولو تعلق الأمر بخطأ ارتكبه في حالة استعجالية، إلى الشطب من جدول الاعتماد وهي أخطر عقوبة، وهو ما سوف نتطرق إليه في المبحث الثاني، حيث نعالج مدى مساءلة الطبيب تأديبياً عن الأخطاء التي يرتكبها في الحالات الاستعجالية.

## المبحث الأول

### المسؤولية الجنائية للطبيب في الحالات الاستعجالية

يثير العمل الطبي بكل أشكاله العديد من المشاكل القانونية، وأهمها ما يتعلق بالمسؤولية الجنائية الناتجة عن تلك الممارسات. فالبحث في موضوع المسؤولية الجنائية للطبيب أمر مهم وصعب في نفس الوقت لارتباطه بجسم الانسان وحياته من جهة، ولأن الأمر يتعلق بممارسات طبية ذات طابع علمي محظ، غالبا لا يفقه فيه القاضي شيء، وخاصة إذا كنا أمام حالة استعجالية من جهة أخرى.

فتحديد المسؤولية الجنائية للطبيب في الحالات الاستعجالية، يثير العديد من المشاكل القانونية والفقهية وحتى القضائية، خاصة إذا علمنا بأن الطبيب مجند من أجل القيام بعمل إنساني يهدف لإنقاذ حياة المريض، وابعاد عنه حالة الخطر بتحقيق سلامته الجسدية والنفسية، وهو أثناء قيامه بذلك قد يصدر عنه أخطاء تكون لها آثار سيئة، ما قد يؤدي لإلحاق المسؤولية الجنائية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى إذا قامت المسؤولية الجنائية للطبيب في الحالات الاستعجالية في كل مرة يقع فيها هذا الأخير بخطأ، فإننا في هذه الحالة لا نوفر له الحرية اللازمة في ممارسته لمهامه، إذ يجب توفير الثقة والاطمئنان له حتى يستطيع أن يطور عمله، ويتمكن من المساهمة في تطوير البحث العلمي، وهو ما يعد مكسبا للمريض في حد ذاته.

وارتكاب الطبيب في الحالات الاستعجالية أخطاء، قد يدفع بتحريك الدعوى العمومية من طرف الضحية أو أحد ورثته أو حتى أحيانا وكيل الجمهورية، على الرغم من أنه في الحالات الاستعجالية يواجه الطبيب ظروف عمل وحالات صعبة، تجعله من السهل الوقوع في الأخطاء والتي قد تؤدي إلى أحداث أضرار كبيرة، قد تقع إما نتيجة إهمال وتهور من دون أن تكون له نية الاضرار بالمريض الذي هو أصلا في حالة خطر وهو ما سنعالجه في المطلب الأول، وإما لتجاهل الطبيب لمريض في حالة خطر، وهو ما سوف نتطرق إليه في المطلب الثاني.

## المطلب الأول: المسؤولية الجزائية للطبيب في الحالات الاستعجالية

### دون قصد.

غالباً ما تعلق المسؤولية الجنائية الأطباء بمقارنتها بالمسؤوليات الأخرى بسبب ارتفاع عدد القضايا الجنائية في السنوات الأخيرة ضدهم، وهذا يعود لعدة أسباب أهمها التطور العلمي في المجال الطبي الذي يتقدم بشكل رهيب، وبالتالي على القوانين مسايرة ذلك، أما السبب الآخر وهو الذي يهمننا في الموضوع، ويتعلق بالأخطاء الطبية التي يرتكبها الطبيب في الحالات الاستعجالية.

فالأخطاء الطبية التي يرتكبها الطبيب في الحالات الاستعجالية تثير عدة اشكالات قانونية، ويرجع ذلك لصعوبة تحديد الخطأ فيها، ولهذا ستقتصر دراستنا على الأخطاء دون قصد لما تثيره من اشكالات بمقارنتها بالأخطاء العمدية، إضافة لذلك هو أن دراستنا تدور حول الصعوبات التي تواجه الطبيب في الحالات الاستعجالية وما تثيره من اشكالات قانونية في ذلك.

ولمسائلة الطبيب جنائياً في الحالات الاستعجالية عن دون قصد، يجب أن يكون الخطأ واقعا منه، إذ لا يمكن محاسبته على أخطاء ارتكبت من شخص آخر، كأن يكون طبيب زميل له تدخل في علاج نفس المريض، وأن يكون الخطأ غير عمدي، ويتحقق ذلك عندما ينعدم القصد الجنائي لدى الطبيب المتدخل لاسعاف المريض، وهو ما سنعالجه في الفرع الأول.

ولكن الخطأ وحده لا يكفي لمسائلة الطبيب جزائياً، إذ يجب أن تكون هناك علاقة سببية بين الضرر الحاصل وفعل الطبيب، فإذا غابت العلاقة السببية، فلا مسؤولية، وهو ما سنتطرق إليه في الفرع الثاني.

### الفرع الأول: الأخطاء الممثلة للجرائم دون قصد.

نص كل من المشرع الفرنسي والجزائري عن الأخطاء الممثلة للجرائم دون قصد في قانون العقوبات، حيث أن كلا من المشرعين نصا على معاقبة كل سلوك أدى إلى القتل الخطأ، أو العجز الكلي عن العمل أو تسبب في ذلك برعونته أو عدم احتياظه أو عدم انتباهه أو عدم مراعاته

لواجب الرعاية والسلامة التي تفرضها القوانين واللوائح<sup>1</sup>.

من خلال نصوص المواد التشريعية الخاصة بقانون العقوبات سواء الفرنسية أو الجزائرية، نجد أن كلا المشرعين قد نصا على أن كل متسبب في قتل خطأ أو إحداث عجز كلي عن العمل، يعاقب طبقا لما هو منصوص عنه اعلاه، فلفظ " كل من...تسبب"<sup>2</sup> جاء عاما يشمل كل المواطنين بما في ذلك الطبيب أو الجراح أو حتى الطبيب المختص في الاستجالات الطبية، خاصة وأن نشاطه يمس جسم ونفسية المريض، والتي قد تؤد في بعض الحالات إلى نتائج خطيرة<sup>3</sup>.

غير أن المشرع الفرنسي، توسع كثيرا في تحديده للخطأ، وهو ما لم نجده في التشريع الجزائري، حيث حدد في نص المادة 3-121 من قانون العقوبات الخطأ الذي يكون دون قصد، بنصها على أن الأفراد الذين لم يتسببوا بصفة مباشرة في إحداث الضرر، ولكن خلقوا أو

---

<sup>1</sup> - نص المشرع الفرنسي عن ذلك في نص المادتين 6-221 و 19-222 من قانون العقوبات :

- a. 221-6 du C. pén. : «Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende .

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende ».

- a. 222-19 du C. pén. : «Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende .

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende ».

- نص المشرع الجزائري عن ذلك في نص المادتين 288 و 289 من الأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات، حيث نصت المادة 288 منه على أنه : " كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونته أو عدم احتياطة أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته الأنظمة يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاثة سنوات وبغرامة من 1.000 إلى 20.000 دينار"، والمادة 289 من نفس الأمر على أنه : " إذا نتج عن الرعونته أو عن عدم الاحتياط إصابة أو جرح أو مرض أدى إلى العجز الكلي عن العمل لمدة تجاوز ثلاثة أشهر فيعاقب الجاني بالحبس من شهرين إلى سنتين و بغرامة من 500 إلى 15.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين".

<sup>2</sup> - " le fait de causer " .

<sup>3</sup> - **Guigue (J), Veron (M)**, Responsabilité pénale médicale, Atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité de la personne, D. méd. hosp., Litec, n° 34, 2002, fasc. 21, p. 15.

ساهموا في خلق حالة تسمح في إحداث الضرر، أو أنهم لم يتخذوا التدابير اللازمة لمنع ذلك، فإنهم مسؤولون جنائياً إذا ثبت بأنهم انتهكوا بصفة واضحة وعمداً واجب الحيطة والأمن المنصوص عليها في القوانين واللوائح، أو أنهم ارتكبوا أخطاء قد تعرض الغير لخطر لا يمكنهم تجاهله<sup>1</sup>.

فمن خلال نصوص هذه المواد، نجد أنه على القاضي البحث عن الخطأ الذي ارتكبه الطبيب في الحالات الاستعجالية، والذي قد يؤدي أو أدى فعلاً إلى الموت أو الجرح دون قصد، إذ في الواقع نجد أن الطبيب وبطريقة غير مباشرة، يمكنه أن يوقع ضرراً أكبر للمريض، لأن هذا الأخير يفترض فيه أصلاً أن به ضرر، والذي له علاقة مباشرة بمرضه. فالخطأ الذي يرتكبه الطبيب إذاً، يجب أن يحدث ضرراً أكبر من الضرر المتعلق بالمرض في حد ذاته، ولهذا فمجرد إغفال بسيط، لا يمثل بأي شكل من الأشكال جريمة إذا كان هذا الإهمال ليس له علاقة مباشرة بالضرر، وانتهاك الالتزام بالحيطة والأمن أو تعريض الغير لمخاطر أكبر، لا يكفي لتحديد إذا كان الطبيب في الحالات الاستعجالية أخطأ أم لم يخطأ، إذ يشترط أن يكون هناك إهمال أو تهور وقع من طرف الطبيب، وأن هذا الإهمال والتهور قد أدى فعلاً وبصفة مباشرة بوقوع ضرر<sup>2</sup>.

ومن خلال النصوص المنصوص عنها سابقاً من قانون العقوبات الفرنسي والجزائري، نجد أن كلا المشرعين نصا على الصور التي يأخذها الخطأ غير العمدي، والتي تتمثل في الرعونة وعدم الاحتياط، والإهمال وعدم الانتباه، وعدم مراعات الأنظمة واللوائح، والتي وردت كلها على سبيل الحصر، حيث يترتب على القاضي أن يثبت في حكمه صورة الخطأ المنسوب إلى الطبيب

<sup>1</sup> - a. 121-3 du C. pén. : « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. »

Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ».

<sup>2</sup> - **Grillet (V)**, La responsabilité pénale du soignant, droit, déontologie et soins, volume 2, n° 3, p. 428.

مثلا التي ذكرتها نصوص التجريم<sup>1</sup>.

فأما عن الرعونة *maladresse*، فيقصد بها سوء التقدير ونقص في المهارة والجهل بما ينبغي العلم به، ومثال ذلك استعمال الطبيب لأداة غير معقمة لإجراء عملية جراحية مما أدى إلى تدهور الحالة الصحية للمريض<sup>2</sup>. وغالبا ما يصدر ذلك من شخص صاحب اختصاص معين، في اتخاذ سلوك يخل بأصول و مبادئ مهنته<sup>3</sup>.

أما عدم الاحتياط *inattention*، فيتمثل في أخطاء الفاعل التي كان بمقدوره أن يتفادها لو احتاط لذلك، حيث أن الفاعل يدرك جيدا المخاطر التي قد تترتب عن فعله، و لكنه رغم ذلك يستخف بالأمر و يقدم على فعله، كأن يمتنع الطبيب عن طلب المساعدة من زميل له مختص رغم علمه بحاجته له لوضع تشخيص لمرض ما<sup>4</sup>.

أما فيما يخص الإهمال وعدم الانتباه *négligence ou imprudence*، فيتعلق الأمر بالخطأ الذي ينطوي على نشاط سلبي وهو الامتناع الذي يتخذه الفاعل ويترتب عنه نتيجة ضارة بحيث كان من الممكن تفاديه ووقوعه لو اتخذ الفاعل الاحتياطات اللازمة، كأن يمتنع الطبيب من تحرير

---

<sup>1</sup> - الرأي الراجح أن صور الخطأ جاءت على سبيل الحصر، ولكن هناك رأي آخر يرى أن صور الخطأ ذكرت على سبيل المثال مستنديين في ذلك إلى نصوص القانون التي أوردت صور للخطأ على نحو مختلف فيما بينها، ففي بعض المواد نجد صورة واحدة للخطأ وفي مواد أخرى نجد أكثر من صورة، ولهذا حسب رأيهم من الخطأ القول بأن نطاق الخطأ يتسع ويضيق تبعا للصور الواردة في النصوص.

<sup>2</sup> - عمر خوري، شرح قانون العقوبات، القسم العام، جامعة الجزائر 1، كلية الحقوق، 2010، ص 63.

<sup>3</sup> - وفي هذا الصدد نذكر قضية طرحت أمام مجلس قضا وهران غرفة الجرح 28 نوفمبر 1992 ( قرار غير منشور)، تتمثل وقائعها فيما يلي : تقدمت السيدة (ح.م) بشكوى ضد المستشفى الجامعي بوهران، كونه تسبب في وفاة ابنها (ع) في القسم المتخصص للإنعاش، و تبين بعد تشريح الجثة أن الوفاة قد وقعت نتيجة خطأ مهني و بالضبط رعونة (ك.ن) الذي كان مسؤولا على تخدير المريض، إذ أهمل أن يتخذ كل الإجراءات اللازمة لعملية التخدير لكونه لم يرق بإيصال الجهاز التنفسي بالقضيب للتحري من خلو المعدة قبل التخدير، وبهذا أدانت محكمة الجرح وهران الطبيب المخدر بتاريخ 19 سبتمبر 1992 بتهمة القتل الخطأ و حكمت عليه بغرامة نافذة قدرها 2000 دج، وبعد استئناف الحكم من طرف وكيل الجمهورية صدر قرار عن مجلس وهران بتأييد الحكم.

<sup>4</sup> - منصور رحمانى، الوجيز في القانون الجنائي العام، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2006، ص 119.

وصفة طبية للمريض بالدواء اللازم مما ترتب عليه تدهور حالة هذا الأخير<sup>1</sup>.

وأخيراً عدم مراعات الأنظمة واللوائح Non-respect des règlements et des règles والذي قد يؤدي إلى وقوع جرائم واصابات، وكل ما يحدث بسبب ذلك يعد خطأ، كأن يستعمل الطبيب تقنية جديدة غير معمول بها وفقاً للأنظمة واللوائح<sup>2</sup>.

هذا فيما يخص صور الخطأ دون قصد، أما عن تطبيقاته والتي يمكن أن نجدها في الحالات الاستعجالية، والتي تثير عدة إشكاليات متعددة، فإن أغلبيتها أخطاء تقنية، حيث أن هناك أخطاء أخرى يقع فيها الطبيب في الحالات الاستعجالية ولكن تتعلق بحقوق المريض.

فأما عن الأخطاء التقنية، فهي تلك الأخطاء التي يرتكبها الطبيب والتي ترجع في الأساس لجهله للاستخدامات والقواعد العلمية التي تحكم مهنة الطب، وهذا الخطأ إما أن يكون خطأ متعلق بالتشخيص أو في تنفيذ النشاط الطبي، أو في اختيار العلاج، أو المراقبة الطبية، هذا بصفة عامة، أما إذا كان الأمر يتعلق بالخطأ التقني في الحالات الاستعجالية، فنجد أن الأخطاء التقنية تشمل كل من التأخر في التكفل بالمرض، والخطأ المتعلق بالتشخيص، أما عن الأخطاء التي قد يقع فيها الطبيب في الحالات الاستعجالية، والتي تمس بحقوق المريض ويعاقب عنها قانون العقوبات، نجد افشاء السر الطبي<sup>3</sup>.

ففيما يخص الخطأ التقني المتعلق بالتأخر في التكفل بالمريض، فإنه يعد من بين أكثر الحالات التي يقع فيها الطب الاستعجالي، لأن التأخر غالباً ما يكون نتيجة إغفال أو إهمال والذي قد يؤدي إلى إحداث ضرر كبير<sup>4</sup>، وقد قضى القضاء الفرنسي بتجريم الطبيب في مصلحة الاستعجال الطبية لسبب التأخر بالتكفل بمريض<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> - عمر خوري، المرجع السابق، ص 63.

<sup>2</sup> - منصور رحمانى، المرجع السابق، ص 120.

<sup>3</sup> - **Domitille (D-A)**, Le médecin confronté au juge civil, Centre Laennec, D&S, Laennec, 2011, T.59, pp. 15,16.

<sup>4</sup> - **Masson (E)**, Urgences médicales et responsabilité, Dr. déont. soins, volume 16, n°2, juin 2016, p. 196.

<sup>5</sup> - C. cass., crim., 14 mai 2008, 07-84.696, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu qu' il résulte de l' arrêt attaqué et des pièces de procédure qu'hospitalisé, le 24 août 1996 à 4 heures 32, à la suite d' un accident corporel de la circulation, au centre hospitalier de Royan (Charente- Maritime), Willy X... a dû être transféré, le même jour à 17 heures 15, au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, où il a subi plusieurs pontages avant d' être amputé de la jambe gauche au

أما فيما يخص الخطأ التقني المتعلق بالتشخيص، فنجد أنه للقيام بعملية التشخيص يعتمد الطبيب على عدة عناصر أساسية تبدأ دائماً بالعنصر الفكري، والذي يتمثل في ربط الأعراض الأولية بالمرض الذي أصاب الشخص، ثم يستتبعه باللجوء إلى إجراء اختبارات طبية، وحراسة المريض، بل يمكنه من أجل القيام بتشخيص صحيح، أن يطلب المساعدة من زميل له<sup>1</sup>.

وأثناء عملية التشخيص يمكن للطبيب بأن يقع في أخطاء، خاصة إذا تعلق الأمر بحالات استعجاليه أين يتطلب على الطبيب التدخل بسرعة لإبعاد الخطر، ومن بين الأخطاء التي يقع فيها الطبيب في هذه الحالة، نجد الخطأ في التشخيص في حد ذاته، كأن يخالف الطبيب أثناء تشخيصه للمرض، المعطيات العلمية التي حصل عليها من خلال تكوينه، وكذلك أحيانا يتطلب قيام اختبارات طبية لوضع تشخيص صحيح ولكن لا يعتمد عليها، فيقع في الخطأ<sup>2</sup>.

وأحيانا لا يمكن وضع تشخيص في الحال، لأن هناك أمراض لا ترى أعراضها إلى بعد فترة من الزمن، ولهذا يجب إبقاء المريض تحت الحراسة والمراقبة الطبية لمتابعة تطورات حالته الصحية التي تساعد في تشخيص المرض وإلا وقع الطبيب في خطأ<sup>3</sup>، و هذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في القرار الصادر في 24 مارس 2009.<sup>4</sup>

---

cours de trois opérations réalisées entre le 12 septembre 1996 et le 29 avril 1998 ; qu' à l' issue de l'information ouverte sur sa plainte, Jamal Z..., médecin urgentiste qui l'avait examiné à son arrivée au centre hospitalier de Royan, et Dominique Y..., chirurgien du service d' orthopédie de cet établissement, qui, de garde à son domicile au cours de la nuit du 23 au 24 août 1996, ne l' avait opéré de ses diverses fractures, notamment fémorale, qu' entre 10 heures et 14 heures, ont été renvoyés devant le tribunal correctionnel de Saintes du chef de blessures involontaires ; que, par jugement du 20 juillet 2005, cette juridiction, après avoir relaxé Jamal Z..., a condamné Dominique Y... à une peine d' emprisonnement avec sursis, l'a déclaré responsable pour moitié du préjudice subi par la victime et l'a condamné dans cette limite à rembourser à la sécurité sociale le montant de ses débours et à indemniser la partie civile de son préjudice personnel ;

Attenué qu' ayant relevé appel de l'ensemble des dispositions du jugement, Dominique Y... a non seulement contesté sa responsabilité pénale, confirmée par l'arrêt, mais décliné la compétence de la juridiction correctionnelle pour statuer sur l'action civile, en faisant valoir qu' à les supposer démontrées, les fautes qui lui étaient reprochées, commises dans l'exercice de ses fonctions au centre hospitalier de Royan, engageaient la responsabilité du service public hospitalier ».

<sup>1</sup> - قديد اسماعيل، سوير سفيان، المرجع السابق، ص34.

<sup>2</sup> - عبد الرحيم صباح، الأخطاء الطبية الفنية وموقف القانون الجزائري منها، مجلة مقاربات، العدد الأول المجلد الرابع، 04 جانفي 2016، جامعة الجلفة، الجزائر، ص 276.

<sup>3</sup> - **Devers (G)**, La responsabilité infirmière, éd. Eska, coll. le droit au service de la santé, 1998, p. 30.

<sup>4</sup> - C. cass., crim., Chambre criminelle, 24 mars 2009, 08-84.160, publié, [www.affairesjuridiques.aphp.fr](http://www.affairesjuridiques.aphp.fr):

« Attenué qu'il résulte de l'arrêt et des pièces de procédure que Marcel Y... a été admis aux

كما أنه للقيام بتشخيص صحيح، يجب على الطبيب الاستعانة بزميل له في تشخيص  
مرض ما إن اقتضت الضرورة لذلك<sup>1</sup>، فإن لم يفعل، فإنه يكون بذلك قد ارتكب خطأ في  
التشخيص<sup>2</sup>.

---

urgences du centre hospitalier de Châteaudun, le jeudi 3 février 2000, à l'âge de 88 ans, après avoir été victime d'un accident de la circulation ; que le premier examen du blessé a révélé un traumatisme crânien sans perte de connaissance, une fracture avec un important déplacement du col de l'humérus droit, une fracture de l'extrémité supérieure du tibia droit et une défense abdominale accompagnée de vomissements ; que les fractures ont été réduites par Stéphane X... au cours de la matinée du samedi 5 février 2000 ; qu'à la même date, Marcel Y... se plaignant de souffrances viscérales, une échographie et une ponction lavage du péritoine ont été réalisées sans résultat ; qu'une nouvelle échographie abdominale a révélé, le vendredi 11 février 2000, une inondation péritonéale permettant de diagnostiquer une péritonite ; que Stéphane X... a quitté l'hôpital à 20 heures ; que le décès du patient a été constaté le 12 février 2000 ;

Attendu que, pour déclarer Stéphane X... coupable d'homicide involontaire, l'arrêt, après avoir relevé que, selon les experts, Marcel Y... est décédé des suites d'une péritonite d'apparition retardée, induite par une désinsertion mésentérique post-traumatique, retient, par les motifs repris au moyen, qu'en n'exerçant pas, entre le 6 et le 11 février 2000, la surveillance du patient qu'il avait opéré et dont les souffrances étaient consignées dans les écrits infirmiers, le chirurgien a commis une négligence grave qui a retardé le diagnostic ainsi que le traitement de cette affection et a concouru au décès de la victime ; Attendu qu'en l'état de ces motifs, si c'est à tort que la cour d'appel a estimé que le prévenu avait causé directement le dommage, la censure n'est pas pour autant encourue, dès lors qu'il résulte des propres constatations des juges que l'intéressé a commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer ».

<sup>1</sup> - **Marion (M)**, Condamnation pénale d'un médecin-réanimateur pour faute caractérisée, Dr. déont. soins, volume 14, n°1, mars 2014, p. 83.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., du 19 février 1997, 96-82.377, publié, **Marion (M)**, op. cit., p. 83 :

« Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué, statuant, toutefois, par défaut en ce qui concerne le chirurgien, que, le 1er juillet 1989, Carole Y... a été blessée lors d'un accident de la circulation ; qu'admise à l'hôpital de Dieppe elle y a subi dans l'après-midi une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur Z... assisté du docteur X..., anesthésiste, intervention suivie de 2 autres à quelques heures d'intervalle ; que, le lendemain soir, Carole Y... est décédée dans le service de réanimation du centre hospitalier ; qu'à l'issue d'une information consécutive à ce décès le juge d'instruction a renvoyé le chirurgien et l'anesthésiste, pour homicide involontaire, devant le tribunal correctionnel qui a relaxé le premier et condamné le second ; que l'arrêt attaqué a retenu la culpabilité des 2 praticiens ;

Attendu que, pour statuer ainsi à l'égard d'Alain X..., la juridiction du second degré relève notamment que les 2 prévenus se sont abstenus d'ordonner le transfert de la victime au centre hospitalier universitaire de Rouen dans la nuit du 2 juillet, alors que son état le permettait, en dépit de l'insuffisance manifeste des possibilités techniques de l'hôpital de Dieppe et de la divergence de leurs diagnostics rendant nécessaire l'avis d'un médecin tiers, qui ne pouvait être trouvé sur place ;

Que les juges ajoutent que la décision prise par l'anesthésiste d'extuber et d'arrêter la réanimation de la patiente en désaccord avec toute logique et toute éthique médicale et contraire aux règles consacrées par la pratique selon les experts, hâta le décès et interdit toute nouvelle intervention chirurgicale, chaque faute commise ayant rendu inévitable et irréversible le processus mortel ;

Attendu qu'en l'état de ces motifs, exempts d'insuffisance ou de contradiction et procédant de l'appréciation souveraine, par les juges, des faits et circonstances de la cause, d'où il résulte qu'Alain X... n'a pas accompli les diligences normales qui lui incombaient compte tenu de ses fonctions, de ses compétences, ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait, la cour d'appel, qui a, en outre, caractérisé le lien de causalité existant entre les manquements de ce prévenu et le décès de Carole Y..., a justifié sa décision au regard tant des articles 319 ancien et 221-6 nouveau du Code pénal que de son

فمن خلال ما ذكرناه سابقاً، نستطيع القول أن الخطأ دون قصد، يخضع لتقدير القاضي مستندا في ذلك على الوقائع، وعلى طبيعة ومهام الطبيب، وكذلك على الإمكانيات الفكرية والمادية المتوفرة لأداء مهامه في الحالات الاستعجالية، بل إنه يأخذ بعين الاعتبار كذلك ظروف العمل في المؤسسة الصحية إن كانت ملائمة أم لا لما هو معمول به في العادة، لأن الطبيب يأخذ قراراته وفقاً لما هو متوفر أمامه ووفقاً لحالة المريض، فالطبيب في الحالات الاستعجالية، يأخذ قراراته بناءً على الصعوبات التي تواجهه أثناء قيامه بعمله، ما يجبر القضاة دائماً في البحث وتقدير عمل الطبيب في إن كان هناك خطأ من عدمه<sup>1</sup>.

كل ما ذكرناه سابقاً يتعلق بالخطأ المرتكب من طرف الطبيب، أو حتى العاملين الآخرين في مصلحة الاستعجالات الطبية كل حسب مسؤوليته، ولكن ماذا عن المؤسسة الصحية التابعة لها؟.

طبقاً لما جاء في نص المادة 121-2 من قانون العقوبات الفرنسي<sup>2</sup> ونص المادة 51 مكرر من قانون العقوبات الجزائري<sup>3</sup>، نجد أن كلا المشرعين قد أقرّا المسؤولية الجنائية للشخص المعنوي في حالة ثبوت جريمة قائمة لحسابها من طرف الممثلين أو الأشخاص التابعين لها، وبأن المسؤولية الجنائية للشخص المعنوي لا تعفي المسؤولية الجنائية للشخص الطبيعي سواء أكان

---

article 121-3, en sa rédaction issue de la loi du 13 mai 1996 ».

<sup>1</sup> - **Esper (C)**, Les conséquences de la loi du 10 juillet 2000 sur la responsabilité médicale des acteurs de santé, M. & D., n°53, 2002, p. 8.

<sup>2</sup> - a. 121-2 du C. pén. : " Les personnes morales, à l'exclusion de l'Etat, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants .

Toutefois, les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de conventions de délégation de service public .

La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3."

<sup>3</sup> - نصت المادة 51 مكرر من القانون رقم 04-15 المؤرخ في 10 نوفمبر سنة 2004، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، على أنه : " بإستثناء الدولة والجماعات المحلية والأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون العام يكون الشخص المعنوي مسؤولاً جزائياً عن الجرائم التي ترتكب لحسابه من طرف أجهزته أو ممثليه الشرعيين عندما ينص القانون على ذلك.

إن المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي لا تمنع مساءلة الشخص الطبيعي كفاعل أصلي أو كشريك في

نفس الأفعال".

فاعلا أصليا أو شريكا بنفس الوقائع، معنى ذلك، أن المؤسسات الصحية كشخص معنوي، يمكن أن تسأل جنائيا.

ولكن ما نلاحظه من خلال تحليلنا ومقارنتنا لنصي المادتين المذكورتين أعلاه، نجد أن المشرع الجزائري قد استثنى من هذه المسؤولية كل من الدولة، الجماعات المحلية والأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون العام، في حين نجد أن المشرع الفرنسي استثنى من المسؤولية الجزائرية الدولة فقط، أما بالنسبة للجماعات الإقليمية وتجمعاتها فلا تسأل جنائيا إلا عن الجرائم التي ترتكب أثناء مزاوله الأنشطة التي يمكن أن تكون محلا للتفويض في تقديم خدمة عمومية.

وكإستنتاج عن ما تقدم ذكره، نجد أن كل المؤسسات الصحية الخاصة سواء تعلق الأمر بالتشريع الجزائري أو الفرنسي، يمكن أن تسأل جنائيا، ولكن ما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية؟.

بالنسبة للمشرع الفرنسي، وبالرجوع لنص المادة 121-2 من قانون العقوبات المذكورة سابقا، نجدها قد أقرت بمسؤولية الجماعات الإقليمية والأجهزة التابعة لها جنائيا في إطار تقديم خدمات عمومية، وطبقا لنص المادة 1-6141.L من قانون الصحة الفرنسية نجد أن المؤسسات الصحية العمومية، قد تكون مراكز استشفائية بلدية، إقليمية أو أقالمية أو تابعة لمقاطعة أو لعدة مقاطعات أو وطنية<sup>1</sup>، فالمؤسسات العمومية الصحية إذا، هي وسيلة تستخدمها الجماعات الإقليمية وأجهزتها لتسيير النشاطات الصحية، والتي تعتبر خدمة عمومية، وبالتالي يمكن متابعتها

---

<sup>1</sup> - a. L.6141-1 du C. santé publ. : ” Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales .

Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas. A Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, il est territorial .

Les collectivités territoriales participent à leur gouvernance. Elles sont étroitement associées à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte des problématiques de santé dans les politiques locales”.

جنائياً<sup>1</sup>، وبما أن المساعدة الطبية المستعجلة تعد في حد ذاتها خدمة عمومية تقدمها الجماعات الإقليمية أو أحد أجهزتها، فإنه يمكننا القول كذلك، بأنه يمكن متابعة المؤسسة الصحية العمومية التي تقدم هذه الخدمة جنائياً إذا ما ثبت أن الخطأ المرتكب كان في إطار تقديم خدمة عمومية من طرف أجهزة أو ممثل الشخص المعنوي<sup>2</sup>.

أما بالنسبة للمشرع الجزائري، فإنه خالف ما جاء به المشرع الفرنسي، حيث كما سبق القول، استثنى الدولة والجماعات المحلية والشخص المعنوي الخاضع للقانون العام من المسؤولية الجنائية، والنص جاء صريح لا لبس عليه، بمعنى آخر أن كل مؤسسة أو مصلحة عمومية، لا تخضع لمتابعات جزائية، وبما أن المؤسسات الصحية من مستشفيات ومراكز صحية جوارية وغيرها، فإن لم تكن تابعة للقطاع الخاص، فهي تابعة للدولة، وحسب نص المادة 51 مكرر من قانون العقوبات، فإنه لا يمكن مساءلة المؤسسات الصحية العمومية مهما كان حجمها<sup>3</sup>.

فالمادة 51 مكرر من قانون العقوبات الجزائري، استبعدت صراحة الأشخاص المعنوية العامة عن المسؤولية الجنائية، لأن الاستثناء الوارد في نص هذه المادة جاء بصفة مطلقة، وذلك يظهر في

<sup>1</sup> - Matsopoulou (H), Responsabilité pénale des personnes morales, Rep. Drt. Soc., Dalloz, septembre 2004, p. 4.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., 9 mars 2010, 09-80.543, publié, Bull. crim., N° 49, Mars 2010, éd. J.O., pp. 236-238 :  
« Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de procédure que Valérie X... est décédée, le 12 février 2003, à l'âge de trente-cinq ans, des conséquences d'un hémopneumothorax à l'hôpital Saint Roch à Nice, où elle avait été admise en urgence le 10 février à la suite d'une chute de sa terrasse la veille au soir ; qu'à l'issue de l'information ouverte sur réquisitoire du procureur de la République, le médecin des pompiers, deux internes de l'hôpital et une infirmière appartenant au service d'accueil des urgences ainsi que le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice dont dépendait l'hôpital Saint Roch ont été renvoyés du chef d'homicide involontaire devant le tribunal correctionnel qui les a relaxés ; que les parties civiles et le procureur de la République ont interjeté appel de cette décision ;

Attendu que, pour infirmer ce jugement et déclarer le CHU coupable, l'arrêt retient que Valérie X... n'a pu, en raison du départ du médecin senior de la zone de chirurgie autorisé par le chef de service, être examinée par un médecin senior tant lors de son arrivée au service des urgences qu'à son retour du service de radiologie, alors que le pronostic vital était engagé ; que la cour d'appel ajoute que cette défaillance manifeste du service d'accueil des urgences, en infraction au règlement intérieur de l'hôpital qui impose la présence d'un médecin senior dans chaque unité fonctionnelle de ce service, entretient un lien de causalité certain avec le décès de la victime ».

<sup>3</sup> - بشوش عائشة، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية، مذكرة الماجستير في القانون الجنائي والعلوم الجنائية كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2001-2002، ص 95.

- سليمان حاج عزام، المسؤولية الجنائية للشخص المعنوي العام بين الرفض والقبول، مجلة العلوم الانسانية العدد الثالث والثلاثون، جانفي 2014، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ص 271.

عبارة "الأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون العام"، وهنا يكمن وجه الخلاف بين ما جاء به  
المشرع الفرنسي و ما جاء به المشرع الجزائري<sup>1</sup>.

واستثناء المشرع الجزائري للشخص المعنوي الخاضع للقانون العام أو الجماعات المحلية  
المسيرة لهذه المؤسسات العمومية من المسؤولية الجنائية، هو خطأ كبير ومقصود من المشرع  
الجزائري حسب رأبي، لأن هدف المشرع هنا، هو حماية المؤسسات العمومية بما فيها المؤسسات  
الصحية العمومية، وتجاهل مبدأ تحقيق العدالة المنصوص عنه دستوريا، فمن غير المعقول أن  
نعاقب ونسائل جنائيا مؤسسة صحية خاصة وقعت في نفس الخطأ الذي وقعت فيه مؤسسة صحية  
عامة والتي لا يكمن مساءلتها جنائيا ولا حتى معاقبتها، مع العلم أن كلتا المؤسستين يقومان بنفس  
الخدمة، بل أنه في بعض الأحيان، تكون ولا زالت الدولة في حاجة لمثل هذه المؤسسات الصحية  
الخاصة لتغطية النقص الحاصل في تقديم خدمات صحية في بعض المناطق، فهذا الأمر غير  
منطقي وغير عادل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى نستطيع القول بأن حقوق المريض في  
المؤسسات الصحية العمومية غير مضمونة بما أنه لا يمكن متابعة هذه المؤسسات جنائيا.

هذا بالنسبة لأهم تطبيقات عن الأخطاء التقنية، فأما عن أهم التطبيقات المتعلقة بحقوق  
المريض والتي يعاقب عنها قانون العقوبات، فنجد إفشاء السر الطبي.

والسر الطبي يعد من أهم الالتزامات الملقاة على عاتق الطبيب، سواء تعلق الأمر بالتشريع  
الجزائري أو الفرنسي، حيث أكد كلا المشرعين من خلال قانون العقوبات على أن الإخلال بهذا  
الالتزام يوجب قيام المسؤولية الجنائية للطبيب<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> - في الوقت الذي يقرر فيه المشرع الجزائري استثناء الجماعات المحلية والأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون  
العام من المسؤولية الجنائية، نجد أن المشرع الفرنسي اتخذ موقفا وسطا، حيث حصر مسؤولية الجماعات الإقليمية  
والأجهزة التابعة لها في الجرائم المرتكبة أثناء ممارسة الأنشطة التي يجوز تفويض الغير للقيام بها شريطة أن تكون  
هذه الأنشطة متعلقة بتقديم خدمة عمومية.

<sup>2</sup> - نصت المادة 301 المعدلة بقانون رقم 82-04 على أنه: "يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة  
من 500 إلى 5.000 دج الأطباء والجراحون والصيدال والقابلات وجميع الأشخاص المؤتمنين بحكم الواقع أو  
المهنة أو الوظيفة الدائمة أو المؤقتة على أسرار أدلى بها إليهم وأفشوها في غير الحالات التي يوجب عليهم فيها  
القانون إفشاءها ويصرح لهم بذلك.

ولقيام مسؤولية الطبيب عن جريمة افشاء السر الطبي، يجب توافر ثلاثة أركان وهي:  
صفة من أأتمن على السر، إفشاء السر والقصد الجنائي.

فأما عن صفة من أأتمن على السر، فإنه لا بد أن يتصف الشخص بصفة معينة مرتبطة بطبيعة عمله، وعلى هذا الأساس يمكن تقسيمهم الى فئتين، فئة ملزمة بالحفاظ على السر الطبي بحكم الضرورة، بمعنى آخر كل شخص يتلقى أسرار بمقتضى وظيفته أو مهنته مباشرة، كالأطباء سواء في الطب الاستعجالي أو الطب العادي، و الجراحون<sup>1</sup>.

أما الفئة الثانية، فتتعلق بالأمناء على السر الطبي بحكم مهنتهم، حيث أن هناك أشخاص يمكنهم الاطلاع على أسرار المرضى بصفة غير مباشرة، كالممرضة أو سكرتيرة الطبيب التي تحرر التقارير الطبية، فهؤلاء ملزمون بالحفاظ على السر الطبي عن كل ما وصل إلى علمهم ولو

---

ومع ذلك فلا يعاقب الأشخاص المبينون أعلاه، رغم عدم التزامهم بالإبلاغ عن حالات الإجهاض التي تصل إلى علمهم بمناسبة ممارسة مهنتهم، بالعقوبات المنصوص عليها في الفقرة السابقة إذا هم ابلغوا بها، فإذا دعوا للمثول أمام القضاء في قضية اجهاض يجب عليهم الإدلاء بشهادتهم دون التقييد بالسر المهني".

- a. 226-13 du C. pén. :” La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende”.

- a. 226-14 du C. pén. :” L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

°1A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

°2Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

°3Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une .

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi”.

<sup>1</sup> - أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، الجرائم ضد الأشخاص والجرائم ضد الأموال، الجزء الأول، دار هومه، الجزائر، 2005، ص 236.

كان دون قصد<sup>1</sup>.

أما الركن الثاني لقيام جريمة إفشاء السر الطبي، فتتمثل في عنصر إفشاء السر، والتي تتمثل في فعل اطلاع الغير على واقعة تكون لدى صاحبها سراً يلزم كتمانها حتى ولو لم يطلب المريض صراحة ذلك، ولا يهم إن كان الإفشاء بالقول أم بالكتابة أم بالإشارة، بل المهم هنا أن يكون الإفشاء المعاقب عليه قد حصل بصورة واضحة لا تدع مجالاً للشك والتأويل، فإذا كان الفعل غير واضح فلا يعتبر إفشاء للسر، كالطبيب الذي ينشر مقالة علمية يشرح فيها أعراض مرض عالجه من دون أن يسمي المريض، لا يعتبر مرتكباً لجريمة إفشاء الأسرار<sup>2</sup>.

كما يقتضي فعل الإفشاء أن يكون قد جرى الإفشاء بالسر إلى الغير، والمراد بالغير أي شخص ليس له الحق بالاطلاع على أي واقعة أو معلومة توصف بالسر، فلا جريمة إذا كان هناك تبادل ونقاش بين عدة أطباء ضمن الفريق الطبي الذي يعالج المريض، كما أنه لا يعتبر إفشاء البوح بالمعلومات الخاصة بالمريض إلى صاحب السر، أو إعطاء هذا الأخير أو لمن يفوضه تقريراً يتضمن تلك الأسرار. وقد يقع الإفشاء بصورة ضمنية، كما لو ترك الطبيب الكمبيوتر مفتوحاً في وسط مصلحة الاستعجالات الطبية دون اغلاقه، كما يستوي إن كان الإفشاء كلياً أو جزئياً للأسرار حتى ولو كان قليلاً<sup>3</sup>.

أما عن الركن الثالث لقيام جريمة إفشاء السر الطبي، فتتمثل في القصد الجنائي، إذ تعتبر جريمة إفشاء السر الطبي من الجرائم القصدية التي تتطلب توافر القصد الجنائي لقيامها، فلا جريمة ولا مسؤولية على الطبيب إذا ارتكب خطأ أو إهمالاً بدون أن تتوافر لديه النية الإجرامية للإفشاء، كأن يهمل الطبيب مستند يتضمن أسراراً تتعلق بمريض معين، وأدى إهماله إلى اطلاع الغير عليها. والقصد المتطلب في هذه الجريمة هو القصد الجنائي العام، إذ لا تشترط نية خاصة

---

<sup>1</sup> - عبد الكريم دكاني، إفشاء السر الطبي بين التجريم والاباحة، مجلة القانون والمجتمع، دورية دولية محكمة في الدراسات القانونية، المجلد السادس، العدد الأول، 13 جوان 2018، جامعة أدرار، الجزائر، ص 56.

<sup>2</sup> - عبد الرحيم صباح، المسؤولية الجزائرية للطبيب عن إفشاء السر المهني، دفاثر السياسة والقانون العدد الرابع، جانفي 2011، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 178.

<sup>3</sup> - عبد الكريم دكاني، المرجع السابق، ص 54، 55.

أو نية الاضرار بالغير<sup>1</sup>.

وجريمة افشاء السر الطبي قاعدة عامة لا تخلو من الاستثناءات، حيث أن هناك حالات يجب أو يجيز فيها القانون إفشاء الأسرار.

فأما عن الحالة الأولى التي يجيز فيها القانون بإفشاء السر الطبي فتتمثل في رضاء المريض بإفشاء السر الطبي، وذلك استناداً إلى أن المريض صاحب السر يملك كل الحق في اطلاع الغير على السر المتعلق بمرضه، حيث يمكنه إخبار الغير بمرضه، كما يمكنه كذلك إفشاء سره عن طريق السماح للطبيب بالقيام بذلك، فلا يعتبر الطبيب مرتكباً لجريمة إفشاء السر الطبي إذا حرر إفادة طبية عن حالة مريضه الصحية لرب عمله بناء على طلب ذلك المريض<sup>2</sup>.

ولكي يمكن اعتبار الافشاء بالسر الطبي في هذه الحالة مشروعاً، يشترط في رضاء الإفشاء أن يصدر عن صاحب السر نفسه، ولا يهم إن كان الرضاء مكتوباً أو شفهيّاً، كما أنه لا يهم إن كان الافشاء صريحاً أو ضمناً، كاصطحاب المريض زوجته لمصلحة الاستعجالات الطبية دون أن يبدي رغبته في أن تخرج زوجته أثناء التشخيص والعلاج، فيعتبر هذا لدى الطبيب رضاء ضمناً من المريض بأن يفضي الطبيب للزوجة بحالته المرضية، كما يمكن أن يكون الافشاء بناء على تفويض واضح صريح وخاص بالسر. كما يشترط أن يصدر عن وعي وإدراك، وعن صاحب الأهلية القانونية، فلا يعتد بالرضاء أو بالإذن الصادر عن مجنون أو عن قاصر<sup>3</sup>.

أما عن الحالة الثانية التي يجيز فيها افشاء السر الطبي، فتتمثل في ممثل الطبيب أمام القضاء، وذلك إما على أساس أنه شاهد، أو على أساس أنه طبيب خبير أو على أساس أنه متهم.

ففيما يخص أداء الشهادة أمام القضاء، نجد أن المشرع الجزائري قد أجاز الادلاء بالشهادة والكشف عن بعض الأسرار الخاصة بالمريض شريطة أن يسمح له هذا الأخير بذلك، وأن لا

---

<sup>1</sup> - سليمان حاج عزام، جنحة إفشاء السر الطبي وحالات انتقائها، دفاثر السياسة والقانون، العدد الثالث، المجلد الثاني، 2010، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 137.

<sup>2</sup> - Dufour (A), op. cit., p. 475.

<sup>3</sup> - عبد الرحيم صباح، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إفشاء السر المهني، ص 182.

يتجاوز ما لم يطلب منه<sup>1</sup>.

ولكن بالرجوع لنص المادة 301 من قانون العقوبات، نجد أن المشرع قد حرر وألزم الطبيب بإفشاء السر الطبي كلما تعلق الأمر بجريمة الإجهاض، أما المشرع الفرنسي، في هذه الحالة لا يلزم الطبيب بأي حال من الأحوال بإفشاء السر الطبي حتى ولو تعلق الأمر بجريمة الإجهاض، وهذا عكس ما جاء به المشرع الجزائري<sup>2</sup>.

وإذا استدعي الطبيب أمام القضاء على أساس أنه خبير لتقديم مساعدة قضائية، فهنا إذا استدعي الطبيب الخبير للقيام بخبرة وكان هو نفسه الطبيب المعالج، فعليه في هذه الحالة رفض المهمة الموكلة له، لأنه من غير المعقول أن يكون الحكم والخصم في نفس الوقت. والخبير أثناء أدائه لمهامه عليه أن يوضح للمريض الذي يفحصه، بأنه يقوم بذلك في إطار اجراء فحص خبرة، وبأنه موكل من طرف قاضي، وبالتالي كل ما يقال ويرى سيحصل عليه القاضي في تقرير الخبرة، وهذا لا يعد انتقاصا من السرية الطبية، لأن الطبيب هنا يعمل كخبير وليس كطبيب معالج، وبالتالي يمكنه تقاسم السرية مع القاضي<sup>3</sup>.

أما إذا استدعي الطبيب أمام القضاء على أساس أنه متهم، فإنه في هذه الحالة وللدفاع عن نفسه، يمكنه أن يرفع السرية الطبية والرد عن أسئلة القاضي بشأن الوقائع التي هو متهم بها<sup>4</sup>.

أما عن الحالة الثالثة التي يجب فيها على الطبيب في الحالات الاستعجالية إفشاء السر الطبي، فتتمثل في التصريح بالولادات سواء حدثت الولادة داخل المصلحة الاستعجالية الطبية أو خارج المصلحة، كما يلتزم كذلك بالتبليغ عن الوفيات، لأنه لا دفن بدون شهادة وفاة محررة من طرف الطبيب<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> - بومدان عبد القادر، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إفشاء السر الطبي، مذكرة الماجستير في القانون، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق، جامعة تيزي وزو، 2010-2011، ص 60.

<sup>2</sup> - بومدان عبد القادر، المرجع السابق، ص 50.

<sup>3</sup> - عبد الرحيم صباح، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إفشاء السر المهني، ص 187.

<sup>4</sup> - سليمان حاج عزام، جنحة إفشاء السر الطبي وحالات انتقائها، ص 138.

<sup>5</sup> - Clarot (F), Proust (B), Le secret professionnel, documents de médecine légale, 2010, p. 8.

كما أنه يجب على الطبيب سواء تعلق الأمر بالحالات الاستعجالية أو العادية، أن يقوم بتبليغ المصالح المختصة والمعنية عن كل تشخيص يدخل ضمن الأمراض ذات التصريح الاجباري<sup>1</sup>، وبالتالي التبليغ عنها لا يعد انتهاك التزام بالمحافظة على السر الطبي<sup>2</sup>.

إضافة لذلك وحفاظا على الأمن العام، وجب على الطبيب أن يبلغ عن الجرائم التي علم أو سمع بها، كأن يعالج شخص مصاب بالرصاص، أو عالج شخص قاصرا أو غير قادر للدفاع عن نفسه بسبب اعاقة نفسية أو جسدية يعاني من سوء المعاملة أو الحرمان، فهنا لا يمكن التكلم عن جريمة افشاء السر المهني، بل العكس، حيث أنه في الكثير من الحالات إذا لم يقوم الطبيب بالتبليغ، يمكن متابعته بجريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر<sup>3</sup>.

## الفرع الثاني: الضرر والعلاقة السببية.

لقيام المسؤولية الجنائية لأجل القتل أو الضرب والجرح دون قصد، يجب أن يقترن الخطأ بالضرر، والذي يتمثل في الوفاة أو المساس بسلامة الجسد، فشدة الضرر هي التي تحدد طبيعة تكييف الجريمة<sup>4</sup>.

والملاحظ من خلال نصوص قانون العقوبات سواء أكان الأمر متعلقا بالتشريع الفرنسي أو الجزائري، نجد أن قانون العقوبات على عكس القانون المدني، لا يعتد بفكرة تفويت الفرصة سواء تعلق الأمر بتفويت فرصة العلاج أو الحياة، وهو ما سار عليه كذلك القضاء في أغلبية القضايا المطروحة أمامه، وخاصة القضاء الفرنسي<sup>5</sup>، حيث أنه لا يعتد بفكرة تفويت الفرصة في حالة غياب

---

<sup>1</sup> - من الأمراض ذات التصريح الاجباري، نجد الأمراض المتنقلة عن طريق المياه مثل الكوليرا، التهاب الكبد أ و ب، الاسهال، التيفويد. نجد كذلك الأمراض المتنقلة من الحيوانات مثل : الكيس المائي، داء الكلب، الحمى المالطية وكما نجد أيضا الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس مثل السيدا والزهري.

<sup>2</sup> - عبد الكريم دكاني، المرجع السابق، ص 64.

<sup>3</sup> - بومدان عبد القادر، المرجع السابق، ص 48، 49.

<sup>4</sup> - يشمل الضرر إلى جانب الوفاة والسلامة الجسدية، الأمراض والسلامة النفسية، وكذلك العجز عن العمل لمدة معينة.

<sup>5</sup> - من بين القضايا التي لم يأخذ بها القضاء الفرنسي بفكرة تفويت الفرصة، نجد ما جاء في القرار الصادر عن محكمة النقض الفرنسية:

C. cass., crim., 7 janvier 1980, 79-92.098, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

“ attendu que, s'il est vrai que l'article 319 du code penal n'exige pas, pour recevoir application,

العلاقة السببية بين الخطأ والضرر، لأنه في مجال المسؤولية الجنائية، يجب أن تكون هناك علاقة سببية قائمة بين الضرر والخطأ حتى نستطيع أن نتكلم عن أن هناك جريمة قائمة<sup>1</sup>.

ضف إلى ذلك، أنه في الحالات الاستعجالية، أين يكون المريض في حالة خطر قد تؤدي به إلى الوفاة، لا يمكننا أن نتكلم عن تفويت فرصة الحياة مثلا، لأن حياة المريض أصلا في حالة خطر، إذ لا يمكن الجزم قطعا بأن تدخل الطبيب من عدمه كان سينقذ المريض من الوفاة، فقد يتدخل الطبيب لإسعاف المريض ورغم ذلك تحصل الوفاة، كما أنه قد لا يتدخل لإسعافه على

---

qu'un lien de causalité direct et immédiat existe entre la faute du prevenu et le décès de la victime, encore faut-il que l'existence de ce lien de causalité soit certaine ;

attendu qu'il appert de l'arrêt attaqué que x..., docteur en médecine, spécialiste en chirurgie et gynécologie, a soigné puis opéré dans une de ses cliniques dame y..., le 28 octobre 1974 ; que, par suite de complications post-opératoires, deux autres interventions ont été pratiquées, les 9 et 18 novembre 1974 ; qu'après examen par d'autres médecins, la patiente a été transférée, le 6 janvier 1975, dans un hôpital, où elle est décédée le 30 janvier suivant ; que le prevenu n'a pas transmis aux services hospitaliers ses comptes rendus opératoires, malgré deux rappels du chef du service de chirurgie ; que, selon l'interne qui a suivi la malade " cette absence de renseignements a gêné les chirurgiens dans leurs soins, car ils ne savaient pas très bien ce qui avait été réalisé au point de vue chirurgical et ce qu'il y avait sous la plaie .  
attendu que, pour déclarer x... coupable d'homicide involontaire, l'arrêt énonce que, selon les experts commis par la cour d'appel, les manquements à la déontologie reprochables au prevenu " ont représenté une aggravation du pronostic et, indiscutablement, une perte d'une chance d'une évolution favorable " ; que les juges ajoutent que : " commet le délit d'homicide involontaire, le médecin qui, ayant cessé de soigner un malade, crée par sa négligence, un risque mortel pour celui-ci, en empêchant la mise en œuvre de toute possibilité thérapeutique appropriée nouvelle destinée à éviter les effets de ce risque, faute par lui de satisfaire à son obligation d'information du nouveau médecin traitant, privant ainsi la malade d'une chance possible de survie ; "

mais attendu qu'en l'état de ces motifs, qui ne relèvent pas l'existence d'un lien de causalité certain entre la faute commise par le chirurgien et le décès de la victime, la cour d'appel, en prononçant comme elle l'a fait, n'a pas mis la cour de cassation en mesure d'exercer son contrôle sur la légalité de sa décision ; que la cassation est encourue de ce chef "

ولكن هناك بعض القضايا أين أخذ القضاء الفرنسي فيها بفكرة تفويت الفرصة، ومن ذلك ما جاء في

القرار الصادر عن محكمة النقض الفرنسية:

C. cass., crim., 9 juin 1977, 75-90.597, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« attendu qu'en statuant ainsi, la cour d'appel, qui a examiné le cas de la dame de y... au regard des autres accidents survenus dans la clinique et qui a apprécié souverainement les données des divers rapports d'expertise, a pu, sans encourir le grief de contradiction formulé dans le moyen, retenir l'imprudence relevée par les experts quant au défaut de surveillance médicale postanesthésique de cette parturiente tout en constatant qu'une autre accouchée était décédée sans avoir subi d'anesthésie ;

qu'il se déduit nécessairement, d'autre part, des constatations de l'arrêt, abstraction faite de tout motif surabondant voire erroné, que le docteur x..., en créant imprudemment un risque mortel et en négligeant d'en empêcher les effets, a privé la dame de y... de toute possibilité de survie et commis ainsi, par l'ensemble de son comportement, une faute constitutive du délit d'homicide involontaire, en relation de causalité avec le décès de celle-ci ».

<sup>1</sup> - **Laude (A), Mathieu (B), Tabuteau (D)**, op. cit., p. 493.

الأقل في الوقت المناسب ولكن لا تحصل الوفاة<sup>1</sup>، و هذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في قرارها الصادر في 20 نوفمبر 1996<sup>2</sup>.

ولكن هذا الاختلاف بين المسؤولية المدنية والمسؤولية الجنائية حول فكرة تقويت الفرصة قد يترتب عنه في بعض الحالات، الحكم بالتعويض للمريض أمام القضاء المدني رغم حكم القاضي الجنائي بعدم مسؤولية الطبيب، وهذا على أساس ما جاء في نص المادة 470-1 من قانون الإجراءات الجزائية الفرنسي<sup>3</sup>، حيث أقرت هذه المادة على امكانية المحاكم المدنية أن تحكم بتقديم تعويض إذا وقع ضرر عن دون قصد على الرغم من أن المحاكم الجنائية قد حكمت بتبرئة المتهم<sup>4</sup>.

قلنا سابقا بأنه لقيام المسؤولية الجنائية، لا يكفي الخطأ وحده، بل يجب أن يكون هناك إضافة للضرر، علاقة سببية بينهما، ضرورة توفر العلاقة السببية أساسه نص المادتين 221-6 و 222-19 من قانون العقوبات الفرنسي<sup>5</sup>، ويقابله في التشريع الجزائري ما جاء في نص المادتين

<sup>1</sup> - **Moreau (J)**, op. cit., T.2, p. 579.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., du 20 novembre 1996, 95-85.013, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Que les juges retiennent que, si cette faute a fait perdre à la victime des chances de survie, il n'est toutefois pas démontré qu'une intervention plus rapide aurait permis de la sauver ; qu'ils ajoutent que l'importance de la dose mortelle absorbée par celle-ci, sa maladie cardiaque et l'incertitude qui demeure sur l'heure d'absorption des médicaments ne permettent pas d'affirmer que, sans les négligences commises, la victime aurait survécu ; qu'ils en déduisent que le lien de causalité certain entre la faute et le dommage qui consiste, en ce qui concerne le délit d'homicide involontaire, non en une perte de chance de survie mais dans le décès n'est pas établi ».

<sup>3</sup> - Article 470-1 du code de procédure pénale Français : « Le tribunal saisi, à l'initiative du ministère public ou sur renvoi d'une juridiction d'instruction, de poursuites exercées pour une infraction non intentionnelle au sens des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 121-3 du code pénal, et qui prononce une relaxe demeure compétent, sur la demande de la partie civile ou de son assureur formulée avant la clôture des débats, pour accorder, en application des règles du droit civil, réparation de tous les dommages résultant des faits qui ont fondé la poursuite.

Toutefois, lorsqu'il apparaît que des tiers responsables doivent être mis en cause, le tribunal renvoie l'affaire, par une décision non susceptible de recours, devant la juridiction civile compétente qui l'examine d'urgence selon une procédure simplifiée déterminée par décret en Conseil d'Etat ».

<sup>4</sup> - **Mouralis (J-L)**, Lien de causalité et préjudice, op. cit, étude n° 533.

<sup>5</sup> - a. 221-6 du C. pén. : « Le fait de causer dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3 par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende .

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende ».

- a. 222-19 du C. pén. : « Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à

288 و 289 من قانون العقوبات<sup>1</sup>، بل حتى أن القضاء قد أكد على ضرورة توافر العلاقة السببية بين الخطأ والضرر لقيام المسؤولية الجزائية، وخاصة القضاء الفرنسي<sup>2</sup>.

فبالرغم من أن قانون العقوبات الفرنسي والجزائري قد نصا على ضرورة توفر العلاقة السببية، إلا أنهما لم يعطيا لها مفهوم واضح<sup>3</sup>، حيث أن العلاقة السببية تثير تساؤل حول ما يمكن اعتباره من سبب في إحداث الضرر، بمعنى آخر، نجد أن تحديد رابطة السببية في المجال الطبي من الأمور العسيرة، نظرا لتعدد جسم الإنسان وتغيير حالاته وخصائصه من شخص إلى آخر، كما أن تعدد السلوكيات التي تؤدي إلى نتيجة واحدة، يدفعنا إلى ضرورة إيجاد معيار يمكننا من خلاله

---

l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende .

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende ».

1 - نصت المادة 288 من الأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات على أنه : " كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونته أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته الأنظمة يعاقب بالحبس من 6 أشهر إلى 3 سنوات وبغرامة من ألف إلى عشرين ألف دينار جزائري " .

- نصت المادة 289 من نفس الأمر على أنه : " إذا نتج عن رعونة أو عدم احتياط إصابة أوجرح أو مرض أدى إلى عجز كلي لمدة تتجاوز 3 أشهر يعاقب الجاني بالحبس من شهرين إلى سنتين و بغرامة من 500 إلى 15.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين " .

<sup>2</sup> - C. cass., crim., 29 juin 1999, 98-83.517, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 307 :

“Alors que d'autre part, il ressort clairement du rapport d'expertise établi par les Docteurs V..., G... et N... que dès l'entrée en travail, sont survenus des signes de souffrance foetale, dès 13 heures 10 le tracé de monitoring était pratiquement plat ; que Mme A... qui était la sage-femme a, bien sûr, remarqué que le rythme était peu fluctuant mais aussi considéré sur le reste du tracé jusqu'à l'accouchement que celui-ci était normal, comme en témoigne la notation : rien à signaler, que l'on voit à plusieurs reprises ; qu'il s'agissait d'un gros enfant, la hauteur utérine était de 37, l'anomalie du tracé aurait dû automatiquement provoquer l'appel au médecin, en charge de l'accouchement, le Docteur Y..., afin que celui-ci puisse juger de l'opportunité d'une extraction très rapide de l'enfant par césarienne ; qu'en effet, le tracé témoignait d'une anomalie de l'oxygénation sous forme d'hypoxie, cette hypoxie persistera et sera réfractaire après la naissance de l'enfant, occasionnant, après, le décès (...); que connaissant la souffrance foetale, Mme A... n'a pas alerté le médecin accoucheur et a ainsi empêché la réalisation éventuelle d'une césarienne qui, pratiquée dès 13 heures 30 aurait évité un travail sous hypoxie, entraînant ainsi les conséquences pour l'enfant (...), (cf. p. 9 et 10 du rapport d'expertise, cf. également p. 6 des conclusions d'appel) ; qu'en affirmant cependant, en l'état de ces constatations circonstanciées faisant clairement ressortir un lien de causalité certain entre les manquements avérés du médecin et de la sage-femme et le décès de l'enfant, que les expertises n'établissent pas de façon certaine qu'une césarienne aurait réduit la durée d'hypoxie, la Cour statue à partir de motifs insuffisants, ne justifiant pas légalement son arrêt”.

<sup>3</sup> - **Christophe (Q-A)**, Définition de la causalité en droit Français, séminaire du Gerc, 26-27 mars 2010, Genève, p 3.

تحديد أي الأفعال أدت إلى نتيجة تسند إلى صاحبها، وهذا ما أدى إلى وقوع خلاف فقهي حول المعيار الذي يؤخذ به في تحديد رابط السببية<sup>1</sup>.

إذ أن هناك رأي يرى بأن العلاقة السببية تقوم على أساس الخطأ الأكثر تحقيقاً للضرر، معنى ذلك أن العلاقة السببية بين الخطأ و الضرر تتحقق متى ثبت أن مقدار مساهمة السلوك الذي أدى إلى إحداث الضرر، يمثل بالنسبة للعوامل الأخرى التي ساهمت معه في إحداثها قدرًا معيناً من الأهمية، إلا أن هذه العلاقة تنقطع بين الخطأ والضرر عند تدخل عوامل غير مألوفة شاذة بينهما، فتقف مسؤولية الجاني عند الحد الذي تدخل عنده العامل الشاذ ولا يسأل عن النتيجة التي تلت ذلك التدخل والتي تقع مسؤوليتها على العامل الشاذ المتدخل<sup>2</sup>.

في حين أن هناك رأي آخر يرى بأنه لقيام العلاقة السببية، يجب أن نساوي بين كل الأخطاء، حيث أن كل فعل غير مشروع، يكون قد ساهم في إحداث ضرر ينبغي أن يتابع جزائياً، بمعنى آخر أن علاقة السببية تعد متوافرة ما بين الخطأ والضرر متى ثبت أن السلوك الاجرامي الذي قام به الشخص كالطبيب مثلاً، كان أحد العوامل التي ساهمت في إحداث الضرر ولو كان نصيبه في ذلك ضعيفاً وقليلًا، فحسب هذا الرأي، يكون سلوك الجاني هو السبب في حدوث النتيجة، ومن ثم فهو يسأل عنها بغض النظر عن العوامل المختلفة التي تداخلت بين سلوكه والنتيجة، سواءً كانت هذه العوامل راجعة إلى فعل المجني عليه أو فعل شخص آخر أو فعل آخر خارج عنهما<sup>3</sup>.

أما الرأي الثالث وهو الراجح، فيرى بأنه يجب البحث بدقة عن الخطأ أو الفعل الذي قام به الطبيب أو غيره، والذي أوقع في تسبب ضرر أثناء قيامه بعمله، بمعنى آخر، البحث عن السبب الأساسي أو الأقوى الذي أدى إلى حدوث الضرر، فالعلاقة السببية بهذا الشكل، تتطلب نوعاً من الارتباط المباشر بين السلوك الإجرامي والضرر<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p 307.

<sup>2</sup> - أحمد فتحي سرور، الوسيط في قانون العقوبات، القسم العام، الجزء الأول، القاهرة مصر، 1981، ص 484.

<sup>3</sup> - محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة الثالثة، القاهرة، 1973، ص 298.

<sup>4</sup> - محمود محمود مصطفى، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة العاشرة، دار النهضة العربية، 1983 ص 271.

فهذا الرأي يهدف إلى معاقبة الأفعال التي تستحق المعاقبة، وذلك على عكس الرأي الأول والذي يعتد بالخطأ الأشد في حين أنه قد تتسبب عدة أخطاء في إحداث الضرر، وكذلك عكس الرأي الثاني الذي يهدف إلى معاقبة كل الأفعال، حتى وإن لم تساهم في إحداث الضرر<sup>1</sup>.

فإذا ثبت أن الخطأ كان سببا في إحداث الضرر، فإن تقدير خطورته تكون على أساس إن كان الفاعل أو المخطئ قد تدخل بفعله في إحداث الضرر بصفة مباشرة أو غير مباشرة، فإذا كان مثلا الطبيب بفعل خطأه هو المتسبب المباشر في إحداث الضرر، فإن مسؤوليته تقوم على أساس الخطأ البسيط والمتمثل في عدم احترام وتطبيق اليقظة المطلوبة رغم الظروف والإمكانات المتوفرة التي تسمح باحترامها، بمعنى آخر، أن العلاقة السببية تكون مباشرة، كلما كان الخطأ الحاصل نتيجة لإهمال أو رعونة هو السبب الوحيد في إحداث الضرر للمريض<sup>2</sup>، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في عدة قضايا<sup>3</sup>.

في حين إذا ساهم أو شارك الطبيب مثلا بخطئه في إحداث الضرر دون أن يتسبب فيه بصفة مباشرة، فإنه يعتبر بفعله فاعل غير مباشر، شريطة أن يكون بخطئه قد عرض المريض إلى خطر شديد لا يمكن للطبيب تجاهله<sup>4</sup>، أو أن يكون الخطأ نتيجة لانتهاك متعمد لمتطلبات السلامة

<sup>1</sup> - **Mazeaud (H), Mazeaud (L), Mazeaud (J), Tunc (A)**, Traité de la responsabilité civil délictuelle et contractuelle, T.2, 6ème éd., R.I.D.C., paris, 1970, p. 818.

<sup>2</sup> - **Mouralis (J-L)**, Lien de causalité et préjudice, op. cit, étude n° 533.

<sup>3</sup> - C. cass., crim., 29 mai 2001, 00-85.497, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 310 :

« attendu qu'il résulte du jugement et de l'arrêt confirmatif attaque que micheline c..., épouse d..., a été hospitalisée en urgence à la clinique mutualiste de béziers pour un syndrome abdominal douloureux ; qu'opérée le lendemain d'une hernie ombilicale par le docteur a..., la patiente a présenté, à l'induction anesthésique, un épisode de vomissement avec inhalation bronchique suivi de complications respiratoires et cardio-vasculaires qui, dans les jours suivants, et après transfert dans un service de réanimation, ont entraîné son décès ;

attendu que, pour déclarer jean-louis a... coupable du délit d'homicide involontaire, les juges retiennent qu'il a sous-estimé les risques d'occlusion non équivoques révélés par l'examen radiologique et qu'il n'a pas pris la précaution élémentaire de stopper l'alimentation avant l'intervention et de mettre en place une sonde gastrique permettant de vider l'estomac et de prévenir un reflux oesophagien lors de l'anesthésie;

qu'ils en déduisent que les fautes commises par le prévenu sont la cause directe du décès ».

<sup>4</sup> - وفي هذا قرار لمحكمة النقض الفرنسية الصادر في 5 سبتمبر 2000، حيث جاء فيه :

C. cass., crim., du 5 septembre 2000, 99-82.301, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Mais attendu que, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 10 juillet 2000, modifiant l'article 121-3 du Code pénal, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le

والحذر التي تملئها القوانين واللوائح التنظيمية، وهنا ما على الفاعل إلا إثبات عكس ذلك. وتقدير الخطأ يرجع للسلطة التقديرية للقاضي على اعتبار الظروف التي كانت تحيط بالخطأ الذي أدى إلى إحداث الضرر، وهو في سبيل ذلك يعتمد على نتائج الخبرة وإن كان غير ملزم بالاعتماد عليها<sup>1</sup>.

## المطلب الثاني: الجرائم المؤدية للخطر.

في المجال الطبي، يكون مصدر الخطر إما وقوع الطبيب في الخطأ، كأن يكتفي الطبيب بمعالجة قاصر تعرض لإعتداء جنسي دون أن يعرضه على الطبيب النفسي للأطفال، أو دون خطأ من الطبيب وذلك في حالة تواجد المريض في حالة خطر، كأن يصاب المريض بنزيف دموي جراء حادث مرور، فكلتا الحالتين يكون فيها المريض في خطر، ولإبعاد الخطر عنه وجب على الطبيب أن يتدخل بسرعة لاسعافه وإلا توبع بجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر، أو أنه يمتنع عن تعريضه للخطر.

فهاتين الجريمتين هما من الجرائم الشكلية، لا تتطلب حدوث نتيجة معينة لمعاقبة الفاعل، إذ فيما يخص جريمة الامتناع عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر، يكون الطبيب عالماً بالمخاطر التي قد يتعرض لها المريض ولكن لم يتدخل، وفي الجريمة الثانية والمتعلقة بتعريض الغير للخطر، يقوم فيها الطبيب بتعريض المريض إلى مخاطر رغم علمه بها مسبقاً.

فالاشكالية في هذه النقطة تكمن في مدى تحديد مسؤولية الطبيب في الحالات الاستعجالية، علماً بأن المريض أصلاً في حالة خطر، يضاف إليها خطأ الطبيب الذي شأنه أن يضاعف من الخطر الحال بالمريض، وذلك إما بامتناعه عن تقديم المساعدة للمريض في حالة خطر (الفرع الأول)، أو أنه يعرضه للخطر (الفرع الثاني).

---

règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer », Bulletin des arrêts , Chambre criminel, 2000, N° 262, les éditions des journaux officiels, Paris, p 771.

<sup>1</sup> - Penneau (E), Indépendance et expertise médicale, Droit et économie de l'assurance et de la santé, Dalloz, 2002, p. 351.

## الفرع الأول: الامتناع عن تقديم مساعدة طبية مستعجلة.

نص المشرع الفرنسي عن جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة في قانون العقوبات، بحيث نص على معاقبة كل شخص تعمد طوعا بالامتناع عن تقديم مساعدة للشخص في حالة خطر من دون أن يكون أي خطر على نفسه أو على الغير، وذلك إما بالتدخل شخصيا لتقديم المساعدة أو أن يطلب الإغاثة له<sup>1</sup>، وهو ما نص عنه المشرع الجزائري بدوره في قانون العقوبات<sup>2</sup>.

فهذه الجريمة تخص كل شخص امتنع عن تقديم مساعدة لشخص آخر في حالة خطر، خاصة الطبيب، فقانون العقوبات سواء الفرنسي أو الجزائري، وإن لم ينص صراحة على الطبيب، فإنه ضمنا يشمل هذا الحكم، لأن كلا المشرعين استعملا ألفاظا عامة وذلك بنصهما على " كل من ... Quiconque"<sup>3</sup>.

وجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، تنطبق كذلك على امتناع الطبيب في الحالات الاستعجالية من تقديم المساعدة لمريض في حالة خطر، لأنه وكما سبق تبيانه، رأينا بأنه من بين التزامات الطبيب في الحالات الاستعجالية، سواء تعلق الأمر بالقوانين الفرنسية أو الجزائرية، نجد الالتزام بتقديم المساعدة الطبية الاستعجالية اللازمة، بل يعد من بين

<sup>1</sup> - a. 223-6 du C. pén. : « **Quiconque** pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

**Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».**

<sup>2</sup> - نصت المادة 182 من الأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات على أنه : " يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 500 إلى 15.000 دينار أو احدى هاتين العقوبتين، كل من يستطيع بفعل مباشر منه وبغير خطورة عليه أو على الغير أن يمنع وقوع فعل موصوف بأنه جنائية أو وقوع جنحة ضد سلامة جسم الإنسان و امتنع عن القيام بذلك، بغير إخلال في هذه الحالة بتوقيع عقوبات أشد ينص عنها هذا القانون أو القوانين الخاصة.

ويعاقب بالعقوبات نفسها كل من امتنع عمدا عن تقديم مساعدة إلى شخص في حالة خطر كان في إمكانه تقديمها إليه بعمل مباشر منه أو بطلب الإغاثة له وذلك دون أن تكون هناك خطورة عليه أو على الغير".

<sup>3</sup> - Bodin (J), Lhommeau (J-C), Non-assistance à personne en péril et urgence L.P.A., n°46, 1993, n°46, p. 4.

الواجبات التي تدخل في اطار أخلاقيات الطب الواجب احترامها وإلا عرضت صاحبها لعقوبات تأديبية<sup>1</sup>.

فهذه الجريمة، تتمثل بالنسبة للطبيب في الحالات الإستعجالية في امتناع منه في تقديم المساعدة الطبية المستعجلة أو على الأقل القيام بفعل يسمح بتقديم المساعدة الطبية المستعجلة وذلك رغم علمه باليقين أن المريض في حالة خطر<sup>2</sup>، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في قرارها الصادر في 26 مارس 1997<sup>3</sup>.

وجريمة امتناع الطبيب من تقديم المساعدة في حالة الخطر، تتطلب توافر شرط أساسي إضافة لأركان الجريمة.

فأما عن الشرط الأساسي لقيام هذه الجريمة فيتمثل في ضرورة تواجد شخص مصاب في حالة خطر، معنى ذلك أنه لا يمكن مسائلة الطبيب في حالة ما إذا رفض التنقل لرؤية شخص قد توفى، لأن كلا من المشرعين الجزائري والفرنسي نصا على شخص في حالة خطر، أي أن الشخص حي، لأنه من غير المعقول التكلم عن شخص ميت في حالة خطر<sup>4</sup>، أما بالنسبة للطفل حديث العهد بالولادة، فمن حقه الاستفادة من المساعدة الطبية في حالة خطر، إذ لا يهم إن كان قد ولد في وقته المحدد طبيا أو قبله<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> - سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، عدد رقم 07، جانفي 2015، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ص 164.

<sup>2</sup> - **Cohen (p), Jallet (L)**, Quelle responsabilité dans l'urgence?, Gaz. San. Soc., septembre 2008, p. 12.

- **Bodin (J), Lhommeau (J-C)**, op. cit., p. 5.

<sup>3</sup> - C. cass., crim., du 26 mars 1997, 94-80.239, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Qu'en effet, d'une part, les dispositions de l'article 223-6, alinéa 2, du Code pénal exigent pour être applicables que le prévenu ait eu personnellement conscience du caractère d'imminente gravité du péril auquel se trouvait exposée la personne dont l'état requérait secours et qu'il n'ait pu mettre en doute la nécessité d'intervenir immédiatement en vue de conjurer ce danger;

Que, d'autre part, le médecin, informé qu'un malade est en péril, ne commet pas le délit de non-assistance à personne en danger si, dans l'impossibilité de se déplacer, il s'assure que la personne à secourir reçoit d'un tiers les soins nécessaires ».

<sup>4</sup> - **Desvilles (P)**, op. cit., p. 88.

<sup>5</sup> - سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، ص 165، 166.

- أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، 1990

أما عن الخطر المطلوب هنا، فهو الخطر الذي من شأنه أن يؤدي بتهديد حياة المريض أو بصحته والتي قد تؤدي بدورها إلى نتائج خطيرة، ولا يتحقق ذلك إلا إذا كان الخطر حالاً وفعلياً يتطلب التدخل في الحال<sup>1</sup>، إذ لا يمكن أن نتكلم في هذا الشأن عن مخاطر مفترضة أو مخاطر لها نتائج لا تمس بحياة المريض أو بإصابات جسدية خطيرة<sup>2</sup>.

وجريمة عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة الخطر، تعد من الجرائم الشكلية، إذ لا تتطلب تحقق الضرر، حيث يكفي لقيامها وجود السلوك والفعل حتى ولو لم تتحقق النتيجة، كما لا يهم كذلك لو اعتبر أن المساعدة الطبية لا جدوى منها<sup>3</sup>.

أما عن الأركان المكونة لجريمة امتناع الطبيب عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، فتتمثل في الركن المادي والركن المعنوي.

ففيما يخص الركن المادي لهذه الجريمة، فيتمثل في الامتناع عن تقديم المساعدة أو على الأقل طلب الإغاثة لشخص في حالة خطر حال، وليتحقق هذا العنصر بالنسبة للطبيب، يجب أن يكون هذا الأخير على علم ودراية كافية بحالة خطر حال تصيب المريض، وضرورة إدراك الخطر من طرف الطبيب، والعلم بالخطر قد يكون بصفة مباشرة من الممتنع أو بصفة غير مباشرة منه، فإذا كان الطبيب الممتنع في علاقة مباشرة بالمريض الذي هو في حالة خطر حال، يكون بذلك على علم بحالته الصحية، وهنا على الطبيب وفقاً للأعراض التي تظهر على المريض يستطيع تشخيص ومعالجة المريض وإبعاده عن الخطر، ولكن إذا كان هناك خطأ في التشخيص الذي يسمح من خلاله معرفة إن كان المريض في حالة خطر أم لا، فالأمر يختلف، إذ لا يمكن متابعة الطبيب في هذه الحالة بجريمة عدم تقديم المساعدة وإنما يتابع على أساس الخطأ في التشخيص<sup>4</sup>، وهذا ما أكدته محكمة النقض الفرنسية في القرار الصادر في 26 نوفمبر 1969<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - C. cass., crim., 16 mars 1972, 71-92418, publié **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 327 :

« Qu'en effet, il resulte de ces constatations, d'une part, que le peril couru par la patiente etait imminent et constant et qu'il exigeait une intervention immediate, et que, d'autre part, aucun doute ne pouvait subsister dans l'esprit du demandeur, medecin ayant pratique une therapeutique sur sa cliente, quant a la necessite absolue d'agir en vue de conjurer, par des soins et un secours appropries, les consequences d'un etat de sante alarmant ».

<sup>2</sup> - أسامة عبد الله قايد ، المرجع السابق، ص 275.

<sup>3</sup> - سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، ص 166.

<sup>4</sup> - **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 329.

فجريمة عدم تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر، تختلف عن جريمة القتل الخطأ في كون أن هذه الأخيرة موجهة لتوقيع جزاء على الخطأ في التشخيص، أما عن جريمة عدم تقديم المساعدة فهي موجهة لسلوكيات عمدية تتمثل في الرفض بصفة إرادية ومقصودة في تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر<sup>2</sup>.

أما إذا كان الطبيب في علاقة غير مباشرة بالمريض، كأن يتصل به شخص غير المريض يصف فيه للطبيب كل ما يتعلق بالمريض، بما فيها أعراض المرض، ففي هذه الحالة، على الطبيب أن يقدر مدى طبيعة الخطورة وفقا لما وصف له من أعراض المرض، وهنا يكون الطبيب أمام أمرين، فإما أنه يقوم بتأجيل تدخله إذا تبين له من خلال ما سمعه من الغير أن حالة المريض لا تتطلب تدخله في الحال، لأن أعراض المرض التي نقلت له، لا تمثل حالة خطر على صحته وحياته<sup>3</sup>، فيكتفي في هذه الحالة بتقديم للمريض النصح وما يجب القيام به في حالة ظهور تطورات على حالته الصحية في انتظار تدخله في وقت آخر، ولكن في هذه النقطة يجب أن نشير إلى أمر مهم جدا، ويتعلق بالمتصل، حيث أنه إذا كان المتصل بالطبيب زميلا له في المهنة يعلمه بأن هناك مريض في حالة خطر قد يؤدي إلى وفاته في الحال، فما على الطبيب إلا التدخل بسرعة، هذا على أساس أن نوعية المتصل لا تترك أدنى شك لدى الطبيب عن حالة الخطر التي يتعرض لها المريض<sup>4</sup>.

أما إذا تبين من خلال ما نقل له من الغير بأن المريض في حالة خطر حال وفقا للأعراض التي وصفت له، فهنا ما على الطبيب إلا التدخل في مساعدة المريض طبيا<sup>5</sup>.

---

- Vilanova (J), Etude - La non-assistance à personne en danger, La médicale, avril 2010, p. 8.

<sup>1</sup> - C. cassation, crim., du 26 novembre 1969, 69-91.631, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr>:

«Qu'en effet, les dispositions de l'article 63 paragraphe 2 du code penal, exigent pour etre applicables que le prevenu ait eu personnellement conscience du caractere d'imminente gravite du peril auquel se trouvait exposee la personne dont l'etat requerait secours et qu'il n'ait pu mettre en doute la necessite d'intervenir immediatement en vue de conjurer ce danger; qu'en l'espece, l'attitude du prevenu ne pouvait constituer qu'une simple erreur et non une abstention volontaire de porter secours ».

<sup>2</sup> - Bodin (J), Lhommeau (J-C), op. cit., p. 5.

<sup>3</sup> - ولكن إذا كان لدى الطبيب أي شك في تقدير حالة المريض، هنا وجب عليه التدخل بسرعة.

<sup>4</sup> - سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، ص 167.

<sup>5</sup> - Vilanova (J), op. cit., pp. 7,8.

وبالرجوع سواء لنص المادة 223-6 فقرة 2 من قانون العقوبات الفرنسي أو نص المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري، نجد أن كلا المادتين قد جاءا بنفس الحكم الخاص بالإعفاء من المسؤولية الجنائية كل شخص امتنع من تقديم مساعدة للشخص آخر في حالة خطر، إذا ما ثبت أنه بتدخله قد يعرض نفسه أو الغير إلى الخطر، وهذا في حقيقة الأمر يخضع للسلطة التقديرية للقاضي إذا كان فعلا بتدخله قد يعرض نفسه أو الغير لخطر أكبر من الخطر الذي أصيب به الشخص الذي يحتاج إلى مساعدة طبية مستعجلة<sup>1</sup>.

ما يمكن إضافته كذلك، أنه من خلال ما ذكرناه سابقا، نجد أن كل من المشرع الفرنسي والجزائري قد نصا على إلزامية الطبيب بتقديم مساعدة طبية أو ضمان بأن المريض قد تلقى علاج ضروري إذا كانت حالة هذا الأخير في حالة خطر، معنى ذلك أنه على الطبيب التدخل شخصيا لإسعاف المريض في حالة خطر وإن لم يمكن ذلك، وجب عليه أن يحرس على أن المريض قد تلقى علاج كاف لإبعاده عن الخطر<sup>2</sup>، وقد يتمثل هذا الحرس، في أن يتصل مثلا الطبيب بزميل له مختص لتقديم العلاج المناسب<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Medy (D), op. cit., pp 138,139.

- C.cass., crim., 4 février 1998, N° 96-81425, publié, www.juritravail.com:

« (°2 alors que l'article 223-6 du nouveau Code pénal n'impose à celui qui est informé du danger qu'une intervention sans risque pour lui ni pour les tiers; qu'en l'espèce, en s'abstenant de rechercher si le docteur A..., en refusant de se déplacer au chevet de l'enfant en raison de la tardiveté de son intervention eu égard aux conditions climatiques et de l'inutilité de son intervention eu égard à l'absence de matériel adéquat que seul un hôpital détenait, évitait ce faisant une intervention comportant un risque pour l'enfant d'être en définitive soigné trop tard, de même qu'elle évitait un risque pour le malade atteint d'épilepsie qui requérait également son intervention immédiate, la cour d'appel n'a pas légalement justifié sa décision ».

<sup>2</sup> - أسامة عبد الله قايد ، المرجع السابق، ص 279.

<sup>3</sup> - C. cass., crim., 24 mars 2009, n°08-84160, publié, <http://affairesjuridiques.aphp.fr>:

« aux motifs que, sur les faits concernant Raymond Z..., le 17 octobre 1999, Raymond Z..., âgé de 77 ans, admis au service des urgences de l'hôpital de Châteaudun, avait été examiné par le docteur X... qui avait diagnostiqué une hernie inguinale qu'il avait réduite manuellement et prescrit une aspiration digestive ; qu'en l'absence de place en chirurgie, le patient avait été transféré au service de médecine par le docteur X... ; qu'en raison d'antécédents cardiaques relevés par l'anesthésiste, le chirurgien, en l'absence de cardiologue de garde, avait choisi de différer l'intervention au lendemain pour obtenir un examen cardiologique ; que, le jour même, averti d'un pic fébrile du patient, le docteur X... avait prescrit par téléphone, sans examen, un antibiotique dont l'administration avait dû être interrompue en raison d'une allergie du patient à la pénicilline ; que ce dernier est décédé le 22 janvier 2000 ; que les fiches des infirmiers font apparaître que le 18 octobre 1999 à 8 heures, Raymond Z... avait à nouveau le hoquet ; qu'il se plaignait de douleurs de l'abdomen ; qu'à la suite de la visite du docteur, à la demande du docteur X..., il devait être transféré en chirurgie ; que le docteur X... n'a avisé ses collègues de cette demande que lors du staff le 18 octobre à 11 heures ; que, pour les experts, les lourds antécédents de Raymond Z...

أما فيما يخص الركن المعنوي لجريمة عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، فيتمثل في توفر القصد الجنائي لدى الطبيب الممتنع عن تقديم المساعدة الطبية والقائم على أساس العلم والإرادة<sup>1</sup>.

فأما عن العنصر المتعلق بعلم الطبيب فقد سبق شرحه، وقلنا بأنه يجب أن يكون الطبيب على علم بوجود خطر حال وحقيقي، سواء أكان هذا العلم بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

أما عن عنصر الإرادة، فيتمثل في إرادة الامتناع عن تقديم المساعدة، وهذه الإرادة إما أن تكون بصفة صريحة كأن يبدي الطبيب رغبته صراحة بعدم تقديم المساعدة، وإما أن تكون بصفة ضمنية- وهو الغالب- تستشف من خلال ظروف وملابسات كل واقعة وسلوك الطبيب الممتنع، كإندفاع فضول الطبيب حول حالة المريض، أو أنه يرفض الحصول على أي معلومة تتعلق بحالة المريض، فمثل هذه السلوكيات تظهر إرادة الطبيب بأنه لا يرغب في تقديم المساعدة، ولكن إذا كان الطبيب متواجد مع مريض في حالة خطر ولكن لم يقدم له العلاج الضروري على أساس خطأ في تقدير منه بأن المريض ليس في حالة خطر، فهنا لا يمكن مساءلة الطبيب بجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة، لأن عنصر الإرادة غائب تماما<sup>2</sup>.

هذا إذا كان الممتنع عن تقديم المساعدة يتمثل في الطبيب، فماذا عن حالة ما إذا كان الممتنع هو المريض نفسه؟، بمعنى آخر، أن يمتنع المريض ويرفض العلاج الذي اقترحه

---

n'aurait pas dû retarder l'intervention qui présentait un caractère urgent ; que ces éléments établissent que Stéphane X..., qui avait fait un diagnostic, choisit de retarder l'intervention, a délaissé son patient dans un autre service alors qu'il lui était signalé un élément nouveau justifiant de sa part une prescription effectuée par téléphone, sans examen, avant de se décharger de l'intervention, en urgence le lundi au service, sur les chirurgiens viscéraux ; que le tribunal correctionnel a justement relevé que ce comportement interrogeait dans la mesure où Stéphane X... avait déclaré à l'audience qu'il ne faisait plus de chirurgie viscérale, ne s'estimant pas suffisamment compétent ; que, devant assumer des gardes, il lui appartenait de signaler ce fait à ses collègues, de requérir une aide ; qu'il ne pouvait retarder une intervention urgente ; qu'alors qu'il y avait péril imminent, l'omission volontaire de porter secours de Stéphane X... est caractérisée ».

<sup>1</sup> - جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة هي جريمة قصدية، إذ يتطلب ركنها المعنوي سوى القصد العام للجاني لأن قانون العقوبات سواء كان الجزائري أو الفرنسي لا يعاقب على الجريمة إلا إذا ارتكبت عمداً، وذلك بعلم الشخص عن حالة الخطر، ثم يمتنع إرادياً عن تقديم المساعدة، فليس من الضروري توافر القصد الخاص (سوء نية) من جانب الممتنع.

<sup>2</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 332.

الطبيب، ففي هذه الحالة لا يمكن مساءلة الطبيب<sup>1</sup>، لا بجريمة القتل الخطأ، ولا بجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة<sup>2</sup>.

وما يمكن الإشارة إليه كذلك، هو أنه خلال عملية التشخيص، قد يكتشف الطبيب بأن المريض يتعرض أو قد تعرض لإعتداءات، كأن يكتشف أورام دموية، حروق، اعتداء جنسي وكآبة...، فهذه الاعتداءات إما أن تكون جسدية أو نفسية، ففي هذه الحالة، تكون الحالة الاستعجالية خاصة بما يعيشه المريض يوميا وليس المرض الذي يعاني منه<sup>3</sup>.

هناك العديد من الأحكام القانونية تشير إلى السر المهني، سواء تعلق الأمر بالتشريع الفرنسي أو الجزائري، حيث أن هذه القوانين تهدف كلها لحماية مصلحة المريض، فما على الطبيب إلا الالتزام به وفقا لما جاءت به القوانين، ، حيث وكما رأينا سابقا، بأن السر المهني يشمل كل ما جاء إلى علم الطبيب أثناء أدائه لمهامه، بمعنى كل ما رآه أو سمعه أو فهمه من المريض، ولكن أحيانا يمتنع المريض الضحية من سوء معاملة من اعلام الطبيب بما يعانيه، ولكن الطبيب من خلال تشخيصه لأعراض المريض قد يكتشف بأن هذا الأخير يعاني من سوء معاملة، فالسؤال المطروح هنا، هل يجب على الطبيب أن يلتزم دائما بالسر المهني؟<sup>4</sup>.

رأينا سابقا بأن السر المهني هو حق من حقوق المريض، بحيث لا يمكن إلا لهذا الأخير بأن يسمح للطبيب من كشف بما يتعلق به وحالته الصحية، وإلا تعرض لمتابعة قضائية، ولكن بالرجوع لنص المادة 226-14 من قانون العقوبات الفرنسي، نجد بأن الالتزام بالسر المهني، لا يطبق في الحالات التي يفرضها القانون، كما أنه لا يطبق هذا الالتزام في حالة تبليغ الجهات

<sup>1</sup> - C. cass., crim., du 3 janvier 1973, 71-91.820, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que les énonciations de l'arrêt attaqué permettent à la cour de cassation de s'assurer que, contrairement à ce que soutient le moyen, la chambre d'accusation, saisie de l'appel de x... contre l'ordonnance de non-lieu du juge d'instruction, a statué sur l'ensemble des faits dénoncés par la partie civile et, notamment, sur une éventuelle infraction à l'article 63, paragraphe 2° du code pénal; qu'elle précise à cet égard que " l'information n'a révélé à l'encontre de l'inculpé aucune faute professionnelle caractérisée qui puisse être un élément constitutif du délit d'homicide involontaire ou du délit de non-assistance à personne en péril, la thérapeutique adéquate prescrite par lui n'ayant pas été appliquée en raison du refus obstiné et même agressif de la dame x... "

<sup>2</sup> - أسامة عبد الله قايد ، المرجع السابق، ص 284.

<sup>3</sup> - Medy (D), op. cit, pp. 139,140.

<sup>4</sup> - Tursz (A), Les oubliés, Enfants maltraités en France et par la France, Seuil, 2010, p. 372.

- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Lutter contre la violence au sein du couple - Le rôle des professionnels, Brochure d'information, 2012, pp. 17,18.

القضائية، الطبية والإدارية عن حالات الحرمان وسوء المعاملة، بما في ذلك حالات المساس والتشويه الجنسي التي أنزلت على قاصر أو شخص ليس قادر على حماية نفسه بسبب سنه أو عجزه البدني أو العقلي، كما ألزمت هذه المادة الطبيب بعد موافقة الضحية من تبليغ وكيل الجمهورية عن سوء المعاملة والحرمان التي اكتشفها الطبيب على جسد ونفسية الضحية أثناء أدائه لمهنته، والتي تسمح له بافتراض بأن الضحية يعاني من اعتداءات جسدية، جنسية ونفسية، هذا إذا كان الضحية شخص بالغ و قادر، أما إذا كان هذا الأخير قاصر أو شخص غير قادر على حماية نفسه بسبب سنه، أو إعاقة جسدية، أو عقلية، فإن موافقته ليست ضرورية<sup>1</sup>.

فهدف المشرع بصفة عامة، هو حماية الشخص القاصر والشخص الغير قادر على حماية نفسه بسبب السن أو الإعاقة البدنية والنفسية، وهذا يظهر جليا بالسماح للطبيب من إعلام السلطات حتى في حالة غياب رضاء الضحية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تهدف هذه المواد كذلك لحماية الطبيب أو الجراح أو غيره من متابعته بجريمة انتهاك السر المهني<sup>2</sup>.

لكن بالرجوع لنصوص قانون الصحة وبمقارنتها بنص المادة 226-14 من قانون العقوبات الفرنسي، نجد بأن هناك تناقض حول تصرفات الطبيب التي يجب أن يعتمدها في حماية القاصر أو غير القادر على حماية نفسه، حيث أن قانون الصحة الفرنسي في نص المادة R.4127-44، ألزم الطبيب في حالة ما إذا اكتشف بأن الشخص الذي عالجه كان ضحية سوء معاملة أو حرمان، من اتخاذ كل الوسائل المناسبة لحمايته، وإذا تعلق الأمر بقاصر أو شخص غير قادر على حماية نفسه نظرا لكبر سنه أو حالته البدنية والعقلية، فإنه على الطبيب من إعلام السلطات القضائية والإدارية، فهذه المادة تلزم الطبيب بالتبليغ عن سوء المعاملة والحرمان، فأعلام السلطات القضائية أو الإدارية تقع إذا على عاتق الطبيب، في حين أن نص المادة 226-14 من قانون العقوبات الفرنسي، اكتفت بإبعاد المسؤولية عن الطبيب أو الغير الذي انتهك الالتزام بالمحافظة على السر المهني إن هو قرر إعلام السلطات المعنية، ولكن لم يلزم بالقيام

<sup>1</sup> - Clarot (F), Proust (B), op. cit, p. 12.

- Benjamin (C), Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et Sciences de la Santé de Brest, Université de Bretagne Occidentale, 2017, pp. 11,12.

<sup>2</sup> - Clarot (F), Proust (B), op. cit., pp. 12,13.

بذلك<sup>1</sup>، ولكن القضاء الفرنسي قد رفع هذا اللبس، وذلك من خلال القرار الصادر عن محكمة النقض الفرنسية في 22 سبتمبر 1999، أين أقرت بإلزامية مهني الصحة من التبليغ عن سوء المعاملة على أساس جريمة الامتناع عن تقديم المساعدة للشخص في حالة خطر<sup>2</sup>.

المشعر الجزائري في فكرة التزام الطبيب بالسر الطبي، لم يتوسع كثيرا كما هو الحال بالنسبة لما جاء به المشعر الفرنسي، حيث اكتف فقط بالنص في المادة 301 من قانون العقوبات على الزامية الطبيب باحترام السر المهني إلا في الحالات التي يوجبها القانون من افشاءها، أو في حالات الاجهاض، معنى ذلك أن المشعر الجزائري لم يلزم الأطباء بالتبليغ عن حالات الاساءة والحرمان التي قد تمس أشخاص ليست لهم القدرة على حماية أنفسهم لسبب نفسي أو جسدي أو لصغر السن.

والملاحظ كذلك، أن المشعر الجزائري وقع في نفس الخطأ الذي وقع فيه المشعر الفرنسي، حيث نجد نفس التناقض الذي جاء في التشريع الفرنسي، إذ أن نص المادة 54 من

---

<sup>1</sup> - Medy (D), op. cit., pp. 140,141.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., du 22 septembre 1999, 99-84.387, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que, pour renvoyer Z... devant la cour d'assises du chef de non-assistance à personne en danger, l'arrêt attaqué relève que l'intéressée, médecin de la Protection Maternelle et Infantile, a reconnu s'être inquiétée, lors d'un examen de la fillette effectué une semaine avant le décès, de la présence sur le front de l'enfant d'un " oeuf de pigeon " avec une bosse sous-jacente laissant craindre une fracture du crâne ou un hématome sous-dural ; qu'elle s'était contentée, d'une part, de conseiller à Y... X... de conduire Amira à l'hôpital, d'autre part, de rédiger une lettre d'accompagnement, tout en remarquant que les explications de la mère étaient contradictoires ; qu'elle prétendait n'avoir jamais constaté de lésions sur le corps de la fillette ; que les juges rappellent les conclusions des experts contredisant cette assertion et évoquant les relations amicales unissant Z... et Y... X... qui l'auraient empêchée de remplir son rôle de médecin de Protection Maternelle et Infantile, lequel était d'entreprendre une démarche active au moindre indice de sévices ; que l'arrêt en déduit que Z... Z... n'avait pas pu ne pas s'apercevoir qu'Amira était victime de sévices ou, à tout le moins, avoir un doute que le droit positif, notamment les dispositions du Code pénal et celles du Code de déontologie médicale, l'obligeait à lever à un moment où l'état de santé délabré de la fillette et l'inquiétude qu'elle avait légitimement ressentie auraient dû l'amener à retirer l'enfant de son milieu familial et à ordonner son hospitalisation ; que la chambre d'accusation précise que si les moyens techniques faisaient défaut à Z..., il lui appartenait de prendre toutes mesures utiles aux fins de faire procéder à des radiographies ;

Attendu qu'en cet état, la chambre d'accusation, qui a répondu comme elle le devait aux articulations essentielles des mémoires dont elle était saisie, a caractérisé, d'une part, au regard de l'article 222-14 du Code pénal et, pour les faits commis avant le 1er mars 1994, de l'article 312 de l'ancien Code pénal, les circonstances dans lesquelles X... et Y... se seraient rendus coupables du crime de violences volontaires habituelles sur mineur de quinze ans ayant entraîné la mort, d'autre part, au regard de l'article 223-6 du Code pénal et, pour les faits commis avant le 1er mars 1994, de l'article 63, alinéa 2, de l'ancien Code pénal, celles dans lesquelles Z... se serait rendue coupable du délit de non-assistance à personne en danger ».

مدونة أخلاقيات الطب المذكورة سابقا، قد ألزمت الأطباء بتبليغ السلطات المختصة، من قضائية أو إدارية، في حالة ما إذا لاحظ سوء معاملة أو معاملة غير انسانية أو حرمان على قاصر أو شخص معوق، معنى ذلك أن الطبيب في هذه الحالة لا يجب عليه الالتزام بالسر المهني، بل عليه عكس ذلك والتبليغ عن ما لاحظته أو سمعه أو رآه.

حتى نص المادة 54 من مدونة أخلاقيات الطب، نجدها ناقصة ولا تحقق الحماية الكافية لا للطبيب من جهة، ولا للضحية التي تعاني أو عانت من سوء المعاملة والحرمان، حيث أن نص المادة نص على القاصر والشخص المعاق، والذي إما أن يكون معاقا ذهنيا أو جسديا، ولكن ما هو الحال بالنسبة للأشخاص المسنين مثلا؟، فإذا ما تعرض شخص مسن لسوء معاملة أو حرمان، وبلغ الطبيب عن ذلك، فهل يكمن متابعته بجريمة افشاء السر المهني؟ وإذا لم يفعل ذلك، فهل يمكن متابعته بجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر؟.

فالمشرع الجزائري من خلال هذه المادة، وفي غياب تشريع واضح، لم يقدم الحماية الكافية للطبيب أو الجراح، إذ أن الطبيب في الكثير من الحالات قد يجد نفسه أمام الأمرين، إما أنه قد يتابع بجريمة افشاء السر الطبي، أو يتابع بجريمة الامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، هذا من جهة الطبيب.

أما من جهة المريض، نجد أنه من خلال نص المادة 54 من مدونة أخلاقيات الطب، أن المشرع قد حصر عدم التزام الطبيب بالسر المهني والزاميته بالتبليغ، في حالة القاصر أو الشخص المعوق، وهنا يطرح السؤال، هل حالتا القاصر والشخص المعوق، المذكورتا على سبيل الحصر أو على سبيل المثال؟ إذ أنه وكما نعلم جميعا، أن حالة عدم القدرة لا تقتصر على القاصر والشخص المعوق، بل هناك حالات اخرى يكون فيها أشخاص غير قادرين ويحتاجون إلى حماية، كالمرأة الحامل، الشخص المسن والأمثلة كثيرة، فالمشرع الجزائري وإن كان قد ألزم الطبيب بالتبليغ عن حالات الإساءة والحرمان، وذلك قصدا منه تحقيق حماية للطبيب والضحية، إلا أن هذه الحماية غير كافية، إذ وجب عليه التوسع أكثر في هذه المادة.

ولكن بالرجوع للقانون الخاص بحماية الأشخاص المسنين، نجد أن المشرع الجزائري من

خلال نص المادة 11 منه<sup>1</sup>، قد أعطى الحق لكل شخص طبيعي أو معنوي من تبليغ السلطات المختصة بكل حالة سوء معاملة أو إهمال في حق الشخص المسن، فالمشرع الجزائري يعتبر حق التبليغ كضمانة لحماية الشخص المسن، ولكن في حقيقة الأمر ليست بضمانة كافية، إذ كان عليه أن يلزم كل شخص معنوي أو طبيعي بما فيها مهني الصحة من التبليغ عن سوء المعاملة ولا يكتفي بإعطاء الحق، لأن الشخص الذي شاهد أو لاحظ سوء معاملة حسب نص هذه المادة تعطي له الحق في التبليغ ولا تلزمه، فإن أراد التبليغ، فله ذلك، وإن لم يرد التبليغ فلا شيء يلزمه بالقيام بذلك.

إلا أنه بالرجوع لقانون الصحة الجديد لا سيما المادة 198 منه<sup>2</sup>، نجد أن هذه المادة قد ألزمت مهني الصحة أثناء أدائهم لمهامهم بإعلام المصالح المعنية عن حالات العنف التي لاحظوها على المريض، وذكر من هؤلاء الأشخاص النساء والمسنة...، وبالتالي هناك بعض التناقض بين القوانين، فمن جهة التبليغ عن سوء المعاملة حق، ومن جهة أخرى واجب، فما على المشرع من تقديم ضمانات أكثر لحماية الفئة الضعيفة في المجتمع وذلك برفع هذا التناقض وبالتالي جعل فكرة التبليغ عن مثل هذه الأفعال ملزم من جهة، ومن جهة أخرى حماية مهني الصحة عند التبليغ من متابعتهم على أساس أنهم لم يحترموا السر المهني.

## الفرع الثاني: تعريض الغير للخطر.

نص المشرع الفرنسي في قانون العقوبات على جريمة تعريض الغير للخطر، حيث يعتبر هذه الجريمة قائمة كلما كان هناك فعل يعرض الغير مباشرة لخطر حال بالموت أو الجروح التي تؤدي إلى قطع عضو أو عاهة مستديمة نتيجة انتهاك بصفة إرادية واضحة للالتزامات الخاصة بالأمن أو الحيطة المفروض بواسطة القانون أو التنظيمات<sup>3</sup>. ولقيام جريمة تعريض الغير للخطر

<sup>1</sup> - نصت المادة 11 من القانون رقم 10-12 المؤرخ في 29 ديسمبر سنة 2010، يتعلق بحماية الأشخاص المسنين، على أنه: "ضمانا لحماية الأشخاص المسنين يحق لكل شخص طبيعي أو معنوي تبليغ السلطات المختصة بكل حالة سوء معاملة أو إهمال في حق الشخص المسن".

<sup>2</sup> - المادة 198 من قانون الصحة الجزائري الجديد، نصت على أنه: "يتعين على مهني الصحة، خلال ممارسة مهامهم اعلام المصالح المعنية بحالات العنف التي اطلعوا عليها والتي تعرض لها، لا سيما النساء والأطفال والمراهقون القصر والأشخاص المسنون، وعديمو الأهلية والأشخاص مسلوبو الحرية".

<sup>3</sup> - a. 223-1 C. pén. Français : « Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de

يجب توافر ركنين هاميين، ألا وهما الركن المادي والركن المعنوي.

فأما عن الركن المادي المكون لهذه الجريمة، فإنه يتحقق بتواجد ثلاثة عناصر أساسية، والتي تتمثل في انتهاك الالتزام المتعلق بالأمن والسلامة الذي من شأنه أن يؤدي إلى خلق حالة توقع الضحية في خطر حال<sup>1</sup>.

فالعنصر الأول المكون للركن المادي لجريمة تعريض الغير للخطر، فإنه يتمثل في انتهاك التزام خاص بالأمن أو السلامة، والذي يجب أن يكون متعلقا بواجب ضمان السلامة والأمن، بمعنى آخر، أن هذا الالتزام يمنع من وقوع اعتداء على روح أو جسد الانسان. كما يجب أن يكون هذا الالتزام خاصا، ويتحقق ذلك عندما يكون الالتزام محددًا بدقة وبشكل واضح وصريح للتصرفات الواجب إتباعها، معنى ذلك، أن هذا الالتزام يفرض على الطبيب سلوك نموذجي يجب أن يوافق كل النصوص والقواعد القانونية أو التنظيمية بشكل واضح لا لبس فيه، والذي من خلاله يمكن تحديد إن كان الطبيب أو الجراح مثلا قد عرض الغير إلى الخطر أم لا. كما يجب أن يكون هذا الالتزام منصوص عنه في القوانين أو اللوائح التنظيمية الصادرة عن السلطات المخولة لها صلاحيات في ذلك<sup>2</sup>، وبالتالي يخرج من هذا النطاق كل من النظام الداخلي، والقواعد المهنية

---

blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. ».

<sup>1</sup> - عريب ثاني نجية، الحماية الجنائية للحق في الحياة، دراسة مقارنة، رسالة الدكتوراه في القانون العام، جامعة أبوبكر بلقايد، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تلمسان، 2014-2015، ص 239.

- **Marc (P)**, De la mise en danger d'autrui, Recueil Dalloz, 1994, Chronique, p. 153.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., crim., 18 mars 2008, 07-83.067, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« Attendu que le délit de mise en danger d'autrui ne peut être caractérisé qu'en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence prévue par la loi ou le règlement;

Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de procédure que le docteur Yves X..., médecin de garde, appelé, dans la nuit du 8 au 9 octobre 1998, à Diemoz (Isère), au chevet de Danielle Y..., qui avait subi, le 16 septembre précédent, une intervention de chirurgie cardiaque avec pose d'une prothèse valvulaire aortique et mitrale et qui souffrait de vomissements et de violentes douleurs abdominales, a diagnostiqué, après un examen qualifié de sommaire par un expert, une gastro-entérite ne relevant pas d'une hospitalisation dans l'établissement où la malade avait été opérée ; qu'averti trois quarts d'heure plus tard de l'aggravation de l'état de cette patiente, il s'est borné à conseiller téléphoniquement une hospitalisation et à fournir les coordonnées d'un ambulancier en indiquant qu'il passerait, le lendemain, signer le bon de transport ; que Danielle Y... a finalement été admise, à 6 heures 30, à l'hôpital cardiologique de Bron, où a été diagnostiquée une complication post-opératoire justifiant un drainage chirurgical en urgence;

Attendu que, pour déclarer Yves X... coupable de mise en danger d'autrui, l'arrêt énonce qu'en

والأخلاقية التي لم يصادق عنها بموجب لائحة تنظيمية من طرف المصالح المختصة<sup>1</sup>.

أما عن العنصر الثاني المكون للركن المادي لجريمة تعريض الغير للخطر، فإنه يتمثل في وجود الخطر، بغض النظر عن وقوع الضرر من عدمه، فلا تهم النتيجة بقدر ما يهم وجود حالة الخطر، فتعريض الغير للخطر لا يقتضي تحقق النتيجة الضارة<sup>2</sup>.

ولكن عملية إثبات وجود الخطر ليس بالأمر السهل إثباته مقارنة بإثبات الضرر، فالضرر هو نتيجة مادية ملموسة لخطر معين، يمكن قياسها وتقدير قيمتها، أما الخطر فهو ظرف محيط بالشخص، وهو ظرف قد يؤدي إلى حدوث ضرر بشكل جسيم أو ربما يكون بشكل بسيط أو لا ضرر إطلاقاً<sup>3</sup>، وهذا ما يصعب من عملية إثباته، وهذا الأمر نفسه يعطي للقاضي سلطة تقديرية واسعة نوعاً ما في عملية إثبات وجود الخطر أو عدمه، وهذا يعني أن للقاضي دور كبير في عملية تحديد ما هو الخطر الحقيقي الواضح الذي يمكن أن يشكل تهديداً بانتهاكاً للالتزام، وما هو الخطر غير الواضح والذي لا يشكل حتى وجوده خطراً حقيقياً على الأشخاص<sup>4</sup>.

فالخطر يوجد بمجرد انتهاك الطبيب مثلاً للالتزام بالأمن والسلامة والتي من شأنه أن يسبب ضرراً تصل نتائجه إلى حد الموت للغير أو الاعتداء على سلامته الجسدية، معنى ذلك أن جريمة تعريض الغير للخطر تفرض وجود خطر بصفة جلية وواضحة، ومثال ذلك عدم احترام الطبيب لقواعد الأمان المتعلقة بنقل الدم<sup>5</sup>.

إضافة لذلك يجب أن يكون الخطر حالاً، وأن يؤدي هذا الخطر إلى الموت أو إلى جروح

---

procédant à un examen médical sommaire de la malade, dont il connaissait les antécédents chirurgicaux, en omettant de consulter le médecin régulateur du SAMU, puis d'organiser le transfert de la patiente à l'hôpital, il a fait preuve d'insuffisance professionnelle, doublée de désinvolture, caractérisant la violation de l'obligation particulière de sécurité et de prudence définie aux articles 32 et 33 du code de déontologie médicale, devenus R. 4127-32 et R. 4127-33 du code de la santé publique, de sorte que Danielle Y... a été exposée à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente ; ».

<sup>1</sup> - **Marc (P)**, op. cit., p. 155.

<sup>2</sup> - **Isabelle (M-D)**, L'émergence de la notion de mise en danger d'autrui en droit pénal, R.G.D.M., N° 2, 1999, pp. 187,188.

<sup>3</sup> - المقصود بالمخاطر هنا كل المخاطر التي تمس بالإنسان وليس الممتلكات والأموال.

<sup>4</sup> - **Marc (P)**, op. cit., p. 157.

<sup>5</sup> - رنا إبراهيم العطور، جريمة تعريض الغير للخطر في قانون العقوبات الفرنسي، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الشرعية والقانونية، مجلد 8، عدد 2 جوان 2011، الجامعة الأردنية، عمان الأردن 2011، ص 158.

تؤدي إلى بتر أو إحداث عجز، فهذا الشرط ضروري جدا اذا كنا نريد تقادي أي تعسف في رفع الدعاوى القضائية، حيث أنه يجب أن يخلق الفاعل بسلوكه المخالف للالتزام القانوني أو التنظيمي خطرا حقيقيا وحالا، وليس خطرا افتراضيا عرضيا<sup>1</sup>. ولكن هذا الشرط في حد ذاته يطرح اشكال يتعلق بتقدير طبيعة الخطر إن كان حالا والتي غالبا ما تقاص بالظروف المحيطة، وهذا ما يدفع القضاة للاجابة عن هذه الاشكالية بالبحث إن كان الفاعل واعيا وعلى يقين بأن سلوكه لا يعرض الغير للخطر، وبالتالي في هذه الحالة لا تقوم جريمة تعريض الغير للخطر، لأنه لقيام هذه الجريمة يجب أن يجتمع شرط انتهاك الفاعل لالتزامه القانوني أو التنظيمي بشرط وجود خطر الموت أو الجرح ودون أن يكون هناك أي وسيط بينهما<sup>2</sup>.

أما عن العنصر الثالث المكون للركن المادي لجريمة تعريض الغير للخطر، فيتمثل في العلاقة السببية المباشرة بين الخطأ وخطر الموت أو الجروح المؤدية إلى بتر أو عجز كلي، حيث أظهر المشرع الفرنسي ضرورة وجود علاقة سببية مباشرة ما بين الخطر والانتهاك بقوله " الفعل الذي يعرض الغير لخطر مباشر... بإنتهاك إرادي واضح للأوضاع التي تلزم المحافظة على الأمن والسلامة"<sup>3</sup>، فصحيح أن أركان تحقق الجريمة تتمثل في وجود انتهاك للالتزام ووقوع خطر، ولكن لا يمكن اعتبار أي انتهاك هو مسبب للخطر، إذ يجب أن يكون هذا الانتهاك هو السبب المباشر الذي أدى لقيام الخطر<sup>4</sup>، وليس أحد الأسباب التي أدت لقيامه، أو أن يكون سببا

<sup>1</sup> - Marc (P), op. cit., p. 158.

<sup>2</sup> - C. cass., crim., 05 janvier 2005, 04-82738, publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> :

« alors, enfin, que le délit de mise en danger est une infraction intentionnelle, qui exige une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, ce qui signifie que l'agent doit avoir connaissance de l'obligation particulière qu'il méconnaît, et conscience que son comportement illicite expose autrui à un risque pour sa vie ou son intégrité corporelle ; qu'en se bornant à relever l'existence d'une méconnaissance des règles applicables aux établissements de santé, sans constater que le prévenu avait conscience que la structure Urgence 24 devait recevoir cette qualification et que ces règles lui étaient applicables, et que c'est en connaissance de cause qu'il aurait exposé les patients à un risque de mort ou d'atteinte à l'intégrité corporelle, la cour d'appel n'a pas caractérisé l'élément intentionnel du délit de mise en danger d'autrui, et a violé les textes susvisés »

<sup>3</sup> - « Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat ... par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité... »

<sup>4</sup> - C. cass., crim., 6 octobre 2009, 09-81.037 , publié, <https://www.legifrance.gouv.fr> : « Vu l'article 593 du code de procédure pénale, ensemble l'article 223-1 du code pénal

Attendu que le délit de mise en danger d'autrui n'est constitué que si le manquement défini par cet article a été la cause directe et immédiate du risque auquel a été exposé autrui;

Attendu que, pour déclarer Freddy X... coupable de mise en danger d'autrui, l'arrêt attaqué, après avoir relevé que l'expert a indiqué que le surdosage de Cymevan exposait le patient à diverses complications, hématologiques, hépatiques, gastriques ou rénales, réversibles si elles étaient traitées,

ثانويا في تحقق الخطر<sup>1</sup>.

أما عن الركن المعنوي لجريمة تعريض الغير للخطر، فيتحقق ذلك عندما يكون للفاعل إرادة في انتهاك القاعدة المنصوص عليها، وكذلك علم الجاني بالخطر الذي قد يصيب الضحية.

فأما عن العنصر الأول الذي يجب أن يتوفر عليه الركن المعنوي والمتمثل في ضرورة تواجد إرادة لدى الفاعل في انتهاك القواعد القانونية أو اللوائح التنظيمية، فإنه يتحقق كلما كان هناك انتهاك متعمدا وبوضوح رغم علم الفاعل بأن فعله قد يؤدي إلى تعريض المريض مثلا إلى خطر حال بالموت أو الجرح الذي من شأنه أن يؤدي إلى بتر أو عجز دائم، وهذا ما جاء في صريح المادة 1-223 من قانون العقوبات الفرنسي " VIOLATION MANIFESTEMENT " DILIBEREE<sup>2</sup>.

فالإرادة المقصودة في هذه الجريمة، ليس إلحاق الضرر، وإنما المقصود هنا، إرادة انتهاك الالتزام الذي قد يتسبب في قيام خطر للغير، كأن يتغافل الطبيب عن الالتزام بتعقيم أدوات طبية مستعملة بالرغم من معرفته المسبقة أن فعله هذا قد يشكل خطرا للمريض وليس بالضرورة تحقق الضرر<sup>3</sup>.

فجريمة تعريض الغير للخطر، هي من الجرائم المقصودة<sup>4</sup> رغم أن الفاعل لم يبحث عن

---

retient que l'infraction est constituée dès lors que, si elles ne donnent pas lieu de manière diligente à des traitements adaptés, de telles complications sont susceptibles de mettre en danger la vie du patient; Mais attendu qu'en statuant ainsi, sans caractériser de lien direct et immédiat entre la violation de l'obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par le règlement qu'elle relève et le risque de mort ou d'infirmité permanente auquel aurait été exposé le patient, la cour d'appel a méconnu le sens et la portée de l'article susvisé ; ».

<sup>1</sup> - Isabelle (M-D), op. cit., p. 190.

- Mayaud (Y), Du lien de causalité dans le délit de risques causes à autrui, R.S.C., 1999, p. 581.

<sup>2</sup> - رنا إبراهيم العطور، المرجع السابق، ص 157.

<sup>3</sup> - عريب ثاني نجية، المرجع السابق، ص 245.

<sup>4</sup> - هناك اختلاف فقهي حول جريمة تعريض الغير للخطر إن كانت جريمة مقصودة أو غير مقصودة، حيث أن هناك رأيان، فأما عن الرأي الأول، والذي يرى بأن جريمة تعريض الغير للخطر تعد من الجرائم غير المقصودة بالرغم من أن تعريض الغير للخطر مصدره إرادة متعمدة من الفاعل، فأصحاب هذا الرأي يكيّفون إرادة الفاعل على أنها خطأ جسيم، حيث يستند أصحاب هذا الرأي على فكرة أن المشرع الفرنسي لما جاء بنص المادة 1-223 من

النتيجة الضارة أو حتى أنه لا يعلم بأنه بفعل هذا يحدث ضرر للغير، فالنية في هذه الجريمة تتمثل في الإرادة المتعمدة بالتصرف في ظروف معينة لانتهاك لواجب مؤدي إلى خطر حال بالموت أو الجرح الجسيم للغير، فلا يوجد بحث عن ضرر، وإنما مجرد بحث عن خطر الإضرار<sup>1</sup>.

---

قانون العقوبات، جاء بها في إطار الحديث عن الاخلال بالالتزام الخاص بقواعد الأمن والسلامة المنصوص عنها في القوانين والتنظيمات، وبالتالي تعتبر - حسب رأيهم - صورة من صور الاخلال بواجب الحيطة والحذر. كما استبعد أصحاب هذا الرأي، فكرة القصد الاحتمالي، إذ أن القصد الاحتمالي - حسب رأيهم - يقوم على توقع الفاعل لنتيجة حتمية جراء انتهاك لالتزام قانوني أو تنظيمي، غير أنه في جريمة تعريض الغير للخطر لا يمكن الجزم فيها باليقين بأن الفاعل قد أراد نتيجة محققة عن انتهاكها للالتزامات الخاصة بالأمن والسلامة حتى ولو كان ذلك عن وعي وتبصر منه.

وحتى وإن اعتبرت جريمة تعريض الغير للخطر من الجرائم غير المقصودة، إلا أن هناك رأي داخل هذا الرأي، يرى بضرورة التفرقة بين انتهاك التزام نتيجة عدم التبصر الواعي، وانتهاك التزام نتيجة تبصر واعي. فأما بالنسبة لحالة التبصر غير الواعي، فإنه - حسب هذا الرأي - يكون نتيجة عدم الانتباه أو الرعونة أو الخطأ البسيط، وعلى هذا الأساس يعتبر الانتهاك غير ارادي، وبالتالي فالضرر ينسب هنا إلى غلط في تقدير الظروف والوقائع، وبالتالي يسأل الفاعل عن الضرر الحاصل نتيجة إهمال فقط، ولا يعتد بالمخاطر حتى وإن لم يتحقق الضرر فيه.

أما بالنسبة لحالة التبصر الواعي، فيكون ذلك نتيجة ارادة واعية مقصودة للفعل والسلوك الخطر والذي يتمثل في انتهاك التزام قانوني مثلاً قد يؤدي إلى تعريض الغير للخطر، كأن يقوم الطبيب بإجراء عملية نقل الدم دون أن يقوم بإختبار لمعرفة فصيلة دم المريض إذا كان هذا الأخير فاقدا للوعي أو لا يعلم فصيلة دمه، مما قد يلحق ضرراً به، فهنا يكون الطبيب واعياً بالمخاطر التي قد تحدث جراء فعله على أمل أن لا يحدث أي ضرر ففي هذه الحالة - حسب هذا الرأي - يتوفر هنا القصد الاحتمالي، والذي يمثل خطأ جسيم. ولكن ما يعاب على هذا الرأي الأخير، هو أنه لا يمكننا موازنة الخطأ الجسيم المعمول به في القانون المدني بفكرة القصد الجنائي أو العمد، وذلك لصعوبة تطبيقها في مجال العقوبات، إذ أنه هناك فرق بين القتل أو الجرح العمد وحالة القتل والجرح غير العمد.

أما عن الرأي الثاني، والقائل بأن جريمة تعريض الغير للخطر تعد من الجرائم المقصودة، وفي ردهم عن فكرة القصد الاحتمالي، يعتبرون بأن القصد الاحتمالي هو صورة من صور جريمة تعريض الغير للخطر المقصود لأنه في حقيقة الأمر، نجد أن المشرع الفرنسي في الأصل، قد نص على جريمتين مستقلتين، أحدها متعلقة بجريمة تعريض الغير للخطر والمنصوص عنها في المادة 223-1 من قانون العقوبات الفرنسي، والأخرى متعلقة بالجرائم الناتجة عن عدم الاحتياط والإهمال والتي جاءت في نص المادة 121-3 من نفس القانون.

<sup>1</sup> - Mayaud (Y), Du caractère non intentionnel de la mise en danger délibérée de la personne d'autrui, R.S.C., 1996, p. 651.

خلاصة القول أنه لقيام الركن المعنوي، في هذه الجريمة يجب أن يكون هناك خرق متعمد واضح، مدرك، مرغوب وبعد تفكر، فالأمر إذا لا يتعلق بالإهمال واللامبالاة للقاعدة القانونية أو التنظيمية لقواعد الأمن والحذر.

أما العنصر الثاني من الركن المعنوي فيتمثل في العلم ، إذ لا يكفي أن يكون الشخص مدركا لانتهاكه التزاما منصوص عنه في القانون أو اللوائح التنظيمية، بل يجب أن يكون على علم جيد بما قد يترتب عن فعله الذي يقوم به من خطر قد يصيب الغير، فلا يكفي علم الطبيب الجراح أن استعمال أدوات طبية غير معقمة، يعد خرقا صارحا لالتزاماته المنصوص في القوانين أو التنظيمات، بل عليه أن يعلم أيضا أنه بهذا التصرف يعرض حياة المريض للخطر، وهذا لا يحتاج إلى أي نوع من الإثبات ما دام أن جريمة تعريض الغير للخطر هي جريمة عمدية، حيث أكد المشرع الفرنسي على ذلك بقوله في المادة 1-223 من قانون العقوبات " الفعل الذي يعرض الغير لخطر مباشر... بانتهاك إرادي واضح"<sup>1</sup>، ما يعني بوضوح أن الفاعل على علم بأنه يرتكب هذه الجريمة، وذلك بأنه على علم مفترض بتعريض الآخرين في موقع خطر، وهو أمر لا يحتاج إلى أي نوع من الإثبات، فالطبيب كان يعلم مسبقا أنه بإجرائه لعملية نقل الدم دون معرفة فصيلة دم المريض يعرض هذا الأخير لخطر الموت.<sup>2</sup>

المشرع الجزائري لم ينظم جريمة تعريض الغير للخطر على المنوال الذي قام به المشرع الفرنسي، حيث اكتف للاشارة في المادة 413 من قانون الصحة الجديد بمعاينة وفقا لأحكام قانون العقوبات مهني الصحة عن كل تقصير أو خطأ يؤدي لضرر بالسلامة الجسدية، أو يحدث له عجزا مستديما، أو يعرض حياته للخطر أو يتسبب في وفاته.<sup>3</sup>

---

- رنا إبراهيم العطور، المرجع السابق، ص 155، 156.

- عريب ثاني نجية، المرجع السابق، ص 235، 236.

<sup>1</sup> - « Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat ... par la violation manifestement délibérée...».

<sup>2</sup> - Marc (P), op. cit., p. 155,156.

<sup>3</sup> - تنص المادة 413 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: " باستثناء الضرورة الطبية المبررة، يعاقب طبقا لأحكام المواد 288 و 289 و 442 (الفقرة 2) من قانون العقوبات، كل مهني الصحة، عن كل تقصير أو خطأ مهني تم إثباته، يرتكبه خلال ممارسته مهامه أو بمناسبة القيام بها، ويلحق ضررا بالسلامة البدنية لأحد الأشخاص أو بصحته أو يحدث له عجزا مستديما أو يعرض حياته للخطر أو يتسبب في وفاته ".

فالمشروع الجزائري من خلال نص هذه المادة، نلاحظ أنه قد جاء بعبارة " يعرض حياته للخطر"، فهل المقصود من هذه العبارة هي جريمة تعريض الغير للخطر أم شيء آخر، لأنه لو كان المقصود منها جريمة تعريض الغير للخطر، فالمادة 413 من قانون الصحة الجديد ليس بالمكان المناسب لها، لأن المادة تكلمت عن حالة التقصير أو الخطأ المهني، في حين أن جريمة تعريض الغير للخطر لا تقوم نتيجة خطأ أو تقصير، بل تقوم على أساس انتهاك لالتزام مقصود، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، المشروع الجزائري حينما ذكر تعريض حياة المريض للخطر، لم يبين إن كان هذا الخطأ أو التقصير له علاقة بانتهاك القوانين واللوائح التنظيمية، كما أنه لم يبين إن كانت مسؤولية الطبيب تقوم بمجرد علمه بالمخاطر التي قد تقع، أم أنه يجب حدوث الضرر.

## المبحث الثاني

### المسؤولية التأديبية للطبيب في الحالات الاستعجالية

تعتبر مهنة الطب مهنة أخلاقية قبل كل شيء، حيث تقوم على أساس الثقة التي تربط الطبيب بالمريض، ولدوام هذه الثقة، وضعت قواعد أخلاقية تنظم هذه المهنة، ومخالفة هذه القواعد من طرف الطبيب، حتى ولو كانت حالة استعجالية قائمة، يؤدي إلى قيام مسؤوليته التأديبية.

فالمسؤولية التأديبية إذا تهدف إلى ضمان السير الحسن للممارسات الطبية سواء في الحالات العادية أو الاستعجالية، وسواء تعلق الأمر بالممارسات الطبية في المؤسسات الصحية العامة، أو الخاصة أو خارجها، فالكل يخضع لنفس القواعد مع وجود بعض الاستثناءات سوف نتطرق إليها في الحالات الاستعجالية.

وفي سبيل تحقيق الهدف من إقرار المسؤولية التأديبية، أقرت كل التشريعات بمعاقبة الطبيب الذي أخل بالقواعد الأخلاقية، والتي إما تتعلق بحقوق المريض الاستشفائية أو بعلاقة الطبيب مع زملائه في المهنة.

ولكن لمتابعة الطبيب الذي أخل بأخلاقيات الطب، أقر كل من المشروع الجزائري والفرنسي

إجراءات يجب اتباعها أثناء مساءلته، وهذه الاجراءات تهدف من جهة لضمان حق المريض في متابعة الطبيب أمام الهيئات النظامية التابع لها هذا الأخير، ومن جهة أخرى تضمن للطبيب الحق في الدفاع عن نفسه.

وعلى هذا الأساس قسمنا هذا المبحث إلى مطلبين، نتناول في الأول فحوى أخلاقيات الطب المتعلقة بممارسات الطبيب في الحالات الاستعجالية، و في المطلب الثاني تناولنا اجراءات تأديب الأطباء والعقوبات التي يمكن أن يتعرض لها جراء خرقه للقواعد الأخلاقية.

### **المطلب الأول: محتوى القواعد الأخلاقية.**

القواعد الأخلاقية الطبية هي مجموعة من الحقوق والواجبات التي تحكم مهنة الطب، وسلوك من يمارسونها، والعلاقة فيما بينهم وبين المرضى، وتتمثل هذه القواعد في ضرورة ضمان واحترام شرف المهنة، وتعامله مع زملائه، وضمان مصلحة الصحة العامة، والتنفيذ الصحيح للاستقلالية المهنية للأطباء، وضمان جودة في الرعاية الصحية على أساس المعرفة العلمية الحالية واحترام التوصيات، والمحافظة على الثقة مع المريض، وذلك بالمحافظة على السر الطبي ومراعاة حسن السيرة والاستقامة والنزاهة والأمانة، والصدق والإخلاص والوفاء والتفاني، وهذه السلوكيات تجد أثرها في واجبات الأطباء تجاه المريض، فهذه القواعد إذا وضعت لتحديد الايطار الذي يجب على الطبيب احترامه وعدم الخروج عنه وإلا قامت مسؤوليته التأديبية.

ولكن ما يهمنا في هذه النقطة، هي القواعد الأخلاقية التي تثير اشكالات في التطبيق أثناء قيام حالة استعجالية والتي في الغالب تمس الكرامة البدنية (الفرع الأول) والنفسية للمريض (الفرع الثاني).

### **الفرع الأول: حماية الكرامة البدنية للمريض.**

تم الحماية الأخلاقية للكرامة البدنية للمريض إما بصفة مباشرة، وذلك عن طريق القواعد الأخلاقية التي تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال إلتزاماته اتجاه هذا الأخير، وإما أن تكون بصفة غير مباشرة من خلال قواعد أخلاقية دائماً، تتعكس على حماية سلامة المريض مهما

كانت حالة المريض حتى ولو كانت في حالة استعجالية.

فمن القواعد الأخلاقية التي تحقق حماية مباشرة، نجد الالتزام بتقديم المساعدة الطبية المستعجلة، حيث أن كل طبيب يوجد أمام مريض أو مجروح في حالة خطر، أو أنه قد أعلم بأن هناك مريض أو مجروح في حالة خطر، وجب عليه تقديم المساعدة الطبية، أو أنه يضمن بأن يحصل المريض أو المجروح على العلاج الضروري<sup>1</sup>، فتقديم المساعدة الطبية للشخص في حالة خطر، هي قاعدة أخلاقية يجب على الطبيب احترامها، وإلا تعرض لعقوبات تأديبية بالإضافة لعقوبات جزائية كما سبق تبيانه من قبل، وفي هذا قرار لمجلس الدولة الفرنسي الصادر في 12 مارس 1976 والذي صادق على عقوبات تأديبية ضد طبيب لعدم احترامه لهذه القاعدة<sup>2</sup>.

هناك كذلك التزام الطبيب الذي طلب منه فحص مسجون بأن يبلغ عن كل سوء معاملة أو مساس لجسم ونفسية هذا المسجون لاحظها أثناء الفحص والعلاج السلطات القضائية، ولكن بعد

---

<sup>1</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 9 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: "يجب على الطبيب أو جراح الأسنان أن يسعف مريضا يواجه خطرا وشيكا، أو أن يتأكد من تقديم العلاج الضروري له".

- a. R4127-9 du C. santé publ. Français : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

<sup>2</sup> - C.E., section, du 12 mars 1976, 99121, publié **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 417 :

« Considerant que la decision attaquée mentionne qu'elle a été rendue le 15 janvier 1975 ; qu'ainsi le moyen tire à l'encontre de cette decision de l'absence de toute indication de sa date manque en fait ; cons. qu'il résulte des termes mêmes de ladite decision que, pour infliger au sieur raynal y... d'un avertissement, la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins n'a retenu à la charge de ce praticien que le fait de s'être borné à inviter la dame x..., dont le mari venait d'être pris de malaise sur la voie publique, à s'adresser à un confrère installé à proximité, sans s'être enquis de l'état du malade, et sans avoir pris les mesures que pouvait imposer cet état ; qu'en relevant que le b... raynal se trouvait en consultation et en train de donner des soins, et en estimant qu'il devait pour cette raison bénéficier de larges circonstances atténuantes, la section disciplinaire n'a entaché sa decision d'aucune contradiction de motifs ; cons. qu'en estimant que le fait par elle retenu était constitutif d'un manquement à l'obligation énoncée à l'article 5 du code de deontologie médicale, dont les dispositions imposent à tout medecin de porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés, la section disciplinaire n'a pas donné audit fait une qualification inexacte ; cons. enfin que les dispositions de l'article 10, 3 alinéa, de la loi du 16 juillet 1974 exceptent de l'amnistie, édictée au 1er alinéa dudit article pour les faits commis antérieurement au 27 mai 1974 et constitutifs de fautes passibles de sanctions disciplinaires ou professionnelles, notamment ceux de ces faits qui ont "mis en danger la sécurité des personnes" ; qu'en refusant au sieur raynal z... de l'amnistie par le motif que le fait retenu "mettait en cause la sécurité des personnes", la section disciplinaire a fait une exacte application de ces dispositions et suffisamment motivé sur ce point sa decision ; rejet avec dépens ».

الحصول على موافقة المعني، فالطبيب وفقا للقواعد الأخلاقية يعد حامي لهذا المسجون، ولذلك عليه تقديم المساعدة للمسجون في حالة خطر<sup>1</sup>.

من الالتزامات الأخلاقية المباشرة نجد كذلك إلتزام الطبيب بإعلام الأبوين أو الممثل الشرعي إذا ما تعلق الأمر بقاصر أو بالغ يحتاج لحماية، الحصول على رضاء لتقديم العلاج، بإستثناء الحالة الإستعجالية أين يلزم الطبيب بتقديم العلاج حتى ولو لم يتمكن هذا الأخير من الإتصال بهم، ولكن إذا كان بإمكان الطبيب الحصول على رأي من المعني، فهنا ما عليه إلا أن يأخذ ذلك بعين الإعتبار في حدود المعقول، فهذه القاعدة الأخلاقية قد يترتب عنها عقوبات تأديبية في حالة مخالفتها، وإن كان من الصعب إثباتها لأنها تمثل إعتراف للقاصر أو البالغ الذي يحتاج لحماية في اتخاذ قرارات خاصة بصحته من جهة، ومن جهة أخرى أن هذا المريض في حاجة لحماية و بالتالي يجب اتخاذ قرارات بدلا منه<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 12 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " لا يمكن الطبيب أو جراح أسنان المدعو لفحص شخص سلب الحرية أن يساعد أو يعض الطرف عن ضرر يلحق بسلامة جسم هذا الشخص أو عقله أو كرامته بصفة مباشرة أو غير مباشرة و لو كان ذلك لمجرد حضوره، وإذا لاحظ أن هذا الشخص قد تعرض للتعذيب أو لسوء المعاملة، يتعين عليه اخبار السلطة القضائية بذلك...".

- a. R.4127-10 du C. santé publ. Français: " Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité . S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire".

<sup>2</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري و الفرنسي:

- نصت المادة 52 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج لقاصر أو لعاجز بالغ أن يسعى جاهدا لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي و يحصل على موافقتهم. و يجب على الطبيب أو جراح الأسنان في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض".

- a. R.4127-42 du C. santé publ. Français: « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement .

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires .

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ».

نجد كذلك الإلتزام بالتبليغ عن كل سوء معاملة أو حرمان يتعرض له الشخص، ولكن بإتباع الحيطة والحذر، حيث أنه على الطبيب الذي يكتشف بأن الشخص الذي يعالجه كان ضحية سوء معاملة أو حرمان، اتخاذ الإجراءات المناسبة لحمايته مع توخي الحيطة والحذر في ذلك، فإذا تعلق الأمر بقاصر أو شخص لا يمكنه أن يحمي نفسه بسبب سنه أو حالته الجسدية أو النفسية، فهنا على الطبيب تبليغ السلطات القضائية، الصحية أو الإدارية عن كل سوء معاملة أو حرمان وهذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري في نص المادة 54 من مدونة أخلاقيات الطب، والمشرع الفرنسي في المادة 44-4127 R. من قانون الصحة المذكورة سابقا، وما أكدته العديد من الأحكام والقرارات القضائية كذلك<sup>1</sup>.

من بين القواعد الأخلاقية كذلك والتي جاء بها كل من المشرع الفرنسي والجزائري، نجد القواعد المرتبطة أساسا بحقوق المريض، ومن هذه القواعد نجد التزام الطبيب بضمان رعاية صحية مناسبة ومطابقة للمعطيات العلمية شخصيا، وإن تطلب الأمر وجب عليه طلب المساعدة من الغير<sup>2</sup>، كأن يطلب رأي من أحد زملائه في المهنة صاحب خبرة أو اختصاص، فالقاعدة الأخلاقية

<sup>1</sup> - C. E., 4 / 6 SSR, du 11 juillet 2001, 214062, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 419 :

« Considérant qu'aux termes de l'article 44 du code de déontologie : "Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives" ; qu'aux termes de l'article 76 de ce même décret : "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires; "(...)

Considérant que, pour infliger la sanction du blâme à Mme X..., la section disciplinaire a retenu qu'elle avait "remis à la mère d'un enfant de deux ans et demi trois certificats médicaux dont l'un, daté du 4 septembre 1996, relate les propos de l'enfant sur le comportement de son père à son égard, décrit son état d'excitation au moment de l'examen et conclut "ces signes sont en relation avec des attouchements sexuels subis" et "qu'il résulte du rapprochement du deuxième et du dernier alinéa du certificat que cette phrase vise le père de l'enfant" et "qu'en attestant non comme un fait possible, compte tenu des déclarations de la mère et de l'enfant et de son analyse des troubles constatés, mais comme un fait avéré que l'enfant avait subi des agressions physiques et sexuelles de la part de son père, Mme X... a fait état d'un fait qu'elle n'avait pas médicalement constaté" ; qu'en en déduisant que Mme X..., "dans la formulation de la mesure de protection qu'elle a choisi de prendre, ( ...) a manqué à son devoir de prudence et de circonspection", la section disciplinaire, qui n'a pas dénaturé les faits de l'espèce, n'a pas entaché sa décision d'erreur de droit et n'a pas inexactly qualifié ces faits ».

<sup>2</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري و الفرنسي:

- نصت المادة 45 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: "يلتزم الطبيب أو جراح الأسنان بمجرد موافقته

التي وجب على الطبيب احترامها هنا، هي تقديم رعاية صحية مناسبة للمريض شخصيا، إذ لا يمكن للطبيب وخاصة في الحالات الإستعجالية معالجة المريض عن طريق استجواب هاتفي، بل يجب أن يكون هناك تدخل شخصي لتشخيص المرض، أو على الأقل توجيه المريض إلى مصلحة معينة<sup>1</sup>. وهذا الإلتزام يؤدي بالضرورة لإمتناع الطبيب من القيام بأعمال طبية لا تدخل في اختصاصه، سواء تعلق الأمر بالطب العادي أو الطب الإستعجالي<sup>2</sup>.

فالإلتزام بعدم تجاوز الطبيب لإختصاصه<sup>3</sup>، إلتزام يؤكد الإلتزام بتقديم الرعاية الصحية المناسبة شخصيا من الطبيب، والتي بدورها تشمل كذلك إلزامية الطبيب بعدم تعريض المريض

---

على أي طلب معالجة بضمان تقديم علاج لمرضاه يتسم بالإخلاص والتفاني والمطابقة لمعطيات العلم الحديثة، والاستعانة، عند الضرورة، بالزملاء المختصين والمؤهلين".

- a. R.4127-32 du C. santé publ. Français: « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

<sup>1</sup> - **Terrier (E)**, Déontologie médicale et droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle, Thèse de doctorat en droit privé, Université Montpellier 1, 2002, p. 51.

<sup>2</sup> - C.E., 4 / 1 SSR, du 24 septembre 1999, 194421, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 421 :

« Considérant que, pour infliger à M. X... la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois, la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins s'est fondée sur ce que ce praticien avait effectué le 14 décembre 1993 un acte de coeliochirurgie qui avait fait courir un risque injustifié à l'une de ses patientes ; que, si elle n'a pas affirmé que la perforation du côlon, dont la patiente a été victime, aurait été la conséquence d'une faute commise par le médecin, elle a estimé que celui-ci, qualifié en gynécologie médicale et en obstétrique, mais non en chirurgie générale et viscérale, avait outrepassé ses compétences ; que la section disciplinaire, qui n'avait pas à répondre spécifiquement à l'argument tiré par M. X... de ce que l'accident survenu au cours de la coelioscopie était au nombre des aléas chirurgicaux susceptibles de se produire, a suffisamment motivé sa décision;

Considérant qu'en relevant que M. X... n'avait pas de formation ni de compétence en chirurgie générale et viscérale, et en estimant que ce praticien ne pouvait entreprendre, sans commettre d'imprudance et sans faire courir un risque injustifié à la malade, une intervention qui, compte tenu des antécédents de l'intéressée, était susceptible de comporter des difficultés excédant celles de la coeliochirurgie courante et au surplus de conduire à la conversion de l'acte de chirurgie coelioscopique en acte de laparotomie, la section disciplinaire, qui n'a pas dénaturé les pièces du dossier, s'est livrée à une appréciation qui relève de son pouvoir souverain et échappe au contrôle du juge de cassation ».

<sup>3</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 16 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يخول الطبيب وجراح الأسنان القيام بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج، ولا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقدم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات في ميادين تتجاوز اختصاصاته أو امكانياته الا في الحالات الاستثنائية".

- a. R.4127-70 du C. santé publ. Français : « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

لمخاطر غير مبررة، وكذلك إلتزامه بممارسة مهامه الطبية في ظروف مناسبة لتقديم العلاج وضمان أمن المريض، وكذلك الحرص على ضمان كفاءة للأشخاص المساعدين له<sup>1</sup>.

من التزمات الطبيب كذلك الأخلاقية المتعلقة بحق المريض مباشرة، نجد الإلتزام بتكريس الوقت المناسب والضروري أثناء قيامه بالتشخيص، والاستعانة بالمعطيات العلمية المناسبة فإستخدام الطبيب لبعض الطرق أثناء تشخيص المرض قد يؤدي إلى قيام المسؤولية الأخلاقية وذلك إذا كانت هذه الطرق المستخدمة لا توافق المعطيات العلمية المتعارف عليها<sup>2</sup>.

ولقد أُلزم كذلك كل من المشرع الفرنسي والجزائري الطبيب بصياغة الوصفة الطبية بصفة واضحة وضمان فهمها من طرف المريض أو عائلته والسهر على تنفيذها بشكل جيد، وما يقال في هذه الحالة عن الطبيب في الحالات العادية يقال كذلك في الحالات الإستعجالية<sup>3</sup>، وهو ما أكده مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 24 سبتمبر 1999<sup>4</sup>.

كما أن هناك التزم آخر أخلاقي يضمن حقوق المرضى ويتمثل في إلتزام الطبيب بالإمتناع عن تقديم علاج خطير غير مبرر أو وهمي أو غير مسموح به، أو لم يثبت نجاحه علميا بما فيه الكفاية، وهنا الطبيب بفعله المخالف لهذه القاعدة يكون مجازف، متهور ومضلل بالمريض<sup>5</sup>، وفي هذا العديد من القرارات والأحكام التي توبع من خلالها الأطباء وقامت مسؤوليتهم الأخلاقية<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> - **Boyer (B)**, Conclusions sur les aspects déontologiques, R.G.D.M., n° 20, 2006, p. 234.

<sup>2</sup> - **Laperou-schneider (B), Mordefroy (L)**, Droit disciplinaire des professions de santé, R.G.D.M., n° 37, 2010, p. 466.

<sup>3</sup> - **Ponseille (A)**, Médecin, infirmière et exécution d'une prescription médicale : Quelles responsabilités pénales ?, n° 26, R.D.S., 2008, p. 723.

<sup>4</sup> - C. E., 4 / 1 SSR, du 24 septembre 1999, 191014, publié , **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 422 :

« Considérant que, pour rejeter l'appel formé par M. X... contre la décision du conseil régional de l'ordre des médecins du Nord-Pas-de-Calais en date du 10 juin 1995 infligeant à ce praticien la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois, la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins s'est fondée sur ce que le requérant, médecin généraliste, avait dispensé des soins à une personne atteinte d'une pathologie ancienne, grave et évolutive, exigeant la poursuite d'un traitement comportant l'usage de produits à base de cortisone, sans avoir cherché à entrer en rapport avec les médecins traitants de cette patiente et sans avoir indiqué expressément par écrit à celle-ci qu'elle devait impérativement poursuivre les traitements en cours ».

<sup>5</sup> - **Laperou-schneider (B), Mordefroy (L)**, op. cit., p. 467.

<sup>6</sup> - نذكر منها قرار مجلس الدولة الفرنسي الصادر في 23 سبتمبر 1983، المتعلق بتقديم علاج خطير، حيث جاء فيه:

C. E., 2 / 6 SSR, du 23 septembre 1983, 46537, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 423 :

« Considerant, d'une part, qu'aux termes de l'article 18 du decret n° 79-506 du 28 juin 1979, portant code de deontologie medicale : "le medecin doit s'interdire, dans les investigations qu'il pratique,

ومن أهم الالتزامات الأخلاقية التي تضمن حقوق المريض بصفة مباشرة، نجد الإلتزام بضرورة الحصول على رضا المريض في كل ما يخص العمليات التي ينتج عنها بتر للأعضاء قبل القيام بأي عملية دون أي عذر طبي خطير أو في الحالات الإستعجالية أو استحالة اعلام المريض أو أهله<sup>1</sup>، وهو ما أكدته مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 27 جانفي 1982<sup>2</sup>.

---

comme dans les therapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au malade un risque injustifie" ; qu'il ressort des constatations de fait operees par les juges du fond que m. roy a, le 13 novembre 1979, prescrit a l'une de ses patientes un traitement, qui, eu egard a ses elements dont il ne pouvait ignorer le caractere dangereux, aux modalites de son administration et a l'absence d'une surveillance suffisante au cours de son application, etait de nature a exposer cette patiente a un risque serieux ; qu'en affirmant que, par un tel comportement, m. roy avait "meconnu le devoir de prudence qui s'impose a tout medecin lorsqu'il accepte de donner des soins a un patient", la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins, dans sa decision attaquée du 21 juillet 1982, n'a pas denature les faits qui lui etaient soumis ».

أو القرار الصادر عن مجلس الدولة الفرنسي المتعلق بمعاينة طبيب قدم علاج غير مسموح به، حيث جاء في القرار:

C. E., 4 / 1 SSR, du 20 avril 1988, 87262, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 423 :

« Considérant qu'aux termes de l'article 30 du code de déontologie médicale : "Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme leur est interdite" ; qu'il ressort des termes mêmes de ces dispositions que la section disciplinaire peut légalement retenir le caractère insuffisamment éprouvé d'un remède sans être tenue d'en constater le danger, pour en déduire une infraction à l'article 30 du code de déontologie;

Considérant que pour affirmer qu'il en était ainsi dans le cas de la prescription reprochée à M. X..., la section disciplinaire a relevé dans ses motifs qu'il ne s'agissait ni de substances autorisées ni de substances ayant de fait la même composition que celles qui sont autorisées ; qu'en outre, elle a précisé qu'en admettant qu'elles aient eu la composition avancée par le médecin, celui-ci ne justifiait pas de travaux scientifiques accomplis par lui-même ou par des tiers permettant d'attribuer à ce remède des effets utiles pour le patient d'après le diagnostic qu'il indiquait avoir posé ; qu'il ressort des termes mêmes de la décision, contrairement à ce qu'allègue le requérant, que les substances prescrites ne correspondaient pas à un médicament autorisé ; qu'en répondant ainsi aux explications avancées par le médecin sur l'efficacité de ce remède, la section disciplinaire ne les a pas dénaturées et a nécessairement entendu écarter le moyen incidemment soulevé, selon lequel le médecin aurait pu prescrire ce remède à titre de "placebo" ; que sa décision est, par suite, suffisamment motivée ; qu'en relevant que la thérapeutique employée n'impliquait pas l'utilisation de substances autorisées ou ayant en fait la même composition, la section disciplinaire n'a pas inexactement qualifié les faits dont elle était saisie ; que l'appréciation que la section disciplinaire a faite des effets utiles pour les patients de ces remèdes échappe au juge de cassation »

<sup>1</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 34 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " لا يجوز اجراء أي عملية بتر أو استئصال لعضو من دون سبب طبي بالغ الخطورة، وما لم تكن ثمة حالة استعجالية أو استحالة، الا بعد ابلاغ المعني أو وصيه الشرعي وموافقتة".

- a. R.4127-41 du C. santé publ. Français : « Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement ».

<sup>2</sup> - C. E., 1 / 4 SSR, du 27 janvier 1982, 10796, publié, **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p 424 :

ومن الإلتزامات كذلك نجد الإلتزام بضمان استمرارية العلاج، حيث أنه على الطبيب مهما كانت الظروف، ضمان استمرارية العلاج للمريض، ولتحقيق ذلك فإنه على الطبيب في الحالات الإستعجالية أن ينقل كل المعلومات وكشف الفحوصات الطبية والعلاج الذي قدم للمريض إلى الطبيب المعالج أو إلى المصلحة التي قد ينقل إليها بعد رفع حالة الخطر عنه، وإلا أعتبر مرتكباً لخطأ أخلاقي يمكن من خلاله متابعتة وتعرضه لعقوبات تأديبية<sup>1</sup>.

أما عن الحماية غير المباشرة، فنجد أن قواعد أخلاقيات الطب سواء في التشريع الجزائري أو الفرنسي، تحتوي على مجموعة من المبادئ ليس لها هدف محدد في مجال حماية الكرامة الجسدية للمريض، ولكن آثارها تؤدي إلى تحقيق هذه الحماية، وأهم هذه القواعد والتي لها علاقة كذلك بالطبيب الذي يتكفل بالحالات الإستعجالية نجد، استقلالية الطبيب في أدائه لمهامه، وحرية في تحرير الوصفات الطبية.

فأما عن مبدئ استقلالية الطبيب في أدائه لمهنته، فالهدف منها هو إعطاء ضمان كافي للمريض للإحساس بالأمان اتجاه الطبيب بأنه لا يقوم إلا لما له منفعة، لهذا فكل عمل يقوم به الطبيب قد يخالف استقلاليته في أداء مهامه، فإنه ممنوع عليه القيام به<sup>2</sup>، ومخالفة ذلك يترتب عنها

---

« Considerant que le docteur x... se pourvoit contre la decision de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins, en date du 26 octobre 1977, qui lui a inflige la peine de l'interdiction d'exercer la profession medicale durant six mois, a compter du 8 janvier 1978 ; sur le moyen pris de ce que la decision attaquée serait entachée de denaturation ou d'inexacte qualification des faits, en tant qu'elle fait grief au docteur x... d'avoir pratiqué une hysteropexie sans accord préalable de la patiente ; considerant que, quels qu'aient été les motifs allégués par sa cliente pour refuser l'hysteropexie qu'il avait proposé de pratiquer à l'occasion de l'interruption volontaire de grossesse demandée par l'intéressée et quelque interprétation qu'il ait pu faire de ces motifs, en raison d'un incident opératoire survenu durant l'interruption de grossesse, ce refus interdisait au docteur x..., sauf le cas de danger immédiat pour la vie ou la santé de la patiente, de passer outre la volonté ainsi clairement exprimée par celle-ci. que, dans ces conditions, la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins n'a pas dénaturé ou inexactement qualifié les faits de la cause, en énonçant dans sa décision que le requérant n'avait pas pu obtenir l'accord préalable de sa cliente à l'hysteropexie ».

<sup>1</sup> - Walczak (L), Implication du médecin généraliste dans la continuité du traitement de l'urgence, Thèse de doctorat en médecine, Université Montpellier 1, 1999, p. 12.

<sup>2</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 10 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " لا يجوز للطبيب وجراح الأسنان أن يتخليا عن استقلالهما المهني تحت أي شكل من الأشكال".

- a. R.4127-5 du C. santé publ. Français : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

قيام مسؤوليته عن كل القرارات والنشاطات التي يقوم بها<sup>1</sup>.

فمبدئ استقلالية الطبيب في وضع تشخيص أو تقرير علاج معين، يمنع من أن يتواجد الطبيب تحت تسلسل هرمي والذي من شأنه أن يعرقل أداء مهنته بكل حرية، وبالتالي نقادي تضارب المصالح<sup>2</sup>.

أما عن حرية الطبيب في تحريره للوصفات الطبية<sup>3</sup>، فهي في حقيقة الأمر ميزة من ميزات مبدئ استقلالية الطبيب في أداء مهامه، فوفقا للقواعد الأخلاقية المنظمة لذلك، للطبيب كامل الحرية في تحرير وصفة طبية ما دام أنها تتناسب مع الحالة الصحية للمريض<sup>4</sup>، ولا تتجاوز هذه معارفه العلمية وإمكانياته وخبرته، ومن أجل هذا، فالأطباء ملزمون بالإستمرار في الحصول على التكوين المناسب<sup>5</sup> وذلك بالمشاركة في دورات تكوينية مثلا، والهدف من ذلك هو تحسين معارفهم العلمية، تقييم الممارسات الطبية المعمول بها، وتحسين نوعية العلاج وضمان أمن المريض مع

---

<sup>1</sup> - **Jean-Marie (F)**, Réglementation de l'exercice médical et indépendance professionnelle, L'indépendance de la décision médicale, rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins du 19 Juin 2010, p. 8.

<sup>2</sup> - **Lefebvre (J)**, Déontologie des professions médicales et de santé, 3ème éd., Les Etudes Hospitalières, B.N.D.S., 2011, p. 110.

<sup>3</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 11 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: "يكون الطبيب وجراح الأسنان حرين في تقديم الوصفة التي يريانها أكثر ملاءمة للحالة، ويجب أن تقتصر وصفاتهما وأعمالهما على ما هو ضروري في نطاق ما ينسجم مع نجاعة العلاج ودون إهمال واجب المساعدة المعنوية".

- a. R.4127-8 du C. santé publ. Français : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles».

<sup>4</sup> - **Jean-Marie (F)**, op. cit., p 19.

<sup>5</sup> - هذا ما نص عنه كل من المشرع الجزائري والفرنسي:

- نصت المادة 10 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " من حق الطبيب أو جراح الأسنان ومن واجبه أن يعتني بمعلوماته الطبية ويحسنها".

- a. R.4127-11 du C. santé publ. Français: « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu».

أخذ بعين الاعتبار أولويات الصحة العمومية وترشيد النفقات في هذا المجال<sup>1</sup>.  
وحرية تحرير الوصفات الطبية لها حدود وضعها القانون، وكل تجاوز لهذه الحدود تؤدي إلى قيام المسؤولية الأخلاقية، وبالتالي توقيع عقوبات تأديبية على كل من تجاوزها، وهناك العديد من الأحكام القضائية في هذا الشأن<sup>2</sup>.

## الفرع الثاني: حماية الكرامة النفسية للمريض.

لم يكتفي كل من المشرع الجزائري والفرنسي بحماية الكرامة الجسدية للمريض، بل تعدى ذلك لحماية الكرامة النفسية، حيث تم ذلك من خلال الحفاظ على الحياة الخاصة للمريض من جهة وحماية شخصية المريض من جهة أخرى.

فأما فيما يخص الحفاظ على الحياة الخاصة للمريض، فإن هذا الأمر لا يتحقق إلا بتوفر عنصر الثقة بين الطبيب والمريض، فالكفاءة المهنية وحدها لا تكفي لطمئنة المريض، لهذا وجب إضافة لضرورة توفر الكفاءة المهنية، الزام الطبيب بالمحافظة على السر الطبي وعدم تدخله في الشؤون العائلية للمريض، لأن الطبيب في الحالات الاستعجالية ليس له الوقت الكافي للحصول

<sup>1</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 76 et p. 111.

- Jean-Marie (F), op. cit., p. 23.

<sup>2</sup> - C.E., 4 / 1 SSR, du 29 avril 1988, 94927, publié, Dorsner-dolivert (A), op. cit., p 428 :

« Considérant qu'aux termes de l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale : "les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement" ; qu'aux termes de l'article 9 du code de déontologie médicale : "Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger son devoir d'assistance morale, (le médecin) doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire; "

Considérant que la section des assurances sociales, pour retenir à l'encontre de M. X... un abus de prescription, constitutif d'une méconnaissance des dispositions susrappelées, a relevé "qu'il résulte de l'instruction, et notamment des tableaux statistiques d'activité, que le docteur X... prescrivait à ses patients un nombre d'actes de biologie et de pharmacie anormalement élevé; "

Considérant que s'il appartient à la section des assurances sociales d'apprécier souverainement les faits qu'elle retient à l'encontre d'un praticien, elle doit relever ces faits avec suffisamment de précision pour permettre au Conseil d'Etat, juge de cassation, d'exercer le contrôle de légalité qui lui appartient ; qu'en se bornant à indiquer qu'il résultait de l'instruction que M. X... prescrivait un nombre d'actes anormalement élevé, sans se référer expressément à ceux des cas précis soumis à son examen, qui concernaient la période des troisième et quatrième trimestres 1981, seule retenue par la section des assurances sociales, en raison de l'amnistie des faits antérieurs à cette période, et en se fondant "notamment" sur les tableaux statistiques d'activité dont les résultats ne sauraient à eux seuls, en raison même de leur caractère statistique, servir de base à une sanction disciplinaire, la section des assurances sociales n'a pas suffisamment motivé sa décision ».

على ثقة المريض، فالسبيل الوحيد لذلك، هو التزامه بواجباته الأخلاقية اتجاهه<sup>1</sup>.

فإحترام السر الطبي ضرورة نصت عنها كل التشريعات ومنها المشرع الفرنسي والجزائري في العديد من المواد والمذكورة سابقا، فالسر الطبي مفروض لمصلحة المريض، حيث يغطي كل ما يصل إلى معرفة الطبيب، معنى ذلك ليس فقط ما تم إعلامه به، ولكن يشمل ما رآه وسمعه أو فهمه، فيجب على كل طبيب احترامه وفقا للشروط المنصوص عنها في القانون، كما يلتزم الطبيب بالتكفل بضمان الأشخاص المساعدين له بالحفاظ على السر المهني وعدم المساس بذلك، وهذا عن طريق حماية الوثائق الطبية وما تحمله من معلومات عن المريض، وفي حالة ما إذا استخدم الطبيب هذه الوثائق في مجال البحث العلمي فعليه أن لا يضع هوية المريض، إلا إذا وافق هذا الأخير على ذلك<sup>2</sup>، وفي هذا العديد من الأحكام والقرارات القضائية التي أقرت بالمسؤولية الأخلاقية ضد مهني الصحة<sup>3</sup>.

يجب على الطبيب اضافة للمحافظة على السر الطبي، أن لا يتدخل بسبب مهنته في الشؤون العائلية أو الحياة الخاصة للمريض الذي يعالجه، ومن تطبيقات ذلك نجد مثلا أن الطبيب الذي عالج شخصا أثناء المرض والذي توفي على إثر ذلك، لا يمكنه الاستفادة من وصية قدمت لصالحه من طرف المريض خلال فترة مرضه، كما عليه أن لا يتعسف في استعمال نفوذه

<sup>1</sup> - **Ponseille (A)**, Le droit de la personne malade au respect de sa dignité, R.G.D.M., n°11, 2003, p. 160.

<sup>2</sup> - **Terrier (E)**, Le secret professionnel et l'obligation de confidentialité, R.D.S., n° 2, 2004, p. 168.

<sup>3</sup> - C.E., 4 / 1 SSR, du 22 novembre 1999, 187419, publié, **Dorsner-dolivet (A)**, op. cit., p 429 :

« Considérant que, pour rejeter l'appel présenté par Mme X... contre la décision du conseil régional de l'Ordre de Champagne-Ardenne en date du 4 décembre 1993 lui infligeant la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois, la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins s'est fondée sur ce que l'intéressée avait méconnu les dispositions de l'article 11 du décret du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale, alors en vigueur, relatives au secret professionnel, en communiquant au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Charleville-Mézières, le 3 mars 1992, le nom d'assurés sociaux ayant usé d'une spécialité pharmaceutique classée parmi les substances vénéneuses, ce qui avait entraîné l'inculpation de médecins ayant prescrit cette spécialité ; qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond, d'une part, que Mme X..., médecin-conseil chef du service du contrôle médical près la caisse primaire d'assurance maladie de Charleville-Mézières, a cru devoir divulguer l'information susmentionnée, après avoir recueilli l'avis du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales des Ardennes, parce que les faits qu'elle avait constatés lors d'un contrôle lui paraissaient révéler une violation des dispositions concernant l'offre et la cession des substances stupéfiantes, et, d'autre part, que le procureur de la République avait invoqué auprès d'elle les prescriptions de l'article 40 du code de procédure pénale aux termes duquel "toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

للحصول على تفويض أو عقد بتكلفة عالية لا يمكن الحصول عليها في ظروف أخرى عادية<sup>1</sup>.

أما فيما يخص احترام شخصية المريض، فإن قانون أخلاقيات الطب الجزائري والفرنسي قد جاءا بقواعد أخلاقية تقرض احترام شخصية المريض، وذلك في عدة نصوص جاءت بمبدئ المساواة في الحقوق واحترام المريض، إذ أنه على الطبيب أن يستمع، يفحص ويعالج بالنفس والوعي والضمير جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، عاداتهم، وضعهم العائلي، عضويتهم أو عدم عضويتهم في جماعة أو أمة أو دين معين، أو إعاقة أو حالة صحية أو السمعة المتعلقة بالمريض أو المشاعر التي قد يشعر بها اتجاههم، كما يجب على الطبيب أن يقدم المساعدة للجميع في كل الظروف، كما يجب عليه أن لا يتخلص من المواقف السليمة اتجاه المريض أثناء الفحص، فمجرد كلمات مهينة ضد المريض تلفظ بها الطبيب تمثل خطأ أخلاقي<sup>2</sup>، وهذا ما أكدته مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 26 جوان 1989<sup>3</sup>.

واحترام المريض يتم كذلك عن طريق مساعدته مثلا في الحصول على مزايا إجتماعية له الحق فيها، وتحرير وصفات طبية لمصلحة المريض أو شهادات ووثائق طبية منصوص عنها في القوانين واللوائح.

كما يفرض الالتزام بإحترام المريض كذلك، الشفافية فيما يخص الأتعاب التي يطلبها الطبيب أو المؤسسة الصحية المعالجة، حيث أنه ينبغي على الأطباء الذين تعاونوا على فحص شخص واحد، بأن يحددوا الأتعاب بصفة شخصية ومفصلة عن ما قام به كل طبيب، وأن تشمل هذه الأتعاب أجور المساعدين الطبيين، وهذه الحالة نجدها كثيرا في مصلحة الإستعجالات الطبية أين يتدخل العديد من الأطباء لعلاج حالة واحدة، ولكن هنا غالبا ما يتم التكفل بهذه المصاريف

<sup>1</sup> - Dorsner-dolivet (A), op. cit., p 430

<sup>2</sup> - Ponselle (A), Le droit de la personne malade au respect de sa dignité, p. 163.

<sup>3</sup> - C.E., 4 / 1 SSR, du 26 juin 1989, 43263, publié Dorsner-dolivet (A), op. cit., p. 430 :

« Considérant que pour infliger à M. X... la sanction de l'interdiction du droit d'exercer la médecine pendant six mois, la section disciplinaire du conseil national de l'Ordre des médecins a notamment retenu à l'encontre de ce praticien une méconnaissance de l'article 28 du code de déontologie médicale, dans sa rédaction issue du décret du 28 novembre 1955, applicable à la Polynésie française au moment des faits litigieux, pour avoir tenu des propos incorrects à l'endroit d'une de ses patientes venue à son cabinet pour lui régler ses honoraires ; qu'en estimant que ce comportement, tel qu'il a été établi et apprécié par les juges du fond, avait le caractère d'un manquement à l'honneur ».

من طرف مصالح الضمان الاجتماعي<sup>1</sup>.

كما ينبغي على الطبيب الحصول على موافقة الشخص الذي فحصه أو عالجه في جميع الحالات<sup>2</sup>، فمن واجب الطبيب في حالة ما إذا كان المريض في ظروف لا تسمح له بالتعبير عن إرادته بأن لا يتدخل من دون إعلام أهله مسبقاً إلا في الحالات الإستعجالية<sup>3</sup>.

وعلى الطبيب كذلك الحصول على الرضاء من الأبوين أو الممثل الشرعي للقاصر أو البالغ غير القادر إلا في الحالات الإستعجالية وفي حدود إمكانية المريض نفسه من إبداء رأيه، وهنا على الطبيب أخذ ذلك بعين الإعتبار<sup>4</sup>.

كما أنه على الطبيب إحترام رفض المريض للعلاج إذا كانت حالته تسمح بالتعبير عن إرادته، ولكن في هذه النقطة وكما رأينا سابقاً فيما يخص المسؤولية المدنية والجنائية للطبيب، اختلفت آراء مجلس الدولة الفرنسي حول إلتزام الطبيب بإحترام رفض المريض للعلاج وخاصة في الحالات الإستعجالية، إذ أن هناك قرار لمجلس الدولة الفرنسي والصادر في 6 مارس 1981، نجد أنه قد أعطى الحق للطبيب لاحترامه رفض المريض للعلاج<sup>5</sup>، في حين أن هناك

<sup>1</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 90, 91.

<sup>2</sup> - Dupuy (O), Consentement aux soins : Le rôle de l'entourage du patient, R.D.S., n°6, 2005, p. 339.

<sup>3</sup> - C.E., 1 / 4 SSR, du 27 janvier 1982, 10796, publié, Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 432 :

« Considerant que le docteur x... se pourvoit contre la decision de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins, en date du 26 octobre 1977, qui lui a inflige la peine de l'interdiction d'exercer la profession medicale durant six mois, a compter du 8 janvier 1978;

sur le moyen pris de ce que la decision attaquée serait entachée de denaturation ou d'inexacte qualification des faits, en tant qu'elle fait grief au docteur x... d'avoir pratique une hysteropexie sans accord préalable de la patiente ; considerant que, quels qu'aient été les motifs allégués par sa cliente pour refuser l'hysteropexie qu'il avait propose de pratiquer a l'occasion de l'interruption volontaire de grossesse demandée par l'interessée et quelque interpretation qu'il ait pu faire de ces motifs, en raison d'un incident operatoire survenu durant l'interruption de grossesse, ce refus interdisait au docteur x..., sauf le cas de danger immediat pour la vie ou la sante de la patiente, de passer outre la volonte ainsi clairement exprimée par celle-ci. que, dans ces conditions, la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins n'a pas denature ou inexactement qualifié les faits de la cause, en énonçant dans sa decision que le requerant n'avait pas pu obtenir l'accord préalable de sa cliente a l'hysteropexie ».

<sup>4</sup> - Bourguignon (M), L'information aux mineurs : de la relation parentale a la relation médicale, R.G.D.M., n° 59, 2016, p. 32.

<sup>5</sup> - C.E., section du 6 mars 1981, 25105, publié, Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 433 :

« vu la requete enregistrée le 24 juillet 1980 au secretariat du contentieux du conseil d'etat presentée pour m. y..., docteur en medecine, demeurant a la chapelle yvon x... et tendant a ce que le conseil d'etat : 1° ordonne le sursis a l'execution de la decision en date du 23 avril 1980 par laquelle le conseil national de l'ordre des medecins, l'a suspendu du droit d'exercer la medecine pendant deux ans ; 2° annule ladite decision ; 3° renvoie l'affaire devant la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins;

قرارات أخرى ترى عكس ذلك، أين عوقب الطبيب الذي لم يقدم علاج للمريض رغم رفض هذا الأخير للعلاج<sup>1</sup>.

ولكن حالياً، وخاصة بعد صدور قانون 4 مارس 2002 نجد أنه للمريض كل الحق في اتخاذ كل القرارات الخاصة بصحته وما على الطبيب إلا احترامها وخاصة في حالة رفضه للعلاج حتى ولو كانت حياته في خطر، ولكن أغلبية الفقهاء وحتى القضاة يرون بأن هذا الحق يقترب كثير بما يعرف بالقتل الرحيم (euthanasie passive)، وذلك بأن الطبيب يتمتع بتقديم العلاج المناسب للمريض ووقفاً عند رغبة هذا الأخير، ونتيجة لهذا نجد أن أغلبية الهيئات التأديبية لا

---

vu l'ordonnance du 25 septembre 1945 ; vu le decret du 26 octobre 1948 ; vu le decret du 28 novembre 1955 portant code de deontologie medicale ; vu l'ordonnance du 31 juillet 1945 et le decret du 30 septembre 1953;

sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requete : considerant que par la decision attaquée, la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins, pour motiver la sanction infligee au docteur y... a l'occasion de soins donnees a une malade qui avait refuse de se soumettre au seul traitement susceptible d'apres l'avis de confreres anterieurement consultes, d'avoir une action efficace sur son mal et qui avait persiste dans ce refus devant le requerant, a reproche notamment a celui-ci d'avoir prescrit a cette malade un traitement "palliatif" pouvant attenuer certaines manifestations de ce mal;

considerant qu'en jugeant qu'une telle attitude etait constitutive d'une imprudence grave, la section disciplinaire a, par un motif qui n'est pas surabondant, commis une erreur de droit ; que, quelle que soit la valeur de l'autre grief retenu contre le docteur y..., la decision attaquée doit etre annulee.

decide : article 1er - la decision de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins en date du 23 avril 1980 est annulee. article 2 - l'affaire est renvoyee devant la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins. article 3 - la presente decision sera notifiee au docteur y..., au conseil national de l'ordre des medecins et au ministre de la sante et de la securite sociale».

<sup>1</sup> - C.E., 4 / 1 SSR, du 29 juillet 1994, publié **Dorsner-dolivert (A)**, op. cit., p. 433 :

« Considérant que pour infliger une sanction à M. X... la section disciplinaire du Conseil disciplinaire de l'ordre des médecins a estimé que les dispositions du code de déontologie médicale relatives au respect de la volonté du malade ne le dispensaient pas d'observer les dispositions de ce même code qui commandent au médecin de donner au malade des soins consciencieux en s'aidant des méthodes scientifiques les plus appropriées et en se gardant de tout remède illusoire ; que la section disciplinaire, qui n'a commis aucune erreur de fait en relevant que M. X... n'avait adressé sa patiente atteinte d'un cancer à un médecin titulaire d'un diplôme de cancérologie qu'alors que cette patiente était en phase terminale de sa maladie et qui s'est livrée à une appréciation souveraine des faits en estimant que le traitement administré par M. X... à sa patiente ne pouvait avoir aucun effet sur l'affection cancéreuse dont elle souffrait, a pu légalement décider que, nonobstant le refus par sa patiente d'un traitement chirurgical ou radiothérapique, M. X... avait commis une faute de nature à justifier une sanction en acceptant de la traiter par des remèdes illusoires qui l'ont privée d'une chance de guérison ou de survie;

Considérant que l'appréciation à laquelle se livre le juge disciplinaire pour décider d'une sanction déterminée compte tenu des faits reprochés à l'intéressé n'est pas susceptible d'être discutée devant le juge de cassation ; qu'en estimant qu'eu égard à la gravité des fautes ainsi commises et à celles de leurs conséquences, la sanction prononcée à l'encontre de M. X... devait être immédiatement exécutée, la section disciplinaire a suffisamment motivé sa décision sur ce point ».

تطبق عقوبتها في هذه النقطة ما دام أن المشرع الفرنسي لم يفصل بعد حول فكرة القتل الرحيم<sup>1</sup>.

والحصول على الرضا كما هو معلوم لا يتحقق إلا إذا سبقه إعلام المريض والذي كما رأينا سابقا يجب أن يكون صادق، واضح ومناسب، ولكن لمصلحة المريض أو لأسباب يراها الطبيب بأنها مشروعة، يجوز للطبيب إبقاء المريض بعيد عن كل معلومة تتعلق بحالته الصحية كتشخيص خطير، إلا في الحالات التي من الممكن أن يعرض فيها الغير للخطر<sup>2</sup>.

ما يمكن إضافته في الأخير هو أنه من حق المريض أن يتطلع على ملفه الطبي بنفسه أو عن طريق طبيب، ولا يمكن للطبيب أن يمتنع عن ذلك وإلا قامت مسؤوليته الأخلاقية التي قد تؤدي بتعرضه لعقوبات تأديبية<sup>3</sup>.

## المطلب الثاني: الاجراءات والعقوبات التأديبية.

لقيام المسؤولية التأديبية، يجب اتباع اجراءات معينة، والتي تعد من النظام العام لا يمكن مخالفتها، والهدف منها ضمان حقوق كل من رافع الدعوى وحقوق الدفاع، ولتحقيق هذا الهدف يجب أن ينظر في الشكاوى المرفوعة أمام الهيئات المختصة بكل نزاهة، ولا يتحقق ذلك إلا بإبعاد الطرف في القضية من الهيئة الناظرة في الشكاوى مثلا، وارسال الملف للأطراف المتنازعة للإطلاع على الملف قبل الجلسة، حتى يتسنى لهم الدفاع عن أنفسهم، كما أنه يمكن للأطراف حق رد أحد أعضاء الهيئة المكلفة بالنظر إن كان هناك مبرر شرعي، واستبداله بعضو آخر.

ومن الاجراءات كذلك التي تضمن حقوق الأطراف المتنازعة ونزاهة في الفصل في الشكاوى، نجد بما يتعلق بالجلسات، حيث أن هناك أحكام خاصة تنظم سيرورتها خلال فترة المرافعات، من حق لسماع الأطراف، وحقهم بالاعتماد على شخص آخر يساعدهم في الدفاع وحقهم بالتبليغ عن القرارات المتخذة في حقهم حتى يتسنى لهم الطعن فيها إن أرادوا ذلك، وغيرها من الاجراءات الأخرى التي سيتم التطرق إليها من خلال فرعين، نتناول في أوله الاجراءات الواجب احترامها لمساءلة الطبيب المخل بأحد القواعد الأخلاقية، وفي الفرع الثاني العقوبات وما

<sup>1</sup> - Sauvât (C), Le respect du refus de soins renforcé par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, R.D.S., n° 8, 2005, p. 498.

<sup>2</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 88, 89.

<sup>3</sup> - Dorsner-dolivert (A), op. cit., p. 434.

يترتب عنها من آثار على الطبيب المعاقب.

## الفرع الأول: الإجراءات المتبعة لقيام المؤسسة التأديبية.

لمتابعة الطبيب في الحالات الاستعجالية عن الخطأ التأديبي، وضع كل من المشرع الجزائري والفرنسي إجراءات يجب اتباعها واحترامها وإلا عدت العقوبات الصادرة في حقه باطلة، وذلك لضمان حقوق المتقاضين والمساواة بينهم.

فبالنسبة للمشرع الجزائري، وكأول إجراء للمتابعة التأديبية فإنه يتمثل في رفع شكوى ضد الطبيب الذي ارتكب خطأ مخالف لأخلاقيات الطب أمام هيئات تأديبية ممثلة في شكل مجالس أدبيات الطب، والتي تتمثل في المجلس الوطني لأدبيات الطب والمجالس الجهوية لأدبيات الطب.

فأما عن المجلس الوطني لأدبيات الطب والذي مقره في الجزائر العاصمة، فإنه يمارس سلطته في توقيع عقوبات تأديبية من الدرجة الثانية من التقاضي، وذلك من خلال فروع التنظيمية، والتي تتمثل في ثلاثة فروع حسب عدد أفراد السلك الطبي المكونة لها من الأطباء جراحي الأسنان والصيدلة. فالسلطة الأولى لهذا المجلس تتمثل في حق التقاضي أمامه، وبالتالي فهو يتمتع بالشخصية المعنوية بإعتباره منظمة مهنية، وإن لم يورد نص صريح بذلك، وإنما يستشف ضمناً<sup>1</sup>.

أما فيما يخص المجالس الجهوية لأدبيات الطب، فإنها تتمثل في إثنا عشر مجلساً جهوياً، يمارس كل واحد منهما السلطة التأديبية من الدرجة الأولى من التقاضي في نطاق اختصاصه الإقليمي من خلال الفروع النظامية الجهوية الخاصة، وعددها ثلاثة حسب عدد فئات أفراد السلك الطبي من الأطباء، جراحي الأسنان والصيدلة. ومن بين المهام المسندة للفروع النظامية الجهوية، إضافة للسلطة التقاضي، نجد أن لها السلطة التوفيقية لفصل النزاعات القائمة

---

<sup>1</sup> - سليمان حاج عزام، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب، مجلة الفكر العدد الثامن، نوفمبر 2012، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، ص 131.

- رابعي إبراهيم، اختصاصات المنظمات المهنية وطبيعتها في القانون الجزائري، مجلة العلوم القانونية والإجتماعية، العدد العاشر، جوان 2018، جامعة الجلفة، ص 329.

بين الأطباء والمرضى، أو بين الأطباء فيما بينهم أو بين الأطباء والإدارة، كما تسهر هذه الفروع على تنفيذ قرارات المجلس الجهوي والمجلس الوطني لأخلاقيات الطب<sup>1</sup>، وتتكون هذه الفروع التنظيمية من خمسة لجان أهمها اللجنة التأديبية<sup>2</sup>.

فاللجنة التي تمارس السلطة التأديبية سواء الخاصة بالفروع النظامية الوطنية، أو الخاصة بالفروع النظامية الجهوية تتكون من أطباء، وهذا قد يثير إشكالا عندما يتعلق الأمر بدعوى تأديبية يكون فيها المتهم طبيبا والضحية مريضا، هذا ما يدفع المريض غالبا من اللجوء إلى القضاء دون المرور بهذه اللجان، وهذا ما دفع المشرع الفرنسي إلى انتداب الوظيفة القضائية إلى غرفة تأديبية من الدرجة الأولى يرأسها قاضي إداري، وتتكون من تسعة أعضاء دائمين لا يحق لهم الجمع بين وظيفتهم هذه مع وظائف أخرى، كما أنشأ المشرع الفرنسي كذلك على المستوى الوطني غرفة تأديبية وطنية يرأسها مستشار دولة وتتكون من إثنا عشر عضوا<sup>3</sup>.

هذا بالنسبة للهيئات والجهات المخولة لها قانونا قبول الشكاوى، فأما عن الأشخاص الذين يحق لهم رفع شكوى أمام هذه الهيئات، فقد حددهم قانون الصحة الجديد في نص المادة 348 منه والمتمثلون في كل من الوزير المكلف بالصحة العمومية، ورؤساء المؤسسات الصحية، وجمعيات الأطباء وجرحى الأسنان والصيدالة، كل عضو في السلك الطبي مرخص له بالممارسة وكل مريض أو وليه أو ذوي الحقوق<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> - عيساني رفيقة، النظام التأديبي لأطباء الصحة العمومية في القانون الجزائري، مجلة القانون الدولي والتنمية، مجلد 6، العدد الأول، 15 جانفي 2018، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم، الجزائر، ص 97.

<sup>2</sup> - نصت المادة 67 من النظام الداخلي للفرع النظامي الوطني للأطباء على أن الفرع النظامي الجهوي يتكون من خمس لجان وهي: لجنة الأخلاقيات، لجنة ممارسة المهنة والكفاءات، لجنة الشؤون الاجتماعية والمالية، لجنة الديموغرافيا الطبية والإحصائيات واللجنة التأديبية.

<sup>3</sup> - **Gombaut (N)**, Responsabilité disciplinaire, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 505.

<sup>4</sup> - نصت المادة 348 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: "يمكن أن تخطر مجالس الأدبيات الطبية المذكورة في المادة 346 (الفقرة 2) أعلاه، من الوزير المكلف بالصحة، والجمعيات ذات الطابع العلمي لمهني الصحة، ولا سيما منهم الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالة، المؤسسة قانونا ومهني الصحة والمرتقنين والمرضى و/أو ممثليهم الشرعيين".

وإذا تبين بعد رفع شكوى ضد طبيب بأنه عضو من أعضاء الفرع الجهوي الذي إستقبل هذه الشكوى، هنا يقوم الفرع النظامي الوطني بتعيين فرعا جهويا آخر يختص بالنظر في الشكوى، أما إذا كانت الشكوى ضد عضو من الأعضاء المكونة للجنة التأديبية الوطنية فإنه في هذه الحالة يبعد العضو ولا يحضر جلسات التأديب و ذلك لضمان الحياد في إقرار العقوبة التأديبية من طرف الفرع النظامي المختص<sup>1</sup>.

ورفع الدعوى التأديبية لا يفرض شكلا معيناً، إذ أنه قد يكون شفاهة، أو في شكل شكوى مكتوبة أو عن طريق محضر تدون فيه أقوال رافع الدعوى، ولكن فيما يخص المرافعات، فإن الأمر مختلف، حيث أنه يجب أن تكون في شكل مكتوب، فكل المرافعات يجب أن تكون في شكل مذكرات مكتوبة تودع أثناء الجلسة، ولكن هذا لا يمنع من سماع الشهود من خلال مرافعات شفوية<sup>2</sup>.

وبعد إيداع شكوى ضد الطبيب أمام الفرع النظامي الجهوي المختص، يقوم رئيسها بتسجيل هذه الشكوى وتبليغ المتهم المعني بها خلال خمسة عشر يوماً من تسجيلها حسب نص المادة 212 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>3</sup>.

كما يقوم بتعيين مقرر من بين أعضاء اللجنة التأديبية والمكونة من أربعة إلى ستة أطباء ينتمون إلى القطاعين العام والخاص بحضور مستشار قانوني له دور استشاري. وللمقرر دور مهم جداً، يكمن في التحقيق في الدعوى واتخاذ تدابير خاصة بالتحقيق يراها مناسبة وضرورية، كما يمكنه من أجل ذلك، الإطلاع على الوثائق والشهادات اللازمة ما عدا الوثائق المحمية بالسر

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 211 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يمكن إحالة أي طبيب أو جراح اسنان أو صيدلي أمام الفرع النظامي الجهوي المختص، عند ارتكابه أخطاء خلال ممارسة مهامه. ويعين الفرع النظامي الوطني الفرع النظامي الجهوي المختص اذا كانت الشكوى منصبة على عضو من أعضاء الفرع النظامي الجهوي وإذا كانت الشكوى منصبة على عضو من أعضاء اللجنة التأديبية الوطنية في حالة الطعن، يبعد هذا العضو ولا يحضر جلسات لجنة التأديب".

<sup>2</sup> - سليمان حاج عزام، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب، ص 133.

<sup>3</sup> - نصت المادة 212 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يقوم رئيس الفرع النظامي الجهوي عند تلقيه أي دعوى بتسجيلها وإبلاغها للمتهم خلا خمسة عشرة يوماً".

ومن خلال نص المادة 216 من مدونة أخلاقيات الطب، نجد أنه على الفرع النظامي الذي تلقى الشكوى، الفصل فيها خلال أربعة أشهر تسري ابتداء من تاريخ إيداعها، ولكن قبل الفصل فيها يجب حسب نص المادة 213 من مدونة أخلاقيات الطب، استدعاء الطبيب المتهم والأطراف الآخرين للجلسة بواسطة رسالة مضمونة الوصول مع اشعار بالاستلام أو عن طريق المحضر القضائي في أجل خمسة عشرة يوما، وهنا يجب على الطبيب المتهم الحضور شخصيا إلا إذا كانت هناك قوة قاهرة تمنعه من ذلك، أما إذا رفض الإمتثال أمام اللجنة التأديبية المختصة، فإنه يعاد استدعاؤه للمرة الثانية، فإذا رفض الإمتثال، هنا يمكن للجنة التأديبية أن تجتمع للفصل رغم غياب المعني<sup>2</sup>.

ولضمان السير الحسن للدعوى وكذلك ضمان حق الدفاع وكذا حقوق رافع الشكوى، نجد أن الجلسات الخاصة باللجنة التأديبية تسودها السرية عبر كل فترات سريان الدعوى، معنى ذلك أن الأطراف وحدهم هم الذين يملكون حق الإطلاع على الملف، والهدف من ذلك هو إحترام الحياة الخاصة للطرفين المتنازعين والحفاظ على السر الطبي<sup>3</sup>.

أما عن الضمانات التي قدمها المشرع الجزائري حتى يتمكن الطبيب المتهم من الدفاع عن نفسه، فهي تتجلى في تبليغ الطبيب بالشكوى التي رفعت ضده، وكذا عدم اصدار أي قرار تأديبي في حقه دون حضوره كما سبق توضيحه، ومن الضمانات كذلك نجد ما نصت عنه المادة 215 من مدونة أخلاقيات الطب، والتي أعطت كل الحق للطبيب المتهم في الدفاع عن نفسه بكل الوسائل المشروعة، كالاتماد على محام، أو كأن يستعين بمساعدة زميلا له، شريطة أن لا يكون عضوا من أعضاء الفرع النظامي المختص في الفصل في النزاع، هذا من جهة، ومن جهة أخرى منح المشرع الجزائري من خلال نفس المادة، حق الرد والمتمثل في رد أحد أعضاء اللجنة التأديبية إذا كان ما يبرر ذلك مشروعا، ويخضع ذلك للسلطة التقديرية لمجلس أخلاقيات الطب، كما له

<sup>1</sup> - عشوش كريم، المسؤولية التأديبية للطبيب العامل بالقطاع الخاص، مجلة معارف: قسم العلوم القانونية السنة الحادية عشر، العدد 21، ديسمبر 2016، جامعة البويرة، الجزائر، ص 115.

<sup>2</sup> - عيساني رفيقة، النظام التأديبي لأطباء الصحة العمومية في القانون الجزائري، ص 99.

<sup>3</sup> - سليمان حاج عزام، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب، ص 134.

الحق في الإطلاع على الملف بكامله<sup>1</sup>.

وبعد رفع الدعوى والنظر فيها من طرف الجهات المختصة، كما سبق تبيانها، يمكن لهذه الأخيرة اتخاذ القرار التأديبي بأغلبية الأعضاء الحاضرين، وفي حالة تساوي الأصوات، يرجح صوت رئيس اللجنة التأديبية، ثم يتم بعد ذلك تبليغ الطبيب بالقرار المتخذ إذا كان القرار المتخذ غيابيا، ما يعطيه الحق في معارضة هذا الحكم في أجل عشرة أيام ابتداء من تاريخ تبليغه برسالة مضمونة الوصول مع اشعار بالإستلام، على أساس أنه لم يتم الإستماع إلى المتهم<sup>2</sup>.

أما إذا كان قرار اللجنة صادر بحضور الطبيب فهنا يحق لهذا الأخير إستئناف هذا القرار خلال شهرين أمام المجلس الوطني لأخلاقيات الطب<sup>3</sup> ابتداء من تاريخ تبليغها، أما عن القرارات التأديبية الصادرة عن المجلس الوطني لأخلاقيات الطب فإنه يمكن الطعن فيها أمام مجلس الدولة في أجل أربعة أشهر من تاريخ التبليغ<sup>4</sup>.

أما عن الإجراءات المتبعة وفقا لأحكام المشرع الفرنسي في توقيع العقوبات التأديبية كنتيجة للإخلال بالقواعد الأخلاقية لمهنة الطب، فإنها لا تختلف كثيراً عن ما جاء به المشرع الجزائري، حيث أنه ولضمان النزاهة والاستقلالية التامة للهيئات المخولة لها قانونا في توقيع العقوبات التأديبية، ألزم المشرع الفرنسي بإبعاد كل طبيب قد تعرض لعقوبات تأديبية عن الغرف التأديبية، إذ لا يمكنه أن يكون عضوا فيها، إضافة لذلك لا يمكن لعضو في الغرفة التأديبية الوطنية أن يكون مقرراً في الغرفة التأديبية من الدرجة الأولى، وكضمانة كذلك لنزاهة هذه

<sup>1</sup> - عشوش كريم، المرجع السابق، ص 116.

<sup>2</sup> - نصت المادة 219 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: "إذا تم الاعلان عن القرار قبل الاستماع على المعني المتهم، فإن هذا الأخير يمكنه، أن يعترض في أجل أقصاه عشرة أيام ابتداء من تاريخ التبليغ بواسطة البريد المسجل واشعار بالاستلام".

<sup>3</sup> - نصت المادة 350 فقرة 1 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: "تكون قرارات المجالس الجهوية للأدبيات الطبية قابلة للطعن أمام المجالس الوطنية للأدبيات الطبية التابعة لها في أجل شهرين ابتداء من تاريخ التبليغ".

<sup>4</sup> - نصت المادة 350 فقرة 2 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: "وتكون قرارات المجالس الوطنية للأدبيات الطبية قابلة للطعن أمام مجلس الدولة في أجل أربعة أشهر ابتداء من تاريخ تبليغها".

الهيئات، فإنه يمكن لرئيس المجلس الوطني لأخلاقيات الطب أن يحيل النظر في قضية ما لجهة أخرى، إذا رأى بأن أحد أعضاء الغرفة التأديبية المختصة في النظر في القضية متهما<sup>1</sup>.

كما أنه يمكن إبعاد عضو من أعضاء الغرفة التأديبية بطلب من أحد أطراف القضية إذا ما كان هناك سبب مشروع يتعلق بنزاهة هذا العضو المبعد، ومن الضمانات كذلك لتحقيق النزاهة والاستقلالية، نجد أنه لا يمكن معاقبة أي طبيب دون السماع أو السماح له بأن يكون مرافقا بأحد زملائه أو محامي للدفاع عنه، كما تكون الجلسة علنية إلا في الحالات التي تكون فيها السرية مطلوبة في بعض أو كل الإجراءات المتبعة في الجلسة، وهذا إذا كان الأمر متعلق بالمحافظة على النظام العام، السر المهني أو الحياة الخاصة للطرفين، وأي قرار يصدر عن الغرفة التأديبية يجب أن يكون واضحاً ودقيقاً حتى يتسنى للطبيب مثلاً إن أراد أن يطعن في القرار الصادر<sup>2</sup>.

وكأول إجراء لقيام المسؤولية التأديبية، يتمثل في رفع شكوى لرئيس المجلس الجهوي للأطباء (Coneil départemental de l'ordre)، ولكن يمكن كذلك للمجلس في حد ذاته رفع شكوى أمام الغرفة التأديبية المختصة، كما يمكن أن ترفع الشكوى من طرف المريض أو من طبيب آخر زميل كان على علاقة بالطبيب المتهم، وكذا الهيئات الإدارية كصندوق الضمان أو إحدى الجمعيات التي تدافع عن حقوق المرضى<sup>3</sup>. فهذه الشكوى ترفع أمام مجلس الأطباء المعتمد لديه

---

<sup>1</sup> - a. R.4126-9 du C. santé publ. : « Lorsque le président d'une chambre saisie d'une affaire constate qu'un des membres de la chambre est en cause ou estime qu'il existe une autre raison objective de mettre en cause l'impartialité de la chambre, il transmet le dossier, dans les formes prévues au premier alinéa, au président de la chambre nationale qui en attribue le jugement à la chambre qu'il désigne ».

<sup>2</sup> - **Castelot (P)**, Procédure disciplinaire et respect du principe des droits de la défense : Une obligation partielle d'informer le praticien des griefs reproches, R.D.S., n°60, 2014, p. 1436.

- **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 229.

<sup>3</sup> - a. R.4126-1 du C. santé publ. : « L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :

°1Le conseil national ou le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 4123-2 ;

°2Le ministre chargé de la santé, le préfet de département dans le ressort duquel le praticien intéressé est inscrit au tableau, le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle le praticien intéressé est inscrit au tableau, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau ;

الطبيب المتهم بخرق قاعدة من أخلاقيات الطب<sup>1</sup>.

وبعد رفع الشكوى، تجتمع لجنة مصالحة تتكون من ثلاثة أعضاء تابعين للمجلس الجهوي لمحاولة إيجاد حل، وفك النزاع القائم بين الطبيب المتهم والمريض رافع الشكوى، وإذا كان الطبيب المتهم عضو في المجلس الجهوي، يقوم هذا المجلس بالطلب من مجلس جهوي آخر من تعيين لجنة مصالحة تابعة له للقيام بذلك<sup>2</sup>.

وتتم هذه المصالحة في أجل 30 يوم من تلقي الشكوى من طرف المجلس المختص، أين يستدعي رئيس المجلس كل من الطبيب والمريض الذي تقدم بالشكوى لإقتراح عليهم الصلح، فإذا تم الصلح تنتهي الإجراءات عند هذا الحد، ويتم تطبيق ما اتفق عليه الأطراف، أما إذا لم يقع الصلح بينهما، يتم هنا تبليغ الغرفة التأديبية المختصة من الدرجة الأولى للتقاضي، والتي عليها النظر في الدعوى في أجل مدته ثلاثة أشهر من تبليغها بقرار الصلح، وهنا يقوم رئيس الغرفة التأديبية الذي يكون دائماً قاضي إداري يستطيع ترأس عدة غرف تأديبية<sup>3</sup>، إما قبول أو رفض الشكوى عن طريق إصدار أوامر بذلك، وهذه الأوامر قابلة للطعن فيها أمام رئيس الغرفة التأديبية الوطنية<sup>4</sup>.

فإذا ما قبلت الدعوى من طرف رئيس الغرفة التأديبية من الدرجة الأولى، هنا يقوم هذا الأخير بتبليغ المتهم بملف القضية ويطلب منه الرد على ذلك بواسطة مذكرة الدفاع في أجل شهر، كما يقوم بتعيين مقررراً ليقوم بالتحقيقات اللازمة، وذلك بجمع شهادة الشهود في محاضر استماع، وجمع الوثائق اللازمة من الأطراف المعنية، ثم يقوم بإرسالها للأطراف المتخاصمة وإلى المجلس الجهوي المعتمد له الطبيب، لكي يمكنهم الرد ووضع ملاحظاتهم وإعادة تبليغها للأطراف

---

<sup>3</sup>Un syndicat ou une association de praticiens .

Les plaintes sont signées par leur auteur et, dans le cas d'une personne morale, par une personne justifiant de sa qualité pour agir. Dans ce dernier cas, la plainte est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, de la délibération de l'organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite ou, pour le conseil départemental ou national, de la délibération signée par le président et comportant l'avis motivé du conseil».

<sup>1</sup> - **Responsabilités des professionnels de santé**, La responsabilité déontologique des professionnels de santé, Responsabilité déontologique: Personnes compétentes et procédure, fiche webe n° 8045, éd. weka, 2017.

<sup>2</sup> - **Gombaut (N)**, op. cit., étude n° 505.

<sup>3</sup> - a. R.4126-7 du C. santé publ. : « Un même magistrat peut être désigné, en qualité de titulaire ou de suppléant, pour présider plusieurs chambres disciplinaires ».

<sup>4</sup> - **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 238.

## المتنازعة<sup>1</sup>.

وبعد ذلك يأتي دور الجلسة، ومبدئياً تكون الجلسات علنية<sup>2</sup>، ولكن يمكن لرئيس الغرفة التأديبية أن يجعلها سرية أو في بعضها إذا ما رأى بأن العلنية في الجلسة قد يمس بالنظام العام، أو السر الطبي أو الحياة الخاصة للأطراف<sup>3</sup>.

وأثناء الجلسة يقوم المقرر بتقديم عناصر الملف ثم السماع للأطراف المتنازعة، على أن يكون الطبيب المتهم هو آخر من يتكلم، وبعد ذلك يجتمع أعضاء الغرفة التأديبية ليتناقشوا فيما بينهم بسرية لاتخاذ القرار، والذي يأخذ بأغلبية الأعضاء مع ترجيح صوت الرئيس في حالة تعادل الأصوات، ثم بعد ذلك يعلن القرار على الأطراف المتنازعة<sup>4</sup>.

ولضمان حقوق الطرفين المتنازعين أثناء الجلسة، يتم تبليغ الطرفين على إمكانية اختيارهم لشخص يدافع عنهم، فالطبيب المتهم له الحق هنا بالاستعانة بمحام أو زميل له في المهنة معتمد لدى المجلس التابع له بشرط أن لا يكون عضواً في المجلس، أو أن يستعين بكلاهما معاً مجتمعين بشرط أن يعلم الغرفة التأديبية كتابياً بذلك<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> - a. R.4126-18 du C. santé publ. : « Le rapporteur a qualité pour entendre les parties, recueillir tous témoignages et procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité. Il peut demander aux parties toutes pièces ou tous documents utiles à la solution du litige.

Le rapporteur dresse un procès-verbal de chaque audition. Il est donné lecture à chaque partie ou chaque témoin de sa déposition. Le procès-verbal est signé par le rapporteur et la personne entendue ou mention est faite qu'il ne peut ou ne veut pas signer.

Les pièces recueillies par le rapporteur et les procès-verbaux d'audition sont versés au dossier et sont communiqués aux parties qui sont invitées à présenter des observations dans les mêmes conditions que les mémoires.

Le rapporteur remet au président de la chambre son rapport qui constitue un exposé objectif des faits, des pièces du dossier et des actes d'instruction accomplis ».

<sup>2</sup> - a. R.4126-26 du C. santé publ. : « Les affaires sont examinées en audience publique. Toutefois, le président peut, d'office ou à la demande d'une des parties, après avoir, le cas échéant, pris l'avis du rapporteur, interdire l'accès de la salle pendant tout ou partie de l'audience dans l'intérêt de l'ordre public ou lorsque le respect de la vie privée ou du secret médical le justifie ».

<sup>3</sup> - **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 240.

<sup>4</sup> - a. R.4126-27 du C. santé publ. : « Les décisions sont prises par la formation de jugement, à la majorité des voix, hors la présence des parties.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante ».

<sup>5</sup> - **Castelot (P)**, Procédure disciplinaire et respect du principe des droits de la défense, p. 1437.

- a. R.4126-13 du C. santé publ. : « Les parties sont averties qu'elles ont la faculté de choisir un défenseur... Les praticiens, qu'ils soient plaignants, requérants ou objets de la poursuite, peuvent se faire assister soit par un avocat, soit par un confrère inscrit au tableau de l'ordre auquel ils appartiennent, soit par l'un et l'autre.

Les membres d'un conseil de l'ordre ne peuvent être choisis comme défenseurs.

والقرارات التأديبية الصادرة عن الغرفة التأديبية من الدرجة الأولى يمكن أن تكون محل طعن وذلك إما بطلب مراجعة قرار الغرفة التأديبية، وإما باستئناف القرار أمام الغرفة التأديبية الوطنية.

فأما عن طلب مراجعة القرارات الصادرة عن الغرفة التأديبية الابتدائية، فإنه يسمح للطبيب المعاقب إذا عوقب على أساس مستندات أو شهادة خطية أو شفوية مزورة من طرف شخص توبع لاحقا بجريمة شهادة الزور ضد الطبيب المعاقب، أو إذا عوقب على أساس مستندات حاسمة مزورة قدمها الطرف الآخر، أو إذا صدرت وثائق ومستندات بعد صدور القرار من شأنها تبرئة الطبيب من الأفعال المنسوبة إليه، ولممارسة هذا الحق يجب أن تتوفر بعض الشروط، والتي تتمثل في أن يكون القرار الصادر عن الغرفة التأديبية الابتدائية نهائيا لا يمكن الطعن فيه بأي طريقة من طرق الطعن، إضافة لذلك يشترط أن يكون القرار الصادر متعلق بإحدى العقوبتين المتمثلتين في المنع المؤقت من ممارسة مهنة الطب مع أو بدون التنفيذ أو يتعلق الأمر بعقوبة الشطب من جدول اعتماد الأطباء، كما يشترط كذلك لقبول حق المراجعة، أن يتم الطلب في آجال شهرين بداية من اليوم الذي علم به الطبيب المعاقب بالسبب الذي يدفعه لطلب المراجعة. وفي حالة ما إذا قبلت الغرفة التأديبية الابتدائية طلب المراجعة، فإنها تقوم بإلغاء القرار الصادر في حق الطبيب القاضي بمعاقبته وإعادة النظر في القضية من جديد<sup>1</sup>.

أما عن الاستئناف فيكون ذلك أمام الغرفة التأديبية الوطنية، وتكون بذلك الجهة القضائية بالدرجة الثانية والتي لها نفس الاختصاص والمهام الخاصة بالغرفة التأديبية الابتدائية، وكذلك تتبع نفس الإجراءات التقاضي أمامها<sup>2</sup>.

والاستئناف هو حق مقرر لكل من الطبيب المعاقب، والمريض الذي رفع الدعوى، ووزير الصحة، وممثل الدولة على مستوى المقاطعات والدوائر الإدارية ( مدير الصحة على مستوى المقاطعات)، ووكيل الجمهورية، والمجلس الجهوي والوطني للأطباء<sup>3</sup>. ولكل من أراد التقدم باستئناف القرار التأديبي الصادر عن الغرفة التأديبية الابتدائية أن يرفع ذلك في أجل 30 يوم من

---

Les parties qui ont fait choix d'un défenseur en informent le greffe par écrit ».

<sup>1</sup> - Gombaut (N), op. cit., étude n° 505.

<sup>2</sup> - Responsabilités des professionnels de santé, La responsabilité déontologique des professionnels de santé, Quelles sont les procédures de sanctions ordinaires? Fiche webe n° 8042, éd. weka, 2017.

<sup>3</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 245.

يوم إعلام هذا القرار إذا ذكرت هذه الآجال في القرار، ولكن إذا كان إعلام القرار فارغ من ذكر الآجال فيه، فإن الآجل يصبح شهرين بدلاً من 30 يوم<sup>1</sup>.

ويرفع الاستئناف كتابياً إلى كتابة الضبط التابعة للغرفة التأديبية الوطنية والتي تقوم بإبلاغ الأطراف المعنية بالقضية، كما تبلغ كذلك الغرفة التأديبية الابتدائية التي فصلت في القضية حتى يتسنى لها إرسال الملف الخاص بالقضية في أجل ثمانية أيام من تبليغها<sup>2</sup>.

ويترتب عن الاستئناف في القرارات التأديبية الصادرة عن الغرفة التأديبية الابتدائية أثر هام والذي يتمثل في وقف تنفيذ العقوبة المسلطة على الطبيب إلى حين إعادة النظر في القضية، ولكن القرار الصادر عن الغرفة التأديبية الوطنية إذا ما طعن فيه، فإنه يصبح نافذاً بمجرد تبليغ الأطراف به، فالطعن هنا لا يوقف التنفيذ<sup>3</sup>.

هذا فيما يخص الطعن في القرارات الصادرة عن الغرف الابتدائية، أما عن الطعن في القرارات الصادرة عن الغرفة التأديبية الوطنية، فهي متعددة، حيث نجد الحق في المراجعة، والحق في المعارضة، والحق في تصحيح خطأ مادي، والطعن بالنقض أمام مجلس الدولة.

فأما عن حق المعارضة فيتمثل في إعادة النظر في القرار الصادر عن الغرفة التأديبية الوطنية أمام نفس الغرفة، ويخص الأمر هنا كل القرارات ما عدا القرارات التي أعيد الفصل فيها بعد الاستئناف، حيث يسمح من خلال المعارضة للطبيب الذي لم يقدم دفاعاً خطياً بمعارضة القرار الصادر في حقه من طرف الغرفة التأديبية الوطنية<sup>4</sup>.

أما عن حق المراجعة، فإنه يطبق عليه نفس الأحكام المنصوص عنها في حق المراجعة

---

<sup>1</sup> - a. R.4126-44 du C. santé publ. : « Le délai d'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision.

Le défaut de mention, dans la notification de la décision de la chambre disciplinaire de première instance, du délai d'appel de trente jours emporte application du délai de deux mois ».

<sup>2</sup> - a. R.4126-45 du C. santé publ. : « L'appel doit être déposé ou adressé par voie postale au greffe de la chambre disciplinaire nationale.

Dès réception de la requête d'appel, le greffe avertit tous les destinataires de la décision attaquée de l'enregistrement de l'appel et de son effet suspensif. Il en avise également la chambre disciplinaire de première instance qui lui transmet dans les huit jours le dossier de l'affaire ».

<sup>3</sup> - **Castelot (P)**, Le recours devant les instances disciplinaires par le patient : L'exception du médecin charge d'une mission de service public, R.D.S., n° 59, 2014, p. 1277.

<sup>4</sup> - **Gombaut (N)**, op. cit., étude n° 505.

الخاصة بالقرارات الصادرة عن الغرفة التأديبية الابتدائية<sup>1</sup>.

أما فيما يخص الحق في تصحيح الخطأ المادي، فيكون ذلك في حالة ما إذا كان القرار الصادر عن الغرفة التأديبية الوطنية يشوبه خطأ مادي من شأنه أن يؤثر على القرار الصادر، فهنا يحق للطرف المعني أن يتقدم بالطعن في القرار طالبا تصحيح هذا الخطأ، على أن يتم هذا الطعن خلال شهرين من تبليغ القرار المراد الطعن فيه<sup>2</sup>.

أما عن الطعن بالنقض أمام مجلس الدولة، فيكون ذلك إذا ما تعلق الأمر بالطعن في القرارات الصادرة عن الغرفة التأديبية الوطنية، أي القرارات الصادرة عن التقاضي من الدرجة الثانية، والطعن بالنقض في القرارات التأديبية لا يعني إعادة النظر في فحو الملف، لأن مجلس الدولة ليس له الصلاحيات للنظر في القضية مرة ثالثة، فدوره إذا يكمن في النظر إن كان القرار المطعون فيه موافق أم لا للقوانين وقواعد أخلاقيات الطب، ومن خلال ذلك يمكنه إما رفض الطعن، إذا احترمت القواعد القانونية والأخلاقية في اتخاذ القرار المطعون فيه، وإما إلغاء القرار المطعون فيه إذا تبين لمجلس الدولة أن هذا القرار لم يحترم القواعد القانونية أو الأخلاقية، وبذلك إعادة القضية أمام الجهة القضائية من الدرجة الثانية.

ولكن ما يميز الطعن بالنقض هنا، أنه لا يوقف تنفيذ العقوبات المقررة في حق الطبيب، ولكي يقبل الطعن يجب أن يتم ذلك خلال شهرين من تاريخ تبليغ القرار الصادر عن الغرفة التأديبية الوطنية للأطراف المتنازعة<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> - a. R.4126-53 du C. santé publ. : « La révision d'une décision définitive de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale portant interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ou radiation du tableau de l'ordre peut être demandée par le praticien objet de la sanction :

°1S'il a été condamné sur pièces fausses ou sur le témoignage écrit ou oral d'une personne poursuivie et condamnée postérieurement pour faux témoignage contre le praticien;

°2S'il a été condamné faute d'avoir produit une pièce décisive qui était retenue par la partie adverse;

3° Si, après le prononcé de la décision, un fait vient à se produire ou à se révéler ou lorsque des pièces, inconnues lors des débats, sont produites, de nature à établir l'innocence de ce praticien ».

<sup>2</sup> - a. R.833-1 du C. jus. adm. : « Lorsqu'une décision d'une cour administrative d'appel ou du Conseil d'Etat est entachée d'une erreur matérielle susceptible d'avoir exercé une influence sur le jugement de l'affaire, la partie intéressée peut introduire devant la juridiction qui a rendu la décision un recours en rectification.

Ce recours doit être présenté dans les mêmes formes que celles dans lesquelles devait être introduite la requête initiale. Il doit être introduit dans un délai de deux mois qui court du jour de la notification ou de la signification de la décision dont la rectification est demandée ».

<sup>3</sup> - **Robin-chevalier (T)**, Entre voies de recours et pouvoir d'évocation, L'étendu du contrôle du conseil

## الفرع الثاني: العقوبات التأديبية.

العقوبات التأديبية هي الجزاء الذي تقره الغرفة أو اللجان التأديبية المختصة، حددها كل من المشرع الجزائري والفرنسي على سبيل الحصر دون أن يعطي لها تعريف أو مفهوم، والتي تهدف إلى معاقبة الطبيب على المخالفات والأخطاء التي ارتكبها لمخالفته لقواعد أخلاقيات الطب، حتى وإن لم تحدث ضررا للمريض أو الغير، كما تهدف إلى ردع وإنذار الأطباء الآخرين عن كل مخالفة لهذه القواعد الأخلاقية<sup>1</sup>.

والعقوبات التأديبية هي عقوبات مستقلة ومختلفة عن العقوبات الجزائية، لأنه أصلا الأخطاء التي تؤدي إلى قيام المسؤولية التأديبية غير دقيقة إذا ما قارناها بالأخطاء المتعلقة بالعقوبات الجنائية، حيث أن تحديد الخطأ الطبي المؤدي لقيام المسؤولية التأديبية أو الأخلاقية يخضع للسلطة التقديرية للهيئات التأديبية المختصة في توقيع العقوبات وفقا للقواعد المنظمة لأخلاقيات الطب، لأن هذه القواعد لم تحدد بدقة السلوكيات الممنوعة من غير الممنوعة كما هو الشأن في قانون العقوبات، فالقواعد المنظمة لأخلاقيات الطب تنص دائما على الحقوق والالتزامات التي على الطبيب دون أن تحدد بدقة الأفعال المعاقب عليها<sup>2</sup>، وترك الأمر على هذا النحو، وهو اتجاه أيده مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 23 جويلية 2010<sup>3</sup>.

d'état sur les décisions rendues par les juridictions ordinal, R.D.S., n° 18, 2007, p. 564.

- **Bourgninaud Martineau (V)**, Droit privé et déontologie, Thèse de doctorat en droit privé, Université de Nantes, 1995, p. 181,182.

<sup>1</sup> - **Campion (M-D), Dubouis (L)**, Déontologie et santé, éd. paris Sirey, 1997, p. 56.

<sup>2</sup> - مثلا نص المادة R.4127-31 من قانون الصحة الفرنسي الذي ينص على أنه :

« Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci ».

فمن هذه المادة لم ينص على الأفعال المحظورة حتى ولو جاءت في سياق حياته الخاصة، كتحرير شيك بدون رصيد، وهذا ما أكده مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 20 جويلية 1971، حيث جاء فيه:

« Le fait d'émettre un grand nombre de cheques sans provision constitue un motif susceptible de fonder légalement une sanction disciplinaire infligée à un médecin » Conseil d'Etat, 3 / 6 SSR, du 20 juillet 1971, 80454, publié, **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 200.

- C.E., 4ème sous-section jugeant seule, 23/07/2010, 339595, publié, **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 200 :

« En ce qui concerne l'article L. 4124-6 du code de la santé publique:

Considérant que les requérants soutiennent que les dispositions de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique qui fixent l'échelle des peines pour méconnaissance des obligations professionnelles seraient contraires au principe de légalité des délits et des peines et à l'objectif à valeur constitutionnelle d'intelligibilité qui s'opposeraient à ce que la chambre disciplinaire de l'ordre des chirurgiens-dentistes pût infliger une des sanctions prévues à cet article alors que n'auraient pas été définis avec une précision suffisante les devoirs imposés aux praticiens ni la sanction qui s'y rattache».

ويترتب عن ترك القواعد المنظمة لأخلاقيات الطب على عمومها آثار أهمها، ترك المجال لمجلس أدبيات الطب سواء على المستوي الجهوي أو الوطني، من إبداء الرأي في أمر ما يطلب من المعني بالأمر، كما أن هذا الأمر يفرض على الأطباء تكيف سلوكياتهم والتوفيق بين العمل الطبي الذي يتطور يوميا من جهة، وأخلاقيات الطب من جهة أخرى، ولكن هذا لا يعني أن كل القواعد المتعلقة بأخلاقيات الطب جاءت عامة، بل هناك قواعد أخلاقية واضحة ودقيقة لا تحتاج إلى تفسير، مثال ذلك تقديم معلومات خاطئة للمريض قد يترتب عنها عقوبات تأديبية<sup>1</sup>.

والعقوبات التأديبية ليست بالضرورة نتيجة لانتهاك قواعد أخلاقيات الطب، إذ يمكن في بعض الحالات توقيع عقوبات تأديبية منصوص عنها في أخلاقيات الطب لسبب خارج عن مهنة الطب أصلا مثال ذلك، تعرض الطبيب لعقوبات جنائية لأسباب خارجة عن مهنة الطب<sup>2</sup>، وهذا ما أكده مجلس الدولة الفرنسي في القرار الصادر في 23 نوفمبر 1979<sup>3</sup>.

وأما عن طبيعة العقوبات وكيفية تنفيذها، فقد نصت عنها القوانين المنظمة لأخلاقيات الطب، فما على الهيئات واللجان المختصة إلا اختيار العقوبة المناسبة من بين العقوبات المنصوص عنها والتي ذكرت بصفة تدريجية حسب شدة العقوبة، معنى ذلك أنه لا توجد عقوبة بصفة تلقائية، وكل عقوبة اتخذت في حق طبيب من طرف الهيئة التأديبية المختصة، يجب تبليغها للمجالس الجهوية والمجلس الوطني لأدبيات الطب، حتى يتسنى احترامها عبر كامل التراب الوطني، ويسهر على تنفيذها المجلس الجهوي أو الوطني لأدبيات الطب الذي أقر هذه العقوبة بمجرد نفاذ مواعيد الطعن المقررة<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - **Riot (C)**, De la responsabilité disciplinaire des professionnels de santé, R.D.S., n° 3, 2005, p. 19.

<sup>2</sup> - **Clément (C)**, Manquement à la déontologie et à l'honneur professionnel, R.D.S., n°3, 2005, p. 46.

- عشوش كريم، المرجع السابق، ص 112.

<sup>3</sup> - C.E., 1 / 4 SSR, du 9 novembre 1979, 12867, publié, **Lefebvre (J)**, op. cit., p. 204 :

« Considerant que la circonstance que des poursuites penales avaient ete engagees contre le requerant n'obligeait pas la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des medecins a surseoir a statuer sur les faits reproches a ce medecin jusqu'a ce que le juge penal se soit prononce sur ces faits;

Considerant qu'aux termes de l'article 10 du decret du 28 novembre 1955 ; "tout medecin doit s'abstenir meme en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature a deconsiderer celle-ci; "

Considerant que, si le docteur buisson x... que la section disciplinaire a sanctionne, en lui infligeant la peine de l'interdiction d'exercer la medecine pendant une duree de six mois, des faits relevant de sa vie privee c'est par une exacte application de la disposition precitee qu'elle a estime que les faits reproches au requerant, dont elle avait au demeurant ete en mesure d'apprécier la responsabilite, etaient de nature a deconsiderer la profession et pouvaient des lors justifier une sanction disciplinaire »..

<sup>4</sup> - **Riot (C)**, op. cit., p. 22.

وقد نص المشرع الجزائري عن هذه العقوبات في نص المادة 217 من مدونة أخلاقيات الطب<sup>1</sup>، حيث حصرها في الانذار وذلك من خلال تحذيره عن اخلاله بالتزاماته المهنية مستقبلا، ولكن عقوبة الانذار تقترن بعقوبة أخرى ألا وهي الحرمان من حق الانتخاب أمام الفروع النظامية الجهوية أو الوطنية للأطباء لمدة ثلاثة سنوات<sup>2</sup>.

ومن العقوبات كذلك التوبيخ، وهي عقوبة أشد من الانذار، حيث أنها تقيد حتى في ملفه المهني، كما يحرم من حق الانتخاب أمام الفروع النظامية الجهوية أو الوطنية للأطباء لمدة ثلاثة سنوات<sup>3</sup>.

أما العقوبة الأشد فتتمثل في اقتراح المجلس الجهوي على السلطات الادارية الوصية على قطاع الصحة المنع من ممارسة مهنة الطب و/أو غلق المؤسسة الصحية<sup>4</sup>، مع حرمان الطبيب المعاقب من حق الانتخاب أمام الفروع النظامية الجهوية أو الوطنية للأطباء لمدة خمسة سنوات<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> - نصت المادة 217 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: " يمكن المجلس الجهوي أن يتخذ العقوبات التأديبية التالية:

- الانذار

- التوبيخ

كما يمكنه أن يقترح على السلطات الادارية المختصة، منع ممارسة المهنة و/أو غلق المؤسسة، طبقا للمادة 17 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985 و المذكور اعلاه".

<sup>2</sup> - نصت المادة 218 فقرة 1 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري على أنه: " يترتب على الانذار والتوبيخ الحرمان من حق الانتخاب لمدة ثلاث سنوات".

<sup>3</sup> - عشوش كريم، المرجع السابق، ص 107.

<sup>4</sup> - نصت المادة 273 من قانون الصحة الجزائري الجديد على أنه: " يخضع انجاز وانشاء وفتح واستغلال أي هيكل أو مؤسسة صحية أو ذات طابع صحي، وتوسيعها وتحولها وتغيير تخصيصها وغلقتها المؤقت أو النهائي لترخيص من الوزير المكلف بالصحة"، كما أضافت المادة 315 من نفس القانون على أن: " يبيت الوزير المكلف بالصحة في الغلق المؤقت أو النهائي لكل هيكل أو مؤسسة خاصة للصحة بناء على تقرير الصالح المختصة. ويمكن للوالي أن يبيت في الغلق الذي لا تتجاوز مدته ثلاثة أشهر لكل هيكل أو مؤسسة صحية خاصة بناء على تقرير المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة".

<sup>5</sup> - نصت المادة 218 فقرة 2 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: " أما المنع المؤقت من ممارسة المهنة فينجر عنه فقدان حق الانتخاب لمدة خمس سنوات".

أما المشرع الفرنسي وإن نص على نفس العقوبات إلا أنه كان أوضح من ما جاء به المشرع الجزائري، فالمشرع الفرنسي نص في المادة L.4124-6 من قانون الصحة على عقوبة الانذار والتوبيخ، وكعقوبة اضافية لذلك نص على حرمان الطبيب من حق العضوية في المجالس الخاصة بمهنة الطب والغرف التأديبية لمدة أقصاه ثلاث سنوات<sup>1</sup>، فالطبيب المعاقب بإحدى العقوبتين المذكورتين أعلاه وفقا لما جاء به المشرع الفرنسي ليس له كذلك حق الانتخاب، بما أنه لا حق له في العضوية، لأن حق الانتخاب مقرون بالعضوية سواء في المجالس أو الغرف التأديبية، وهنا يكمن الاختلاف بين ما جاء به المشرع الفرنسي والمشرع الجزائري، حيث أن المشرع الفرنسي يحرم الطبيب المعاقب من حق العضوية، أما المشرع الجزائري فيمنعه من حق الانتخاب، وهنا نطرح اشكال حول أحقية الطبيب المعاقب في عضويته سواء لدى المجالس الجهوية أو لدى المجلس الوطني الخاصة بالأطباء وفقا لأحكام التشريع الجزائري.

أما العقوبات الأخرى التي نص عنها المشرع الفرنسي في نص المادة المذكورة سابقا، فنجد المنع الدائم مع امكانية وقف التنفيذ أو بدونه لوظيفة أو عدة وظائف منحها الدولة أو الادارات المحلية أو المؤسسات العمومية أو مؤسسات ذات طابع عمومي للطبيب المعاقب، مع معاقبته

---

<sup>1</sup> - a. L.4124-6 du C. santé publ. : « Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes:

°1L'avertissement;

°2Le blâme;

°3L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales;

°4L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années;

°5La radiation du tableau de l'ordre.

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie d'un conseil, d'une section des assurances sociales de la chambre de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national, d'une chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive.

Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3° et 4°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction ».

بالحرمان إلى الأبد من حق العضوية في المجالس المهنية الطبية أو الغرف التأديبية، كما نجد كذلك عقوبة المنع المؤقت لممارسة مهنة الطب لمدة لا تتجاوز ثلاث سنوات، مع معاقبته بالحرمان إلا الأبد من حق العضوية في المجالس المهنية الطبية أو الغرف التأديبية<sup>1</sup>.

وما نلاحظه فيما يخص عقوبة المنع سواء الدائم أو المؤقت التي جاء بها المشرع الفرنسي، أنها تختلف عما جاء به المشرع الجزائري في عدة نقاط، أهمها ما يتعلق بالجهة المصدرة للقرار التأديبي، حيث أن المشرع الفرنسي أعطى كل الاختصاص في توقيع العقوبات التأديبية للغرف التأديبية بما فيها عقوبات الوقف عن ممارسة مهنة الطب، في حين أن المشرع الجزائري اكتفى بإعطاء حق اقتراح عقوبة المنع على السلطات الادارية الوصية والتي لها كل السلطة إما بقبول هذا الاقتراح أو رفضه.

أما نقطة الاختلاف الأخرى فتتمثل في معاقبة الطبيب بحرمانه إلى الأبد من حق العضوية في المجالس المهنية الطبية أو الغرف التأديبية بالنسبة للتشريع الفرنسي، أما المشرع الجزائري فأقر بحرمان الطبيب من حق الانتخاب أمام الفروع النظامية الجهوية أو الوطنية للأطباء لمدة خمسة سنوات، وبالتالي نفس الاشكال يطرح حول أحقية الطبيب المعاقب في عضويته سواء لدى المجالس الجهوية أو لدى المجلس الوطني الخاص بالأطباء وفقا لأحكام التشريع الجزائري.

وفي الأخير أضاف المشرع الفرنسي عقوبة أخرى أشد من سابقتها لم يتطرق اليها المشرع الجزائري، وتتمثل في عقوبة الشطب من جدول اعتماد الأطباء، وما يترتب عنه من المنع من ممارسة مهنة الطب والمنع النهائي من التسجيل في جدول اعتماد آخر للأطباء، وبالتالي حرمانه إلا الأبد من حق العضوية في المجالس المهنية الطبية أو الغرف التأديبية<sup>2</sup>.

وقد أقر المشرع الفرنسي بأن القرارات التأديبية الصادرة عن الغرفة التأديبية والخاصة بعقوبة الوقف المؤقت لممارسة مهنة الطب أو عقوبة الشطب من قائمة اعتماد الأطباء، يحدد فيها تاريخ تنفيذ العقوبة مع الأخذ بعين الاعتبار مواعيد الإستئناف، وعند الإقتضاء مواعيد الطعن إذا تعلق الأمر بقرار صادر عن الغرفة الوطنية، أما إذا لم تحدد الجهة المصدرة القرار التأديبي تاريخ

<sup>1</sup> - Brunel (M), Suspension temporaire du droit d'exercer la médecine : Le conseil de l'ordre ne badine pas avec l'addiction, R.D.S., n° 77, 2017, p. 46.

- Cohen (P), Jallet (L), L'interdiction d'exercer, Gaz. San. Soc., n°55, septembre 2009, p. 64.

<sup>2</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 207.

التنفيذ، فإن العقوبة تنفذ تلقائياً من اليوم الموالي لليوم الذي يكون فيه القرار نهائياً، وفي حالة استئناف القرار الصادر عن الغرفة التأديبية للدرجة الأولى من التقاضي والذي له أثر فوري لوقف تنفيذ العقوبة، فإنه يمكن لرئيس الغرفة التأديبية من تحديد تاريخ آخر لتنفيذ العقوبة<sup>1</sup>.

ولكن تنفيذ العقوبة التأديبية يأخذ أحيانا أشكال أخرى، كوقف التنفيذ، أو العفو العام أو إعادة تقييم العجز عن ممارسة مهنة الطب.

فأما عن وقف التنفيذ فهو عبارة عن اجراء يتبع العقوبة المقررة من طرف الجهات التأديبية المختصة والتي تجعل الطبيب معفى من تنفيذ العقوبة شريطة أن لا يرتكب خطأ آخر خلال فترة معينة. وفي حالة ما إذا أقرت الهيئات التأديبية المختصة عقوبة جديدة على الطبيب، فإن لها كل الحق في تنفيذ عليه العقوبة الأولى التي كانت محل وقف التنفيذ، دون أن يؤثر ذلك على امكانية اتخاذ نفس الاجراء في وقف تنفيذ العقوبة الثانية. ورفع وقف التنفيذ ليس التزام تلتزم به الهيئات التأديبية المختصة، بل هي امكانية أعطاها القانون لهذه الأخيرة يمكنها استعمالها شريطة توفر عنصرين أساسيين ألا وهما، ظهور وقائع جديدة تشكل خطأ أخلاقي ارتكب خلال خمس سنوات بداية من تاريخ توقيع عليه العقوبة، و أن تؤدي هذه الوقائع الجديدة إلى التوقيف المؤقت لممارسة مهنة الطب لمدة أقصاها خمس سنوات<sup>2</sup>.

أما عن الشكل الثاني، فيتمثل في الرفع عن الطبيب عدم امكانيته ممارسة مهنة الطب، حيث أنه يمكن للطبيب بعد انقضاء فترة لا تقل عن ثلاثة سنوات بداية من التاريخ الذي أصبح فيه القرار التأديبي نهائياً بالشطب من قائمة اعتماد الأطباء بسبب نقص فادح في الكفاءة المهنية، أن يتقدم بطلب للرفع عنه عدم امكانيته ممارسة المهنة لرئيس المجلس الجهوي لمهنة الطب، وبموجب ذلك يمكن للغرفة التأديبية التي أصدرت حكمها في هذه القضية، إما أن تسمح له بذلك، وبالتالي إعادة تسجيله في جدول اعتماد الأطباء، أو أنها ترفض طلبه وفي هذه الحالة لا يحق للطبيب المعاقب أن يتقدم بطلب آخر مشابه إلا بعد مرور ثلاثة سنوات<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Gombaut (N), op. cit., étude n° 505.

<sup>2</sup> - Castelot (P), La procédure de sursis à exécution : Une possibilité pour le professionnel d'éviter une sanction disciplinaire lourde sans fondement, R.D.S., n°54, 2013, p. 496.

<sup>3</sup> - Clément (C), Lesson (V), La procédure disciplinaire des agents hospitaliers, Questions-réponses, modèles de procédure, coll. Pratiques professionnelles, février 2011, p. 16,17.

أما الشكل الأخير فيتمثل في العفو العام، بشرط أن يكون الخطأ الأخلاقي الذي ارتكبه الطبيب وعوقب بموجبه لا يتعلق بشرف المهنة، النزاهة والأخلاق الحميدة، ما عدا هذه الأخطاء فإنه يمكن للطبيب أن يطلب عفوا عاما أمام الهيئة التأديبية التي أصدرت العقوبة<sup>1</sup>.

والخطأ الأخلاقي الذي ترتب عنه توقيع عقوبات تأديبية يمكن له في نفس الوقت أن يترتب عنه مسؤوليات أخرى، من مسؤولية جنائية، إدارية، مدنية أو تأديبية من المستخدم، فتعدد المسؤوليات هنا يترتب عنه تعدد العقوبات رغم أن الخطأ واحد.

فإذا اقترنت المسؤولية التأديبية بالمسؤولية الجنائية كحالة ما إذا لم يلتزم الطبيب في الحالات الاستعجالية بواجب المحافظة على السر الطبي، فإنه بذلك يكون قد ارتكب خطأ أخلاقي يترتب عنه امكانية تعرضه لعقوبات تأديبية، وفي نفس الوقت يكون كذلك قد ارتكب جنحة افشاء السر الطبي والمعاقب عليه جنائيا كما سبق توضيحه في هذه النقطة بالذات، وكنتيجة لذلك فإن الطبيب في هذه الحالة يتعرض لعقوبات تأديبية وجنائية في نفس الوقت، فالدعوتين مستقلتين عن بعضهما البعض<sup>2</sup>، وهو ما أكدته المادة 221 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري ونص المادة L4126-5 من قانون الصحة الفرنسي كذلك<sup>3</sup>.

إضافة لذلك نجد أنه بإمكان مجلس أدبيات الطب رفع دعوى جنائية ضد الطبيب من جهة، ومن جهة أخرى يمكنه في نفس الوقت رفع شكوى أمام الغرفة التأديبية صاحبة الاختصاص

<sup>1</sup> - Clément (C), op. cit., p. 46.

<sup>2</sup> - سليمان حاج عزام، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب، ص 137.

<sup>3</sup> - نصت المادة 221 من مدونة أخلاقيات الطب على أنه: " لا تشكل ممارسة العمل التأديبي عائقا بالنسبة:

- للدعوى القضائية المدنية أو الجنائية.

- للعمل التأديبي، الذي تقوم به الهيئة أو المؤسسة التي قد ينتمي إليها المتهم.

ولا يمكن الجمع بين العقوبات من طبيعة واحدة وللخطأ ذاته".

- a. L.4126-5 du C. santé publ. : « L'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle:

°1Ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun;

°2Ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit;

°3Ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme fonctionnaire;

°4Ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales ».

كما يمكن للجهات القضائية اخطار المجلس الوطني لأدبيات الطب عن المخالفات التي ارتكبتها الطبيب والخاصة بالقانون الجنائي، وهذا ما يسمح للغرفة التأديبية المختصة من توقيع عقوبة تأديبية إن رأت ذلك مناسباً<sup>1</sup>.

وإذا اقترنت المسؤولية التأديبية بالمسؤولية المدنية نتيجة خطأ ارتكبه الطبيب لمخالفته قاعدة من القواعد الأخلاقية لمهنة الطب، و في نفس الوقت أن هذا الخطأ قد تسبب في احداث ضرر مادي أو معنوي للمريض، فهنا في هذه الحالة لا يمكن للهيئات التأديبية المختصة بالنظر في الشكوى المرفوعة لديها بأن تحكم للتعويض لصالح المريض، لأنه ليس لديها السلطة في تقرير ذلك، وهذا ما بيناه سابقاً، ولكن يمكنه الحصول على التعويض المالي برفع دعوى أمام القضاء المدني، فالدعوتين مستقلتين عن بعضهما البعض، فإذا أقر القضاء المدني تعويضاً لصالح المريض، هذا لا يعني بالضرورة أن الهيئات التأديبية المختصة ستعاقب الطبيب، إذ أنه من الممكن أن يمثل الخطأ المرتكب من طرف الطبيب في الحالات الاستعجالية خطأً طبقاً لأحكام القانون المدني، ولكن يعتبر غير ذلك بالنسبة للقواعد المنظمة لأخلاقيات الطب<sup>2</sup>.

أما في حالة ما إذا اقترنت المسؤولية التأديبية الناتجة عن خطأ مخالف لقواعد أخلاقيات الطب بالمسؤولية التأديبية التي يصدرها المستخدم (رب العمل) لخطأ متعلق بعدم احترام مثلاً النظام الداخلي المعمول به داخل المؤسسة الصحية التي يعمل فيها الطبيب، فهنا كذلك تكون العقوبة التي يصدرها المستخدم مستقلة عن ما يمكن أن تصدره الهيئات التأديبية المستخدمة، حيث أنه ما يعتبر خطأً بالنسبة للمستخدم قد لا يعتبر كذلك بالنسبة للهيئات التأديبية المختصة، ولكن من الممكن أن يعتبر الخطأ الواحد، خطأً يعاقب عنه المستخدم وفي نفس الوقت خطأً يترتب عنه توقيع عقوبات تأديبية، وهنا في هذه الحالة يمكن لكلاهما توقيع العقوبة التي يراها مناسبة، وبالتالي يمكن الجمع في العقوبات، وهذا يرجع لأساس العقوبة، إذ أن أساس العقوبات التأديبية الصادرة عن الهيئات المختصة، أساسها قواعد أخلاقيات الطب، أما أساس العقوبات التأديبية الصادرة عن المستخدم فيتمثل في مخالفة النظام الداخلي أو لوائح ادارية مثلاً<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 215, 216.

<sup>2</sup> - Responsabilités des professionnels de santé, Les différents régimes de responsabilité sont-ils dépendants les uns des autres ? Fiche webe n° 8004, éd. weka, 2017.

<sup>3</sup> - Lefebvre (J), op. cit., p. 220, 221.

## الخاتمة

لما نتكلم عن الاستعجالات الطبية، نلاحظ بأننا نتكلم عن خدمة عمومية على الرغم من أن هناك مؤسسات صحية خاصة تقوم بهذه الخدمة، ومن أجل تحقيق رعاية صحية مستعجلة مناسبة، أوجدت مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة والمرتبطة دائما بمستشفى عمومي، وهدفها توفير علاج مناسب وعادل للجميع وعبر كامل التراب الوطني.

وعلى الرغم من أن مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية مرتبطة بمستشفى إلا أن عملها يكون في الغالب خارج المستشفى التابع لها عن طريق جهازها المتحرك والمتمثل في المصلحة المتحركة للاستعجالات والانعاش.

وتحتوي هذه المصلحة على مركز لتلقي المكالمات (رقم 15) وتنظيمها. كما تحتوي على طبيب منظم وأطباء مساعدين منظمين كذلك، يتميز كل منهم بكفاءة ودراية تسمح له بتقديم الاجابة المناسبة وبسرعة للمتصل، وذلك في كل الحالات الاستعجالية سواء كانت حقيقية أو محسوسة، في المنزل أو على الطريق العام أو في أماكن العمل، المدرسة... من خلال توجيه الجرحى والمرضى أو ارسال مساعدة طبية مستعجلة تقنية حسب حالة المريض.

ولكي تكون مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة أكثر فعالية، يجب عليها إبرام اتفاقيات إلزامية مع خدمات مكافحة الحرائق والإنقاذ التابعة للحماية المدنية، وكذلك اتفاقيات مع أطباء لتنظيم عملية مداومة، وكذا اتفاقيات مع أصحاب النقل الصحي التابعة للخوادم أو حتى القطاع العام.

وعندما ننظر لحجم الوسائل المتاحة لتقديم المساعدة الطبية المستعجلة، ولحجم المنظومة القانونية في مجال الصحة، يعطينا لنا في الظاهر انطبعا بوجود خدمة عامة مهمة ومنسقة تغطي الإقليم الوطني، ومع ذلك ، لا تزال المساعدة الطبية المستعجلة مفهوما غامضا ولا يغطي كل قطر الوطني سواء في فرنسا أو الجزائر، وهذا أولا بسبب عدم تجانس العناصر الفاعلة في المساعدة الطبية المستعجلة، والتي تبدأ بالضحية أو المريض، الشهود أول المستجيبين أو حتى الأطباء الموجودين في الموقع ، الشرطة والدرك، ورجال الإطفاء بوسائل التدخل الخاصة بهم وعند

الاقتضاء الممرضين والأطباء التابعين لهم، والمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش، والإسعاف الخاص...

أما عن النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بالمساعدة الطبية المستعجلة التي تتبع في غالبيتها عن وزارة الصحة والتي تعالج على أساس أنها خدمة عمومية يقدمها مستشفى عام، حتى وإن كانت تأتي من خارج المستشفى، إلا أن هناك نصوص قانونية وتنظيمية أخرى صادرة عن وزارات أخرى كوزارة الداخلية المسؤولة عن الأمن المدني، والمتمثلة خاصة بمهام إنقاذ الأشخاص والممتلكات، والتي في الغالب تتطلب من أجل القيام بهذه المهام إرسال الإغاثة والتي تتميز بعنصر الاستعجال كحوادث الطرق ومهام فرق الإطفاء، تنظيم الإسعافات الأولية مع فرق الشرطة أو الدرك، وأحكام خطة تنظيم الأمن المدني (ORSEC)... إلخ، فحتى لو كانت نصوص مشتركة بين مختلف الوزارات وإن بدت لنا أنها تهدف لتحقيق مصلحة مشتركة في تقديم مساعدة طبية مستعجلة، إلا أن هذه النصوص في حقيقة الأمر تعرض مفهوميين ونظامين، يركز أحدهما على عمل المستشفى ومصلحة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU) ورقم 15، والمصلحة المتنقلة للاستعجالات والانعاش (SMUR)، مشاركة الأطباء والمساعدين الطبيين الخاصين. أما النظام الثاني فيرتكز أساساً على المصالح التابعة للحماية المدنية، وهذا يؤدي بالضرورة إلى تواجدهم وحوادث مواجهات بين مختلف المتدخلين وبالتالي ظهور عيوب وتناقضات ليست في مصلحة المريض أو المصاب في حالة خطر. وفي هذا الإطار، أوصى المجلس الاقتصادي والاجتماعي بفرنسا، بعدم سن تشريعات أخرى إذا لم تأخذ في الاعتبار عملية المساعدة الطبية المستعجلة بمجملها، وذلك بإشراك الجميع في العملية. ومن بين ما أوصى به المجلس الاقتصادي والاجتماعي الفرنسي كذلك، نجد إدماج جميع الجهات الفاعلة بوسائلها في المشاركة في عملية تقديم المساعدة الطبية المستعجلة، وكذا تقسيمها جغرافياً لضمان التغطية الحقيقية للأقاليم بأكملها، وتشجيع عمليات التنسيق والتواصل بين مصالح الحماية المدنية ومصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، ما يؤدي إلى استخدام رشيد للمركبات والوسائل الطبية. كما أوصى بضرورة التعاون والتشاور بين مختلف المصالح بما في ذلك التبادل الدائم والعاقل للخدمات والموارد، مع الحفاظ على استقلاليتها ودون أي تسلسل هرمي أو التبعية لخدمة مصلحة على حساب أخرى<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - Alain (L), L'aide médicale urgente, Evolution et perspectives, Santé, Médecine, Société, Coll. Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques, P.U.F., 2010, p. 279.

وكما قلنا سابقا، بأنه في الواقع هناك حالتان غالبا ما يتم الخلط بينهما، فمن ناحية حالات استعجالية حقيقية غالبا ما تأتي بصفة مفاجئة غير معلنة وخطيرة قد تصيب المريض في جسده أو في حياته، تتطلب استجابة فورية وإرسال فرقة لتقديم المساعدة الطبية المستعجلة، هذا إذا كان المريض خارج المستشفى، أما إذا كان في المستشفى فيتطلب تدخل سريع من طرف طاقم طبي كفؤ. ففي مثل هذه الحالات يجب بذل الجهد الكافي لكي تكون أوقات الاستجابة قصيرة لها، مما يعني تدخل للجهة الأقرب من الحالة المستعجلة، والتي بدورها تقدم تقرير أولي إلى مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة (SAMU)، والتي بدورها إن اقتضى الأمر حسب الحالة أن تأمر بإرسال معدات وامكانيات طبية ثقيلة كسيارات الإسعاف أو المروحية. فالمهم في عملية تقديم المساعدة الطبية المستعجلة أن تكون مؤطرة بحيث تشمل كامل التراب الوطني ومنسجمة فيما بين المتدخلين سواء كان من القطاع العام أو الخاص، والابتعاد عن الازدواجية والمنافسة العقيمة ما دام الهدف واحد ألا وهو تقديم المساعدة الطبية المستعجلة.

أما من الناحية الأخرى فنجد الحالات التي يمكن وصفها بأنها "ملائمة" والتي يجب شرحها للمجتمع، لأنها السبب الرئيسي للازدحام الحاصل سواء على مستوى المصالح التي تقدم خدمات استعجالية أو على مستوى رقم 15 الخاص بالاستعجالات الطبية، ما يؤثر على أداء هذه المصالح. فهذا الوضع يتطلب وعيا كاملا لدى المريض والطبيب على حد سواء، فالطبيب الذي ينصح المريض بالاتجاه لمصلحة الاستعجالات الطبية للحصول على رأي مختص عن حالته الصحية بحكم أن المواعيد طويلة جدا والتي قد تصل أحيانا إلى 6 أشهر، فهذا الأمر بالنسبة للأطباء في الاستعجالات الطبية أمر غير مقبول ويعتبرونه لا مسؤول من طرف زميل لهم.

غير أننا نرى، أنه من الأفضل تعميم فكرة الطب الاستعجالي على جميع الأطباء الممارسين سواء كان طبيب عام أو مختص، وبالتالي يمكن دمجهم في تنظيم المساعدة الطبية المستعجلة، لضمان مناوبة مثلا فعالة، وسواء أطباء موظفون في القطاع العام أو القطاع الخاص، بدلاً من تفضيل اعطاء أهمية كبيرة للاستعجالات الطبية للقطاع العام على حساب القطاع الخاص.

فمسألة الاستعجالات الطبية هي مهمة ومسؤولية الجميع، فعلى صانعي القرار وجميع

المتدخلين في عملية المساعدة الطبية المستعجلة في النظر بصفة دائمة ومستمرة لإعادة هيكلة وتنظيم هذه الخدمة التي هي في تغير دائم. فمن أجل مصلحة المرضى الذين يواجهون حالات خطيرة، يجب ضمان جودة في الرعاية الصحية والسلامة من خلال تقليل عنصر الصدفة وعدم المساواة بين المرضى الذي يمكن تجنبه.

ما يمكن الإشارة إليه كذلك، هو أن خدمة المساعدة الطبية المستعجلة، يجب أن تدخل في السياق الاقتصادي المطلوب، وعلى كل مستشفى احترامه دون المساس بجودة الرعاية الصحية المقدمة.

كما يمكن الإشارة إلى أنه للمريض الحق في التمتع بخدمات المساعدة الطبية المستعجلة وبصفة مجانية في المستشفيات العمومية، والتي تعمل بشكل عام على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع و365 يوما في السنة. ومع ذلك، يمكن التمتع بالمساعدة الطبية المستعجلة من خلال إما الطبيب المعالج، أو نظام المداومة الطبية، أو مصلحة استعجالات طبية لمؤسسة صحية خاصة. فهذا النظام يتيح استدامة لرعاية صحية دائمة ومستمرة للجميع. وفيما يتعلق بتوفير الرعاية الصحية المستعجلة للفقراء، فنجد أن خدمات المستشفيات العمومية تسعى دائما للتكفل بهذه الفئة، فهي تساهم في منع ومكافحة الإقصاء وإعادة دمج المرضى في الوصول إلى رعاية صحية مناسبة، بالتعاون مع جميع الجهات الفاعلة في هذا المجال.

ويمكن القول أن الاستعجالات الطبية سواء من الناحية القانونية أو من الناحية الطبية تبقى موضوعا من الصعب جدا تحديد مفهوم لها، لأنه من المستحيل وضع معايير تميزها عن الحالات الأخرى<sup>1</sup>، بل أن البعض يرى بأن وضع مفهوم دقيق للاستعجالات الطبية يؤول من البداية إلى الفشل<sup>2</sup>.

من النتائج كذلك، أنه من بين حقوق المريض الاستشفائية، نجد حقه في الاختيار، الحق في السر المهني، الحق في الاعلام والحصول على الرضا... وبأن هذه الحقوق تتأثر بالحالة الاستعجالية للمريض، لأن الحالة الاستعجالية -كما رأينا- تلزم الطبيب بمعالجة المريض وفي

<sup>1</sup> - Sirat (C), L'exécution d'office, L'exécution forcée, deux procédures distinctes de l'exécution administrative, S.J., 1958, n° 1440.

<sup>2</sup> - Jestaz (PH), L'urgence et les principes classiques du droit civil, L.G.D.J., 1968. P. 329.

ظروف صعبة، وبالتالي فهي في نفس الوقت تعطيه الحق في سلطة أكبر ومرونة في تقديمه للعلاج المناسب. فبكل بساطة تعد الحالة الاستعجالية ظرف استثنائي يؤدي إلا وقوع نتائج استثنائية، والتي تبرر التضيق من حرية وحقوق المريض الاستشفائية.

ولكن هذا لا يعني أن الحالة الاستعجالية تسمح بذلك في كل مرة، بل الأمر يتعلق بالحالات الاستعجالية الملحة والقاهرة التي لا يمكن من خلالها للمريض من التعبير عن رأيه وبالتالي تبرر عمل الطبيب بعدم اعلامه والحصول على رضاه، كما تبرر عمل الطبيب الذي غالبا في هذه الحالات لا يتسم بالإتقان والدقة. بمعنى آخر لا يمكن للطبيب التحجج في كل مرة بالحالة الاستعجالية للتصل من المسؤولية.

كما أن الحالة الاستعجالية تؤثر على مسؤولية الطبيب، خاصة فيما يتعلق بالتزام الطبيب بالتدخل بسرعة لتقديم مساعدة طبية مستعجلة، والذي قد يعفيه من احترام بعض أو كل حقوق المريض الاستشفائية ولو مؤقتا، بحيث أن الحالة الاستعجالية هي التي تخلق التزام الطبيب في التدخل بسرعة في الحال أو على الأقل في أفضل الآجال، والذي بدوره في حالة عدم احترامه يؤدي لقيام مسؤولية الطبيب.

ومن أهم التأثيرات كذلك للحالة الاستعجالية على مسؤولية الطبيب، نجد تأثيرها على مبدأ احترام كرامة الانسان وحياته وجسمه، وذلك من خلال تأثيرها على التطبيقات القانونية لهذا المبدأ، والمتمثلة أساسا في السر المهني، والحق في الاعلام والرضا...حيث أن الحالة الاستعجالية لها تأثير مباشر على ذلك، لأن العمل الطبي في مثل هذه الحالات ضروري وفي الحال، ما يؤدي في الغالب لعدم احترام هذه الحقوق لضيق الوقت.

كما أن القضاة في أغلب الحالات وإن لم نقل كلها، يستندون في تكييفهم للحالة الاستعجالية إن كانت قائمة أم لا، على تقارير الخبرة الطبية التي يطلبونها، لأن الحالة الاستعجالية هي مفهوم طبي قبل أن يكون مفهوم قانوني، وبالتالي فإنه من المنطقي أن يرجع أمر تقدير وتكييف ذلك للأطباء، فالمشرع لا يمكنه وضع بعض الأعراض مثلا، والقول بأنها أعراض حالة استعجالية، إذا ما وقعت فإنه على الطبيب التدخل بسرعة.

خلاصة القول أن الحالة الاستعجالية هي حالة تقديرية من اختصاص الطبيب أكثر من

أنها مفهوم محدد مسبقاً من طرف المشرع أو رجال القانون.

وما يمكن الإشارة إليه، هو أنه على كل الباحثين في المجال القانوني والمجال الطبي أن يعملوا سويًا لإيجاد حلول ناجعة للرقى وتقديم خدمات صحية استعجالية مناسبة، فإذا كان رجل القانون يسعى إلى التوفيق بين حقوق المريض الاستشفائية والحالة الاستعجالية، فإنه يجب أن يأخذ بعين الاعتبار المسؤولية الثقيلة التي تقع على عاتق الطبيب والتي تتمثل في انقاذ حياة المريض من الموت من جهة، ومن جهة أخرى الامكانيات المادية والبشرية المتوفرة أمامه.

## قائمة المراجع

### باللغة العربية :

#### 1. كتب عامة:

- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، الجرائم ضد الأشخاص والجرائم ضد الأموال، الجزء الأول، دار هومه، الجزائر، 2005.
- أحمد فتحي سرور، الوسيط في قانون العقوبات، القسم العام، الجزء الأول، القاهرة مصر، 1981.
- عمر خوري، شرح قانون العقوبات، القسم العام، جامعة الجزائر 1، كلية الحقوق، 2010.
- محمود محمود مصطفى، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة العاشرة، دار النهضة العربية، 1983.
- محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر، 1973.
- منصور رحمانى، الوجيز في القانون الجنائي العام، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، 2006.

#### 2. كتب خاصة:

- أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، 1990.

#### 3. أطروحات ومذكرات جامعية:

##### أطروحات الدكتوراه:

- عريب ثاني نجية، الحماية الجنائية للحق في الحياة، دراسة مقارنة، رسالة الدكتوراه في القانون العام، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تلمسان، 2014-2015.
- عيساني رفيقة، مسؤولية الأطباء في المرافق الاستشفائية العمومية، رسالة الدكتوراه في القانون العام، جامعة أبو بكر بلقايد، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تلمسان، 2015-2016.

- مختار رحمانى محمد، المسؤولية المدنية عن فعل المنتجات المعيبة، رسالة الدكتوراه في العلوم كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01، 2016-2017.

### مذكرات الماجستير:

- بشوش عائشة، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية، مذكرة الماجستير في القانون الجنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2001-2002.

- بومدان عبد القادر، المسؤولية الجنائية للطبيب عن إفشاء السر الطبي، مذكرة الماجستير في القانون، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق، جامعة تيزي وزو، 2010-2011.

- سايكي وزنة، إثبات الخطأ الطبي أمام القاضي المدني، مذكرة الماجستير، فرع قانون المسؤولية المهنية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة تيزي وزو، 2010-2011 .

- قيرع محمد، التعويض عن الضرر الجسماني للخطأ الطبي، مذكرة الماجستير، فرع العقود والمسؤولية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01، 2014-2015.

### 4. مقالات:

- رابعي إبراهيم، اختصاصات المنظمات المهنية وطبيعتها في القانون الجزائري، مجلة العلوم القانونية والإجتماعية، العدد العاشر، جوان 2018، جامعة الجلفة، الجزائر، ص 313-335.

- رنا إبراهيم العطور، جريمة تعريض الغير للخطر في قانون العقوبات الفرنسي، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الشرعية والقانونية، مجلد 8، عدد 2 جوان 2011، الجامعة الأردنية، عمان الأردن 2011، ص 149-175.

- سليمان حاج عزام، جريمة عدم تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر في المجال الطبي، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، عدد رقم 07، جانفي 2015، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ص 164-178.

- سليمان حاج عزام، جنحة إفشاء السر الطبي وحالات انتفائها، دفا تر السياسة والقانون، العدد الثالث، المجلد الثاني، 2010، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 136-143.

- سليمان حاج عزام، الدعوى التأديبية الناشئة عن مخالفة قواعد أخلاقيات الطب، مجلة الفكر العدد الثامن، نوفمبر 2012، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، ص 129-146.
- سليمان حاج عزام، المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي العام بين الرفض والقبول، مجلة العلوم الانسانية، العدد الثالث والثلاثون، جانفي 2014، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر ص 265-279.
- عبد الرحيم صباح، الأخطاء الطبية الفنية وموقف القانون الجزائري منها، مجلة مقاربات، العدد الأول المجلد الرابع، 04 جانفي 2016، جامعة الجلفة، الجزائر، ص 274-285.
- عبد الرحيم صباح، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إفشاء السر المهني، دفاثر السياسة والقانون العدد الرابع، جانفي 2011، جامعة ورقلة، الجزائر، ص 174-190.
- عبد الكريم دكاني، إفشاء السر الطبي بين التجريم والاباحة، مجلة القانون والمجتمع، دورية دولية محكمة في الدراسات القانونية، المجلد السادس، العدد الأول، 13 جوان 2018، جامعة أدرار الجزائر، ص 50-72.
- عشوش كريم، المسؤولية التأديبية للطبيب العامل بالقطاع الخاص، مجلة معارف: قسم العلوم القانونية السنة الحادية عشر، العدد 21، ديسمبر 2016، جامعة البويرة، الجزائر، ص 107-122.
- عيساني رفيقة، النظام التأديبي لأطباء الصحة العمومية في القانون الجزائري، مجلة القانون الدولي والتنمية، مجلد 6، العدد الأول، 15 جانفي 2018، جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم، الجزائر، ص 91-105.

## 5. النصوص التشريعية والتنظيمية:

- الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 49 بتاريخ 11 جوان 1966، ص 702-756.

- الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر سنة 1975، متضمن القانون المدني، ج.ر عدد 78 بتاريخ 30 سبتمبر 1975، ص 990-1059.
- الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 25 جانفي سنة 1995، متعلق بالتأمينات، ج.ر عدد 13 بتاريخ 8 مارس سنة 1995، ص 3-36.
- القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فيفري سنة 1982، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966 متضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 7 بتاريخ 16 فبراير 1982، ص 317-337.
- القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري سنة 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج.ر عدد 8 بتاريخ 17 فيفري سنة 1985، ص 176-202.
- القانون رقم 90-17 المؤرخ في 31 جويلية سنة 1990، يعدل ويتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري سنة 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج.ر عدد 35 بتاريخ 15 أوت 1990، ص 1123-1126.
- القانون رقم 01-09 المؤرخ في 26 جوان سنة 2001، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 34 بتاريخ 27 جوان 2001، ص 15-19.
- القانون رقم 04-15 المؤرخ في 10 نوفمبر سنة 2004، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 71 بتاريخ 10 نوفمبر 2004، ص 8-12.
- القانون رقم 05-10 المؤرخ في 20 جوان سنة 2005، يعدل ويتمم الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر سنة 1975، متضمن القانون المدني معدل ومتمم، ج.ر عدد 44 بتاريخ 26 جوان 2005، ص 17-25.

- القانون رقم 01-09 المؤرخ في 25 فيفري سنة 2009، يعدل ويتم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 جوان سنة 1966، متضمن قانون العقوبات، ج.ر عدد 15 بتاريخ 8 مارس 2009، ص 3-9.
- القانون رقم 10-12 المؤرخ في 29 ديسمبر سنة 2010، يتعلق بحماية الأشخاص المسنين ج.ر عدد 79 بتاريخ 29 ديسمبر 2010، ص 4-8.
- القانون رقم 11-18 المؤرخ في 2 جويلية سنة 2018، يتعلق بالصحة، ج.ر عدد 46 بتاريخ 29 جويلية 2018، ص 3-41.
- المرسوم التنفيذي رقم 92-284 المؤرخ في 6 جويلية سنة 1992، يتعلق بتسجيل المنتجات الصيدلانية المستعملة في الطب البشري، ج.ر عدد 53 بتاريخ 12 جويلية 1992، ص 1465-1470.
- المرسوم التنفيذي رقم 92-276 المؤرخ في 6 جويلية سنة 1992، يتضمن مدونة أخلاقيات الطب ج.ر عدد 52 بتاريخ 8 جويلية 1992، ص 1419-1435.
- المرسوم التنفيذي رقم 92-54 المؤرخ في 12 فيفري سنة 1992، يتعلق بتنظيم المصالح الخارجية للحماية المدنية وعملها، ج.ر عدد 13 بتاريخ 19 فيفري 1992، ص 341-343.
- المرسوم التنفيذي رقم 98-423 المؤرخ في 13 ديسمبر سنة 1998، يتضمن إنشاء مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة لدى المراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، ج.ر عدد 94 بتاريخ 16 ديسمبر 1998، ص 14-17.
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج.ر عدد 33 بتاريخ 20 ماي 2007، ص 10-23.
- المرسوم التنفيذي رقم 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج.ر عدد 70 بتاريخ 29 نوفمبر 2009، ص 8-16.

## باللغة الفرنسية:

### 1. Ouvrages généraux :

- **Aynes (L), Malaurie (P)**, Droit civil, les obligations, Responsabilité délictuelle, T.1, Cujas, 11<sup>ème</sup> éd., 2001-2002.
- **Cadiet (L), Tourneau (P)**, Droit de la responsabilité et des contrats, éd. Dalloz Coll. Dalloz Action, 2002-2003.
- **Cornu (G)**, Vocabulaire juridique, Aassociation Henri Capitant, 9<sup>ème</sup> éd., éd. P.U.F., 2011.
- **Duriez (M), Pierre (L), Diane (L-S), Simone (S)**, Le système de santé en France, Paris, éd. P.U.F., coll. « que sais-je ? », avril 1999.
- **Jestaz (PH)**, L'urgence et les principes classiques du droit civil, L.G.D.J., 1968.
- **Memeteau (G)**, Traité de la responsabilité médicale, éd. Les Etudes Hospitalières, coll. ouvrages généraux, 1996.
- **Morin (Y)**, Larousse médicale, éd. 2003.
- **Tursz (A)**, Les oubliés, Enfants maltraités en France et par la France, Seuil, 2010.

### 2. Ouvrages spécialisés :

- **Almeras (j-p) Pequignot (H)**, La déontologie médicale, 1<sup>ère</sup> éd., éd. Litec, 1996.
- **Danet (F)**, La médecine d'urgence : Vers de nouvelles formes de travail médical, coll. Clinique du travail, éd. Erès, 2008.
- **Dorsner-dolivert (A)**, La responsabilité du médecin, Pratique du droit, éd. economica, 2006.
- **Hoerni (B), Saury (R)**, Le consentement, Information, autonomie et décision en médecine, Coll. Abreges de médecine, éd. Masson, Paris, 1998.
- **Lambert-faivre (Y)**, Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation, Dalloz, 8<sup>ème</sup> éd., Coll. Précis, sous-coll. droit privé, 2015.
- **Laude (A), Mathieu (B), Tabuteau (D)**, Droit de la santé, 2<sup>ème</sup> éd., PUF, coll. themis, 2009.
- **Lefebvre (J)**, Déontologie des professions médicales et de santé, 3<sup>ème</sup> éd., Les Etudes Hospitalières, B.N.D.S., 2011.

- **Lepoutre (R), Kervasdoue (J)**, La santé mentale des Français, éd. Odile Jacob, Paris, 2002.
- **Le scolan (S), Pellet (R)**, Hôpitaux et cliniques, les nouvelles responsabilités, éd. économiya, 2003.
- **Moreau (J)**, L'urgence médicale, coll. Droit de la santé, P.U.A.M., T.1, 2005.
- **Moreau (J)**, L'urgence médicale, coll. Droit de la santé, P.U.A.M., T.2, 2005.
- **Rebecq (G)**, La prescription médicale, éd. P.U.A.M., 1998.
- **Thouvenin (D)**, La responsabilité médicale : analyse des données statistiques disponibles et des arrêts rendus par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat de 1984 à 1992, éd. Flammarion, Coll. Médecine et sciences, 1995.

### 3. Thèses :

- **Benjamin (C)**, Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et Sciences de la Santé de Brest, Université de Bretagne Occidentale, 2017.
- **Bourgninaud Martineau (V)**, Droit privé et déontologie, Thèse de doctorat en droit privé, Université de Nantes, 1995.
- **Bouvet (R)**, Liberté du médecin et décision médical, Thèse de doctorat en droit, Université de Rennes 1, 2016.
- **Desvilles (P)**, Quelles responsabilités pour le médecin urgentiste ?, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine, Université de Limoges, 2010.
- **Medy (D)**, Le médecin devant le juge (pénal et civil) en droits malien et français, Thèse de doctorat en sciences juridiques, spécialité : Droit pénal, Sciences criminelles et criminologie appliquée, Université de Reims, 2017.
- **Terrier (E)**, Déontologie médicale et droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle, Thèse de doctorat en droit privé, Université Montpellier 1, 2002.
- **Walczak (L)**, Implication du médecin généraliste dans la continuité du traitement de l'urgence, Thèse de doctorat en médecine, Université Montpellier 1, 1999.

### 4. Articles :

- **Agostini (E)**, Le grand secret, recueil Dalloz, chron., 7ème cahier, 1996, pp58-63.

- **Alain (L)**, L'aide médicale urgente, Evolution et perspectives, Santé, Médecine, Société, Coll. Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques, P.U.F., 2010, pp259-296.
- **Alberhe-pantz (M)**, L'enfant maltraité et la justice, R.M.D., n° 7, Juillet-Aout 1994, pp 95-99.
- **Baillon (G)**, Evolution des centres de crise, Que sont les urgences psychiatrique devenue ?, L'info. Psy., Mai 2000, volume 77, n° 5, pp 549-554.
- **Baldo (E), Horassius-jarrie (N)**, La psychiatrie attrape-tout dans les services d'urgences dees hopitaux généraux, Que sont les urgences psychiatrique devenue ?, L'info. Psy., Mai 2000, volume 77, n° 5, pp 521-533.
- **Batteur (A)**, Le consentement sur son corps en matière médicale, in Actes du colloque sur « La libre disposition de son corps », Caen, éd. Bruylant, 2009, pp 48-69.
- **Baron (D), Bresson (C)**, Urgence intra-hospitalière, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 349.
- **Benchabane (H)**, Le contrat médical met à la charge du médecin, une obligation de moyen ou de résultat ?, Rev. algér. sci. jurid. écon. polit., n°4, 1995, pp 765-777.
- **Bernard (N)**, L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu'à la naissance du DESC, la revue des SAMU, 2005, pp 329-332.
- **Bodin (J), Lhommeau (J-C)**, Non-assistance à personne en péril et urgence L.P.A., n°46, 1993, pp 4-6.
- **Bolot (P)**, Feu le libre choix du médecin par le patient ?, Gaz. Pal., Juin 1999, pp 868-877.
- **Boullier (D), Chevrier (S)**, Grammaire de l'urgence: Les sapeurs-pompiers, experts du risque, Les métiers de l'urgence, R.L.C.S.I., n° 22, 4ème trimestre, 1995, pp 9-12.
- **Bourguignon (M)**, L'information aux mineurs : de la relation parentale a la relation médicale, R.G.D.M., n° 59, 2016, pp 25-36.
- **Boyer (B)**, Conclusions sur les aspects déontologiques, R.G.D.M., n° 20, 2006, pp 233-236.
- **Brunel (M)**, Suspension temporaire du droit d'exercer la médecine : Le conseil de l'ordre ne badine pas avec l'addiction, R.D.S., n° 77, 2017, pp 45-48.
- **Byk (C)**, Urgence et thérapie : rigueur et évolution du droit, R.G.D.M., 2000, n° 3, pp 9-20.
- **Campion (M-D), Dubouis (L)**, Déontologie et santé, éd. paris Sirey, 1997, pp 54-62.

- **Campion (M-D), Viala (G)**, La délivrance de l'ordonnance, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 315.
- **Carli (p)**, Urgence extra-hospitalier, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 347.
- **Castelot (P)**, La procédure de sursis à exécution : Une possibilité pour le professionnel d'éviter une sanction disciplinaire lourde sans fondement, R.D.S., n°54, 2013, pp 496-498.
- **Castelot (P)**, Le recours devant les instances disciplinaires par le patient : L'exception du médecin chargé d'une mission de service public, R.D.S., n° 59, 2014, pp 1277-1278.
- **Castelot (P)**, Procédure disciplinaire et respect du principe des droits de la défense : Une obligation partielle d'informer le praticien des griefs reprochés, R.D.S., n°60, 2014, pp 1436-1438.
- **Champlong (L)**, Urgence et consentement en matière médicale, R.D.S., n°49, septembre 2012, pp 587-598.
- **Christophe (Q-A)**, Définition de la causalité en droit Français, séminaire du Gerc, 26-27 mars 2010, Genève.
- **Clarot (F), Proust (B)**, Le secret professionnel, documents de médecine légale, 2010, pp 1-15.
- **Clément (C)**, Manquement à la déontologie et à l'honneur professionnel, R.D.S., n°3, 2005, pp 46-47.
- **Clément (C), Lesson (V)**, La procédure disciplinaire des agents hospitaliers, Questions-réponses, modèles de procédure, coll. Pratiques professionnelles, février 2011, p 16-17.
- **Collignon (N)**, Information du patient et responsabilité, R.G.H., 2000, pp 145-146.
- **Cohen (P), Jallet (L)**, L'interdiction d'exercer, Gaz. San. Soc., n°55, septembre 2009, pp 64-66.
- **Cohen (p), Jallet (L)**, Quelle responsabilité dans l'urgence?, Gaz. San. Soc., septembre 2008, p 11-22.
- **Daubech (L)**, Les formes légales du consentement, in Actes du colloque sur « Le consentement aux actes médicaux », Gaz. Pal., éd. Spéciale n° du 1er au 5 janvier 1999, pp. 19-26.
- **De bechillon (D), Bon (P)**, La faute lourde n'est pas exigée pour engager la responsabilité d'un hospitalier pour faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service d'aide médicale d'urgence, Dalloz, 1999, pp 46-52.

- **Deiss (A)**, Le juge des enfants et la santé des mineurs, J.C.P., éd. G., 1983, n° 3125.
- **Deiss (A)**, L'intervention du juge et la santé des mineurs, Dr. enf. fam., n°29, 1990, p216.
- **Desgrees du lou (G)**, L'affirmation de la bioéthique à la française, Le panorama du médecin, n° 5183, 26 avril 2010, pp 20-24.
- **Desideri (P)**, Relation entre médecins et établissements, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 258.
- **De touzalin (H)**, Le refus de consentement a un traitement par les parents d'un enfant mineur en danger de mort, J.C.P., éd. G., 1974, n° 2672.
- **Devers (G)**, La responsabilité infirmière, éd. Eska, coll. le droit au service de la santé, 1998, p 29-32.
- **Domitille (D-A)**, La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002, rapport annuel de la cour de cassation, La documentation française, 2003, pp 351-362.
- **Domitille (D-A)**, Le médecin confronté au juge civil, Centre Laennec, D&S, Laennec, 2011, T.59, pp. 7-21.
- **Dubois (O)**, L'information du malade, la preuve est désormais à la charge du médecin, B.O.M., mai 1997, n°5, p 4.
- **Dufour (A)**, La part du secret médical dans la recherche de la vérité en droit pénal, Dr. déont. & soins, volume 2, n° 4, 2002, pp 471-490.
- **Dupont (M)**, Le libre choix du médecin, son évolution depuis la loi du 4 mars 2002, R.D.S.S., 2007 p. 759.
- **Duprat (J-P)**, Personnes handicapées mentales, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 288.
- **Dupuy (O)**, Consentement aux soins : Le rôle de l'entourage du patient, R.D.S.,n°6, 2005, pp 338-341.
- **Eichardus (J-M)**, Principes de la sectorisation psychiatrique, Rev. Prat., n°42, 1992, pp 1437-1443.
- **Esper (C)**, Les conséquences de la loi du 10 juillet 2000 sur la responsabilité médicale des acteurs de santé, M. & D., n°53, 2002, pp 6-10.
- **Fabrice (L)**, Pas de requiem prématuré pour l'arrêt mercier, n°1, R.C., Lextenso, 2011, p. 345.
- **Fillette (J-L)**, L'obligation de porter secours à la personne en péril, J.C.P., éd. G, 1995, n° 3868.

- **Fossier (T), Harichaux (M)**, La tutelle à la personne des incapables majeurs : l'exemple du consentement à l'acte médical, R.D.S.S., Janvier-Mars 1991, pp 1-14.
- **Fresnel (F)**, La personne de confiance et l'incapable, R.H.F., Septembre-Octobre, n°488, 2002, pp 62-69.
- **Garay (A)**, Les implications du refus parental de transfusion sanguine, Gaz. Pal., n°12 & 13 Juillet, 1995, pp 928-938.
- **Girodet (D), Rouyer (M)**, Mauvais traitements envers les enfants, Aspects cliniques et psychologiques, R.M.D., n°7, Juillet-Aout 1994, pp 85-92.
- **Glorion (B)**, L'organisation des urgences : une exigence déontologique majeure, B.O.M., Septembre 2000, p 3.
- **Gombaut (N)**, Responsabilité disciplinaire, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 505.
- **Grillet (V)**, La responsabilité pénale du soignant, droit, déontologie et soins, volume 2, n° 3, pp 426-431.
- **Grossi (I)**, Responsabilité pénale de droit commun, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 540.
- **Guigue (J), Veron (M)**, Responsabilité pénale médicale, Atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité de la personne, D. méd. hosp., Litec, n° 34, 2002, fasc. 21, pp. 12-18.
- **Harichaux (M)**, Le contrat médical, L'exercice à titre libérale, D. méd. hosp., éd. Litec, 1999, fasc. 81.
- **Hélène (G-P)**, Soins palliatifs, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 341.
- **Hervagault (C)**, Responsabilité personnelle des médecins hospitaliers, R.L.C.H., n°164, Janvier 2001, pp 30-33.
- **Hervagault (C)**, Secret professionnel du personnel administratif hospitalier, R.L.C.H., n° 164, Janvier 2001, pp 27-29.
- **Isabelle (M-D)**, L'émergence de la notion de mise en danger d'autrui en droit pénal, R.G.D.M., N° 2, 1999, pp. 187-192.
- **Jean (P)**, Service de garde et sécurité des patients, R.G.H., Novembre 1995, p707.
- **Jean (p)**, Urgence, information et consentement, M.D., éd. ENSP, 2001, pp 19-30.
- **Jourdain (P)**, La responsabilité du fait d'autrui en matière médicale, M.D., n° 40, 2000, pp 15-20.

- **Jousset (V-N)**, Le préjudice moral ne du défaut d'information du patient, M.D., 2009, pp 111-114.
- **Karmann (J-F)**, Le refus de soins chez l'enfant et l'adolescent, in Actes du colloque sur « Une éthique en rééducation », colloque des 11 et 12 Juin 1993, éd. E.N.S.P., p 41.
- **Laperou-scheneider (B), Mordefroy (L)**, Droit disciplinaire des professions de santé, R.G.D.M., n° 37, 2010, pp 457-472.
- **Laude (A)**, Norme professionnelle : recommandations de bonnes pratiques, références médicales opposables, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n°173.
- **Le mouland (J-J)**, L'assistance du mineur, une voie possible entre l'autonomie et la représentation, R.T.D.C., 1997, p 1-12.
- **Laetitia (M), Éric (R), Marie (E), Claudette (M)**, L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : application de l'analyse rationnelle des situations de travail, Le travail humain, 2003, Vol. 66, PUF, pp. 347-376.
- **Linares (A)**, Services d'incendie et de secours, Chronique de législation, A.J.D.A., 20 Février 1997, pp 168-177.
- **Marc (P)**, De la mise en danger d'autrui, Recueil Dalloz, 1994, Chronique, pp 153-157.
- **Marion (M)**, Condamnation pénale d'un médecin-réanimateur pour faute caractérisée, Dr. déont. soins, volume 14, n°1, mars 2014, pp 80-86.
- **Massis (T)**, La révélation de la maladie et les droits des héritiers, Recueil Dalloz, 1998, p 85.
- **Masson (E)**, Urgences médicales et responsabilité, Dr. déont. soins, volume 16, n°2, juin 2016, pp 194-199.
- **Matsopoulou (H)**, Responsabilité pénale des personnes morales, Rep. Drt. Soc., Dalloz, septembre 2004, pp 1-21.
- **Mayaud (Y)**, Du caractère non intentionnel de la mise en danger délibérée de la personne d'autrui, R.S.C., 1996, p 651.
- **Mayaud (Y)**, Du lien de causalité dans le délit de risques causes à autrui, R.S.C., 1999, p 581.
- **Mazeaud (H), Mazeaud (L), Mazeaud (J), Tunc (A)**, Traité de la responsabilité civil délictuelle et contractuelle, T.2, 6ème éd., R.I.D.C., paris, 1970, pp. 817-820.
- **Mouralis (J-L)**, Faute de comportement, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 520.

- **Mouralis (J-L)**, Lien de causalité et préjudice, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 533.
- **Mouralis (J-L)**, Nature juridique de la responsabilité civile médicale, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 518.
- **Mouralis (J-L)**, Obligation d'information du médecin, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 309.
- **Mouralis (J-L)**, Secret médical, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 311.
- **Mousson (S)**, Administration de la preuve et exigence du secret professionnel, R.M.D., n°27, 1997, pp 4-7.
- **Ophele (C)**, Faute délictuelle et faute contractuelle, in Actes du colloque sur « La responsabilité pour faute », colloque du 17 juin 2003, Resp. civ. & ass., n°6, p 33-83.
- **Pansier (F-J)**, Le consentement dans la loi du 4 mars 2002, consentement à l'acte médical, Personne de confiance et refus de soins quelles conséquences pour les établissements de santé?, éd. Lamy, Novembre 2002, pp 8-12.
- **Pansier (F-J), Charbonneau (C)**, Commentaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (1ère partie), L.P.A., n°52, mars 2002, pp 5-16.
- **Patrick (C)**, Le médecin, son patient et ses pairs, Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, éd. Technip & Ophrys, R.F.S., 2005, Vol. 46, pp. 443-467.
- **Penneau (E)**, Indépendance et expertise médicale, Droit et économie de l'assurance et de la santé, Dalloz, 2002, pp 347-359.
- **Penneau (J)**, Recommandations professionnelles et responsabilité médicale, M.D., n°28, 1998, pp 4-6.
- **Penverne (Y), Jenvrin (J), Debierre (V), Martinage (A), Arnaudet (I), Bunker (I), Berthier (F)**, Régulation médicale des situations à risque, L.A.F.M.U., 2011, pp 1015-1033.
- **Philippe (P)**, Feu l'arrêt mercier ! Feu l'arrêt mercier ?, R.C., n°1, 2011, p357.
- **Poirier (C)**, Responsabilité médicale et activités des services d'urgence, R.L.C.H., n°151, Novembre 1999, pp 23-32.
- **Ponseille (A)**, Médecin, infirmière et exécution d'une prescription médicale : Quelles responsabilités pénales ?, n° 26, R.D.S., 2008, pp 722-725.
- **Ponseille (A)**, Le droit de la personne malade au respect de sa dignité, R.G.D.M., n°11, 2003, pp 159-178.

- **Pontier (J-M)**, Responsabilité pour faute des établissements hospitaliers, Lamy droit de la santé, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 512.
- **Robin-chevalier (T)**, Entre voies de recours et pouvoir d'évocation, L'étendu du contrôle du conseil d'état sur les décisions rendues par les juridictions ordinales, R.D.S., n° 18, 2007, pp 563-566.
- **Riot (C)**, De la responsabilité disciplinaire des professionnels de santé, R.D.S., n° 3, 2005, pp 17-26.
- **Roy (P)**, Maltraitance: moins de signalements, plus d'enfants à risque, R.Q.M., revue le quotidien du médecin, n° 6762, septembre 2000, p 32.
- **Sauvat (C)**, Le respect du refus de soins renforcé par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, R.D.S., n° 8, 2005, pp 496-503.
- **Segade (J-P)**, La nouvelle donne du consentement, R.G.H., Août-Septembre 1999, pp 472-474.
- **Stinger (P)**, Norme professionnelle: connaissances scientifiques et recommandations médicales, Lamy droit de la santé, T.1, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 171.
- **Sicard (D)**, Quelles limites au secret médical partagé?, recueil Dalloz, 2009, p 2634-2635.
- **Sirat (C)**, L'exécution d'office, L'exécution forcée, deux procédures distinctes de l'exécution administrative, S.J., 1958, n° 1440.
- **Terrier (E)**, Le secret professionnel et l'obligation de confidentialité, R.D.S., n° 2, 2004, pp 167-168.
- **Tremeur (M)**, La responsabilité des services publics hospitaliers : évolution/perspectives, L.P.A., n° 83, 1995, p 17-26.
- **Valardocchio (D)**, L'obligation d'agir: le point de vue du juriste, in Actes de colloque sur «L'urgence sanitaire », colloque du centre de droit de la santé d'Aix Marseille, septembre 2000, éd. P.U.A.M., 2001, pp. 87-97.
- **Vandendriessche (X)**, Le droit des hospitalisations psychiatriques : derniers développements, R.D.S.S., n° 1, janvier-mars 1992, pp 1-23.
- **Verdier (P), Séailles (L)**, Juge des enfants, service d'aide sociale à l'enfance, complémentarité ou confusion des rôles ?, R.D.S.S., Sirey, Paris, 1994, pp 145-152.
- **Veron (M)**, La responsabilité pénale du médecin, L.P.A., n° 189, 1999, pp 24-30.
- **Vilanova (J)**, Etude - La non-assistance à personne en danger, La médicale, avril 2010, pp 1-11.

- **Wozto (V)**, Responsabilité civile des établissements privé de santé, Lamy droit de la sante, T.2, Octobre 2004, éd. Lamy, étude n° 531.

## 5. Rapports et d'autres documents :

- **Conseille National de l'Ordre des Médecins**, La collaboration médico-judiciaire, comment concilier secret médical et instruction judiciaire? Conflit ou coopération sur le terrain?, table ronde, 11ème jeudi de l'ordre, Mars 2001.

- **Estev (C)**, Aux urgences la situation s'est aggravée, la Provence, 27 décembre 2003, p 30.

- **Evin (C)**, Les droits de la personne malade, Rapport conseil économique et social, juin 1996, J.O.R.F., n° 16, juin 1996.

- **Jean-Marie (F)**, Réglementation de l'exercice médical et indépendance professionnelle, L'indépendance de la décision médicale, rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins du 19 Juin 2010, pp 5-25.

- **Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité**, Lutter contre la violence au sein du couple - Le rôle des professionnels, Brochure d'information, 2012, p 6-42.

- **Olivier (V), Benhaim (A), Falga (P), guien (T)**, Les hôpitaux qui traitent le mieux la douleur, Journal l'express, n° 3076, semaine du 16 au 22 juin 2010, p 84-106.

- **Responsabilités des professionnels de santé**, La responsabilité déontologique des professionnels de santé, Responsabilité déontologique: Personnes compétentes et procédure, fiche webe n° 8045, éd. weka, 2017.

- **Responsabilités des professionnels de santé**, La responsabilité déontologique des professionnels de santé, Quelles sont les procédures de sanctions ordinaires? Fiche webe n° 8042, éd. weka, 2017.

- **Responsabilités des professionnels de santé**, Les différents régimes de responsabilité sont-ils dépendants les uns des autres ? Fiche webe n° 8004, éd. weka, 2017.

- **Steg (A)**, L'urgence médicale, rapport présenté au nom du conseil économique et social, J.O., n°15, 28 juillet 1984.

## 6. Sitographie :

- **Jouchoux (Y), Lion (T)**, les moyens d'aide à la décision et à la gestion, informatisation des SAMU. <http://www.urgences-serveur.fr>. Consulter le 05/01/2016.

- Société francophone de médecine d'urgence, conférence de consensus, maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles), Nantes, 3 décembre 2003. <http://www.urgences-serveur.fr>. Consulter le 05/01/2016.

- Conseil d'Etat Français, L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics, dossier thématique du Conseil d'Etat, mise en ligne le 05 janvier 2015, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/>. Conseil d'Etat Français, L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics, dossier thématique du Conseil d'Etat, mise en ligne le 05 janvier 2015. Consulté le 20/06/2017.

- <https://www.legifrance.gouv.fr> : site web officiel du gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs et réglementaires et des décisions de justice des cours suprêmes et d'appel de droit français.

- <http://www.protectioncivile.dz> . Consulté le 06/03/2016.

- C.E.S de Médecine d'Urgence, <http://www.santemaghreb.com>, Consulter le 02/02/2019.

- cartographie des urgences chirurgicales,

<http://www.dsp-tiziouzou.dz/images/pdf/umc.pdf>, Consulter le 18/05/2017.

- cours pour le diplôme d'ambulancier, <http://www.formationambulancier.fr>, Consulter le 20/02/2017.

- **Groizeleau (V)**, SAMU Maritime, Elément clé des interventions au large, <https://www.meretmarine.com>, Consulter le 15/09/2015.

- <http://www.sante.dz/Samu16/samu-moyens.htm>, Consulté le 23/11/2015.

## **7. Textes législatifs et réglementaire :**

- Code civil de la république française, version consolidée au 21 juillet 2019.

- Code pénal de la république française, version consolidée au 3 août 2019.

- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, J.O.R.F., n°98 du 25 avril 1996.

- Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, J.O.R.F., n°0035 du 11 février 2016.

- Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, J.O.R.F., n°0172 du 26 juillet 1985.

- Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, J.O.R.F. du 1 janvier 1986.

- Loi n°98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, J.O.R.F., n°117 du 21 mai 1998.

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O.R.F. du 5 mars 2002.

- Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, J.O.R.F., n°0302 du 30 décembre 2011.
- Décret n°61-946 du 24 Aout 1961 relatif au recrutement, a la nomination et au statut des praticiens exerçant à plein temps dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux, J.O.R.F. du 26 août 1961 .
- Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, J.O.R.F. du 19 mars 1986.
- Décret n°90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie c de la fonction publique hospitalière, J.O.R.F., n°221 du 23 septembre 1990 .
- Arrêté n° 39/msp/min du 15 septembre 1998 portant règlementation du transport sanitaire, Le Ministre de la Santé et de la Population.
- Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, J.O.R.F., n°0077 du 30 mars 2012.
- Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, J.O.R.F., n°0010 du 13 janvier 2015.
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au J.O.R.F.
- Circulaire n° 406/MSP/ du 20 juin 1988 sur la Garde Médicale et Pharmaceutique, Ministère de la sante publique.
- Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, Ministère de la santé et des solidarités
- Instruction N°26/MSP/DSS du 05 Février 1989, sur l'organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence, Le ministre de la Santé Publique M. Zitouni.

الملاحق

## Annexe 01 :

### Arrêté n°39/MSP/MIN du 15 septembre 1998 portant réglementation du transport sanitaire

Le Ministre de la Santé et de la Population ;  
Vu la loi n°85-05 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé, modifiée et complétée  
Vu le Décret n°92-276 du 6 Juillet 1992 portant code de Déontologie Médicale ;  
Vu le Décret exécutif n°96-66 du 27 Juillet 1996 correspondant au 07 Ramadhan 1416 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population.

#### ARRETE

##### Titre I : Dispositions Générales

**Article 1 :** Constitue un transport sanitaire au sens du présent texte, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'ordre des moyens de transports terrestres, aériens spécialement adaptés à cet effet.

**Article 2 :** Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le Ministère chargé de la Santé et de la Population, le refus d'agrément doit être motivé.

**Article 3 :** L'agrément est subordonné à la réunion des conditions techniques et au respect d'obligations déterminées dans les annexes jointes à ce texte et qui concernent :

Les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

Les normes techniques et matérielles, devant être disponibles à bord de ces moyens de transport; ces normes (adaptées selon l'état du malade) doivent aussi être appliquées aux transports aériens, tout en respectant la spécificité de ce dernier;

Les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages, ces catégories s'appliqueront aussi au transport aérien ;

Les modalités de délivrance de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait, aux personnes visées plus haut ;

Les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé dans la Wilaya.

##### Titre II : Catégories de personnes et de moyens de transports affectés aux transports sanitaires

**Article 4 :** Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire doivent répondre aux catégories suivantes :

Catégorie A : Ambulance médicalisée

Catégorie B : Ambulance sanitaire

Catégorie C : Véhicule sanitaire léger.

**Article 5 :** Les normes minimales de chacune de ces catégories de véhicules sont déterminées dans les annexes jointes à ce texte.

**Article 6 :** Les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire (mentionnées plus haut) appartiennent aux catégories suivantes :

Praticien médical spécialiste (anesthésiste- réanimateur - médecin généraliste titulaire d'un certificat d'études spécialisées, reconnu par le Ministère de la Santé et de la Population) ;

Infirmier diplômé d'état ;

Auxiliaire médical en anesthésie-réanimation ;

Infirmier breveté ;

Aide soignant ;

Titulaire du certificat de capacité d'ambulancier ;

Titulaire de certificat de capacité de brancardier ;

##### Titre III : conditions et modalités de délivrance de l'agrément

**Article 7 :** L'agrément est délivré aux personnes physiques ou morales qui disposent :

Des personnels nécessaires, pour garantir la présence à bord de tout véhicule en service, un équipage conforme aux normes définies comme suit :

Pour les véhicules de catégories A : deux personnes appartenant aux catégories de personnels mentionnés à l'article 6, dont l'une au moins de catégorie 1 ;

Pour les véhicules de catégorie B : deux personnes appartenant aux catégories de personnels mentionnés à l'article 6, dont l'une au moins de catégorie 2 ou 3 ;

Pour les véhicules de catégorie C : deux personnes appartenant aux catégories de personnels de 5 à 7 mentionnés à l'article 6.

De véhicules appartenant aux catégories A, B ou C et mentionnées à l'article 4 du présent texte, véhicule dont elles en font un usage exclusif.

**Article 8 :** L'agrément relatif aux transports sanitaires peut être délivré pour l'accomplissement :

Soit des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (ambulance médicalisée) ;

Soit des transports de malades ou parturientes (ambulance) ; Soit pour l'une des deux catégories seulement ;

Et des transports de malades effectués sur prescription médicale (catégorie C), (voir article 11) .

**Article 9 :** L'agrément en vue des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente ne peut être délivré qu'à des personnes physiques ou morales, disposant :

Des personnels des catégories 1 : définies à l'article 6 du présent texte éventuellement accompagnés des personnels de catégories 2 ou 3 ;

En plus de l'ambulance médicalisée, d'un ou plusieurs véhicules appartenant au moins à la catégorie B (ambulance).

**Article 10 :** L'agrément en vue des transports sanitaires effectués dans le cadre des transports des blessés ou parturientes (transport sanitaire de catégorie B) ne peut être délivré qu'à des personnes physiques ou morales, disposant :

Des personnels des catégories 1, 2 ou 3 définies à l'article 6 ci-dessus mentionné éventuellement accompagné des personnels de catégorie 4 ;

Et d'une autre ambulance au moins, de catégorie B.

**Article 11 :** Seules les personnes titulaires de l'agrément délivré pour l'accomplissement du transport des catégories A et B, sont autorisées à mettre en service des véhicules sanitaires légers de la catégorie C, mentionnées à l'article 4. Le nombre de ces véhicules ne peut toutefois excéder le double de celui des ambulances détenues par le titulaire de cet agrément.

Le véhicule sanitaire léger est exclusivement réservé au transport sanitaire de deux malades au maximum, en position assise.

##### Titre IV : Obligations des personnes titulaires de l'agrément

**Article 12 :** Le transport doit être effectué dans le respect du libre choix du malade et sans discrimination d'aucune sorte entre les malades. Il doit être assuré :

Avec des moyens en véhicules et en personnels conformes aux dispositions citées ci-dessus ;

En tenant compte des indications données par le médecin ;

Sans interruption injustifiée du trajet.

**Article 13 :** Les personnes titulaires de l'agrément sont tenues de soumettre les véhicules affectés aux transports sanitaires, en particulier en ce qui concerne la cellule sanitaire, au contrôle des services de la D.S.P de la Wilaya, suivant les modalités qui seront fixées par voie réglementaire.

En outre, ces véhicules sont soumis aux dispositions relatives au contrôle technique relevant des services du Ministère du transport.

**Article 14 :** Les véhicules affectés aux transports sanitaires, doivent être peints en blanc et revêtus de l'emblème distinctif (croissant bleu), avec identification de la catégorie du transport (ambulance médicalisée ou ambulance sanitaire ou transport sanitaire léger) accompagné du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise.

**Article 15 :** Est considérée en infraction, toute personne qui, par dénomination, emblème ou tout autre moyen tend à faire croire faussement qu'elle participe au fonctionnement des SAMU et des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.

**Article 16 :** Les personnes titulaire de l'agrément sont appelés à tenir constamment à jour la liste des membres de leur personnel composant les équipages des véhicules de transport sanitaire, en précisant leur qualification.

Cette liste est adressée annuellement à la Direction de la Santé de Wilaya dans laquelle les intéressés exercent leur activité. La même Direction est avisée sans délai de toute modification de la liste.

**Article 17 :** Les personnes titulaires de l'agrément délivré pour l'accomplissement des transports de catégorie A et B, sont tenues de participer au service de garde organisé par la D.S.P, en concertation avec les professionnels concernés. La participation de chaque entreprise au tour de garde doit prendre en compte ses moyens opérationnels.

**Article 18 :** Lorsque les personnes titulaires de l'agrément sont de garde, elles sont tenues :  
D'assurer l'écoute des appels conformément au tout de garde ;  
De satisfaire sans délai aux demandes de transport sauf impossibilité absolue.

**Article 19 :** Les entreprises privées de transport sanitaire sont appelées à fixer leur siège social au lieu de leurs installations matérielles d'exploitation.

**Article 20 :** L'exploitant de l'entreprise doit disposer d'un local qui lui soit propre et qui permette l'accueil des demandeurs, il doit :  
Etre signalé par une plaque extérieure indicatrice ;

Etre muni d'une sonnette pour les appels de jours et de nuits ;

Etre titulaire d'un abonnement au réseau téléphonique ;

Disposer d'un garage permettant le lavage et le petit entretien du matériel.

**Article 21 :** Le contrôle du respect de l'ensemble des obligations de l'agrément revient aux services de la D.S.P, chargés de l'instruction des dossiers d'agrément.

**Article 22 :** Mr le Directeur de la Santé et de la Population établit la liste des personnels de la D.S.P chargée sous la responsabilité du médecin inspecteur de la santé, d'effectuer les contrôles des véhicules affectés aux transports sanitaires.

**Article 23 :** Des experts nommés par Mr le Wali, sur proposition du D.S.P peuvent apporter leur concours au personnel des services de la D.S.P chargés du contrôle pour l'inspection des véhicules et des matériels qu'ils contiennent.

**Article 24 :** La Direction de la Santé et de la Population peut à tout moment, pendant les heures d'activité du transporteur, vérifier les installations matérielles, l'équipement médical et les documents administratifs nécessaires pour établir la conformité de l'agrément.

**Article 25 :** Les modalités du contrôle des véhicules par la D.S.P viseront plus particulièrement :

La cellule sanitaire du transport terrestre et aérien et le personnel de santé qui y est affecté, conformément aux normes déterminées pour chacune des trois catégories ;

les véhicules sanitaires sont présentés au contrôle des services de la D.S.P aux heures et lieux fixés par ceux-ci, ils sont contrôlés avant leur mise en service, soit qu'il s'agisse de l'instruction du dossier d'agrément, soit d'une modification des éléments constitutifs de ce dossier.

#### **Titre VI : sanctions encourues**

**Article 26 :** La personne titulaire de l'agrément doit bien entendu mettre en oeuvre des moyens conformes à l'agrément.

**Article 27 :** En cas de manquement aux obligations du présent texte, par une personne bénéficiant de l'agrément, celui-ci peut être retiré temporairement ou sans limitation de durée par décision du Ministère de la Santé et de la Population.

Toutefois, certaines infractions ne peuvent être sanctionnées que par le retrait ou la suspension d'agrément, d'autres que par une sanction pénale.

La gravité de l'infraction, son caractère répétitif, les circonstances dans lesquelles elle a été commise, ses conséquences, etc...pourront déterminer la décision de sanction qui relève du Ministre chargé de la Santé et de la Population

#### **Titre VII : Dispositions transitoires**

**Article 28 :** Les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation du présent texte, doivent à l'expiration d'une période d'une année à compter de la date de sa publication, se conformer aux dispositions nouvelles.

**Article 29 :** Le présent arrêté sera publié au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population.

Fait à Alger, le 15 septembre 1998

**Le Ministre de la Santé et de la Population**

## Normes techniques et matérielles de l'ambulance médicalisée (catégorie a)

Cellule sanitaire: Les parois de cette cellule sont isolées thermiquement et acoustiquement par les dimensions intérieures de la cellule:

Longueur : 2,80 m

Largeur : 1,80

Hauteur : 1,80m

Les parois intérieures ne doivent présenter aucune saillie dangereuse ; elles doivent être recouvertes d'un revêtement lavable, résistant aux procédés usuels de désinfection.

La plancher réalisé en matériaux anticorrosifs avec revêtement étanche antidérapant et ne retenant pas les poussières, conçu pour permettre l'évacuation totale des eaux résultant des opérations d'entretien.

Une porte latérale installée sur le côté droit du véhicule, coulissante, pourvue d'un système d'ouverture de l'extérieur, et disposant d'un système de verrouillage empêchant son ouverture intempestive.

Une porte à 02 vantaux à l'arrière du véhicule vitrée en partie supérieure et sa fermeture doit pouvoir se faire de l'intérieur et de l'extérieur et ne doit pas permettre son ouverture intempestive en cours de route.

La baie arrière doit être pourvue d'un dispositif de blocage de sorte à éviter son ouverture à plus de 0,40 m hors tout.

Des baies vitrées sur les parties latérales basculantes ou ouvrantes permettant l'utilisation comme issue de secours

L'ensemble de baies vitrées sont dépolies au 2/3 en partie basse (verre opaque dit type " Sécurité ").

Un mouvement de translation parallèle de l'axe de véhicule permettant un chargement aisé du brancard.

Un bloc support brancard principal permettant un chargement facile, chariot brancard.

Un mouvement de translation permettant la circulation tout autour du support.

Deux mains courantes solidement fixées de part et d'autres de la cellule, équipées de quatre(04) crochets potence, chacun coulissant et blocage pour flacon de perfusion.

De deux autres systèmes d'accrochage susceptibles d'être utilisés dans l'assistance médicale.

D'un dispositif fixe de distribution d'oxygène constitué par une canalisation de transport, munie chacune d'un mano-détendeur et d'une prise rapide à vis et d'un débit litre gradué, et d'un nécessaire d'inhalation(masque).

Installation électrique en cellule :

1 Interrupteur général assurant la mise hors circuit de toute installation.

4 Plafonniers 2x21 W d'un flux lumineux suffisant

1 Prise 12 V pour projecteurs

1 Commande va et vient d'éclairage

1 Eclairage du coffre latéral

1 Interrupteur général assurant la mise hors circuit de toute l'installation électrique du véhicule, à l'exception des feux de position et de détresse

Conditionnement d'air :

Le véhicule est doté d'un système de chauffage et climatisation séparés.

Le chauffage et aérotherme d'une puissance de 6200 K.cal/h, encastré dans le meuble frontal, commandé à partir de la cabine.

Equipement :

Mobilier :

Sur le côté gauche de la cellule :

En haut un placard pavillon moulé avec porte altuglas fumée coulissante dans un encadrement en aluminium et feutre.

Sur le passage de roue, un coffre pour rangement du matelas immobilisateur (matelas coquille) et de sa pompe.

support du respirateur et du defiscope.

à l'avant du passage de roues, un coffre pour le rangement de la valise de réanimation.

Sur le côté droit de la cellule :

En haut, un placard pavillon moulé avec porte altuglas fumée coulissante dans un encadrement en aluminium et feutre

A l'avant de la cellule :

Un meuble avec différents rangements constitués de tiroirs.

Un placard.

Un siège coulissant

Un siège rélevable

Un plan de travail en polyester avec lavabo incorporé

Un robinet

Un rangement pour jerrican d'eau.

Brancards :

Un portoir à lames.

Un brancard installé en position rabattable contre la paroi interne de la cellule sanitaire, solidement fixé sur le côté droit.

Un brancard à poignées rentrantes, réalisé en console pivotante réglable, équipé d'un dispositif de support amovible par béquilles escamotables, terminées à leurs parties basses par des roues en caoutchouc facilement manœuvrable sur bloc support, permettant son utilisation comme chariot tractable.

Ce dispositif permet de déplacer l'installation vers la gauche ou vers la droite de l'axe longitudinal du véhicule.

Le brancard est doté d'un système d'accrochage rabattable pour flacon de perfusion.

Le brancard permet en outre l'utilisation d'un moyen de contention du corps entier du patient

Ces deux brancards sont verrouillables et possédant chacun un dispositif permettant de maintenir en position aisée le patient au niveau de la tête et des jambes.

Un matelas à coquille avec housse.

Matériel et Equipement Médical :

Matériel accompagnant le véhicule :

1 ou 2 débit litres

1 ou 2 détendeurs

2 bouteilles d'oxygène de 15 litres

1 portoir avec support perfusion escamotable

2 matelas mousse 10 Cm

1 matelas coquille

6 sangles de maintien

2 masques inhalateurs

1 appareil respirateur mobile

1 valise de réanimation

1 defiscope mobile

1 aspirateur de mucosités de 01 litre mobile

1 ensemble d'attelles pneumatiques

1 ensemble de minerves (enfants, adolescent, adultes)

1 bouteille d'oxygène de rechange

2 couvertures stériles pour brûlés

1 jeu d'attelles gonflables (pied, jambes, bras).

## **Normes minimales concernant les installations matérielles dans une ambulance (catégorie b)**

### **Normes minimales concernant les véhicules :**

Le véhicule doit être exclusivement réservé aux transports de malades, blessés, femmes en couches, nouveaux nés et prématurés, il est aménagé à cette fin de manière permanente.

La suspension doit être adaptée aux transports de personnes allongées sur un brancard à poignées rentrantes conforme aux normes internationales.

La carrosserie, de type break ou fourgon, doit comprendre deux parties, la cabine de conduite et la cellule sanitaire séparées par une cloison. La carrosserie doit être entièrement rigide.

Le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire.

Le véhicule est muni d'un feu spécial agréé et d'un timbre spécial respectivement prévus par la réglementation en vigueur.

La cellule sanitaire doit offrir les dimensions minimales suivantes :

longueur : deux (02) mètres au niveau du plan brancard ;

largeur : 1,10 mètres à hauteur du siège de l'accompagnateur hors des coffres de passage des roues ;

hauteur : 0,95 mètre au dessus du plan du brancard mesuré à la partie antérieure de la cellule sanitaire sur 60% de la longueur totale.

Les revêtements intérieurs des parois doivent être lisses. Ces revêtements, ainsi que ceux du sol et des sièges doivent être lavables et résistants aux procédés usuels de désinfection.

La cellule sanitaire doit s'ouvrir aisément par l'arrière pour permettre les manoeuvres de brancardage.

La cellule doit comporter un dispositif d'éclairage et de chauffage, et un système spécial de ventilation dont les réglages sont indépendants de ceux de la cellule de conduite.

La cellule sanitaire doit contenir :

Un poste d'oxygénothérapie mobile, comprenant deux bouteilles d'oxygène de 1 mètre cube normobare chacune, portables, dont l'une au moins, aisément accessible, est munie d'un débitmètre gradué en litre d'oxygène par minute, faisant corps avec un mano-détendeur ;

Un dispositif fixe permettant de recevoir un flacon de perfusion de 0,500 litres ;

Un nécessaire de secourisme d'urgence.

La roue de secours, ainsi que le matériel de réparation et d'entretien doivent être placés hors de la cellule sanitaire.

### **Normes minimales concernant le véhicule sanitaire léger de catégorie c**

Le véhicule est exclusivement réservé aux transports sanitaires ;

Le véhicule doit contenir un nécessaire de secourisme d'urgence ;

Le véhicule sanitaire ne doit pas prendre plus de deux malades en position assise ;

Le véhicule est muni de dispositifs sonores et lumineux en timbre et en feu spéciaux respectivement, agréés par la réglementation en vigueur.

Le véhicule est équipé de ceinture de sécurité et enrouleur aux places avant ;

La carrosserie est entièrement rigide, le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire ;

La carrosserie est entièrement rigide, le véhicule doit être peint en blanc revêtu d'un croissant bleu, de la catégorie du transport, du numéro de téléphone et de l'adresse de l'entreprise du transport sanitaire ;

## **Composition du dossier d'agrément des personnes effectuant le transport sanitaire**

Le dossier prévu à l'article 7 de l'arrêté portant exercice, à titre privé, du transport sanitaire est adressé à la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya concernée. Le dossier précise pour quelle catégorie de transport sanitaire l'agrément est demandé en application des dispositions de l'article 8.

Il est constitué :

De renseignement concernant la personne qui demande l'agrément :

Dossier administratif de la personne responsable, adresse de la personne physique ou morale qui demande l'agrément, éventuellement le nom commercial utilisé ;

S'il s'agit d'un professionnel de santé (praticien médical spécialiste, infirmier diplômé d'état, anesthésiste-réanimateur diplômé d'état) ;

S'il s'agit d'une association ou d'une mutuelle à caractère médical, ses statuts ;

S'il s'agit d'une société, ses statuts ;

Adresse et téléphone de chaque lieu d'implantation de l'activité de transport sanitaire.

De renseignements techniques concernant chacun des véhicules de transport sanitaire mis en service :

Photocopie recto-verso du certificat d'immatriculation (carte grise) et certificat de conformité aux normes minimales inhérentes aux trois différentes catégories de véhicules ;

Liste du matériel embarqué, conforme aux normes minimales établies, mentionnant, s'il y a lieu le numéro d'homologation.

L'entreprise est organisée de façon à garantir à bord de tout véhicule en service la présence d'au-moins deux personnes remplissant les conditions énoncées dans l'article 6 de l'arrêté portant réglementation du transport sanitaire.

Etat nominatif des personnes pouvant constituer l'équipage des véhicules mis en service et précisant leur qualifications et diplômes, établi de manière à garantir par implantation au moins autant d'équipages employés à temps complet, que de véhicule A, B ;

Pour les personnes qui demandent l'agrément portant à la fois sur les trois catégories de transports mentionnées à l'article 8, de l'arrêté, les renseignements concernant les installations matérielles, et le personnel employé doivent apparaître distinctement.

**Organisation et Fonctionnement  
de la Garde et des Urgences**

CIRCULAIRE N° 406 / MSP / DU 20 JUIN 1988

- Les Wilais
- Les chefs de Divisions de la santé et de la Population
  - Les Directeurs Généraux des C.H.U.
  - Les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés
  - Les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

**OBJET :** Garde Médicale et Pharmaceutique

**REFERENCE :** Décret n° 82-491 du 18 décembre 1982, portant statut particulier des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens Dentiste, Spécialistes et Spécialistes Hospitalo-Universitaires.  
Décret n° 85-59 du 23 mars 1985, portant statut-type des travailleurs des institutions et administrations publiques.

La garde médicale et pharmaceutique mission essentielle dans le processus de couverture et de soins médicaux, est diversement organisée par les différents établissements hospitaliers, structures sanitaires et officines pharmaceutiques et évidemment diversement perçue par les citoyens ayant eu affaire à ces services.

En effet, il est utile de rappeler que la garde médicale est d'autant plus importante qu'elle assure une pérennité de soins médicaux et pharmaceutiques de la part du corps médical et des pharmaciens; aussi les prestations offertes dans le cadre des urgences peuvent être considérées comme étant les plus nobles dans le système de santé.

Des insuffisances nombreuses constatées dans ce domaine, engageant la responsabilité et de l'établissement sanitaire et du praticien défaillant, ont été parfois justifiées par des conditions d'environnement inadéquates rendant peu crédibles ce service public

**Conditions Matérielles**

C'est ainsi que le renforcement et l'amélioration des prestations du service de garde, doivent inévitablement être favorisés par la réunion des conditions matérielles permettant aux praticiens concernés de remplir convenablement leur tour de garde.

Aussi chaque structure hospitalière ou de santé devra assurer au service de garde :

- L'aménagement des chambres
- La propreté permanente de la literie,
- Le chauffage en période de froid,
- La disponibilité des médicaments essentiels, petits matériels et produits d'urgence,
- Une hygiène irréprochable des locaux du service de garde,
- Pour la sécurité des personnels la présence effective d'administrateurs de garde, surveillants médicaux et agents de la sûreté nationale, et enfin toutes autres mesures jugées utiles.

**Organisation de la garde**

Les listes de garde devront être établies avant le début de chaque mois et visées par les directeurs des établissements et les chefs de services concernés avant de faire l'objet d'une large diffusion et d'un affichage auprès des services de garde.

Il appartient aux directeurs des activités pédagogiques et médicales des C.H.U, aux chefs de service hospitalo-universitaires et aux directeurs d'autres établissements sanitaires d'organiser un contrôle rigoureux, régulier et permanent du fonctionnement des services de garde.

Il appartient à ces responsables de prévoir les remplacements en cas de défection de dernière minute.

Parallèlement à cette organisation de contrôle interne, le chef de division de la santé et de la population et le chef de service de santé de wilaya sont tenus de veiller continuellement au respect de l'obligation d'assurer la garde dans les structures sanitaires et pharmacies relevant de leur tutelle.

Ce contrôle devra être renforcé plus particulièrement les jours fériés et durant la nuit.

Complètement indispensable de la garde médicale, le service de garde des pharmacies doit répondre aux besoins urgents en médicaments du citoyen.

L'organisation du service de garde des pharmacies et agences qui relèvent de la direction de la santé publique de wilaya, doit prendre en considération l'ouverture d'un point de vente pharmaceutique durant la nuit et les jours fériés.

J'attache la plus grande importance à l'application immédiate de ces instructions. Les directeurs généraux des C.H.U. et les chefs de divisions de la santé et de la population devront m'adresser un compte rendu quant à leur exécution.\*

\*Des sanctions sont prévues lorsqu'il y aura manquement à l'obligation d'assurer le service de garde (voir annexe).

### 1. MODALITES D'APPLICATION DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES

Les sanctions telles que prévues par le décret n° 85-59 du 23.03.85 portant statut type des institutions et des administrations publiques s'imposent sans distinction à tout praticien qu'il soit fonctionnaire hospitalo-universitaire, fonctionnaire de santé publique ou en position de service civil. Elles sont d'application automatique.

Il est infligé :

#### 1.1 Une sanction du 1<sup>er</sup> degré :

- Un avertissement écrit au praticien qui s'absente pour la première fois à la garde.
- Un blâme inscrit au dossier lorsque le praticien s'absente une deuxième fois.
- Une mise à pied de un à trois jours lorsque le praticien s'absente une troisième fois.

#### 1.2 Une sanction du 2<sup>ème</sup> degré :

- La quatrième absence donne lieu à une mise à pied de quatre à huit jours.
- La radiation du tableau d'avancement pour la cinquième absence.

#### 1.3 Une sanction du 3<sup>ème</sup> degré :

- Il est prononcé un déplacement d'office lorsque le praticien s'absente pour la sixième fois dans l'année.
- En cas de récidive le licenciement peut être prononcé.

Toutefois, il est précisé que l'absence est excusée lorsque l'intéressé produit une justification de force majeure avérée.

### 2. PROCEDURES DISCIPLINAIRES

#### 2.1 Pour les praticiens hospitalo-universitaires :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par décision du directeur général du C.H.U.
- Les sanctions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré sont prises sur rapport du directeur du C.H.U. en application des procédures réglementaires.

#### 2.2. Pour les résidents :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par le chef de service et transmise au directeur général du C.H.U pour son application,
- La sanction du second degré est prise par décision du directeur général du C.H.U transmise pour information au directeur de l'institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales en application des dispositions réglementaires.

#### 2.3. Pour les praticiens exerçant dans les secteurs sanitaires :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par le directeur de l'établissement sanitaire d'affectation sans consultation préalable de la commission paritaire compétente.
- La sanction du 2<sup>ème</sup> degré est prononcée par le wali sur rapport du directeur de l'établissement sanitaire et après avis du chef de division de la santé et de la population (service de santé).
- La sanction du 3<sup>ème</sup> degré est prononcée par le Wali sur rapport de l'autorité investie du pouvoir de nomination et après avis de la commission paritaire siégeant en conseil de discipline.

#### 2.4. Pour les personnels paramédicaux, administratifs et techniques :

- La sanction du 1<sup>er</sup> degré est prononcée par décision du directeur général du C.H.U. ou du directeur du secteur sanitaire.
- Les sanctions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré sont prises par le directeur général du C.H.U. ou le directeur du secteur sanitaire en application des procédures réglementaires.

2.5. En plus des sanctions réglementaires prévues, il sera procédé à une retenue sur salaire au prorata de la durée de l'absence.

**Annexe 03 :**

**INSTRUCTION N° 26 /MSP/DSS  
DU 05 FEVRIER 1989**

**DESTINATAIRES MESSIEURS :**

- |   |                  |
|---|------------------|
| - Les Walis (Cabinet) }   |                  |
| - Les Directeurs Centraux }   | Pour information |
| - L'Inspecteur Général }  | et suivi         |
| - Les Walis (D.S.P)   |                  |
| - Les Directeurs Généraux des C.H.U }                                   | Pour exécution   |
| - Les Directeurs des secteurs sanitaires}<br>(S/Couvert de MM. Les DSP) |                  |

**OBJET : Organisation et fonctionnement de la garde et du service d'urgence.**

**REF :** Circulaire n° 406/MSP du 20 juin 1988.

L'amélioration de l'accueil et du traitement des malades amenés aux urgences dans les structures de santé est un objectif prioritaire et permanent du ministère de la santé publique. Les conditions de prise en charge des patients est l'indicateur le plus sensible du sérieux et de l'efficacité du système de santé.

Or, malgré les instructions et les multiples directives données à ce sujet, il demeure que la situation actuelle donne trop souvent lieu à des plaintes et critiques de la part des malades, de leur famille et même par voie de presse.

Par ailleurs, les inspections effectuées et les rapports qui en sont établis confirment la persistance de trop nombreuses lacunes, en particulier :

- l'inorganisation de l'accueil,
- une hygiène des lieux déplorable,
- la non disponibilité de médicaments, de la petite instrumentation, de diagnostic et de traitement.

A l'évidence, les insuffisances ainsi relevées dénotent que les responsables locaux des services de santé (D.S.P , D.G de CHU, Directeurs des secteurs sanitaires ,Directeurs des hôpitaux spécialisés , des chefs de service et praticiens) , ne prennent pas suffisamment conscience des responsabilités qui leur incombent . Cette constatation suffit pour rappeler instamment que l'organisation et le fonctionnement de la garde et du service ne peuvent se satisfaire d'action ponctuelles ou épisodiques mais doivent faire l'objet d'une attention quotidienne.

De plus, jamais le pays n'a disposé d'autant de médecins, de pharmaciens, de chirurgiens dentistes et de paramédicaux.

La présente instruction complète la circulaire N°406 visée en référence ; elle reprend et précise les projets d'organisation du service de garde et du schéma d'organisation et de fonctionnement des urgences médico-chirurgicales qui ont fait l'objet des deux documents distribués lors de la réunion des cadres de la santé du 24 Septembre 1988. elle définit :

Dans l'annexe 1 :- l'organisation générale, la coordination et le contrôle de la garde et du service des urgences.

Dans l'annexe 2 :- Le schéma de la prise en charge hiérarchisée des urgences médico-chirurgicales

Je vous demande de porter une attention particulière dans l'application des dispositions contenues dans ces deux documents et de me tenir informé des mesures que vous aurez prises pour leur application effective.

A ce titre, il vous appartient d'ores et déjà de procéder à la mise en place des comités de la garde et de urgences (Wilaya, C.H.U, secteur sanitaires ; établissements spécialisés) et de me transmettre les procès-verbaux :

- de leur installation, avant le 15 Février 1989.
- des réunions qu'ils auront tenues.

En outre, les chefs de Division de la santé et de la population, les Directeurs Généraux de C.H.U feront parvenir au Ministère de la santé publique à la fin de chaque mois, un bilan du fonctionnement des gardes et des urgences sous forme d'un rapport qui fera ressortir, notamment, par structure, les mesures mises en œuvre pour le fonctionnement efficace de ces activités.

Le ministre de la Santé Publique  
**M. ZITOUNI**

**ANNEXE**  
**ORGANISATION GENERALE, COORDINATION ET CONTROLE DE LA GARDE DU SERVICE D'URGENCE,**

**1. DEFINITION ET ORGANISATION DU SERVICE DE GARDE**

**1.1 définition du service de garde :**

Le service de garde a pour objet :

- la permanence des soins,
- la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence.

**1.2 Organisation :**

Le service de garde est organisé, quand cela est nécessaire :

- soit par discipline dans un même établissement,
- soit par garde commune à une ou plusieurs spécialités.
- d'un même établissement ou de plusieurs établissements hospitaliers.

**1.2.1 Nature des gardes :**

Le service de garde prend la forme :

- d'une permanence à l'hôpital ou toute autre structure de santé impliquant la présence continue à l'intérieur de l'hôpital ou de la structure de santé ou des praticiens qui l'assurent,
- d'une garde par astreinte à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'hôpital, pendant toute la durée de la garde et de répondre immédiatement à tout appel, à son domicile ou en un lieu voisin dont les coordonnées (adresse, ligne téléphonique) auront été préalablement communiquées au responsable administratif de l'hôpital.

**1.2.2 Horaire du service de garde :**

Jours ouvrables :

Le service de garde (permanence à l'hôpital ou garde par astreinte à domicile) commence quotidiennement à 16 heures jusqu'au lendemain 08 heures et le jeudi de 12 heures au lendemain 08 heures.

Vendredi et/ ou jours fériés :

Le service de garde (permanence à l'hôpital ou astreinte à domicile) commence A 08 heure jusqu'au lendemain 08 heures.

**1.2.3 Prise et relève de la garde :**

La prise et la relève de la garde se font par passation obligatoire des consignes.

**1.2.4 Participation au service de garde :**

Les chefs de service organisent et contrôlent le service dont ils assurent la responsabilité.

Participent au service de garde :

\* Dans le C.H.U et l'établissement hospitalier spécialisé universitaire :

- les docents,
- les maîtres-assistants,
- les praticiens de santé publique (spécialistes ou généralistes),
- les résidents,
- les stagiaires internés (dans le cadre de leur formation),
- le personnel paramédical,
- le personnel administratif, technique, de maintenance et de service.

\* Dans le secteur sanitaire et l'établissement hospitalier non universitaire :

- les praticiens de santé publique (médecins, chirurgiens dentiste et pharmaciens) généraliste et spécialistes,
- le personnel administratif, technique, de maintenance et de service.

**1.2.5 Etablissement des tableaux de garde :**

Les tableaux de garde mensuels nominatifs du service de garde sont établis par les chefs de service au plus tard le 20 de chaque mois pour le mois suivant.

Ils doivent comporter l'indication détaillée de chaque temps de permanence dans toutes les structures de santé concernées ou de garde par astreinte à domicile, en précisant chaque fois le nom, les qualités du praticien et du paramédical ou tout autre agent qui sont chargés.

Ces tableaux sont affichés aux niveaux des services concernés.

- Dans le centre hospitalo-universitaire :

Les chefs du service transmettent les tableaux de garde au directeur général du C.H.U et au directeur des activités pédagogiques pour suivi et contrôle.

- dans l'établissement hospitalier spécialisé et le secteur sanitaire :

Les Chefs de services transmettent les tableaux de garde au Directeur de l'établissement et le directeur Adjoint chargé des services sanitaires pour suivi et contrôle.

**1.2.6 Remplacement :**

En cas de nécessité, un praticien peut se faire remplacer dans une de ses participations au service de garde par un autre praticien de même qualification avec l'accord écrit de son remplaçant visé par le chef de service.

- pour le Centre Hospitalo-Universitaire :

Au Directeur des activités pédagogiques et médicales et au Chef de bureau de la garde.

- pour l'établissement Hospitalier Spécialisé :

Au Directeur de l'établissement.

- pour le secteur sanitaire :

Au Directeur adjoint chargé des services sanitaires.

**2 COMITE DE LA GARDE ET DES URGENCES**

Il a pour mission :

- d'organiser, de suivre et de contrôler les garde et les urgences des structures de santé et de veiller à leur bon fonctionnement,
- de définir le type de structure, les moyens humains et matériels nécessaires aux activités de garde et de des urgences et de veiller à leur mise en œuvre,
- de rechercher et de proposer toutes mesures propres à améliorer l'accueil et les soins et de veiller à leur mise en service,
- d'analyser, d'évaluer et de diffuser périodiquement l'information relative aux activités de garde et des urgences.

Ce comité est institué au niveau :

- de l'administration centrale,
- de la wilaya,
- du centre hospitalo-universitaire,
- du secteur sanitaire (Daïra)
- de l'établissement spécialisé.

**2.1. Comité national d'organisation de la garde et des urgences** Il comprend :

- Le Directeur des structures de la santé (Président), assurant le secrétariat et le suivi de l'exécution des décisions,
- Le Directeur de l'infrastructure et de l'équipement,
- Le Directeur des personnels,
- Le Directeur de la pharmacie,
- Le Directeur de l'administration des moyens matériels et financiers,
- Deux Directeurs généraux de C.H.U désignés par le Ministère de la santé publique,
- Des praticiens hospitalo-universitaires et de santé publique, désignés par le Ministère de la santé publique,
- Un représentant de l'ENAPHARM,
- Un représentant de l'ENEMEDI,
- Un représentant de la CNASAT,
- Deux Chefs de division de la santé et de la population, désignés par le Ministère de la santé publique.

En plus des missions sus-citées, la direction des structures de santé est chargée, avec les directions concernées, de l'élaboration de la réglementation en matière d'organisation et de fonctionnement de la garde et des urgences.

**2.2. Comité de wilaya** Il comprend :

- Le Chef de division de la santé et de la population (président),
- Le Chef service de la santé,
- Le Chef de bureau des structures sanitaires (chargé du suivi de l'exécution des mesures prises),
- Le ou les Directeurs Généraux des C.H.U.,
- Les Directeurs des secteurs sanitaires,
- Les Présidents des conseils médicaux,
- Le représentant de l'U.M.A. désignés par le comité de wilaya de l'U.M.A.,
- Le représentant de la sûreté nationale,
- Le représentant de la gendarmerie nationale.

**2.3. Comité du secteur sanitaire** : Il comprend :

- Le directeur du secteur sanitaire (président),
- Le directeur adjoint chargé des services sanitaires pour le suivi et l'exécution des mesures prises,
- Le Directeur adjoint chargé du personnel,
- Le Directeur adjoint chargé de l'infrastructure et de l'équipement,
- Un Chef de service représentant les Chefs de Services concernés par la garde,
- Le représentant de l'U.M.A. désigné par le comité de wilaya de l'U.M.A.,
- Le représentant de la Sûreté nationale,
- Le représentant de la protection civile,
- Le représentant de la Gendarmerie nationale,
- Le président du conseil médical.

**2.4. Comité du ou des établissements hospitaliers composant le secteur sanitaire** Il comprend :

- Le Directeur de l'établissement,
- Les Chefs de services concernés par la garde.

**2.5. Comité du centre hospitalo-universitaire.** Il comprend :

- Le Directeur Général du C.H.U. (président),
- Le Directeur des Activités pédagogiques et médicales chargé du suivi et de l'exécution des mesures prises,
- Le Directeur de l'administration générale,
- Un chef de service représentant les chefs de services concernés par la garde,
- Le représentant de l'U.M.A. désignés par l'U.M.A.,
- Le représentant de la sûreté nationale désigné par la direction générale de la sûreté nationale,
- Le représentant de la protection civile, désigné par la direction générale de la protection civile,
- Le représentant de la gendarmerie nationale désigné par la direction de la gendarmerie nationale.

**2.6. Comité des établissements hospitaliers composant le C.H.U.** Il comprend :

L'Unité Hospitalo-universitaire :

- Le responsable administratif de l'établissement (président),
- Les Chefs de services concernés par la garde.

L'Etablissement Spécialisé :

- Le Directeur de l'établissement (président),
- Les Chefs de services concernés par la garde.

## 2. 7. Périodicité des réunions des comités

Le comité se réunit obligatoirement en séance ordinaire :

- pour le comité de l'administration centrale : une fois par trimestre,
- pour le comité de wilaya : une fois par trimestre,
- pour le comité du C.H.U. une fois tous les deux mois,
- pour le comité d'établissement : une fois par mois.

En cas de nécessité, le comité peut être convoqué en séance extraordinaire par son président ou à la demande de la majorité des membres.

## 3. GARDE TECHNICO-ADMINISTRATIVE

- Garde Administrative : elle sera assurée par un administratif d'un grade élevé (Directeur, Directeur Adjoint, Administrateur, Attaché).
- Garde technique :

Elle sera assurée par des agents techniques qualifiés, notamment électriciens, plombiers, agents de maintenance des équipements médico-chirurgicaux.

## 4. GARDE EN MATIERE DE SECURITE

Présence permanente lorsque les nécessités du service l'exigent au niveau de l'établissement hospitalier ou toute autre structure de santé assurant la garde :

- d'agents de la sûreté nationale,
- d'agents de surveillance et de sécurité préventive.

## 5. EN MATIERE DE CONDITIONS DE TRAVAIL (RESTAURATION, HEBERGEMENT ET DE DETENTE).

Le personnel médical et paramédical doit trouver au sein du service de garde le confort physique et moral afin d'offrir une disponibilité effective efficiente.

A cet effet, il doit comporter :

- des chambres de repos avec sanitaires,
- une salle de restauration, détente avec cafétéria.

### ANNEXE 2

#### SHEMA DE LA PRISE EN CHARGE HIERARCHISE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

##### SHEMA D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES.

Il repose sur une prise en charge hiérarchisée des urgences :

- Le premier niveau est représenté par la polyclinique ou à défaut un centre de santé et les cabinets privés pour la prise en charge des urgences ambulatoires ou mineures.
- Le deuxième niveau est représenté par l'hôpital dont le rôle est d'assurer les soins aux malades qui ne peuvent pas être traités « ambulatoirement » nécessitant une hospitalisation et des techniques d'investigation non disponibles au sein du premier niveau.

### A. Urgences ambulatoire ou mineures.

Structures utilisées :

- polyclinique et /ou centre de santé dont le choix sera fonction :
  - \*de la densité de la population couverte,
  - \*de la facilité de l'accès,
  - \*de la proximité d'un établissement hospitalier quand il existe.

#### Remarque :

Cette structure assure parallèlement durant le jour des activités de soins et de prévention.

### 1. UNITE DES URGENCES AMBULATOIRES :

Elle a pour missions :

-D'examiner d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins d'urgences aux malades, particulièrement pour :

- \*les brûlures légères,
- \*les morsures d'animaux,
- \*les plaies des parties molles,
- \*les urgences médicales courantes,
- \*les immobilisations des fractures des membres sans déplacement,
- \*les évacuations des traumatismes graves (fractures ouvertes ou gros déplacement, contusions ou plaies viscérales) et les

brûlures graves.

\*la mise en condition des malades avant toute évacuation.

### 2. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT :

Cette structure fonctionne 24/24 .La responsabilité en sera confiée à un médecin exerçant en permanence au niveau de cette structure, assisté d'un surveillant médical.

Cette unité relève de l'autorité du directeur du secteur sanitaire .Elle comportera :

- Une salle d'attente.
- Des cabinets de consultation.
- Une salle de soins.

#### 2.1 Moyens humains,

Personnel médical :

- médecins généralistes,

Personnel Paramédical :

- un technicien de la santé (surveillant médical)
- des techniciens de la santé en radiologie.
- un technicien de la santé n soins infirmiers.
- des agents techniques de la santé (A .T .S.).
- \*aides soignants.
- \*hygiène et entretien.
- un agent de bureau.

## 2.2 .Moyens matériels.

Equipements lourds :

-Un appareil de radiographie standard ; permettent de faire des radiographies osseuses du thorax et de l'abdomen sans préparation

Moyens de communication et de liaison :

-liaison de téléphonique avec l'unité hospitalière des urgences de l'hôpital.

Moyens d'évacuation et de transport des malades :

-Une ambulance,

-Des chariots, des fauteuils roulants et des brancards.

## 3 .GARDES DES PRATICIENS INSTALLEES A TITRE PRIVE :

### 3.1. Profil des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes

-généralistes.

-spécialistes.

### 3.2. Le mode :

-Obligatoire pour tous, une dispense sera accordée pour limite d'âge (précisée ultérieurement).

Volontaire pour les praticiens désireux d'y participer en plus de leur tour de garde

(Recensement sera effectué par les services de la D.S.P).

### 3 .3 . Nombre de gardes par mois (horaire et jours)

-gardes de nuit de 19 heures au lendemain 07 heures (la nuit de jeudi au vendredi et du vendredi au samedi entrant dans le cadre des nuits).

- Jeudi de 12 heures à 19 heures.

- Vendredi de 07 heures à 19 heures.

- Les jours fériés de 07 heures à 19 heures.

#### 3.3.1. Les modalités :

-Gardes dans les cabinets de nuit, les week-ends et jour fériés.

-Garde à domicile ou le praticien est appelé par téléphone pour des visites à domicile.

-Création d'association de médecins type « S.O.S médecins » pour les visites à domicile.

-Selon l'importance du lieu (de la ville), diviser la ville en quartiers (ex Alger : centre Est, Ouest, Nord), mettre un ou plusieurs praticiens selon l'importance numérique de la population.

#### 3.3.2. Points importants :

-la rémunération doit être fixée selon la réglementation en vigueur :

\*pour la consultation de nuit avec indemnité kilométrique

-l'information de la population doit être assurée par :

\* les mas médias

\*affichage dans les structures publiques.

## B. Urgences Hospitalières

### 1. UNITE HOSPITALIERE DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

Elle a pour mission :

- d'accueillir, d'explorer et de distribuer les premiers soins aux malades debout ou couchés, quelque soit l'heure de la journée ou de la nuit.

- d'hospitaliser tous les malades présentant un état pathologique grave,

- de déterminer le service spécialisé qui conviendrait au traitement du patient et de l'orienter vers ce service.

#### 1. 1 Organisation et fonctionnement

Cette unité assure ses activités 24/24. Elle comprend trois parties distinctes, mais dont le fonctionnement est complémentaire.

- accueil

- hospitalisation

- plateau technique

##### 1. 1. 1. Accueil

L'accès doit être facile et bien indiqué, structure où arrive le malade et où il subit le premier examen médical les premiers soins et éventuellement des gestes de déchocage.

Un regroupement de l'accueil des urgences en un seul point permet de mieux organiser les ressources humaines et matérielles. Il est constitué :

- d'un local pour l'enregistrement des patients,

- d'une salle d'attente spacieuse

- de cabinets de consultation

- d'une salle de petite chirurgie

- d'une salle de déchocage

Au niveau de cet accueil, plusieurs possibilités se présentent :

-le malade n'est pas déclaré urgent, il est alors orienté vers une consultation ultérieure,

-le diagnostic est établi ; le malade urgent relève exclusivement d'une spécialité, il est pris en charge par la garde de cette spécialité

-le diagnostic ne peut être établi :

\*le malade urgent est admis en observation médico-chirurgicale au sein du secteur hospitalisation de l'unité hospitalière d'urgence. Cette observation doit être de courte durée de manière à maintenir la capacité d'accueil de cette unité.

\*après observation et le diagnostic établi, le malade peut être traité sur place ou évacué vers la discipline dont il relève ou son domicile.

-le traitement relève de l'extrême urgence et le malade passe directement à la salle de « déchocage », soins intensifs ou au bloc opération.

#### Hospitalisation :

Il doit disposer de 04 à 10 lits d'observation selon l'importance de l'unité.

La durée d'hospitalisation ne doit pas excéder 24 à 48 heures selon le cas, passé ce délai, le praticien responsable du service doit prononcer l'administration du patient dans ce service d'hospitalisation qui convient le mieux à la poursuite du traitement, cette décision est exécutoire sans délais.

Chaque service d'hospitalisation de l'hôpital doit réserver en permanence 02 à 04 lits aux patients adressés par l'unité d'urgence.

### 1.1.3 Plateau technique :

Laboratoire, (24/24) L'unité des urgences doit être dotée d'un laboratoire ou à défaut être proche d'un laboratoire, car les liaisons avec ce laboratoire doivent être rapides tant pour l'acheminement des prélèvements que pour le retour des résultats.

Radiologie, (24/24)

L'unité des urgences doit être dotée d'appareils de radiologie fixée et /ou mobiles, ou à défaut être proche d'un service de radiologie.

### Bloc opératoire et banque de sang.

L'unité doit être dotée d'un bloc opératoire ou à défaut être à proximité des blocs opératoires des disciplines chirurgicales et dotée également d'une banque de sang, en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes de l'unité des urgences.

### Médicaments et consommables :

L'unité des urgences doit disposer d'une réserve en médicaments et de consommables en mesure de répondre 24/24 à toutes les demandes médicales et chirurgicales.

L'organisation et le fonctionnement de l'unité des urgences hospitalières sont confiés à un praticien exerçant à titre permanent.

Il a autorité sur le personnel médical et paramédical qui participent aux urgences et la discipline du service.

Il veille particulièrement :

- à la présence effective du personnel médical et paramédical.
- à la qualité de l'accueil et des soins aux malades ainsi qu'à l'accueil des familles, à la réduction des attentes,
- à l'organisation du transport des malades dans l'hôpital, à l'organisation des transferts dans l'autre établissement dans le cas où ils sont nécessaires, il coordonne les activités de cette unité avec différentes équipes de garde dans l'hôpital, il est assisté dans ses tâches d'un surveillant médical exerçant à titre permanent.

### Moyens humains :

Personnel médical permanent :

- un praticien responsable de l'unité.

Personnel médical non permanent :

- médecins réanimateurs
- chirurgiens généralistes
- médecins internistes

-médecins résidents (médecine interne, chirurgie générale, réanimation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire,

-stagiaires internés (dans le cadre de leur formation) dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire.

Personnel paramédical permanent :

- un technicien supérieur de la santé (surveillant médical)
- techniciens supérieurs de la santé ou techniciens de la santé (soins intensifs, soins infirmiers techniciens supérieurs de la santé en radiologie)
- agents techniciens de la santé (soins infirmiers, hygiène et entretien)
- agents de bureau (enregistrement des malades)
- agent dactylographe,
- secrétaire d'administration.

### 1.3 Liaisons et moyens de communication

- liaisons téléphoniques avec :
- les autres services de l'hôpital et le plateau technique
  - la ou les unités des urgences ambulatoires
  - les autres établissements hospitaliers
  - le centre répartiteur médicalisé, lequel est relié au dispositif de communication de la Protection Civile.

## 2 GARDE AU NIVEAU DES AUTRES SERVICES DE L'HOPITAL

### 2.1 Pédiatrie –Gynécologie obstétrique- chirurgie pédiatrique

Les praticiens et le personnel paramédical assurent, sous la responsabilité de leur Chef de service, les gardes et la prise en charge des urgences au niveau de leur service respectif.

### 2.2 Autres services médicaux-chirurgicaux et explorations fonctionnelles

Les praticiens et le personnel paramédical assurent, sous la responsabilité de leur chef de service, les gardes au niveau de leur services respectif, articulé à l'unité des urgences hospitalières.

Cependant, ils doivent être en mesure d'assurer une intervention ponctuelle dans le cadre du traitement d'un polytraumatisé.

### ERRATUM

Annexe de la circulaire N° 406 du 20-06-88

2. Procédures Disciplinaires

2. 3 Pour les praticiens exerçant dans les secteurs sanitaires :

#### LIRE :

La sanction du 2<sup>ème</sup> degré est prononcée par le Wali sur rapport du directeur de l'établissement sanitaire et après avis du chef de division de la santé et de la population (service de santé).

La sanction du 3<sup>ème</sup> degré est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination et après avis de la commission paritaire siégeant en conseil de discipline.

Annexe 04 :

قرار مؤرخ في 12 ماي 1998 المتضمن إنشاء الدراسات  
المتخصصة في العلوم الطبية في الطب الاستعجالي.

إن وزير التعليم العالي والبحث العلمي،

- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 94-260 المؤرخ في 27 أوت 1994 المحدد لصلاحات وزير التعليم العالي و  
البحث العلمي،
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-291 المؤرخ في 27 جويلية 1997 المتضمن إنشاء شهادة الدراسات  
المتخصصة في العلوم الطبية.

يقرر

المادة الأولى: تنشأ شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية في الطب الاستعجالي تدعى "شهادة  
الدراسات المتخصصة في الطب الاستعجالي"

المادة الثانية : تحدد مدة الدراسة للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية في الطب  
الاستعجالي بـ "04" سدايسات،

المادة الثالثة: تحدد قائمة و محتوى المقاييس المكونة للسدايسات الأربعة الخاصة بشهادة  
الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية في الطب الاستعجالي طبقا للملحق هذا  
القرار.

المادة الرابعة: ينشر هذا القرار في النشرة الرسمية للتعليم العالي.

حرر بالجزائر 12 ماي 1998  
وزير التعليم العالي و البحث العلمي  
عمار تسو.

01.....	مقدمة
10.....	الباب الأول: الإطار القانوني والتنظيمي للتكفل بالحالات الاستعجالية
12.....	الفصل الأول: تنظيم كيفية التكفل بالحالات الاستعجالية
13.....	المبحث الأول: التكفل بالحالات الاستعجالية خارج المؤسسات الصحية
15.....	المطلب الأول: الأجهزة المخولة لها قانونا بالتكفل بالمرضى في الحالات الاستعجالية
15.....	الفرع الأول: مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة
23.....	الفرع الثاني: النقل الصحي الإستعجالي
32.....	المطلب الثاني: مراحل سير عملية تدخل مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة
33.....	الفرع الأول: مرحلة اتخاذ القرار
38.....	الفرع الثاني: مرحلة التدخل ونقل المريض
42.....	المبحث الثاني: التكفل بالحالات الاستعجالية داخل المستشفى
43.....	المطلب الأول: تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية في المستشفيات والقطاعات الصحية
44.....	الفرع الأول: التنظيم المادي لمصالح الإستعجالات الطبية
54.....	الفرع الثاني: التنظيم البشري لمصالح الإستعجالات الطبية
	المطلب الثاني: تنظيم مصالح الاستعجالات الطبية في المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية
61.....	
62.....	الفرع الأول: تكفل مصالح الاستعجالات الطبية بالأمراض العقلية والنفسية
66.....	الفرع الثاني: صور المصالح الاستعجالية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية
70.....	الفصل الثاني: مدى تأثير الحالة الاستعجالية على حقوق المريض والتزامات الطاقم الطبي
71.....	المبحث الأول: حقوق المريض في الحالة الاستعجالية
72.....	المطلب الأول: الحق في إحترام السر المهني والحياة الخاصة
	الفرع الأول: إلتزام الطاقم الطبي بإحترام الحياة الخاصة للمريض والمحافظة على السر المهني
72.....	
79.....	الفرع الثاني: حدود الإلتزام بإحترام الحياة الخاصة للمريض والمحافظة على السر المهني

85.....	المطلب الثاني: مدى تأثير الحالة الإستعجالية على إستقلالية حرية المريض
85.....	الفرع الأول: أثر الحالة الإستعجالية على حرية إختيار المريض
98.....	الفرع الثاني: أثر الحالة الإستعجالية على إعلام ورضا المريض
119.....	المبحث الثاني: إلتزامات الطاقم الطبي في الحالات الإستعجالية
120.....	المطلب الأول: الإلتزام بالتدخل السريع
120.....	الفرع الأول: الطبيعة القانونية للإلتزام بالتدخل السريع
124.....	الفرع الثاني: نطاق الإلتزام بالتدخل السريع
132.....	المطلب الثاني: الإلتزام بتقديم الرعاية الصحية المناسبة
133.....	الفرع الأول: طريقة تقديم الرعاية الصحية للحالة الإستعجالية
142.....	الفرع الثاني: تقديم الوصفة الطبية
148.....	الباب الثاني: المسؤولية عن الأخطاء الطبية في الحالات الاستعجالية
150.....	الفصل الأول: المسؤولية الهادفة لجبر الضرر
151.....	المبحث الأول: القواعد المنظمة للمسؤولية في حالة قيام الحالة الاستعجالية
152.....	المطلب الأول: الخطأ أساس المسؤولية
152.....	الفرع الأول: الخطأ الطبي التقني
164.....	الفرع الثاني: الأخطاء المرتبطة بالانسانية الطبية
174.....	المطلب الثاني: الضرر والعلاقة السببية
175.....	الفرع الأول: الضرر
182.....	الفرع الثاني: العلاقة السببية
المبحث الثاني:	المسؤولية عن الأخطاء الطبية في الحالات الاستعجالية بين المؤسسات الصحية
187.....	الخاصة والعمومية
188.....	المطلب الأول: المؤسسات الصحية الخاصة المقدمة للخدمات الطبية الاستعجالية
189.....	الفرع الأول: المسؤولية الشخصية للطبيب
194.....	الفرع الثاني: مسؤولية المؤسسة الصحية الخاصة
207.....	المطلب الثاني: المؤسسات الصحية العمومية المقدمة للخدمات الطبية المستعجلة

208.....	الفرع الأول: الخطأ الطبي التقني.....
218.....	الفرع الثاني: الخطأ المرتبط بسير وتنظيم المرفق.....
225.....	الفصل الثاني: المسؤولية الهادفة لتوقيع عقوبات على المخطأ.....
226.....	المبحث الأول: المسؤولية الجنائية للطبيب في الحالات الاستعجالية.....
227.....	المطلب الأول: المسؤولية الجزائية للطبيب في الحالات الاستعجالية دون قصد.....
227.....	الفرع الأول: الأخطاء الممثلة للجرائم دون قصد.....
242.....	الفرع الثاني: الضرر والعلاقة السببية.....
248.....	المطلب الثاني: الجرائم المؤدية للخطر.....
249.....	الفرع الأول: الامتناع عن تقديم مساعدة طبية مستعجلة.....
259.....	الفرع الثاني: تعريض الغير للخطر.....
266.....	المبحث الثاني: المسؤولية التأديبية للطبيب في الحالات الاستعجالية.....
267.....	المطلب الأول: محتوى القواعد الأخلاقية.....
267.....	الفرع الأول: حماية الكرامة البدنية للمريض.....
276.....	الفرع الثاني: حماية الكرامة النفسية للمريض.....
281.....	المطلب الثاني: الاجراءات والعقوبات التأديبية.....
282.....	الفرع الأول: الإجراءات المتبعة لقيام المؤسسة التأديبية.....
293.....	الفرع الثاني: العقوبات التأديبية.....
301.....	الخاتمة.....
307.....	قائمة المراجع.....
324.....	الملحق.....

## العنوان: « الإستعجالات الطبية (دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون الفرنسي) »

**المخلص:** تواجه خدمة الاستعجالات الطبية صعوبات ونزاعات بصفة دائمة مع مختلف المصالح الطبية الأخرى، ما أدى إلى التشريعات والسياسات الصحية، ومنها المشرع الجزائري والفرنسي إلى إعادة النظر في المنظومة الخاصة بهذه الخدمة، بهدف خلق روح التعاون بين مهني الصحة وبين المستشفى والمؤسسات والهيكل الصحية الأخرى.

ولتحقيق هذا الهدف، تم تقنين مجموعة من القواعد، ما يترتب عنها قيام مسؤوليات على كل مخالف لها. ومن جملة هذه القواعد نجد الالتزام بإعلام المريض وضرورة الحصول على رضاه، حماية كرامة المريض وما ينتج عنها من حقوق أخرى. فإحترام هذه القواعد، نتج عنه نشوء حقوق لدى المريض من جهة، والتزامات تقع على عاتق الطبيب من جهة أخرى، كالاتزام بمعالجة المريض وابعاد الخطر عنه خاصة في الحالات الاستعجالية.

ولكن ما يميز الحالة الاستعجالية، هي السرعة في التدخل والسرعة في العمل أو رد الفعل، وهذا ما قد يؤدي إلى خلق نزاعات بين الطبيب المتدخل والمريض أو من يمثله، وبالتالي فالمشكل الأول الذي يطرح، هل هناك حالة استعجالية أم لا؟ والتي إما أن تسمح للطبيب بالتدخل أو لا، لأن الحالة الاستعجالية هي حالة استثنائية وبالتالي هناك عدالة استثنائية خاصة لمثل هذه الحالات، والتي يمكن للطبيب الاستفادة منها.

**كلمات مفتاحية:** الاستعجالات الطبية، أخلاقيات الطب، الخطر الحال، المساعدة الطبية المستعجلة، مسؤولية الطبيب، الطبيب المنظم حقوق المريض، التزامات الطبيب.

### **Title: « The medical emergency ( A comparative study between the Algerian and French Law) »**

**Abstract :** The Emergency Service faces constant difficulties and disputes with the other medical services, which has led the legislation authorities, both in Algeria and France, to reconsider the operating system of such service. In order to create a spirit of cooperation among the health practitioners, the hospital, companies and other health services, a set of laws have been inaugurated. Subsequently, staff are responsible for such laws violation. Among these laws is the obligation to inform the patient and seek his consent, respect his dignity, and any other subsequent rights. Compliance with these rules has led to the emergence of the patient's rights which in turn are considered obligations for the doctors such as the obligation to treat the patient and keep the risk away from him, especially in urgent cases.

However the medical emergency is characterized by the speed of intervention and the speed of action or reaction which can cause conflicts between the interventionist doctor and the patient or his representative. Thus, a problem emerges in the sense that is there a case emergency or not? The latter could either necessitate the doctor's intervention or turn it useless due to the fact the emergency situation is exceptional and therefore there is exceptional jurisdiction for such cases which doctors could benefit from.

**Keywords :** Medical emergency, medical ethics, immediate danger, medical assistance, responsibility of the doctor, regulating doctor, rights of the patient, obligations of the doctor.

### **Intitulé : « L'urgence médicale (étude comparative entre le droit Algérien et le droit Français) »**

**Résumé :** Le Service médical d'urgence est confronté à des difficultés et à des différends constants avec divers autres intérêts médicaux, ce qui a conduit à la législation et aux politiques en matière de santé, y compris les législatures algérienne et Française, à revoir le système de ce service, dans le but de créer un esprit de coopération entre les professionnels de santé et l'hôpital et les institutions. et d'autres structures de santé.

Pour atteindre cet objectif, un ensemble de règles a été codifié, ce qui a donné lieu à des responsabilités pour chaque contrevenant. Parmi ces règles, nous trouvons l'obligation d'informer le patient et la nécessité d'obtenir son consentement, de protéger la dignité du patient et les droits qui en découlent. Le respect de ces règles a entraîné l'émergence des droits du patient d'une part, et des obligations du médecin d'autre part, telles que l'obligation de traiter le patient et de garder le risque loin de lui, en particulier dans les cas urgents.

Mais ce qui distingue l'urgence, c'est la rapidité d'intervention et la rapidité d'action ou de réaction, qui peuvent conduire à des conflits entre le médecin interventionniste et le patient ou son représentant, et donc le premier problème se pose, y a-t-il un cas d'urgence ou non? Ce qui permet au médecin d'intervenir ou non, parce que la situation d'urgence est exceptionnelle et donc il y a une justice exceptionnelle spéciale pour de tels cas, dont le médecin peut bénéficier.

**Mots-clés :** Urgence médicale, éthique médicale, danger immédiat, assistance médicale urgente responsabilité du médecin, médecin régulateur, droits du patient, obligations du médecin.