

المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي.

Criminal liability of the doctor in the case of artificial resuscitation.

تاريخ الاستلام : 2021/11/08 ؛ تاريخ القبول : 2021/12/22

ملخص

موضوع المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي من المواضيع الحساسة والمعقدة في نفس الوقت، لأنها ترتبط أساسا بتحديد لحظة الوفاة للمريض، هذه الأخيرة اختلفت الآراء وتعددت المعايير في تحديدها، إلا أن المتفق عليه هو معيار الموت الدماغى، أو بالأحرى موت جذع الدماغ الذي له وظيفة حيوية أساسية لحياة الإنسان والذي لا يمكن استرجاع نشاطه بعد مضي دقائق قليلة جدا من توقفه. خلافا للأعضاء الحيوية الأخرى التي يمكن إسعافها عن طريق الإنعاش الصناعي، فالطبيب الذي يبذل العناية اللازمة في إسعاف المريض في حالة حرجة ولا يرفع عنه الأجهزة إلا بعد التوقف الكلي للخلايا الدماغية الذي يثبتته التخطيط الكهربائي للمخ، لا تجوز مساءلته جنائيا حتى ولو بقيت الأعضاء الأخرى على نشاطها كالقلب والرئتان، أما إذا رُفعت أجهزة الإنعاش الصناعي قبل ذلك، فهو يتحمل المسؤولية عن وفاة المريض حتى وإن كان ذلك خطأ أو بدافع شفقتة على المريض لتخليصه من آلامه.

الكلمات المفتاحية: المسؤولية الجنائية؛ الطبيب؛ الإنعاش الصناعي؛ العقوبات.

* قراني مفيدة

جامعة الإخوة منتوري قسنطينة 1،
(الجزائر).

*

Abstract

One of the most sensitive and complex subjects in determining the time of death is the criminal responsibility for artificial resuscitation. In this case, opinions diverged, however, the protocol adopted to declare the time of death is brain death. In other words; the death of the brain stem, which has vital functions for human life. This phenomenon is irreversible because it is enough that this part stops functioning for a few minutes unlike other vital parts that can be saved by artificial resuscitation, It is therefore not possible to hold accountable and prosecute the doctor who provides the necessary care to the patient in a critical condition and who removes the devices after having noticed the complete shutdown of the brain cells even if he observes that other vital organs are still functioning such as the heart or lungs, Otherwise; if the physician removes the artificial resuscitation equipment before he becomes aware of the brain death, he will be considered responsible for the death of the patient, even if it is done by mistake or if his act is motivated by compassion towards the patient.

Keywords: criminal liability; the doctor; industrial resuscitation; Penalties

Résumé

La responsabilité pénale du médecin lors de la réanimation est l'un des sujets les plus sensibles et complexes pour déterminer l'heure du décès du patient. En l'occurrence, les avis ont divergé sur ce point, cependant, le protocole adopté pour déclarer l'heure du décès est la mort cérébrale. En d'autres termes ; la mort du tronc cérébral qui comporte des fonctions vitales pour la vie de l'être humain. Ce phénomène est irréversible car il suffit que cette partie cesse de fonctionner pendant quelques minutes contrairement aux autres parties vitales qui peuvent être sauvées par voie de réanimation artificielle.

On ne peut donc pas tenir pour responsable et poursuivre en justice le médecin qui fournit les soins nécessaires au patient se trouvant dans un état critique et qui retire les appareils après avoir constaté l'arrêt total des cellules du cerveau même s'il observe que d'autres organes vitaux fonctionnent encore tels que le cœur ou les poumons.

Dans le cas contraire ; si le médecin retire les appareils de réanimation artificielle avant qu'il constate la mort cérébrale, il sera considéré comme responsable de la mort du patient, et même si cela se fait par erreur ou si son acte serait poussé par l'esprit de compassion envers le patient.

Mots clés: la responsabilité pénale; le Docteur; réanimation industrielle; Pénalités

Corresponding author, e-mail: Moufida.grani@umc.edu.dz

مقدمة.

إنّ التطور الهائل الذي أفرزه التقدم العلمي والتكنولوجي في عالم الطب واتساع دائرة الأعمال الطبية والجراحية في مختلف التخصصات وسّع من نطاق المسؤولية الطبية وجعل الأطباء أكثر عرضة للمسائلة الجنائية أو المدنية في حالة حدوث أخطاء أو هفوات.

كما أن بعض الاكتشافات الحديثة التي ثار بشأنها جدل كبير بين الأطباء والفقهاء والقانونيين مسألة الموت الدماغى، وهي الحالة التي تتوقف فيها الخلايا الدماغية للمريض عن العمل ويكون على الطبيب المحافظة على حياته وذلك بوضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعى التي قد تعيد للقلب نشاطه وللجهاز التنفسى، عن طريق تزويد المخ بالدم والأكسجين.

إلا أن هذه العملية قد تطول لأنها تساعد المريض على استعادة عمل الوظائف العضوية الأساسية. فإما أن يسترجع المريض قواه ويتخطى الوفاة وإما أن يموت.

وقد تطول حالة العناية المركزة ويبقى المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعى دون تحسن فما هو تصرف الأطباء في هذه الحالة وهنا يثار التساؤل عن مدى تحقق المسؤولية الجنائية للطبيب الناجمة عن حالة الإنعاش الصناعى؟

كما تثار جملة من التساؤلات الفرعية تتمثل فيما يلي:

- ✓ هل تقوم مسؤولية الطبيب الذي يرفض عملية وضع المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعى وهل يكون بذلك مرتكب لجريمة الامتناع عن مساعدة شخص في خطر؟
 - ✓ هل يجوز للطبيب رفع الأجهزة عن المريض لتسهيل وفاته في حالة عدم الاستجابة وذلك برضا أهله؟
 - ✓ هل يعد الطبيب مرتكب لجريمة قتل عمدي في حالة وفاة المريض بعد رفع أجهزة الإنعاش الصناعى؟
- كل هذه التساؤلات سيتم الإجابة عنها من خلال التقسيم الآتى:

المطلب الأول: الموت الدماغى وضرورة الإنعاش الصناعى.

الفرع الأول: تعريف الموت الدماغى وتحديد من الناحية الطبية.

الفرع الثانى: ضرورة الإنعاش الصناعى حسب حالات المريض.

المطلب الثانى: المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعى.

الفرع الأول: امتناع الطبيب عن تقديم المساعدة لشخص في خطر.

الفرع الثانى: تحقق المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة رفع أجهزة الإنعاش الصناعى.

المطلب الأول: الموت الدماغى وضرورة الإنعاش الصناعى.

لا يمكن الحديث عن الإنعاش الصناعى وضرورته لإسعاف الحالات الحرجة إلا بعد تحديد مفهوم الموت الدماغى وتحديد لحظة وقوعه من الناحية الطبية وتبيان موقف المشرع الجزائرى منه.

الفرع الأول: تعريف الموت الدماغي وتحديد من الناحية الطبية.

تعد الوفاة من الناحية الطبية والقانونية التعطل النهائي لبعض وظائف الجسم الحيوية كالتنفس والنبض خاصة، لكن مع تطور الطب في إنعاش المرضى المشخصين بتوقف القلب و التنفس أو العلامات الحيوية الأخرى كان لا بدّ من استحداث الأجهزة للحفاظ على حياة المرضى، فمنذ الستينات تم سن قانون لتحديد حالات الموت وتم تنفيذه في جميع الدول وكانت فنلندا أول الدول الأوروبية التي صنفت الموت الدماغي كحالة وفاة للإنسان، واعتبر الموت الدماغي كتعريف قانوني للموت النهائي للفرد، حتى وان كانت الأجهزة الطبية تحافظ على عمليات الأيض في الجسم¹.

وقد تم تعريف الموت الدماغي بأنه: (تلف دائم في الدماغ، يكون من نتائجه توقف دائم لجميع وظائفه)².

فإذا حدث موت المخ أو جزء منه يمكن أن تستمر حياة الإنسان أما إذا مات جذع الدماغ فهنا تكون نهاية الحياة الإنسانية، ويرى الأطباء أن الموت تحدث وفق ثلاث مراحل، تتمثل الأولى في توقف القلب والرئتان عن العمل وهو الموت الإكلينيكي، أما المرحلة الثانية فهي تحصل بعد 04 إلى 06 دقائق من توقف دخول الدم المحمل بالأكسجين إلى المخ وهو يسمى بموت الدماغ.

أما الثالثة فهي موت الخلايا أي توقف أنسجة الأعضاء الحيوية عن العمل نتيجة انقطاع الأكسجين عنها³.

وتصعب مع ذلك تحديد لحظة الوفاة إلا بالاعتماد على معايير طبية معينة سنكتفي بذكر الحديث منها مع تحديد موقف المشرع الجزائري من ذلك.

أولاً- المعايير المستحدثة لتحديد الوفاة من الناحية الطبية:

لقد تعددت الدراسات لتحديد معايير حديثة لتحديد لحظة الوفاة نظراً لفشل وقصور المعايير القديمة وكثرة انتقادها، وقد أجمعت تلك الدراسات على عدة علامات من شأنها أن تؤكد وفاة الشخص نذكر منها:

- ✓ الإغماء الكامل والاسترخاء العام للجسم.
- ✓ عدم الحركة بمدة زمنية تفوق ساعة.
- ✓ انعدام التنفس.
- ✓ عدم الاستجابة لأي من المنعكسات مثلاً عدم الاستجابة عند الوخز.

1 . Defining Death: (a report on the medical legal and ethical issues in the determination of death)... by United States, Presidents commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, 1981.

متوفر على الموقع الإلكتروني: <https://scholarworks.iupui.edu>

يوم 23 أكتوبر 2021 سا 11.00

2 . رشا علي البارودي، قضايا الطب المعاصر منظور أخلاقي، هيئة الأعمال الفكرية، الخرطوم، مطابع السودان للعملة المحدودة، 2004، ص34.

3 . أحمد عبد الصمد، بحث موت الدماغ، المؤتمر العربي الأول لعلوم الأدلة الجنائية والطب الشرعي المنعقد بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض، 2007، ص10.

✓ رسم المخ الكهربائي الذي يشكل أهم دليل على وفاة الشخص إذا سجّل التخطيط خطأ مستقيماً دون انعراج¹.

1- الموت الظاهري:

هي حالة تختفي فيها معالم الحياة توقفاً قابل للرجوع في أي لحظة كالجهاز التنفسي وهنا يمكن الاستعانة بأجهزة الإنعاش².

2- الغيبوبة: وهي نوعان:

أ- الغيبوبة الطويلة:

هي فقدان الوعي لوقت طويل يبقى المريض خلاله محافظاً على نبضات قلبه وتنفسه الطبيعي ولكنه غير قادر على الاستيقاظ أو التفكير أو الكلام أو إبداء أي ردّة فعل للمحيط من حوله.

تعد الغيبوبة حالة طبية طارئة ويكون على الأطباء والمختصين العمل بسرعة من أجل الحفاظ على الدماغ وعمله ووظائفه المختلفة.

قد تستمر هذه الغيبوبة إلى أربعة أسابيع ليبدأ المريض بالتعافي بشكل تدريجي، كما توجد بعض الحالات النادرة التي يمكن أن تستمر سنوات عديدة.

ب- الغيبوبة المستدامة:

في هذه الحالة يستحيل عودة الحياة للمريض نظراً لوفاة خلايا المخ، ويمكن تأكيد الوفاة عن طريق رسم تخطيطي للمخ الذي لا يسجل أي نشاط للخلايا ويمكن حينئذٍ تحرير شهادة الوفاة.

ويثور الإشكال في حالة توقف الدماغ مع بقاء نبض القلب والرئتان وخاصة إذا كان المريض تحت أجهزة الإنعاش، فهل يجوز وقف هذه الأجهزة وتحدث الوفاة مباشرة و تحت مسؤولية من؟

الرأي الراجح هنا يقول بأن توقف نشاط القلب والرئتان معيار غير ثابت لكونهما قابليين للعودة إلى الحياة أما نشاط المخ إذا توقف لبضع دقائق فلا يمكن أن يستعيد الحياة مجدداً، وبالتالي تعتبر الغيبوبة المستدامة آخر مرحلة من مراحل الوفاة التي من خلالها يمكن بعدها تحرير شهادة الوفاة.

ثانياً- تحديد لحظة الوفاة وموقف المشرع الجزائري:

إن أهم ما يمكن التطرق إليه في تحديد لحظة الوفاة في التشريع الجزائري هو القرار الصادر من طرف وزير الصحة رقم 34 بتاريخ 19 نوفمبر 2002 والذي أورد من خلاله بعض المعايير التي يمكن الاعتماد عليها لتقرير حالة الوفاة وهي:

- ✓ الانعدام التام للوعي.
- ✓ غياب النشاط العضوي الدماغي.

1. صاحب عبيد الفتلاوي، التشريعات الصحية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1997، ص444.
2. قمرأوي عز الدين، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في المجال الطبي (دراسة مقارنة) رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة وهران، 2013.

- ✓ التأكد من الانعدام التام للتهوية العضوية عن طريق اختبار Hypercapnie¹.
- ✓ التأكد من موت خلايا المخ باستخدام رسم المخ الكهربائي مرتين من طرف طبيبين مختلفين.

إلا أن الفقه الجزائري لم يأخذ مجملا بتلك المعايير والسبب يعود إلى أنها لم تصدر في شكل تشريعات منظمة بل في شكل تعليمات موجهة للأطباء مما رفع عنها الطابع الإلزامي.

ولهذا نجد بعض الفقه يقترح أن تُشكّل لجنة طبية مكلفة قانونا بتشخيص حالات الموت الدماغي من أطباء متخصصين من ذوي الكفاءة في مختلف التخصصات كجراحة المخ والأعصاب والعناية المركزة.

الفرع الثاني: ضرورة الإنعاش الصناعي حسب حالات المريض

إنّ الإنعاش الصناعي أصبح ضرورة لازمة في الوقت المعاصر وخاصة أنه يشكل حماية على الجهتين، أولا حماية للضحية من ارتكاب أي خطأ في حقه وأنها يمكن أن تعيد له الحياة وتساعد في اجتياز مرحلة حرجة، وثانيا حماية للطبيب في حالات قيام المسؤولية الطبية عن الأخطاء أو الهفوات، لذا نجد أن الأطباء المعاصرون وضعوا ضوابط ومعايير من شأنها حمايتهم من الاتهامات خاصة عند استعمالهم لتلك الأجهزة. وفيما يلي نتحدث أولا عن مفهوم الإنعاش الصناعي وثانيا عن حالات المريض تحت أجهزة الإنعاش الصناعي.

أولا- مفهوم الإنعاش الصناعي:

ينصب معنى الإنعاش الصناعي على تنشيط الوظائف الحيوية في جسم الإنسان وجعلها تقوم بدورها إذا تعطلت مثل الرئتان والقلب وغيرها من الأعضاء الحيوية في جسم الإنسان وهو (العناية المركزة باستخدام أجهزة اصطناعية ومعالجة دوائية تحت مراقبة فائقة، التي يقدمها الفريق الطبي المتخصص لمعالجة مرضى الحالات الحرجة التي تتوقف فيها وظائف أحد الأعضاء الحيوية إلى أن تعود هذه الأعضاء إلى وظائفها الطبيعية التلقائية)².

ثانيا- الإنعاش الصناعي حسب حالات المريض وأسباب إيقافه:

إنّ الإنعاش الصناعي هو التدخل السريع لإنقاذ حياة المريض فيما أن يستجيب ويستعيد حياته وإما أن تحدث الوفاة.

1. Hypercapnie : (Se definit par une pression artérielle partielle de co₂supérieure à la normale, elle témoigned'une perturbation an niveau respiratoire)

متوفر على الموقع الإلكتروني: www.medicalib.fr

يوم 23 أكتوبر 2012 سا 23.00

2 . ابراهيم صادق البشري، الموت الدماغي، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001، ص67.

هناك بعض الحالات المؤقتة لاستخدام أجهزة الإنعاش الصناعي مثلا: صعوبة التنفس الناجمة عن حادث أو حالات التسمم أو عملية جراحة القلب المفتوح.

وهناك حالات لاستخدام الإنعاش الصناعي كعلاج دائم مثلا لتنظيم ضربات القلب أو جهاز الإنعاش للقيام بوظائف الكلى إلا أن استخدامه كعلاج دائم يثير بعض الإشكالات وخاصة في حالة توقف بعض الأعضاء الحيوية وبقاء الأخرى خاصة إذا تحقق وقوف نشاط الخلايا الدماغية والذي عادة يؤكد حدوث الوفاة هذه الحالة التي تجعل الطبيب محتارا بين تأكيد الوفاة عن طريق وقف الأجهزة أم استئطالها؟

المطلب الثاني: قيام المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الإنعاش الصناعي.

لا يخلو المجال الطبي من الأخطاء والهفوات التي يرتكبها الأطباء سواء كانت بنية حسنة أو عمدية لأن الطبيب إنسان وليس معصوما من الخطأ، ما يعرضه للمساءلة الجزائية، بحيث أي خروج عن السلوك الفني الصحيح وعن القواعد الطبية المعروفة يرتب عليه الجزاء خاصة وأن المحافظة على حرمة جسم الإنسان وأعضائه يحظى بالاهتمام الكبير في الأونة الأخيرة.

وإنّ الطبيب عليه أن يتخذ الإجراء الصحيح لحماية روح المريض الذي يأتي إليه في حالة حرجة والتي تحتاج إلى التدخل السريع كوضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي المؤقت لاسترجاع نشاط بعض الأعضاء الحيوية المتوقف نشاطها أو الدائم في حالة الإصابات الدماغية الهامة.

وإنّ اتخاذ هته الخطوة أو إغفالها قد يرتب مسؤولية طبية تقع على عاتق الطبيب وقد يعتبر مرتكبا لجريمة الامتناع عن مساعدة شخص في حالة خطر وفي هذا السياق سيأتي تفصيل في ذلك فيما يلي مع تحديد متى تتحقق المسؤولية الجنائية في مواجهة الطبيب في حالة رفع أجهزة الإنعاش الصناعي.

الفرع الأول: امتناع الطبيب عن تقديم المساعدة لشخص في خطر.

إنّ الجانب الإنساني والأخلاقي وكذا الإلزام القانوني للمهنة يجبر الطبيب على بذل العناية اللازمة للمريض الذي في حالة حرجة وذلك بالسرعة المطلوبة لإنقاذ حياته وإسعافه بأجهزة الإنعاش الصناعي.

إنّ الوفاء بالواجب القانوني في إسعاف المرضى ببذل العناية اللازمة يرفع عنه المسؤولية الطبية في حالة حدوث مضاعفات للمريض، لأن الطبيب ملزم ببذل العناية اللازمة وليس ملزما بتحقيق النتيجة لأن هذه الأخيرة بيد الله عز وجل.

إنما المسؤولية الطبية تقوم في حالة امتناع الطبيب عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي أو إذا رفعها عن المريض وهو في حاجة إليها.

- فهل يُسأل الطبيب جنائيا إذا قام برفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن مريض في حالة حرجة؟ وهل يُسأل أيضا إذا رفض منذ البداية وضع هذه الأجهزة على مريض الموت الدماغية؟

تنص المادة 182 فقرة 02 من قانون العقوبات الجزائري على أنه:

(يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وبغرامة من 20000 إلى 100000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين... 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).

ويفهم من النص القانوني أن جريمة الامتناع هنا لا تقوم إلا بتوافر ثلاثة عناصر وهي وجود شخص حي في خطر وإمكانية تقديم المساعدة له وأن لا يكون هناك خطر على الجاني ذاته أو غيره، إنما الامتناع عن تقديم المساعدة يكون عمدياً. تتحقق هذه الجريمة في المجال الطبي بمجرد امتناع الطبيب عن بذل العناية في إسعاف المريض.

واستناداً لذلك فإن الطبيب عليه أن يعطي اعتبار لكل حالة حرجة تعرض عليه وعليه أن يقدم المساعدة بقدر الإمكان للمحافظة على حياة المريض، مثل أن يضعه تحت أجهزة الإنعاش الصناعي إن كان ذلك ضرورياً لبقائه على قيد الحياة وإعادة إنعاش الوظائف الحيوية المتوقفة كالقلب والرئتان.

إنّ امتناع الطبيب عن وضع أجهزة الإنعاش الصناعي يعتبر جريمة تصنف ضمن الجرائم السلبية التي يتحقق ركنها المادي بالامتناع عن تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر التي نصت عليها الفقرة الثانية من المادة 182 من قانون العقوبات الجزائري السالفة الذكر.

أما ركنها المعنوي فيتمثل في العلم بحالة الخطر ومع ذلك يمتنع الطبيب عمداً عن تقديم المساعدة أو عن إسعاف المريض بأجهزة الإنعاش الصناعي، كما أن خطأ الطبيب في تقديره لمدى الفائدة من تقديم المساعدة، أو الاستعجال في التدخل لا يعفيه من المسؤولية الجنائية¹.

ولقد ذهب الفقه إلى تأكيد جريمة القتل العمد بالامتناع وأنه يعاقب عليه كالقتل بفعل إيجابي لعدم قيام الجاني بإنقاذ المجني عليه، وبالتالي فإن الطبيب الممتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي لمريض تأكدت وفاته بتوقف الخلايا الدماغية لا يرتب عليه المسؤولية الجنائية، أما الحالة العكسية وهي حالة كون المخ لا زال حياً مع توقف نشاط القلب والرئتان يعتبر الطبيب الممتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي مرتكباً لجريمة القتل العمدي بالامتناع.

لأن نشاط القلب والرئتان يمكن أن يُسترجع بأجهزة الإنعاش في حين المخ لا يمكن استرجاع وظائفه بعد توقفه بمدة زمنية قصيرة قدرت بثلاث دقائق مع الإشارة هنا أن القضاء الفرنسي يرتب المسؤولية الجنائية على الطبيب الممتنع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي في الحالتين².

الفرع الثاني: المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي

إنّ عزل المريض عن جهاز الإنعاش الصناعي يخضع لمقاييس علمية دقيقة تستند أساساً إلى تتبع حالة المريض، فعليه أن يتتبع خطوة بخطوة حالة المريض، فإذا استجاب هذا الأخير للعلاج واستعاد نشاط وظائفه الحيوية جاز له رفع الجهاز دون أن يثير ذلك إشكالاتاً.

أما إذا توقف المخ عن نشاطه وتأكد الطبيب من الوفاة عن طريق التخطيط الكهربائي للمخ، فلا مجال للحديث عن المسؤولية لأن الحياة هنا قد تلاشت وانتهت.

وللإشارة فإن الموت النهائي للدماغ هو الحالة الوحيدة التي يسمح فيها للطبيب برفع الأجهزة عن المريض دون مساءلته جنائياً، أما أن يرفعه قبل تمام التوقف الكلي

¹. مزهر جعفر عيد، جريمة الامتناع، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 206.

². مزهر جعفر عيد، المرجع السابق، 296.

لنشاط المخ الذي يبينه الرسم التخطيطي للدماغ أو توقف القلب فقط أو الاعتماد على معايير أخرى كبرودة الجسم مثلا فهنا يكون عرضة للمسؤولية الجنائية عن جريمة القتل العمدي المعاقب عليه بموجب المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري.

إذن فالموت الدماغي هو المعيار المتفق عليه لتأكيد وفاة المريض وبالتالي إمكانية رفع الأجهزة عنه دون مساءلة جنائية.

أولا- رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي يرجى شفاؤه رحمة به:

في بعض الأحيان قد يكون المريض الموضوع تحت أجهزة الإنعاش الصناعي ميؤوس من شفاؤه إما لأنه قد توقف جزء من مخه أو قد توقف جذع المخ لديه أو القلب أو الرئتان بمعنى أن بعض أعضائه الحيوية لازالت تعمل فماذا يعمل الطبيب في هذه الحالة؟

إن الطبيب يكون عليه دائما أن يبقى ملتزما بعلاج المريض، حتى وان كان التشخيص يثبت عدم قابلية مرضه للشفاء، إلا أنه وفي بعض الحالات قد يقرر الطبيب وضع نهاية لحياة المريض الميؤوس من شفاؤه خاصة الذي يطول وضعه تحت الأجهزة وذلك برفعها رحمة وشفقة على المريض لتسريع وفاته، فهل يكون الطبيب في هذه الحالة عرضة للمسؤولية أو لا؟

يعرف قتل الرحمة بأنه إزهاق روح إنسان لا يرجى شفاؤه وذلك لتخليصه من آلامه المبرحة شفقة عليه سواء كان ذلك بطلب منه أو بطلب من أهله أو بإرادة منفردة¹.

وإذا كان الأصل أن التعجيل بموت المريض تخليصا من آلامه يُعد فعلا معاقبا عليه شرعا وقانونا إلا أن هذا الحكم يفترض من جانب أولى وجود حياة طبيعية يعاني صاحبها، من جانب ثاني من آلام مبرحة ناتجة عن مرض غير قابل للشفاء².

لأن المريض في هذه الحالة لا يتمتع بحياة طبيعية حتى وان كان لا يزال حيا، وأن جريمة القتل تفترض وجود حياة طبيعية، أما إذا لم تكن هناك حياة وأوقف الطبيب الأجهزة وأثبتت الوفاة وفقا للمعايير المتفق عليها فلا مسؤولية في ذلك، أما إذا أوقف الطبيب من تلقاء نفسه أجهزة الإنعاش الاصطناعي على مريض الموت الدماغي وان كان في نظره أن المريض لا يرجى شفاؤه فإنه في هذه الحالة يُسأل حسب النتيجة التي أدت إليها إيقاف هذه الأجهزة³.

و الجدير بالذكر أن المشرع الجزائري اعتبر قتل الرحمة جريمة معاقبا عليها وذلك في صور المساعدة على الانتحار، أو في حالة القيام بأي فعل من طرف الطبيب أو شخص آخر يؤدي إلى التعجيل بوفاة المريض الميؤوس من شفاؤه، سواء كان فعلا إيجابيا أو امتناعا عن المعالجة المعاقب عليهما في صورة القتل العمدي والامتناع عن تقديم المساعدة⁴.

ثانيا- مسؤولية الطبيب في إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي برضا أقارب المريض:

- 1 . حسن علي أبو غدة، قتل الرحمة، مجلة الوعي الإسلامي، العدد 479، الكويت، 2005، ص50.
- 2 . المرجع نفسه، ص 50.
- 3 . خالد عبده صالح، المسؤولية الجنائية للطبيب عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغيا (دراسة مقارنة) جامعة النيلين، السودان، 2018، ص77 و78.
- 4 . فاطمة الزهرة بومدين، القتل الرحيم وحدود الإنعاش الصناعي في منظور التشريع الجزائري، المجلة الأكاديمية للبحث القانوني، المجلد 12، العدد 02، 2015، ص265.

إن مسألة رضا أقارب المريض بإيقاف الطبيب لأجهزة الإنعاش الصناعي لا يؤثر على قيام المسؤولية من انعدامها في حالة وفاة المريض، لأن الطبيب يبقى دائماً وحده المسؤول عن اتخاذ قرار نزع الأجهزة وهو الأعم بحالة المريض إن كان ميؤوساً من شفاؤه أو إن كان هناك أمل في استعادة نشاط أعضائه الحيوية.

وكما ذكرنا سابقاً أن ذلك يتقرر بمدى تحقق الموت الدماغي من عدمه فموت جذع المخ تأكيد للوفاة مع رسم التخطيط الكهربائي للمخ الذي يثبت توقف جميع الخلايا الدماغية عن النشاط، حينئذ يجوز للطبيب نزع أجهزة الإنعاش الصناعي دون تحمل أية مسؤولية.

ومع ذلك يكون من المستحسن أن تتقرر عملية وقف أجهزة الإنعاش الصناعي بعد أخذ رأي لجنة طبية مختصة واستئذان جهة قضائية كالنائب العام مثلاً إلى جانب استئذان الأهل وإخبارهم بذلك.

الخاتمة:

إنّ الطب هو مهنة إنسانية نبيلة لأن غايتها هو الحفاظ على حياة الإنسان التي عظمها الخالق سبحانه وتعالى وهو القائل ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾¹

لذلك فإن الطبيب يكون ملزماً ببذل كل العناية اللازمة لأي مريض يقدم إليه وخاصة إذا كان في حالة حرجة تتطلب الإسعاف السريع عن طريق أجهزة الإنعاش الصناعي، هذا العلاج المعاصر الذي ساعد في إنقاذ العديد من المرضى من الحالات الخطرة.

إلا أنّ تركيب هذه الأجهزة والامتناع عن تركيبها أو حتى وقفها يكون من تقرير الطبيب كما يُحمّله المسؤولية القانونية إذا أخطأ في ذلك، فإذا امتنع عن تركيبها اعتُبر مرتكباً لجريمة الامتناع عن مساعدة شخص في خطر، وإذا أوقفها دون التأكد من عدم جدواها كان مرتكباً لجريمة القتل العمدي.

فلا يجوز لهذا الأخير أن يعزل المريض عن أجهزة الإنعاش الصناعي إلا إذا تأكد من توقف كل خلايا المخ عن النشاط أو توقف جذع المخ الذي يعتبر المعيار المعتمد من طرف أغلب الدول في تقرير وإثبات الوفاة وماعدا ذلك فإن الطبيب يتعرض للمساءلة الجنائية.

حتى ولو نزع الطبيب أجهزة الإنعاش الصناعي على سبيل الخطأ كأن يظن أن المريض قد توقف جذع المخ لديه وتسبب ذلك في وفاته اعتُبر مرتكباً لجريمة القتل الخطأ.

وما يلاحظ أن تحديد لحظة الوفاة هي المعيار الحاسم بين نقطة قيام المسؤولية من عدمها ولذلك فما يمكن أن نقترحه في هذا المجال:

1. ضرورة وضع معايير دقيقة لتحديد لحظة الوفاة وتقنينها مع وضع تعريف دقيق وشامل للموت الدماغي.
2. ضرورة وضع نصوص قانونية توضح المسؤولية الجنائية للطبيب في حالة الامتناع عن تركيب أجهزة الإنعاش الصناعي وكذا وقف الأجهزة دون التأكد من وفاة المريض.

¹ . الآية 32 من سورة المائدة.

3. إنَّ ملاء الفراغ التشريعي في هذا المجال من شأنه أن يوفّر حماية أكثر للمريض وللطبيب في آن واحد.

قائمة المراجع:

القرآن الكريم:

I. المراجع باللغة العربية:

1- الكتب:

- رشا علي البارودي، قضايا الطب المعاصر منظور أخلاقي، هيئة الأعمال الفكرية، الخرطوم، مطابع السودان للعملة المحدودة، 2004.

- صاحب عبيد الفتلاوي، التشريعات الصحية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع 1997.

- مزهر جعفر عيد، جريمة الامتناع، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999.

2- الرسائل:

- ساري خالد عبده صالح، المسؤولية الجنائية للطبيب عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن الميت دماغيا (دراسة مقارنة) جامعة النيلين، السودان، 2018.

- قمرآوي عز الدين، الأنماط الجديدة لتأسيس المسؤولية في المجال الطبي (دراسة مقارنة) رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة وهران، 2013.

3- المقالات:

- ابراهيم صادق البشري، الموت الدماغى، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2001.

- أحمد عبد الصمد، بحث موت الدماغ، المؤتمر العربي الأول لعلوم الأدلة الجنائية والطب الشرعي المنعقد بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية بالرياض، 2007.

- حسن علي أبو غدة، قتل الرحمة، مجلة الوعي الإسلامى، العدد 479، الكويت 2005.

- فاطمة الزهرة بومدين، القتل الرحيم وحدود الإنعاش الصناعي في منظور التشريع الجزائري، المجلة الأكاديمية للبحث القانونى، المجلد 12، العدد 02، 2015.

II. المواقع الإلكترونية:

الموقع الإلكتروني: <https://scholarworks.iupui.edu>

الموقع الإلكتروني: www.medicalib.fr