

التضامن الوطني في التعويض عن الحوادث الطبية - في القانون المقارن -

من إعداد الدكتورة : عيساتي رفيقة

أستاذة محاضرة - ب- بكلية الحقوق والعلوم السياسية
جامعة مستغانم

لقد انتهى التطور القضائي للمسؤولية الطبية على إثر حكم محكمة النقض الفرنسية الصادر في نهاية القرن العشرين، بمظهر من مظاهر انعدام المساواة بين المرضى، حيث أنه يتضمن تفرقة غير مقبولة بين ضحايا الأعمال الطبية. فمن المرضى، من هو محظوظ (إن جاز التعبير)، ونقصد به من يتلقى العلاج في إطار المرفق الصحي العام، من حيث إمكانية حصوله على تعويض، عما يصيبه من حوادث طبية تكاد تكون قائمة في مطلق الأحوال- وفق الشروط السابق بيانها حيث أصبح الخطر الطبي مكرسا تشريعا وقضاء-. وهناك من هو تعيس، لا مجال أمامه لمثل هذا التعويض، إذا كان تلقيه للعلاج يتم خارج هذا الإطار. أي في نطاق قطاع الطب الخاص.

غير أن هذا لم يكن أمرا مقبولا في دولة- ألا وهي فرنسا- تجعل المساواة من ضمن مبادئها الأساسية. وفي الحقيقة إن محاولات إصلاح نظام التعويض في مجال الحوادث الطبية، ليس بالأمر الجديد في فرنسا¹. فقد بدأ الأستاذ A. Tunc المناداة بذلك، منذ مؤتمر الأخلاق الطبية المنعقدة في باريس عام 1966، والذي تلاه في ذلك عدة اقتراحات، توسع نطاقها بشكل كبير بعد الموقف الأخير الذي أعلنته محكمة النقض بحكمه - سابق الإشارة إليه في إطار المبحث الأول- بتاريخ 2000/11/8.

هذا ما شجع كثيرا المشرع الفرنسي إلى إصدار القانون الجديد في مجال الصحة، تحت عنوان "قانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي"، وذلك بتاريخ 2002/3/4² والمعروف باسم قانون (Kouchner) نسبة إلى الوزير الذي تبنى هذا القانون، ودافع عن توجهاته الأساسية إلى حين صدوره.

¹ -P.JOURDAIN, A.LAUDE, J.PENNEAU, S.PORCHY, Le nouveau droit des malades, Litec, 2002, p.21.

² - Loi .n°2002-303 , 4 Mars 2002 , relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, J.O. du 5/3/2002,p.4418,Dalloz,2002 .p.1022.

المبحث الأول: دوافع تدخل المشرع الفرنسي في تحديد أحكام المسؤولية الطبية وتحليل الوضع المماثل في الجزائر

من خلال هذا المبحث سنحاول ترتيب دراسة مقارنة بين كيفية تأطير أحكام المسؤولية الطبية من قبل المشرع الفرنسي (المطلب الأول)، ومقابل ذلك في القانون الجزائري (المطلب الثاني).

المطلب الأول: دوافع تدخل المشرع الفرنسي في تحديد أحكام المسؤولية الطبية

لقد دخل القانون الفرنسي مرحلة هامة من مراحل تطور المسؤولية الطبية في القانون العام والخاص، وذلك بإقراره نظام تضامن وطني في التعويض عن ضحايا الحوادث الطبية عن طريق إصداره للقانون الجديد في مجال الصحة، تحت عنوان "قانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي"، وذلك بتاريخ 2002/3/4³ والمعروف باسم قانون (Kouchner) نسبة إلى الوزير الذي تبنى هذا القانون، ودافع عن توجهاته الأساسية إلى حين صدوره.

وقد صدر هذا القانون متضمنا أربعة أبواب: الأول يتعلق بالتضامن تجاه الأشخاص المعاقين (La Solidarité envers les personnes handicapées)، والباب الثاني خاص بالديمقراطية الصحية (La démocratie sanitaire)، والباب الثالث يتعلق بجودة النظام الصحي (Qualité du système de santé). أما الباب الرابع من هذا القانون، وهو الأهم فيتعلق بتعويض نتائج المخاطر الصحية (Réparation des conséquences des risques sanitaires)⁴.

وفي هذا المجال الأخير كان هدف المشرع من وراء القانون الجديد، كفاءة السرعة، وتبسيط إجراءات حصول ضحايا النظام الصحي على تعويض ما يصيبهم من أضرار. وكذلك توحيد نظام المسؤولية في قطاعي الصحة العام والخاص. فلقد استحدث هذا القانون نظام جد مهم في مجال التعويضات، وهو نظام التضامن الوطني.

يرى الفقه بأن سبب احتواء هذا القانون على نصوص قانونية خاصة بالتضامن تجاه الأشخاص المعاقين، يرجع في الحقيقة إلى القرار الشهير الصادر عن محكمة النقض الفرنسية بهيئة جمعيتها العامة والمسمى بقرار Perruche بتاريخ 2000/11/17. إذ في الحقيقة أن هذا القرار هو الذي عجل بظهور قانون 2002، وذلك نظرا لما أثاره من مشاكل قانونية وأخلاقية، وقعت في نفس الوقت متناقضة مع الاجتهاد القضائي الذي كان سائرا عليه مجلس الدولة الفرنسي في تلك الفترة. وتتمثل وقائع هذه القضية في حصول الطفل Perruche Nicolas ووالديه على تعويض بسبب ازدياد هذا الأخير، وهو مصاب بإعاقه

³ - Loi .n°2002-303 , 4 Mars 2002 , relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, J.O. du 5/3/2002,p.4418,Dalloz,2002 .p.1022.

⁴ - ويتضمن قانون الصحة العامة الفرنسي النصوص التي أوردها قانون 2002/3/4 في هذا الخصوص في المواد ل 1-1141 إلى ل 1-1143

خطيرة، سببها داء الحميراء الذي كانت مصابة به الأم وهي حامل. حيث استتدت السيدة Perruche في دعواها إلى خطأ الطبيب ومخبر التحاليل في عجزهما عن اكتشاف داء الحميراء في الوقت المناسب لتمكينها من إجهاض الجنين. وهنا أقرت محكمة النقض الفرنسية بحق الطفل المولود بعاهة نتيجة خطأ طبي في المطالبة لنفسه بتعويض عن الأضرار التي لحقته نتيجة هذا الخطأ.

وعلى خلاف هذا التوجه القضائي فإن مجلس الدولة في مقابل ذلك، وقبل صدور قانون 2002 لم يكن يسمح بإقرار هذا النوع من التعويضات. ويظهر ذلك جليا بموجب قراره بتاريخ 1997/2/14 والذي جاء في حيثياته⁵ Centre hospitalier de nice /Quarez « La naissance ou la suppression de la vie ne peut être considérée comme une chance ou une mal chance, dont on peut tirer des consequences juridiques..», وهكذا فإنه بصور القانون الفرنسي لسنة 2002، يكون قد وضع حدا لقضاء محكمة النقض Perruche، لذلك قام البعض بتسميته بقانون Anti- Perruche، مسائرا في ذلك موقف مجلس الدولة الفرنسي في هذا النطاق على أساس فكرة "أنه لا يجوز لأحد أن يحتج بواقعة ميلاده، كضرر من أجل حصوله على تعويضات". بل أكثر من ذلك جاء هذا القانون من خلال المادة الأولى منه بأحكام صارمة تخص مسألة تعويض أولياء الأطفال الذين ولدوا بإعاقه بسبب أخطاء التشخيص. وهذه المبادئ هي كالتالي⁶:

« Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance; Ainsi l'enfant né handicapé ne peut pas invoquer le fait que sa naissance est un préjudice pour obtenir une indemnisation ; les parents peuvent être indemnisés de leur préjudice moral, mais seulement en cas de faute caractérisée du médecin, ayant empêché la révélation de l'handicap de l'enfant au cours de la grossesse ; les charges particulières découlant de l'handicap de l'enfant tout au long de la vie sont supportées par la solidarité nationale. Les dispositions précitées s'appliquent aux instances en cours au jour de son entrée en vigueur, le 7 mars 2002. à l'exception de celle ou il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation ».

وهكذا بعد صدور هذا القانون، أصبح القاضي الإداري أو العادي يطبق هذا المبدأ، متى توافرت الشروط المحددة لذلك. وفي هذا الصدد عدة أمثلة قضائية⁷.

⁵- cité par Jaque PETIT, L'application de la lois anti-Perruche, R.F.D.A., n°6, 2003, p.760.

⁶ - cité par Jérôme MONALT et Claire MAIGNON, Naissance d'un enfant handicapé : l'avis du conseil d'Etat, www.droit-médical.net.

⁷ - C.E., 6 Decembre 2002, Mme Draon, R.F.D.A., n°2, Avril 2003, p.89. ; C.A.A de Paris., 24 Janvier 2005, Mme H, A.J.D.A., n°30, 12/9/2005, p.1691

غير أنه تجدر الإشارة في هذا النطاق كذلك بأن الخلاف استمر بشأن القانون الفرنسي سنة 2002 حتى بعد صدوره، خصوصا بشأن المبدأ الرابع الذي تضمنه، والمتعلق بالتطبيق الفوري لهذا القانون حتى على النزاعات التي تكون معروضة أمام القضاء في فترة صدوره. وهذا ما أثار ضجة كبيرة لدى محكمة النقض الفرنسية انتقدته من خلال 3 قرارات قضائية بتاريخ 2006/1/20، مسيرة في ذلك ما ذهبت إليه المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في قرارها الصادر بتاريخ 2005/10/6، حيث اعتبرت بأن المبدأ الرابع الذي تضمنه قانون 2002 مخالف تماما لنص المادة 1 من الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان على أساس أنه لا يمكن أن يحرم شخص من حقه في التعويضات في حالة طرحه نزاع متعلق بالمسؤولية، إلا إذا تعلق الأمر بالمصلحة العامة والنظام العام. والمهم في هذا المجال أن مجلس الدولة الفرنسي، هو الآخر ساير هذا التوجه الذي طرحته محكمة النقض الفرنسية بشأن قانون 2002⁸.

المطلب الثاني : دراسة الوضع القانوني والواقعي في الجزائر

هنا وتجدر الإشارة إلى أن الوضع في الجزائر مختلف فقد نص المشرع على إلزامية التأمين بالنسبة للقطاع الخاص فقط دون القطاع العام حيث يعد التأمين من المسؤولية الطبية شرط إلزامي لممارسة مهنة الطب، إذ لا يستطيع الطبيب أن يمارس مهنته، إلا بعد إبرام عقد التأمين من المسؤولية المدنية مع إحدى شركات التأمين المرخص لها، التي تتولى تغطية أخطائه الواقعة منه أثناء التدخل الطبي وهذا وفقا لأحكام قانون التأمينات رقم 95-07 المؤرخ في 25/01/1995⁹ والمعدل والمتمم بالقانون رقم 06-04 المؤرخ في 2006/02/20¹⁰ إذ جاء في نص المادة 167 منه إلزامية تأمين المسؤولية المدنية بالنسبة وأعضاء السلك الطبي والشبه الطبي والصيدلاني الممارسين لحسابهم الخاص، أن يكتتبوا تأميناً لتغطية مسؤوليتهم المدنية المهنية تجاه مرضاهم وتجاه الغير أصاب المشرع الجزائري حينما جعل هذا النوع من التأمين إلزاميا في المجال الطبي، واعتبره من النظام العام، ويعد عدم التأمين مخالفة.

إن الوضع في الواقع والقانون الصحي الجزائري جد متأخر بالمقارنة مع القوانين المقارنة ذلك أن قضايا الأخطاء الطبية في السنوات الأخيرة أخذت منحى تصاعديا مع ارتفاع عدد الضحايا في القطاعين العمومي والخاص، حيث برز سن قانون خاص لحماية الضحايا وتعويضهم، كمطلب ملح لحقوقيين وناشطين جمعا وبين، يتفقون على أن الأرقام التي

⁸ - C.E., 24 Février 2006, Mme Levenez, A.J.D.A., n°23, 26/6/2007, p.1272. Voir aussi R.F.D.A., n°2, 3/2006, p.438.

⁹ - القانون رقم 95-07 المؤرخ في 25/01/1995، المتضمن قانون التأمينات، ج.ر.ج. العدد 13 لسنة 1995.

¹⁰ - القانون رقم 06-04 المؤرخ في 2006/02/20، المتضمن تعديل قانون التأمينات، ج.ر.ج. العدد 15 لسنة 2006.

تحصيلها الجزائر في هذا المجال مخيفة، وبالمقابل يطرح الأطباء مشاكل متعلقة بتحديد المسؤولية وإجراء الخبرة الطبية، فضلا عن ضغط العمل.

وفي هذا الإطار فضلنا الوقوف عند هذا الواقع المر بالاستعانة إلى التحقيق المعمق الذي قامت به جريدة «النصر» حيث فتحت ملف الأخطاء الطبية ووقفت على واقع معقد تتداخل أطرافه وتتقاذف فيه المسؤوليات. وتشير تقارير قدمها حقوقيون وأكادمتها المنظمة الجزائرية لضحايا الأخطاء الطبية في الجزائر، بأن أزيد من 40 بالمائة من الضحايا، يرفضون اللجوء إلى القضاء، بسبب غياب قانون يحميهم، وتعقيد إجراء تكييف هذا النوع من القضايا، التي يصل 90 بالمائة منها إلى المحكمة العليا، فيما يتعدى عمر قضايا أخرى 14 عاما منذ رفعها أمام العدالة، وتنتهي عادة ببراءة الأطباء أو رفض المستشفيات تسديد المبالغ المالية التي تقرها العدالة في منطوق أحكامها كتعويضات للضحايا. ومن بين أشهر القضايا التي هزت الرأي العام خلال السنوات الماضية ولا يزال معظمها معلقا على مستوى القضاء إلى غاية اليوم، قضية 8 ضحايا فقدوا نعمة البصر واقتلعت أعينهم تباعا، بعبادة خاصة لجراحة العيون بقسنطينة سنة 2008، وقبلها بثلاث سنوات كان 17 طفلا ضحايا أخطاء طبية أثناء عملية ختان جماعي بالخروب، فأصيبيوا بحروق في أعضائهم التناسلية، تطورت في ما بعد، وأدت إلى تدهور حالتهم الصحية وحطمت حياة العديد منهم كرجال المستقبل.

وفي سنة 2007، فقدت 31 ضحية البصر، بمصلحة طب العيون بمستشفى بالعاصمة، بسبب أخطاء طبية أيضا، حيث حقنتهم الطبية المعالجة بدواء «أفستان» المخصص لمرضى سرطان القولون، ما أدى إلى فقدانهم البصر بعد 24 ساعة بعدها بسنة تحديدا، توفي طفل، بسبب تخديره بغاز ثاني أوكسيد الكربون، داخل قاعة العمليات بمستشفى سوق أهراس، حيث كان يخضع لعملية استئصال اللوزتين. وتوفيت سنة 2013 مجاهدة بمستشفى تبسة، بسبب عدم معاينتها من قبل الطبيب الذي ظل غائبا لمدة 4 أيام كاملة.

إن التحقيق الذي قامت به الصحافية عن طريق الاتصال بمختلف الأطراف الفاعلة في مجال الصحة العمومية والخاصة سمح باستبيان العديد من المعلومات بالشكل التالي:

1- بالنسبة للسيد الأمين العام للمنظمة الجزائرية لضحايا الأخطاء الطبية أبو بكر محي الدين أنه تم إحصاء حوالي 1200 ملف ضحايا أخطاء طبية وأن وزارة العدل كانت قد كشفت مؤخرا، بأن محاكم الوطن أحصت حوالي 20 ألف قضية من هذا النوع وأشار إلى أن مصادر من وزارة العدل كانت قد كشفت مؤخرا، بأن محاكم الوطن أحصت حوالي 20 ألف قضية من هذا النوع، بالمقابل فإن المنظمة استقبلت خلال شهر جانفي الماضي وحده 13 حالة جديدة. وأكد السيد الأمين العام بأن مطلب سن قانون خاص للتقاضي، أو إدراج ملف ضحايا الأخطاء الطبية ضمن قانون الصحة الجديد، طرح بقوة خلال اعتصامات سابقة لهذه الشريحة في الجزائر، خصوصا في ظل عدم توفر أي هيئة خاصة تتأسس كطرف مدني للدفاع عنهم أمام أطباء ومستشفيات تتمتع بالحصانة الكافية للإفلات من

العقاب، حسب الأستاذ أبو بكر الصديق محي الدين، فإن جل الحالات المتعلقة بالأخطاء الطبية تسجل داخل قاعات التوليد، حيث تعد النساء الفئة الأكثر تضررا، مع الإشارة إلى أن مشكل تشوهات الرحم أو فقدانه ، إضافة إلى وفيات الرضع والمضاعفات الصحية الخطيرة تشكل النسبة الأكبر من الحوادث. وتأتي مصلحة طب العيون في المرتبة الثانية، وأن الطلاق والبطالة والتسرب المدرسي والمشاكل النفسية مصير موحد للضحايا.

ولتبيان مدى الوضع الكارثي الذي يعيشه هؤلاء الضحايا يمكن تقديم العديد من الأمثلة من بينها: قضية الشاب (ساعد) من ولاية قسنطينة، دمرت حياته بشكل كامل بسبب خطأ في التشخيص، وذلك بعدما أكد له أطباء بناء على تحاليل وفحوصات أجراها سنة 2005، بأنه مصاب بمرض السرطان. وبعدها بأثر عملية العلاج الكيميائي والمتابعة الدقيقة لوضعه الصحي، ما اضطره للتخلي عن خطيبته، وإهمال مؤسسته المصغرة. بعد أربع سنوات تحديدا، سافر إلى فرنسا من أجل مواصلة العلاج، والحصول على تكفل أفضل بسبب تدهور وضعه الصحي، ليصطدم هناك بحقيقة أنه سليم معافى، ولا علاقة لوضعه بالسرطان، وهي الصدمة التي عجز عن تحملها وقلبت موازين حياته، فأخذت حالته النفسية في التدهور وأصيب باضطرابات شديدة إلى أن انتهى به المطاف داخل مستشفى الأمراض العقلية بجبل الوحش، بقسنطينة.

2- بالنسبة للسيد رئيس اللجنة الاستشارية لحقوق الانسان فاروق قسنطيني، أكد بأن الجرائر تحصي أرقاما مخيفة عن ضحايا الأخطاء الطبية، الوضع الذي لا يتماشى بأي شكل من الأشكال مع طبيعة القوانين المعتمدة للفصل في هذا النوع من القضايا، وهي قوانين تعتبر عامة، ومن الصعب تكييفها، مع خصوصية هذه الحوادث. لذلك فإن ملفات الضحايا لا تعالج بالشكل المطلوب على مستوى المحاكم، التي قال بأنه وقف بها على قضايا وأحكام لا تشرف، حسبه، القضاء. وأوضح الحقوقي بأن استمرار الوضع كما هو حاليا، أمر غير مقبول، خصوصا وأن الجرائر جد متأخرة في ما يخص هذا النوع من القوانين، مقارنة ببول أخرى، ما يفرض إلزامية الإسراع في منح الاعتماد للمنظمات المتخصصة بالدفاع عن مثل هذه الفئات، فضلا عن تفعيل مقترح سن قانون خاص لحماية ضحايا الأخطاء الطبية.

كما أوضح بأن السبب وراء طول فترة الفصل في قضايا الأخطاء الطبية، هو وجود ما يعرف بالقضاء الإستعجالي والقضاء العادي، وهذا النوع من القضايا يتطلب، حسبه، نفسا طويلا فقد يستمر الفصل فيها لسنوات، لأن تكييفها كحالات استعجالية، أمر غير وارد مما يحتم مراجعة القوانين ووضع أحكام جديدة. فضلا عن ذلك، يعد رفض تحميل المسؤولية الكاملة للأطباء، على اعتبار أن المسؤولية تتوزع على الطاقم الإداري والطبي المرافق للمريض، عبر مختلف مراحل إجراء العملية، عاملا أساسيا وراء عدم حصول الضحايا على تعويضات تقرها المحكمة، نظرا لطول مدة تنفيذ الأحكام القضائية بهذا الشأن.

3- بالنسبة إلى الأخصائيين في الطب الشرعي يؤكدون أن الخبرة الطبية وضعف الثقافة القانونية لدى الأطباء وراء ارتفاع عدد القضايا خصوصا في ظل نقص عدد الأخصائيين في

هذا المجال، إضافة إلى رفض البعض لمبدأ الخوض في هذه القضايا، تجنباً للحساسيات الاجتماعية، كون الأمر يتعلق باحتمال إدانة زميل في المهنة. مع الإشارة إلى أن طول مدة إجراء الخبرة، راجع بالأساس إلى أن الاستشارة تطلب عادة من أطباء من خارج المنطقة حسب ما يفرضه القانون، وهو ما يستنزف وقتاً، بين إرسال التقرير الأولي للطبيب المعني، وانتظار الحصول على موافقة لإجراء الخبرة. كما وقد طرح أطباء مقترح مراجعة محتوى التكوين من الناحية القانونية، في ما يتعلق بأخلاقيات الطب والمسؤولية الطبية، كما تم التأكيد على كافة ممارسي المهنة بضرورة التعامل بجدية مع إجراء «الرضا الضمني» وهو خطوة رسمية تسبق العمليات، حيث يتوجب على الأطباء الحصول على وثيقة موقعة من قبل المعني أو نويه، أو موافقة شفهية مبدئية بحضور شهود، تتضمن الإشارة إلى مخاطر العملية واحتمالاتها، لتجنب أي مساءلة أو متابعة في حال تسجيل حوادث غير متوقعة.

4- بالنسبة للسيد محمد بقاط بركاني رئيس العمادة الوطنية للأطباء أكد أن عدد قضايا الأخطاء الطبية التي تمت إحالتها على العدالة خلال السنتين الأخيرتين بلغ 200 ملف، وقال أن أغلبها متعلقة بطب النساء والتوليد والعيون والجراحة، مؤكداً بأن مجالس أخلاقيات مهنة الطب على المستوى الوطني، فصلت في عدد من الشكاوى التي رفعت إليها بهذا الصدد، حيث تم إصدار 15 إنذاراً بالتوقيف ضد أطباء، كما تلقى 10 أطباء توبيخات مباشرة، وتم خلال نفس الفترة توقيف نشاط 10 أطباء آخرين¹¹.

المبحث الثاني: أحكام نظام التضامن الوطني في التعويض عن الحوادث الطبية.

لقد استحدث قانون 2002/3/4 نظاماً جديداً لتعويض المخاطر العلاجية في فرنسا. إن هذا النظام يتميز بخاصيتين أساسيتين¹²: الأولى، أنه نظام مستقل عن أي بحث في المسؤولية وفق مفهومها التقليدي. والثانية أنه نظام تعويض جماعي (Collectif). فالتعويض يتم من خلال صناديق وطنية، وتشارك الجماعة في تحمل تبعاته. ومن هنا كان القول بأن التعويض في هذا المجال يؤسس على مبدأ التضامن الوطني.

و لقد تضمن هذا النظام نص المادة ل 1-1142 والتي تقضي بأنه إذا لم تتحقق مسؤولية القائم بالعمل الطبي، يمكن تعويض الحادث الطبي، والأضرار التي تحدث نتيجة تعاطي العلاج المقرر، أو تلك الناتجة عن الإصابة بالعدوى، وذلك على أساس التضامن الوطني. وبهذا النص الجديد، يحقق المشرع المساواة بين ضحايا المخاطر العلاجية، بصرف النظر عن الإطار القانوني لتلقيهم أعمال العلاج. إن هذا القانون، يتطلب منا دراسة نطاقه الموضوعي (المطلب الأول). ثم إجراءات الحصول على التعويض (المطلب الثاني).

¹¹ - نور الهدى طابى، تصاعد مخيف للأخطاء الطبية في الجزائر (مجازر ترتكب أكثر في حق النساء والأطفال)، 2015/02/08، www.annasronline.com

¹² - فؤاد عبد الباسط، تراجع فكرة الخطأ أساساً لمسؤولية المرفق الطبي العام (اتجاهات حديثة لمجلس الدولة الفرنسي)، منشأة المعارف، مصر، 2003، ص.180.

المطلب الأول: النطاق الموضوعي لنظام التضامن الوطني.

لقد حدد المشرع الفرنسي هذا النطاق بموجب نص المادة ل1142-1 من قانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي¹³. فيجب أن يتعلق تطبيق نظام التضامن الوطني بثلاثة طوائف من المخاطر هي:

- الحوادث الطبية (Accidents médicaux)، ويقصد بها الحوادث غير المتوقعة، المسببة لضرر طارئ، والناشئة عن عمل طبي، والتي لم يثبت أن تحققها يرجع لخطأ ما.
- الأضرار التي تحدث نتيجة تعاطي العلاج المقرر (Affection iatrogène) كالأدوية بمفهومها التقليدي أو غيرها من وسائل الرعاية والعلاج.
- العدوى التي تصيب الممرضون أثناء تواجده بالمستشفى (Infection nosocomiale) دون أن يكون قد أصيب بها من قبل أو بعد 48 ساعة من خضوعه للعمل العلاجي¹⁴.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن هذا القانون، قد اكتفى بتعداد هذه المخاطر بهذا الشكل دون إعطاء تعريفات لها. ومع ذلك يجب التأكيد على أن المخاطر التي يمكن التعويض عنها، هي التي تحصل استقلالا عن أي بحث في المسؤولية، وعن مفهومها التقليدي. أي بعيدا عن البحث في فكرة الخطأ.

كما أنه حتى تخضع هذه الحوادث لنظام التعويض المذكور، يجب أن تكون ناتجة مباشرة عن عمل من أعمال الوقاية (Prévention)، أو التشخيص (Diagnostic)، أو العلاج (Soin). على أن هذه الأعمال المذكورة، تتسع لتشمل كافة صور العمل الطبي، دون تمييز بين ما إذا كان العمل قد تم في نطاق القطاع العام، أو القطاع الخاص.

وإذا كانت المخاطر التي أخذها المشرع في الاعتبار هي تلك الناتجة عن الأعمال الطبية بجوانبها الثلاثة، فإنه بالتالي يجب استبعاد من مجال نظام التضامن الوطني، المخاطر الناتجة عن أعمال غير طبية بالمعنى الدقيق.

وبالإضافة إلى ما سبق، فلقد اشترط قانون 2002 في المخاطر التي يشملها نظام التعويض على أساس التضامن الوطني، أن تترتب عليها أضرارا لها مواصفات معينة.

¹³-Article 1142-1: «...Lorsque la responsabilité d'un professionnel , d'un établissementn'est pas engagée , un accident médical , une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'il sont directement imputable à des actes de prévention , de diagnostic ou de soins et qu'il ont eu pour le patient des conséquences anormales eu regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité fixé par décret...». Loi n°2002-303, 4 Mars 2002, précitée.

¹⁴ - Affection iatrogène : Dommagesubi par un patient en lien avec le traitement a été délivré. Abdelhafid OSSOUKINE , L'ABCDAire du droit de la santé et de la déontologie médicale , L.D.N.T., Université d'ORAN, 2006., p.207.

فيجب أولاً أن تكون الأضرار التي لحقت بالمريض أضراراً غير عادية (Anormal)، وذلك بالنظر إلى حالته الصحية الأصلية، وتطورها المتوقع. كما يجب أن تكون هذه الأضرار من ناحية أخرى، على قدر من الخطورة أو الجسامة من حيث آثارها على المريض في ضوء فقدان القدرات الوظيفية وآثارها على الحياة الخاصة والمهنية أخذاً في الاعتبار بصفة خاصة معدل العجز الدائم أو مدة العجز المؤقت عن العمل.

وقد حدد هذا القانون معدل العجز الدائم الذي يفتح الباب أمام طريق التعويض على أساس التضامن الوطني بنسبة 25% كحد أقصى محدد بموجب مرسوم¹⁵.

وطبقاً لهذا المعيار الموضوعي¹⁶، فإن المشرع أراد ألا يكون هناك أي اختلاف في التقدير بشأن نسبة العجز الموجب للحق في التعويض من ناحية. وكذلك تقييد الحكومة عند إصدارها المرسوم المنظم للأمر، بالألا تحدد نسبة أعلى تضيق بها من نطاق المستفيدين من نظام التعويض الجديد.

ويرى بعض الفقه بأن قانون 4 مارس 2002 الذي جاء بنظام التسوية الودية في مجال الحوادث الطبية، في الحقيقة أرادته المشرع الفرنسي أن يحل محل قضاء Bianchi، ولكن بتفكير جديد قائم على أساس نظام التضامن الوطني. أي التكفل الجماعي بتعويض الأضرار الحاصلة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية.

كما يلاحظ من خلال هذا القانون الجديد أن المشرع الفرنسي، وإن كان قد تبنى نظرية الخطر القضائية، إلا أنه في نفس الوقت حررها من شروطها الصارمة¹⁷ المتعلقة بالخطر، وجعلها فقط خاصة بالضرر، وتقدير مدى جسامة. ومن ذلك مثلاً عدم التقييد بشرط الطابع الاستثنائي للخطر. بل أكثر من ذلك، لم يعد الأمر يتعلق بالخطر الخاص الذي يلحق المريض بذاته، والذي يتم التعويض عنه حالة بحالة، وإنما الأمر أصبح يتعلق بالخطر الاجتماعي (Risque social)، الذي تشكله الحوادث الطبية على أفراد المجتمع عامة والذي يبرر التضامن الجماعي في التعويض.

ملاحظة:

إن تعويض الحوادث الطبية عن طريق نظام التضامن الوطني، الذي جاء به المشرع الفرنسي بموجب قانون 2002¹⁸، وحتى وإن كان مدرجاً في الحقيقة ضمن قانون عام، وهو قانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي، الذي من المفروض أن يشتمل جميع

¹⁵ - «Letaux d'incapacité permanente doit être supérieure à 24% en vertu du décret n°2003-214, du 4 Avril 2003», Cécile CHAUSSARD, La jurisprudence Bianchi appliquée au donneur d'organe, A.J.D.A., n°6, 12/2/2007., p.321.

¹⁶ - فؤاد عبد الباسط، المرجع السابق، ص.288.

¹⁷ - Maryse DEGUERGUE, Droit des malades et qualité du système de santé, A.J.D.A., n°6, 15/6/2002, p.515.

¹⁸ - Fabrice LANGROGNET, Diagnostique du juge administratif, RFDA avril 2012, p 319.

المبادئ العامة التي يقوم عليها النظام الصحي، إلا أنه في مقابل ذلك، توجد قوانين أخرى تتعلق بمجالات صحية معينة، كما هو الأمر بالنسبة للتفتيحات الإجبارية، وحوادث نقل الدم، والمنتجات الطبية... فهذه المجالات تكون المسؤولية المتعلقة بالحوادث المترتبة عنها، منظمة بموجب هذه القوانين الخاصة، وغير معنية بأحكام نظام التعويض عن طريق التضامن الوطني.

المطلب الثاني: إجراءات الحصول على التعويض وفق نظام التضامن الوطني.

حرص المشرع الفرنسي، بمقتضى قانون 2002/3/4 على بيان الكيفية¹⁹ التي يكمن من خلالها الحصول على التعويض عن المخاطر العلاجية بالتحديد السابق بيانه. فوضع لذلك طريقا للتسوية الودية ليس فقط في إطار تطبيق مبدأ التضامن الوطني وإنما كذلك في إطار تطبيق قواعد المسؤولية لتسهيل الأمر على المضرور، وتجنبه إجراءات ومشقة التقاضي.

وتحقيقاً لهذه الأهداف نص القانون على أن تنشأ في كل إقليم لجنة للتوفيق والتعويض (Commission de conciliation et d'indemnisation)، يرأسها قاض إداري أو مدني. وتشمل في عضويتها ممثلين عن المنتفعين بالخدمة الصحية، وممثلين عن الأطباء، والمراكز والمؤسسات الصحية في القطاع العام والخاص، وممثلين عن المكتب الطبي لتعويض الحوادث الطبية. وممثلين عن المشروعات المنظمة بمقتضى قانون التأمين، وشخصيات مؤهلة في مجال تعويض الأضرار الجسدية على أن المضرور، أو ممثله القانوني، أو ورثته في حالة وفاته، بإمكانه التوجه إلى اللجنة المذكورة. والتي حدث في نطاقها الجغرافي أعمال الوقاية أو التشخيص أو العلاج المترتب عليها الضرر. بطلب في صيغة شكلية معينة، يرسل إلى اللجنة بخطاب مسجل بعلم الوصول. أو يتم إيداعه لدى أمانة اللجنة، مقابل الحصول على ما يثبت هذا الإيداع. ويرفق الطلب بمجموعة من الوثائق، أهمها شهادة طبية تتعلق بتحديد الضرر الذي يقدر المضرور أنه أصيب به، وكذلك ما يثبت توافر شرط الجسامة في الضرر المدعى به.

وبعد تلقي الطلب، تقوم اللجنة، أو رئيسها في حالة تفويضه، بالتحقيق من شرط جسامة الضرر - بمعرفة خبير ينتدب لذلك إجبارياً، وبصفة خاصة معدل العجز الذي أصيب به المضرور. وبعد قيام اللجنة بفحص طلب المضرور، والتحقق من الشروط السابقة في خلال مدة ستة أشهر، فإن الأمر لا يخرج عن أحد فرضين²⁰:

أولاً: أن تنتهي اللجنة من فحصها بطلب المضرور إلى وجود خطأ مما تتحقق به مسؤولية القائم بالعمل الذي ترتب عليه الضرر. وعلى اللجنة في هذه الحالة إخطار المضرور بذلك، مع إعلامه بإمكانية اتخاذ اللجنة إجراءات التسوية الودية، أي دعوة المؤمن الضامن

¹⁹ - Article L.1142-4, Loi n°2002-303 , 4 Mars 2002 , précitée.

²⁰ - Aurelie BINET-GROSCLAUDE , l'engagement de la responsabilité médicale, Revue Générale de Droitmédical, n42 mars 2012, p 78.

للمسؤولية عن الضرر²¹، الذي يكون له أن يقدم عرضاً بالتعويض الودي إلى المضرور خلال مدة أربعة أشهر. ففي حالة قبول المضرور لهذا العرض، فإنه يعد مخالصة نهائية. وفي حالة رفضه لهذا المبلغ، فإنه يبقى للمضرور اللجوء إلى القضاء. أما إذا كانت مؤسسة التأمين هي التي رفضت التعويض، هنا يتدخل الديوان الوطني لتعويض الحوادث الطبية للتعويض الكلي للأضرار.

ثانياً: أن ترى اللجنة أن الضرر ينتمي إلى نطاق الأضرار المنصوص على تعويضها على أساس مبدأ التضامن الوطني، وتوافرت الشروط المتطلبة لذلك²². فعليها في هذه الحالة رفع الأمر إلى الهيئة التي أنشأها القانون لهذا الغرض، وهي الديوان الوطني لتعويض الحوادث الطبية (L'office nationale d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales) يتم تمويلها بصفة خاصة، مما يقطع لحسابها من أموال التأمين الصحي²³.

وفي هذا الحالة، تقدم هذه الهيئة بعد فحص الأمر، عرضاً للمضرور بالتعويض-خلال مدة أربعة أشهر- فإن قبله المضرور، اعتبر ذلك مخالصة نهائية²⁴. أما في الحالة التي قد تكتشف فيها اللجنة بأن الضرر الحاصل، قد يرجع إلى وجود خطر صحي وخطأ طبي في نفس الوقت²⁵، فهنا تقوم هذه اللجنة بتحديد الجانب التعويضي المتعلق بمسؤولية المؤسسة الصحية العمومية، والجانب الذي يتكفل الديوان مباشرة بتعويضه.

ويلاحظ في هذا الشأن، أن الطريق الذي رسمه القانون للمضرور في سبيل الحصول على التعويض، ليس أمراً إلزامياً له، إذ يبقى له أن يسلك طريق القضاء، بداءة أو في حالة عدم تقديم عرض بالتعويض له، أو إذا تم تقديم عرض لم ينل قبوله.

وقد سهل المشرع الفرنسي، إمكانية عودة المضرور إلى القضاء للمطالبة بحقوقه في التعويضات²⁶. ويظهر ذلك من خلال كون أن اللجوء إلى لجنة التسوية والتعويض غير

²¹ - Article, L 1142-14, Loi .n°2002-303, 4 Mars 2002, précitée.

²² - Article, L 1142-17, Loi .n°2002-303, 4 Mars 2002, précitée.

²³ - تعتبر المادة 1142 من قانون 4 مارس 2002 أن الطبيعة القانونية لهذا الديوان هي مرفق عمومي نو طابع إداري تابع للدولة وممول من طرف أموال التأمين الصحي، حيث تحدد قيمة هذه المساهمات المالية التي يستفيد منها كل سنة عن طريق قانون تمويل الضمان الاجتماعي.

²⁴ - يرى الفقه أن وجود الديوان الوطني لتعويض الحوادث الطبية كجهاز إداري يهتم بتعويض المرضى المضرورين، لا يعني في الحقيقة الهدم الكلي لمسؤولية المؤسسات الصحية العمومية والأطباء الخواص، ذلك على اعتبار أن المشرع الفرنسي بموجب المادة 1142-14 من قانون 4 مارس 2002، بين بأن الديوان الوطني بعد المخالصة النهائية التي يقوم بإجرائها لفائدة المريض المضرور، له حق الرجوع في ما بعد على المؤسسة الصحية العمومية ومطالبتها بالتعويضات التي تم دفعها. وهكذا فإن إدارة المرفق الصحي العمومي، تبقى مسؤولة عن التعويضات في كل الأحوال. op.cit.,p.517.Maryse DEGUERGUE

²⁵ - Article, L 1142-18,Loi .n°2002-303, 4 Mars 2002, précitée.

²⁶ - Laurence HELMLINGER, Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux : ni excès d'honneur, ni indignité, A.J.D.A., n°34, 10/10/2005, p.1875.

إجباري – بل فقط إعلامها يعد إجراء إجباري، لذلك تبقى مواعيد الطعن القضائي معلقة إلى غاية آخر إجراء يتخذه.

خاتمة:

في إطار بحثنا عن مميزات النزاع الطبي القضائي من خلال القانون الفرنسي الجديد لسنة 2002، تجدر الإشارة إلى أنه حتى وإن تم تكريس تشريعيا الحق في التعويض عن الأضرار الناشئة عن الحوادث الطبية، أو المخاطر العلاجية، إلا أنه في نفس الوقت، حرص المشرع الفرنسي على تأكيد مبدأ المسؤولية على أساس الخطأ كمبدأ عام، على اعتبار أن نظام التضامن الوطني، ينحصر نطاق تطبيقه فقط بموجب أحكام المادة 1-1142 التي سبقت دراستها.

وهكذا فإن القانون الجديد لسنة 2002 حرص من خلال المادة ل. 1-1142 من قانون الصحة العامة على النص، ولأول مرة في المجال الطبي²⁷، على أن الخطأ هو أساس المسؤولية الطبية.

فقد جاء في المادة المشار إليها سابقا، أن مهني الصحة، وكذلك كل مؤسسة، خدمة، أو هيئة، يتم في نطاقها أعمال فردية للوقاية، أو التشخيص، أو العلاج، لا تتحقق مسؤوليتهم عن النتائج الضارة لهذه الأعمال إلا في حالة الخطأ²⁸. وهكذا فقد تطلب الخطأ كأساس للمسؤولية الطبية، - مادام أن هدف القانون الجديد، هو توحيد قواعد المسؤولية في هذا المجال،- سواء تعلق الأمر بالمسؤولية الطبية أمام القاضي الإداري، أو أمام القاضي العادي.

إن تأكيد القانون الجديد على أن الخطأ، هو أساس المسؤولية الطبية، أدى إلى أن يتساءل البعض من الفقه عن القصد من وراء ذلك. فالملاحظ في هذا الصدد أنه وسواء على مستوى القضاء المدني، أو الإداري، لم ينكر أحد أن الخطأ هو أساس المسؤولية، وأن الخطأ في هذا المجال – وكما سبق وأن عرضناه – لم يتجاوز نطاق الاستثناءات التي فرضتها ضرورة التأكيد على سلامة المريض الخاضع للعمل الطبي، دون أن يتناول قدر العناية المطلوبة تجاهه.

لكن الملاحظ في هذا الخصوص، أنه قد ورد في عرض الأسباب الموجبة لمشروع القانون الجديد لدى عرضه على البرلمان²⁹، مايلي: " وقد سمح مشروع القانون بتعويض ضحايا

²⁷ - فؤاد عبد الباسط، المرجع السابق، ص.278.

²⁸ - Article L.1142-1, « Les professionnels de santé, 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. », Loi n°2002-303, 4 Mars 2002, précitée.

²⁹ - Cité par P.MISTRETTA, La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.C.P., n°15 2002,.

الحوادث الجسيمة غير الخطئية، فيكون من المهم تأسيس المسؤولية في المجال الطبي على قواعدها الأكثر تقليدية، أي على مفهوم الخطأ".

فأمام هذه الوضعية، يجب معرفة ما إذا كان المشرع قد قصد من وراء التأكيد على الخطأ على أنه أساس للمسؤولية الطبية، - رغم ما أحرزه القضاء من تقدم في هذا المستوى، بالإضافة إلى التكريس التشريعي الصريح للحق في التعويض عن الحوادث الطبية غير الخطئية،- العودة إلى ضرورة وجود خطأ واجب الإثبات، حتى تتحقق المسؤولية الطبية في غير مجال التعويض عن الحوادث الطبية؟

قبل الإجابة على هذا التساؤل، تجدر الإشارة إلى أن المشرع في تأكيده على الخطأ كأساس للمسؤولية الطبية لم يحدد ما إذا كان المقصود بذلك هو الخطأ الواجب الإثبات أم الخطأ المفترض. ولاشك أن ذلك يشكل مصدراً لقدر كبير من القلق بشأن مصير البناء القضائي الهام الذي شيده القضاء الفرنسي قبل إصدار القانون الجديد. فالنص الجديد يدعو إلى التساؤل عن مصير قرائن الخطأ التي استخلصها القضاء الإداري والمدني في هذا المجال.

إن القيام بقراءة واسعة لهذا النص، يمكن أن تؤدي إلى القول، بأن تطلب الخطأ كأساس للمسؤولية، دون إضافة أية تحديد آخر، مؤداه اتساع مفهوم الخطأ³⁰ ليشمل كل صور الخطأ التي اعتمدها القضاء لتحقيق المسؤولية. أي سواء كان الخطأ ثابتاً، أم مفترضاً. غير أن صحة هذه القراءة تستوجب انتظار الاجتهادات القضائية، فالمؤكد أن النص المشار إليه، يتميز بالغموض، ويثير تساؤلات تتناقض وأحد أهداف القانون الجديد، والمتمثلة بصفة خاصة في توضيح قواعد المسؤولية في المجال الطبي، وتوحيد أحكامها.

و يزداد الغموض المشار إليه، إذا ما رجعنا إلى نص الفقرة الثانية من المادة ل-1142-1/1³¹. فقد جاء في هذا النص أن مسؤولية المؤسسات والمراكز الصحية عن العدوى التي تنتقل إلى المريض أثناء تواجده بها، لا تعفى منها إلا بإثبات السبب الأجنبي، وبالتالي فإن الخطأ في هذه الحالة، أصبح مفترضاً.

فهل حرص المشرع على أن يفرد نصاً خاصاً بهذه الحالة؟ أي أن افتراضه للخطأ فيها، يكشف عن نيته في أن هذه الحالة، لا تدخل في عموم نص الفقرة الأولى من المادة ل1124؟، وهكذا يبقى الخطأ في بقية الحالات الأخرى خطأ واجب الإثبات؟، وبالنتيجة يعني ذلك إعلان نهاية التطور القضائي الهام في مجال التحقق من الخطأ الطبي؟ وكذلك نهاية حالات المسؤولية دون خطأ التي توصل إليها القضاء الإداري؟

30 - فؤاد عبد الباسط، المرجع السابق، ص.279.

31- Article L 1142-1 : « ...Les établissements , services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ... », , Loi .n°2002-303 , 4 Mars 2002 , précitée.

إن الإجابة بالإيجاب على هذه التساؤلات تعني في الواقع أن ما أتى به قانون Kouchner فيما يتعلق بالمسؤولية الطبية، يمثل تراجعاً عن المكتسبات التي حققها القضاء لصالح المضرورين من ضحايا الأعمال الطبية. غير أنه لا يمكن الحكم مباشرة على المعنى الفعلي للقانون الجديد بشأن اشتراطه في المادة ل-1142-1، الخطأ كأساس للمسؤولية الطبية، من دون الأخذ بعين الاعتبار دور القضاء في تفسير هذا النوع من النصوص الغامضة³².

هذا وإن التساؤلات التي أثارها القانون الجديد، جعلت بعض الفقه³³ يتمنى لو أن المشرع قد أبقى على النص الذي اقترحته الجمعية الوطنية في هذا الصدد، والذي كان يقتضي بأن المسؤولية لا تتحقق إلا في حالة " الخطأ أو الإخلال - أي كانت وفقاً لتقدير القاضي المختص، وطبيعية، أو طريقة التحقق من هذا الخطأ أو الإخلال- ثابتاً كان أم مفترضاً ".

وهكذا نلاحظ بأن المشرع الفرنسي، بموجب قانون 4 مارس 2002 نص في الكثير من المواضيع، وأكد على ضرورة مراعاة نظرية الخطأ كأساس لمسؤولية الأطباء، سواء في القطاع الصحي العام، أو الخاص ومن ذلك مثلاً :

- مسؤولية المؤسسات الصحية عن ميلاد أطفال معاقين، لا تقوم إلا في حالة وجود أخطاء في التشخيص. بالإضافة إلى ذلك أن أولياءهم لا يمكنهم المطالبة بالتعويضات إلا على أساس نظرية الخطأ المتميز والواضح (Faute caractérisé).
- مسؤولية المؤسسات الصحية على أساس الخطأ المفترض، عن العدوى التي تنتقل إلى المرضى بمناسبة تواجدهم على مستوى هذه المرافق.
- الرجوع إلى نظام المسؤولية الخطئية بصفة عامة بموجب المادة ل-1142-1/ الفقرة الأولى

³² - «...Doit-on considérer que la gradation des fautes ...renâit de ses cendres et que l'erreur se trouve en deçà de cette échelle ? La casuistique du juge promet d'être sollicitée.. », Maryse DEGUERGUE ,op.cit. , p.514..

³³ - P.MISTRETTA ,op.cit.

قائمة المراجع:

- فؤاد عبد الباسط، تراجع فكرة الخطأ أساساً لمسؤولية المرفق الطبي العام (اتجاهات حديثة لمجلس الدولة الفرنسي)، منشأة المعارف، مصر، 2003 .
- نور الهدى طابى، تصاعد مخيف للأخطاء الطبية في الجزائر (مجازر ترتكب أكثر في حق النساء والأطفال)، 2015/02/08، www.annasronline.com
- P.JOURDAIN, A.LAUDE, J.PENNEAU, S.PORCHY, Le nouveau droit des malades, Litec, 2002,.
- Abdelhafid OSSOUKINE, L'ABCdaire de la santé et de la déontologie médicale, L.D.N.T., Université d'ORAN, 2006.
- MaryseDEGUERGUE ,Droit des malades et qualité du système de santé, A.J.D.A., n°6, 15/6/2002.
- Fabrice LANGROGNET, Diagnostique du jugeadministratif, RFDA avril 2012,
- Aurelie BINET-GROSCLAUDE ,l'engagement de la responsabilité médicale, Revue Generale de Droit médical, n42 mars 2012.
- Laurence HELMLINGER , Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux : ni excès d'honneur, ni indignité , A.J.D.A. , n°34 ,10/10/2005 ,
- P.MISTRETTA , La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé , J.C.P. , n°15 2002,.
- Cécile CHAUSSARD, La jurisprudence Bianchi appliquée au donneur d'organe, A.J.D.A., n°6, 12/2/2007.
- Jaque PETIT, L'application de la lois anti-Perruche, R.F.D.A., n°6, 2003,
- Jérôme MONALT et Claire MAIGNON, Naissance d'un enfant handicapé :l'avis du conseil d'Etat, www.droit-médical.net.

القوانين الوطنية والأجنبية:

- القانون رقم 95-07 المؤرخ في 25/01/1995، المتضمن قانون التأمينات، ج.ج.ج. العدد 13 لسنة 1995.
- القانون رقم 06-04 المؤرخ في 20/02/2006، المتضمن تعديل قانون التأمينات، ج.ج.ج. العدد 15 لسنة 2006.
- Loi .n°2002-303 , 4 Mars 2002 , relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, J.O. du 5/3/2002,p.4418,Dalloz,2002.