

تفريد الأخطاء وقيام المسؤولية الجزائرية للطبيب الجراح وطبيب التخدير

حمزة بن عقون (باحث دكتوراه)

كلية الحقوق والعلوم السياسية - جامعة باتنة 1

hbenaggoun@gmail.com

ملخص:

من البديهي أن المسؤولية الشخصية. للطبيب تقوم على ثلاث أركان، حيث لا تتعدى هذه المسؤولية دون تجمعها غير أن العمل الطبي أصبح يتم وسط فريق جماعي يتكون من الجراح، وطبيب التخدير والإنعاش إلى مساعدين طبيين وغير ذلك وأن تحديد مسؤولية كل فرد عن الأخطاء الطبية التي قد تتجم عن التدخل الجراحي جد معقدة وأن تأكيد استقلال طبيب التخدير من الناحية الفنية أدى إلى تغيير في معطيات مشكلة المسؤولية، فإذا أخذنا بمبدأ توزيع المسؤوليات على نحو ضيق بين طبيب التخدير والطبيب الجراح فإن ذلك يؤدي إلى إدانة أخصائي التخدير بمفرده، وهذا ما أدى إلى استحداث فكرة الفريق الجراحي، فالجراح يقوم بدور المرشد للعمل الجراحي في مجموعته وهذا ما يلزمه بأن يتأكد بنفسه من أن كل تدابير الاحتياط والسلامة قد رعيت، وعليه يمكن القول أن هناك منطقة اختصاصات مشتركة وأن مسؤولية الجراح وطبيب التخدير يمكن أن تثور من أجل خطأ يتعلق بهذا الاختصاص المشترك بينهما، ومن هنا يمكن القول بعدم إمكانية الفصل التام بين أعضاء الفريق الجراحي فيما يخص تحمل مسؤولية الأخطاء الناجمة عن التدخل الجراحي.

الكلمات المفتاحية: المسؤولية الشخصية، المسؤولية الجزائرية، الأخطاء الطبية، الفريق الجراحي، الإهمال الطبي.

Abstract

It is evident that the personal responsibility of the doctor is based on three pillars where this responsibility cannot be raised without them; however the medical work's new concept is done by a collective team that consists of surgeon, an anesthetic and a recovery doctors to medical assistants and others. Moreover, to determine the responsibility of each individual on the medical errors that may result



from the surgical intervention is very complex, and the affirmation of the independence of the anesthesiologist technically, has led to a change in the data of the problem of responsibility and how to determine it. So if we take the principle of the distribution of responsibilities between the anesthesiologist and the surgeon narrowly, this leads to condemn the anesthesia specialist alone, this is what led to the introduction of the idea of the surgical team. So The surgeon play the role of a guide to the surgical work in his group, which is necessary to him to assure himself that all the precaution and safety measures are respected. Then we can say that there is a common area of competences, and that the responsibility of the surgeon and anesthesia doctors can arise errors that result from their joint competences.

From here we can say that; there is no possibility to totally separate between the members of the surgical team regarding their responsibility on their mistakes.

Key Words:

Personnel responsibility, criminal liability, medical work, medical mistakes, medical crew.

مقدمة:

يعتبر النظام القانوني نظاما فعالا متى عمل على تحقيق التوافق بين القانون والمعطيات الجديدة، اقتصادية كانت أو اجتماعية أو علمية، فلا يجوز أن يقف القانون حجرة عثرة أمام التقدم العلمي والتكنولوجي، بل يجب أن يسايره، فيضع الحلول القانونية لكل ما يجد من مسائل ويرسم الإطار القانوني لما يتوصل إليه العلم مادام ذلك يخدم مصلحة الإنسان، فالطب الحديث أنقذ البشرية من أمراض وأوبئة كانت في الماضي قد حصدت أرواح الملايين من البشر، لكن العمل الطبي لا يخلو من أخطاء يتسبب فيها الطبيب أو مساعده، فالنشاط الطبي لم يعد فرديا " كما بدأ بل تطور ليصبح نشاطا جماعيا وهذا راجع إلى التخصص الذي أصبح يميز النشاط الطبي، فضلا عن الاستعانة بالتكنولوجيا الطبية في مجال الكشف، والعلاج والجراحة.



فالتدخل الجراحي يتطلب إشراك أكثر من متخصص كل في مجاله، فلا يستطيع الجراح أن يتخلى عن مسؤوليته ويتحجج بان الطبيب المعالج هو من أشار له بوجود إجراء العملية الجراحية، بل يجب عليه - الجراح - أن يقوم بفحص المريض ليرى ما إذا كانت حالته تقتضي الجراحة أم لا.

و لمساءلة الطبيب جنائياً يجب أن يكون الخطأ واقعا منه هو ذاته فلا يجوز محاسبة الطبيب عن فعل قام به شخص آخر سواء كان طبيب التخدير أو أحد مساعديه إلا إذا كان هؤلاء منفذين لأوامره، والطبيب الجراح لا يسأل فقط عن الأخطاء الفنية وحدها بل يسأل أيضا عن الأخطاء العادية التي تقع على المريض من تابعيه كأن يختار شخصا للقيام بمهمة التمريض أو التخدير دون أن يكون مؤهلا لذلك.

ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة في محاولة إيضاح مسؤولية الجراح من جهة، ثم تحديد مسؤولية طبيب التخدير من جهة أخرى، والتي تكون ناجمة عن عمل واحد في إطار الفريق الجراحي .

إشكالية الدراسة: كما أسلفنا الذكر أن الطب تطور علميا وتقنيا، وتعددت وتعمقت اختصاصاته وأصبحت ممارسة الفن الطبي منوطة أكثر فأكثر بفريق لا يفرد، وقد يكون عمل أعضاء الفريق الطبي متتابع التنفيذ كما قد يكون العمل منصبا على علاج المريض بشكل متزامن كعمل الفريق الجراحي، وهنا يمكن أن نطرح الإشكالية التالية:

- كيف يمكن أن نحدد المسؤولية الجزائرية للطبيب الجراح وطبيب التخدير؟
- من أجل الإجابة على الإشكالية المطروحة سيتم التطرق للنقاط التالية:
- المحور الأول: مسؤولية الفريق الطبي وتطور المركز القانوني لطبيب التخدير.
- المحور الثاني: الفصل التام للاختصاصات والأخطاء.
- المحور الثالث: الفصل الجزئي للاختصاصات والأخطاء وفكرة الفريق الجراحي.
- المحور الأول: مسؤولية الفريق الطبي وتطور المركز القانوني لطبيب التخدير.
- I- مسؤولية الفريق الطبي:** إن قانون العقوبات لا يعطي تعريف للمسؤولية الجماعية، فالخطأ الجزائي شخصي لا يحاسب عليه إلا الشخص المعني به، فالاجتهاد القضائي في البداية كان يحمل المسؤولية للجراح وحده لكنه تراجع على هذا المبدأ وألصق

المسؤولية بكل عضو في المجموعة خصوصا بعد أن أصبح التخدير تخصصا قائما بذاته⁽¹⁾.

فالقانون يفرض التزامات على الشخص حتى لا يضر بغيره، ومن هذه الالتزامات أن يحتاط في تصرفاته ولو بحسن نية عند المساس بجسم الإنسان، فلا يجوز له أن يتصرف بحرية ثم يتذرع بأن وقوع الضرر كان بغير قصد⁽²⁾.

فقد أدى تعقد العمليات الجراحية ومخاطر عمل القائمين على التخدير إلى زيادة الكفاءة الفنية والتخصص لأعضاء الفريق، فأخصائي التخدير والإنعاش هو طبيب مختص كالجراح يلعب دورا هاما في الفريق الجراحي قبل وأثناء وبعد إجراء العملية الجراحية، ومن ثم يلاحظ إعادة لتوزيع الاختصاصات في وسط الفريق الجراحي بسبب الوظائف الخاصة التي يملكها كل عضو في الفريق، كما يقع عبء الإثبات على المريض أو النيابة العامة بأن الطبيب قد خالف أصول المهنة وارتكب أحد الأخطاء التي يحاسب عليها القانون، وعليه هو أن يثبت عكس ذلك ويبقى تقدير الخطأ للقاضي مراعيًا سلوك الطبيب ومقارنته بأمثاله من الأطباء في نفس المستوى ونفس الظروف وقد يلجأ إلى خبرة محايدة توضح وجود أو عدم وجود الخطأ⁽³⁾.

يختص الطبيب بالعمل الطبي الفني، أما أعمال المعالجة والتمريض فهي منوطة بالمرضين الذين يساعدهم لكنهم يعملون تحت إشرافه فهم لا يقومون بأية مبادرة شخصية بل يتقيدون بتعليماته فإذا ما خالفوه سقطت مسؤوليته لكن تنفيذ تعليماته المبنيّة على خطأ يجعله مسؤولًا عنها.

كما أن تلميذ الطبيب الملازم لا يتمتع بحرية ممارسة العمل الطبي فلا يسعه ذلك إلا تحت مسؤولية الطبيب المسئول الذي يعطيه التعليمات ومخالفتها تجعله مسؤولًا وحده على تصرفاته⁽⁴⁾.

ذهبت المادة 220 من قانون الصحة الجزائري على النص بجواز ممارسة مهنة المساعد الطبي من طرف طلبة العلوم الطبية طوال السنة النهائية، كما تنص المادة 222 من نفس القانون على أن يعمل هؤلاء في الحدود المضبوطة تبعا لتأهيلهم ويقتصر تدخلهم على تنفيذ ما وضعه لهم الطبيب المشرف وأن يلجأ إليه إذا حدث خلال

ممارستهم لعملهم ما يسبب مضاعفات لا يدخل علاجها في إطار الاختصاصات المسطرة لهم.

نستنتج من هذا النص القانوني ضرورة قيام الطبيب المسؤول بمعاينة المريض المسبقة والحضور أثناء قيام الطبيب التلميذ بالممارسة، فإذا ما قام هذا الأخير في غياب المشرف بعمل كان يعتقد أنه سهل لكن ترتب عليه ما لم يكن متوقعا فإنه يتحمل كامل المسؤولية.

II- تطور المركز القانوني لطبيب التخدير:

صدر في الجزائر المرسوم التنفيذي رقم 109-191 المؤرخ في 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش، حيث نصت المادة 18 منه على أنهم يعملون تحت سلطة المسؤول السلمي بالقيام في إطار التخدير والإنعاش بتحضير المريض الذي تجري له العملية في فترات قبل وأثناء وبعد العملية، وفي إطار المعالجات الاستعجالية يقومون بإنعاش المرضى الذين يكونون معرضون للخطورة في إحدى أو عدة وظائف حيوية للجسم إلى غاية التكفل بهم من طرف المصلحة المختصة، كما نصت المادة 19 من نفس المرسوم على أنهم يكلفون تحت سلطة المسؤول السلمي بالقيام بأعمال معقدة ومتخصصة، ولكن يظهر لنا إشكال في تحديد المسؤول السلمي .

- هل هو طبيب التخدير أو الطبيب الجراح؟

بالرجوع إلى محاولة إبراز المركز القانوني لطبيب التخدير، ولحدثة ونشأة هذه المهنة فإن ذلك استتبع اهتماما متأخرا من الكثير من التشريعات ومنهم المشرع الفرنسي، حيث نصت المادة 09 من قانون أخلاقيات الطب لسنة 1979 صراحة على الاستقلال المهني لطبيب التخدير عن الجراح، ولكن المادة 45 من نفس القانون تضمنت ما يناقض المبدأ السابق بإجازتها الحق للجراح في أن يختار مساعده أو مساعديه في مجال الجراحة وكذا طبيب التخدير⁽⁵⁾.

وقد استند جانب من الفقه التقليدي والقضاء القديم إلى هذه المادة الأخيرة وهذا باعتبار طبيب التخدير مجرد مساعد للجراح، والواقع أن المادة هي متأتية أصلا من قانون أخلاقيات الطب لسنة 1947 وهي فترة كان يعتبر فيها طبيب التخدير المساعد



الأكبر دون أي احتكاك فيها بالمريض، وقد عملت نقابة الأطباء الكثير من أجل الاعتراف لطبيب التخدير بالاستقلالية وإزالة التناقض القائم بين نص المادتين 09-45 ووصل بها الأمر إلى اقتراح صياغة جديدة لنص المادة 45 ثم صدر قانون 1979 الذي كرس صراحة مبدأ استقلال طبيب التخدير عن الطبيب الجراح في إطار الفريق الجراحي، وأكد على فصل مسؤوليات أعضاء الفريق والتي جاءت نتيجة لتمييز واختلاف المهام الخاصة لكل عضو⁽⁶⁾، وبناء على ذلك لم يعد الجراح مسؤولاً عن الأخطاء التي يرتكبها طبيب التخدير بينما اعتبر مساعدين الجراح الذين يتم اختيارهم من طرف الجراح يعملون تحت رقابته، ورغم وضوح النصوص السابقة إلا أن ذلك لم يمنع من وجود نصوص أخرى ترى عكس هذا وتساهم في عدم المساواة الفعلية بين طبيبي التخدير والجراح.

فقد ذهب القضاء في المرحلة الأولى إلى اعتبار طبيب التخدير مجرد تابع للجراح وهو ما يسمح له بتوجيه التعليمات إليه، وكنتيجة لذلك يسأل عن أخطائه ويعود ذلك إلى عوامل واقعية أكثر منها قانونية كون عمل التخدير كانت تقوم به إحدى الممرضات تنفيذاً لتعليمات الجراح وتحت رقابته ومسؤوليته، وعند تطور عمل التخدير لاحقاً صار يقوم به طبيب مختص ولم تتغير الأحوال في البداية حيث أسقطت صورة الممرضة على طبيب التخدير الذي يعتبره الجراح مجرد تابع تحت سلطته وإشرافه⁽⁷⁾.

وقد وجدت المحاكم ولسنوات طويلة في نص المادة 45 السابق ذكرها أساساً قانونياً للقول بالفكرة التقليدية السائدة بوجود نوع من رابطة التبعية بين الجراح وطبيب التخدير، وأن الجراح هو مسئول بوصفه الريان الأوحد في غرفة العمليات وأن طبيب التخدير ليس سوى طبيب تابع له، وعملاً بهذه النظرية لم تتردد محكمة GRENOBLE بالقول "أن طبيب التخدير الذي يختاره لمساعدته يكون محمياً بمسؤولية الجراح بما يسمح لضحية خطأ طبيب التخدير أن يوجه دعواه في كل الأحوال إلى الجراح باعتباره المسئول الوحيد وليس ضد طبيب التخدير الذي يعتبر مجرد منفذ لتعليماته⁽⁸⁾".

وفي المرحلة الثانية اعترف القضاء باستقلال طبيب التخدير تحت وقع تأثير تطور مركزه القانوني وتأهيله العالي، وكذا دوره الأساسي إلى جانب الجراح غير أنه كان



من الطبيعي أن يترتب عن هذا الاستقلال قيام مسؤوليته في إطار الفريق الجراحي⁽⁹⁾، وتعبيرا عن هذا الاتجاه الجديد ذهب مجلس قضاء AIX إلى أن الجراح الذي يستعين بطبيب تخدير وإنعاش مختص وذو كفاءة عالية ينقل مسؤوليته إلى عاتق زميله الذي يتكفل بضمان مهمة تخدير المريض وفي ظروف تسمح بأداء العمل الجراحي ومراقبة حالة التنفس وحالة القلب والأوعية للمريض خلال مدة العمل الجراحي كما يضمن إفاقته⁽¹⁰⁾، غير أن لفكرة الاستقلال المهني للطبيب الجراح معارضين لها وعلى رأسهم الفقيه R.SAVATIER الذي كان يعتبر الجراح هو رئيس الفريق الطبي أما طبيب التخدير فليس سوى مساعدا له، وفي ذلك يقول في تعليقه على مسؤولية الجراح "ليس هو ربان المركبة التي تتكون منها غرفة العمليات وأن تخصص مساعديه وكذا المسؤولية الملقاة على عاتق البعض منه لا تمنع من أن يكون هو رب العمل، وأنه هو وبعد التشاور مع طبيب التخدير من يختار ويحدد كيفية التخدير وهو من تخضع له جميع الأجهزة المستعملة في غرفة العمليات، غير أن الفقيه R.SAVATIER غير نظرته السابقة معترفا باستقلال طبيب التخدير بالقول "أن من حق الجراح الوثوق بطبيب متخصص في فريقه، ويكون مسئولا عن كل ما يدخل ضمن اختصاصاته وبالتالي فإنه لا يشترك إذن في المسؤولية عن الخطأ الخاص بهذا الطبيب أي طبيب التخدير⁽¹¹⁾."

المحور الثاني: الفصل التام للاختصاصات والأخطاء

في الواقع فإن الفريق الجراحي يضم فضلا عن الجراح وطبيب التخدير كل من المضمدة والمناول للأدوات، كما يضم أحيانا أخرى حسب طبيعة العملية وتوجهاتها مختص في التشريح وطبيب الأشعة أو مختص في نقل الدم، غير أن الجراح وطبيب التخدير هما أهم عنصرين في الفريق وكما ذكرنا سابقا أن التخدير ظل لوقت طويل يمارس من طرف الممرضات سواء كانت مؤهلة لذلك أم لم تكن، فهي كانت تحت مسؤولية وسلطة الجراح وبالنتيجة كان هذا الأخير يسأل عن الحوادث التي يرجع سببها إلى التخدير أو الإهمال الذي يحدث في الفترة التالية لإجراء العملية. ولكن أحوال الجراحة تغيرت في أعقاب عوامل كثيرة منها:

- المخاطر المتزامنة من استعمال العقاقير والأدوية المخدرة وظهور طبيب مختص في التخدير، وصدور النصوص التنظيمية التي أوجبت أداء عملية التخدير على يد طبيب مختص ومؤهل⁽¹²⁾.

- إن ظهور طبيب مختص وعلى قدر كبير من الكفاءة إلى جوار الجراح كان من نتائجه أن أدى إلى إعادة توزيع المهام والاختصاصات الموكلة إلى كل واحد منهما سواء قبل إجراء العملية أو أثنائها أو بعدها، وكما ذكرنا سابقا فإن القضاء الجنائي له الفضل في التفرقة بين اختصاصات ومسؤوليات أعضاء الفريق الجراحي وهذا راجع إلى المسؤولية الجنائية والتي هي في جوهرها مسؤولية فردية وشخصية وترتكز على خطأ شخص محدد.

I- مبدأ تفريد الأخطاء والاستقلال في العمل:

تعود فكرة الاستقلالية في العمل إلى مبتدعها الفقيه KORNPROBST، والذي هدف إلى التمييز بين مسؤوليات أعضاء الفريق الطبي وفقا لمجموع الأفعال أو الأعمال الطبية التي باشرها وعلى نحو يظهر الاستقلال في العمل للبحث في مسؤولية الجراح أو تلك الخاصة بطبيب التخدير، وعليه فإنه من الضروري تحديد ما يكون قابلا للانفصال على العمل الجراحي وما لا يكون قابلا لذلك⁽¹³⁾.

ارتكز الفقيه KORNPROBST على فكرة مرتبطة بقانون العقوبات، وهي التمييز بين الأعمال التحضيرية والبدء في التنفيذ وتتيح له هذه الفكرة وفقا لتغير الظروف بأن تقف عند أوجه الفرق من أجل حصر الأعمال والجرائم الموجبة للعقاب والأعمال التي لا يترتب عليها أي اثر قانوني، وعليه فإن قانون العقوبات ذهب إلى التمييز بين الأعمال التحضيرية وأعمال البدء في التنفيذ، وبهذا المفهوم فإن الأعمال التحضيرية تكون بمنأى عن أي عقاب لأنها لم تتكون منها الجريمة بعد وأن الذي يمارسها مازالت له إمكانية العدول عنها وهذا ما نجد مثله في العمليات الجراحية، حيث يمكن اعتبار الأفعال التحضيرية لا تعد من قبيل البدء في التنفيذ وهي لا تستوجب سوى مساءلة مرتكب هذه الأفعال الخاصة لا الجراح الذي لا يبدأ نشاطه إلا بعد تحضير وإعداد كل شيء حتى يتمكن من القيام بعمله على أكمل وجه⁽¹⁴⁾.

وبعد ذلك توجه الفقيه إلى تحديد المعيار الفاصل بين الأعمال التحضيرية والبدء في التنفيذ في هذا المجال، وانتهى إلى أن المعيار يكمن في التساؤل حول ما إذا تم القيام بعمل يكون قد ترك آثار لا تمحى بالنسبة للمريض وبعدها يصبح من اليسير التعرف إلى ما ينسب إلى الجراح، وعلى ما ينسب إلى طبيب التخدير: وتوصل الفقيه إلى أنه في الفريق الجراحي يعفى الجراح من المسؤولية وبصفة مطلقة بالنسبة لكل ما هو بعيد عن العمل الجراحي كعملية نقل الدم والتي يسأل عنها أخصائي التخدير تطبيقاً لفكرة الاستقلال في العمل⁽¹⁵⁾. باستثناء التنظيم والترتيب الدائم لكل العناصر اللازمة للعمل الجراحي ككل.

كما عمد الفقيه بهذه الفكرة إلى حماية نظريته من أي انتقاد على أساس أن التزامات الجراح لا تقتصر فقط على ما يتعلق بالعمل الجراحي، وإنما يقع على عاتقه كذلك التزامات تتعلق بمرحلة ما قبل الجراحة ومنها وبوجه خاص الفحوص الإعدادية ومن جهة أخرى فإن مهمة الجراح لا تنتهي بنهاية العملية الجراحية بل تمتد إلى إعطاء التعليمات من أجل المراقبة في المرحلة التالية لإجراء العملية للقيام ببعض التدخلات ومتابعة نتائج العمل الجراحي والتدخل إذا لزم الأمر ذلك⁽¹⁶⁾.

II- التطبيقات القضائية لمبدأ الاستقلال في العمل:

أخذ القضاء الفرنسي بفكرة الاستقلال في العمل والذي سعى للبحث في التمييز وعلى نحو مطلق بين مهام أعضاء الفريق الجراحي، ومن ثم المسؤوليات الناشئة عنها وقد طبقت هذه الفكرة على وجه الخصوص في مرحلتين إجراء الجراحة وما بعد إجراء الجراحة

اعتمدت محكمة AIX هذه الفكرة للفصل الكامل بين المسؤوليات في وسط الفريق الجراحي من الناحية الجنائية، وحاولت لأول مرة أن تحدد بوضوح الاختصاصات التي يستأثر بها أخصائي التخدير والتي تنفصل عن العمل الجراحي ويتحمل مسؤوليتها بمفرده⁽¹⁷⁾. وترجمت ذلك في أحد القضايا والتي تتعلق بصبي يبلغ من العمر الحادية عشر عاماً أدخل إحدى المستشفيات من أجل استئصال الزائدة الدودية، وقد استمرت العملية ربع ساعة تحت مخدر كلي. باشره طبيب التخدير وانتهت بدون مشكلة ثم أعيد المريض إلى حجرته بعد ربع ساعة من انتهاء العملية،



حيث قام بزيارته كل من الجراح وأخصائي التخدير ثم تركو مهمة مراقبته إلى الممرضات وغادر طبيب التخدير المستشفى كي يجري عملية تخدير جديدة في مكان آخر، وقد انتاب الطفل بعض الآلام فتدخلت الممرضات لإسعافه ولكن دون جدوى ثم قمن بإخطار طبيب التخدير الذي حضر بسرعة إلى المستشفى ورغم بذل الكثير من الجهود إلا أن الطفل فارق الحياة، ويرجع سبب الوفاة وفقا لتقرير الخبراء إلى هبوط حاد في الدورة الدموية حيث أسندوا إلى أخصائي التخدير الأخطاء التالية:

- تناول المريض مقدار كبير جدا من المادة المخدرة بنسبة تزيد عن المعدل العادي بحوالي 25%.
- الإهمال الذي اقترفه في مرحلة الإشراف على المريض بعد إجراء العملية وعدم ملاحظته للعلامات الغير مألوفة والتي ظهرت عليه أثناء نقله إلى حجرته.
- تركه للمريض ينقل إلى غرفته وهو على الظهر في حين كان يجب نقله وهو نائم على الجنب.

- مغادرته للمستشفى قبل أن يلاحظ الإفاقة الكاملة للمريض.

وبناء على ذلك أدانت محكمة جنح NICE الجراح وطبيب التخدير بتهمة القتل بإهمال⁽¹⁸⁾، وبعد الطعن عدلت محكمة AIX الحكم الصادر ولم تقر سوى بمسؤولية أخصائي التخدير وقضت ببراءة الجراح⁽¹⁹⁾.

وعلى هذا الأساس فقد أرسى المجلس مبدأ مفاده أنه يقع على طبيب التخدير والإنعاش مهمة تتمثل في ضمان تخدير المريض حتى يسمح للجراح بتنفيذ العمل الجراحي، وان يراقب في المدة التي يستغرقها العمل الجراحي الحالة التنفسية وعدد دقات القلب والأوعية الدموية للمريض إلى غاية ضمان إفاقة المريض⁽²⁰⁾، أما الجراح فقد برأته محكمة AIX بمقتضى فكرة التفرقة الكاملة للوظائف والمسؤوليات في وسط الفريق الجراحي، حيث أن الجراح قد استعان بطبيب تخدير وإنعاش على قدر عال من التخصص والكفاءة وهذا يلقي على عاتق زميله مهمة ضمان تخدير المريض في ظروف تسمح بأداء العمل الجراحي.

وقد تبع هذا الطريق الذي مهدت له محكمة AIX أحكام قضائية أخرى وعلى الأخص مجلس قضاء باريس في قضية الشاب Alain farçât، والذي توفى في أعقاب



سكتة قلبية وتنفسية أدت إلى آثار خطيرة في الدماغ، وترجع الوفاة إلى خطأ في مراقبة المريض في المرحلة التالية لإجراء العملية بعد مغادرة كل من طبيب التخدير والجراح للعيادة بعد العملية الأولى للإفاقة⁽²¹⁾، وقد أيد المجلس قضاء باريس الحكم الصادر ببراءة الجراح بالتأكيد على أنه عندما يساعد الجراح طبيب تخدير مؤهل فإن دوره ينتهي عندما يغادر المريض قاعة العمليات⁽²²⁾.

وعليه يمكن القول أنه إذا أخذنا بهذا المفهوم الذي يقر بأن الفصل بين اختصاصات ومسؤوليات أعضاء الفريق الطبي قد تأكد أثناء مرحلة العمل الجراحي فإن هذا الفصل قد تبلور أيضا بالنسبة لمراقبة المريض في مرحلة ما بعد إجراء الجراحة، وقد ذهب جانب من القضاء إلى اعتبار أن طبيب التخدير هو المسئول الأول عن مراقبة المريض في مرحلة الإفاقة⁽²³⁾.

وهذا ما ذهبت إليه محكمة استئناف Aix بالقول أن مهمة طبيب التخدير ليس قاصرة فقط على ضمان تخدير المريض وملاحظة حالة تنفسه وقلبه أثناء الجراحة، ولكن أيضا ضمان إفاقته بعد انتهاء العملية، ومن ثم عليه التزام جبري بمساعدة ومراقبة المريض حتى يسترد وعيه بالكامل وأن يستخدم عند اللزوم كل وسائل الإنعاش التي يمكن أن تكون ضرورية لكي يصل إلى ذلك⁽²⁴⁾.

II-1- تحديد معيار الإفاقة:

استقر القضاء في السابق على أنه يجب على طبيب التخدير أن يساعد ويراقب المريض حتى يستعيد وعيه بالكامل حتى يفيق إفاقة فعلية، وإذا كانت إفاقة المريض تعتمد أولا على نوع المخدر الممنوح ثم على مدى مقاومة المريض، ومن مدى تأثير هذين العاملين في أن يغيرا وقت الإفاقة ما بين وقت قصير وساعات كثيرة ولكن كيف يمكننا القول بان المريض قد أفاق إفاقة فعلية بالكامل، ذهبت محكمة TOULOUS⁽²⁵⁾ استنادا إلى رأي الخبراء من أن علامات الإفاقة هي خمسة وتتمثل في:

- عدم تحمل الأنبوب الموصول بالجهاز التنفسي وإقدام المريض على السعال.
- حركات البلع.
- حركات الأعضاء.
- الاستجابة بمجرد لمس البشرة.



- الاستجابة وفهم الأوامر الشفهية البسيطة والمعبر عنها بوضوح مثل "افتتح عينك....) وقد طبقت محكمة TOULOUS هذا المعيار على طبيب التخدير وأدانته بتهمة القتل بإهمال وقضت بمسؤوليته عن وفاة طفل بسبب حادث اختناق في مرحلة ما بعد إجراء الجراحة، وقد أثبتت المحكمة أن المريض قد أبدى استجابة للثلاث علامات الأولى المذكورة أعلاه ولم يبدي أي استجابة للعلامات المتبقية⁽²⁶⁾.

II-2- استمرار المراقبة في مرحلة ما بعد إجراء الجراحة:

كما ذكرنا سابقا تبنى القضاء الفرنسي معيار الإفاقة الذي استقرت عليه محكمة جنح TOULOUS في حكمها المؤرخ في 16 جانفي 1976، وأن المعيار السابق توسعت في الأخذ به الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الفرنسية في قرارها المؤرخ في 9 نوفمبر 1977⁽²⁷⁾.

وقد ذهبت الغرفة المدنية لمحكمة النقض إلى ابعاد من ذلك حين وضعت على عاتق طبيب التخدير مهمة مراقبة سلوك المريض حتى بعد الإفاقة، بقولها بأن مهمة طبيب التخدير تتمثل في ضمان تخدير المريض وأن يمارس عليه رقابة طيلة فترة إجراء الجراح للعملية وبعد العملية وبمراقبة ظروف الإفاقة حتى استعادته للوعي كاملا⁽²⁸⁾.

غير أن هذا القرار تلقى العديد من الانتقادات، فعلق أحدهم بالقول أنه إذا استمر التطور على هذا المنوال فإن طبيب التخدير سيتحمل وحده المسؤولية على المرحلة التالية لإجراء العملية الجراحية دون أن نفرق ما بين المراقبة التي يكون الغرض منها معالجة مضاعفات العملية ذاتها، وتلك المضاعفات التي يكون الهدف منها الوقاية من الحوادث التي تلي التخدير⁽²⁹⁾.

وهذا ما أدى إلى تدخل الغرفة الجنائية لمحكمة النقض من أجل التخفيف من هذا الفصل المتشدد والصارم لاختصاصات ومسؤوليات أعضاء الفريق الجراحي ووضعه في الاعتبار فكرة الفريق الجراحي.

المحور الثالث: الفصل الجزئي للاختصاصات والأخطاء وفكرة الفريق الجراحي

حاول جانب من الفقه والقضاء أن يخففا من قسوة مبدأ الفصل بين الاختصاصات لكل عضو في الفريق الطبي وأعطوا نظرة جديدة بوجود تعاون بالمعنى الضيق بين الجراح وطبيب التخدير.



وأُسندت مهمة القيادة العامة للعملية الجراحية إلى الجراح، لأنه إذا كانت مراقبة حالة قلب المريض تفرض بالضرورة على طبيب التخدير والإنعاش، فإن لا التخدير ولا الإنعاش يشكلان في ذاتهما غاية بل يساهمان في تحقيق هدف مشترك لكل من أخصائي التخدير والجراح، أي في التنفيذ الصحيح للعمل الجراحي وشفاء المريض، وأن التنظيم والقيادة العامة للعملية الجراحية بينهما، حيث يتخذ الجراح القرارات الأساسية والتي يجب أن يتوافق معها دوماً "أخصائي التخدير طبقاً لتعليمات الجراح. وسوف نتناول فكرة الفريق الجراحي لدى كل من الفقه والقضاء.

I- فكرة الفريق الجراحي في الفقه:

مما لا شك فيه أن الفصل التام لاختصاصات ومسؤوليات أعضاء الفريق الطبي سيترتب عليها العديد من المساوئ، حيث سيهتم كل جانب اهتمام مطلق بالأفعال التي تدخل ضمن اختصاصه ويعمل بكل جهد من أجل حصر مسؤوليته في إطار عمله فقط وهو أمر سيؤدي لا محالة إلى تمييع المسؤولية داخل الفريق الطبي وينتج عن كل هذا تعريض سلامة المريض للخطر⁽³⁰⁾، ومن أجل الرجوع إلى السكة الصحيحة أخذ الفقه بعين الاعتبار فكرة الفريق الجراحي بوصفها حقيقة واقعية، وأنه حتى ولو كان العمل مجزئاً إلا أن الغرض يظل واحد وهو النجاح النهائي للتدخل الجراحي، وهذا يوجب على كل عضو في الفريق أن يكون لديه روح تضامن حقيقية، وأن يتجه نحو هذا الهدف النهائي، وأن يكون هناك تعاوناً مستمراً وصادقاً من مختلف أعضاء الفريق، ووجوب اهتمام كل منهم بما يقوم به الآخر.

واستند أنصار هذا الاتجاه إلى دور الجراح الذي يعمل كرابط بين أعضاء الفريق الطبي الواحد، بحيث يتمثل دوره في ربط مختلف الأعمال مع دوره الخاص بغرض نجاح العملية وهو الهدف المشترك بين كامل أعضاء الفريق الطبي، وتفرض حينئذ المراقبة العامة للعلاج على الجراح، والذي يبقى بمثابة رب العمل على الرغم من كفاءة طبيب التخدير الذي يعمل إلى جواره⁽³¹⁾.

وعليه فإنه عند تقرير إجراء الجراحة، فعلى المريض أن يستعد لعملية التخدير، ويستلزم اختيار وسيلة التخدير في غالبية الحالات وجود اتفاق ما بين الجراح وطبيب التخدير، إذ أن هذا الأمر يخص بداهة طبيب التخدير فهو لا يعتمد فقط على مدى

ملائمة الأدوية المفضلة والوسيلة التي تتبع وموضوع وخصائص العملية الجراحية، بل وأيضا على علامات وردود الأفعال الخاصة بجسد المريض، وأثناء التدخل الجراحي يكون الدور الراجح للجراح واضحا فهو بمفرده ومن اختصاصه أن يختار وينفذ الوسيلة الفنية الملائمة لإجراء الجراحة واختيار هذه الوسيلة الجراحية متروكة لحريته المطلقة، ومن ثم يسأل الجراح عن كل خطأ في اختيار وسيلة وطريقة الجراحة، وعن كل رعونة أثناء إجراء العملية⁽³²⁾.

كما ينبغي على طبيب التخدير أن يهيئ للجراح الصفاء النفسي اللازم كي يسمح له بأن يؤدي مهمته على أكمل وجه، فهو يراقب بسهولة تسلسل حوادث عملية التخدير واستمرارها، ولا يمكن أن يلاحظ سوى الاضطرابات الجسيمة والواضحة، كتغير لون الدم أو التغير المزعج لسرعة التنفس والذي يجعله يطلب إيضاحات من أخصائي التخدير، كما يقع على عاتق طبيب التخدير مهمة مراقبة أثار التخدير على المريض كما يقع على عاتقه مهمة مراقبة أثار التخدير على المريض.

وإذا كانت الاختصاصات تتجه إلى التنوع في وسط الفريق الجراحي الحديث، والذي نتج عنه عدم إنكار أن فكرة الفريق الجراحي بكل ما يتضمنه من وحدة الغرض ودور المنسق المسند إلى الجراح قد خلقت منطقة مشتركة للاختصاصات ينهض بعبئها كل من الجراح وطبيب التخدير، ومن ثم يمكن أن تتشابك مسؤوليتهما معا عن أي قصور يخص هذه المنطقة المشتركة⁽³³⁾.

ومن الحالات التي تتوحد فيها اختصاصات كل من الجراح وأخصائي التخدير، بحيث يتعين عليهما أن يتصرفا كأعضاء فريق واحد، الأعمال التي تتعلق بالتحضير للعملية الجراحية كالفحوص الإعدادية للمريض ووسيلة التحضير والاحتياطات الواجب مباشرتها أثناء العملية، وتكون المسؤوليات في هذه المنطقة مشتركة ومرتبطة على نحو ضيق بحيث لا يمكن إدانة أحدهما دون الآخر.

فالفحوص الإعدادية تكون بالضرورة من اختصاص طبيب التخدير، إلا أنه لا يمكن للجراح أن يتجاهل معرفة ما إذا كانت فصيلة الدم قد تحددت من عدمه وهذا في حالة ضرورة نقل الدم أثناء العملية الجراحية إذا حدث طارئ ما، كما يجب عليه أن يتأكد أن المريض على الريق قبل أن تجرى له العملية الجراحية، كما يمكن أن

تشور المسؤولية المشتركة لكل من الجراح وطبيب التخدير متى وجدت مشاركة في بعض القرارات حتى بالنسبة للمسائل التي تخص بصفة أساسية طبيب التخدير كاختيار وسيلة التخدير، أو تحديد ساعة العملية الجراحية⁽³⁴⁾، وعلى كل هذا لا يجب علينا أن نغفل أن المسؤولية الجزائية هي مسؤولية شخصية وفردية ولا تركز على فعل الغير، بل على فعل الشخص ذاته وينتج عن ذلك أن فكرة الفريق الجراحي لا تعني مطلقاً نوعاً من المسؤولية الجماعية، وأن التحري فيما إذا كان الجراح أو طبيب التخدير قد أخلا بالتزاماتها المشتركة، أي يجب إسناد خطأ شخصي إلى كل منهما لتأسيس مسؤوليتها المشتركة.

غير أن إثارة المسؤولية الجماعية للفريق الجراحي دون البحث عن أي خطأ شخصي ينسب إلى عضو من أعضاء الفريق هو أمر غير مقبول في المجال الجزائي، فمن غير المعقول تحميل الجراح بوصفه رئيس الفريق الجراحي كل الأخطاء التي تدخل ضمن الاختصاص الضيق لطبيب التخدير⁽³⁵⁾. ولهذا السبب يعتقد جانب من الفقه إلى أنه يستحيل أن يصبح الجراح هو المسئول عن بعض الأخطاء أياً كانت والتي يرتكبها طبيب التخدير أثناء مباشرة الجراح للعملية الجراحية، كما أنه لا يمكن أن ننكر أنه يصعب أحياناً تفريد الخطأ في إطار الفريق الطبي، غير أنه من أجل قيام الإدانة الجزائية يجب توافر خطأ شخصي لأن المسؤولية بقوة القانون غير معترف بها في قانون العقوبات وكذلك المسؤولية عن عمل الغير⁽³⁶⁾.

II- فكرة الفريق الجراحي في القضاء:

تبنت محكمة النقض الفرنسية على نحو واضح وصريح فكرة الفريق الجراحي بموجب حكمين صادرين عن الدائرة الجنائية لها في 22 جوان 1972⁽³⁷⁾، حيث سنتطرق إلى أحد الحكمين بصورة مفصلة على النحو التالي، تعود أحداث هذه القضية إلى الروائية sarrazin albertine والتي توفيت مباشرة بعد إجراء عملية استئصال كلية على إثر توقف جهازها التنفسي، والذي أعقبه توقف القلب عن العمل وهو الحادث الذي نشأ مباشرة أو في نفس لحظة تغيير وضع المريضة بعد إجراء العملية الجراحية، وقد نسب إلى الفريق الجراحي عدة أخطاء، منها عدم تحديد فصيلة دم

المريضة، وعدم القيام بعملية نقل الدم إليها أثناء إجراء الجراحة، وأخيرا إهمال مراقبة المريضة لحظة تغيير وضعها.⁽³⁸⁾

وقد أسندت محكمة مونبيليه⁽³⁹⁾ الابتدائية المسؤولية لكل من الجراح وطبيب التخدير معا عن وفاة المجني عليها ولكن محكمة الاستئناف⁽⁴⁰⁾ عدلت هذا الحكم، حيث أقرت بالمسؤولية الجزائية لطبيب التخدير، ويرأت الجراح لانعدام أي خطأ مميز ضده، غير أن طعن زوج الضحية بالنقض في القرار السابق على أساس المبالغة في تطبيق مبدأ استقلال طبيب التخدير في إطار الفريق الطبي، كما انتقد تبرئة الجراح على الرغم من ارتكابه أخطاء تستوجب إدانته. وانتهى الطعن بنقض الغرفة الجزائية للقرار السابق فيما يتعلق ببراءة الجراح⁽⁴¹⁾، وقد بررت محكمة النقض حكمها على أساس مسألتين هما:

أولا: فكرة الفريق الجراحي والتضامن الذي يجب أن يسود بين أعضائه.

ثانيا: الدور العام الذي ينبغي على الجراح القيام به في وسط الفريق الجراحي.

II-1- مبدأ الفريق الجراحي:

عللت محكمة النقض المسؤولية المزدوجة للجراح وطبيب التخدير على أساس أن الفريق الجراحي متكون من الجراح وطبيب التخدير والإنعاش، وأن عدم تحضير جهاز الإنعاش قبل إجراء العملية الجراحية، والتي قد تكون طويلة المدة ومعقدة على مريضة خضعت من قبل لعدة عمليات جراحية، يشكل امتناعا "خاطئا" يحاسب عليه كل من عضوي الفريق حتى وإن كان طبيب التخدير هو المسئول الرئيسي الذي لم يتم بفحص المريضة إلا أثناء إجراء العملية⁽⁴²⁾.

وعلى هذا أكدت المحكمة على تواجد إهمال معيب مشترك ينسب لكل عضو من هذا الفريق، وأنهما قد تصرفا سويا من أجل ممارسة العملية الجراحية التي كانت مقررة⁽⁴³⁾.

وعليه يمكن القول أن فكرة الفريق الطبي قد أنشأت منطقة مشتركة داخل الفريق في كل عملية جراحية، وطبقا لكل حالة توجد أعمال يمكن أن يباشرها سواء الطبيب الجراح أو طبيب التخدير والإنعاش.



II-2- الدور العام للجراح في الفريق الجراحي:

بينت الغرفة الجنائية على عكس ما ذهب إليه مجلس قضاء Montpellier الأخطاء التي يمكن أن يرتكبها الجراح قبل وأثناء وبعد العملية، وركزت على دوره كمنسق للعملية في مجموعها.

1-2- قبل إجراء العملية: نسبت المحكمة إلى الجراح إهماله في عدم تحديد فصيلة الدم، لأن الجراح ملزم بمراقبة الأعمال التحضيرية للعملية الجراحية، فالحيطة تقتضي منه بوصفه جرحا، التأكد من اتخاذ جميع التدابير الخاصة بحماية حياة المريضة مسبقا⁽⁴⁴⁾.

2-2- أثناء إجراء العملية: نسبت إلى الجراح خطأ عدم مباشرته منذ الساعة الأولى لإجراء العملية نقل الدم لكي يواجه آثار النزيف الغير مستبعد أو المحتمل، وعدم اتخاذه التدابير اللازمة لمجابهة انخفاض كمية الدم، وفي نظر الغرفة الجنائية فإن هذه الأعمال بعيدة كل البعد عن مهام طبيب التخدير، وبالتالي فهي قابلة للانفصال من مهمة أخصائي التخدير وتقع على الرئيس الأول للفريق، أي الجراح بوصفه المسئول الأساسي عن العملية الجراحية، وأخيرا أعابت الغرفة الجنائية على الجراح، غيابه عن غرفة العمليات لحظة تغيير وضعية جسم المريضة، والتي حدث خلالها الحادث القاتل بسبب الإهمال⁽⁴⁵⁾.

فالجراح إذن ملزم بوصفه هذا، بالعمل على احترام قواعد الحيطة والسلامة المفروضة على كل من يعمل تحت سلطته، كما أن هناك ضرورة حتمية بوجود تعاون بين أعضاء الفريق الجراحي وإسناد القيادة العامة للعملية الجراحية للجراح، فإذا كانت المسؤوليات تقع على عاتق طبيب التخدير كمراقبة حالة القلب والأوعية غير أن هذا لا يمثل الهدف المبتغى، بل هما يساهمان في تحقيق غاية مشتركة، أي التنفيذ السليم للعمل الجراحي وشفاء المريض.

خاتمة:

أدى تعقد العمليات الجراحية ومخاطر عمل القائمين على التخدير على زيادة الكفاءة الفنية والتخصص لأعضاء الفريق، فأخصائي التخدير والإنعاش هو طبيب مختص كالجراح يلعب دورا هاما في الفريق الجراحي قبل وأثناء وبعد إجراء العملية



الجراحية، وهذا ما أدى إلى إعادة لتوزيع الاختصاصات في وسط الفريق الجراحي بسبب الوظائف الخاصة التي يملكها كل عضو في الفريق، فمهمة طبيب التخدير أن يغيب مريضه عن الإدراك بطريقة آمنة، بحيث لا يشعر بالألم أثناء الجراحة على أن يعيده لحالة الوعي بأمان بعد الجراحة، وفي نفس الوقت يتمكن الجراح من إجراء الجراحة دون أي مخاطر يمكن أن يتعرض لها المريض، غير أن الجراح ملزم بالقيام بفحوص أولية، وإن اقتضى الأمر الفحص بالأشعة وعمل رسم كهربائي للقلب، هذا الالتزام بالفحوص التمهيدية لا يقع على عاتق الجراح فقط بل أن طبيب التخدير ملزم بها أيضا.

وعليه توصلنا إلى جملة من النتائج نوردتها فيما يلي:

1- ضرورة توحيد الرؤى بين المختصين في مجال الممارسة الطبية، من خلال إيجاد مصطلحات تتكيف مع الواقع الملموس إلى جانب إيجاد قنوات لتبادل الآراء مابين الأطباء وبمختلف تخصصاتهم تفاديا للتناقضات التي قد تحدث فيما بينهم في مجال تحديد الأمراض وكيفية علاجها .

2- نظم المشرع الجزائري مهنة التخدير والإنعاش بموجب المرسوم التنفيذي رقم 109/191، ونستنتج من نص المادة 21 منه اعتبار مهنة التخدير فرعا مستقلا يستلزم تعليما خاصا، كما حددت المادة 18 و19 المهام التي يختص بها هذا الأخصائي مما يساعد على الاستنتاج ضمنا باعتراف المشرع الجزائري باستقلاليته المهنية في أداء التزاماته، إذ تكون استعانة الجراح بأخصائي التخدير تبرئة لنفسه من الالتزامات بمتابعة المريض أثناء العملية وبعدها، كما نصت المادة 1/73 من مدونة أخلاقيات الطب صراحة على مبدأ استقلال المسؤوليات في وسط الفريق الطبي على أساس الاستقلال المهني والفني الذي يتمتع به كل طبيب في ممارسة مهنته خاصة داخل الفريق الجراحي، فتبقى وظيفة الجراح تختلف عن وظيفة أخصائي التخدير والإنعاش.

3- إن توزيع الاختصاص والمهام داخل الفريق الطبي هو ما أدى إلى توزيع المسؤوليات، لتقوم المسؤولية الشخصية للطبيب مرتكب الخطأ، هذا إذا أمكن تحديد مصدر الفعل الضار الذي يأخذ وصف الخطأ الطبي، لكن في حالة عدم إمكان معرفة مرتكب الخطأ يبقى كل طبيب مساهم في العلاج مسئولاً مسؤولية فردية .



4- كما أن هناك جانب آخر يرى عكس ذلك، وهذا بالقول انه لا يمكن تصور التخدير كعمل طبي منفرد أو مستقل، فالتخدير بطبيعته عمل طبي مكمل لعمل طبي آخر غالبا ما يكون تدخلا جراحيا، مما أدى إلى تعقد العلاقات التي تحكم أخصائي التخدير وباقي أعضاء الفريق الجراحي، وهذا ما جعل رسم حدود الاختصاصات داخل هذا الفريق أمرا غاية في التعقيد عبر كامل مراحل التدخل الجراحي. فتتحدد المسؤولية داخل الفريق الجراحي وفق مساهمة كل من الجراح وأخصائي التخدير في تحقيق الضرر، مما يشير إشكال في تحديد نطاق اختصاصات كل منهما. فقد أدى التدرج في الفصل المطلق إلى الفصل النسبي لهذه الاختصاصات إلى الاعتراف بمسؤوليتهما المشتركة، وخلق منطقة التزامات مشتركة ينهض الاثنان بأعبائها، حيث تضم هذه المنطقة: الالتزام بالمشورة المتبادلة، الالتزام برقابة ما بعد الجراحة، إصدار القرار بتسريح المريض. وتتحدد المسؤولية داخل الفريق العلاجي وفق درجة التبعية التي تربط الأخصائي بأعضاء الهيئة شبه الطبية، فإذا تم تفويض الاختصاص بالشروط القانونية انتفت مسؤولية الأخصائي، أما في الحالة التي تتحقق فيها أركان التبعية القانونية يتوجب على الأخصائي تحمل تبعات أعمال تابعيه.

وهنا نستطيع القول إن فكرة الفريق الجراحي وإن كانت حقيقة موضوعية، فهي حقيقة قانونية أيضا في ظل وجود أخصائي التخدير بجوار الجراح. وفي جميع الأحوال فإن الحكم بمسألة الطبيب الجراح عن أي خطأ لا يمنع من الحكم على طبيب التخدير أو على المساعد أو الممرض مما قد يقع منه من خطأ في دائرة اختصاصه.

الهوامش:

- (1) - عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الأطباء والصيدلة والمستشفيات المدنية والجنائية والتأديبية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004، ص241.
- (2) - منصور عمر المعاينة، المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الأكاديميون للنشر والتوزيع عمان، الأردن، 2014، ص 44.
- (3) - عبد القادر بن تيشة، الخطأ الشخصي للطبيب في المستشفى العام، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2004، ص47.
- (4) - عبد القادر بن تيشة، نفس المرجع، ص63.



تفريد الأخطاء وقياس المسؤولية الجزائرية للطبيب الجراح وطبيب التخدير _____ حمزة بن عقون

- (5)- بن عمران فوزي، المسؤولية الطبية والواجب القانوني، الطبعة الأولى، أكاديمية شرطة.دبي، 2008، ص113.
- (6)- محمود مصطفى مسؤولية الأطباء والجراحين الجنائية، دار النهضة، القاهرة، ص82
- (7)- علي عصام غصن، المسؤولية الجزائرية للطبيب، 2012، ص 119.
- (8)- منصور عمر المعاينة، مرجع سابق، ص93.
- (9)- يوسف جمعة يوسف حداد، المسؤولية الجنائية عن أخطاء الأطباء في القانون الجنائي لدولة الإمارات العربية، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي 2003، ص134.
- (10)- محمد عبد الوهاب الخولي، المسؤولية الجنائية للأطباء عن استخدام الأساليب المستحدثة في الطب والجراحة، ط1، 1997، ص183
- (11)- محمد عبد الوهاب الخولي مرجع سابق، ص203.
- (12)- محمد سامي الشوا، الخطأ الطبي أمام القضاء الجنائي، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1993، ص132.
- (13)- محمد سامي شوا، نفس المرجع، 194.
- (14)- بودالي محمد، المسؤولية الجزائرية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش، ورقة عمل، مجلة المحكمة العليا عدد خاص، ص67.
- (15)- منير رياض حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدال، دار المطبوعات الجامعية الإسكندرية 1989، ص73
- (16)- أمال بكوش، نحو مسؤولية موضوعية عن التبعات الطبية، دراسة في القانون الجزائري والمقارنة دار الجامعة الجديدة الإسكندرية، 2011، ص244.
- (17)- ميرفت ربيع، عبد العال، الالتزام بالتخدير، دار النهضة العربية 2004، ص81
- (18)- محمد سامي الشوا، الخطأ الطبي أمام القضاء الجنائي، دار النهضة العربية القاهرة، 2003، ص 71.
- (19)- محمد سامي الشوا، مرجع سابق، ص 94.
- (20)- منير رياض حنا، الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة الإسلامية والقوانين العربية والأوروبية، دار الفكر العربي، 2008، ص202.
- (21)- Bertrand Dapagny، Le Conseiller juridique Pour tous Les Droits Des Victimes De La M2decine. Edition Du Puits Fleuri Paris 2009 P39
- (22)- محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية للطبيب الجراح وطبيب الأسنان دار الفكر الجامعي الإسكندرية، 2006، ص85.
- (23)- رايس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري دار هومة، الجزائر، 2007، ص 77.



- (24) - محمود سامي الشوا، الخطأ الطبي أمام القضاء الجنائي، ط1، مرجع سابق،
- (25) - محمد سعد خليفة، الحق في الحياة وسلامة الجسد، دار النهضة العربية القاهرة، 2010، ص89.
- (26) - محمد سعد خليفة، مرجع سابق، ص101.
- (27) - ميرفت منصور حسن، التجارب الطبية والعلمية، دار الجامعة الجديدة، 2001، 137.
- (28) - علي عيسى الأحمد، المسؤولية التأديبية للأطباء في القانون المقارن، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2011، ص85.
- (29) - محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص128.
- (30) - Bertrand. Wechsler. Et. Olivier. Choisi dow. Platelage Science « Cortio de Et Corti cat Hérapie. Edition John Libby. Euronext .Paris France.1997.P82
- (31) - عبد الحميد الشواربي، مرجع سابق، ص250.
- (32) - عدنان إبراهيم سرحان، مسؤولية الطبيب المهنية في القانون الفرنسي، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2002، ص121.
- (33) - خليل خير الله، تطور المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير للفريق الطبي، ورقة عمل، 2014، ص13.
- (34) - Hélène Fabre, responsabilité ; conjointe ou partagée de l'anesthésiste et du chirurgien .médecine et droit 1997 ;p 13.
- (35) - بن صغير مراد، أحكام الخطأ الطبي في ظل القواعد المسؤولية المدنية، دار حامد الأردن، 2015، ص221.
- (36) - سامي الشوا، مرجع سابق، ص85.
- (37) - نرفت أمين منصور، مرجع سابق، ص122.
- (38) - Le tourreau (ph) et cadiet (l) ; droit de la responsabilité Dalloz ; delta 2000 ;p38
- (39) - عدنان إبراهيم سرحان، مرجع سابق، ص152.
- (40) - مأمون عبد الكريم، رضا المريض، عن أعمال، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2009، ص257.
- (41) - مأمون عبد الكريم، مرجع سابق، ص259.
- (42) - أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجزائية للأطباء، دار النهضة العربية، 2003، ص205.
- (43) - ثائر جمعة شهاب العاني، المسؤولية الجزائية للأطباء منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت 20013، ص149.
- (44) - منذر الفضل، المسؤولية الطبية، دراسة مقارنة، دار الثقافة، عمان، 2012، ص69.
- (45) - محمد زكي أبو عامر، مسؤولية الأطباء وتطبيقاتها في قانون العقوبات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2003، ص98.