

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش



الدكتور بودالي محمد

عميد كلية الحقوق

جامعة الجيلالي اليابس - سيدي بلعباس

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المسؤولية الجزائية للجراح

وطبيب التخدير والإنعاش

الدكتور بودالي محمد

عميد كلية الحقوق

جامعة الجيلالي اليابس-سيدي بلعباس

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

لم يعد النشاط الطبي نشاطاً فردياً كما بدأ، بل تطور ليصبح نشاطاً جماعياً، ومرّد ذلك إلى التخصّص الذي أصبح يميّز النشاط الطبي، فضلاً عن الاستعانة بالتكنولوجيا الطبية في مجال الكشف، العلاج والجراحة.

مما أدى إلى ميلاد تخصصات مختلفة، تتعاون من أجل قهر المرض، كلّ ذلك مهّد لميلاد الفريق الطبي *l'équipe médicale* لتأدية عمل طبي جماعي *l'œuvre médicale collective*، وخاصة في مجال الجراحة.

وبقدر ما حقق الطب الفردي وكذا الطب الجماعي من انتصارات وفتوحات على حساب الأمراض والأوبئة فإنه أفضى إلى توسيع مجال المخاطر الطبية، خصوصاً تلك الناجمة عن العمل الجراحي والتخدير⁽¹⁾.

وانتهى الأمر بتلك الحوادث المؤسفة إلى ردهات المحاكم لاختصاص كل من الجراح وطبيب التخدير اللذين يعتبران من أهم عناصر الفريق الجراحي. لتجد هذه الأخيرة نفسها أمام معضلات قانونية يستعصى حلها وهي تحديد مسؤولية الجراح من جهة، ثم تحديد مسؤولية طبيب التخدير، والناجمة عن عمل واحد في إطار الفريق الجراحي.

1- وهو أمر نلتمسه لدى شركات التأمين المختصة في التأمين من المخاطر الطبية والتي ثبت لديها أن نسبة كبيرة من الأضرار الجسمانية المنسوبة إلى الأطباء ترجع إلى فعل الجراحين وأطباء التخدير. C.Vilar., «L'évolution des responsabilités du chirurgien et de l'anesthésiste», RTDCIV. 1974, p739, n°1

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وقد تصدى القضاء لهذه الحوادث وليس بين يديه نصوصاً قانونية تنظم بوضوح مسؤولية الجراح وطبيب التخدير، كما اصطدم بحقيقة وجود عادات طبية مختلفة تسود مجال الجراحة في القطاع العام والقطاع الخاص، بل وتختلف في القطاع الواحد، كما اصطدم بواقع التبعية لطبيب التخدير في علاقته مع الجراح. ولأزال القضاء في فرنسا يصنع لبنات المسؤولية الطبية سواء كانت مدنية أو جزائية للطبيب الجراح وطبيب التخدير، بشكل خلاق، وإن كان يتميز بنوع من البطء، لذلك جاز أن نشبه دوره هنا، بدور القضاء الإداري في تشييد معالم القانون الإداري، وبناء على ذلك يمكن أن نصف قانون المسؤولية الطبية بأنه قضائي النشأة.

لا يوجد -بين أيدينا- في القانون الجزائري ما ينظم العمل الجراحي، لذلك سنسند في دراستنا هذه إلى الاجتهاد القضائي في فرنسا.

المبحث الأول : طبيب التخدير والإنعاش من التبعية للجراح إلى الاستقلال التقني في إطار الفريق الجراحي

المطلب الأول : تطور المركز القانوني لطبيب التخدير في التشريع.
نظراً لحدثة نشأة مهنة التخدير، فإن ذلك استتبع اهتماماً متأخراً من المشرع الفرنسي، كما أخذ هذا الاهتمام بعداً تشريعياً على مراحل امتدت منذ سنة 1947⁽²⁾ وإلى سنة 1995 تاريخ صدور قانون أخلاقيات الطب الجديد⁽³⁾.

-
- 2- بدأ الاعتراف في فرنسا بهذا التخصص المستقل بموجب القرار الوزاري المؤرخ في 18 نوفمبر 1948 الذي أنشأ تعليم مادة علم التخدير والدبلمومات الخاصة به. Anesthésiologie .
وفي سنة 1965 تم الاعتراف بجواز ممارسة هذه المهنة بوصفها تخصصاً ذو طابع خاص وتم قبولها بوصفها كذلك في الضمان الاجتماعي سنة 1966.
3- ظهر أول تقنين لأخلاقيات الطب في فرنسا بتاريخ 27 جوان 1947، ثم تلاه قانون 1955، ثم قانون 28 جوان 1979 وأخيراً الأمر رقم 1000-95 المؤرخ في 6 سبتمبر 1995.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

نصت المادة 9 من قانون أخلاقيات الطب لسنة 1979 صراحة على الاستقلال المهني لطبيب التخدير عن الجراح، ولكن المادة 45 من نفس القانون تضمنت ما يناقض المبدأ السابق بإجازتها الحق للجراح في أن يختار مساعده أو مساعديه في مجال الجراحة وكذا طبيب التخدير⁽⁴⁾.

وقد استند جانب من الفقه التقليدي، والقضاء القديم إلى هذه المادة الأخيرة لاعتبار طبيب التخدير مجرد مساعد للجراح un simple auxiliaire. والواقع أن المادة السابقة هي متأية أصلاً من قانون أخلاقيات الطب لسنة 1947 وهي فترة كان يعتبر فيها طبيب التخدير المساعد الأكبر un aide supérieur دون أي احتكاك فيها بالمريض.

وقد كافحت نقابة الأطباء le conseil de l'ordre الكثير من أجل الاعتراف لطبيب التخدير بالاستقلالية وإزالة التناقض القائم بين نص المادتين 9 و45، ووصل بها الأمر إلى اقتراح صياغة جديدة لنص المادة 45. ثم صدر قانون 1979 ولم يأخذ بالمقترح السابق، ولكنه كرّس صراحة مبدأ استقلال طبيب التخدير عن الجراح في إطار الفريق الجراحي وأكد على فصل مسؤوليات أعضاء الفريق، والتي هي نتيجة لتمييز واختلاف المهام الخاصة بكل عضو. بموجب المادة 59 منه والتي نصت على أنه: «عندما يتعاون عدد من الأطباء في فحص أو علاج مريض ما، فإن كل واحد منهم يكون مسؤولاً مسؤولية شخصية، وأن الأمر نفسه يسري على سبيل المثال، في إطار الفريق الذي يشكله الجراح والممارسين الذين استعان بهم»⁽⁵⁾. وبناء على ذلك لم يعد الجراح مسؤولاً عن الأخطاء التي يرتكبها طبيب التخدير، بينما مساعدي الجراح les aides opératoires الذين يتم اختيارهم من طرف الجراح يعملون تحت رقابته.

4. «Le chirurgien a le droit de choisir son aide ou ses aides opératoires, ainsi que l'anesthésiste».

5. Lorsque plusieurs médecins collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles. Il en est ainsi, par exemple, dans l'équipe que forment le chirurgien et les praticiens auxquels il a fait appel.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

ورغم وضوح النصوص السابقة، فإن ذلك لم يمنع من وجود نصوص أخرى ترى عكس ذلك وتساهم في عدم المساواة الفعلية بين طبيب التخدير والجراح.⁽⁶⁾ ولاشك أن ذلك أدى في الواقع إلى التقليل من أهميته واعتباره حتى عندنا مجرد تابع *un commettant de chirurgien*، خصوصاً وأن الواقع أثبت أن أطباء التخدير لازالوا يعملون تحت إشراف الجراحين، والذين يبقوا الأمر النهائي في غرف العمليات.

وفي الجزائر صدر المرسوم التنفيذي رقم 91-109 المؤرخ في: 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش *les auxiliaires médicaux en anesthésie*، حيث نصت المادة 18 منه على أنهم يعملون تحت سلطة المسئول السلمي: «بالقيام في إطار التخدير والإنعاش بتحضير المريض الذي تجري له العملية في فترات قبل وأثناء وبعد العملية. وفي إطار المعالجات الاستعجالية يقومون بإنعاش المرضى الذين يظهر عليهم الخطورة في إحدى أو عدة وظائف حيوية للجسم إلى غاية التكفل بهم من طرف المصلحة المختصة».

كما نصت المادة 19 من نفس المرسوم على أنهم يكلفون تحت سلطة المسئول السلمي بالقيام بأعمال معقدة ومتخصصة، ونحن نتساءل من هو المسئول السلمي؟ هل هو طبيب التخدير أم الجراح؟

المطلب الثاني : طبيب التخدير بين المفهوم التقليدي ومبدأ استقلاله المهني في نظر الاجتهاد القضائي.

لم يشذ القضاء في فرنسا عن التصور السائد عن طبيب التخدير، ويمكن التمييز في هذا الصدد بين المرحلتين :

المرحلة الأولى : ذهب فيها القضاء إلى اعتبار طبيب التخدير مجرد تابع للجراح *un préposé du chirurgien*، وهو ما يسمح له بتوجيه التعليمات إليه، وكنتيجة لذلك يسأل عن أخطائه ومرد ذلك إلى عوامل واقعية أكثر منها قانونية

6. من ذلك القرار الوزاري المؤرخ في 6 جانفي 1962 (المادة 60-3) الذي نصّ على اعتبار التخدير العام كمهمة من مهام المساعد الطبي *auxiliaire médical* وكذا ما نصّت عليه التعليمات المؤرخة في 30 أفريل 1974 بأن التخدير يمكن أن يقوم به مساعد طبيب التخدير *un aide anesthésiste*.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

ترجع في مجملها إلى كون عمل التخدير، كانت تقوم به إحدى الممرضات تنفيذاً لتعليمات الجراح، تحت رقابته ومسؤوليته. وأنه لما صار عمل التخدير لاحقاً يقوم به طبيب مختص لم تتغير الأحوال في البداية، حيث أسقطت صورة الممرضة التي تقوم بعمل التخدير على طبيب التخدير الذي يعتبره الجراح مجرد تابع تحت سلطته وإشرافه⁽⁷⁾.

وقد وجدت المحاكم -ولسنوات طويلة- في نص المادة 45 السابق الذكر، أساساً قانونياً للقول بالفكرة التقليدية السائدة بوجود نوع من رابطة التبعية بين الجراح وطبيب التخدير، وأن الجراح هو المسؤول بوصفه الربان الأوحده في غرفة العمليات، وأن طبيب التخدير ليس سوى تابع له.

واهتداء بهذه النظرة لم تتردد محكمة Grenoble بالقول : «أن طبيب التخدير، الذي يختاره لمساعدته، يكون محمياً بمسؤولية الجراح، بما يسمح لضحية خطأ طبيب التخدير أن يوجه دعواه- في كل الأحوال- ضدّ الجراح المسؤول عن العملية، وليس ضدّ طبيب التخدير، الذي يعتبر مجرد منفذ»⁽⁸⁾.

ولم يتردد بعد ذلك مجلس قضاء باريس في الخروج عن المفهوم الكلاسيكي لطبيب التخدير، بالإعلان عن أن مركز طبيب التخدير في إطار الفريق الجراحي يختلف عن مركز الممرضة، وهو ما يستتبع الاعتراف بالمسؤولية الشخصية لطبيب التخدير وكذا المسؤولية الشخصية للجراح.

كما اعترف أيضاً بإمكانية قيام المسؤولية التقصيرية لطبيب التخدير حتى ولو لم يوجد عقد بينه وبين المريض.

7. يضاف إلى ذلك عامل قانوني في نص المادة 45 من قانون أخلاقيات الطب لسنة 1979 الذي لم يكتف بمنح الجراح حق اختيار مساعديه في الجراحة بما فيهم طبيب التخدير، وإنما أيضاً بتدوين أتعابه في الفاتورة Note d'honoraires المطالب بدفعها المريض.

8- «Le médecin anesthésiste qui, choisi par le chirurgien, assiste ce dernier, est couvert par la responsabilité, de telle sorte que l'action de la victime se plaignant d'une faute de l'anesthésiste doit, en tout état de cause être dirigée pour le moins, contre le chirurgien responsable de l'opération, et non contre l'anesthésiste, simple exécutant», trib.civ Grenoble., 16 mai 1956. JCP. 1956. II 9456, obs. R. Savatier.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وحاول المجلس في الأخير أن يوفق بين المادة 9 من مدونة أخلاقيات الطب التي تركز مبدأ الاستقلال المهني للطبيب، والمادة 45 من نفس المدونة، التي تعترف بتبعية طبيب التخدير للجراح بالقول أن: «الاستقلال المهني للطبيب الذي تؤكد المادة 9 من مدونة، لا يشكل مانعاً من اعتبار طبيب التخدير في نظر ضحية خطئه، أن يكون تابعاً وفقاً لمفهوم المادة 1384 من القانون المدني، لطبيب آخر يكون بدوره مسؤولاً عن أفعاله، متى توافر شرطي الاختيار والتبعية والذين يؤديان إلى نشوء رابطة التبعية». وفي مرحلة تالية : اعترف القضاء باستقلال طبيب التخدير، تحت تأثير تطور مركزه القانوني، وتأهيله العالي المستوى، وكذا دوره الأساسي إلى جانب الجراح. غير أنه كان من الطبيعي أن يكون نتيجة هذا الاستقلال، إقرار مسؤوليته في إطار الفريق الجراحي.

وتعبيراً عن هذا الاتجاه الجديد ذهب مجلس قضاء Aix إلى : «أن الجراح الذي يستعين بطبيب تخدير وإنعاش، مختص وذو كفاءة عالية، يتخلص بهذا وعلى عاتق زميله من مهمة ضمان تخدير المريض في ظروف تسمح بأداء العمل الجراحي، ومراقبة حالة التنفس وحالة القلب والأوعية للمريض خلال مدة العمل الجراحي، كما يضمن إفاقته».

9. «...l'indépendance professionnelle d'un médecin, qu'affirme l'art. 9c. déontologie médicale, ne fait pas obstacle à ce que ce médecin au regard d'une victime de sa faute, puisse être le préposé au sens de l'art. 1384c.civ. pourvu que soient remplies les conditions de choix et de subordination qui crée entre toutes personnes un lien de préposition ». Paris., 14 février 1958. G.P. 1958. 1. 438.

وقد أيدت محكمة النقض القرار السابق: 125 p. 1961, D. 18 octobre 1960, civ.

10- «...un chirurgien qui a recours à un médecin anesthésiste-réanimateur, spécialiste hautement qualifié, se décharge par la même sur son confrère des conditions permettant l'acte opératoire, de surveiller l'état respiratoire et cardio-vasculaire de l'opéré pendant la durée de cet acte, et d'assurer son réveil... 26 novembre 1969, cité par L.Korn probst. «Partage des responsabilités entre chirurgien et anesthésiste - réanimateur», Pres.méd. 1970, p.134.

Voir aussi : Montpellier, 5 mai 1971. G.P. 1972.1, p.53.

المطلب الثالث: طبيب التخدير بين المفهوم التقليدي

والمفهوم الحديث في نظر الفقه.

وجدت فكرة الاستقلال المهني لطبيب الجراح معارضين لها وعلى رأسهم الفقيه R.Savatier، الذي كان يعتبر الجراح هو رئيس الفريق الطبي أمّا طبيب التخدير فليس سوى مساعداً له son auxiliaire. وفي ذلك يقول في معرض تعليقه على مسؤولية الجراح باستفهام: «أليس هو ربان المركبة التي تتكون منها غرفة العمليات؟»⁽¹¹⁾ وأنّ تخصص مساعديه وكذا المسؤولية الملقاة على عاتق البعض منهم لا تمنع من أن يكون هو رب العمل. وأنه هو -وبعد التشاور مع طبيب التخدير- من يختار، ويحدّد كيفية التخدير، وهو من تخضع له جميع الأجهزة المستعملة في غرفة العمليات. وهو الذي يضمن بوصفه القائد، المخاطر العقدية المرتبطة بالعملية المكلف بها.

وبعد ذلك بسنوات قليلة غير الفقيه R.Savatier نظريته السابقة، معترفاً باستقلال طبيب التخدير بالقول: «أن من حق الجراح الوثوق في طبيب متخصص في فريقه، فيما يخضع لاختصاصه من المهام، بشكل يتخلّى فيه -ودون أن يستبقي سلطته ولا رقابته عليه- أعمال العلاج التي تدخل في تخصصه. وبالتالي فإنه لا يشترك إذن في المسؤولية عن الخطأ الخاص بهذا الطبيب، والذي يجب أن يتحملها وحده»⁽¹²⁾.

11- «...n'est-il pas le capitaine de ce vaisseau que constitue le bloc opératoire?...»

R.Savatier, obs. sur TGI. Seines., 3 mars 1965, JCP, 1966, II, 14581.

12- «Le chirurgien est en droit de faire confiance au médecin spécialiste de son équipe, en ce qui ne dépend que de la spécialité de celui-ci. De sorte qu'il lui abandonne, sans garder sur lui autorité ni surveillance, les soins propres de cette spécialité. Il ne participe donc pas à la responsabilité d'une faute spéciale à ce médecin, qui seul doit en répondre.», obs. sur TGI.Lyon 28 novembre 1973, JCP, 1974, II, 17652, N°2.

المبحث الثاني: نظرية الفصل المطلق والنسبي بين

الاختصاصات والأخطاء لتبرير المسؤولية الجزائية.

في الواقع فإن الفريق الجراحي يضم فضلاً عن الجراح وطبيب التخدير كل من «المضمّدة» Panseuse و«المناول للأدوات» L'instrumentiste، كما يضم أحياناً أخرى حسب طبيعة العملية وتوجهاتها «مختص في التشريح والأمراض» un radiologue «طبيب الأشعة»، un anatomo-pathologiste «مختص في نقل الدم» un transfuseur، غير أنّ الجراح وطبيب التخدير يشكلان أهم عنصرين في الفريق، لهذا تثور مسؤوليتهما في حالة وقوع حادث طبي.

وقد ذكرنا سابقاً - أن التخدير ظلّ - ولوقت طويل - يمارس من قبل إحدى الممرضات سواء كانت مؤهلة لذلك أم لم تكن. ويقوم الجراح بتعيين العون الذي يقوم بالتخدير، وتحديد الجرعة المناسبة، أما الممرضة فتقوم بحقن المريض ومراقبته أثناء العملية وبعدها.

وهكذا كانت الممرضة تقوم بتلك الأعمال تحت رقابة وسلطة الجراح، وبالنتيجة كان هذا الأخير يُسأل عن الحوادث التي يرجع سببها إلى التخدير أو إلى الإهمال الذي يحدث في الفترة التالية لإجراء العملية.

ولكن أحوال الجراحة تغيرت في أعقاب عوامل كثيرة منها: ظهور طبيب مختص في التخدير وحتى في الإنعاش، والمخاطر المتزامنة مع استعمال العقاقير والأدوية المخدرة، وصدور النصوص التنظيمية التي أوجبت أداء عملية التخدير على يد طبيب مختص ومؤهل أو تحت رقابته المباشرة، وأخيراً موقف القضاء الذي استقر على اعتبار القيام بعملية جراحية دون طبيب مخدر خطأ يتحمل جريرته الجراح. كل هذه العوامل وغيرها أسهمت في إبعاد الممرضات من مجال التخدير، ليحلّ محلهم طبيب التخدير الذي يقوم بعمله إلى جوار الجراح في إطار الفريق الجراحي والذي أصبح يلعب دوراً أساسياً في العملية الجراحية.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

إن ظهور طبيب مختص وعلى قدر كبير من الكفاءة إلى جوار الجراح كان من نتائجه أن أدى إلى إعادة توزيع الاختصاصات الموكلة إلى كل واحد منهما سواء قبل إجراء العملية، أو أثناءها أو بعدها.

وهذا الاستقلال التقني لطبيب التخدير عن الجراح، والمهام الخاصة بكل منهما في المراحل المختلفة للعملية الجراحية، دفع القضاء إلى توزيع اختصاصات أعضاء الفريق الجراحي، وبالنتيجة المسؤوليات الناجمة عنها.

ولكن الاجتهاد القضائي انقسم بعد ذلك إلى اتجاهين :

إتجاه أول : يميل إلى تفريد الأخطاء والفصل المطلق للاختصاصات في إطار الفريق الجراحي.

واتجاه ثاني : يميل إلى الفصل النسبي للالتزامات والمسؤوليات، آخذا بعين الاعتبار فكرة الفريق الجراحي، وهو ما سنتعرض له بالشرح في المطلبين الآتين.

المطلب الأول : نظرية تفريد الأخطاء والفصل المطلق

بين الاختصاصات في إطار الفريق الجراحي من أجل تبرير

المسؤولية الجزائية

L'individualisation des fautes et la répartition des responsabilités au sein de l'équipe chirurgicale

كان للقضاء الجزائي فضل تمييز مهام ومسؤوليات أعضاء الفريق الجراحي. ويرجع ذلك إلى كون المسؤولية الجزائية - في جوهرها - هي مسؤولية ذات طبيعة فردية وشخصية individuelle et personnelle ويجب أن تقوم على أساس خطأ شخصي ومحدد.

ويرتكز الفصل المطلق بين المسؤوليات في نطاق الفريق الجراحي على فكرة الاستقلال في العمل سواء قبل أو أثناء العملية أو بعدها⁽¹³⁾.

13- La notion d'indépendance dans l'action.

وترجع فكرة الاستقلالية في العمل إلى l'indépendance dans l'action إلى مبتدعها الفقيه Kornprobst بغرض التمييز بين مسؤوليات أعضاء الفريق الطبي. وتتمثل هذه النظرية في التمييز بين مختلف المسؤوليات التي يمكن أن تقوم في مواجهة الفريق الطبي حسب أصناف الأعمال الطبية التي يقوم بها كل عضو، بطريقة تسمح بإبراز الاستقلالية في العمل، اللازمة بدورها لإجراء تفرقة صحيحة. ومن أجل البحث عن مسؤولية الجراح أو طبيب التخدير فإنه يكون من الضروري تحديد ما يكون قابلاً للانفصال عن العمل الجراحي وما لا يكون⁽¹⁴⁾.

وقد استعان الفقيه لإيضاح فكرته بقاعدة معروفة في قانون العقوبات والخاصة بالتمييز بين الأعمال التحضيرية وأعمال البدء في التنفيذ. ووفقاً لرأيه فإن هذه الفكرة تسمح - حسب تغير الظروف - بتبيين هذا الموضوع وتقف عند أوجه الفرق الجائزة. وأنه من أجل حصر الجرائم الموجبة للعقاب، فإن قانون العقوبات ذهب إلى التمييز بين الأعمال التحضيرية وأعمال البدء في التنفيذ وهكذا، فإذا كانت الأعمال التحضيرية تفلت من العقاب، لأنها لم تتكون منها الجريمة بعد، وأن الذي باشرها يكون أمامه إمكانية العدول، وعدم اقرار الفعل المجرم الذي يجعل منه مجرمًا. وهو ما نجد مثله في العمليات الجراحية، حيث يمكن اعتبار الأعمال التحضيرية أنها ليست من قبيل البدء في التنفيذ، وهي أعمال خاصه توجب مسؤولية من قام بها بوصفها مجرد أعمال تحضيرية ولا علاقة لها بالأعمال التي يقوم بها الجراح، والذي لا يبدأ نشاطه إلا بعد تحضير وإعداد كل شيء، حتى يتمكن من القيام به على أكمل وجه.

ثم تطرّق بعد ذلك الفقيه L. Kornprobst إلى تحديد المعيار الفاصل بين الأعمال التحضيرية والبدء في التنفيذ، في هذا المجال. وانتهى إلى أن المعيار يكمن في التساؤل حول ما إذا تم القيام بعمل يكون قد ترك آثاراً لا تمحي بالنسبة للمريض،

14- cf. L. Kornprobst, l'étendu et les limites de la responsabilité médicale au point de vue juridique. Rapport présenté au 2ème congrès inter. nor. med. Paris, 1966. T.I. p71. cité par M. AKIDA, op.cit. p187 et s.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

أي آثار ونتائج لازمة، سواء كانت حسنة أو سيئة، وبعدها يصبح من اليسير التعرف على ما ينسب إلى الجراح، وعلى ما ينسب إلى طبيب التخدير وبعدها خلص الفقيه L.Kornprobst إلى القول بأنه في إطار الفريق الجراحي، فإن الجراح يعفى بصفة كاملة من المسؤولية عن كل ما يمكن أن ينفصل عن العمل الجراحي، بسبب الاستقلالية في العمل كما هو الحال بالنسبة لعمل التخدير ونقل الدم transfusion sanguin.

كما يعفى بصفة جزئية ومتغيرة في النسب عن كل ما يمكن أن ينفصل عن الإجراء الجراحي، مع التحفظ بالنسبة للتنسيق والترتيب الدائمين لجميع العناصر اللازمة للعمل الجراحي ككل.

وقد أراد L.Kornprobst بهذه الفكرة الأخيرة أن يحمي نظريته من النقد، على أساس أن التزامات الجراح لا تقتصر فقط على ما يتعلق بالعمل الجراحي، وإنما يتحمل كذلك بالتزامات تتعلق بمرحلة ما قبل إجراء العملية ومنها بوجه خاص الفحوص الإعدادية les examens préalables.

كما أن مهمته لا تنتهي بانتهاء العملية، وإنما يجب عليه أن يعطي التعليمات من أجل المراقبة في المرحلة التالية لإجراء العملية، والقيام ببعض التدخلات، ومراجعة بعض نتائج العمل الجراحي والتدخل عند ذلك إذا لزم الأمر⁽¹⁵⁾.

تبنى القضاء فكرة الاستقلال في العمل بوجه خاص بغرض الفصل بشكل كامل ومطلق بين مهام أعضاء الفريق الجراحي، ليتسنى له بعد ذلك الفصل بين المسؤوليات الناجمة عنها.

وطبقت هذه الفكرة - بوجه خاص - في مرحلتي : إجراء العملية وبعدها إجراءات pendant les phases opératoire et post-opératoire.

15- M.AKIDA, op.cit. p188.

الفصل الأول : الفصل بين الاختصاصات والأخطاء أثناء

مرحلة العمل الجراحي

وتلقت محكمة Aix هذه الفكرة للفصل الكامل بين المسؤوليات في إطار الفريق الجراحي من وجهة نظر جزائية، وحاولت -لأول مرة- أن تحدّد بدقة الاختصاصات التي تعود إلى طبيب التخدير، والتي تكون منفصلة عن العمل الجراحي، ويتحمل وحده مسؤوليتها.

تتعلّق وقائع القضية في استقبال إحدى المستشفيات لطفل في الحادية عشر من عمره لإجراء عملية استئصال للزائدة الدودية، opération de l'appendicite ودامت العملية ربع ساعة تحت تخدير كلي قام به طبيب التخدير، وانتهت بشكل عادي. بعدها تم نقل المريض إلى غرفته بعد ربع ساعة من انتهاء العملية، حيث قام كل من الجراح وطبيب التخدير بزيارته، وبعد ذلك ترك تحت رقابة الممرضات.

وغادر طبيب التخدير المستشفى إلى عيادة أخرى لإجراء عملية أخرى كانت في انتظاره. أظهر بعدها الطفل بعض التوعكات والآلام des malaises وتدخلت الممرضات لإسعافه ولكن دون جدوى، ثم قمن بإخطار طبيب التخدير الذي حضر بسرعة إلى المستشفى، ورغم ما بذل من عناية وعلاج مستعجل، فإن الطفل الصغير فارق الحياة.

وبناء على ذلك أدانت محكمة جنح Nice الجراح وطبيب التخدير بتهمة القتل بإهمال.⁽¹⁶⁾ وبعد الطعن بالاستئناف أيد مجلس قضاء Aix الحكم السابق فيما قضى به من إدانة لطبيب التخدير وتعديلاً له قضى ببراءة الجراح⁽¹⁷⁾.

16- Trib. Cov. Nice, 28 mars 1969, Pres.méd. 1969, p 1093, obs. L.Kornprobst.

17- Aix. (ch.cov), 26 novembre 1969, cité par L.Kornprobst, Partage des responsabilités entre chirurgien et anesthésiste - réanimateur. Pres.méd., 1970, p.134.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

واستند القرار إلى تقرير الخبراء الذي ورد فيه أن سبب الوفاة يرجع إلى خلل في القلب والأوعية une défaillance cardio-vasculaire. وأعاب فيه على طبيب التخدير مناولة المريض جرعة قوية من مخدر Penthotal والتي تجاوزت ضعف النسبة المسموح بها.

كما نسب إليه إهماله في مراقبة المجني عليه بعد إجراء العملية، من حيث عدم مراقبته أثناء تحويله إلى غرفته، وعدم إكترائه بالعلامات غير العادية التي بدت عليه أثناء نقله. فضلاً عن ذلك أنه سمح بنقل الطفل مستلقياً على ظهره في حين كان يجب أن يبقيه نائماً على جنبه. وأخيراً مغادرته للمستشفى قبل أن يتأكد من الإفاقة التامة للطفل.

وقد أرسى المجلس مبدأ مفاده : أنه يقع على طبيب التخدير والإنعاش مهمة تتمثل في ضمان تخدير l'endormissement المريض، حتى يسمح للجراح بتنفيذ العمل الجراحي، وأن يراقب في المدة التي يستغرقها العمل الجراحي الحالة التنفسية والقلب والأوعية للمريض، وعليه بعد نهاية العملية أن يضمن إفاقته⁽¹⁸⁾. ومن ثم إذن فإن هناك التزام ملح بمساعدة ومراقبة المريض حتى يسترد كامل وعيه، واستعمال -إذا لزم الأمر- جميع طرق الإنعاش الضرورية لتحقيق ذلك.

وذهب مجلس قضاء Aix إلى تبرئة الجراح استناداً إلى فكرة الفصل المطلق للوظائف والمسؤوليات في إطار الفريق الجراحي بالقول: «أن الجراح الذي يستعين بطبيب إنعاش متخصص وذو كفاءة عالية، يلقي بهذا على عاتق زميله مهمة ضمان تخدير المريض في ظروف تسمح بأداء العمل الجراحي، وبمراقبة الحالة النفسية والقلب والأوعية للمريض طيلة وقت العملية، وضمان إفاقته. وحيث أن

18- (l'anesthésiste-réanimateur) a pour mission et pour fonction d'assurer l'endormissement de l'opéré pour permettre au chirurgien l'exécution de l'acte opératoire. de veiller pendant la durée de celui-ci à l'état respiratoire et cardio-vasculaire du patient. puis après la fin de l'opération d'assurer son réveil; qu'il a donc l'obligation impérieuse d'assister et surveiller l'opéré jusqu'à son retour à une entière conscience et d'employer éventuellement tous les moyens de réanimation qui pourraient être nécessairement pour y parvenir».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وظائفهما وإن كانت تتجه إلى غرض واحد، فإنها ليست مرتبطة إحداها بالأخرى في ظل التطور الحالي لتقنية الطب، ويترتب على ذلك أنه ليس للجراح أن يراقب جرعات المادة المخدرة التي يستعملها طبيب التخدير، ولا أن يهتم بإفاقة المريض. وأنه بمجرد انتهاء العمل الجراحي وخروج المريض من غرفة العمليات فإن مراقبة المريض تقع على طبيب التخدير وحده»⁽¹⁹⁾.

وقد تبعها في موقفها هذا محاكم أخرى.⁽²⁰⁾ وعلى الأخص مجلس قضاء باريس في قضية الشاب⁽²¹⁾ le jeune Alain Farçat، صاحب الخمسة عشر سنة والذي توفي في 25 سبتمبر 1973 في أعقاب سكتة قلبية وتنفسية، أدت إلى آثار خطيرة في الدماغ نشأت عن إجرائه بتاريخ 16 جويلية 1973 لعملية جراحية عادية لاستئصال اللوزتين.

وترجع الوفاة إلى خطأ في مراقبة المريض في المرحلة التالية لإجراء العملية، بعد مغادرة كل من طبيب التخدير والجراح للعيادة بعد العلامات الأولى للإفاقة.

19- «Qu'un chirurgien. déclare la cour. qui a recours à un médecin. anesthésiste. réanimateur. spécialiste hautement qualifiée. se décharge pour -la- même sur son confrère du soin d'assurer l'endormissement du patient dans des conditions permettant l'acte opératoire. de surveiller l'état respiratoire et cardio-vasculaire de l'opéré pendant la durée de cet acte. et d'assurer son réveil. que leurs fonctions. quoique tendant au même but. ne sont nullement subordonnées l'une à l'autre. en l'état de l'évolution actuelle de la technique médicale; d'où il suit que L... (le chirurgien) n'avait ni à contrôler les doses de produit anesthésique employées par M....(l'anesthésiste). ni a se préoccuper du réveil de l'opéré. dont la surveillance. une fois l'acte opératoire terminé et le malade sorti du bloc opératoire. incombait à l'anesthésiste».

20- voir aussi: crim.. 22 juin 1972. aff. SARRAZIN. Gaz.Pal. 1972.2.757. et sur renvoi Toulouse. 24 avril 1973. Gaz.Pal. 1973. I.401. note Do11

21- des suites d'un arrêt cardio-respiratoire. ayant entraîné des lésions cérébrales. survenu le 16 juillet 1973 peu près une intervention banale pour amygdaléctomie.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وقد أيدّ مجلس قضاء باريس الحكم القاضي ببراءة الجراح بالتأكيد على أنّه: «عندما يساعد الجراح، طبيب التخدير مؤهل، فإن دوره ينتهي عندما يغادر المريض قاعة العمليات».⁽²²⁾

ومن جهة أخرى أدين طبيب التخدير تأسيساً على مبدأ هام أرساه المجلس بالقول: «أن طبيب التخدير مسؤول من أفعاله خلال فترات ما قبل إجراء العملية، ولكن أيضاً أثناء الوقت اللاحق لإجراء العملية لأنه يعتبر فضلاً عن ذلك مسؤولاً عن الإنعاش».⁽²³⁾

وبعد الطعن بالنقض في القرار السابق، تمّ نقض القرار جزئياً،⁽²⁴⁾ وأحيلت القضية من جديد أمام مجلس قضاء Versailles والذي أيدّ الاجتهاد القضائي لمجلس قضاء باريس مؤكداً على أن: «طبيب التخدير حتى ولو كان تحت سلطة الجراح أثناء فترة العملية، فإنّه يتمتع في الواقع برقابة كاملة لما يدخل في تخصصه الفني الخاص به، ومن ثمّ يكون له أن يتدخل في حالة حدوث أيّ طارئ».⁽²⁵⁾

22- «lorsque le chirurgien est assisté pour un médecin anesthésiste qualifié, son rôle est terminé quand le malade a quitté la salle d'opération».

Paris. 24 février 1983. Gaz.Pal.. 3 juin 1983.

23- «...le médecin anesthésiste est responsable de ses actes pendant les périodes pré-opératoires mais également au cours du temps post-opératoire car il est également réanimateur».

24- Sur pourvoi. crim.. 10 mai 1984. Gaz.Pal.. 23 novembre 1984. note CHABAS.

25- «Le docteur C...(médecin anesthésiste) que celle-ci, même placée sous l'autorité du chirurgien pendant la durée de l'opération avait en effet l'entier contrôle de tout ce qui relevait de sa technique propre et aurait été tenue d'intervenir dans le cas d'un incident qui n'a pas eu lieu en le cause».

Versailles. 4 mai 1985. G.P 1985.1.300.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وأضاف المجلس محدداً دور كل عضو في الفريق الجراحي في الفترة اللاحقة لإجراء العملية الجراحية بالقول : «أنه بتركه للمريض في حالة وعي بل في حالة إفاقة في قاعة العمليات، فإن الجراح يكون قد أنهى دوره في ممارسة سلطته في توجيه طبيب التخدير ذو التأهيل العالي الذي ساعده، وأن هذا الأخير بدءاً من هذا الوقت يضمن المسؤولية ذات الأصل التعاقدي في مراقبة المريض في غرفته، وبإعادة إنعاشه إذا كان هناك محل لذلك، وفي كل الأحوال بإعطاء كل التعليمات الضرورية إلى شخص مؤهل من أجل إخطاره بأي طارئ حتى الإفاقة».(26)

وبعد الطعن بالنقض للمرة الثانية، أصدرت محكمة النقض قرارها بتاريخ: 30 ماي 1986 في جمعية عامة أي بعد ثلاثة عشر سنة من وفاة الشاب Farçat مؤكدة على المسؤولية الشخصية للجراح أيضاً إلى جانب طبيب التخدير بقولها : «حيث وإذا كانت المراقبة في الفترة اللاحقة لإجراء العملية يتحملها طبيب التخدير فيما يدخل في اختصاصه، فإن الجراح يتحمل أيضاً في هذا الصدد بالتزام عام بالحيلة والعناية، وأنه بامتناعه عن البحث فيما إذا كان بسبب الظروف التي غادر فيها طبيب التخدير ... يجب عليه أن يتأكد من أن المريض بقي تحت رعاية شخص مؤهل...»، علماً أن الجراح غادر العيادة في نفس الوقت الذي غادر فيه طبيب التخدير، وكان يعلم بأن المريض بقي دون رعاية مؤهلة.

26- «ayant laissé un malade conscient sinon réveillé dans la salle d'opération. le chirurgien avait cessé d'exercer son pouvoir de direction sur l'anesthésiste très qualifié qui l'avait assisté. celui-ci assurant dès ce moment la responsabilité d'origine contractuelle de surveiller l'opéré dans sa chambre. de le réanimer s'il y avait lieu. et . en tous cas. de donner toutes instructions nécessaires à une personne qualifiée pour prévenir un incident jusqu'au réveil».

27- «Attendu que si la surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité. le chirurgien n'en demeure pas moins tenue. à cet égard. d'une obligation générale de prudence et de diligence ; qu'en s'abstenant de rechercher si. en raison des conditions dans lesquelles il avait quitté la clinique le Docteur L... n'aurait pas dû s'assurer que le malade restait sous la surveillance d'une personne qualifiée...».

Sur nouveau pourvoi. cass.Ass.plén.. 30 mai 1986. D 1987. II. 109. note PENNEAU.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

ويجب التأكيد أن القضاء المدني بدوره تبني فكرة الفصل المطلق بين الوظائف والمسؤوليات في إطار الفريق الطبي، وأقامها على أساس الاستقلال التقني لطبيب التخدير، وعلى وجود عقد ضمني بين المريض أثناء زيارته التي يقوم بها قبل إجراء العملية⁽²⁸⁾.

الفرع الثاني : الفصل الكامل بين الاختصاصات والمسؤوليات بمناسبة المراقبة التالية لإجراء العملية :

رأينا فيما سبق أن القضاء أكد الفصل الكامل بين الاختصاصات والمسؤوليات في إطار الفريق الجراحي، أثناء مرحلة العمل الجراحي، أثناء مرحلة العمل الجراحي pendant la phase opératoire، وأن الأمر ذاته ينطبق على المراقبة التالية لإجراء العملية la surveillance poste-opératoire. ويذهب جانب من القضاء إلى القول بأن طبيب التخدير هو المسؤول عن مراقبة المريض أثناء مرحلة الإفاقة، pendant la phase de réveil.

وهو ما نلمسه واضحاً في الحيثيات السابقة لحكم مجلس قضاء Aix المؤرخ في 26 نوفمبر 1969. ويقضي تحديد مسؤولية طبيب التخدير في مرحلة إفاقة المريض وجوب تحديد تعريف دقيق للإفاقة في مرحلة ما بعد التخدير le réveil post anesthésique، وهو يقتضي بدوره تحديد معيار للإفاقة وتحديد النطاق الزمني الذي تستغرقه مراقبة المريض في مرحلة ما بعد إجراء العملية الجراحية.

البند 1 : معيار الإفاقة le critère de réveil

استقرّ القضاء - في وقت سابق - على أنه يجب على طبيب التخدير أن يساعد ويراقب المريض حتى يستعيد وعيه بالكامل، «jusqu'à son retour a une entière conscience»⁽²⁹⁾، أو حتى يفيق فعلاً،⁽³⁰⁾ «jusqu'à son réveil véritable».

28- Yvonne Lambert-Faivre, Droit du dommage corporel, 5e édition, Dalloz 2004, p747, n°588.

29- Aix 26 novembre 1969. Préc.

30- TGI Versailles, 11 décembre 1970, JCP, 1971, II, 16755, Obs.N.S.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

إن إفاقة المريض تعتمد على عاملين هامين وهما: نوع المخدر الذي خضع له المريض ومدى مقاومته. ومن شأن هذين العنصرين أن يغيرا وقت الإفاقة ما بين وقت قصير وساعات كثيرة. غير أن التساؤل يثور حول: كيفية معاينة استعادة الوعي بالكامل أو حصول الإفاقة الفعلية؟

اجتهد القضاء في فرنسا لوضع معيار لإفاقة المريض. من ذلك ما ذهبت إليه محكمة³¹ Toulouse، استناداً إلى رأي الخبراء من أن علامات الإفاقة هي خمسة:

1. عدم تحمّل الأنبوب الموصول بالجهاز التنفسي أي إقدام المريض على السعال.

2. حركات البلع.

3. حركات الأعضاء.

4. الاستجابة للمسّات بالبشرة أو الجلد.

5. وبوجه خاص الجواب على الأوامر الشفهية البسيطة والمعبر عنها بوضوح بحيوية مثل: «إفتح عينيك»، «إفتح فمك».³²

وقد طبقت محكمة Toulouse هذا المعيار في حكمها السابق على طبيب التخدير تهميداً لإدانته بتهمة القتل بإهمال لمسؤوليته عن وفاة طفل بسبب حادث اختناق اعتراه بعد إجراء العملية، -un accident d'anoxie post-opératoire. وقد لاحظت المحكمة أن المريض استجاب للعلامات الثلاثة الأولى، ولكنه لم يستجب للعلامتين الرابعة والخامسة.

31- trib.con. Toulouse.. 15 janvier 1976, cité par J.Montagne et A.Mancini. «Conséquences civiles et pénales résultant de l'activité des aides anesthésistes», p41 et S

32- « 1. Non tolérance du tube endotrachéal. autrement dit apparition de la toux.

2. Mouvements de déglutition,

3. Mouvements des membres,

4. réponse aux pincements de la peau,

5. et surtout réponse à des ordres simples, clairement et énergiquement énoncés, comme (ouvrez les yeux, ouvrez la bouche)».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وأكدت المحكمة: «أن العلامة الأخيرة تبدو الأكثر إقناعاً، في حين أن عدم تحمل الأنبوب الموصول بالجهاز التنفسي ليست بالضرورة شرطاً كافياً لتبرير الإفاقة».⁽³³⁾ ولم تتردد الكثير من المحاكم في الأخذ بمعيار الإفاقة السابق،

ومن ذلك ما قضى به مجلس قضاء باريس من تأييد لحكم محكمة Versailles، والتي سبق لها وأن أدانت طبيب التخدير بتهمة القتل بإهمال، نتيجة اكتفائه بملاحظة الإفاقة من التخدير بما أبداه المريض من ردود عن لمسات الجلد، ثم انصرافه بعد ذلك مباشرة ودون أن يقوم باصطحاب الطفل إلى غرفته. وقد رأت المحكمة: «أن العلامة السابقة المختصرة لم تكن كافية حتى تسمح له باستخلاص الإفاقة الفعلية أو الكاملة للمريض».⁽³⁴⁾

أما في الحالات التي يمارس فيها الجراح عملية التخدير، فإنه يجب عليه أن يتحمل مسؤولية إفاقة المريض.

وخير مثال على ذلك قرار الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الذي أيدت بموجبه قرار مجلس قضاء Rennes الصادر بتاريخ 30 مارس 1977. وتتخلص وقائع القضية في: إجراء الجراح لعملية تجميل لفتاة في العشرين من عمرها تحت تأثير مخدر موضعي. وبعد انتهاء العملية قام الجراح بنقلها إلى غرفتها، وتأكد من إجابتها على أسئلته، غير أنه وبعد مرور ساعة من ذلك - وفي أعقاب صعوبات في الجهاز التنفسي - فقدت وعيها، هذا ورغم التدخل المتأخر لطبيب التخدير الخاص بالعيادة، فإن المريضة فارقت الحياة بسبب توقف القلب والأوعية.

وقد تبنت محكمة النقض هنا، معيار موسّعاً للإفاقة عن ذلك الذي رأيناه سابقاً un critère extensif du réveil بالقول وفقاً لتقرير الخبراء الذين قدّروا أن هناك إخلالاً بالمراقبة التالية لإجراء العملية حيث عهد بها إلى طاقم تمرريض غير مختص والذي لم يتمكن من اكتشاف المضاعفات الحاصلة في الوقت المناسب.

33- «...ce dernier paraissait être le plus probant alors que la non tolérance du type endotrachéal n'est pas forcément une condition suffisante pour affirmer le réveil».

34- «cet examen sommaire n'était pas suffisant pour lui permettre de conclure au réveil véritable et complet de l'opéré». TGI. Versailles. 11 décembre 1970. JCP. 1971.II.16755.obs.IV.S. Paris. 1er juillet 1971. GP. 1972. 1. 53.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وأضافت المحكمة قائلة استناداً إلى تقرير الخبراء أن: «المراقبة الواعية تفرض نفسها بصفة تلقائية وهي تتعلق ليس فقط باستعادة الوعي. ولكن أيضاً فيما يتعلق بوظائف التنفس والقلب والأوعية، والبحث عن أي عارض يدل على نزيف، والسلوك العام للمريض.

وكما رأى الخبراء أن مثل هذه المراقبة يجب أن تجري كل عشر دقائق بالنسبة للأشخاص في حالة وعي، ثم تصبح دائمة في حالة اللاوعي»⁽³⁵⁾.
وجدير بالذكر أنه نُسب إلى الجراح- في هذه القضية العديد من الأخطاء منها: قيامه بعملية تجميل- غير لازمة- فضّل فيها القيام بنفسه بعملية التخدير دون الاستعانة بطبيب مختص، في غياب أي حالة من حالات الاستعجال، كما يعاب عليه تركه المريض تحت مراقبة عمال القاعة les filles de salles ودون تعليمات تذكر.

البند 2 : فترة المراقبة في المرحلة التالية

لإجراء العملية الجراحية

رأينا سابقاً أن الاجتهاد القضائي في فرنسا تبنى معيار الإفاقة الذي استقرت عليه محكمة جنح Toulouse في حكمها المؤرخ في 16 جانفي 1976 وأن المعيار السابق توسّعت في الأخذ به الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الفرنسية في قرارها المؤرخ في 9 نوفمبر 1977.

وبعد ذلك جاءت الغرفة المدنية لمحكمة النقض وذهبت أبعد من ذلك حينما وضعت على عاتق طبيب التخدير مهمة مراقبة سلوك المريض حتى بعد الإفاقة. بقولها: «أن مهمة طبيب التخدير تتمثل في ضمان تخدير المريض وأن يمارس عليه

35- «...qu'une surveillance attentive s'impose systématiquement et concerne non seulement le retour à l'état de conscience, mais aussi les fonctions respiratoires et cardio-vasculaires, la recherche d'un syndrome hémorragique et l'attitude générale du patient. Ils estiment qu'un tel contrôle doit être effectué toutes les dix minutes pour les sujets en état de conscience et devenir permanent en cas d'inconscience ».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

رقابته طيلة فترة إجراء الجراح للعملية، وبعد العملية، وبمراقبة ظروف الإفاقة حتى استعادته للوعي كاملاً... وهذه المهمة التي تحدّد مسؤولية طبيب التخدير أثناء العملية وبعدها، تمتد إلى جميع الأعمال الطبية التي يقوم بها والمتابعة التي تتطلبها تلك الأعمال، وإذا اقتضى الأمر ما بعد الإفاقة»⁽³⁶⁾.

وتلى صدور القرار السابق تعليقات من قبل الكثير من الباحثين : فعلق أحدهم بالقول أنه : «إذا استمر التطور على هذا المنوال، فإن هذا الممارس (طبيب التخدير)، سيتحمّل وحده المسؤولية عن المرحلة التالية لإجراء العملية الجراحية، دون تمييز ما بين المراقبة التي يكون الغرض منها معالجة مضاعفات العملية ذاتها، وتلك المضاعفات التي يكون الغرض منها الوقاية من الحوادث التي تلي التخدير»⁽³⁷⁾.

36 - «...d'assurer l'endormissement de l'opéré. d'exercer sur lui sa surveillance durant l'intervention du chirurgien et après l'opération. de surveiller les conditions de réveil jusqu'à sa reprise de conscience totale... cette mission qui délimite la responsabilité de l'anesthésiste pendant et après l'opération. s'étend à tous les actes médicaux accomplis par lui et au suivi qu'ils nécessitent. le ca échéant au-delà du réveil... ».

Cass. Civ. 2 mai 1978. JCP. 1978.II.18966. obs. R.Savatier.

37- «si l'évolution. s'accroît ce praticien (l'anesthésiste) risquerait d'assurer seul la responsabilité de la période post-opératoire. sans distinguer entre la surveillance ayant pour objet de remédier aux complications de l'opération elle-même et celle ayant pour but de prévenir les incidents consécutifs à l'acte d'anesthésie ».

A.Dorsner., «surveillance post-opératoire et responsabilité du médecin anesthésiste». Now. Pres.méd. 1978. p3473. cité par M.AKIDA. op.cit. p.200.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

كما تسأل آخر إلى أي حد يمتد قول محكمة النقض «ما بعد العملية»،
«Jusqu'ou va au-delà du réveil»، ورأى أنّ قاضي الموضوع يرفض
تحديدها، وهو أمر غير مرجو، ولا حتى مرغوب فيه ما دام أنّ الممارسات الطبية
الجراحية تختلف من مستشفى لآخر.⁽³⁸⁾

وأخيراً تدخلت الغرفة الجنائية لمحكمة النقض من أجل التخفيف من وطأة
هذا الفصل الصارم والكامل ما بين الاختصاصات والمسؤوليات في إطار الفريق
الجراحي آخذة بعين الاعتبار فكرة الفريق الجراحي.

المطلب الثاني : الفصل النسبي بين الاختصاصات والأخطاء

وفكرة الفريق الجراحي.

دفع الاهتمام بسلامة المريض الفقه والقضاء إلى التخفيف من غلواء نظرية
الفصل الكامل بين اختصاصات كل عضو من أعضاء الفريق الطبي. وذلك
يتطلب، في الواقع، تعاوناً واسعاً بين الجراح وطبيب التخدير، وهو تعاون نشأ من
فكرة الفريق الجراحي ذاتها.

الفرع الأول : فكرة الفريق الجراحي في الفقه.

بدأ أنصار-هذه النظرية- ببيان مساوئ الفصل الصارم بين اختصاصات
ومسؤوليات أعضاء الفريق الطبي. ومنها : اتجاه كل ممارس إلى الاهتمام فقط
بالأعمال التي تدخل في نطاق اختصاصه، والحرص على تحديد مسؤوليته في حدود
تدخله. وهو أمر من شأنه أن يؤدي إلى تمييع المسؤولية في إطار الفريق الطبي،⁽³⁹⁾
مما سيؤدي إلى تعريض سلامة المريض للخطر.

38- «...le juge ne souhaite pas le préciser et cela ne semble ni souhaité,
ni même souhaitable tant les pratiques varient d'un établissement à un
autre».

Michel.DRU. « Quel rôle pour l'anesthésiste - réanimateur en période
post-opératoire ? »...

39- L.Kornprobst. « Responsabilité au sein d'une équipe chirurgien ».
Pres.méd.1967, p.771.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

ومن أجل التخفيف من هذه المساوئ، أخذ الفقه بعين الاعتبار فكرة الفريق الجراحي بوصفها حقيقة واقعية *une réalité de fait*. وأنه حتى ولو تنوع العمل واختلف، فإن الهدف يبقى واحداً، ألا وهو النجاح النهائي للعملية. وهو ما يتطلب من كل واحد من أعضاء الفريق الجراحي الاتصاف بروح التضامن الحقيقي نحو هدف واحد، والتعاون المستمر والصادق بين مختلف أعضاء الفريق، ووجوب اهتمام كل منهم بما يقوم به الآخر.

وأُسند أنصار هذا الاتجاه إلى الجراح دور المنسق *coordonateur* في إطار الفريق الطبي الموحد. بحيث يمثل دوره في ربط مختلف الأعمال مع دوره الخاص نحو الهدف المشترك وهو نجاح العملية.

وأن المراقبة العامة للعلاج تقع على عاتق الجراح الذي يبقى هو ربّ العمل *le maître d'œuvre*، رغم ما يتمتع به طبيب التخدير الذي يعمل إلى جواره من تأهيل عالي ودوره المستقل الذي يرتب مسؤوليته.

وإذا كنا لا ننكر أن الاختصاصات في إطار الفريق الطبي الحديث، تتجه نحو التنوع والاختلاف، وإذا كان كل حادث نشأ عن العمل الجراحي بمفهومه الضيق *stricte-sensu*، يتحمل مسؤوليته الجراح وحده، وإذا كانت الحوادث الناشئة عن عمل التخدير، أو غياب المراقبة للحالة التنفسية أو قلب وأوعية المريض *l'état respiratoire ou cardio-vasculaire* أثناء العملية، أو إخلال في مراقبة إفاقته، تدخل في نطاق مسؤولية طبيب التخدير. فإنه لا يمكن إنكار أيضاً أن فكرة الفريق الجراحي بكل ما تمثله من وحدة الغرض ودور المنسق المنوط بالجراح أدت إلى نشوء نطاق مشترك للاختصاصات، *une zone commune de compétences* يكون فيه الجراح وطبيب التخدير مدعوان للاهتمام به. وبالنتيجة فإن يجوز أن تقوم مسؤوليتهما معاً في حالة الإخلال بأي التزام يتعلق بهذا النطاق المشترك.

ويبقى بعد ذلك تحديد الحالات، التي تتداخل فيها اختصاصات كل من الجراح وطبيب التخدير إلى درجة يجب عليهما بالضرورة التصرف كفريق واحد، ويؤدي بعد ذلك إلى الجمع بين المسؤوليات *cumul des responsabilités*.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

أنّه لمن الجائز- في الغالب الأعم- أن يقع على الجراح وطبيب التخدير معاً، ودون تقسيم بينهما تلك الأعمال المتعلقة بتحضير العملية بمفهومها الواسع.⁽⁴⁰⁾

وفي نطاق منطقة الاختصاصات المشتركة، فإن المسؤوليات تكون أكثر ارتباطاً إلى درجة يستحيل معها إدانة أحدهما دون الآخر. وفي الواقع، فإنه إذا كانت الفحوصات المسبقة تدخل أساساً في اختصاص طبيب التخدير، فإنه لا يمكن للجراح أن لا يبالي بمعرفة فصيلة الدم فيما إذا كانت قد حددت أم لا، من أجل احتمال نقل الدم أثناء إجراء العملية.

كما يقع عليه التأكد من أن المريض هو على الريق أو صائم *est à jeun* قبل إخضاعه للعملية. إذن فالجراح هو من يرجع إليه إخراج *la mise en scène* العملية، وبالنتيجة الذي يقع عليه واجب مراجعة مدى تنفيذ جميع الالتزامات الضرورية لإجراء العملية في أحسن الظروف.

إن المسؤولية المزدوجة للجراح وطبيب التخدير يمكن أن تثور في حالة المشاركة في اتخاذ بعض القرارات، حتى ولو تعلّق الأمر بمسائل تدخل أصلاً في اختصاص طبيب التخدير. كما هو الحال مثلاً بالنسبة لاختيار طريقة التخدير، أو توقيت إجراء العملية.

ومع ذلك، فإنه لا يجب أن ننسى أن المسؤولية الجزائية هي مسؤولية شخصية وفردية، يسأل فيها المرء عن فعله لا عن فعل الغير. ويترتب على ذلك أن فكرة الفريق الجراحي لا تعنى مطلقاً نوعاً من المسؤولية الجماعية، وأنه يجب البحث فيما إذا كان الجراح أو طبيب التخدير قد أخلاً بالتزاماتهما المشتركة، أي إثبات ارتكابهما لخطأ شخصي لتأسيس مسؤوليتيهما المزدوجة.

40- وهي الفحوصات المسبقة للمريض، طريقة التحضير، والاحتياطات الواجبة لاتخاذ أثناء إجراء العملية بالنظر إلى مدتها.

Cf. J.P.Karaquillo, «les responsabilités civiles découlant de l'acte d'anesthésie». D. 1974. p.183. n°17. cité par M. AKIDA. op.cit. p.202.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وفي مجال القانون الجزائري، فإن الرأي الذي يميل إلى القول بمسؤولية الفريق الجراحي دون البحث فيما إذا كان عضو من أعضاء الفريق ارتكب خطأ شخصياً أم لا هو رأي غير مقبول،⁽⁴¹⁾ وفي نفس السياق، فإنه يصعب التسليم بقيام مسؤولية الجراح بوصفه رئيس الفريق الجراحي عن الأخطاء التي تدخل في اختصاص طبيب التخدير بمعناه الضيق.⁽⁴²⁾ وأنه يجب دائماً إثبات ارتكاب الجراح لخطأ شخصي. ولهذا السبب يعتقد البعض أنه يستحيل تحميل الجراح أي خطأ كان يرتكبه طبيب التخدير أثناء إجراء الجراح للعمل الجراحي.⁽⁴³⁾

وأخيراً، فإنه لا يمكن أن ننكر أنه يصعب أحياناً، تفريد الخطأ في إطار الفريق الطبي، غير أنه من أجل قيام الإدانة الجزائية يجب توافر خطأ شخصي، لأن المسؤولية بقوة القانون ليست جائزة في قانون العقوبات وكذلك المسؤولية عن عمل الغير⁽⁴⁴⁾.

الفرع الثاني : فكرة الفريق الجراحي في القضاء.

أخذت محكمة النقض الفرنسية بفكرة الفريق الجراحي صراحة، بموجب قرارين صادرين عن الغرفة الجنائية لمحكمة النقض الفرنسية بنفس التاريخ أي في 22 جوان 1972.⁽⁴⁵⁾

41- M.F. Soubiran. « Quelques réflexions suscitées par l'exercice de la médecine au sein d'un groupe ou d'une équipe ». JCP.1976.I.doctr. 2830. Cité par M.AKIDA, op.cit. p.202.

42- R.Savatier, obs. sur TGI Lyon, 28 novembre 1973, JCP. 1974. II. 17652.

43- F.Chabas. « Anesthésie et chirurgie – indépendance ou lien de préposition ». Nour.Pres.med. 3 juin 1978, p.1977.

G.Boyer – Chamard et P.MONZEIN. La responsabilité médicale, PUF. 1974, p.245.

Cité par M.AKIDA, op.cit. p.202.

44- M.AKIDA, op.cit. p.203.

45- crim., 22 juin 1972, aff.SARRAZIN, Gaz.Pal.1972.2.757.

crim., 22 juin 1972, aff.SAÏD, JCP. 1972. II. 17266, obs.R.Savatier.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

1. قضية الكاتبة الشابة : « Sarrazin » Albertine وعدم تحديد فصيلة

الدم قبل إجراء العملية Non vérification du groupe sanguin avant l'opération

تتلخص وقائع القضية في إجراء الكاتبة المذكورة بتاريخ 11 جوان 1967 لعمليتين جراحيتين: تتعلق الأولى باستئصال للنفير الأيسر une salpingectomy gauche (التهاب قناة الرحم Salpingite) وتتعلق الثانية باستئصال للزائدة الدودية une appendicectomy بعد ذلك أصيبت بتعفن خطير في الكلية اليمنى، استوجب نقلها للاستشفاء بتاريخ 3 جويلية 1967 في عيادة خاصة، وقد خلصت جميع الفحوص التي أجراها الجراح إلى استئصال الكلية l'ablation du rein droit حدد الجراح تاريخ 10 جويلية لإجراء العملية (la néphrectomie) وأخطر طبيب التخدير بتاريخ العملية على الساعة 8 و30 دقيقة.

وأجريت عملية استئصال الكلية، في ظروف لا تدعو إلى الاستعجال، ودون إجراء عملية تحديد دم المريضة le groupe sanguin، ودون الاختبارات المتعلقة بمدّة تجلط الدم وسيولته. وبعد حضور طبيب التخدير متأخراً قام بفحص المريضة، وهي في حالة لا وعي تحت تأثير المعالجة الإعدادية التي قام بها الجراح بنفسه sous l'effet de la prémédication.

وتمت العملية الجراحية في ظروف فنية صحيحة بعد أن دامت ساعتين. بعدها قامت إحدى الممرضات بتغيير وضعية المريضة بحضور طبيب التخدير. وقد أعقب ذلك توقف جهازها التنفسي تلاه توقف للقلب أدى إلى وفاتها سريعاً وفي وقت قصير، رغم تدخل طبيب تخدير آخر في محاولة لإنعاشها.

وقد نسب إلى الفريق الجراحي عدّة أخطاء منها: عدم تحديد فصيلة الدم، عدم القيام بنقل الدم أثناء إجراء العملية، وأخيراً إهمال مراقبة المريضة أثناء تغيير وضعيتها.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

حرّكت النيابة العامة الدعوى العمومية ضدّ الجراح وطبيب التخدير بتهمة القتل بإهمال pour homicide par imprudence، حيث أدانتها محكمة Montpellier بشهرين موقوفة النفاذ وغرامة لكل واحد منهما. (46)

وبعد الطعن بالاستئناف ألغى مجلس قضاء Montpellier الحكم مبدئياً فيما يخص الجراح حيث قضى ببراءته على أساس عدم ارتكابه لخطأ مميز، وأيده فيما يخص إدانة طبيب التخدير. (47)

بعدها طعن زوج الضحية بالنقض في القرار السابق على أساس مبالغته في تطبيق مبدأ استقلال طبيب التخدير في إطار الفريق الطبي، كما انتقد تبرئة الجراح على الرغم من ارتكابه أخطاءً تستوجب إدانته.

وانتهى الطعن بنقض الغرفة الجنائية للقرار السابق فيما يتعلق ببراءة الجراح، (48) وقد أكدت محكمة النقض على مسألتين هما : أولاً فكرة الفريق الجراحي والتضامن الذي يجب أن يسود بين أعضائه. وبعدها بيّنت الدور العام الذي يجب أن يقوم به الجراح في إطار الفريق الجراحي.

أ. فكرة الفريق الجراحي :

برّرت محكمة النقض المسؤولية المزدوجة للجراح وطبيب التخدير بقولها : «في الفريق الجراحي المتكون من الجراح وطبيب التخدير والإنعاش، فإن غياب التحضير لجهاز الإنعاش قبل إجراء عملية جراحية طويلة ومعقدة على مريضة منهكة بفعل خضوعها لعدّة عمليات جراحية، يشكل امتناعاً خاطئاً يؤاخذ به كل من

46- le 21 décembre 1970. D.1971, p.637, note F.chabas.

47- le 5 mai 1971. R.S.C. 1972.1, p.680, obs.G.levasseur.

48- Arrêt du 22 juin 1972, précis.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

عضوي الفريق حتى وإن كان طبيب التخدير والإنعاش هو المسئول الرئيسي، الذي لم يتم بفحص المريضة إلا أثناء إجراء العملية».⁽⁴⁹⁾

وأضافت تقول أنه في هذه القضية فإن هناك امتناع خطئي مشترك لعضوي الفريق، واللذين تصرفا سويا في ممارسة العملية التي تقرر إجراؤها.⁽⁵⁰⁾ ويترب عن فكرة الفريق الطبي هذه والتضامن بين أعضائها، وجود منطقة أو نطاق للاختصاصات المشتركة داخل الفريق.

ففي كل عملية، وحسب الحالات الشاذة، فإن هناك أعمالاً يمكن أن يقوم بها كل واحد من الممارسين، وهي من اختصاصات كل واحد منهما، كما هو الحال بالنسبة لنقل الدم وتغيير وضعية المريض. وإذا كان ذلك يتعلق بوجه خاص بعمل طبيب التخدير، فإن الجراح لا يمكنه مع ذلك أن يبدي عدم اهتمام بها.

ب. الدور العام الذي يجب على الجراح القيام به

في إطار الفريق الجراحي

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

فقبل إجراء العملية، أخذت محكمة النقض على الجراح إهماله في تحديد فصيلة الدم «ما دام أن الجراح مكلف بإدارة ومراقبة أعمال التحضير للعملية».⁽⁵¹⁾

49- «... dans l'équipe chirurgicale formée du chirurgien et de l'anesthésiste - réanimateur. l'absence de préparation d'un dispositif de réanimation avant une intervention chirurgicale longue et délicate. faite sur une malade déjà affaiblie par plusieurs opérations constitue une omission fautive reprochable à la fois aux deux membres de cette équipe. bien que l'anesthésiste - réanimateur en soit le principal responsable. n'ayant examiné la patiente qu'au moment de son intervention ».

50- «... (il y avait) omission fautive communes aux deux membres de cette équipe... et agissant ensemble pour pratiquer l'intervention qui avait été décidée ».

51- « (car) le chirurgien est chargé de la direction et de la surveillance des actes de préparation de l'intervention ».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وهكذا وافقت الغرفة الجنائية قضاة أول درجة فيما قرّروه من «أن الحيطة الأولية تقتضي منه بوصفه جراحاً، التأكد من اتخاذ جميع التدابير الخاصة بحماية حياة المريضة مسبقاً».⁽⁵²⁾

وأثناء إجراء العملية : نسب إلى الجراح خطأه في عدم قيامه منذ الوهلة الأولى لإجراء العملية، بنقل الدم *une transfusion de sang*، لمواجهة آثار النزيف غير المستبعد، وعدم اتخاذه التدابير اللازمة لمجابهة انخفاض حجم الدم. وفي نظر الغرفة الجنائية، «فإن هذه الاحتياطات هي بعيدة عن مهام التخدير ومراقبة حالة التنفس، وبالتالي فهي قابلة للانفصال عن مهمة طبيب التخدير، وتقع على الرئيس الأول للفريق...»

وأن اختيار واستعمال الوسائل الخاصة بتعويض نقص حجم الدم لدى مريض هزيل، يتحملها الجراح، بوصفه المسؤول الأساسي عن العملية الجراحية :⁽⁵³⁾ وفي الواقع، فإن هذه المسألة هي التي تم نقض قرار مجلس قضاء Montpellier لأجلها، «حيث غض الطرف عن خطأ الجراح، وهو خطأ أثبتته الخبراء الذين اعتبروا أنه كان على الجراح أن ينصح طبيب التخدير بتوقع حدوث إنعاش عن طريق الدم ويدعوه إلى القيام بذلك أثناء العملية الجراحية».⁽⁵⁴⁾

52- «... la prudence élémentaire lui exigeait en sa qualité de chirurgien. qu'il s'assurât que toutes les dispositions propres à sauvegarder la vie de la malade avaient été prises ».

53- «...ces précautions sont étrangères à l'endormissement et à la surveillance de l'état respiratoire. donc détachable de la mission de l'anesthésiste et incombait au premier chef au chirurgien..(et) le choix et l'emploi des moyens propres à compenser la diminution de volume sanguin d'un malade amoindri incombent au chirurgien. principal responsable de l'intervention ».

54- «...car. elle a fermé les yeux sur la faute du chirurgien. faute constaté par les experts. qui estiment que le chirurgien aurait dû conseiller à l'anesthésiste de prévoir une réanimation par sang et l'inviter à la faire en cours d'opération ».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وأخيراً، فإن الغرفة الجنائية أعابت على الجراح غيابه عن غرفة العمليات لحظة تغيير وضعية جسم المريضة، والتي حدث خلالها الحادث القاتل بسبب الإهمال في تنفيذه. ويشكل هذا الغياب خطأ من جانب الجراح والذي يقع عليه واجب المساهمة في نقل جسم المريضة، بسبب وقوع الحادث الأول أثناء إجراء العملية.

وقد أيدت الغرفة الجنائية هنا، قضاة أول درجة الذين أكدوا على «أن الجراح ملزم بوصفه هذا، بالعمل على احترام قواعد الحيطة والسلامة المفروضة على كل من يعمل تحت سلطته. والمتعلقة بأعمال لا تحتاج إلى معارف تقنية، تقلت بسبب تخصصها من اختصاص الجراح». (55)

وبعد أن نقضت الغرفة الجنائية قرار مجلس قضاء Montpellier أحالت القضية من جديد أمام مجلس آخر هو مجلس قضاء Toulouse الذي أصدر من جهته قراراً بتاريخ 24 أفريل 1973 أيد فيه قضاة أول درجة بالإدانة المزدوجة للجراح وطبيب التخدير.

وقد أكد المجلس على ضرورة وجود تعاون بين أعضاء الفريق الجراحي، وإسناد القيادة العامة للعملية للجراح بالقول: «إذا كانت حالة القلب والأوعية للمريض يتحملها أساساً طبيب التخدير والإنعاش فإنه لا التخدير ولا الإنعاش يمثلان في ذاتهما هدفاً، بل هما يساهمان في تحقيق غاية مشتركة لكل من طبيب التخدير والجراح، أي في التنفيذ السليم للعمل الجراحي وشفاء المريض، وأن التنظيم

55- «...le chirurgien était chargé, en cette qualité, de faire respecter les règles de prudence et de sécurité s'imposant à tous relevant de son autorité et concernant des actes ne faisant pas appel à des connaissances techniques échappant du fait de leur spécialité, à la compétence de chirurgien».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

والسير العام للعملية تخصّ الجراح، الذي ينظم مدّتها، وكذا وقع صدمتها على المريض، بالتناسب مع مقتضيات العمل الجراحي. وأنه يجب أن يوجد بينهما تعاون صادق، حيث يتخذ الجراح القرارات الأساسية، التي يجب أن يتكيّف معها طبيب التخدير بشكل دائم، وفقاً لتعليمات الجراح».⁽⁵⁶⁾

وأخيراً خلص المجلس إلى القول: «أن الجراح ارتكب أخطاء مشتركة مع أخصائي التخدير، وهو ما أسهم في إحداث وفاة المريضة».⁽⁵⁷⁾

2. قضية الرضيع (سعيد) وعدم خلو المعدة :

(affaire Saïd et la non vacuité de l'estomac)

في نفس اليوم الذي أصدرت فيه الغرفة الجنائية قرارها في قضية Sarazin، أصدرت قراراً آخر في قضية سعيد يتعلق بالمسؤولية الجزائية للفريق الجراحي⁽⁵⁸⁾ حيث أيدت قرار الإدانة الصادر عن مجلس قضاء باريس ضدّ طبيب التخدير والجراح، عن تهمة الجرح بإهمال⁵⁹.
pour blessures par imprudence.

56- « si la surveillance de l'état cardio-vasculaire d'une opérée incombe essentiellement au médecin ni anesthésie ni la réanimateur ne constituent une fin en soi, elles concourent à un but commun à l'anesthésiste et au chirurgien, à savoir une exécution correcte de l'acte opératoire et la guérison du malade; et que l'organisation et la conduite de l'opération appartiennent au chirurgien, qui règle la durée de celle-ci et le choc qu'elle fait subir au patient en fonction des nécessités opératoires; qu'il doit exister entre eux une intime collaboration, le chirurgien prenant les décisions principales, auxquelles l'anesthésiste doit constamment s'adapter d'après les instructions du chirurgien ».

57- « le chirurgien a commis des fautes communes à celles de l'anesthésiste, ce qui a contribué à provoquer le décès de la patiente ».

58- crim., 22 juin 1972. prés.

59- Paris. 10 décembre 1970. GP.1971.1.74.

وتتلخص وقائع القضية في: إصابة الطفل (سعيد) بمرض تشوه القدم الجانبي *atteint d'un pied-bot bilatéral*، فقام الجراح بعلاجه بطريقة *la méthode dite ambulatoire*، تحت تأثير تخدير عام قام به طبيب تخدير. وفي الجلسة السابعة للعلاج وبعد أن قام طبيب التخدير بتخدير الطفل كالعادة بمادة *fluothane*، طلب منه الجراح أن يحقنه بمادة *penthotal* في الوريد للحصول على أفضل ارتخاء في العضلات *afin d'obtenir une meilleure résolution musculaire* وقتها تقيأ الرضيع محتوى الرضاعة، الذي غمر الشعب الهوائية وأدى إلى إحداث اختناق، والذي حتى وإن لم يؤد إلى وفاة الطفل فإنه نشأ عنه إصابة عميقة في المخ *une lésion profonde de l'encéphale* جعلته يعيش في حالة عدم حركة *réduisant l'enfant à un état végétatif*. ويتطلب إجراء مثل هذه العمليات مراعاة أجل أدنى قدره خمس ساعات بعد تناول المريض لوجبته الغذائية. وكان الأطباء أوصوا والدي الطفل بعدم إعطائه الرضاعة بعد السابعة صباحاً، حتى يتسنى لهم إجراء العملية على الساعة الثانية عشرة ظهراً. ويبدو أن تعليماتهم لم يتم احترامها. وقد دفع الطبيبان بأنه سبق لهما تحذير والدي الرضيع، وأنه لم يكن في مقدورهما التأكد من خلو معدة الطفل.

غير أن مجلس قضاء باريس والغرفة الجنائية لمحكمة النقض اعتبرا أن «المتهمين أخطأ بإهمال وذلك بعدم تأكدهما من خلو معدة الطفل... وما كان لهما أن يستندا إلى تصريحات الوالدين المتعلقة بوقت وحجم الوجبة، وأنه لما تمكنا من بسط رقابتهما على الطفل منذ التاسعة الثانية صباحاً، لذا كان يجب عليهما القيام بالعملية إلا بعد الساعة الثانية مساءً... وأنه بإهمالهما اتخاذ مثل هذا الاحتياط، يكونا قد ارتكبا خطأ تسبب في الضرر الذي لحق بالضحية»⁽⁶⁰⁾.

60- «...les deux prévenus auraient commis une faute de négligence en ne s'assurant pas de la vacuité de l'estomac de l'enfant...(car) ils n'avaient pas à en rapporter aux déclarations des parents quand à l'heure et à l'importance des repas. et qu'ayant eu le contrôle de l'enfant à 9 heures. ils n'auraient commencé l'intervention qu'après 14 heures...(et) en négligeant de prendre cette précaution. ils avaient commis chacun une faute ayant causé le dommage souffert par la victime ».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وقد حاول كل متهم تحميل المسؤولية للمتهم الآخر، ولكن دون جدوى. وقد أجابت محكمة النقض بالقول أنه: «إذا كانت مهمة التخدير بمعناها الضيق تؤدي مبدئياً إلى قيام مسؤولية أخصائي الممارسة، فإن مراعاة الأجل الذي يرمي إلى ضمان خلو المعدة يلتزم به الجراح أيضاً والذي باختياره (طريقة النقل) ومطالبته بتخدير عميق، يكون قد حدد ساعة إجراء العملية، مثله مثل الطبيب الذي قام بالتخدير... وأن المدعين يكونا بهذا قد تصرفا معاً، وارتكبا بالتالي إهمالاً يرتبط ارتباط السبب بالنتيجة بالإصابات الجسمية التي لحقت بالضحية».⁽⁶¹⁾

وهذا القرار الأخير مثله مثل قرار Sarrazin، يؤكد على فكرة الفريق الجراحي وعلى التعاون الصادق الذي يجب أن يسود بين أعضاء الفريق الذين يتصرفون معاً من أجل تحقيق هدف مشترك ألا وهو نجاح العملية.⁽⁶²⁾

من خلال القرارين السابقين اللذين أصدرتهما الغرفة الجنائية لمحكمة النقض بتاريخ 22 جوان 1972 وخاصة قرار Sarrazin يتبين أنهما يثيران مسألتين تتعلق:

أولهما : بإعادة النظر في مبدأ استقلال طبيب التخدير.

وثانيهما : بإعادة النظر في مبدأ المسؤولية الشخصية في إطار الفريق الطبي.

أولاً : مدى إعادة النظر في مبدأ استقلال طبيب التخدير.

يرى الأستاذ R.Savatier دفاعاً عن الاتجاه الذي يؤيده على هامش تعليقه على القرارين السابقين: «أن طبيب التخدير يبقى كمساعد بالنسبة للعملية

61- «...si l'anesthésiste proprement dit engage en principe la responsabilité du spécialiste qui la pratique, le respect du délai tendant à donner l'assurance de la vacuité de l'estomac s'imposait aussi bien au chirurgien, qui ayant choisi la pratique ambulatoire et demandé une anesthésie profonde, a fixé l'heure de l'anesthésie... (que) les demandeurs agissant ensemble, se sont tous deux rendus coupables d'une négligence en relation de cause à effet avec les lésions corporelles dont reste atteinte la victime..»
62- M.AKIDA, op.cit. p.207.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

الجراحية العلاجية التي يقوم بها الجراح».⁽⁶³⁾ وبالتالي فإن محكمة النقض تكون في رأيه قد أعادت النظر في مبدأ استقلال طبيب التخدير واعتبرته مجرد مساعد. ويرى غالبية الباحثين أن الأمر هنا يتعلق بالنسبة لمحكمة النقض بإعادة النظر في مبدأ الاستقلال الفني لطبيب التخدير أو بمبدأ الفصل بين وظائف ومهام أعضاء الفريق، والتميز بين مسؤولياتهم.

فهذه المبادئ سبق وأن أرستها المجالس القضائية في فرنسا، بطريقة تتميز بنوع من التوسع، وأن محكمة النقض تدخلت لوضع حدود لمبدأ الفصل بين المسؤوليات الذي طبقته تلك المجالس.

وهكذا ظهرت محكمة النقض حذرة في إعمالها لهذا المبدأ، مذكرة قضاة الموضوع بأن استقلال كل عضو من أعضاء الفريق في العمل، لا يحول دون وجود اختصاصات مشتركة لا يمكن لا للجراح ولا لطبيب التخدير أن لا يهتم بها.⁽⁶⁴⁾

ثانياً : مدى إعادة النظر في مبدأ المسؤولية الشخصية

في إطار الفريق الطبي.

لقد سبق التأكيد على ضرورة تفريد الأخطاء الخاصة بأعضاء الفريق الجراحي، وعدم الأخذ بالمسؤولية الجزائية لأي عضو من الأعضاء إلا على أساس خطأ شخصي وثابت.

وأن مبدأ المسؤولية الشخصية لم يكن محلّ تشكيك من قبل محكمة النقض. وأن هذه الأخيرة أخذت في القرار الأول بالمسؤولية الشخصية للجراح الذي أغفل التحقق من خلو المعدة قبل إجراء العملية، ومثل ذلك في القرار الثاني حيث قضت بإبطال قرار مجلس قضاء Montpellier القاضي ببراءة الجراح.

63- «l'anesthésiste reste auxiliaire par rapport à l'intervention curative du chirurgien». R.Savatier, obs. crim. 22 juin 1972, préc.

64- A.Gombault, «la responsabilité des chirurgiens et des anesthésistes- au arrêt de cassation dans l'affaire Sarrazin-» conc-méd. 1972, p.7173. cité par M.AKIDA, op.cit. p208.

J.P. Karaquillo, «les responsabilités civiles médicales découlent de l'acte d'anesthésiste». D.1974. 1. Doctr. p.183.

C.Vilar, «l'évolution des responsabilités du chirurgien et de l'anesthésiste». RTDciv. 1974, p.739.

وفي كلا القرارين فإن الغرفة الجنائية أعادت على الجراح ارتكابه أخطاء شخصية حيث اختار في القضية الأولى طريقة العلاج النقلية *la pratique ambulatoire* وحدد ساعة العملية وطلب من طبيب التخدير تخديراً عميقاً. وبعبارة أخرى، فإن الحيلة الأولى تقتضي منه ومن طبيب التخدير التأكد من خلو المعدة وعدم الاكتفاء بتصرفات الوالدين.

وفي قضية Sarrazin، فإن الغرفة الجنائية نقضت قرار مجلس قضاء Montpellier على أساس تناقض الأسباب: حيث ثبت لديها أن الجراح ارتكب خطأ بإهماله في عدم القيام بعملية نقل الدم *une transfusion sanguine*. وحسب الخبراء فإنه كان يجب على الجراح أن يشير على طبيب التخدير بإجراء إنعاش بطريقة نقل الدم *une réanimation par le sang* ويدعوه للقيام بها أثناء إجراء العملية. وقد اعتبرت الغرفة الجنائية أن إثبات هذا الخطأ ثم الحكم ببراءة الجراح يشكل تناقضاً في الأسباب من قبل مجلس قضاء Montpellier. وقد أرادت الغرفة الجنائية أن تذكر الجراحين بأنه إذا كان الخطأ يتعلق بمهمة موكلة في العادة إلى الجراح، كالتأكد من خلو المعدة، وتحديد فصيلة الدم من أجل عملية نقله المرتقبة، فإن مسؤوليتهم يمكن أن تقوم، لأن هذه المهمة تتعلق أيضاً بالتدابير العامة للحيلة *les mesures générales de prudence*، والتي يجب على الجراح بوصفه منسق الفريق أن يتأكد بنفسه من تنفيذها حتى يمكن إجراء العملية للمريض وفي أحسن الظروف الممكنة. وهكذا فإنها تحث كلا من عضوي الفريق الجراحي على التعاون الوثيق بغرض احترام ومراعاة قواعد سلامة المرضى..

وهو ما يتناقض مع التفسير غير المقبول جزائياً، والذي ذهب إليه محكمة Seine، للفريق الجراحي، والذي يعني بالنسبة إليها نوع من المسؤولية الجماعية. وتتلخص وقائع القضية في أن مريضة كانت على وشك إجراء عملية جراحية، إلا أنها تعرضت لحادث مميت في غرفة العمليات، بسبب انفجار للغاز المتسرب من جهاز الاستنشاق *l'appareil d'inhalation*.

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وتوبع طبيب التخدير بتهمة القتل بإهمال، ولكن المحكمة أصدرت حكماً ببراءته. ومع ذلك فإن محكمة Seine قضت بالمسؤولية الجماعية لكل من الجراح وطبيب التخدير، وألزمتهم بدفع التعويضات المدنية على أساس أن «فكرة الفريق الجراحي تظهر، بوصفها الحل القانوني الأكثر تطابقاً مع الواقع، وحيث أنه انطلاقاً من هذه الواقعة ذاتها فإن حينما يكون الأطباء فريقاً واحداً لعلاج المرضى، فإنهم يمنحون ضمناً وكالة إلى واحد منهم والذي يلتقي بالمريض لإبرام عقد طبي باسمهم مع هذا الأخير، والذي يقبل من جهة بالحصول على العلاج من مختلف أعضاء الفريق، وبالنتيجة فإنه يقع على كاهلهم مجتمعين التزام بالسلامة ينشأ عن العقد...»⁶⁵ وقد عدلت محكمة Seine عن اجتهادها السابق بعد سنوات من ذلك.⁶⁶

وعلى الرغم من المسؤولية المزدوجة للجراح وطبيب التخدير على أثر حادث يتعلق بالإفاقة *un accident de réveil*، فإن المحكمة أعابت على الجراح برنامج الجراحي المكثف، الأمر الذي حال دون طبيب التخدير وضمان الحد الأدنى من المراقبة الضرورية لسلامة المريض.

وأكدت محكمة Seine على مبدأ الفصل بين الوظائف والمسؤوليات في إطار الفريق الجراحي، وعلى الدور المنوط بالجراح في السير العام للعملية الجراحية بقولها: «حيث أنه وفي ظل الوضعية الحالية للتقنية الجراحية، فإنه مما لا شك فيه، فإن الاختصاصات تتجه إلى التنوع، وهو ما يؤدي إلى اختلاف تلاميذ للمسؤوليات... ولا يبقى إلا أن يشكل كل من الجراح وطبيب التخدير فريقاً جراحياً... وحيث أن الجراح الذي يتم اختياره بوجه خاص من قبل المريض، يكون مسئولاً عن تمام سير

65- «la notion d'équipe apparaît comme donnant la solution juridique la plus conforme à la réalité. Attendu que du fait même que des médecins se constituant en équipe pour soigner des malades, ils donnent implicitement mandat à celui-ci d'entre eux qui contacte le malade de passer en leur nom un contrat médical avec ce dernier qui, de son côté, accepte de recevoir les soins des différents membres de l'équipe, étant entendu que ceux-ci seront collectivement tenus de l'obligation de sécurité découlant du contrat.»

TGI Seine, 3 mars 1965, JCP.1966.II 14581, obs. R. Savatier.

66- TGI Seines, 9 avril 1974, conc. Méd. 1974, p. 5107, obs. A. Gombault.

العملية الجراحية، ويبقى الضامن لنوعية تنفيذها ويجب عليه أن يعمل ما في وسعه للمساهمة في إنجاحها».⁶⁷

وفيما يتعلق بخطأ الجراح قرّرت المحكمة أنه: «ولما كان الجراح لم يعتمد إلى وضع فاصل زمني كافٍ بين العمليتين، في وقت شارك فيهما نفس طبيب التخدير، فإنه بذلك لم يسمح لهذا الأخير من ضمان واجب المراقبة الذي يقع على عاتقه بصفة عادية... وأنه يقع على الجراح تنظيم العملية بشكل يسمح لكل عضو من أعضاء الفريق الجراحي، القيام بمهمته في أحسن ظروف ممكنة».⁶⁸

ومن الواضح أن الحكم السابق اتبع الخط العام للاجتهاد القضائي، وبوجه خاص توجيهات محكمة النقض بخصوص فكرة الفريق الجراحي.

وفي قضية أخرى أصدرت محكمة Marseille حكماً هاماً بتاريخ 24 فيفري 1977 تناولت بالتحليل فيه تباعاً، مسؤولية أعضاء الفريق الطبي المتكون من الطبيب الاستشاري médecin consultant، والطبيب المعالج، وطبيب التخدير. وتلخص وقائع القضية في إصابة شاب بضغط عصبي une dépression nerveuse مع ميل إلى الانتحار، والذي تم إيداعه في إحدى العيادات الخاصة، حيث -ونظراً لخطورة حالته- استعان مسيرها بـبروفسور متخصص في الأمراض

67- «Attendu que si en l'état actuel de la technique opératoire, il n'est pas douteux que les compétences tendent à se diversifier, ce qui entraîne une distinction corrélative des responsabilités... il n'en demeure pas moins que le chirurgien et l'anesthésiste forment une équipe chirurgicale... que le déroulement de l'intervention, reste garant de la qualité de son exécution et doit tout faire pour contribuer à son succès».

68- «qu'en ne prévoyant pas entre ses deux interventions un intervalle suffisant, alors que le même anesthésiste y participe, le docteur y... n'a pas permis à celui-ci d'assurer normalement le devoir de surveillance qui lui incombait. Qu'il appartient aux chirurgiens d'organiser l'intervention de telle sorte que chacun des membres de l'équipe chirurgicale puisse accomplir la tâche qui lui est impartie dans les meilleures conditions possibles..»

العصبية. وبعد إجراءه لعدة فحوص قرّر هذا الأخير علاجه بأسلوب d'une cure de Sackel وهو أمر قوبل بالرفض من طرف المريض. فقرّر علاجه عندئذ بسلسلة من الصدمات الكهربائية une série d'électrochocs وكلف القيام بها لطبيب داخلي بالعيادة médecin résident وقد طبق هذا الأسلوب العلاجي من طرف فريق يتكون من طبيب العيادة، وطبيب التخدير، وممرضتين. وكان هناك ثلاثة مرضى آخرين يتلقون نفس العلاج وفي وقت واحد. وقد ظهرت على المريض إياه، علامات الإفاقة من التخدير، فترك دون مراقبة. وبعدها بقليل لاحظت الممرضة أنه وقع في حالة إغماء en syncope. ورغم محاولات الإنعاش فإن المريض فارق الحياة.

تمت متابعة الأعضاء الثلاثة للفريق الطبي بتهمة القتل بإهمال، فقضت المحكمة ببراءة البروفيسور الذي تم استدعاؤه كاستشاري وبإدانة الطبيب المعالج، أما طبيب التخدير ولما كانت قد وافته المنية، فإن الدعوى العمومية انقضت بالنسبة إليه. ووفقا لتقرير الخبراء، فإن الوفاة ترجع إلى وقوع المريض في حالة إغماء en syncope، طرأت كتبعات تالية مباشرة للصدمة الكهربائية ينسب إلى عيب في المراقبة في تطبيق هذا النوع من العلاج النمطي «médecine en série».

وقد تناولت المحكمة بالتحليل على التوالي مسؤولية كل عضو من أعضاء الفريق: فبالنسبة للبروفيسور الاستشاري: قضت المحكمة ببراءته بحجة «عدم مساهمته في تنفيذ العلاج موضوع النزاع، ما دام أنه ليس ملزما بموجب التضامن بين الفريق الجراحي إلا بمدى ملاءمة العلاج الطبي الموصوف، وليس بالبحث عن قدرة المريض على تحمله... وبالتالي لا يدلّه في وفاة الشاب...»⁶⁹

69- «(qu'il) n'a participé à l'exécution du traitement litigieux n'étant tenu au titre de la solidarité de l'équipe chirurgicale qu'à la pertinence de la thérapeutique prescrite. qu'à la recherche de l'aptitude du malade à la supporter...(donc) il est étranger au décès du jeune H... ».

أما بالنسبة لطبيب التخدير: فقد أعلنت المحكمة: «أن سبب الوفاة يرجع إلى رقابة خاطئة للإفاقة من التخدير، وأن ثقل المسؤولية كله يقع على طبيب التخدير الذي انقضت بالنسبة إليه الدعوى العمومية»⁷⁰. والذي أظهر التحقيق أنه - وفي ظرف ساعتين - قام بست عمليات تخدير في ثلاث عيادات مختلفة. وأخيراً، فبالنسبة لمسئولية الطبيب المعالج، فإن المحكمة اعتبرت أنه: «في واقع أقل من ساعة، قام بعلاج أربعة مرضى عن طريق الصدمات الكهربائية، مع محاولة إنعاشهم، وهو ما يظهر أننا بصدد الطب النمطي الذي يتجه إلى رفع المردودية في المهنة على حساب سلامة المرضى. أي أن الإهمال كان أصل الوفاة أو هو على الأقل من سبله. وهذا التسرع يؤدي أيضاً إلى قيام مسؤولية الطبيب المعالج... والذي لم يفرض على زميله إيقاعاً أكثر اتزاناً في إجراء العمليات، وبذلك يكون الطبيب المعالج شريكاً من الناحية الجزائية لطبيب التخدير ويكون مسؤولاً بالكامل عن الوفاة»⁷¹.

70- « (que) la cause de la mort étant due à un réveil anesthésique mal contrôlé. c'est l'anesthésiste a l'égard duquel d'action publique est à présent éteinte. que pèse la plus lourde responsabilité».

71- «...le fait qu'en bien moins d'une heure, on ait traité quatre malades par électrochocs et tenté une réanimation, démontre qu'on se trouve en présence d'une médecine en série tentant à rentabiliser une profession au détriment de la sécurité des patients, soit une imprudence qui est à l'origine du décès ou qui l'a au moins facilité. Cette précipitation engage également la responsabilité du médecin traitant... en n'imposant pas à son confrère un rythme d'interventions plus pondéré, le médecin traitant est coauteur pénalement de l'anesthésiste est responsable à part entière du décès».

المسؤولية الجزائية للجراح وطبيب التخدير والإنعاش

وهكذا أرجعت وفاة الضحية إلى خطأ الطبيب المعالج الذي كثف برنامجه الجراحي على نحو حال بين طبيب التخدير ومراقبة إفاقة المريض، وبتطبيقه مع زميله للطب النمطي. وقد أيد المستشار⁷² Doll، حكم الإدانة السابق، وانتقد ما أسماه بالمرردودية الطبية⁷³ stakhanovisme médical.

72- V.Doll: «Des conséquences du stakhanovisme en matière d'anesthésie», Nov.Pres.méd. 24 décembre 1977, P.4151. cité par M.AKIDA, op.cit. p.212.

73- نسبة إلى Stakhanov وهو عامل منجمي روسي، وأصبح يضرب مثلاً بهذه التسمية في الدول ذات التوجه الاقتصادي الاشتراكي، وهي طريقة قائمة على مبادرة العامل من أجل رفع الإنتاج، .Petit Larousse illustré 1986. p 955