

الأسس القانونية لتحديد الضرر الطبي

بين مسؤولية الطبيب ومسؤولية المستشفى العام

Legal Basis for Determining the Medical Damage between the Responsibility of a Doctor and a General Hospital

مرغني حيزوم بدر الدين¹ (جامعة الوادي) hayzoum1@gmail.com

أحمودة محمد البشير (جامعة ورقلة) ahmoudameddroit@gmail.com

| | | | |
|------------|--------------|------------|----------------|
| 02-03-2020 | تاريخ القبول | 09-09-2019 | تاريخ الاستلام |
|------------|--------------|------------|----------------|

ملخص

يعد الضرر الطبي ركناً أساسياً من أركان المسؤولية الطبية، وبالنظر لهذه الأهمية فقد سعى المشرع الجزائري إلى ضبط الإطار القانوني المتعلق بهذا الموضوع وحدد المسؤوليات تبعاً لنوع الضرر ومعاييرها والجهة المتسببة به ونتائجه. ويميز في هذا الصدد بين نوعين من المسؤوليات الطبية، الأولى تتعلق بمسؤولية الطبيب المعالج بصفته لشخصية، والثانية بمسؤولية المستشفى العام كمرفق عام.

وقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج، تتمحور في غموض الأسس القانونية التي تقوم عليها المسؤولية الطبية، وغياب التكوين والتدريب القضائي المختص للقاضي الإداري الذي لم يواكب التطورات الطبية المعاصرة.

الكلمات المفتاحية: الضرر الطبي، الطبيب، المستشفى، المسؤولية.

Abstract:

Medical damage is an essential component of medical responsibility. In view of this importance, the Algerian legislator sought to control the legal framework on the subject and defined the responsibilities according to the type of the damage, its criteria, the cause and consequences of the injury and distinguished between its quality of the medical responsibilities. The first concerns the treating physician's responsibility in his personal capacity, and the second concerns the general hospital as a public facility. We reached a set of results concerning the ambiguity of the legal foundations, the basis of medical responsibility and the absence of training specialized judicial training of the administrative judge which did not keep up with contemporary medical developments

Keywords: Medical damage; Doctor; Hospital; Responsibility.

مقدمة:

بالنظر لأهمية وقيمة الصحة البشرية، والحماية القانونية بل والدستورية المكفولة لها، فقد عملت الدول على تخصيص جزء ضخم من مرافقها لحماية وعلاج صحة مواطنيها، وظهر ما يعرف بالمرفق الطبي العام أو المستشفى العام الذي يلجأ إليه المريض من أجل الاستشفاء من أي مرض أو ضرر قد أصابه.

غير أن العكس قد يحدث تماما، عندما يجد الكثير من المرضى المتوجهين للعلاج في المستشفيات العامة أنفسهم ضحايا أخطاء طبية تؤثر أو تتسبب في تدهور حالتهم الصحية بدلا من شفائهم، مما يترتب عليه بالضرورة قيام المسؤولية الطبية على كل من تسبب في هذا الأمر.

وهنا نقف أمام نوعين من المسؤوليات الطبية، الأولى تتعلق بالمسؤولية الطبية للطبيب المعالج بصفته الشخصية، والتي يمكن أن تمتد لتشمل الطاقم البشري القائم بالعمل معه انطلاقا من التزامهم بحماية المريض، سواء أكانت أخطاؤهم عمدية أم غير عمدية، وأما المسؤولية الثانية فهي مسؤولية المستشفى كمرفق عام عما ينشأ من أضرار للمريض جراء تواجده بالمستشفى، غير أن هناك إشكالية تتعلق بمدى التفرقة والتمييز بين الأخطاء الطبية التي تنسب إلى الطبيب والأخطاء الطبية التي تنسب إلى المستشفى كمرفق عام كأساس لتحديد المسؤوليات؟ من أجل دراسة النقاط القانونية المختلفة التي يثيرها الموضوع، تتبنى الدراسة المنهج الوصفي في عرض أسس المسؤولية المدنية عن الأضرار الطبية في المستشفيات العامة، من خلال تناول الأدبيات ذات العلاقة وتحليل نصوص المواد القانونية، لاسيما القانون الأهم والأحدث في هذا المجال، وهو القانون 11/18 الصادر في 02 جويلية 2018، والمتعلق بالصحة، ومدونة أخلاق الطب، الصادرة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 92 / 276، الصادر في 06 جويلية 1992، وكذا الأحكام القضائية ذات الصلة، واستنباط الأحكام المتعلقة بموضوع الدراسة، كما يضاف له المنهج المقارن حيث تقارن هذه الدراسة بين القوانين الجزائرية والفرنسية وكيفية معالجتها للإشكاليات المتعلقة بالموضوع.

تهدف هذه الدراسة إلى بيان الأطر القانونية التي يستطيع من خلالها المتضرر مساءلة الأطباء أو المستشفيات العامة عن الأخطاء التي يرتكبونها في حقه، وذلك بقصد تهيئة الظروف للطبيب من أجل التشخيص الجيد والمتابعة والعلاج بعد قيامه

بالتزاماته التي تفرضها عليه القوانين وتهيئة الظروف للمريض الذي يكون بحاجة للحصول على علاج مناسب، وأيضا تبيان مسؤولية المستشفيات العامة عن الأخطاء الطبية التي تقع فيها ومدى تأثيرها على التعويضات المستحقة حال إثبات المسؤولية.

وسيتم تناول ذلك من خلال العناصر التالية:

المبحث الأول: الضرر الطبي للطبيب.

المطلب الأول: مفهوم الضرر الطبي.

المطلب الثاني: تطبيقات الضرر الطبي .

المبحث الثاني: الضرر الطبي في المستشفى العام.

المطلب الأول: الضرر الطبي ونظرية المخاطر.

المطلب الثاني: الضرر الطبي ونظرية تفويت الفرصة في الشفاء.

المبحث الأول: الضرر الطبي للطبيب:

تمثل الأخطاء الطبية التي يرتكبها الطبيب أثناء ممارسة عمله إحدى أهم الصور التي يترتب عليها قيام المسؤولية الطبية بشتى صورها، مما يتوجب تحديد المقصود بالخطأ الطبي للوصول إلى تحديد مفهوم الضرر الطبي، ثم الولوج إلى التطبيقات العملية التي يرتكبها الطبيب خلال مرحلة العلاج أو في أثناء العملية الجراحية.

المطلب الأول: مفهوم الضرر الطبي:

يعد مفهوم الضرر الطبي ذو أهمية قصوى في موضوع دراستنا، كونه الحجر الأساس في تحديد مسؤوليات التعويض عن الضرر الذي أصاب المستفيد من الخدمة الطبية، سواء أكان من طرف الطبيب أو أي شخص مكلف بالعلاج، وهنا يتعين علينا تحديد مفهوم الخطأ الطبي الذي يقترفه الطبيب قصد الوصول إلى تحديد الضرر الناجم عنه وأنواعه وشروط تحقيقه.

أولا: مفهوم الخطأ الطبي:

يعرف الخطأ الطبي بأنه: " تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول " (البقلاوي، 2004،

ص.77). وهنا ينصرف مفهوم الخطأ الطبي على كل تقصير ارتكبه الطبيب أثناء أداء خدمته الطبية، ولكن هل يمكن أن يسأل الطبيب عن جميع الأخطاء التي ارتكبتها؟ لقد انقسم الفقه وخصوصا الفرنسي منه حول هذه المسألة كونه الرائد في هذا المجال إلى اتجاهين، بسبب أن كل اتجاه عرّف الخطأ من وجهة نظره، كما أن كلمة الخطأ هي كلمة واحدة يندرج تحتها أعداد لا حصر لها من أعمال وأنماط السلوك الإنساني (قوادري، 2018، ص.81).

فيرى الأول منهما بأن الطبيب لا يسأل إلا عن الخطأ الجسيم والفاحش وغير المقبول وغير المغتفر، وبالتالي فإن الأخطاء البسيطة لا يسأل عنها، فيما ذهب الاتجاه الثاني إلى أن الطبيب يسأل خصوصا في الأخطاء المتعلقة بالمسؤولية التقصيرية عن الخطأ الذي صدر منه بصرف النظر عن جسامته وخطورته وكبره أو صغره، فهو في كل الأحوال مصدر لمسؤولية الطبيب عن الضرر الذي يحصل للشخص الذي يعالجه (الجميلي، 2009، ص.177)، حيث إن القانون لم يستثن الطبيب من المسؤولية عن أخطائه مهما كانت بسيطة، بصرف النظر عن حاجة الأطباء للطمأنينة والثقة والحرية في عملهم، والتي لا تنقص في حاجة المريض إلى الحماية من أخطائهم، والحق في الحصول على التعويض عند وقوع الخطأ، وهو ما انتهى له القضاء في فرنسا بمسألة الطبيب عن خطئه الطبي مهما كان نوعه أو جسامته أو حجمه أو خطورته، بسبب تطور فكرة المسؤولية والحرص على توفير حماية أكبر للمتضرر(عثماني، 2014، ص.172).

وعلى غير عادته في عدم التعرض للتعريفات، فقد عرف المشرع الجزائري في المادة 353 من قانون الصحة 11/18 الخطأ الطبي بأنه: كل خطأ يرتكبه ممارس طبي أو مهني الصحة خلال ممارسة مهامهم أو بمناسبتها، والذي يمس السلامة الجسدية أو الصحية للمريض، ويسبب عجزا دائما ويعرض الحياة للخطر، أو يتسبب في وفاة الشخص. ومما نلاحظه في هذا التعريف أن المشرع الجزائري اشترط لقيام المسؤولية حدوث الضرر بل نجده قد تبنى نظرية المساءلة على الأخطاء الجسيمة دون غيرها، بل قد حصرها في تلك التي تتسبب في العجز الدائم، أو تعرض الحياة للخطر، أو الوفاة.

وعند البحث في صور الأخطاء الطبية فإننا نجدها كثيرة ومتنوعة ومتشعبة انطلاقا من طبيعة المهنة الطبية، غير أننا سنحصرها في نوعين أساسيين:

1- الأخطاء المتصلة بالفن الطبي: ولهذا النوع مجموعة من الأصناف نعددها في:

-الأخطاء المتعلقة بالتشخيص الطبي: فالخطأ في التشخيص في حد ذاته لا يعد خطأ تقوم عليه مسؤولية الطبيب، إلا إذا تبين بأن هذا الأخير لم يطبق الوسائل اللازمة للتشخيص الصحيح، فعلى سبيل المثال إذا لم يستعمل الطبيب جهاز الأشعة في التشخيص وكان هذا الجهاز متوفرا، فهنا تقوم مسؤولية الطبيب، ويعتبر قد أخطأ إذا وفر له المستشفى الجهاز وكان المرض صعب التشخيص بالمهارة العادية، فإن مسؤولية المستشفى هنا لا تقوم (عيسى، 2008، ص.39).

- الخطأ في اختيار العلاج: الأصل العام أن الطبيب حر في اختيار العلاج المناسب، ولكن ضمن الأصول العلمية والطبية المعتمدة، وبالتالي إذا اختار الطبيب نوعا من العلاج سبب للمريض ضررا غير مبرر خلافا لما تقتضيه قاعدة التناسب بين العلاج والغاية المراد تحقيقها، وإذا ما تبين بأن حالة المريض لا تعالج إلا بأسلوب طبي واحد، فإن حرية الطبيب هنا تنعدم ويكون ملزما باتباع الحل.

-الخطأ في تنفيذ العلاج: في هذه النقطة أكد الفقه الفرنسي على دقة القول في وجود خلل لتنفيذ العلاج وذلك بسبب هامش احتمال الملازم لتنفيذ كل عمل علاجي، وهنا اعتبر القضاء الفرنسي بأن كل إهمال، أو عدم احتراز أو رعونة ولو كان ضئيلا يشكل خطأ من قبل الطبيب، حيث إنه يلتزم ببذل العناية ولا يلتزم بتحقيق النتيجة (طرطوش- جفال، 2018، ص.17).

-الخطأ في القيام بالفحوص الأولية: في هذه الحالة يجب التمييز بين حالتين، فإذا كان الطبيب وعند قيامه بالفحوص الطبية لديه الوقت الكافي لذلك، فهنا تثور مسؤوليته عن عدم القيام بهذه الفحوص، أما في حال عدم القيام بهذه الفحوص لسرعة الحالة فهنا لا تثور مسؤولية الطبيب لحالة الضرورة (طاهري، 2008، ص 20).

-الخطأ الطبي في حال العملية الجراحية: على اعتبار أن هذه الأخيرة وبما لها من دقة وتعقيد فإن تقدير مدى خطأ الطبيب الجراح هنا يقتضي القدر الكبير من الدقة والوعي والعلم، وهو ما فرض على القضاء في هذه الحالة تعيين خبراء طبيين لتقدير خطأ الطبيب الجراح من عدمه، غير أن القضاء استقر

على قبول وجود قدر ضروري من المخاطر مرتبطة بطبيعة التدخل الجراحي ذاته.

2- الأخطاء الطبية المتصلة بأخلاقيات المهنة: وهي الأخطاء الخارجة عن طبيعة المهنة وفنياتها ولكنها متصلة بأخلاق الطبيب ونوجزها في:

- خطأ رفض علاج المريض: على الطبيب واجب أخلاقي وإنساني وقانوني، وبالتالي التزام الطبيب الذي يعمل بمستشفى عام هو التزام قائم وليس على الطبيب رفض علاج أحد المرضى، وهنا يقوم خطأه في حال رفض علاج أحد المرضى، كما يقوم خطأه كذلك ويساءل في حال التأخير عن الحضور أو التدخل لإنقاذ مريض، ويقدر هذا التأخير قاضي الموضوع وذلك على ضوء ظروف الطبيب وارتباطه ومدى خطورة مسؤولية الطبيب، كذلك يساءل الطبيب عن معالجة المريض في وقت غير لائق بغير مسوغ قانوني (بن وارث، 2006، ص. 26). إلا أن المادة 42 من المرسوم التنفيذي 276/92، المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، تضمنت حق الطبيب رفض تقديم العلاج لشخص معين لأسباب شخصية، وذلك دون المساس بأحكام المادة 09 من المدونة والمتعلقة بضرورة الإسعاف في حال الخطر الوشيك، وكذلك أحكام المادة 07، التي تقضي عدم التمييز الديني والعرقي والجنسي والجغرافي والاجتماعي أو السياسي خلال ممارسة الطب في حالات السلم أو الحرب.

- خطأ تخلف رضا المريض: نصت المادة 44 من مدونة أخلاقيات الطب أن الأصل العام لا يجوز المساس بجسم الإنسان بغير رضاه، وبالتالي هو من يقرر تقديم العلاج لنفسه بدون تدخل من أحد، فالقاعدة العامة أنه يلزم لقيام الطبيب بالعلاج أو بالعمليات الجراحية الحصول على رضا المريض بذلك، وعدم توفر هذا الرضا يجعل الطبيب مخطئاً ويحمله تبعه المخاطر الناشئة عن العلاج.

- خطأ الطبيب لعدم إعلام المريض: لكي يكون رضا المريض صحيحاً فإنه يقع على عاتق الطبيب التزام إعلام المريض بطبيعة العلاج ومخاطره والبدائل المتاحة والمقترحة، وإلا يساءل الطبيب عن جميع الأضرار وإن لم يرتكب أي خطأ على صحة مريضه، حيث نصت المادة 343 من قانون الصحة 11/18 على واجب الإعلام الذي يتحمله الطبيب المعالج في مواجهة المريض

ومن ثم احترام حرية اختياره بقبول العلاج أو رفضه، وهو ما أخذ به القضاء حين حمل الطبيب المسؤولية عن إجراء عملية جراحية جزئية لمريض دون أن يخبره بأن تلك العملية ستتبعها عملية أخرى أشد خطورة، حيث كان أمام المريض عرض آخر من طرف طبيب ثان اقترح عليه إجراء عملية واحدة، مما ترتب قيام المسؤولية الطبية على هذا الطبيب (طاهري، 2008، ص.26)، غير أنه وخلافا لكل ذلك فقد أجازت المادة 51 من مدونة أخلاقيات الطب إمكانية إخفاء تشخيص مرض خطير على المريض لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب، على أن يتم إخبار الأسرة، ما لم يمنع المريض مسبقا عملية الإفشاء هذه.

-خطأ إفشاء الأسرار الطبية: وهو من أهم صور وتطبيقات الأخطاء الطبية وتصيب المرضى في عرضهم وشرفهم، وبالنظر لشيوع وخطورة هذه الأخطاء فقد أقر المشرع الجزائري المسؤولية الجزائية والتأديبية للطبيب، حين نص في المادة 30 من قانون العقوبات، والمادة 1/206 من قانون الصحة وترقيتها المعدل والمتمم والمادتين 36 و37 من مدونة أخلاقيات الطب، والمادة 3 المتعلقة بالممارسين الطبيين، والمادة 3 من المرسوم التنفيذي 91/109 المتعلق بالقانون الأساسي للمساعدين الطبيين في التخدير والإنعاش، والمادة 3 من المرسوم التنفيذي رقم 10/91 المتعلق بالقبالات على التزام العاملين في كل هذه المجالات بالسرا المهنية والمحافظة عليه (مخاطرية، 2017، ص.401).

ثانيا: مفهوم الضرر الطبي:

ينصرف الضرر الطبي إلى ما يخلفه العلاج الطبي من نسب ضئيلة من المخاطر، حيث يتم العلاج الطبي بصفة مشروعة بما يوافق القواعد والأصول العلمية المتعارف عليها التي ينتج عن عدم حدوثها عدم الشفاء، أو على الأقل عدم اكتماله أو حدوث مضاعفات أو آثار غير مرغوبة (ثروت، 2007، ص.11)، وبالتالي فالضرر هو الأذى الذي يلحق المريض المضروب في جسمه أو ماله أو شرفه أو عواطفه، ويكون إما ماديا بإصابة المريض الخاضع للعلاج من أذى في جسمه بإحداث جرح أو إلحاق عاهة أو إعاقة أو أي عجز حركي أو التسبب في موته أو المساس بأي مصلحة ذات صفة مالية أو

اقتصادية، وقد يكون الضرر معنوياً وهو ما يلحق المريض من الألام داخلية نفسية أو ما يصيب حياته الخاصة من كشف أي سر خاص به بمناسبة العلاج، ومن هذه الأنواع من الضرر تتجسد مسؤولية الطبيب المعالج، ومادام الطبيب قد باشر عمله في علاج مريض بعناية ويقظة واتباع الأصول العلمية، ففي هذه الحال لا يتحقق الضرر لعدم شفاء المريض كلياً أو جزئياً، لأن الطبيب ملزم ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة(حروزي، 2008، ص.42).

وهنا نص القانون الفرنسي على الحالات التي تترتب عليها مساءلة المؤسسات الصحية بالنسبة للأضرار الناتجة عن انتشار العدوى داخل هذه المؤسسات، أو بالنسبة لمسؤولي ومنتجي وموزعي الأدوية عن الأضرار التي يسببها استهلاك هذه الأدوية، بحيث تقوم مسؤولية المستشفيات الصحية في هذه الحال.

وبناء على ما تقدم فقد حكم القضاء الفرنسي في قضية بيانشي "Bianchi" الصادر سنة 1995، والذي تتلخص وقائعه بأن السيد بيانشي كان يعاني من اضطرابات في الدماغ وأدخل المستشفى، حيث خضع لفحوصات عادية لكنه أصيب على إثرها بالشلل التام، مما أدى به إلى رفع قضية أمام المحكمة الإدارية الابتدائية للتعويض، غير أن الحكم صدر ضده لعدم ثبوت خطأ المستشفى، ليطعن أمام مجلس الدولة، غير أن تقرير الخبير المعين كان سلبياً، لكن مفوض الدولة دعا إلى جمعية عامة للمجلس للبحث في إمكانية تعويض السيد بيانشي على أساس المسؤولية بدون خطأ، وهو ما حصل في النهاية(ثروت، 2007، ص.15).

وللضرر الطبي مجموعة من الصور إلا أنه يمكن حصرها في صورتين أساسيتين هما:

1-الضرر المادي: ويتمثل في إلحاق خسارة أو تفويت كسب مال على الشخص المضرور، كأن يصيبه الضرر في جسمه فأثر على قدراته ومواهبه على العمل وقد يجعله مقعداً طريح الفراش، أو أن يقع الضرر على الحق المالي للشخص المضرور، كما يشمل أيضاً ما فات المضرور من كسب بسبب درجة العجز الجزئي أو الكلي الذي أقعده عن العمل وتسبب في انقطاع رزقه (بن وارث، 2006، ص.91).

وللضرر المادي نوعان فرعيان، فقد يكون ضرراً جسدانياً يمس بالسلامة الجسمانية، وقد يكون ضرراً مالياً يصيب المصلحة المالية للمضرور.

2-الضرر المعنوي: وهو الضرر الذي يمس عاطفة وشعور المضرور ويؤثر على النفس بإلحاق الآلام بها دون أن ينتقص ذلك من قدرته على العمل والكسب والصحة المادية، والضرر المادي على خلاف الضرر المعنوي تتجلى فيه صعوبة أكبر من ناحية الإثبات والتقييم، ورغم أن الفقه اختلف بين مؤيد ومعارض في التعويض على هذا الضرر من عدمه، إلا أن مجلس الدولة الفرنسي وبداية من سنة 1961 اعترف بإمكانية التعويض عن الأضرار المادية، وهو نفس النهج الذي أخذ به المشرع الجزائري حين أقر بالتعويض عن الضرر المعنوي الناتج عن الضرر المادي، كالضرر الجمالي وكذا التعويض عن الضرر المعنوي البحث، كالأضطرابات النفسية والإحساس بمشاعر الحزن والحسرة(كفيف،2014، ص. 213) ، وذلك في العديد من المواد، منها المادة 182 من القانون المدني، غير أنه عاد في تعديل 2005 وضيق من نطاق التعويض عن الضرر المعنوي وحصره في المساس بالحرية والشرف والسمعة.

وإذا كان للضرر عقوبة وجزاء، فإنه يتوجب بالضرورة أن يكون له شروط بتوافرها مجتمعة يتحقق هذا الضرر، وأول هذه الشروط هي شرط تحقق الضرر، بمعنى أن يكون الضرر محققا وموجودا أي أن يكون قد وقع بالفعل كموت المريض أو إصابته بجرح في جسمه أو تلفا في ماله، كما يمكن أن يتحقق الضرر في حال وقوعه مستقبلا، أي أنه لم يقع بعد ولكنه مؤكد الوقوع، كأن يصاب شخص إصابة خطيرة، يتأكد من خلالها أنها ستؤثر على قدرته المستقبلية في العمل (للصانمة، 2002، ص.65).

ويشترط لصدور الحكم بالتعويض، ثبوت أن المدعي كان من الممكن أن يكون في وضع أفضل لو لم يرتكب الفعل الضار في حقه متى كان الضرر الذي لحق به قد وقع بالفعل.

وأما الشرط الثاني، فيتعلق بشخصية ومشروعية الضرر، بمعنى أن يكون المطالب بالتعويض هو من أصابه الضرر، إلا إذا كان المضرور في حالة إنابة أو خلف، كأن يكون وارثا مثلا، وهنا يمكنه المطالبة بالتعويض، حيث يدرس القاضي هذه المسألة ضمن قاعدة المصلحة والصفة، لكن الأمر يختلف في حالة الضرر الذي يلحق بالأفراد بالرغم من حالة التطابق بين الطابع الشخصي للضرر وقاعدة الصفة والمصلحة في التقاضي، فالضرر الذي يمس الضحية نفسها لا يثير أي ملاحظات، لكن

الإشكال الذي يطرح يدور حول الضرر الجسدي في تحديد هذا الطابع بالنسبة لذوي حقوق الضحية أو المضرور (بن وارث، 2006، ص.84).

أما مشروعية الضرر فتتعلق بمساس الضرر بمصلحة يحميها القانون، وعلى اعتبار أن الحق في السلامة الجسدية والمحافظة على الصحة وتجنب الآلام الجسدية والمعنوية هي أمور يكفلها القانون فكل مساس بها سيترتب عليه بالضرورة حدوث ضرر يوجب المسؤولية الطبية.

وفي هذا الصدد نشير إلى أن المشرع الجزائري قد حصر الأضرار الناجمة عن الخطأ الطبي والتي تقتضي إضافة إلى قيام المسؤولية التأديبية والمدنية إلى قيام المسؤولية الجزائية، بموجب المادة 353 من قانون الصحة 11/18 في: العجز الدائم وتعرض الحياة للخطر والتسبب في الوفاة.

المطلب الثاني: تطبيقات الضرر الطبي :

بعد التعرض لمفهوم الضرر الطبي فإنه يتوجب علينا بالضرورة أن نتعرض لصور وتطبيقات هذا الضرر وذلك من خلال دراسة صور هذا الضرر في مرحلتين أساسيتين، المرحلة الأولى هي مرحلة العلاج، والمرحلة الثانية متمثلة في مرحلة الجراحة.

أولاً: صور الضرر الطبي خلال مرحلة العلاج:

مرحلة العلاج الطبي هي المرحلة التي تبدأ بالتشخيص، وفيها يصف الطبيب الأدوية للمريض ويحدد طريقة وكيفية علاجه، وهنا يتعين على الطبيب بداية الالتزام بإعلام المريض بمرضه حتى يكون المريض راضياً بالعلاج الذي اختاره الطبيب ، وأن يحاط المريض من قبل طبيبه بمخاطر ومضاعفات العلاج والجراحة، ويترتب على عدم قيام الطبيب بإعلام المريض مسؤوليته عن النتائج الضارة والناشئة عن تدخله حتى في حال عدم ارتكاب خطأ (عيسى، 2008، ص.92)، وهو ما أخذت به المحاكم ومن قبلها القوانين الوطنية والمقارنة كالمادة 35 من القانون المتعلق بالآداب الطبية الفرنسية على ما يكون من موجب إعلام الطبيب لمريضه وبصفة صريحة وواضحة، واعتبرت المادة 11 من القانون الفرنسي 303 / 2004 الصادر في 04 مارس 2004 أن للمريض الحق في أن يكون على علم بكل النتائج والطوارئ والمخاطر المتكررة، أو النتيجة المتوقعة بشكل اعتيادي بالنتائج الناتجة عن التدخل العلاجي، إضافة إلى حق

المريض أن يكون على علم بكافة البدائل العلاجية والنتائج المتوقعة فيما لو رفض المريض العلاج (شنة، 2018، ص.102)، وفي هذا السياق خطت محكمة النقض الفرنسية خطوة كبيرة في هذا السياق في حالة إصابة مريض بتعفن، حين قررت مسؤولية العيادة بسبب إصابة المريض في قاعة العمليات ماعدا في الخطأ من جانبها وذلك بتاريخ 21 ماي 1996 وفي قرارها الصادر بتاريخ 25 فيفري 1997 أُلزم الطبيب بإعلام المريض ويقع على عاتقهم القيام بهذا الإلزام (طاهري، 2008، ص.75).

هذا الإلتزام ينصرف في حال عدم الرضا من طرف المريض انطلاقا من عدم جواز المساس بجسم الإنسان دون رضاه، فهو الذي يقر تقديم العلاج من عدمه حيث تعد موافقة المريض ورضاه من أهم الأمور التي يركز عليها الفقه والقانون والقضاء، وهنا يتطلب من أجل أن يكون تدخل الطبيب مباحا ضرورة رضا المريض أو من ينوبه شرعا أو قانونا كتابة أو شفاهة صراحة أو ضمنا، وذلك بمقتضى المادة 23 من قانون الصحة 11/18.

غير أنه يمكن وفي حالات محددة الاستغناء عن رضى المريض، وذلك عندما يكون التدخل الطبي غير منطلق من الحق في التطبيب أو حق المريض في سلامته الجسدية، وإنما انطلاقا من الواجب المفروض على الطبيب بمقتضى شرعية قاعدة قانونية، كحالات الأوبئة والحروب والأخطار العامة، وما عدا ذلك لا يجوز للطبيب اتخاذ أي إجراء أو عمل في حق مريض دون رضاه (الهيرش، 1996، ص.127).

كما توجد أيضا صور للضرر في العلاج من خلال الخطأ في التشخيص والذي قد يرجع الى العلم ذاته وليس إلى الطبيب الذي أخذ بكل الاحتياطات اللازمة، ويظل الطبيب هنا بعيدا عن المسؤولية التي تنتج عن هذا الخطأ في التشخيص، وهو ما أخذ به القضاء الذي ظل متفهما لموقف الأطباء في هذه المسألة لإدراكه بالصعوبات والمشاكل التي يلاقونها وهم يشخصون الأمراض، إلى درجة إرساء مبدأ قضائي مستقر وهو أن الغلط في التشخيص لا يمثل في حد ذاته خطأ طبيا (منير، 2011، ص.527).

وأما صور الضرر في مرحلة العلاج من خلال وصف العلاج فهي المرحلة الأهم لتحديد طريقة العلاج الصحيحة والملائمة للمريض، والطبيب هنا ملزم ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة، وذلك باختيار العلاج والدواء الملائمين لحالة المريض بغية الوصول إلى شفائه، ولذا فإن الطبيب لا يساءل هنا عن النتيجة لأن الأمر يرجع إلى الله

ثم إلى مدى فعالية العلاج من جهة، ومدى قابلية جسم المريض وحالة الاستيعاب ذلك من جهة أخرى، غير أن الطبيب هنا ملزم بأن يراعي الحد اللازم من الحيطة والحذر، وأن يأخذ في الاعتبار حالة المريض ومقاومته ودرجة تحمله للمواد الكيميائية التي يحتويها دواء معين، ومن ثم تثار مسؤولية الطبيب في حال عدم مراعاة ما سبق وإن أخطأ في تركيب الدواء بإعطاء جرعة أكثر من اللازم وأحدثت ضرراً (منصور، 2005، ص.162)، ومن ثمة فقد نصت المادة 352 من قانون الصحة، والمادتين 16 و31 من مدونة أخلاقيات الطب على ضرورة التزام الممارس الطبي بالعلاجات المعتمدة التي تحصل فيها هذا الأخير على التكوين والخبرة الضرورييتين، كما أوجبت المادة 15 من المدونة على الممارس الطبي التحيين والتحسين الدائمين لمعلوماته الطبية.

ثانياً: صور الخطأ الطبي خلال العملية الجراحية:

يأخذ الخطأ الطبي الذي يكون في أثناء العملية الجراحية عدة صور بداية من عدم الإعلام إلى عدم العناية بعد إجراء العملية ولنا أن نعددها في مايلي:

يأخذ هذا الخطأ أول صورته في حال عدم إعلام أو عدم رضا المريض بطبيعة ومخاطر العملية، وذلك حتى يكون الرضا صحيحاً وصادراً عن إرادة حرة غير مشوبة بعيب من عيوب الإرادة، ففي فرنسا عبر مجلس الدولة في قضية Epouxelle بشكل صريح أن واجب الطبيب بإعلام المريض يشمل كل المخاطر المعلومة بما فيها المخاطر التي لا تحصل إلا بشكل استثنائي، أما المشرع الفرنسي فقد نص في القانون 2002/314 في الباب الثاني منه تحت عنوان الديمقراطية الصحية في المادة 1212 الفقرة 3 أن واجب الطبيب بإعلام المريض يشمل المخاطر المعهودة أو المتوقعة، وهو ما خالفه المشرع اللبناني في المادة 2 من القانون 574 حين لم يذكر المخاطر المتوقعة (عيسى، 2008، ص.96)، بينما المشرع الجزائري ذكر في نص المادة 343 من قانون الصحة 11/18 على ضرورة إعلام المريض بالعلاج أو التدبير الوقائي، وطباعة الاستعجالي المحتمل، وعواقبه، والأخطار الاعتيادية أو الخطيرة التي ينطوي عليها والتي يمكن عادة توقعها، والحلول الأخرى الممكنة، والعواقب المتوقعة في حال الرفض، على أن يلتزم الممارس الطبي بتقديم العلاج دون الحاجة إلى الموافقة في حال الاستعجال، أو حال المرض الخطير والمعدى والمهدد لحياة المريض طبقاً لنص المادة 344 من قانون الصحة.

كما قد يكون الخطأ في الفحوصات السابقة على العملية، فإذا كان ذلك بسبب الإهمال فإن الطبيب هنا يتحمل المسؤولية، أما إذا كان تغاضي الطبيب راجعا لسرعة الحالة المعروضة عليه أو أن الأمر لا يستلزم ذلك طبيا لأنه من الأمور المختلف بشأنها فإنه يعفى من المسؤولية في هذه الحال (وكواك، 2004، ص.96).

كما قد يكون الضرر كذلك ناتجا عن أخطاء في التخدير، فإذا كان الأصل العام أن استعمال المخدر هو من الأعمال الطبية المشروعة وأنه لا ضرر فيه متى اتخذت في سبيل ذلك الاحتياطات التي يطلبها العلم، غير أنه يمكن أن ينتج عن التخدير وفاة خارجية عن تقدير العلم ولا يمكن التنبأ بها فلا يعتبر الطبيب هنا مخطئا ولا يتحمل المسؤولية عن الأضرار التي تنتج عن التخدير (محفوظ، 2015، ص.113).

غير أنه رغم ذلك يقع على عاتق الطبيب الجراح الالتزام بإجراء الفحص الطبي السابق عن العملية وكذا وضع البنج أو التخدير، حيث حكم القضاء في فرنسا بإدانة الطبيب المخدر كونه لم يقيم بمراقبة المريض تحت التخدير رغم إشعار زوجة المريض بعدم صحة المريض بعد مرور ست ساعات، حيث لم يشف المريض بعد ذلك بل ظل مصابا باضطرابات في التنفس، كما حكم كذلك في فرنسا بإدانة طبيب آخر ومساعدته لأنهما أعطيا المريض حقنة من الأرسينوتزول دون أن يقوموا بفحصه للتأكد من إمكانية احتمالها لها، وترتب على ذلك إصابة المريض بإصابة خطيرة وتوفي بعدها في الحقنة الرابعة.

كما يمكن كذلك أن يقع الخطأ خلال التدخل الجراحي، وهنا يكون دور الجراح واضحا ومحددا فهو الوحيد الذي له أن يختار وينفذ الوسيلة الفنية اللازمة لإجراء الجراحة وله في ذلك كل الحرية المطلقة، ومن ثم فإنه يسأل عن كل خطأ في اختيار وسيلة الجراحة وعن كل رعونة في أثناء الجراحة، ويدخل في ذلك استعانته بمساعدين غير أكفاء مما قد يسبب ضررا يترتب عليه المساءلة، وهو ما قضت به محكمة "دويه" من أنه يعد مهملًا وأرعنا الطبيب الذي يخالف ما جرى عليه العمل بين الأطباء من حيث الاستعانة في أثناء العملية الجراحية بشخص حاصل على دبلوم في التخدير أو على الأقل ذو خبرة طويلة في فن التخدير (منير، 2011، ص.302).

وأما آخر صور الخطأ الطبي للطبيب خلال العملية الجراحية فهو الذي يكون في حال عدم العناية بعد إجراء العملية، حيث يمتد هنا التزام الطبيب إلى ما بعد إجراء وانتهاء العملية حتى يتفادى ما قد تترتب عليه العملية من مضاعفات، ولكي يتمكن

المريض من استعادة وعيه من التخدير والخروج من الغيبوبة، وهنا فقد حكم القضاء في فرنسا بمسؤولية أخصائي في الأنف والأذن في جريمة قتل خطأ نتيجة غياب الإشراف الطبي الفعال في الساعات التالية لإجراء عملية لمريض أجرى له الطبيب عملية استئصال اللوزتين نشأ عنها نزيف تسبب في وفاته، بالرغم من أن الأصول الطبية تقضي بأن يظل الطبيب بعد العملية لمدة أربعة وعشرين ساعة على الأقل تحت الإشراف الطبي المباشر(رمضان، 2005، ص.33).

المبحث الثاني: الضرر الطبي في المستشفى العام:

تطور العمل في القانون والقضاء الوطني والمقارن في مسألة تحديد ومحاسبة المتسبب في الأضرار ووصل هنا إلى حد الأخذ بنظرية المخاطر، بل تجاوزها إلى حد الأخذ بنظرية تفويت الفرصة في الشفاء وهو ما سنتعرض له من خلال المطالبين التاليين:

المطلب الأول: الضرر الطبي ونظرية المخاطر:

تعد نظرية المخاطر من آخر النظريات المعتمدة لتقرير المسؤولية، فإذا كانت مسؤولية المستشفى العام كأصل عام تؤسس على أساس الخطأ المرفقي سواء أكان جسيما أم بسيطا، فإنه بداية من سنة 1993 إعترف مجلس الدولة الفرنسي بإمكانية إقرار المسؤولية على المستشفى العام في بعض الحالات ومن دون وقوع خطأ، أي على أساس المخاطر وذلك للاعتبارات التي ساقها المجلس في أنه: " عندما يشكل عمل طبي ضروري للتشخيص أو لعلاج المريض خطرا يعرف وجوده غير أن إمكانية تحققه استثنائية وليس هناك سبب يسمح بالاعتقاد بأن المريض سيتعرض له بشكل خصوصي، فإن مسؤولية مؤسسة الاستشفاء العامة تقوم إذا كان تنفيذ هذا العمل هو السبب المباشر لأضرار لا علاقة لها مع الحالة السابقة للمريض ولا مع الضرر المتوقع لهذه الحالة وتتصف بدرجة قصوى من الجسامة ".

وانطلاقا من هذا القرار والكثير من القرارات المشابهة فقد أقر مجلس الدولة الفرنسي مسؤولية تقوم على تحمل المخاطر الطبية أو مخاطر العلاج، وهو ما سيؤدي إلى التزام بالسلامة دون أن يلتزم الطبيب طبعا بشفاء المريض، كما تجب الإشارة هنا إلى أن المسؤولية غير الخطيئة القائمة على تحمل المخاطر لا تعني التعويض الآلي بل لا بد لقيامها من فعل ضار، على أن العامل المسبب للضرر هنا لم يعد هو الطبيب

بل هو العمل الطبي والجراحي ذاته الذي نتجت عنه الاضطرابات أو المشاكل التي يعاني منها المريض أو عجزه أو ربما وفاته، كما يجب أيضا لقيام العلاقات السببية بين العمل الطبي والضرر بحيث يكون الأول السبب الوحيد أو أحد أسباب وقوع الثاني، وباختصار ألا يكون الضرر قد وقع لولا العمل الطبي الذي خضع له المريض (سرحان، 2004، ص.224).

وإضافة إلى المبدأ العام الذي أقره مجلس الدولة الفرنسي في مجال المسؤولية غير الخطئية، فقد جاءت نصوص تشريعية أخرى لتقديم صورة أخرى من دون خطأ في مجالات محددة من الأعمال الطبية وهي:

أن مسؤولية الدولة عن الأضرار الناتجة عن عمليات التطعيم الإجباري لا تحتاج إلى إثبات خطأ لقيامها، وهو ما نصت عليه المادة 1-10 L من قانون الصحة العامة الفرنسي، أما بالنسبة للتطعيمات الاختيارية فتطبق عليها القواعد العامة للمسؤولية. كذلك تترتب المسؤولية من دون خطأ عن الأضرار التي يتعرض لها المتبرع بالدم في الحالات التي يتم فيها تعديل خصائص الدم قبل سحبه للحصول على مصلى شديد المناعة، مثلا المادة 10-668 L من قانون الصحة العامة الفرنسي.

كذلك فرض المشرع مسؤولية من دون خطأ عن الأضرار الناجمة عن أبحاث الحياة الطبية التي تجرى دون منفعة طبية وعلاجية مباشرة لمن يخضع لها بموجب المادة 7-209 L من قانون الصحة العامة الفرنسي (بن وارث، 2006، ص. 72)، وقد سلك المشرع الجزائري نفس الاتجاه في نص المادة 393 من قانون الصحة 11/18، إذا يلتزم المرقى وهو الشخص الطبيعي أو المعنوي المبادر بالدراسة العيادية دون منفعة فردية بالتعويض عن الأضرار الناتجة عن الدراسة للشخص الخاضع لها أو لذوي حقوقه.

وعند البحث في إثبات المخاطر الطبية انطلاقا من اعتبار المستشفى العام ما هو إلا مرفق يقدم خدماته إلى كافة المواطنين، فقد ذهب رأي في الفقه الفرنسي إلى القول بعدم وجود أي علاقة عقدية بين المرفق الصحي والمريض، وأن هذا الأخير ما هو إلا منتفع بالخدمات التي يقدمها المستشفى العام مثله مثل بقية المواطنين الذين لهم الحق طبقا للقانون واللوائح التنظيمية المنظمة لذلك دون حاجة إلى عقد، فالعلاقة بين المستشفى والمريض ليست عقدية، بل من طبيعة إدارية، وأن مسؤولية

هذا الأخير هي مسؤولية إدارية تخضع في اختصاص النظر فيها للقضاء الإداري (حروزي، 2008، ص 92).

وكأصل عام وعند محاولة إقرار المسؤولية أمام القضاء فإن الإثبات يكون بإقامة الأدلة والبراهين وبالوسائل التي حددها القانون، وهنا على المريض المتضرر إثبات أركان المسؤولية الثلاثة.

فأول ركن هو إثبات العمل الضار، الذي يتوجب أن يكون مصدره خطأ الطبيب أو المستشفى، أو ناتج عن خطورة نشاطه، وإن كان في الغالب يكون الخطأ مصدر الضرر فيتوجب على المريض أن يقدم دليلاً على خطأ المستشفى أو أن نشاطه هو ما سبب له الضرر دون حاجة إلى إثبات وجود خطأ من عدمه، وللقاضي الإداري تقدير هذه الأدلة لإثبات ركن العمل الضار أو نفيه (عياشي، 2001، ص 101).

وأما ثاني ركن فهو إثبات الضرر الحاصل، حيث لا يمكن مساءلة الطبيب عن الخطأ الذي يرتكبه ما لم يقترن بضرر أصاب المريض، وبذلك تعد نقطة البداية لمساءلة المستشفى هي تحقق ركن الضرر المرتبط بخطأ المستشفى وليس بغيره، وبالتالي يقع على المريض المضرور عبء الإثبات أما المحكمة الإدارية سواء كان مصدره خطأ إدارة المرفق الطبي العام أو خطأ المستخدم في هذا المرفق (الجلوسي، 2007، ص 50).

وأما الركن الثالث فهو إثبات العلاقة السببية بحيث وقوع خطأ من المستشفى وحصول ضرر على المريض لا يعني مباشرة قيام مسؤولية المستشفى ما لم يكن الضرر الذي أصاب المريض ناتجاً عن خطأ المستشفى كنتيجة طبيعية له ومرتبطة به ارتباطاً مباشراً برابطة يطلق عليها اسم الرابطة أو العلاقة السببية، بمعنى أن يكون الخطأ مرتبطاً بالضرر ارتباطاً بالسبب بالعلة أو المعلول (عياشي، 2001، ص 47).

فبمجرد ثبوت العمل الضار والضرر يفترض أن هذا الضرر قد نشأ عن الخطأ أو نشاط المرفق العام الطبي، وما على هذا الأخير إلا إثبات أن الضرر قد نشأ عن سبب أجنبي لا يدا له فيه، واستخلاص العلاقة السببية بين العمل الضار والضرر يعد من المسائل الواقعية التي يستقل فيها قاضي المحكمة الإدارية عن رقابة مجلس الدولة، أما التكييف القانوني للعلاقة السببية كحكم تعدد الأسباب وكذا تحديد السبب الأجنبي فجميعها خاضعة لرقابة مجلس الدولة، لأنها من مسائل القانون لا الواقع (عشوش، 2011، ص 201).

المطلب الثاني: الضرر الطبي ونظرية تفويت الفرصة في الشفاء:

القضاء الفرنسي هو من اعترف بشكل جديد بالضرر متمثلاً في تفويت الفرصة في الشفاء أو البقاء على قيد الحياة إثر الخطأ المنسوب للمستشفى، حيث ذهبت محكمة النقض الفرنسية إلى اعتبار هذا الضرر شكلاً مستقلاً عن الضرر الناجم عن العجز والموت في حد ذاته، وإذا كان إثبات الخطأ الفني ليس من الأمور السهلة للطابع الشخصي العلمي البحت لهذا الأمر ولصعوبته البالغة حتى لذوي الاختصاص في حد ذاتهم فما بالك بغيرهم، لذا فإن إقامة الدليل والحجة على وجود علاقة سببية بين خطأ المستشفى والضرر الذي أصاب مريضه بسببه تتميز كذلك بكثير من الصعوبة كون العلاقة السببية في حد ذاتها تعد فكرة غامضة جداً.

وهنا جاءت نظرية تفويت الفرصة في الشفاء كحل ابتدعه مجلس الدولة الفرنسي لحالة انعدام العلاقة السببية وغموضها والتي تأخذ تطبيقات كثيرة ومتنوعة، كما قد تأخذ أيضاً صوراً إيجابية أو سلبية (باعة، 2017، ص. 428).

فالمصور الإيجابية تتمثل في الخطأ في التشخيص الذي قضى به القضاء الفرنسي بداية من سنة 1962، واعترف بأن الخطأ في التشخيص في حالة إثباته بالدليل، وإثبات ذلك أنه كان من الممكن تفاديه حين قضت لأحد المرضى قدر الطبيب أنه لا يعاني من أي كسر ولكنه بعد تتبع سنوات من التشخيص حدثت لذلك المريض مضاعفات خطيرة متمثلة في آلام ناشئة عن حدوث تورم في يده مكان الإصابة القديمة، ليقوم هذا المريض بمقاضاة الطبيب وتم انتداب خبير ليصدر خبرته بانعدام العلاقة السببية بين الخطأ الأساسي والضرر النهائي، مؤكداً أن ما آلت إليه حالة المصاب هي نتيجة احتمال الخطأ في التشخيص وما ترتب عليه من انتفاء العناية المناسبة، وقضت محكمة قرونوبل بتعويض المصاب مسببة حكمها أن الخطأ في التشخيص فوت على المريض فرصة الشفاء (رايس، 2011، ص. 176).

و أما الصورة السلبية فقد يكون فوات الفرصة راجعاً إلى عدم إجراء الفحوص التمهيديّة، وهي المرحلة التي تمكن المعالج من الحصول على المعلومات الكافية من المريض وإغفال المريض أو الجراح إجراء هذه الفحوص يعد خطأ طبياً يترتب عليه قيام المسؤولية متى ثبت رابط السببية المؤكدة بين الخطأ والضرر اللاحق بالمريض، ويدخل أيضاً ضمن هذه الصورة عدم الاستعانة بأخصائي التخدير، وأكدته القضاء

الفرنسي حين قضى بمسؤولية الطبيب الجراح عن الحوادث التي تنتج عن عمليات التخدير، وذلك بموجب حكمه الصادر سنة 1977 في حق طبيب استعان بطبيب غير مختص في التخدير ليصاب المريض باضطرابات في التنفس أفضت لموته، وهنا اعتبر الطبيب مسؤولاً ومقصراً في واجب اليقظة والعناية الواجبة (الجميلي، 2009، ص.407).

خاتمة ونتائج الدراسة:

وفي نهاية هذا البحث نخلص إلى النتائج الآتية:

- أنه على الرغم من كل الترسانة القانونية التي وضعها المشرع الجزائري قصد تحديد المسؤوليات الناتجة عن الأخطاء الطبية، لأجل تحديد المسؤوليات وإنصاف المتضررين، إلا أن الملاحظ أن المتضرر لا يزال غير مستوف لحقه عن طريق ما يصدر من أحكام قضائية عادية أو إدارية في هذا الموضوع، وهذا إذا ما حركت الدعوى أصلاً، والتي تكون أغلب الأحكام ضدها بالرفض شكلاً أو موضوعاً أو لعدم وضوح الأسس القانونية التي تقوم عليها المسؤولية الطبية، وما إلى ذلك من التبريرات التي لا تزال تعد المستشفى ملاكاً لا يخطئ، مما يدفع المتضرر للتخبط حتى يحصل على حقوقه، على عكس القضاء في فرنسا وخصوصاً الإداري منه الذي حرص أكثر على تعويض المتضرر بإقراره للعديد من النظريات التي يمكن من خلالها قيام مسؤولية الطبيب أو المستشفى على أي ضرر قد يصيب المريض.
- غياب التخصص القضائي عموماً وفي مجال المسؤولية الطبية خصوصاً يجعل القاضي لصفة الخبير الأعلى التي يكسبه إياها القانون، كما يجعله بعيداً كل البعد عن الهدف المنشود في تحقيق العدالة وإنصاف المتضرر من الأخطاء الطبية، وذلك ناجم عن عدم الإلمام بكل تعقيدات الأعمال الطبية وتنوعاتها، إذ إن الحكم عن الشيء فرع عن تصوره.
- إضافة إلى غياب القضاة المختصين، فإن غياب الأطباء الخبراء الملمين بالجوانب القانونية إضافة إلى اختصاصهم الطبي يعد معضلة كبيرة في مواجهة تحقيق العدالة في هذا المجال، سيما وأن الخبرة الطبية القضائية حالياً تسند لأطباء مختصين جهلون بأجديات الإجراءات القانونية في مجال الخبرة التي تنظمها القواعد العامة الواردة في قانون الإجراءات المدنية والإدارية، لاسيما المادة 125 وما بعدها.
- ومن هذا المنطلق نقترح ما يلي:

- ضرورة إيجاد نوع من التكوين والتدريب القضائي المختص للقاضي الإداري الفتحي الذي لم يواكب جوهر وروح نظام ازدواجية القضاء، الذي ترتب عليه عدم قدرته على الغوص في هذا الموضوع والأخذ بالنظريات الحديثة واقتصار أحكامه على تطبيق ما يسنه المشرع من

تشريعات في هذا المجال دون مواكبة التطورات الطبية المعاصرة، من خلال تفعيل المسؤولية غير الخطئية، وكذا تفويت الفرصة في الشفاء، وعدم الاعتماد فقط على النظريات الكلاسيكية.

- تعديل قانون الصحة، ومدونة أخلاقيات الطب بما يتماشى والنظريات الحديثة في مجال المسؤولية عن الأخطاء الطبية وجعلها أكثر دقة وتفصيلا.

- تدعيم التكوين القانوني للممارسين الطبيين، وأعوان الصحة العمومية، لاسيما في مجال استحداث تكوين قانوني خاص بالخبراء في مجال الخبرة الطبية القضائية، وعدم الاكتفاء بتعيينهم تبعا لاختصاصهم الطبي وخبرتهم في مجال الصحة فقط، وإنما ضرورة إخضاعهم لتكوين قانوني خاص يجعل منهم أكثر كفاءة لأداء مهام الخبرة للاستجابة لمتطلبات القضاء، واستحداث لغة مشتركة بين القاضي والطبيب الخبير تمكن القاضي من فهم الطبيب الخبير من جهة، ومن جهة أخرى تمكن هذا الأخير من فهم المهمة الموكلة له دون أن يحددناها.

قائمة المصادر و المراجع

1. الجلوسي إبراهيم علي حمادي. (2007). *الخطأ المهني والعادي في إطار المسؤولية الطبية*، بيروت، منشورات الحلبي الحقوقية.
2. أسعد عبيد الجميلي. (2009). *الخطأ في المسؤولية الطبية المدنية*، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
3. البقلاوي محمود. (2004). *المسؤولية الجنائية للطبيب*، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.
4. رمضان جمال كمال. (2005). *مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية*، القاهرة، المركز القومي للإصدارات القانونية.
5. حروزي عز الدين. (2008). *المسؤولية المدنية للطبيب أخصائي الجراحة في القانون الجزائري المقارن*، الجزائر، دار هومة.
6. طاهري حسين. (2008). *الخطأ الطبي والخطأ العلاجي للمستشفيات العامة*، دراسة مقارنة، الجزائر، فرنسا، الجزائر، دار هومة.
7. كفيف الحسن. (2014). *النظام القانوني للمسؤولية الإدارية على أساس الخطأ*، الجزائر، دار هومة.
8. اللصاصمة عبد العزيز. (2002). *نظرية الالتزام في ضوء القانون المدني*، المسؤولية المدنية التقصيرية للفعل الضار، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
9. محمد حسين منصور. (2005). *المسؤولية الطبية*، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر.
10. عدنان إبراهيم سرحان. (2004). *مسؤولية الطبيب المهنية في القانون الفرنسي*، بيروت، منشورات الحلبي الحقوقية.

11. عشوش كريم. (2011). *العقد الطبي، الجزائر، دار هومة.*
12. عيسى أحمد. (2008). *مسؤولية المستشفيات الحكومية، بيروت، منشورات الحلبي الحقوقية.*
13. فرج صالح الهريش. (1996). *موقف القانون من التطبيقات الطبية الحديثة، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع.*
14. ثروت عبد الحميد. (2007). *تعويض الحوادث الطبية، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.*
15. رايس محمد. (2001). *المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، الجزائر، دار هومة.*
16. رياض حنا منير. (2011). *النظرية العامة للمسؤولية الطبية في التشريعات المدنية ودعوى التعويض الناشئة عنها، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.*
17. باعة سعاد. (2017). *المسؤولية الإدارية دون خطأ للمرفق العام: المستشفى العمومي نموذجاً، المجلة الأكاديمية للبحث القانوني، (عدد خاص)، ص 428*
18. طرشون هناء، جفال عبد الحميد. (2018). *الخطأ الطبي أثناء التدخل الجراحي، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، (العدد 16)، ص 17.*
19. محفوظ عبد القادر. (2015). *الخطأ كأساس للمسؤولية الإدارية للمرفق العام الطبي، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، (العدد 07)، ص 113.*
20. قوادري مختار. (2018). *معيار الخطأ الطبي في فقه القانون المدني والفقه الإسلامي، مجلة الحقيقة، (المجلد 17 العدد 04)، ص 81.*
21. عثمانى علي. (2014). *الخطأ الطبي كأساس للمسؤولية الإدارية للمستشفى في الجزائر، مجلة التراث، (العدد 13)، ص 172.*
22. عمارة مخاطرية. (2017). *الضرر الطبي الموجب للتعويض وآثاره القانونية، مجلة القانون، (العدد 08)، ص 401.*
23. شنة زواوي. (2018). *مكانة الخطأ الطبي الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد التقليدية، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية، (المجلد 01، العدد 10)، ص 102.*
24. بن وارث محمد عبد الحق. (2006). *المسؤولية الطبية في نطاق المستشفيات العامة في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر.*
25. وكواك الشريف. (2004). *الخطأ الشخصي للطبيب في المستشفى العام، مذكرة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة الجزائر.*
26. عياشي كريمة. (2001). *الضرر في المجال الطبي، مذكرة ماجستير، جامعة تيزي وزو.*