

**المسؤولية المدنية للطبيب عن القتل الرحيم
والمساعدة على الانتحار
(دراسة مقارنة)**

و. طارق عبد الله محمد أبو حوّه
مدرس القانون بكلية الإلورة - جامعة الرلتا ورئيس قسم القانون
بالأكاوسمية الأمريكية - الكويت

المقدمة

شهد النصف الأخير من القرن العشرين طفرة هائلة من التقنيات المتطورة ، كان لها الأثر الأكبر في تحسين أداء العلوم الطبية في مواجهة العديد من الأمراض المستعصية ، التي كانت تؤدي بحياة الكثير من البشر ما كان له انعكاسات ملموسة تجاه تحسين المستوى الصحي وتحقيق قدر أكبر من الرفاهية الإنسانية .

وعلى الرغم مما أفرزته المكتسبات الطبية من أهمية كبيرة فى مواجهة المخاطر التي تهدد حياة الإنسان من جراء الزحف المتجدد للأوبئة الخبيثة ، إلا أن المستحدثات الطبية ما زالت تقف عاجزة في مواجهة الأمراض المستعصية ، مما جعل من علوم الطب وقدرة الطبيب على العلاج وتحقيق الشفاء تشهد تراجعاً ملحوظاً عن خلق حلول نهائية لما يُعرف بالعلل الجسدية التي لا يُرجى شفاؤها .

ومع تطور النظم الاجتماعية ، وسيطرة مفهوم المذهب الفردى للحريات ، وارتفاع نفقات العلاج الطبي ، إختلف النظرة حيال هؤلاء المرضى المينوس من شفاتهم إختلافاً بيناً ، خاصة إذا ما صاحبت هذه العلل الخطيرة آلاماً شديدة لا تُطاق ، مما أدى إلى نشوء ما يسمى بالحق في الموت بكرامة وإجلال ، وقد كان من تطبيقات ذلك الحق ظهور فكرة القتل الرحيم بدافع الشفقة والإحسان للمرضى من ذوى الأمراض التى يستحيل علاجها خلافاً لما تسببه لأصحابها من آلام وشقاء لا يطاق على المستويين الجسدي والنفسي على حد سواء.

وقد أثارَت هذه الفكرة جدلاً كبيراً في مختلف الأوساط الاجتماعية والطبية والدينية مما كان له إنعكاساً جوهرياً في مجال القانون ، وذلك لما ينطوي عليه القتل الرحيم بدافع الشفقة من المساس بحق الإنسان في الحياة ، بوصفه من الحقوق المقدسة التي تستند إلى تكريم الإنسان ، وباعتباره القيمة التي تجسد الركيزة الأساسية

لبقية الحقوق ، لذلك أولته التشريعات القانونية بمختلف مناهجها حماية قانونية فاعلة ، و أفردت لصيانتته نصوصاً ترسخ قدسيته وتدرء عنه كافة أشكال العدوان والتجني.

ويجدر البيان، إلى أن أول دولتين في العالم أقرتا قانوناً خاص يجيز الموت الرحيم في الحالات المرضية المستعصية، هما هولندا في عام ٢٠٠١، وتبعتها بلجيكا في عام ٢٠٠٢ ، ولأن الأصل المقرر في علوم الطب ومبادئ القانون ينتصر لفكرة الدفاع عن قدسية الحياة والبحث عن أمل الشفاء ، لذا أنتظمت هاتان الدولتان شروطاً قاسية لتطبيق القتل الرحيم بوصفه مستحدثة تخالف الأصل السابق ، أهمها توافق رأي طبيبين على أنه لا أمل في شفاء المريض، ومعاناته آلام مبرحة وعذابات قاسية لا مبرر لها، وطلب المريض مراراً إنهاء حياته، وضرورة خضوع الأطباء لإشراف لجان إقليمية مؤلفة من قضاة وأطباء، مكلفة بالسهر على احترام الشروط القانونية والتأكد من توافرها .

وما يميز التشريع الهولندي عن التشريع البلجيكي أن الأول قد أجاز فضلاً عن القتل الرحيم الانتحار بمساعدة طبية وهو واحدة من صورة القتل الرحيم التي يتباين فيها دور الطبيب عن المهمة التي يقوم بها في نطاق موت الرحمة ، حيث يتولى الطبيب عملية الإشراف الكامل على القتل بدوافع الشفقة ، بينما تنحصر مهمته في عملية الانتحار بدافع الشفقة أيضاً ، في أن يقدم المعلومات والعقائير المسببة للموت ليقوم المريض بتناولها بنفسه دون إشراف مباشر أو متكامل من الطبيب.

وقد كان طبيعياً أن يثمر هذا التطور الفكري الذي خلق حقاً للمريض في الموت بكرامة وإجلال ، ليعكس أثاره القانونية على مستوى المسؤولية المدنية للطبيب بوصفها المعين الخصب الذي يمكن أن يتأثر دوماً من فرضيات الواقع الطبي المتغيرة

والتي تدفع بصورة مضطربة لتعدل من أوصاف وطبيعة هذه المسؤولية خاصة مع تسارع وتيرة التطورات التقنية في مجال علوم الطب والحياة.

وقد كان أول ما اثمرته فكرة الموت بكرامة في نطاق المسؤولية المدنية للطبيب ، هو تغير صورة الممارسات المهنية بطريقة عكسية تماماً ، فالأصل في العلاقة بين الطبيب والمريض أن الأخير يلجأ للأول مدفوعاً بطلب الشفاء والتداوي ، بينما في القتل الرحيم تحول دور الطبيب من طور العلاج والرحمة إلى طور إنهاء الحياة للشفقة ، ولئن كان الأصل في عقد العلاج الطبي أن يستهدف غاية الدفاع عن الحق في الحياة ، إلا أن الاتفاق على إنهاء الحياة ذاتها وبدافع الرحمة يرمي إلى تحقيق مقتضيات الحق في الموت بكرامة.

وحرى بالإشارة ، إلا أن محل هذا البحث سيكون دراسة المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء قانون القتل الرحيم الصادر في بلجيكا بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢م ، وذلك لما ينطوى عليه هذا القانون من مادة خصبة تستحق الدراسة والتأصيل ولما يتميز به من قوة التنظيم وسلامة المنهج مع تقريره لحماية قانونية وضوابط طبية فاعلة للمريض الميؤس من شفائه ، مع التلميح بالإشارة إلى التشريع الهولندي المتعلق بهذه الممارسة الطبية كلما يقتضى المقام ذلك. ولا يتسنى بطبيعة الحال إكمال موضوع هذا البحث إلا بالتعرض إلى قياس مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة في ميزان الشريعة الإسلامية ، في محاولة فقهية لأبداء الرأي عما إذا كان يمكن للمشرع المصري أن يتدخل بوضع مشروع متكامل ينظم ممارسات القتل الرحيم بما يتضمنه ذلك من إباحة عمل الطبيب الذي يجرى إزهاق الروح بدواعي الشفقة ، خاصة منها عملية رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عن المرضى فاقدى الوعي .

-
- ومن خلال الطرح السابق الذى يمهد لموضوع البحث ، نرى أنه يكون من المناسب تناول هذا الموضوع من خلال الفصول الثلاثة الآتية :-
- الفصل الأول:- مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية بين القوانين الوضعية والشريعة الإسلامية .
- الفصل الثانى :- الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.
- الفصل الثالث - خطأ الطبيب الموجب لمسؤولية المدنية للطبيب عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

الفصل الأول

مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية بين القوانين الوضعية والشريعة الإسلامية

لقد أمكن للتقدم العلمي في السنوات الأخيرة ، وخاصة في مجال صحة الحياة وكذلك التطور المذهل للتقنية الطبية ، أن يؤدي لأن تطول الأعمار بصورة واضحة جداً، ويلاحظ كذلك أن التقدم الطبي وخاصة في البلاد المتطورة، استطاع أن يحافظ على الحياة الاصطناعية للمرضى الواقعين تحت تأثير الغيبوبة، لفترة طويلة من الزمن قد تستمر في بعض الأحيان لعدة سنوات.

ومع التطور الاجتماعي وتفكك الروابط الأسرية وارتفاع نفقات العلاج الطبي اختلفت النظرة الطبية حيال هؤلاء المرضى ، خاصة عندما يصدف أن يصاب بعض المرضى بأفات لا يُرجى شفاؤها، كبعض آفات السرطان أو الإيدز وغيرها، وقد تتصاحب هذه الآفات بآلام شديدة غير محتملة ، مما يدفع الهيئة الطبية المعالجة أو المريض نفسه أو من يتولى أمره ، أن يبحث عن طريقة تنتهي بواسطتها حياة المريض رحمة به وشفقة عليه. وقد أدى هذا الموقف إلى نشوء ما يسمى بقتل الرحمة أو تيسير الموت أو ما يعرف باللغات الأوربية باسم (الأوتانازيا Euthanasia). وهي وسيلة أثارت جدلاً عنيفاً بين الأوساط الطبية والقانونية والأخلاقية والدينية لم تنتهي آثارها حتى يومنا هذا. (١)

(١) د.محمد الهوارى ، قتل المرحمة بين القوانين الوضعى والفقہ الإسلامى ، منشورات المجلس الأوروبى للإفتاء والبحوث ، ستوكهولم ١٤٢٣هـ/٢٠٠٣ م ، ص ٢.

ومع أن التقاليد الطبية السائدة في بلدان العالم والكثرة الغالبة من الأطباء ما زالت ترفض وتنفر بشدة مما يسمى قتل الرحمة، يضاف لذلك أن القوانين السارية في معظم بلدان العالم تعتبر قتل الإنسان بأي صورة ولأي سبب جريمة يعاقب عليها القانون، إلا أن قتل الرحمة أخذ يُمارس بصورة متزايدة في عدد من البلدان الأوروبية مستتراً في صدور الأطباء الذين مارسوه ثم اعترفوا به في مناسبات مختلفة، وقد يكون لا يزال ضائعاً في أروقة المستشفيات وسجلاتها تحت أسماء مضللة تجعل السلطات تغض الطرف عنها أو تمتنع المحاكم من إيقاع العقوبات القانونية في حق مرتكبيها.

وعلى إثر تغير النظرة إلى المريض صاحب الداء الذي يستعصى على العلاج ، ومع كثرة الممارسات السرية لوقائع الموت الرحيم ، تأثرت بعض التشريعات بهذه المتغيرات ، ومن بينها التشريع البلجيكي محل الدراسة الحالية ، حيث إنه وبتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م ، صدر قانون القتل الرحيم في بلجيكا ، مقررأ نوع جديد من التدخلات الطبية التي لا تهدف إلى علاج المريض بدافع استمرار الحياة في صحة جيدة ، وإنما بدافع إنهاء الحياة لأسباب قوية يقف في مطلعها الرحمة بالمريض وأقاربه من آلام ومخاطر أمراض مئوس من شفائها ، وبمقتضى هذا القانون تم تقنين حماية قانونية للطبيب الذي ينهي عمداً حياة الشخص المريض بناءً على طلب منه ، شريطة أن يكون مريضاً بعلّة مئوس من شفائها وأن يكون في حالة من المعاناة البدنية والنفسية التي لا يمكنه تحملها .

ولئن كان هناك بعض من التشريعات الأوروبية المقارنة ، قد انتظمت قوانين خاصة لأباحة فعل الطبيب الذي يجرى عملية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، وكانت هذه الدراسة تستهدف إلقاء الضوء تجاه إمكانية نقل هذه المنظومات القانونية المتطورة إلى التشريع المصري ، بغية مواجهة حالات القتل الرحيم التي تُمارس من

الناحية العملية بشكل متزايد وبصورة خفية من قبل الأطباء وبعض المعاونين لهم ، لذا فإن المقام يقتضى استجلاء حكم الشريعة الإسلامية في هذه المستحدثة الطبية التي تم إسباع المشروعية القانونية عليها فى القانون المقارن ، ومن أجل بيان مدى مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة فى ضوء القوانين الوضعية والشريعة الإسلامية ، نرى أنه من المناسب تقسيم هذا الفصل إلى المبحثين الآتيين :-

المبحث الأول :- مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة فى ضوء التنظيمات القانونية المقارنة.

المبحث الثانى :- مشروعية القتل الرحيم فى ميزان الشريعة الإسلامية.

المبحث الأول

مشروعية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة في ضوء

التنظيمات القانونية المقارنة

تذهب الغالبية العظمى من التشريعات العربية والأوربية إلى تجريم القتل بجميع صورته وأشكاله ومهما كانت دوافعه ومبرراته ، إذ لا تصلح الرحمة أن تكون سبباً لتبرير فعل القتل ولو كان من يجريه طبيياً ، بينما توجهت بعض التشريعات لتبنى موقفاً مغايراً ، ترى بموجبه أن حق الحياة المقرر للمريض الذى يرغب فى الاستشفاء ، يجب أن يقابله حق المريض الميئوس من شفائه فى الموت بكرامة تحت دوافع الشفقة.

- لذلك نرى أن هذا المبحث سوف يقتصر على بيان مفهوم وحالات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى بعض التنظيمات القانونية التى تناولته بنصوص خاصة ، ثم نخرج إلى الكشف عما خلفته هذه المستحدثات الطبية والأخلاقية من تحول دور الطبيب من طور علاج المريض إلى طور إنهاء حياته وانعكاسات ذلك على مسؤوليته المدنية ، وذلك من خلال المطلبين الآتيين : -

- المطلب الأول : مفهوم وحالات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى بعض التنظيمات القانونية المانحة للحق فى الموت بكرامة.

- المطلب الثانى :- تحول دور الطبيب من طور علاج المريض إلى طور إنهاء حياته بدافع الرحمة وانعكاسات ذلك على مسؤوليته المدنية.

المطلب الأول

مفهوم وحالات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى بعض التنظيمات القانونية المانحة للحق فى الموت بكرامه.

نتناول فى هذا المطلب تحديد مفهوم القتل الرحيم والانتحار بمساعدة فى القوانين المنظمة له ، ثم نسعى إلى بيان حالاته وأسباب تشريعه بقوانين خاصة مع الإشارة إلى بعض القوانين التى سوف نجعلها محلاً لهذه الدراسة من تلك التى تبنت مفهوم الحق فى الموت الرحيم ، وذلك من خلال الفرعين الآتيين :-

الفرع الأول :- مفهوم القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى القوانين المنظمة له.

الفرع الثانى :- حالات القتل الرحيم ودوافع وأسباب تنظيمه بقوانين خاصة.

الفرع الأول

مفهوم القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى القوانين المنظمة له.

- يعرف القتل الرحيم ، بأنه القتل بدافع تسهيل موت الشخص ، بدون ألم ، بسبب الرحمة ، لتخفيف معاناة المريض ، سواء بطرق فعالة أو منفعة ، وعرفه البعض بأنه ، إنهاء حياة مريض ميؤوس من شفائه طبيياً بفعل إيجابي أو سلبي للحد من آلامه المبرحة.^(١)

(١) نواف جابر الشمري ، القتل الرحيم بين القانون والشريعة لأسلامية ، رسالة ماجستير ، الجامعة الخليجية ، (بدون تاريخ) ، ص ٥.

- كما يمكن تعريف القتل الرحيم أو القتل إشفاقاً بأنه، إنهاء لحياة عليل ميؤس من شفاؤه طبياً بفعل أو ترك للحد من الآلمة المبرحة وغير المحتملة ، بناء على إلحاحه الصريح أو الضمني أو إلحاح من ينوب عنه أو بدون طلب من أي منهما سواء قام به طبيبه أو غيره بدافع الشفقة.

- وأخيراً يمكن تعريفه بأنه الموت دون معاناة ، أو القتل بقصد إنهاء معاناة المريض الذي يستحيل شفاؤه ، أو الرحمة في القتل بدافع الشفقة (١) ، أو أنه نوع من القتل يرتكبه شخص غير المريض ، قد يكون طبيباً أو غير طبيب ، لتخليص مريض لا يرجى شفائه من الآلمة التي لم يعد يتحملها (٢) ، أو يقصد به ، تسهيل موت المريض الميؤس من شفائه ، بناءً على طلب ملح ومتكرر منه مقدم إلى الطبيب المعالج أو طبيب آخر. (٣).

- كما يعرف القانون البلجيكي المنظم لعمليات القتل الرحيم هذا العمل بأنه الفعل الذي تنتهي به حياة المريض عمداً بناءً على طلبه. (٤)

- وباستعراض هذه التعريفات ، يتبين بداءة أن الانتحار بمساعدة لا يعدو أن يكون صورة من صور القتل الرحيم ، والفارق بينهما أن الموت الرحيم يتم تحت إشراف طبي كامل أما عن الانتحار بمساعدة فإن دور الطبيب ينحصر في تزويد الراغب في الموت بالمعلومات والأدوات والعقاقير التي تسهل عليها الوفاة ، إلا أن دافع الشفقة

(١) د. هدى قشقوش ، القتل بدافع الشفقة ، دار النهضة العربية – الطبعة الثانية – (بدون تاريخ) – ص٧.

(٢) د. عبد الوهاب حومد ، دراسات معمقة في الفقه الإسلامي ، ص ٤٤٧ .

(٣) د. محمد على البار ، أحكام التداوي والحالات الميؤس منها ، دار المنارة جدة ، الطبعة الأولى ، (بدون تاريخ) ، ص٦٨ .

(٤) المادة الثانية من القانون البلجيكي المتعلق بتنظيم القتل الرحيم والصادر في ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م .

وصفة المرض الميؤوس منه يجمع بين الحالتين الأمر لذا يلزم معه التنويه إلى أن استعمال تعبير القتل الرحيم طوال فصول الدراسة سوف ينضوى فيه ولاشك عملية الانتحار بمساعدة طبية دون أن يلزم أن نبين حكمها القانوني في كل مسألة.

كما يتضح بجلاء ، أن جوهر المشكلة يكمن في التعجيل بإنهاء حياة محكوم عليها بالهلاك حتماً هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن العدوان الواقع في مثل هذا القتل لا يصدر عن إرادة إجرامية تقصد عملاً غير مشروع جزائياً ، بل يقع القتل عن نفس رحيمة مشفقة على الإنسان محل هذا الاعتداء ، كما يلاحظ بعد التدقيق في التعاريف المختلفة للقتل الرحيم ، أن القاسم المشترك بينها ، هو أن هناك مريضاً ميؤوس من شفائه ، ويعاني من آلام لا تطاق بسبب هذا المرض ، وأن هناك طبيباً يتدخل لإنهاء آلام هذا المريض بوسيلة طبية ، بناء على طلب المريض وإلحاح منه ، ويستوى في ذلك أن يتم القتل الرحيم تحت رعاية طبية كاملة أو أن يقتصر دور الطبيب على إمداد المريض بالوسائل والمعلومات التي يجرى على أساسها الانتحار بنفسه.

- ويرجع تاريخ استعمال مصطلح القتل الرحيم ، إلى الفيلسوف الانجليزي "روجيه" الذي كان يحث الأطباء على أن يهينوا موتاً هادئاً ، لمن لا يرجى شفائه من مرضاهم ، ووجه نقداً للأطباء بأنهم لا يزالون يعذبون مرضاهم ، رغم قناعتهم باليأس من شفائهم ، وهو ما يلقي عليهم واجباً إنسانياً ومهنياً بأن يطفنوا بأيديهم الرحيمة هذه الآلام ويحققوا النزع الأخير للنفس مع شئ من الرحمة (١) .

- ولا يبرأ القتل الرحيم ، على هذا النحو ، ورغم الغاية الإنسانية التي تحيط به ، من مفهوم العدوان على الحياة ، إذ لا يشترط في محل القتل رحيماً كان أو غير رحيم ، سوى أن يكون إنساناً حياً ولو كان مريضاً مرضاً مبرحاً وميؤوساً من شفائه ، طالما

(١) د. هدى حامد قشقوشي ، المرجع السابق ، ص ١٢ .

لم تحن بعد لحظة وفاته الطبيعية ، ولا يغير من هذا الحكم أن يكون المريض راضياً بوقوع الفعل عليه لأن رضاء المجني عليه لا قيمة له في جريمة القتل كما لا يغير من ذلك أن يكون الفاعل مدفوعاً بباعث الشفقة لأنه لا عبرة في القانون بالبواعث من حيث وجود الجريمة.^(١)

الفرع الثاني

حالات القتل الرحيم والانتحار بمساعدته ودوافع

وأسباب تنظيمه بقوانين خاصة.

أولاً:- تاريخ تقنين القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ودوافع تنظيمه بقوانين خاصة.

كانت أول قضية من هذا النوع عرضت على القضاء الأمريكي كان سنة ١٨٢٣م، وكان الجاني أباً أغرق أطفاله الثلاثة ؛ ليذهبوا حسب اعتقاده إلى الجنة مباشرة . وفي عام ١٩١٢م قتل أحد وكلاء النيابة العامة في فرنسا زوجته المصابة بشلل نصفي ناشئ عن إصابة في الرأس ؛ لتخليصها من آلامها المبرحة . وفي سنة ١٩١٧م بُرئ طبيب أمريكي من تهمة فشله في إنقاذ حياة طفل مشوه ، وفي سنة ١٩٢٠م قام زوج أمريكي بقتل زوجته بالسم بناءً على طلبها ، وكانت مريضة بمرض مستعص غير قابل للشفاء ، وفي سنة ١٩٢٥م قتلت فتاة فرنسية خطيبها الذي كان مصاباً بالسرطان ، فقامت بحقنة بكمية كبيرة من المورفين ، ثم قتلته بمسدسها.^(٢)

(١) نواف جابر الشمري ، المرجع السابق ، ص ٥.

(٢) د.عبد الوهاب حومد ، المرجع السابق ، ص ٥٣٨ ، د. عبد المحسن المعيوف ، القتل بدافع الرحمة وأحكامه في الفقه الإسلامي ، ص ٢٢ .

<http://fiqh.islammessage.com/NewsDetails.aspx?id=1330->

- وقد كان للمنظمات الحقوقية التي تنادي بتقنين عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، أثراً كبيراً على الدول المختلفة ، التي تباينت مواقفها من هذه التدخلات الطبية المنهية للحياة ، حيث رفض الكثير منها إباحة هذا العمل تحت أي دوافع ، ومن ذلك ما أصدرته روسيا من قانون يبيح فعل القتل الرحيم شريطة أن يتم بناءً على طلب من المريض ، ولم يمض أشهر حتى ألغى هذا القانون بدعوى ما يتضمنه من آثار سلبية (١) كما تقدمت إحدى جمعيات القتل الرحيم في إنجلترا بمشروع قانون ينظم عمليات القتل الرحيم ، لكنه قوبل بالرفض ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية وضعت ولاية أوهايو سنة ١٩٠٦م مشروع قانون يجيز لكل مريض بمرض لا يرجى شفاؤه ، مصحوب بالأم لا تطاق ، أن يطلب اجتماع لجنة مكونة من أربعة مختصين على الأقل لتقرير ما إذا كان من الملائم وضع حد لهذه الحياة المؤلمة .، ولكن هذا المشروع قوبل من مجلس النواب والكونجرس بالرفض . (٢)
- وقد لاقت فكرة القتل الرحيم صدى واسعاً في أوروبا ، وأثارت جدلاً كبيراً وحظت بتأييد كبير على المستوى المهني والشعبي ولدى الجمعيات والمنظمات الأهلية ، حيث أوضح استبيان للرأي العام الفرنسي أن ٨٥% من الفرنسيين يؤيدون عمل القتل الرحيم وأن ٧٦% منهم يرغبون في تعديل القوانين المعنية لإباحة هذا العمل (٣).
- لذلك أنشأت العديد من الجمعيات التي تقوم بمهمة تيسير الموت الرحيم تحت شعار الحق في الموت بكرامة ، وكما تطورت أسماء هذه الجمعيات من "جمعية قتل

(١) د. عبد المحسن المعيوف ، المرجع السابق ، نفس الموضوع .

(٢) د. محمد على البار ، المرجع السابق ، ص ٦٩ ، د. عبد المحسن المعيوف ، المرجع السابق ، نفس الموضوع .

(٣) د. بلحاج العربي أحمد ، الأحكام الشرعية والطبيعية للمتوفي ، مجلة البحوث المعاصرة ، العدد رقم (٤٢) ، السنة (١١) ، ص ٢٦ .

الرحمة" إلى "جمعية حق الإنسان في الموت" إلى "حق الإنسان في الموت في وقار وإجلال"، كذلك فقد تطورت الأهداف المعلنة من علاجية إلى وقائية، أي من إنهاء الألم بقتل المتألم من مرض خبيث ، إلى قتل ذوى الحالات النفسية، ثم إلى " الوقاية من الطفولة المعوقة " والمطالبة بتشريع يبيح للأطباء قتل الأطفال المعوقين خلال (٧٢) ساعة من ولادتهم(١).

- ويجدر البيان، إلى أن أول دولتين في العالم أقرتا قانوناً خاص يجيز الموت الرحيم في الحالات المستعصية، هما هولندا في عام ٢٠٠١، وتبعتها بلجيكا في عام ٢٠٠٢. حيث شرّعت هولندا الموت الرحيم بموجب قانون صادر عن مجلس النواب ومجلس الشيوخ بتاريخ ١٠/٤/٢٠٠١، يتضمن شروطاً قاسية لتطبيق القتل الرحيم، أهمها توافق رأي طبيبين على أنه لا أمل في شفاء المريض، ومعاناته آلام مبرحة وعذابات قسية لا مبرر لها، وطلب المريض مراراً إنهاء حياته، وضرورة خضوع الأطباء لإشراف لجان إقليمية مؤلفة من قضاة وأطباء، مكلفة السهر على احترام الشروط القانونية والتأكد من توافرها، وما يميز التشريع الهولندي عن التشريع البلجيكي أن الأول قد أجاز فضلاً عن القتل الرحيم الانتحار بمساعدة طبية حتى للأطفال الذين يتجاوزن ١٢ عاماً.

- ثم لم تلبث بلجيكا وأن حذت حذو هولندا ، حيث أصدرت بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢ ، قانوناً يشرع للقتل الرحيم في بلجيكا ، مقررأ نوع جديد من التدخلات الطبية التي لا تهدف إلى علاج المريض بدافع استمرار الحياة في صحة جيدة ، وإنما بدافع إنهاء الحياة لأسباب قوية يقف في مطلعها الرحمة بالمريض وأقاربه من آلام ومخاطر

(١) أنظر بالتفصيل أهداف هذه الجمعيات وفلسفة إنشائها :- د. محمد فتحي الحريري ، اعتداءات الحياة بين المتحضرين والمحضرين ، مجلة الفصيل ، العدد رقم (١٩٢) ، ص ٢٩ ، د. إبراهيم صادق الجندي ، الموت الدماغي ، الطبعة الأولى ، الرياض ، (بدون تاريخ) ، ص ١١٩ .

أمراض ميوس من شفائها ، وبمقتضى هذا القانون تم تقنين حماية قانونية للطبيب الذي ينهي عمداً حياة الشخص بناءً على طلب منه ، شريطة أن يكون مريضاً بحالة ميوس من شفائها وأن يكون في حالة من المعاناة البدنية والنفسية التي لا يمكنه تحملها .

- وبذلك، وللمرة الأولى في تاريخ البشرية ، يُنظم الموت الرحيم على الصعيد المدني والاجتماعي والقانوني. فبعد ثلاثون عاماً من الجدل والإستفتاءات والنقاش والمداولات ، صدر أول قانون في العالم يقنن الموت الرحيم ويعدّه عملاً مشروعاً وفق حالات وشروط دقيقة حددها المشرّع.(١)

- لذلك ولئن كان التشريع بلجيكي هو النموذج المختار لدراسته لذا كان الأجدر إلقاء الضوء على تاريخ إصدار هذا التقنين في ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م ، حيث إنه ويتاريخ ٢٠ كانون الأول من عام ١٩٩٩ م ، قدم أعضاء بمجلس الشيوخ في بلجيكا مشروع بقانون ينظم عمليات القتل الرحيم ، وبعد إجراء المناقشات المتعددة وإيداع التقارير وجلسات الاستماع الخاصة بهذا المشروع ، أقر مجلس النواب في بلجيكا قانون القتل الرحيم الصادر في مايو ٢٠٠٢ م ، وقد كان الهدف المعلن من واضعي القانون هو وضع حد للممارسات السرية لهذه العمليات مع ضمان التنظيم القانوني المحكم

(١) وما يزيد الأمر خطورة ، هو وجود رغبة عميقة في توسيع نطاق القتل الرحيم ، حيث تزداد هذه المشكلة اتساعاً وعمقاً عندما يطالب طبيب نفسي في مقال له ، نشرته المجلة الطبية البريطانية ، بالسماح بالقتل بدافع الرحمة لمن يعاني أيضاً من مرض نفسي مزمن لا يُمكن الشفاء منه ، ويُعاني فيه المريض من شعور قاس بالوحدة ورغبة في الانتحار ، كما يزداد الأمر خطورة عندما يطالب طبيب بتنفيذ ما يسمى موت الرحمة بناءً على الظروف الحياتية للشخص ، وأن رعاية شخص مسن ، يعاني من أمراض متعددة ، وفاقده للذاكرة ومصاب بسلس البول والغائط ، يكلف الأسرة كثيراً من المشقة النفسية والمالية ، ويضع أعباء لا تُطاق على هذه الأسرة ، فلذا يكون من حق الأسرة أن تطلب ما يسمى موت الرحمة لمثل هذا الشخص . أنظر:- د. عبد المحسن المعيوف ، المرجع السابق ، ص ٧ ومابعدها .

لها ، وهو ما يؤمن للمريض الشفقة في طلب إنهاء حياته بمزيد من الاحترام والتنظيم وحمايته من خطر القتل الرحيم دون تحري ضوابط محكمة تضع حقوق المريض في مصاف من التقدير القانوني من خلال معايير واضحة ومقتنة ، ومن ناحية أخرى ، فقد أشار واضعي القانون ، إلى أهميته التي تحد من حالات إفلات الأطباء من المسؤولية بصورة كاملة إذا ما ظلت هذه الممارسات تعمل بصورة سرية تفتقد الغالبية العظمى من الضوابط والقيود التي جاء القانون ليرسي أطرها في الواقع الطبي الذي يعترف بحصول الكثير في عمليات القتل الرحيم بصورة سرية ، وهو ما يتضمن في نهاية المطاف علاقة قوية من الثقة بين الطبيب والمريض .

- وقد كانت الدوافع المعلنة من حكومة هولندا وبلجيكا قد أنطوت على رغبة هذه الدول في معالجة الحالات السرية الذي يتم فيها هذا النوع من القتل دون تنظيم قانوني معن ومنظم ومشروع ، لذلك استهدفت هذه التقنيات إلى ضبط ممارسة هذا النوع بشروط قانونية مشددة تنقل الواقع الخفي لهذه الممارسات إلى واقع قانوني مشروع، غير أن معارضي هذا القانون اتهموا كل من الحكومة الهولندية والبيجيكية بأنها أصدرت هذا القانون لتخفف من مصاريف المعالجة الطبيّة والأدوية للمواطنين، وهناك عدة دول تبحث الآن إمكان الاقتداء بهولندا مثل استراليا ونيوزيلنده وفرنسا وسواها.(١).

(١) هذا ويبدو أن هولندا كانت من الدول السبّاقة في إصدار التشريعات التي تبيح القتل الرحيم، كما أجازت الزواج المثلي للشاذين جنسياً من قبل. وقد أعلن أن هيئة المجلس التشريعي العليا في البرلمان الهولندي وافقت على مشروع قانون لما يسمى " القتل الرحيم " بأغلبية (٤٨) صوتاً مقابل (٢٨) صوتاً معارضاً، في الوقت الذي تظاهر فيه الآلاف من المعارضين لهذا القرار أمام البرلمان وهم يرددون الترانيم الدينية وإقامة الصلوات مؤكدين أن الحياة نعمة وهبة من الله فلا يحق لأحد أن يستلبها إلا بالحق ، أنظر :- د. محمد الهوارى ، قتل الرحمة ، المرجع السابق ، ص ٦ ، ٧ .

- ورغم أن القتل بدافع الرحمة ظاهرة وُجدت وانتشرت في الدول الغربية ، إلا أن المجتمع المسلم ونتيجة للتبعية والانزلاق خلف الحضارة الغربية فيما تستخدمه من تقنيات ومبادئ ، فقد بدأت تظهر بوادر للتأثر بهذه الفكرة والافتناع بها ، ومن ثم الدفاع عنها والقيام بها ، ففي مصر قامت إحدى الممرضات بحقن ثلاث عشر مريضاً من مرضى غرفة العناية المركزة بمستشفى الإسكندرية الجامعي ، بعقار مرخ للعضلات تسبب في وقف تنفسهم، وفي تونس قامت فتاة تبلغ من العمر ثمانية عشر عاماً بقتل شقيقها البالغ من العمر أربع سنوات ؛ إشفافاً عليه من آلامه ، وحكم عليها بعد إدانتها ، فثارت ضجة في الرأي العام التونسي ، تزعمها جمع من طلبة الحقوق وبعض المواطنين منادين بقانون تنظيم هذه الإشكاليات و يلائم روح العصر^(١) .

ثانياً:- الصور التطبيقية لطرق تنفيذ الموت الرحيم والانتحار بمساعدة طبية :-

نشأت مع مرور الزمان صوراً تطبيقية مختلفة للقتل الرحيم المسمى بالأوتانازيا ، وقد رُوّعت هذه الصور من قبل التشريعين الهولندي والبلجيكي عند سن القوانين الخاصة بالقتل الرحيم ، ويمكننا تلخيص هذه الصور فيما يلي (٢):-

١- القتل الفعال Euthanasie Directe أو القتل المباشر أو المتعمد: ويتم بإعطاء المريض جرعة قاتلة من دواء كالمورفين أو الكورار Curare أو الباربيتوريات

(١) د. عبدالمحسن المعيوف ، المرجع السابق ، ص ١٠ .

(٢) أنظر بالتفصيل شرح هذه الوسائل التطبيقية لتنفيذ عملية القتل الرحيم :- عمر عبدالله مشارى السعدون ، القتل الرحيم ، دراسة تأصيلية مقارنة ، (رسالة ماجستير) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض ، عام ٢٠٠٩م ، ص ٤٠ وما بعدها ، د. السيد عتيق ، القتل بدافع الرحمة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ٢٠٠٤ م ، ص ٣٠ .

Barbiturates أو غيرها من مشتقات السيانيد **Cyanide** وأن يكون ذلك بنية القتل، وهو على ثلاثة أحوال مختلفة :-

الحالة الأولى:- الحالة الاختيارية أو الإرادية حيث تتم العملية بناء على طلب ملح من المريض الراغب في الموت وهو في حالة الوعي أو بناء على وصية مكتوبة مسبقاً.

الحالة الثانية:- الحالة اللاإرادية وهي حالة المريض البالغ العاقل الذي فقد الوعي، حينئذ تتم العملية بتقدير الطبيب الذي يعتقد بأن القتل في صالح المريض، أو بناء على قرار من ولي أمر المريض أو أقربائه الذين يرون أن القتل في صالح المريض.

الحالة الثالثة:- وهي حالة لا إرادية يكون فيها المريض غير عاقل، صبياً كان أو معتوهاً، وتتم بناء على قرار منفرد يصدر عن الطبيب المعالج.

٢- المساعدة على الانتحار:--Aide au suicide.

وفي هذه الحالة يقوم المريض بعملية القتل بنفسه بناء على توجيهات قدمت إليه من شخص آخر الذي يوفر له المعلومات أو الوسائل التي تساعده على الموت.

٣- القتل غير المباشر: Euthanasie Indirecte.

ويتم بإعطاء المريض جرعات من عقاقير مسكنة لتهدئة الآلام المبرحة، وبمرور الوقت يضطر الطبيب المعالج إلى مضاعفة الجرعات للسيطرة على الآلام، وهو عمل يستحسنه القائمون على العلاج الطبي، إلا أن الجرعات الكبيرة قد تؤدي إلى إحباط التنفس وتراجع عمل عضلة القلب فتفضي إلى الموت الذي لم يكن مقصوداً بذاته ولو أنه متوقع مسبقاً بصورة كبيرة .

٤- القتل غير الفعال أو المنفعل: **Euthanasie Passive** :- ويتم برفض أو إيقاف العلاج اللازم للمحافظة على الحياة ويلحق به رفع أجهزة التنفس الاصطناعي عن المريض الموجود في غرفة الإنعاش والذي حُكِمَ بموت دماغه، ولا أمل في أن يستعيد وعيه. (١)

- وبصفة عامة فإن حالات القتل الرحيم تجد مجالاً خصباً فيما يسمى بالامراض المستعصية المسببة لأوجاع أليمة لا تطاق ، كالمسرطان والأيدز والتهابات الرئة والكبد ، وغيرها من الأمراض التي تتصف بالعصيان على العلاج والتداوى وعدم تحمل المريض للآلام الناشئة عنها.

المطلب الثانى

**تحول دور الطبيب فى نطاق القتل الرحيم والانتحار بمساعدة
من طور العلاج الطبى إلى طور إنهاء الحياة بدافع الرحمة،
وانعكاسات ذلك على مسؤوليته المدنية.**

- رغم مضى بعض التشريعات المقارنة فى الانتصار لفكرة تقرير الحق فى الموت بكرامة ، ثم قيامها بتقنين هذا الحق فى صورة تشريع يبيح إزهاق الروح لدواعى الشفقة واليأس من المرض ، إلا أن القتل الرحيم ، على هذا النحو ، ورغم الغاية الأنسانية التى تحيط به ، لا يبرأ فى أصله من مفهوم العدوان على الحياة ، إذ لا يشترط فى محل القتل رحيماً كان أو غير رحيم ، سوى أن يكون إنساناً حياً ولو كان

(١) أنظر فى مُجمل هذه الحالات :- د. محمد الهوارى ، قتل المرحمة ، المرجع السابق ، ص ٢- ٤ .

مريضاً مرضاً مبرحاً ومينوساً من شفائه ، طالما لم تحن بعد لحظة وفاته الطبيعية^(١).

- لا شك فإن قتل الرحمة وافد غريب على عالم الطب والأطباء، بصوره المختلفة أو بأسمائه المتعددة أو بوسائله المتباينة، فلم يزل الأطباء يلتزمون في أصل مهامهم السامية بالمحافظة على الحياة الإنسانية من بدء الحمل إلى نهاية الموت.

- لذا فإن وظيفة الطبيب في أصلها هي إنقاذ الحياة لا إنهاءها ، فإذا سمح للطبيب أن يقوم بما هو ضد مهنته أساساً ، فإن ذلك يُضاد المفهوم الأساسي للطب ، وهو إنقاذ المريض ، هذا من جانب ، ومن جانب آخر فإن المريض قد يفقد ثقته بالطبيب عندما يعلم أن الطبيب قد يقدم في ظروف خاصة على قتله ، بناءً على سوء حالته الصحية^(٢).

- وفي مقال مناهض للقتل الرحيم صدر عن المنظمة البريطانية للحق في الحياة، استشهد كاتبه في دفاعه بالأديب الألماني (غوته Goethe) الذي قال: " إن الدور الوحيد للطبيب هو الحفاظ على الحياة بصرف النظر عن قيمة الحياة في نظره، إذ إن ذلك ليس من اختصاصه، فإذا ترك الطبيب لنفسه تقييم قيمة حياة مريضه مرة واحدة، فإنه سيصبح بلا شك أخطر رجل في الدولة"^(٣).

- وتجدر الإشارة إلى وجود فرق جوهري ، بين دور الطبيب في نطاق عملية العلاج والتداوى وبين دوره في مجال إنهاء الحياة بدافع الرحمة ، حيث إن الأصل أن

(١) د. أحمد شوقي أبوخطوه ، القسم الخاص من قانون العقوبات ، جرائم الاعتداء على الأشخاص ، دار النهضة العربية ، ٢٠٠١م ، ص ٢١ .

(٢) د. عبدالوهاب حومد ، المسؤولية الطبية الجزائية ، مجلة الحقوق والشريعة ، السنة الخامسة ، العدد(٢) ، (٥) ، ص ١٧٨ ، ، د. عبد المحسن المعيوف ، المرجع السابق ، ص ١٦ .

(٣) د. محمد الهوارى ، المرجع السابق ، ص ٧ ، ٨ .

المريض يلجأ للطبيب بسبب رغبته في الشفاء والتداوي بوسائل طبية ، بينما في القتل الرحيم يلجأ المريض لطبيبه حتى يزهد روحه رحمة به من الآلام التي سببت له قنوتاً ويأساً لا يطاق ، لذلك فعقد العلاج الطبي يستهدف غاية الدفاع عن الحق في الحياة ، بينما يرمي عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة إلى تحقيق مقتضيات الحق في الموت بكرامة .

- ورغم هذا التباين بين دور الطبيب في الحالتين ، فإن القاسم المشترك بينهما ، كما سبق الذكر ، هو أن الطرف المهني الذي يطوع قدراته لشفاء المريض هو ذات الشخص الذي يبذل خبراته لإنهاء حياته عند القنوت من شفائه ، ألا وهو الطبيب الذي يختص أو ينهض للقيام بإجراء العلاج أو القتل ، لكن الفارق بين مهمة الطبيب في الحالتين ، هو تحول دور الطبيب إلى ممارسات خطيرة على حياة المريض بعدما كان يعلب دوره الأساسي في الحفاظ عليها ، وهذا التحول قد أفرز انعكاسات جوهرية على مسؤوليته المدنية ، حيث إن الخطورة التي تحيط عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، جعلت من بعض التزامات الطبيب مرتبطة بتحقيق نتيجة معينة خلافاً لعقد العلاج الطبي ، فضلاً عن إلزام الطبيب بممارسة واجباته المهنية والأخلاقية والعلمية بصورة أكثر تشدداً وتحوطاً ويقظة من ممارسته الأعمال الطب التقليدية.^(١)

(١) أنظر فيما بعد الفروق الجوهرية بين دور الطبيب في عقد العلاج ودوره في عقد إنهاء الحياة للرحمة بالمريض ، وانعكاسات ذلك على طبيعة مسؤوليته المدنية ، وذلك عند تناول موضوع المسؤولية المدنية بالفصلين الثاني والثالث.

المبحث الثانى

مشروعية القتل الرحيم فى ميزان الشريعة الإسلامية.

- يثور التساؤل شرعاً ، هل من حق الطبيب الحكم بالموت على المرضى الميئوس من شفائهم، بدافع رحمتهم من عذاب بلا نهاية ، وحتى يموتون بشكل إنساني رحيم ، بحيث يُخفف عنهم وعلى أسرهم المعذبة استمرار نزييف المعاناة النفسية والمعنوية والمادية بلا أمل ظاهر ، وأن ينتهى عذابهم من آلام التعرض للآلات الجراحية التى يتم غرسها فى أوردهم ليلاً ونهاراً ، وذلك بخلع تلك الوصلات الطبية التى تربطهم بحياة هي فى الحقيقة حياة وهمية ، أم يجب التمسك بأمل الشفاء ولو كان مجهول الميقات ، أملاً فى معجزة إلهية تدفع النبض من جديد فى الجسد الكائن فى سكون ، فهل من حق الإنسان الميئوس من شفائه أن يظل حتى الدقيقة الأخير تحت العلاج ، حتى مع العلم أنه علاج بلا جدوى.

وينبغى قبيل التعرف على حكم الشريعة الإسلامية على عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، أن نستعرض بداءة للحجج والاعتبارات التى أطلقها المؤيدين والمعارضين لهذه المستجدات الطبية بوصفها القاعدة التى يمكن فى ظلها فهم الموضوع ومشكلات قبوله أو رفضه من خلال طرح الآراء الاجتماعية والاقتصادية المختلفة ، وذلك توطئة لأصدار الفتوى بتحريم أو إباحة هذا العمل من الناحية الشرعية ، لذلك نرى أنه قد يكون من المناسب أن نتولى شرح هذا المبحث من خلال المطلبين الآتيين :-

- المطلب الأول :- حجج ومبررات المؤيدين والمعارضين لفكرة القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

- **المطلب الثاني :-** أدلة تحريم القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية فى ضوء الشرع الإسلامى.

المطلب الأول

حجج ومبررات المؤيدين والمعارضين لفكرة القتل الرحيم

والانتحار بمساعدة طبية.

- ويمكننا أن نتناول هذا المطلب من خلال الفرعين الآتيين :-

الفرع الأول :- حجج المؤيدين لتطبيق عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

الفرع الثانى:- حجج المعارضين لتطبيق عمليات الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

الفرع الأول

حجج المؤيدين لتطبيق عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية

انقسمت الآراء حول القتل الرحيم بين مؤيدين ومعارضين ، ومن بين الحجج

التي يبديها المؤيدون للقتل الرحيم :-

-أولاً:- مصلحة المريض، حيث يرى البعض أن اللجوء إلى القتل الرحيم هو في

مصلحة المريض الذي يُعاني من الآلام الجسدية والنفسية التي لا يطيق

تحملها^(١)، إذ يرى هؤلاء بأن الإنسان حرٌّ في تقرير مصيره وله الحق في

(١) هناك العديد من الوقائع التي تعد مبرراً لوجوب تشريع هذا النوع من الموت المدفوع فاعله بالرحمة ، سواء بحظره بنصوص صريحة مع تخفيف أو تشديد العقوبة ، أو بتنظيم الحالات الجائزة منه بضوابط شديدة مع حظر الحالات غير الجائزة ، ويرجع ذلك إلى أن هذا الموضوع يمثل قضية ذات طابع اجتماعى وأخلاقى وطبى خطير إلى درجة لا يقبل معها إرجاء تنظيمه بالصورة التي تتناسب مع أخلاقيات ونظم ومبادئ المجتمع ، ومن بين هذه الوقائع أن أحد المرضى لم يستطع الصمود أكثر أمام آلامه التي ضيققت الدنيا بوجهه وجعلته رهين الحزن والغضب والألم الشديد الذي لم يبارح جسده كله. فهو يعاني من مرض خطير فتك بأعضائه كلها ، وهنا قرر إنهاء حياته وطلب من =

التصرف بجسده كيف يشاء. ويؤكدون بأن القتل الرحيم هو نوع من المساعدة على الانتحار المشروع والذي لا تعاقب عليه القوانين الوضعية. ولذا ينصحون بأن يكتب المريض وصية للتصرف بحياته عند دخوله المستشفى للمعالجة وهو لا يزال في كامل وعيه وقدرته على التصرف، فإذا ما تعرض لمرض ميؤوس من شفائه فيرى أن على الطبيب المعالج أن يتوقف عن علاجه وأن لا يحاول المحافظة على حياته سدى^(١).

- ثانياً: - مصلحة الآخرين من غير المريض المينوس من شفائه ، فقد يكون هناك مصلحة لدى أسر هؤلاء المرضى أو بعضهم في إنهاء حياتهم ، لأسباب عدة ، منها عدم قدرتهم على الاستمرار في علاج المرضى المينوس منهم ؛ لانتفاء الفائدة منهم كما يظنون ، فضلاً عن ارتفاع تكاليف العلاج والنفقات المدفوعة في سبيل التداوي ، وانعدام الفائدة المرجوة من العلاج ، أو تدني نسبة الشفاء، مع ما يعانيه المريض من الآم^(٢).

= طبيبه المعالج أن يساعده على ذلك أو على الأقل أن يزيد عيار الدواء ما يجعل موته أسهل ، وهذا ما لم يقبله الطبيب ورفضه رفضاً قاطعاً بمجاعة مريضه رغم توسلاته. وهنا تناول المريض حبوباً سامة مخصصة للحشرات ومات على أثرها وقال في ورقة كتبها إني الآن سعيد فها هو الألم يغادر جسدي. ، وهناك مريضة أخرى ، عانت من مرض السرطان الذي إلتهم عظمها، وكان الألم فوق العادي والمحتمل ورغم كل ذلك لم تيأس فالأمل موجود والحياة تستحق المحاولة والصبر إلا أن هذه السيدة قد ماتت بسبب وصول السرطان إلى مكان الحس بالألم ما جعلها تفقد الحس بالألم تماماً وماتت بصورة طبيعية لأن الألم بارحها ، وفي القضاء السوري كانت هنالك دعوى على سيدة أقدمت على قتل زوجها لأنه طلب منها ذلك وبرجاء حار ، فالألم لم يهدأ يوماً، وجسده أصبح عالة عليه وعلى من حوله وهذا أخرجهم أمام الجميع وأحزنه وجعله يمرّ بكآبة حملته على ترجي من حوله بإنهاء حياته وبناء على إلحاحه حقتته زوجته بحقته قاتله والحزن يملأ قلبها ، وقد قضت عليها المحكمة بالحبس خمس سنوات كعقوبة مخففة لأنه قتل بدافع الشفقة.

- <http://swoforum.nesasy.org/index.php?topic=2838.0> .

(1) د. محمد الهوارى ، قتل المرحمة، المرجع السابق ، ص ٢- ٤.

(٢) وتجدر الإشارة إلى وقوع بعض الحوادث التي تناولتها المحاكم تتعلق بالقتل بدافع الرحمة وكان السبب من ورائها رغبة أولياء المرضى في إنهاء حياتهم ، وذلك قبل قضية مرلي قراند التي قتلت =

- ثالثاً: العوامل الاقتصادية ، حيث تشكل العوامل الاقتصادية والاجتماعية عاملاً مهماً يقف وراء الكثير من أعمال القتل بدافع الرحمة ، سواء أكان ذلك على مستوى الأسر والأفراد ، أو على مستوى المجتمع بكامله ، وانطلاقاً من ذلك المبدأ فقد قامت هولندا بالموافقة على قانون يجيز إجراء عمليات قتل للمرضى أصحاب الأمراض الميوس منها ، ويتطور الأمر باقتراح قانون يجيز قتل كبار السن الذين يشعرون بالملل وعدم جدوى الحياة .^(١)

رابعاً:- منطوق العقوبة، حيث يقول المؤيدون للقتل الرحيم بأنه من الواجب أن يتخلص المجتمع من العناصر الطفيلية والضارة في المجتمع، فمرضى الإيدز مثلاً يشكلون خطراً كبيراً على المجتمع في إمكانية نشرهم لهذا الوباء إضافة إلى تحمّل المجتمع نفقات معالجتهم الباهظة والتي لا نفع يرجى منها .^(٢)

= طفلها عام ١٩٦٦م، لأنه كان مصاباً بفقدان التوازن والصمم والبكم والعمى، و قضية كارين آن كونيان الشابة الأمريكية التي أصيبت بغيوبة عام ١٩٧٥م نتيجة تناولها الخمر مع حبوب الفاليوم ، وقد مكثت نتيجة ذلك في غيبوبة لفترة طويلة ، عندما تدخل الأبوان وقسيس الأسرة وطلبوا من المستشفى إيقاف الأجهزة طالما أنه لا يوجد أمل في استعادتها الوعى ، وفي فرنسا أقدمت امرأة تدعى أن باسكويد على قتل ابنها المصاب بالتهاب في الرأس ، منذ أن كان في العاشرة من عمره ، عندما ألقته به في البحر لإنهاء عذابه المستمر. ، أنظر في ذلك ، د. عبدالمحسن المعيوف ، المرجع السابق ، ص ١٠ ، د. محمد على البار ، المرجع السابق ، ص ٥٨ ، ٥٩ ، عماد الدين محمود ، حقيقة القتل بدافع الشفقة ، المجلة العربية ، السنة (٢٦) ، العدد (٢٩٥) ، ص ٤٧ .

(١) د. عبد المحسن المعيوف ، القتل بدافع الرحمة ، ص ١٦ .

(٢) د. محمد الهوارى ، قتل المرحة، المرجع السابق ، ص ٦ ، ٧ .

الفرع الثانى

حجج المعارضين لتطبيق عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية

يمثل الطرف المعارض للقتل الرحيم المجموعات الدينية ومجموعات الحق في الحياة. وقد كان الفاتيكان من أشد المعارضين على المشاريع الرامية لتقنين الموت الرحيم، وعلق أحد أعضاء الاتحاد المسيحي في هولندا على مشروع القانون بأنه خطأ تاريخي ولا ينبغي لهولندا أن تكون فخورة به، وقد هاجم وزير العدل الألماني هذا القانون الجديد بقوله " إنه ينبغي علينا التركيز على تطوير أنواع العلاج التي تزيل الألم.

ويرى كثير من الأطباء أن يزداد الاهتمام بطب المسنين وتحسين مستوى الخدمات الصحية والاعتناء بالخدمات الشخصية للمرضى المزمنين وأن تتطور الأبحاث العلمية في تطوير المسكنات، وأن يعطى المريض خيارات كثيرة تجعل حياته أكثر راحة، كل هذا بدلاً من المضي في إصدار تشريعات تبيح القتل الرحيم.^(١)

- ويركز المعارضون حججهم على تفنيد كل الذرائع التي يخلقها المؤيدون لهذه المستحدثات ، مثل أن القتل الرحيم يحط من كرامة المريض ، وقد يكون محلاً لاستغلال الدولة بقصد ضغط الأنفاق الصحى ، وأنه قد يقلل من الثقة بين علاقة الطبيب والمريض ، ويؤدى إلى استغلاله لقتل الأطفال وضعاف العقول والمجانين ، وأن الأطباء بشر قد يتعرضون للخطأ فى التشخيص ، وأن هناك كثيراً من التعريفات كالأمراض

(١) د.محمد الهوارى ، المرجع السابق ، ص ٧ .

المستعصية والآلام التي لا تطاق والتنبؤ بنهاية الحياة واليأس قد يكون مستحيل قياسها أو تحديدها بدقة وتختلف من طبيب إلى آخر أو من مريض لآخر. (١)

المطلب الثاني

أدلة تحريم القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية

في ضوء الشرع الإسلامي.

فعل القتل الرحيم محرم شرعاً ، وتنصرف أدلة تحريمه من القرآن والسنة ، فقد حرم الإسلام قتل النفس لقوله تعالى "وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا" (٢) ، وقوله تعالى "وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ" (٣) ، وقوله "ومن يقتل مؤمناً متعمداً فجزاؤه جهنم خالداً فيها" (٤) ، كما قد نهى رسول الله – صلى الله عليه وسلم ، عن ذلك بما جاء عن أبي هريرة أن رسول الله قال (لا يتمن أحدكم الموت إما محسناً ، فلعله يزداد ، وإما مسيئاً فلعله يستعتب) (٥) ، وعن أنس رضي الله عنه قال رسول الله – صلى الله عليه وسلم- " من أعان على قتل مؤمن بشطر كلمة لقي الله مكتوباً بين عينيه آيس من رحمه الله" (٦) ، وقوله صلى الله عليه وسلم "لا يتمنين أحدكم الموت

(١) د. حلمي عبدالرزاق الحديدي ، قضية القتل الرحيم ، المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية ، أبحاث ووقائع المؤتمر الثاني والعشرين ، ص ٤ ، ٥ .

www.kantakji.com/fiqh/Files/Fatawa/w340.pdf

(٢) سورة النساء – آية ٢٩ .

(٣) سورة الأنعام – آية ١٥١ .

(٤) سورة النساء- آية ٩٣ .

(٥) متفق عليه ، وهذا الحديث جاء بلفظ البخاري .

(٦) عبدالعظيم المنذري ، التغيب والترهيب، ج(٢) ، دار الحديث ، القاهرة ، ص ٢٠٣ .

لضر نزل به فإن كان لا بد متمنياً فليقل : اللهم أحيى ما كانت الحياة خيراً لى ، وتوفى إذا كانت الوفاة خيراً لى" (١).

ولقد قوبلت هذه الدعوى في العالم الإسلامي بالرفض فقتل الإنسان أيًا كان سواء المريض الميئوس من شفائه أو المُسن العاجز عن الحركة والعمل، فيقول الدكتور محمد سيد طنطاوي شيخ الأزهر في الجلسة التي عقدت خلال المؤتمر الدولي السنوي الثالث والعشرين لكلية طب عين شمس تحت عنوان "الطب المتكامل"، والذي عقد في الفترة من ٢١-٢٤ فبراير ٢٠٠٠م أن حياة الإنسان أمانة يجب أن يحافظ عليها، وأن يحافظ على بدنه ولا يلقي بنفسه إلى التهلكة لقوله تعالى: (وَلَا تُقْفُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ)، وحرّم الإسلام قتل النفس لقوله تعالى: (وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا)، ونهى الرسول -صلى الله عليه وسلم- عن أن يقتل الإنسان نفسه نهياً شديداً، وتوعّد من يفعلون ذلك بسوء المصير في الدنيا والآخرة، فقد أكّدت شريعة الإسلام على التداوي من أجل أن يحيا الإنسان حياة طيبة، كما أمرت الشريعة الإسلامية الأطباء بأن يهتموا بالمريض، وأن يبذلوا نهاية جهدهم للعناية به، وعلى الطبيب والمريض أن يتركا النتيجة على الله سبحانه وتعالى، وعلى الطبيب ألا يستجيب لطلب المريض في إنهاء حياته، وإذا استجاب يكون خائناً للأمانة؛ سواء بطلب المريض أو بغير طلبه، والعقاب للطبيب في هذه الحالة يكون حسبما يراه القاضي لكل حالة على حدة" (٢).

(١) صحيح مسلم بشرح النووي، ج(١) ، الطبعة الثانية ، بيروت ، ص ١٧ .

(٢) د.محمد الهوارى ، المرجع السابق ، ص ١٤ .

وقد توالى الفتاوى التي تحرم هذا العمل ، حيث أصدرت دار الإفتاء فى مصر وتونس فتوى تحرم هذا العمل ، كما أعقب ذلك أن أصدرت دار الفتوى بالكويت بتاريخ ٢٠٠١/٨/١٣ م ما يحرم هذا العمل كذلك (١).

ولقد مضى فى هذا الاتجاه الميثاق الإسلامى العالمى للأخلاقيات الطبية والصحية ، عندما نص فى المادة (٦٢) منه على تحريم الموت الرحيم بكل أشكاله صورته ، مع حظر تدخل الطبيب للمساهمة فى إحداث إحدى هذه الصور ،

(١) حيث جاءت هذه الفتوى فى سؤال حول قتل المريض الميؤوس من حياته وجّه إلى دار الإفتاء بالكويت بتاريخ ٢٠٠١/٨/١٣ م هذا نصه: - هل يجوز إيقاف العلاج فى الحالات الميؤوس منها أو يجب مواصلته إلى أن يموت المريض أو يتم إنقاذه؟ و هل يجوز القتل بدافع الرحمة الإنسانية، وقياس ذلك على قتل الحصان الذي بلغ سنة معينة".

كان نص الإجابة كما يلي : - بسم الله ، والحمد لله ، والصلاة والسلام على رسول الله، وبعد: " التخلص من المريض بأية وسيلة محرمة قطعاً، ومن يقوم بذلك يكون قاتلاً عمداً، لأنه لا يباح دم امرئ مسلم صغيراً أو مريضاً إلا بإحدى ثلاث حددتها رسول الله صلى الله عليه وسلم بقوله: « لا يحل دم امرئ مسلم شهيد أن إلا الله وأني رسول الله إلا بإحدى ثلاث: النفس بالنفس، والثيب الزاني، والمارق من الدين التارك للجماعة » أخرجه البخاري، وهذا القتل ليس من هؤلاء الثلاثة، والنص القرآني قاطع في الدلالة على أن قتل النفس محرمة قطعاً لقوله تعالى: { ولا تقتلوا النفس التي حرّم الله إلا بالحق } ويشترك في الإثم والعقوبة من أمر بهذا أو حرص عليه، وقياس هذا القتل على قتل الحصان الميؤوس من شفائه فيه امتهان لكرامة الإنسان، إذا الحصان يجوز ذبحه حتى ولو كان صحيحاً، بخلاف الإنسان فإنه معصوم الدم، ووصف الرصاصة القاتلة للحصان برصاصة الرحمة وصف لم يحم عليه دليل شرعي، فكيف نسمي الحقنة القاتلة للإنسان بهذا الاسم، وأما بالنسبة للمريض بمرض ميؤوس منه إذا طرأ عليه مرض آخر قابل للعلاج ويؤدي للوفاة إذا أهمل فإنه يطبق عليه الحكم الأصلي للتداوي، وهو عدم الوجوب من جهة الشرع، لأن حصول الشفاء بالتداوي أمر ظني، وهو مطلوب على سبيل الترغيب لا على سبيل الوجوب، أما من جهة التعليمات الطبية والقرارات الرسمية المنظمة للمهنة فينبغي شرعاً العمل بما تقضي به فيما لا يتنافى مع الشرع".

فضلاً عن تضمن المادة (٦٣) من هذا الميثاق أخراج حالة وقف العلاج غير الفعال ورفع أجهزة الانتعاش الصناعي من نطاق تحريم القتل الرحيم (١).

وعلى الرغم من شبه الإجماع الذي عليه الفقهاء وعلماء الدين الإسلامي من حرمة جميع أنواع القتل الرحيم (٢) إلا أن المجمع الفقهي ومن بعده المجلس الفقهي الأوروبي الإسلامي يفرقون باعتبار أن الموت الدماغي موت حقيقي متفقيين بذلك مع الميثاق الطبي الإسلامي سالف البيان فيرى المجلس الأوروبي للإفتاء يجيز تيسير الموت بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الميت دماغياً وقد ناقش المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث هذا الموضوع ضمن أعمال دورته

(١) نصت المادة (٦٢) من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية تحت الباب الخامس منه بعنوان "القضايا الاجتماعية"، تيسير الموت أو قتل المرحمة:

المادة (٦٢) :- لحياة الإنسان حرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المَوَاطن التي حدَّدها الشرع والقانون، وهذه جميعاً خارج نطاق المهنة الطبية تماماً. ولا يجوز للطبيب أن يساهم في إنهاء حياة المريض ولو بدافع الشفقة، ولاسيماً في الحالات الآتية مما يُعرف بقتل المرحمة:

(أ) القتل العمد لمن يطلب إنهاء حياته بملء إرادته ورغبته.

(ب) الانتحار بمساعدة الطبيب.

(ج) القتل العمد للولدان المولودين بعاهات خلقية قد تهدد حياتهم أو لا تهددها.

المادة (٦٣) :- لا تدرج الحالات التالية (على سبيل المثال) في مسمى قتل المرحمة:-

(أ) وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي.

(ب) صرف النظر عن الشروع في معالجة يُقطع بعدم جدواها.

(ج) تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد، رغم العلم بأن مثل هذا العلاج قد يُنهي حياة المريض.

-www.sehha.com/medical/IslamicCodeEthics5b.htm-

(٢) نواف جابر الشمري، المرجع السابق، ص ٦.

الحادية عشرة التي عقدت في العاصمة السويدية استوكهولم في الفترة من ١ - ٧
/يوليو/٢٠٠٣. (١)

- (١) وقد جاءت مواقفها كما في البند الآتي:-
- "خامساً: وبعد أن اطلع المجلس على المواقف القانونية المختلفة التي تتخذها الدول الغربية من القتل الرحيم بصورة متباينة ما بين مؤيد ومعارض، قرر المجلس ما يلي:
- ١- تحريم قتل الرحمة الفعال المباشر وغير المباشر وتحريم الانتحار والمساعدة عليه ذلك أن قتل المريض الميئوس من شفائه ليس قراراً متاحاً من الناحية الشرعية للطبيب و لأسرة المريض أو المريض نفسه وللمسألة تأصيل.
- ٢- يحرم على المريض قتل نفسه ويحرم على غيره أن يقتله حتى لو أذن له في قتله، فالأول انتحار والثاني عدوان على الغير بالقتل وإذنه لا يحل الحرام ولذلك تأصيل شرعي
- ٣- لا يجوز قتل المريض الذي يخشى انتقال مرضه إلى غيره بالعدوى، حتى لو كان ميئوساً من شفائه (كمرض الايدز مثلاً) كذلك لها تأصيل
- ٤- وبالنسبة لتيسير الموت بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعي عن المريض الذي يعتبر في نظر الطبيب «ميتاً» أو «في حكم الميت» وذلك لتلف جذع الدماغ أو المخ الذي به يحيا الإنسان ويحس ويشعر وإذا كان عمل الطبيب بمجرد إيقاف أجهزة العلاج فلا يخرج عن كونه تركاً للتداوي فهو أمر مشروع ولا حرج فيه وبخاصة إن هذه الأجهزة تبقى عليه هذه الحياة الظاهرية - المتمثلة في التنفس والدورة الدموية - وإن كان المريض ميتاً بالفعل فهو لا يعي ولا يحس ولا يشعر نظراً لتلف مصدر ذلك كله وهو المخ. وبقاء المريض على هذه الحالة يتكلف نفقات كثيرة دون طائل ويحجز أجهزة قد يحتاج إليها غيره مما يجدي معه العلاج. والله أعلم".

الفصل الثانى

الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- نرى فى سبيل استعراض طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية فى هذا المجال ، تقسيم هذا الفصل إلى المبحثين الآتيين :-

المبحث الأول :- تحديد صفة الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

المبحث الثانى :- طبيعة التزام الطبيب تجاه المريض فى عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية.

المبحث الأول

تحديد صفة الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب عن

عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية

- لقد صدر القانون رقم ٢٨ مايو ٢٠٠٢م في بلجيكا مقررأ حماية جديدة من نوع خاص للطبيب الذي يقوم بعملية إنهاء عمدي لحياة الشخص المريض بناء على طلب ملأح منه ، شريطة أن يكون في حالة مرضية مینوس منها وأن تتسم حالته الصحية باستمرار المعاناة البدنية والعقلية التي لا تطاق نتيجة لإصابة خطيرة أو حالة مرضية غير قابلة للشفاء
- يتباين الوصف الذى يمكن أن تتصف به الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب ، بحسب ما إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض تنطلق من رابطة عقدية تنظم التزامات الطرفين المتبادلة ، أو يتخلف العقد بينهما على نحو يجعل من مسؤولية الطبيب قائمة على الأساس التقصيرى ، ولا شك فإن المشروعية القانونية للأعمال الطبية قد يكون لها دوراً جوهرياً فى تطبيق المسؤولية التقصيرية للطبيب ، ولذلك فإن تحديد صفة هذه الطبيعة فى إطار أعمال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، سوف يتغير وجه الرأى فيه عند تطبيق القواعد القانونية للتشريعات المانحة لهذا الحق والتي خلقت نوعاً من إباحة هذا العمل الذى يشكل صورة إجرامية فى الأصل الجنائى ، خلافاً لما يمكن التوصل إليه فيما يتعلق بنوع هذه الطبيعة وذلك لدى تلك التشريعات المانعة لهذه المستحدثات الطبية ، لذلك يكون من اللازم تقسيم هذا المبحث حتى نستوفى تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب إلى مطلبين أساسيين هما :-

المطلب الأول :- تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية فى ضوء التشريعات المنظمة لحق القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

المطلب الثانى :- تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية فى ضوء التشريعات المانعة لعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

المطلب الأول

تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية فى ضوء

التشريعات المنظمة لحق القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- إذ كان الموت بكرامة يمثل أحد تصنيفات الحقوق لدى التشريعات المقارنة التى طالت اهتماماتها تقنين حق الموت الرحيم والانتحار بمساعدة طبية لما يبلوره هذا الحق عندها كصورة عكسية للحق فى الحياة دون آلام شاقة ، لذلك فإن الغلبة فى تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب سوف تكون منصرفة إلى الطبيعة العقدية بحجة أن تلك التشريعات تضمنت نصوصاً وأحكاماً تكشف عن تلك الطبيعة الاتفاقية فى مستوى عالٍ من الصبغة التعاقدية يُعلى من شأن الأرادة التعاقدية التى تهيمن بمقتضى نصوص صريحة على العلاقة بين الطبيب والمريض المينوس من علاجه ، وهذا ما يستلزم إنزال التكييف القانونى الصحيح على العلاقة التعاقدية التى يمكن تصورهما بين الطبيب والمريض محل الموت الرحيم ، مما يستدعى تقسيم هذا المطلب إلى فرعين على النحو التالى :-

الفرع الأول :- مسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية تقوم على أساس الطبيعة العقدية .

الفرع الثانى :- التكييف القانونى لعقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة.

الفرع الأول

مسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية تقوم على أساس الطبيعة العقدية

يلزم لإثبات رأينا الذى ينادى بالمسؤولية المدنية التعاقدية لطبيب المرحة الدافعة للقتل ، أن نشير فى عجاله لطبيعة المسؤولية المدنية للطبيب القائم بالأعمال الطبية التقليدية أولاً ، ثم نعرض ثانياً لأصل الإشكالية المطروحة كى نبدى الأسباب الدافعة لإرساء الطبيعة العقدية على مسؤولية الطبيب المدنية فى إطار القتل بدافع الشفقة.

أولاً :- طبيعة المسؤولية المدنية للطبيب فى نطاق الأعمال الطبية التقليدية بين الأساسين العقدي والتقصيري.

- لقد أثارت الطبيعة القانونية لمسؤولية الطبيب المدنية ، اختلافات فقهية وقضائية واسعة ، على كافة مستويات الفقه والقضاء المقارن ، وترجع العلة فى ذلك ، إلى تعلق هذه المسؤولية بجسم الإنسان ، الذى يحتوى على حياته ومشاعره ، لذا فمن أطلق للمريض الحرية فى التعاملات المختلفة على جسده ، فقد منحه حرية إبرام ما يشاء من العقود مع الطبيب ، وتكون مسؤولية الأخير عندئذ قائمة على أساس المفهوم التعاقدى ، ومن ذهب إلى أن المساس بجسم الإنسان من المسائل المتعلقة بالنظام العام والآداب العامة ، فقد أحاط سلطات المريض والطبيب بقيود تتناقض مع مفهوم الحرية التعاقدية ، جاعلاً من مسؤولية الطبيب مستندة للأساس التقصيري^(١).

(١) د. سعيد سعد عبد السلام - الالتزام بالإفصاح فى العقود - دار النهضة العربية - القاهرة - عام ١٩٩٩م - ص ١٤٠.

- لذلك فقد استقر الفقه والقضاء الفرنسي قديماً ، على أن الأعمال الأدبية والفنية لا يمكن أن تكون محلاً لتعاقد ملزم ، ورتب هذا الفقه على ذلك نتيجة ، مفادها أن العلاقة بين الطبيب والمريض ليست علاقة عقدية ، وأن الطبيب لا يسأل عقدياً في مواجهة المريض ، كما أن المريض لا يُجبر قضاءً على أن يدفع مقابلاً للخدمة التي تلقاها من الطبيب ولو كان قد اتفق معه على ذلك^(١).

- ففي فرنسا ، أتجه القضاء في باكورة اجتهاداته ، إلى تبني الطبيعة التقصيرية لمسئولية الطبيب ، ارتكازاً على ضرورة مد الحماية الطبيعية للمجتمع بأكمله ، وتأكيداً على أن بعض الأعمال الطبية تقع في طائفة سوء النية والطابع الجرمي أو الإهمال الجسيم غير المغتفر ، وهذا التوجه هو ما أصدرت بشأنه محكمة النقض الفرنسية حكمها الصادر في عام ١٨٣٥م الذي أضحى المرجع العام في طبيعة مسئولية الطبيب لمدة قرن كامل ، مؤكداً على رسوخ المسئولية التقصيرية في طبيعة الأعمال الطبية بصورة تصبغ أعمال الطبيب وتقييم أخطائه في نطاق هذا النوع من المسئولية الذي يتسق مع مفهومها المهني ودورها في المجتمع^(٢).

- بيد أن تطبيقات المسئولية التقصيرية في نطاق مسئولية الطبيب المدنية ، قد أفرزت معوقات تعتري مهمة المريض في إثبات عناصرها ، مما دفع القضاء الفرنسي ، إلى التخلي عن حصر المسئولية الطبية في المجال التقصيري ، ليفصح القضاء عن وجه آخر لاجتهاداته ، بعدما كان مستقراً زهاء قرن كامل ، على الطابع التقصيري لمسئولية الطبيب ، فتحول القضاء بهذه المسئولية ، إلى الطبيعة التعاقدية الصرفة ،

(١) د. أحمد محمود سعد ، مسئولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه ، رسالة دكتوراه ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٣م ، ص ٢٣٢ .

(٢) د. أحمد الحياوي ، المسئولية المدنية للطبيب ، دراسة مقارنة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٤ .

مقررأ أن العلاقة بين الطبيب والمريض تشكل عقداً حقيقياً ، يمحض التزاماً على عاتق الطبيب بتقديم العلاج المتقن المحاط باليقظة والحذر ، والذي يتفق مع المعطيات العلمية المكتسبة ، مرتبأ على خرق الالتزام السابق انعقاد مسؤولية الطبيب العقدية ، ولو كان إخلاله غير عمدي ، ومؤكداً على حصر مسؤولية الطبيب في نطاق الإخلال بتقديم العلاج المناسب ، دون أن تصل إلى حد المسؤولية عن شفاء المريض (١).

- كما أن الفقه الفرنسي ، قد تنبه في بداية القرن العشرين ، إلى خطأ النظرية السابقة ، فأخذ الفقهاء ينادون بوجوب اعتبار مسؤولية الطبيب الذي يختاره المريض أو نائبه لعلاج ، مسؤولية تعاقدية ، بل أنه حتى عندما يكون اختيار المريض للطبيب حاصلأ من الغير ، فيكون هناك اشتراط لمصلحة المريض ، يجعل المسؤولية الطبية تعاقدية أيضاً (٢).

- ويلاحظ على التحول القضائي السابق ناحية المسار العقدي لمسؤولية الطبيب ، أنه يرتب نتائج مزدوجة ، فإذا كان هذا القضاء قد أحدث تحولأ جوهريأ في طبيعة مسؤولية الطبيب حينما غير طبيعتها إلى المفهوم العقدي لا التقصيري ، فإنه فضلاً عن ذلك ، فقد أبدى اجتهاده في نطاق طبيعة التزام الطبيب ، مؤكداً على أن العقد الطبي الذي يبرم مع المريض ، لا ينشئ التزاما على الطبيب بتحقيق ما يرمى إليه المريض من الشفاء ، بينما ينحصر التزامه في بذل العناية الواجبة في المعالجة

(١) د. أحمد محمود سعد ، المرجع السابق ، ص ٩٩ ، د. عبد الحميد الشواربي ، مسؤولية الأطباء والصيدالة والمستشفيات المدنية والجنائية والتأديبية ، منشأة دار المعارف ، الإسكندرية ، عام ١٩٩٨ ، ص ٩٩ .

(٢) د. رمضان جمال كامل مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية ، المركز القومي للإصدارات القانونية ، القاهرة - عام ٢٠٠٥ م ، ص ٧٠ .

اليقظة المتبصرة المحاطة بعوامل الصدق وإعمال الضمير ووفقاً للمكتسبات العلمية المستقرة^(١).

- وعلى الرغم من ذلك ، فقد اتجه جانب من الفقه الفرنسي إلى أن الأخطاء التي يرتكبها الطبيب تجاه المريض ، فإن مسؤوليته المدنية هي تقصيرية فيها ، وأن مدى التزامه بذل العناية ، ويطلب هذا القول بتطبيق أحكام المسؤولية التقصيرية رغم وجود عقد بين الطبيب والمريض واعتبر أصحاب هذا الرأي أن القرار الصادر عن محكمة النقض الفرنسية بتاريخ 20/ ١٩٣٦/٥ م ليس له أي فائدة للمجني عليه وأن العقد مفترض وغير موجود في جميع الحالات، وأن القول أن مسؤولية الطبيب عقدية وليس تقصيرية غير صحيح لأن محكمة النقض تجنبت تطبيق المادة 636 من القانون الجنائي الفرنسي المتعلقة بالتقادم الثلاثي، حيث أرادت الحكم بإخضاع الدعوى المدنية للتقادم الطويل ولا يوجد سبب آخر لقرارها وأدى ذلك إلى تناقض، فالعمل الذي ارتكبه الطبيب واحد مكون لجريمة ذات مسؤولية جنائية ومسؤولية مدنية معاً ولا يوجد أساس للتمييز بين المسؤولين عن الفعل الحاصل^(٢).

ثانياً:- الأسباب الدافعة لاعتبار مسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة تقوم على أساس الطبيعة العقدية يؤكدتها قيام مظاهر

(١) د. محمد حسين منصور ، المسؤولية الطبية للطبيب الجراح وطبيب الأسنان ، الطبعة الأولى دار الجامعة الجديدة - (بدون تاريخ) ، ص ١٦ .

(٢) د. محسن عبد الحميد البيه ، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية لتقليدية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت، 1993 ، ص 13 ، ويؤيد ذلك ، أن محكمة النقض الفرنسية ، وهي تقرر المسؤولية التقصيرية بين الطبيب والمريض لم تنكر وجود عقد قائم بينهما وذلك مثل ما قضت به عام ١٩٣٢ م من أن الرابطة القانونية بين الطبيب والمريض تدخل في إطار العقد ، أنظر د. أحمد الحيارى المرجع السابق ، ص ٦٨ حيث يشير لحكم نقض فرنسي ٨ فبراير عام ١٩٣٢ م.

لسيطرة مفهوم الطابع التعاقدى على علاقة الطبيب بالمريض المينوس من شفائه يكشف عنها قانون القتل الريم البلجيكي تصريحاً وتلميحاً.

- إذا كانت غالبية القوانين والتشريعات قد جاءت خلواً من النصوص الصريحة التي تخلع على العلاقة بين الطبيب والمريض السمة التعاقدية الصرفة، وهو ما فتح الآفاق أمام الاختلافات الواسعة للفقهاء والقضاء بشأن تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب المعالج، ووما إذا كانت تقوم على أساس الإخلال بالالتزام قانوني أم الإخلال بالالتزام مصدره العقد.

إلا أن التشريعات المنظمة لعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية، قد جاءت على خلاف ذلك، حيث انتظمت نصوصاً صريحة، ساققتها في عبارات متشددة، للتحقق من رضاتعاقدى ذو طبيعة خاصة للمريض- في صورة إيجاب صادر عنه - وموافقة جازمة على إنهاء حياته بوسيلة طبية مريحة، فمواد القانون البلجيكي رقم ٢٨ مايو ٢٠٠٢م المنظم للقتل الرحيم، تطلبت في أدق شروطها الجوهرية أن يكون المريض شخصاً بالغاً، ويملك القدرة الواعية والأهلية اللازمة لإبداء القبول، وأن يتقدم طوعاً - دون ضغوط - بطلب الحصول على خدمة إنهاء حياته في صورة مكتوبة وموقعة منه شخصياً، وعند تعذر الحصول على موافقته، يتحول الحق فيها، إلى من يكون المريض قد فوضه في إبداء الرغبة في الموت الرحيم نيابة عنه. (١)

(١) ورغم أن القانون البلجيكي قد أقر حق المريض في القتل الرحيم بموافقته ورضاه بموجب قانون خاص صادر بتاريخ ٢٢ مايو ٢٠٠٢، والذي دخل حيز التنفيذ في ٢٠ سبتمبر ٢٠٠٢، إلا أن ذلك لا يغير شيئاً من تجريم القانون الجنائي البلجيكي لفعل القتل بكل صورته وذلك بموجب المواد من ٣٩٣ وحتى ٣٩٧، ولذلك لا يُعفى الطبيب من عقوبة القتل إذا قارف هذا الفعل بموافقة المريض وبدافع الشفقة دون التحقق من توافر جميع شروط قانون القتل الرحيم الواردة بالتشريع المنظم له، أنظر:-

-H.LELEU et G. GENICOT Le droit médical . Aspects juridiques de la relation médecin-patient, DeBoeck Université,2001, n°234 .

- وحرى بالإشارة ، إلى أن ما جعلنا نبدي رأينا الخاص ، فى جانب منه ، من اعتبار مسؤولية الطبيب ، الذى يُجرى عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، تقوم على أساس من الطبيعة العقدية ، أن خطورة هذه المستحدثات ، الناتجة عن تعلقها بحياة إنسان عجز الطب عن إزالة مرضه واستشرى جسده بالأم والحمى ، تدفعنا إلى ضرورة إسباغ هذه العلاقة الطبية ذات الأبعاد الإنسانية بالصبغة التعاقدية ، وذلك تيسيراً على الضرورة فى نطاق الإثبات (١) ، حيث تقوم مسؤولية الطبيب فى الإطار التعاقدى بمجرد إخلاله بأحد الالتزامات التى يلقيها عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة على عاتقه ، سيما وأن الضرور فى تلك الممارسات الطبية غالباً ما يكون ورثة المريض الذين يدعون خطأ الطبيب بعد وفاة مورثهم ، ومن ثم يكون عبء الإثبات عليهم عسيراً بعد وفاته ، وتسهم الطبيعة العقدية عندئذ فى تخفيف هذا العبء أثبات خطأ الطبيب (٢).

- كما يرجح القول بالطبيعة العقدية كذلك ، إلى أن فكرة الحق فى الموت بكرامة تخالف الأصل الإنسانى الذى يهدف لتقرير الحق فى الحياة كمبدأ يتفق مع سمو الروح

(١) حيث ظل الضرور متقلاً بإثبات الخطأ طوال الفترة التى كانت مسؤولية الطبيب تقوم فيه على الأساس التقصيري ، أنظر :- د. سليمان مرقص ، الوافي فى شرح القانون المدني ، الجزء الأول ، الالتزامات ، الفعل الضار والمسئولية المدنية ، الطبعة الخامسة ١٩٩٢م ، ص ٣٨ ، د. حسن زكي الأبراش ، مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية ، دار النشر للجامعات المصرية ، رسالة دكتوراه ، كلية الحقوق ، جامعة القاهرة ، ١٩٥١م ، ص ١٢٣ ، بينما من وجهة نظر أخرى ، فإن المسؤولية التقصيرية تمخض تعويضاً واسع المجال ، حيث يتم التعويض فى المجال التقصيري عن الضرر المتوقع وغير المتوقع بينما يقتصر التعويض على الضرر المتوقع فقط فى نطاق المسؤولية العقدية ، كما أنه لا يجوز الاتفاق على الإعفاء من المسؤولية التقصيرية ، بينما يجوز الإعفاء منها كلياً أو جزئياً فى المسؤولية العقدية وأخيراً فلا وجه للتضامن فى نطاق المسؤولية العقدية عكس التقصيرية . فالتضامن قائم فيها على وجه الدوام . انظر فى هذه الفروق :- د. محمد أحمد عابدين ، التعويض بن المسؤولية العقدية والتقصيرية ، دار المطبوعات العلمية ، الإسكندرية ، ص ٤ ، ٥ .

(٢) وقد يكون ذلك هو أحد الدوافع التى خلقت توجهاً فقهيًا نحو القول بالمسؤولية العقدية للطبيب .

الإنسانية ، ومن ثم فقد قامت التشريعات المنظمة لعملية القتل الرحيم على اعتبارات تخالف هذا الأصل لتقرر نظاماً جديداً لإنهاء حياة الإنسان احتراماً لحقه في تقرير مصير حياته مع تحلى دور الطبيب بمبدأ الإحسان الذى يوجب عليه أن يحترم حق المريض فى الموت الرحيم (١) ، ومن ثم فإن الاعتبارات الأخلاقية التى تقوم عليها هذه النظم لاترقى لجعلها نظاماً إجبارية فى كل من المفهوم والتطبيق ، ومن ثم لا يُتصور أن يكون الدخول فى علاقات القتل الرحيم إلا من خلال إرادة حرة واعية تعبر عن علاقة يغلب عليها الطابع التعاقدى ، وتلعب فيها الإرادة دوراً بارزاً لتعلق المسألة بحياة المريض الذى لايمكن إجباره هو والطبيب على التزامات غير تعاقدية تضوى فى منتهائها إلى إزهاق روح إنسان حي .

- ومن منطلق ذلك وتوكيداً لتلك الحقيقة ، أنه وباستقراء النصوص المنظمة لحق الموت بكرامة ، والتي وردت فى التشريعات المقارنة ، خاصة منها القانون البلجيكي محل هذا البحث ، يتبين أن العلاقة بين الطبيب والمريض الميؤس من شفائه ، هى علاقة عقدية ، من وجهة نظرنا ، وذلك فى جميع الحالات ، ووفقاً للأسباب والحجج التالية :-

- السبب الأول:- بروز دور الإرادة التعاقدية لكل من الطبيب والمريض واشتراط موافقة المريض كتابياً فى مرحلة الاتفاق على تلقى خدمة القتل الرحيم أو المساعدة على الانتحار.

1- أنظر فى الأساس الأخلاقى لتشريع قوانين القتل الرحيم :-

- MEURISSE M.-F. « Les enjeux sous-jacents aux droits du patient » in Ethica Clinica, n°48, 2007 (4-15) ، T. MEULENBERGS & P. SCHOTSMANS „Law-making, Ethics and Hastiness .The debate on euthanasia in Belgium , in Ethical Perspectives 9 (2002) 86-95

- أولاً:- دور إرادة المريض في إبداء الأيجاب التعاقدى المفضى لإبرام عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة:-

- يمكن استجلاء اشتراطات القانون البلجيكي بشأن تطلب إرادة نشطة فعالة من جانب المريض كى يتحقق بها علاقة تعاقدية تضمن توفير حماية لحقوق المريض المينوس منه ، من خلال ما أفصح عنه هذا التشريع من ضرورة تحري قبول المريض وموافقته الجازمة على إنهاء حياته ، وذلك بمقتضى نص المادة الثالثة من قانون ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م ، حيث لا يُقبل طلب القتل بدافع الشفقة إلا ممن يمتلك القدرة على التعبير عن إرادته الحرة الخالية من العيوب عند التقدم بطلب إنهاء حياته (١) ، ولا جرم فإن تطلب هذه الإرادة التى يجب أن تصدر عن المريض ينطوى بلا شك على حق المريض فى اختيار الطبيب الذى سوف يقضى على حياته بصورة رحيمة ، بوصفه الشخص المعنى بممارسة هذه الأعمال الطبية والذى سوف يتلقى إيجاب المريض حتى ينعقد عقد الاتفاق على إنهاء الحياة بدوافع اليأس من الحياة .

وتجدر الإشارة ، إلى أن ما تضمنته التشريعات المانحة لحق الموت الرحيم ، من التقرير الضمنى لحق المريض المينوس من شفائه ، فى اختيار الطبيب الذى يتولى إنهاء حياته الكاملة ، وبوصفها أحد الأسباب الرئيسية ، التى دفعتنا لأن نشايغ غلبة الطبيعة العقدية على العلاقة التى تجمع الطبيب بالمريض ، أنما تجد أصولها المبدئية فى كثير من التشريعات الصحية واللوائح المنظمة للمهن الطبية أو لحقوق المرضى بصورة عامة ، حيث تمنح المادة الثامنة من قانون الصحة العامة فى فرنسا للمريض

(١) ويتسق ذلك مع تعريف العقد الطبي الذى يستند إلى وجود إرادة للمريض يُعلن فيها قبوله لعلاج ضروري تقضيه حالته المرضية ، أنظر:- يزيد دلال ، عبد الجليل مختاري ، المسئولية المدنية عن الأخطاء الطبية ، مجلة العلوم القانونية والإدارية ، العدد الثالث ، كلية الحقوق ، جامعة سيدي بلعباس ، عام ٢٠٠٥ ، ص ٦٣ .

الحق في اختيار الطبيب الذي يعالجه بحرية كاملة باعتبار ذلك مبدأ جوهرياً من مبادئ الحق في العلاج ، وترسيخاً لذات المبدأ، نصت المادة السادسة من قانون الآداب الطبية في فرنسا ، الصادر بتاريخ ١٩٩٥/٩/٦ م ، على وجوب احترام الطبيب لحق المريض في اختيار من يعالجه من الأطباء ، فضلاً عن التزامه بتسهيل ممارسة المريض لهذا الحق الجوهري دون معوقات ، كما تؤكد المادة السادسة من القانون البلجيكي الصادر في عام ٢٠٠٢م المتعلق بالحقوق الأساسية للمريض ، على حق المريض في اختيار طبيب آخر غير الطبيب المعين لعلاج مع مراعاة الاستثناءات الإجبارية في هذا النطاق ، كما تضمنت لائحة آداب المهن الطبية الصادرة في مصر بتاريخ ٢٠٠٣/٩/٥ م ، مجموعة من الواجبات الأساسية للطبيب ، منها ما قرره المادة ٢٨ من اللائحة ، من عدم جواز إجراء الفحص الطبي للمريض أو علاجه إلا بعد استيفاء موافقته الشخصية أو موافقة من ينوب عنه قانوناً إذا لم يكن المريض أهلاً لذلك.

إذاً فليس ما تضمنه التشريع البلجيكي المنظم لموت الشفقة من تقرير حرية المريض المينوس من شفاته في اختيار الطبيب الذي يتولى إنهاء حياته ، أو حرية إرادته في إبداء القبول أو الإيجاب المفضى لنشوء اتفاقات الموت بكرامة ، هي فقط التي تمثل المعول الرئيسي لمشايعة المفهوم التعاقدى للعلاقة القائمة بين الطرفين في مجال القتل الرحيم ، بينما يظهر سلطان الإرادة جلياً - كأصل - فيما تشترطه جميع القوانين واللوائح والتنظيمات المتعلقة بالأخلاقيات الطبية وآداب المهنة من ضرورة موافقة المريض على تنظيم العلاج التي سيخضع لها وهو ما يشكل عنصر الإيجاب أو القبول الذي يتكون منها ركن الرضا في العقد كمصدر من مصادر الالتزام ، سواء أكان ذلك حاصلًا في إطار عقد العلاج أو في إطار عقد إنهاء الحياة بوسائل طبية رحيمة.

- لذلك فلا تنحصر العلاقات في مجال الموت بكرامة على فعل إرادي محض يصدر من جانب واحد ، أو على عمل مهني يتم بإرادة الطبيب المنفردة تجاه المريض الذي يقع في موقف الطرف الضعيف الخاضع لإملاء الطبيب وتوجيهاته الطبية ، بل اشتراط القانون البلجيكي قيام الإرادة الحرة المستنيرة لدى المريض ، الذي يتعين أن تتوافر فيه إرادة حرة واعية تمكنه من إبداء أيجاب جازم لإنهاء حياته لدوافع الشفقة (١) وهذا أمر يتفق مع طبيعة الموت الرحيم لما يشكله من خطورة داهمة على وجود المريض وبقائه.

- وتؤكد الاشتراطات القانونية الواردة بكافة التشريعات الأوروبية التي نظمت بقوانين خاصة الحق في الموت الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، والتي تتعلق منها بمسألة اشتراط قبول المريض لإنهاء حياته قبولاً صريحاً جازماً مشفوعاً في صورة مكتوبة بلغة تعاقدية واضحة ، أن الطبيعة التي تغلب على العلاقة بين المريض الميوس من

(١) أذ تنص الفقرة الأولى من المادة الثالثة من القانون البلجيكي الصادر بتاريخ ٢٨/٥/٢٠٠٢م على شرط الرضا الطوعي للمريض الذي يتمتع بأهلية تسمح له بذلك دون وجود أية ضغط خارجية مع ضرورة أن يتوفر في طبيعة المرض الميوس من علاجه واستحالة ذلك بكل الوسائل الطبية الممكنة :-

- Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:-
- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
 - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
 - le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

شفائه والطبيب القائم على إنهاء حياته، هي طبيعية عقدية ، تخضع فيها هذه العلاقة لمبدأ سلطان الإرادة ، حيث يتمتع المريض الخاضع لعملية القتل الرحيم بحرية كاملة في اختيار الطبيب الذي يتولى إنهاء وجوده ، بل وبدافع خلق ضمانات تحد من الممارسات الطبية غير المشروعة للموت الرحيم ضبط المشرع البلجيكي الإيجاب الصادر عن المريض في إطار شكلي واشترط استيفاء هذا الإيجاب في ورقة مكتوبة عبارة عن نموذج مطبوع مسبقاً يُحرر فيه المريض بياناته الإلزامية ويكشف فيه عن رغبته التعاقدية وإرادته النهائية لاتخاذ السبل الطبية لإنهاء حياته .

- وهذا التنظيم القانوني الذي يتيح للإرادة أن تلعب دوراً كبيراً في إنشاء الروابط الاتفاقية يؤكد على حقيقة أن العقد المبرم في هذا السياق ، يقوم على عنصر الاعتبار الشخص للطبيب ، ويمنح ذلك الحق للمريض أن يطلب إبطال عقد إنهاء حياته ، إذا وقع في غلط جوهرى يتعلق بشخص الطبيب الذي اختاره لأجراء الموت الرحيم ، ويؤسس حق المريض المينوس من شفائه في طلب إبطال العقد للغلط في شخص الطبيب ، أن التكليف الراجع لعقد الموت الرحيم ، أنه عقد غير مسمى ، لذا فإنه يخضع عندئذ لأحكام القواعد العامة لنظرية العقد ، التي تجيز للمتعاقدين الذي يقع في غلط جوهرى يتعلق بشخصية المتعاقد الآخر ، أن يطلب إبطال العقد للغلط في صفة من صفات المتعاقد إذا كانت هي السبب الرئيسي الدافع لإبرامه (١) .

- السبب الثاني:- اشتراط القبول التعاقدى الذى يجب أن يصدر عن الطبيب فى مجال عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة :-

- وبغرض إكمال منظومة الحماية القانونية لحقوق المريض الخاضع لعملية القتل بدافع الشفقة وما تنطوى عليه هذه الحماية من مظهر بارز لسيطرة الطبيعة العقدية حيال

(١) د. عبد المنعم البدر اوي ، النظرية العامة للالتزامات ، الجزء الأول ، ص ٢٨٨ م .

علاقات الموت الرحيم ، قرر القانون البلجيكي وضع إرادة الطبيب في مصاف من التحقق المشدد للتأكد من خلوها من الضغوط المختلفة ، ضماناً للحصول على دراسة طبية متأنية لحالة المريض ، ورفعاً للشبهة المحتملة لإنهاء الحياة لدوافع غير مشروعته ، قد لا تمت بصلة لما يقوم عليه تشريع القتل الرحيم من اعتبارات الموازنة بين الحق في الحياة والحق في الموت بكرامة ، لذلك انتظمت المادة الثالثة من قانون ٢٨ مايو ٢٠٠٢م من القانون البلجيكي تقنين ذلك ، فأوجبت التحقق من أن يكون الطبيب الذي ينفذ عملية القتل الرحيم قد مارس كل المراحل المتوالية لهذه العملية الخطيرة ، وهو يتمتع بإرادة حرة قاطعة غير مشوبة بأي نوع من أنواع الضغوط الداخلية أو الخارجية ، وأنه قد أولى دراسة الحالة المرضية المينوس منها دراسة متأنية فاحصة ، استوفى بشأنها جميع مكتسبات العلوم الطبية المستخدمة لعلاج نوعية الحالة المرضية اليائسة ، وأنه قد أخضعها لتجارب علمية مبتكرة ومحاولات علاجية متعددة حتى وصل لنتيجة شبه نهائية تتوافق مع الحد الأقصى لإمكاناته الطبية ويرتاح لها ضميره المهني والإنساني منتهياً بشأنها أنها حالة مينوس من شفائها بعد أن بذل في سبيلها كل ما أوتى الطبيب من الوسائل الطبية الممكنة.

- وينتج عما قرره القانون البلجيكي من إعطاء الحق للطبيب في رفض أو قبول الموت بكرامة نتيجة بديهية مفادها اعتبار العلاقة بين الطبيب والمريض في مجال القتل الرحيم ، علاقة تعاقدية ، وحرى بالأشارة إلى إن المشرع البلجيكي حينما منح الطبيب سلطة الخيار بين قبول أو رفض الدخول في علاقة القتل الرحيم التعاقدية ، فإن ذلك يمثل تجسيداً لأصل قررة فيما سبق بما نصت عليه المادة الثالثة من القانون البلجيكي الخاص بحقوق المرضى الصادر عام ٢٠٠٢م من أن قواعد هذا القانون في مجملها إنما تنطبق بصورة شمولية على العلاقات القانونية التي تنشأ في مجال

القانون الخاص سواء منها التعاقدية وغير التعاقدية ، وهو ما يؤكد إقرار المشرع البلجيكي بمسئولية الطبيب التعاقدية كأصل مقرر بمقتضى قانون حقوق المرضى بوصفه الشريعة العامة للقوانين المتعلقة بالطب والصحة ، وأن ما جاء بقانون القتل الرحيم في بلجيكا من اشتراط موافقة الطبيب الباتة دون أن يتخللها ثمة ضغوطاً تؤثر على سلطان إرادته التعاقدية لا يمثل إلا تطبيقاً لهذا الأصل المنصوص عليه بقانون حقوق المرضى .

- السبب الثالث :- اشتراط الحصول على تفويض مسبق من المريض للغير بالموافقة على إجراء القتل الرحيم في حالة فقدان الوعي المتوقع في المستقبل.

- من الأصول المقررة في مجال العقد أنه يجب أن يصدر ركن الرضا عن المتعاقد شخصياً إلا في حالات قيام النيابة الاتفاقية أو القانونية ، ولا شك فإن هذا الأصل ينطبق من الأولى في عقود العلاج الطبى بالنظر إلى خطورة مساسها بحياة الإنسان وحقه في الحياة ، وتطبيقاً لذلك تنص المادة ٦ - III - L من القانون الفرنسي على منع الطبيب من إجراء الفحوص وأوجه العلاج إذا لم تكن حالة المريض لا تسمح بالتعبير عن إرادته إلا إذا تم استشارة شخص موضع ثقة عند المريض ، ويستثنى من ذلك حالات الاستعجال والضرورة الاستثنائية .

وتطبيقاً لذلك فقد حرص القانون البلجيكي على تأكيد المفهوم التعاقدى في نطاق عقد إنهاء الحياة حتى في حالة فقدان الوعي اللازم لأهلية الموافقة على تنفيذ بدافع الرحمة ، حيث منح القانون البلجيكي المريض الذي يشعر أنه مُقبل على حالة مرضية مینوس منها ، أن يفوض كتابياً شخصاً آخر أو أكثر من شخص ، لإبداء

الموافقة نيابة عنها لإزهاق روحه^{١)} ، وذلك احتياطياً لاحتمال دخوله في حالة فقدان الوعي والإدراك المستقبلي بسبب هذا المرض ، وقد حدد القانون البلجيكي المدى الزمني لصلاحيه هذا التفويض المكتوب ، وذلك بمدة خمس سنوات تبدأ من تاريخ تحرير هذا التفويض وتسجيله في السجل الخاص بالمريض ، ويحق للشخص المفوض أن يحل محل المريض في إصدار الرضا بالقتل الرحيم خلال هذه المدة ، وهذا يبرز بدوره مظهراً آخر من مظاهر الطبيعة العقدية للعلاقة بين الطبيب ومريضه المينوس منه ، حيث ما زال المشرع البلجيكي يغلب درو الإرادة التعاقدية عند نشوء العلاقات التي تهدف لممارسة مستحثة قتل الرحمة ، وذلك عندما حظر على الطبيب إنهاء حياة المريض فاقد الوعي إلا بموافقة ورضائه المسبق الذي يجب أن يتخذ شكل التفويض بالقبول نيابة عن المريض ، وبذلك تلعب إرادة المريض دوراً بارزاً في إنهاء حياته حتى وهو في حالة فقدان الوعي والأدارة والإرادة الحرة .

- السبب الرابع :- منح المريض والطبيب الحق في التخلي عن الاتفاق والرجوع فيه قبيل إنهاء الحياة بدافع الرحمة ، مع إلزام الطبيب بإخبار المريض بأسباب التنحي عن القتل الرحيم.

- ينبغي أن نؤكد أن حق المريض في التراجع عن إجابته الصادر عنه بطلب الموت بكرامة خلاصاً من الشقاء المؤلم للمرض ، إنما يُستمد مما ورد بالقانون البلجيكي من فقرات عديدة تضمنتها المادة الثالثة منه ، حيث صاغت هذه المادة مجموعة كبيرة من الضوابط لاستيفاء حقوق المريض في التراجع عن الأيجاب بصورة حرة تليقة من

^{١)}M.deloze et E. Montero : Euthanasie :10 ans d'application de la loi en Belgique , Institut Europe'en de Bioethique , 2012,p.3.

القيود^(١)، من ذلك ما فقرته المادة الثالثة من ضرورة تكرار قياس عزيمة المريض في البقاء على إيجابه في جميع المراحل الزمنية للأجراءات الألزامية التي تمر بها هذه الممارسة الطبية ، فضلاً عن وجوب تحقيق كل متطلباته الطبية والأنسانية من حيث الاستجابة له إذا ما رغب في عرض حالته على أستشارى آخر سواء من الناحية العضوية او النفسية أو في مقابلة أشخاصاً معينين من أقاربه للتشاور بخصوص ما سبق أن أبدى الأيجاب التعاقدى بشأنه ومناقشة رغبته ودوافعه التي ساقها لتنفيذ الموت العاجل بدافع الخلاص من آلامه المبرحة ، كل هذه الاشرطاطات أوجبها القانون البلجيكي كحقوق للمريض حتى يمنحه الفرصة الكاملة للتراجع لأسباب يديبها أو لأسباب يخفيها ، ولا شك فإن التسليم للمريض بحق الرجوع عن الأيجاب التعاقدى الصادر عنه بطلب الموت الرحيم يعكس صبغة تعاقدية على طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين الطبيب لتغليب المشرع البلجيكي دور الأرادة في أبرام عقد الموت الرحيم وفي إنهائه على السواء.

- من جهة أخرى ، فلم يحرم القانون البلجيكي الطبيب خيار التراجع المُسبب عن تنفيذ عملية إنهاء حياة مريضه الذى يأس من علاجه ، فوفقاً لصريح نص المادة ١٤ من القانون البلجيكي الصادر فى ٢٨ مايو ٢٠٠٢م، فإن الطبيب غير ملزم بالاستجابة إلى الدخول فى علاقة إنهاء الحياة مع المريض من ذوى الأمراض المستعصية على العلاج ، وينطبق هذا الأمر على جميع الأطباء ، سواء منهم الذى يتولى المهمة الأصلية لمراقبة وتنفيذ القتل الرحيم بالوسائل الطبية المناسبة ، كما ينسحب خيار الرفض أو القبول كذلك إلى الطبيب الاستشارى الذى يقع على عاتق الطبيب الأول

(١) ويرى بعض الفقة أن التشريع البلجيكي أراد أن يمنح لكل من الطبيب والمريض فترة زمنية من التأمل حتى يفكر كلاهما ملياً قبيل التنفيذ لنهائى لفعل القتل الرحيم ، أنظر :-

M.deloze et E. Montero : Euthanasie, op.cit,p.4. -

الحصول على استشارته المهنية لمزيد من القناعة الشخصية والدراسة الطبية لإنهاء الحياة.^(١)

- كما يوجب النص المتقدم ، على كل من الطبيب المتولى حالة المريض والطبيب الاستشارى الثانى ، أن يخطر كلاهما المريض بعدوله عما سبق وأن عقد العزم عليه من إنهاء حياة المريض بسبب اليأس من علاجه^(٢)، ولا يكفى مجرد الأخطار بالعزوف عن قتل المريض رحمة به فى صورة مجرة عن أسبابها ، بل أشترط النص أن يكون الأخطار بالتتنحى عن القتل منطوياً على الأسباب الحقيقية التى دفعت الطبيب إلى قرار التراجع عن أو عدم المضى فى إنهاء الحياة بطريقة رحيمة ، كما لا يُقبل الأخبار الشفهى للمريض برغبة الطبيب فى التراجع عن إنهاء حياته ، بل أوجبته المادة الرابعة من القانون المتقدم ، أن يكون إبلاغ المريض فى صورة شكلية مكتوبة

(١) - إذ تنص هذه المادة على الحكم الآتى :-

- Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasia. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.”

(٢) ويؤكد بعض الفقه على وجوب أن يصدر هذا الرجوع عن القتل الرحيم الصادر عن الطبيب فى وقت مناسب مع حماية حق المريض فى الكشف عن سجله المرضى الذى يتضمن الأسباب التى دفعت الطبيب إلى التنحى ، وهو ما يكشف عن مظاهر للحرية العلاجية التى تسيطر على العلاقة بين المريض والطبيب فى مجال القتل الرحيم ، أنظر :-

- J. MASSION, LES LOIS BELGE ET NEERLANDAISE SUR L'EUTHANASIE,

-www.comite-ethique-ucl-saintluc.be/.../lois/LES%20LOI...

وأن يستودع الطبيهذه الأسباب الكتابية للتنحي عن القتل الرحيم في السجل الطبي الخاص بالمريض المزمع قتله بدافع الشفقة.^(١)

- وخلافاً لتقدم ، فإن سيطرة طبيعة العلاقة التعاقدية على الاتفاق الذي يجري بين الطبيب والمريض في علاقات القتل الرحيم ، يجد مصدره فيما تشترطه الغالبية العظمى من التشريعات العربية في خصوص عقد العلاج الطبي من حق الطبيب في التراجع عن العلاج ، وذلك بحسبان ما يجمع بين عقد العلاج وبين عقد الأنهاء الرحيم للحياة من خصائص استعمال وسائل طبية من طبيب متخصص لتحقيق مصالح تعاقدية متفق عليها ، حيث قررت المادة ٢٤ من لائحة المهن الطبية الصادرة في مصر عام ١٩٥٨ م إجازة حق الطبيب في الاعتذار عن علاج المريض ابتداءً أو في

(١) ولقد منحت الفقرة الثانية من المادة الرابعة عشر من قانون القتل الرحيم البلجيكي هذا الحق للطبيب أنتصاراً لأن الأصل في الإنسان الحياة وأن القتل الرحيم والحق في الموت استثناء من هذا الأصل لذا لزم منح المريض والطبيب الحرية المطلقة في قبول التدخل لإنهاء الحياة أو التنحي عن ذلك في أي لحظة ، وهو ما يعزز دور الإرادة في أرساء الطبيعة العقدية للعلاقة بين الطبيب والمريض صاحب المرض العضال الخطر ، وتقرر هذه الفقرة ذلك الحق بقولها :-

- Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons.
Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.
Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

أي مرحلة لأسباب شخصية أو متعلقة بالمهنة ، أما في الحالات العاجلة فقد حرمته اللانحة الطبيب من استعمال هذا الحق ، كما يملك الطبيب التنحي عن العلاج إذا قامت لديه أسباب واعتبارات تبرر هذا الامتناع إلا في الحالات الطارئة وذلك وفقاً للحكم القانوني الوارد بالمرسوم بقانون الصادر في الكويت بتاريخ ٢٥ لسنة ١٩٨١م بشأن مزاوله مهنة الطب البشري وطب الأسنان والمهن المعاونة لها ، كما ويتفق الحق المخول للطبيب في الامتناع عن إجراء القتل الرحيم مع ما قرره المادة ٤٧ من تقنين الآداب الطبية الفرنسي الصادر عام ١٩٩٥م ، وبذلك يعكس درواً فعالاً لأرادة الطبيب التعاقدية بصفه عامة بما أختصه القانون من حق الامتناع عن العلاج وهو ما يعكس وجود صبغة تعاقدية في علاقته مع المريض إذا ما قرر قبول علاجه .

- السبب الخامس:- استعرض المشرع البلجيكي بقانون القتل الرحيم مظاهر عديدة تفضى إلى القول بغلبة الطبيعة العقدية على العلاقات التي تنشأ بمناسبة ممارسات الموت الرحيم ، من ذلك ما يوجب التشريع البلجيكي على الطبيب وفريق العمل الطبي المعاون له بضرورة أخبار المريض بنتائج التشاور المشترك لطبيعة الحالة المرضية المينوس منها ومدى قابليتها للشفاء ، فضلاً عن إلزامهم بتبصير المريض بحالته المرضية لقياس توافر إصراره على استكمال عملية إنهاء حياته حتى تنفيذ ذلك فعلياً ، وكذلك ضرورة تمكين المريض الميوس من شفائه أن يتواصل بالمناقشة مع أي جهة طبية أو غير طبية أو أي فرد بشأن حالته قبيل لحظة إنهاء حياته ، ووجوب تسجيل جميع نتائج التشاور في سجل المريض الطبي وتمكينه من حق الأطلاع عليها سواء شارك فيها أم لم يشارك ، وذلك يدل في مجملته على استتالة المدى الزمني لعلاقة المريض بفريق العمل الطبي فضلاً عن تعدد الإجراءات الألزامية التي تسبق إنهاء الحياة مع ما يتضمنه ذلك من مساحة واسعة من التشاورات المتبادلة التي تمكن المريض دائماً من التراجع عن الأيجاب

التعاقدى لإنهاء الحياة وتسمح للطبيب كذلك في إبداء التنحي المُسبب عن تنفيذ هذه الممارسة المميتة ، وهو ما يكشف بفصيح النصوص القانونية عن إرادة تعاقدية واضحة تُسبغ فكرة العقد على الاتفاقات التي تُبرم بشأن عملية القتل الرحيم.^(١)

(١) إذ تنص الفقرات الفرعية من الفقرة الثانية الأصلية من المادة الثالثة من القانون البلجيكي رقم ٢٨ مايو ٢٠٠٢م مقررة هذه الاشتراطات التي تعبر عن الطبيعة العقدية لعقد القتل الرحيم ، وذلك بقولها :-

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

- 1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;
- 2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;
- 3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation; 4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci; 5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne; 6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

الفرع الثانى

التكييف القانونى لعقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة

وحيث قد انتهينا إلى غلبة طبيعة العقد وسيطرتها على العلاقة الناشئة بين المريض الميئوس منه وبين الطبيب الذى سيحدد لحظة بقائه حياً ، لذا يلزم فى هذا المقام معالجة التكييف القانونى للعقد المبرم بشأن تنفيذ المقتضيات الطبية لموت الشفقة واما إذا كان هذا العقد من العقود المسماة أم هو عقد غير مسمى يتميز بطبيعة ومميزات خاصة به .

ويُعرف العقد غير المسمى ، بأنه العقد الذي لم ينظمه القانون بنصوص محددة ، ومن ثم لم يضع القانون لهذا النوع من العقود قواعد تحكمها أو يصيغ لها إطاراً يُمكن القاضى من الحكم فى المنازعات الناشئة عنها ، أما العقد المسمى هو الذى وضع له القانون اسماً خاصاً وتكفل ببيان القواعد المنظمة له، ويكفي المتعاقدان أن يتفقا على العناصر الجوهرية فى العقد، وتعتبر الأحكام التى نص عليها القانون مكتملة لإرادة المتعاقدين ، وهذا هو الأصل ، ومن ثم يجوز للأفراد أن يتفقوا على خلافها، إلا أن تتصل بعض الأحكام بالنظام العام والآداب ومن ثم لا يجوز الخروج عليها بحال^(١).

- ولئن كان الشخص الذى يقوم على تنفيذ عمليات القتل الرحيم من الأطباء المختصين بإجراء هذا العمل ، وغالباً ما يكون هو الطبيب القائم على علاج المريض الميئوس من علاجه ، لذا فإن أقرب العقود التى يمكن ذكرها فى هذا المقام لبيان تكييف عقد الموت الرحيم ، هو عقد العلاج الطبى الذى يقترب من عقد الموت الرحيم لتعاقد

(١) د. عبد الفتاح عبد الباقي ، نظرية العقد والإدارة المنفردة ، عام ١٩٨٤م ، ص ٥٧ .

المريض في كلا العقدين مع شخص واحد وهو الطبيب ، فضلاً عن أن الأعمال التي يستهدفها العقدين تهمين عليها صفة الأعمال الطبية .

ويُعرف عقد العلاج بصفة عامة على أنه " إتفاق بين الطبيب والمريض على أن يقوم الأول بعلاج الثاني مقابل أجر معلوم (١) . وعلى الرغم من أن القضاء في فرنسا والفقهاء المصري والفرنسي ، قد استقر على بقاء الصفة العقدية كركيزة لتحديد طبيعة المسؤولية المدنية للطبيب عن مختلف الممارسات الطبية ، إلا أن مسألة التطرق لتكييف عقد العلاج الطبي ، قد أثارت خلافات فقهية واسعة ، وأحدثت انقساماً كبيراً في الرأي لدى الفقه ، فمن حيث ذهب البعض إلى أن الوكالة هي النموذج العقدي الواجب إنزاله على تكييف عقد العلاج الطبي بينما ذهب آراء أخرى ، لتبني تكييفات أخرى ، تستند في تحديد طبيعته إلى عقدي العمل والمقاولة .

- إلا أن تضارب الآراء الفقهية وعجزها عن التوافق على الطبيعة القانونية للعقد الطبي ، لم يخلع عنه صفته كعقد من حيث المبدأ ، ويبقى رغم ذلك عقداً ذو خصائص وسمات متميزة ، من بينها اعتباره عقداً من نوع خاص وذو طبيعة خاصة ، وقد تبنت محكمة النقض الفرنسية وجه الرأي المشار إليها ، فقضت في حكم لها بتاريخ ١٣ يوليو ١٩٣٧ م ، بأن العقد المبرم بين الطبيب والمريض بغرض تقديم الأول المساعدة المهنية للثاني ، هو عقد من نوع خاص (٢) .

(١) د. عبد الرازق احمد السنهوري ، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد - الجزء السابع ، المجلد الأول ، العقود الواردة على العمل ، الطبعة الثالثة ، عام ١٩٩٨ م ، ص ١٨ .

(٢) د. عبد اللطيف الحسيني ، المسؤولية المدنية عن الأخطاء المهنية ، الشركة العالمية للكتاب ، لبنان ، ١٩٨٧ ، ص ١٤٧ .

- وتجدر الإشارة إلى وجود فروق جوهرية ، بين عقد العلاج الطبي ، وبين عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة ، فمن حيث ركن السبب في العقد ، فإن سبب إبرام المريض للعقد الطبي هو رغبته في الشفاء والتداوي بوسائل طبية (١) ، بينما السبب الدافع لإبرام عقد القتل الرحيم هو رغبة المريض في إزهاق روحه رحمة به من الآلام التي سببت له قنوتاً ويأساً لا يطاق ، فضلاً عن اختلاف محل التزامات الطبيب في كل من العقدين ، حيث يلتزم الطبيب في العقد الطبي باتخاذ كل الوسائل المهنية الممكنة لشفاء المريض وتخفيف آلامه ، بينما يلتزم الطبيب في عقد الموت الرحيم بإزهاق روح المريض المينوس من شفافه ، وبذلك يتجلى اختلاف الغاية التي نشأ كل من العقدين في ظلها ، فعقد العلاج الطبي يستهدف غاية الدفاع عن الحق في الحياة ، بينما يرمي عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة إلى تحقيق مقتضيات الحق في الموت بكرامة .

- ورغم هذا التباين بين نوعي العقد ، فإن القاسم المشترك بينهما ، كما سبق الذكر ، هو أن الطرف المهني الذي يطوع قدراته لشفاء المريض هو ذات الشخص الذي يبذل خبراته لإنهاء حياته ، ألا وهو الطبيب ، الذي يبذل مكتسبات مهنته وخبراته في إزاحة المرض العضال من جسد وروح الشخص العليل ابتداءً ، فإن أصابه الفشل في تحقيق هذه المرحلة في نطاق عقد العلاج ، فإن الطبيب يتحول دورة في عقد القتل الرحيم إلى وضع خبراته المهنية في سبيل إنهاء حياة المريض ، بعدما يأس من شفافه بما أجراه من التجارب وطرق العلاج التي أخضع المريض لها في عقد العلاج الطبي .

(١) د.فواز صالح ، المسؤولية المدنية للبيب ، ودراسة مقارنة في القانون السوري والفرنسي ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية ، المجلد ٢٢ ، العدد الأول ، عام ٢٠٠٦م ، ص ١٤٣ .

- ويؤكد تلك المسألة المشتركة ، ما ورد في المادة الثالثة بفقرتها الأولى من قانون القتل الرحيم في بلجيكا ، حيث أشارت هذه المادة إلى شخص الطبيب بوصفه المهني الذي سوف يتولى تطبيق وتنفيذ عملية القتل بدوافع الشفقة ، وهو ما يرتب حظر تنفيذ هذا العمل من قبل المساعدين والتابعين للطبيب ، كما يتضمن ذلك أن القتل الرحيم يعتبر إجراء طبي وليس مجرد عمل أجتاعى^(١) يقوم به ذات الطبيب الذي ينهض بالمهام التي يستوجبها عقد العلاج الطبي .

- فضلاً عن ذلك ، فإن المهمة التي يسعى الطبيب لتحقيقها في كل من عقد العلاج وعقد إنهاء الحياة تكاد تكون متشابهة مع الفارق في الأثر ، ففي كلا العقدتين ، يعمل الطبيب على إزالة الآلام الجسدية الناتجة عما يصيب جسد المريض من آفات ، لكن الأثر المترتب على تدخل الطبيب تتباين نتيجته في الحالتين ، حيث يترتب على أعماله المهنية وممارساته في عقد العلاج زوال الآلام بزوال المرض ، بينما يترتب على مهمته في العقد الثاني إزالة الآلام بواسطة إزاحة الحياة ذاتها ، وفي كلتا الحالتين أو في كل من العقدتين ، يستخدم الطبيب وسائل طبية لتحقيق إحدى الغايتين ، إما الحياة مع الصحة ، أو الموت بدافع الرحمة.

- ومن حيث كان هذا التشابه قائماً بين العقدتين ولا يمكن إنكاره ، فإن تكيف الاتفاق على القتل الرحيم يستدعي مقارنة ذات النماذج التعاقدية التي فُورن بينها وبين عقد العلاج الطبي ، وذلك لاستجلاء فرصة إخضاع التكيف القانوني لعملية القتل الرحيم إلى أي من عقود الوكالة ، والعمل ، والمقاوله .

^١) E. DE KEYSER. « Euthanasie . Een medische handeling » in Nieuw Juridisch weekblad, N° 45 (2003) 1067-1073 .

١- عقد إنهاء الحياة و عقد الوكالة :-

- بالنظر إلى وجود بعض التشابه ، بين العقد الطبي وعقد الوكالة ، فقد ذهب فريق من الفقه ، إلى تحديد التكيف القانوني للعقد الطبي بكونه عقد وكالة ، على اعتبار أن المريض وهو يقوم بعلاج الطرف الموكل في عقد العلاج الطبي يوكل الطبيب في القيام بأعمال طبية وعلاجية متفقه عليها بينهما بغية الوصول إلى مرحلة الشفاء^(١) .

- إلا أن قيام هذا الرأي على أساس من التشابه البسيط بين العقدين ، قد جعله معزولاً عن إدراك الخلافات الجوهرية القائمة بينهما ، وهذه الاختلافات سرعان ما تحولت إلى أوجه نقد تجعل من العقدين ، الوكالة والعقد الطبي، نظامان مختلفان تماماً^(٢) ، وهذه الانتقادات السابقة تنتقل بدورها لتصنع حاجزاً بين محاولة التقريب بين أحكام عقد الوكالة وعقد إنهاء الحياة للرحمة ، حيث إن الطبيب المتعاقد على إنهاء حياة المريض ، لا يلتزم تجاهه كالوكيل بالقيام بما وُكل إليه أمام الغير ، كما لا يلتزم الغير في مواجهة الطبيب بشئ ، فالطبيب يعمل بصورة شخصية ومهنية مستقلة يستهدف بها إتمام إزهاق روح المريض الذي يعاني ألا ما لا تُطاق ، يؤكد ذلك ما نص عليه القانون البلجيكي من تقرير حق الطبيب في التراجع والتنحي عن ممارسة فعل القتل الرحيم ، وحقه في العدول عن تشخيص الحالة من مینوس منها إلى حالة يُمكن علاجها ، فضلاً عن ذلك فإن الوكيل يعمل لحساب موكله ، بينما أتعاب الطبيب في عقد القتل الرحيم تدخل في ذمته الخاصة لا في ذمة المريض الملتزم أصلاً بسدادها ، وأخيراً ، فإن كان الوكيل ملزماً بأن يمد الموكل بالمعلومات الضرورية عن الوكالة،

(١) د. طلال عجاج ، المسؤولية المدنية للطبيب ، دراسة مقارنة ، المؤسسة الحديثة للكتاب ، لبنان ، ٢٠٠٤م ، ص ٢٢٥ .

(٢) د. أحمد درويش العقد الطبي تأملات حول المشاكل القانونية التي تثيره بين الطب وزبونه ، سلسلة المعرفة القانونية ، الطبعة الأولى ، الرباط ، ٢٠٠٩م ، ص ٣٢ .

بينما الطبيب المتولي قتل المريض رحمة به لايزوده إلا بالمعلومات والمشاورات المتعلقة بمرضه ويحجب عنه المعلومات التي تخص الغير .

٢- عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة وعقد المقابلة :-

- يضيف بعض الفقه وصف المقابلة على العقد الطبي (١) ، وبذات الحجج التي ترجح عدم خضوع العقد الطبي لفكرة المقابلة ، فإننا نؤكد كذلك بموجبها على عدم تبني فكرة إلحاق تكييف عقد القتل الرحيم بعقود المقابلة ، حيث إن غلبة السمة الاقتصادية والتجارية التي تهيمن على رغبات المقاولين تعطي انعكاساً بعدم قابلية عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة لأن يكون مقابلة لإنهاء الحياة ، إذا الطبيب ليس تاجراً محترفاً بينما يمارس في أصل مهنته عملاً إنسانياً لا يستهدف الربح بالمعنى التجاري ، خلاف لما تقدم ، فإن عقود المقابلة في الغالبية الساحقة منها ، يكون إلزام المقاول فيها بتحقيق نتيجة ، بنما يغلب على بعض التزامات الطبيب في مجال القتل الرحيم فكرة العناية الواجبة .

٣- عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة وعقد العمل :-

- في هذا التصور القانوني ، وضع فريقاً من الفقه الطبيب في دور الأجير الذي يعمل لدى المريض ولحسابه الخاص (٢) ، بينما المطالع لنصوص القوانين المقارنة التي أعمدت فكرة الحق في الموت بكرامة وقننت بموجبها القتل الرحيم ، يتبين أنها منحت الطبيب مساحات واسعة من التصرف بمطلق الحرية في مختلف الجوانب

^١) HMBIALET (Janine) , responsabilite du fait a , autrui en droit medical , these droit paris.p.256.

(٢) د. عبد الرشيد مأمون ، عقد العلاج بين النظرية والتطبيق ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، عام ١٩٨٦ ، ص ٦٠ .

الطبية المتعلقة بهذه المستحدثة ، فالطبيب في مواجهة المريض غير ملزم بقبول إنهاء حياته إلا بعد إجراء تشخيص مستقل لا يخضع فيه الطبيب لأي ضغوط ، كما أن الطبيب يملك أن يتراجع في أي لحظة عن إنهاء حياة المريض للأسباب التي يرتئها ، وما سبق بيانه يكفي كثيراً في حجب علاقة التبعية بين الطبيب والمريض وثبوت عدم قابلية تكييف العقد المبرم بينهما بكونه عقداً للعمل ، حيث لا يملك الطبيب في عقد إنهاء الحياة سلطة الوصايا والأشرفاء على الطواقم الطبية الاستشارية التي تتخذ بكل حرياتهما إزهاق روحه بدافع الشفقة.

- ويتبين من ذلك أن عقد القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة طبية ، هو عقد خاص ذو طبيعة وسمات مستقلة تميزه عن غيره من العقود التي قد تتشابه معه ، ويمكن أستجلاء أركانه وشروطه الخاصة وتحديد الالتزامات التي يُحملها في ذمة طرفيه من خلال فحص القوانين المقارنة التي نظمت علاقات القتل الرحيم وصاغت إجراءاتها وواجبات أطرافها .

- كما يمكن تحديد خصائص عقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة ، بأنه عقد ملزم للجانبين ، ويقوم على عنصر الاعتبار الشخصي ، وأنه عقد مدني يُنشئ التزامات ذات طبيعة مدنية على عاتق طرفيه ، كما أنه أخيراً يُعتبر من عقود المدة ، ويتبين ذلك من وجود استتالة زمنية تتخللها إجراءات تنظيمية وتشاورات واستشارات طبية منذ إبداء الأيجاب التعاقدى من المريض وحتى التنفيذ النهائى لموت الرحمة.

المطلب الثانى

تحديد طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية فى ضوء التشريعات المانعة لعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- يشير هذا المطلب فرعين أساسيين ، الأول منهما يتعلق بطبيعة مسؤولية الطبيب عن القتل الرحيم فى التشريعات التي تحظر الموت الرحيم ، والثاني يتعلق بحالة موت الدماغ التي تثير خصوصية معينة فى نطاق التشريعات التي تمنع إزهاق روح المريض لدواعى طبية بصفة عامة .

الفرع الأول :- طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة فى ضوء التشريعات المانعة لها .

الفرع الثانى:- طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن رفع أجهزة الانتعاش الصناعى فى حالة موت الدماغ فى ضوء التشريعات المانعة لعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

الفرع الأول

طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة فى ضوء التشريعات المانعة لها

- لقد سبق القول إن القتل من الناحية القانونية ، وفى نطاق علم القانون الجنائى، هو إزهاق روح إنسان حي، حتى ولو كان مريضاً مرضاً مستعصياً وميؤوساً من شفائه، طالما لم تحن بعد لحظة وفاته الطبيعية، وأي فعل يقع على مثل هذا الإنسان سواء أكان فعلاً إيجابياً أو امتناعاً عن إعطاء العلاج واقترب بقصد إحداث الوفاة، يكون

كافياً لقيام جريمة القتل العمدي. ولا يغير من هذا الحكم شيئاً أن يكون المريض راضياً بوقوع الفعل عليه ، لأن رضائه لا قيمة له في جريمة القتل ، كما لا يغير من ذلك أن يكون الفاعل مدفوعاً بباعث الشفقة لأنه لا عبرة في القانون بالبواعث من حيث وجود الجريمة ذاتها.

- وفي الحقيقة ، وفي خصوص مسئولية الطبيب عن القتل الرحيم ، فإن هناك قليلاً من التشريعات التي أوردت نصوصاً صريحة تحظر القتل بدافع الشفقة ، بينما الغالبية العظمى منها لا تنتظم نصوصاً تمنع عمليات القتل الرحيم أو تجرمه على وجه الخصوص بينما تكتفي بالنصوص الجزائية الواردة في قانون العقوبات والتي تتضمن تجريماً لمقارفة فعل القتل أياً كانت دوافع ارتكابه ولو كان من بينها دافع الرحمة بالمقتول والشفقة عليه ، بينما هناك اتجاه ثالث من التشريعات التي تتضمن نصوص تخفف من عقوبة القتل إذا تم بدافع الشفقة وإن كانت تجرم هذا الفعل من الأصل.

- ويعتبر التشريع الكويتي من نماذج التشريعات التي حظرت بنص صريح فعل القتل بدافع الشفقة ، حيث يجرم هذا التشريع حالة "أن الإنسان يعتبر أنه قد تسبب في قتل إنسان آخر ولو كان فعله ليس هو السبب المباشر أو السبب الوحيد في الموت في عدة حالات، منها إذا كان المجني عليه مصاباً بمرض أو بأذى من شأنه أن يؤدي إلى الوفاة وعجل الفاعل بفعله موت المجني عليه. (١)

(١) أنظر نص المادة ١٥٧ من قانون الجزاء الكويتي رقم ١٦ لسنة ١٩٦٠م التي قررت بصريح النص تجريم العمل الذي يكون محله منها شخ مصاباً بمرض أو بأذى من شأنه أن يؤدي إلى الوفاة وأن الفاعل عجل الفاعل بفعله موت المجني عليه، وهو ما يؤكد على أن هذا التجريم ينصرف لجميع حالات الموت الرحيم.

- ورغم أن القانون المصري لم يورد نصاً يُجرم فعل القتل بدافع الشفقة مكتفياً بتجريم فعل القتل بصفة عامة في قانون العقوبات، إلا أن المادة (٣٦) من لائحة ممارسة المهن الطبية قد قررت صريح هذا الحظر حين نصت على أنه "يحظر على الطبيب إهدار الحياة بدعوى الشفقة أو الرحمة".^(١)

- ولما كان القتل الرحيم يستند الى باعث الشفقة، فقد نصت بعض التشريعات الجنائية على اعتباره عذراً مخففاً للعقاب، إذا وقع القتل بناءً على إلحاح المريض، على أساس أن القاتل في هذه الحالة ليس مجرمًا عاديًا بل مجرمًا مثاليًا أقدم على اقتراف فعله تحت تأثير عاطفة نبيلة. وهذا ما نصت عليه المادة ٩٦ من قانون العقوبات الاماراتي، فاعتبرت أن دافع الشفقة في القتل عذر قانوني مخفف للعقوبة، وعاقبت المادة ٥٣٨ من قانون العقوبات السوري بالاعتقال من ثلاث إلى عشر سنوات، من قتل إنساناً قصداً بعامل الإشفاق بناءً على إلحاحه بالطلب. ويتبين لنا من خلال هذه التشريعات العربية أن حالة القتل الرحيم أو القتل إشفاقاً هي جريمة من الجرائم الخاصة، لها مميزاتها، ويُعاقب عليها بعقوبة مخفضة أصلاً بموجب النص القانوني الذي يتناوله^(٢).

- أما عن التشريعات الأوروبية فهناك منها التي انتهجت سياسة تخفيف العقوبة الجنائية على فعل القتل الرحيم والإنتحار بمساعدة إذا تم ارتكابه بموافقة المريض^(٣)، أما

(١) أنظر نص هذه المادة من مواد لائحة آداب المهن الطبية الصادرة في مصر بتاريخ ٢٠٠٣/٩/٥م.

(٢) نواف جابر الشمري، المرجع السابق، ص ٧.

(٣) فمنها قوانين كثيرة كالقانون الألماني الصادر عام ١٨٧١م المادة ٢١٦ منه، والمادة ٣٥ من القانون البرتغالي الصادر في ١٨٨٤م، والقانون النرويجي الصادر في ١٩٠٢م المادة ٢٢ منه، والقانون اليوناني الصادر في عام ١٩٥٠م المادة ٣٠٠ منه، وغيرها من التشريعات الأوروبية التي تعتبر القتل بدافع الرحمة عذراً قانونياً مخففاً للعقوبة لا يعامل معاملة القتل العمدي، حيث اشترطت هذه التشريعات لأعمال أثر العذر المخفف قبول المريض الكامل وطلبية المصحب بإرادة حرة وشعور بالرحمة دافعاً للقتل.

عن التشريع الفرنسي ، فإن القتل الرحيم يمثل جريمة جنائية فيه ، لكنه من الناحية المدنية وفي نطاق الممارسات الطبية يعتبر عملاً محظوراً كذلك بمقتضى ما نصت عليه المادتين (٣٧، ٣٨) من قانون الأخلاقيات الطبية الفرنسي الصادر بتاريخ ١٩٩٥/٩/٦ م ، حيث أوجبت هاتان المادتان على الطبيب فى حالة ما إذا واجتهه حالة مرضية مستعصية على الشفاء ، أن يجرى كل الجهود ويستعمل خبراته ومكتسباته فى التخفيف من معاناة المرضى والاهم الجسدية والمعنوية ، وأن ظل على هذه الوتيرة من التخفيف والتلطيف الطبى والأنسانى حتى اللحظات الأخيرة من حياة المريض ، وأن يسعمل تدابير الرعاية المناسبة وضمان الجودة للحفاظ على حياة المريض وكرامته وأن يمتنع عن ممارسة أى فعل يؤدي لنهاية حياة المريض. لذا يرى بعض الفقه فى فرنسا أن أخلال الطبيب بهذه الواجبات يفضى إلى ملاحقته الجنائية عن فعل القتل الرحيم السلبي خلافاً لقيام مسؤوليته المدنية بمجرد إدانته بالجرم الجنائى.(١)

- وفيما يتعلق بطبيعة مسؤولية الطبيب عن عمليات القتل الرحيم ، لدى التشريعات التى تحظر هذا الفعل بنصوص صريحة أو ضمنية أو تلك التى تخفف من العقوبة المقرر له ، فقد سبق القول أن الفقه والقضاء كان قد استقر لفترة طويلة على تبني الطبيعة التصيرية لمسئولية الطبيب ، ارتكازاً على ضرورة مد الحماية الطبيعية للمجتمع بأكمله ، إلا أن هذا التوجه سرعان ما تحول إلى القول بالطبيعة التعاقدية الصرفة لمسئولية الطبيب المدنية ، مقررراً أن العلاقة بين الطبيب والمريض تشكل عقداً حقيقياً ، يخض التزاماً على عاتق الطبيب بتقديم العلاج المتقن المحاط باليقظة

1) -J. F. Hauger : L'Euthanasie en France : Perspectives Legislatives ,
Universite' Robert Schuman , 2001,p.26-27.

والحذر ، والذي يتفق مع المعطيات العلمية المكتسبة ، مرتباً على خرق الالتزام السابق انعقاد مسؤولية الطبيب العقدية ، ولو كان إخلاله غير عمدي.^(١)

- لكن مسؤولية الطبيب عن أعمال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، وفقاً لحكم التشريعات المانعة لهذا العمل الطبي المنهى للحياة ، لا يمكن اعتبارها مسؤولية عقدية تقوم على الأخلال باتفاق مسبق على إنهاء الحياة ، وذلك لكونها تشكل عملاً إجرامياً يعاقب عليه بعقوبة جزائية ، فإذا كان الأصل في مسؤولية الطبيب أنها ذات طبيعة عقدية ، إلا أنه في الحالات التي يُشكل فيها فعل الطبيب عملاً جرمياً يخالف قانون العقوبات ، فإن مسؤليته تكون ولا محالة مسؤولية تقصيرية مصدرها الحظر القانوني الذي يرتب جزاءاً جنائياً ، ومن ثم ينتفى أصلياً عن عمل الطبيب صفة المشروعية والأباحة التي تبرر تدخله الطبي على جسد المريض ، ويتنfy معها بالتبعية فكرة وجود علاقة عقدية بينهما .

لذا فما يمكن تصور إبرامه من اتفاقيات في هذا الشأن بين الطبيب والمريض المينوس من شفائه ، لدى التشريعات المانعة لهذه الممارسات تصريحاً أو تضيماً ، يكون محمولاً على البطلان بسبب تخلف المشروعية عن كل من ركن المحل وركن السبب، وعليه فلا يُعتد بالإيجاب والقبول الصادرين عن الطبيب والمريض ذو العلة المينوس منها بغرض أن ينهى الأول حياة الأخير ، وذلك لأنتفاء المشروعية الجنائية عن هذا العمل الذي يؤدي إلى إزهاق روح أنسان دون وجه من الحقاو سند من القانون، خلافاً لما تنطوى عليه هذه الممارسات من مخالفات لمواثيق مهنة الطب والآداب التي تقوم عليها ، ومن ثم تتم مسانلة الطبيب على أساس المسؤولية

(١) راجع في ذلك ، د. أحمد محمود سعد ، المرجع السابق ، ص ٢٣٢ ، د. أحمد الحيارى ، المرجع السابق ، ص ٢٤ . د. عبد الحميد الشواربي ، المرجع السابق ، ص ٩٩ .

التقصيرية القائمة على الأخلال بالتزام مصدره القانون لمقارفته عملاً جنائياً يعاقب عليه قانون العقوبات ولو كانت العقوبة مخففة لتوافر نية القتل بدافع الشفقة.

الفرع الثانى

طبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن رفع أجهزة الإنعاش الصناعى

فى حالة موت الدماغ فى ضوء التشريعات المانعة لعمليات القتل

الرحيم والانتحار بمساعدة.

- أما عن موت الدماغ ، كأحد الصور التي يمكن أن تندرج تحت مفهوم القتل الرحيم ، وذلك بما تشترك فيه حالة الموت الدماغى مع القتل الرحيم ، من ناحية أن موت جذع المخ عبارة عن حالة مرضية توجب إجراء طبى يُقصد به التحفيف من معاناة المريض فاقد الوعي والخاضع تحت سيطرة أجهزة الإنعاش الصناعى بغرض وضع حداً فاصلاً لاستمرار معاناته مع عدم التيقن من حياته أو مماته ، لذا فقد وضعت التشريعات الأوربية ضوابطاً بشأنه ، يمكن أن يؤسس الطبيب قراره بناءً عليها ، بوقف أجهزة الإنعاش الصناعى للمريض ، وتحديد لحظة وفاته التي شابتها الشكوك، والتي لا يُعرف بطريقة قاطعة عما إذا كان المريض حياً أو ميتاً.^(١)

- وتدور الضوابط التي صاغتها التشريعات الأوربية في شأن إباحة رفع معدات التروية الدموية والتنفسية لدى مريض موت الدماغ ، بضرورة ظهور علامات معينة على المريض ، مثل ثبوت توقف المراكز العصبية ، وانعدام الحركات الإرادية ، مع استرخاء العضلات وانتفاء رد فعل الجسم ، وتوقف التنفس ووظائف الدورة الدموية ،

^١ د.أحمد العمر ، موت الدماغ ، المؤتمر العلمى الأول للعلوم والأدلة الجنائية والطب الشرعى ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض ، ٢٠٠٧ ، ص ١٢ وما بعدها .

مع ضرورة إجراء كل القياسات والفحوص المخبرية والعصبية للتيقن من توقف المراكز العصبية والعضلية ووظائف التنفس والتروية الدموية على النحو السابق ، كما اشترطت هذه التشريعات مدة زمنية معينة يجب أن تتوقف فيها الأجهزة الرئيسية للجسم على نحو يُرجح فيه موت المريض على بقاءه حياً ، مع ضرورة عرض الحالة فاقدة الوعي على لجان وفرق طبية حتى تعتمد الموت الدماغي وتتخذ قرار رفع أجهزة الإنعاش الصناعي.(١)

- وفي التشريعات العربية ، فلم ينص القانون المصري على تحديد معيار واجب لتحديد لحظة الوفاة في حالات الموت الدماغي ، تاركاً قياس ذلك لسلطة الطبيب ووفقاً لتقديره الطبي المطلق وأصول وقواعد الضمير المهني ، أما في الكويت فقد تم إنشاء لجنة طبية خاصة تعني بتحديد حالات المتوفين دماغياً وتملك سلطة تحديد لحظة الوفاة مع رفع أجهزة الإنعاش الصناعي عنهم وفق إجراءات وضوابط معينة.(٢)

وفيما يتعلق بطبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن رفع أجهزه الإنعاش الصناعي عن المريض فاقد الوعي ، فإننا نرى أنها مسؤولية عقدية وليست مسؤولية تقصيرية ، ويرجع ذلك لأن القانون المصري كغيره من الغالبية العظمى للقوانين الأخرى ، لم يُجرم بنصوص صريحة فعل الطبيب الذي يقوم برفع أجهزة الأنعاش الصناعي للدورة الدموية والتنفسية في حالات موت جذع المخ ، كما أن رفع هذه الأجهزة لا يشكل جريمة جنائية وفقاً للمفهوم الجزائي لجريمة القتل وذلك لوجود استحالة نسبية لوقوع فعل القتل على شخص غير متيقن من حياته أو مماته بل على النقيض من ذلك فإن المريض بهلاك جذع المخ يُرجح فيه الممات على الحياة ويظل فاقداً للوعي مدة كبيرة،

(١) د. محمد الهوارى ، المرجع السابق ، ص ١٢ ، ١٣ .

(٢) وقد أنشأت هذه اللجنة موجب الفقرة (أ) من المادة (٥) من القانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٨٧ م .

ومن ثم يصبح عمل الطبيب بمعزل عن مخالفة المشروعية الجنائية التي قد تجعل من مسؤولية الطبيب تقوم وفق المفهوم التقصيري القائم على الأخلال بالتزام مصدره القانون.

ويحمل رأينا للقبول ، من وقوع مسؤولية الطبيب في نطاق الأساس التعاقدى إذا ما قام برفع أجهزة إنعاش الجسم الواقع تحت تأثير الغيبوبة ، ما صدر بشأن هذه الممارسة من فتاوى تبيح تطبيقها بضوابط حاكمة ، وقد ناقش المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث هذا الموضوع ضمن أعمال دورته الحادية عشرة التي عقدت في العاصمة السويدية استوكهولم في الفترة من ١ - ٧ /يوليو/ ٢٠٠٣. (١) وأنتهى بشأنها إلى القول بمشروعيتها إذ ما رُوِعت الضوابط التي تضمن سلامة التطبيقات العملية لها من النزعات غير المشروعة ، وهذا بدوره مما يجعل من مسؤولية الطبيب غير قائمة على الأساس القانونى غير التعاقدى.

ومن ناحية أخرى ، فإن قيام الطبيب برفع أجهزة الإنعاش الصناعى عن المريض فاقد الوعى ، يعتبر - فى غالب الأحيان - عملاً مكماً لدور الطبيب المعالج الذى يهيم فى الغالب على اتخاذ هذا القرار الخطير بعدما يفشل فى علاج المريض وفى أنيقله من الغيبوبة الدائمة إلى حالة يقظة يتمتع فيها بالشفاء والحياة ، ولذلك فإننا نؤكد ما سبق من أن رفع أجهزة التنفس الصناعى وأجهزة التروية الدموية عن المريض فاقد الوعى كلياً ما هو إلا إجراء طبى يمثل مرحلة أخيرة من مراحل الاستشفاء يقوم به الطبيب المعالج للمريض سياق التزاماته الناتجة عن عقد العلاج

(١) حيث جاءت مواقفها من هذا الفعل كالتالى-: وبالنسبة لتفسير الموت بإيقاف أجهزة الإنعاش الصناعى عن المريض الذى يعتبر فى نظر الطبيب «ميتاً» أو «فى حكم الميت» وذلك لتلف جذع الدماغ أو المخ الذى به يحيا الإنسان ويحس ويشعر وإذا كان عمل الطبيب بمجرد إيقاف أجهزة العلاج فلا يخرج عن كونه تركاً للتداوى فهو أمر مشروع ولا حرج فيه. والله أعلم".

الطبي ، ومن ثم يأخذ الفرع حكم الأصل ، وتصيح مسؤولية الطبيب عن رفع هذه الأجهزة وتحديد لحظة الوفاة بموت جذع المخ ذات طبيعة عقدية لأن ذلك لا يعدو وأن يكون إجراءً مكماً لعقد العلاج الطبي ومن ثم يأخذ بعداً قانونياً مماثلاً له من حيث حكم الطبيعة القانونية لمسئولية الطبيب الناشئة عن عقد العلاج.

المبحث الثانى

طبيعة التزام الطبيب تجاه المريض الخاضع لعملية القتل

الرحيم والانتحار بمساعدة

يتقسم هذا المبحث إلى مطلبين ، في الأول منهما نتناول الحالات التي يلزم فيها الطبيب ببذل عناية ، على أن نستعرض حالات الالتزام بتحقيق نتيجة محددة في المطلب الثاني منه ، وذلك على التوالي

المطلب الأول

حالات التزام الطبيب ببذل عناية في مجال عمليات

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- يُسأل الطبيب عن كل تقصير يصدر عنه في مسلكة الطبي لا يكون متفقاً مع سلوك طبيب ذو جهود صادقة يقظة في ذات مستواه المهني ومحاط بنفس الظروف الخارجية التي أحيط بها الطبيب المسنول (١)، وهو ما يسمى ببذل العناية الواجبة التي يُقاس بموجبها إخلال الطبيب بالتزاماته .
- وتتحدد العناية الواجبة التي تُعتبر معيار استخلاص الإخلال الذى يقع من الطبيب بالجهود والقواعد المهنية ، بواسطة قياسها بكافة الظروف الخارجية التي يعمل

(١) د. محمد حسين منصور ، المسؤولية الطبية للطبيب الجراح وطبيب الأسنان الطبعة الأولى ، دار الجامعة الجديدة ، (بدون تاريخ) ، ص ١٣٦ .

الطبيب فيها ، مثل المكان والزمان وطبيعة الإجراءات والتجهيزات ، ونوع المرض وحالة المريض ودرجة الاستعجال وغيرها من الظروف^(١).

- ولقد تواترت الاتجاهات القضائية على التفريق بين نوعي الالتزام ببذل عناية وتحقيق نتيجة ، حيث قرر القضاء أن الطبيب لا يمكن إلزامه بتحقيق نتيجة الشفاء للمريض المرتبط معه بعقد طبي ، لأن مفهوم التزامه ينصرف إلى بذل جهود يقظة وصادقة وليس إلى تحقيق نتيجة محددة ، ولقد تبنى القضاء المصري تقرير المبدأ السابق اقتداءً بما قرره القضاء الفرنسي في وقت سابق في هذا الشأن ، حيث سعى هذا القضاء ومنذ عام ١٩٣٦ إلى صياغة التزام الطبيب كأصل في نطاق العناية الواجبة وإعفائه من المسؤولية عن النتائج المحددة التي يرغبها المريض من الشفاء الدائم أو المضمون .

وتجدر الملاحظة أنه عندما يكون التزام الطبيب ببذل عناية ويقدم المريض الأدلة على إهماله في بذل هذه العناية أو أنه خالف القواعد الفنية المستقرة فإن محكمة الموضوع تكون مستقلة في تقدير هذه الحالة، ولا رقابة عليها من محكمة التمييز، ولكن عند تحديد المحكمة الوصف القانوني لسلوك هذا الطبيب واعتباره أنه ارتكب خطأ طبي بسبب انحرافه عن سلوك أمثاله في الوسط المهني، وبنفس مستواه وظروفه المحيطة، فإن هذا الأمر يتعلق بالتكييف القانوني للفعل ويخضع لرقابة محكمة التمييز^(٢).

(١) د. إبراهيم سيد أحمد ، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي فقهاً وقضاء ، دار الكتب القانونية ، المحلة الكبرى ، قصر ؟ ، عام ٢٠٠٧م ص ٥٣ ، طعن بالنقض مدني ، رقم ١١١ لسنة ٣٥ ق ، جلسة ١٩٦٩/٦/٢٦ س ٢٠ ، ص ١٠٧٥ .

(٢) د. محسن عبد الحميد البية ، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب ، مرجع سابق ، ص ١٦٨ .

- وبتطبيق القواعد القانونية المستقرة لدى الفقه والقضاء في خصوص طبيعة التزام الطبيب في مواجهة المريض ، وإنزالها في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، يتبين أن التزام الطبيب ببذل عناية يقظة مُبصرة ينصرف إلى نوعين من المهام الطبية ، يمكن تناولها في الفرعين الآتيين :-

الفرع الأول :- إلتزام الطبيب بتشخيص المرض المينوس منه إلتزاماً ببذل عناية فائقة وليس إلتزاماً بتحقيق نتيجة محددة.

الفرع الثاني :- إلتزام الطبيب بإزهاق روح المريض المينوس منه إلتزاماً ببذل عناية وليس بتحقيق نتيجة.

الفرع الأول

إلتزام الطبيب بتشخيص المرض المينوس منه إلتزاماً ببذل

عناية فائقة وليس إلتزاماً بتحقيق نتيجة محددة

- تُعتبر مرحلة تشخيص المرض من أهم الإجراءات الطبية التي يقوم فيها الطبيب ، وفي هذه المرحلة يُعمل الطبيب فيها خلاصة مهاراته ومكتسباته العلمية في كشف العوار الذي أصاب جسد المريض ، لذا يجب على الطبيب في هذه المرحلة الجوهرية أن يبذل أقصى درجات العناية الواجبة ، من حيث الاهتمام بإنزال جميع مكتسباته الطبية وخبراته على حالة المريض وفحصه فحصاً دقيقاً متأنياً بواسطة أحدث الوسائل والأجهزة الطبية المتاحة في جميع مجالات العلوم الطبية ، وأن يستمع لشكوى المريض وأعراض الحالة بمنتهى الدقة والشمول^(١) .

(١) د. بهاء شكري ، التأمين من المسؤولية في النظرية والتطبيق ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، عام ٢٠١٠م ، ص ٣٤١ .

- ويقع عبء إثبات الخطأ الطبي في الالتزام ببذل عناية على المريض، الذي يجب أن يثبت التزام الطبيب بعلاجه، وأن الأخير لم يلتزم ببذل عناية المطلوبة منه أثناء العلاج، ويكون إثبات ذلك بأن الطبيب قد أهمل وانحرف عن أصول مهنة الطب، وأيضاً يقع على عاتق المريض إثبات وقوع الضرر عليه، ويمكن ذلك من خلال مقارنة سلوك الطبيب المدعى عليه بسلوك طبيب آخر مماثل له من نفس المستوى المهني مع الأخذ بعين الاعتبار الظروف الخارجية المحيطة بالطبيب وقت العلاج، وكل ذلك ما لم يدحض الطبيب ما تم الإدعاء به عليه بتدخل السبب الأجنبي الذي بسببه تنعدم علاقة السببية بين الخطأ والضرر.^(١)

- وإذا كان من المسلم به أن الخطأ في التشخيص يمثل إخلالاً بواجبات الطبيب الأساسية يجب لتداركه بذل العناية الواجبة، إلا أن ذلك رغم مقبوليته واستقراره لدى الفقه والقضاء في مجال عقد العلاج الطبي، فإن ممارسات القتل الرحيم والإنتحار بمساعدة لا تقبل في نطاق التزام الطبيب بالتشخيص عناية يقظة تقليدية كالتالي يمكن قياس مسلك الطبيب بها في عقد الاستشفاء العادي، إذ التشخيص هنا يستهدف إنهاء الحياة لا المحافظة عليها بالعلاج، لذلك يجب على الطبيب قبيل الوصول إلى القول بأن حالة المريض ميئوساً منها وأنها تستحق إنهاء حياة صاحبها دون تأويلات تشكك في هذه الحقيقة القاطعة، أن يبذل عناية من نوع خاص، يُطلق فيها العنان لجميع ملكاته وخبراته ومكتسباته الطبية لاكتشاف حالة المريض وفحص جوانبها من الناحية الجسدية والنفسية على السواء، وأن يطبق على المريض كل الفحوص المخبرية والبيولوجية الحديثة والأجهزة المتطورة التي تساعد على استجلاء حالته المينوس من شفافها وتحديدها بدقة متناهية، وأن يطلب

(١) د. محسن عبد الحميد البية، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب، مرجع سابق، ص ١٦٣ وما بعدها.

الاستعانة بجميع التخصصات الطبية التي يرى أنها تساهم معه في استخلاص حقيقة أن المرض يستعصى على العلاج ، وأن يتروى في المدة التي يرتنيها كافية لاستنفاد جميع الفحوصات والاستشارات اللازمة لتهيئة الحالة المرضية ، وألا يتعجل في إطلاق وصف المريض الميئوس من علاجه ، وأن يُعمل الأبعاد الأنسانية لديه ويحقق فيها مقتضيات ضميره المهني بصورة أكثر عمقاً وأن يغلق في سبيل ذلك كل آمال الوصول إلى درجة الشفاء لو بدرجة يسيرة.

- وما يبرهن على تحديد طبيعة التزام الطبيب ببذل العناية الواجبة ، ما جاء بفصيح العبارة الواردة بصدر المادة الثالثة من القانون البلجيكي الصادر في ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م ، فهذا النص يقضى بأن الطبيب لأيعتبر مرتكباً لجريمة إذا مارس عمل القتل الرحيم وكان على قناعة بأن المريض في حالة ميئوس منها ، ويلزمن التنويه هنا بأن لفظة "قناعة" ينبغي أن تمنح الطبيب سلطة تقديرية لقياس طبيعة ودرجة خطورة المرض الذى أصاب الشخص واما إذا كان موصوماً بالمرض الميئوس منه أو بالذى لا يرجى شفائه ، وهو ما يدفع للقول بأن التزام الطبيب لا يكون محله تحقيق نتيجة في مجال تشخيص المرض العضال ، لكن عناية الطبيب في سياق التزامه باستكشاف نوع الآفة التى تعترى جسم المريض وتشخيص طبيعتها ودرجتها ينبغي وفقاً لصريح النص المذكور أن تكون عناية كبيرة وفائقة في سبيل تشخيص هذا المرض تشخيصاً دقيقاً يستنى به وصف المرض بالخطر غير المرجو شفائه ، وإذا كان النص السابقاً يلزم الطبيب بتحقيق نتيجة التشخيص السليم النهائى فإنه يكون غير مسنول عن الخطأ في تحصيل هذه النتيجة ، ويُستفاد ذلك كما ذكرنا من استعمال المشرع البلجيكي لألفاظ وعبارات تدل على وجود مساحة من التقدير والعطاء الشخصى للطبيب ، وهو ما يُوحى بوجوب بذل العناية الدقيقة

الماهرة لتحقيق هذه القناعة الطبية التي اشترطها نص المادة الثالثة من القانون المذكور.^(١)

- ولا يفوتنا الإشارة إلى أن نص المادة الثالثة من القانون البلجيكي لا يؤدي بمفرده إلى استخلاص طبيعة الطبيب على النحو السابق ، لكنيضاف إلى ذلك السمة الغالبة لجميع الضوابط التي صاغها القانون البلجيكي لإتمام عملية القتل الرحيم ، فهي في مجموعها تؤدي إلى استلزام عناية مشددة من الطبيب في نطاق استكشافه لتشخيص الحالة ، حيث استعمل المشرع البلجيكي في جميع مواد الفصل الثاني من هذا القانون ، نصوصاً وعبارات ، تدفع إلى ضرورة اشتراط توافر عناية خاصة من الطبيب القائم على تشخيص الحالة بكونها لا تقبل المداواة ، وذلك مثل ما أطلقه القانون على الحالة الطالبة لإنهاء الحياة بأنها حالة مينوس منها ، وهذا الوصف يتسم بالمبالغة المقصودة لاستلزام عناية فائقة في مجال التشخيص ، فضلاً عن ذلك فإن اشتراط المشرع وجود تقارير طبية دقيقة ومكتوبة يثبت بموجبها أن هناك معاناة جسدية أو عقلية ونفسية لا تطاق ، كم يؤكد على موقفنا من إلزام الطبيب ببذل عناية فائقة في استخلاص طبيعة المرض الذي يشكل الركيزة العلمية والقانونية لأسباب وصف الخطورة والعصيان على الشفاء ، وأخيراً ومما يبرهن

(١) حيث ينص صدر المادة الثالثة على اشتراط قناعة الطبيب بضوابط إجراء العمل الطبي المتمثل في القتل الرحيم ، وتقرر هذه المادة في عجزها تحديد طبيعة وخصائص المرض الذي يبرر التدخل الطبي لإنهاء الحياة ، وذلك على النحو الآتي :-

Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance

physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

على طلب عناية شديدة الدقة والأتقان فى تشخيص حالة اليأس من الشفاء سياسة
المشرع البلجيكى فى إلزام الطبيب بالتروى مدة زمنية مناسبة بين تشخيص الحالة
بكونها مینوس منها وبين تنفيذ عملية القتل حتى يتم الاستيثاق من كونها حالة لا
تقبل المداواة ولا تتحسن مع العلاج ولا تفلح فيها الوسائل الحديثة بمرور الزمان.

- ورغم أن بعض من الفقه يرى أن تشخيص المرض بالخطير والميؤوس منه
واستحالة تحمل المريض له هى عناصر تخضع لتقدير الطبيب^(١) بما قد يفهم منه
أن العناية المطلوبة هنا تتشابه مع عناية الطبيب المتطلبة فى مجال عقد العلاج
التقليدى ، إلا أننا لا نتفق مع هذا الرأى ، وذلك لما ورد بنصوص القانون البلجيكى
من اشتراطات قانونية أقرنت بضوابط تحكم الممارسات الطبية لمستحدثة القتل
الرحيم وتقطع بحقيقة استلزام عناية مشددة فائقة تصدر عن طبيب متخصص يقظ
ومتبصر إلى أقصى مدى مقصود ، ويدعم رأينا قيام الخطورة التى لا يستطيع تدارك
نتائجها إذا ما شاب التشخيص عواراً يفضى إلى إنهاء حياة المريض دون وجه حق ،
وهكذا نخلص إلى ضرورة أن تتسم العناية فى التشخيص الذى يبذله الطبيب فى
مجال القتل الرحيم بموجبات ومميزات خاصة وشديدة وأن يبذل الطبيب لقياس
عناية المتطلبة قدرات عالية وماهرة وجهود مضية كبيرة تتوازى مع أهمية
وخطور النتيجة التى ينتهى الطبيب بشأنها ، لأنه فى نهاية المصاف الذى يعرب فيه
عن تشخيص الحالة بصورة نهائية إما أن يترك الحالة فى معاناة لا يطيقها
الشخص بسبب مرض عضال خبيث ، وإما أن يتخذ القرار بعد تشخيص المرض
بكونه مینوس منه فيقدم على إزهاق روح صاحبة ، وهاتان النتيجتان القاسيتان

1)-J. MASSION, LES LOIS BELGE ET NEERLANDAISE SUR
L'EUTHANASIE,

-www.comite-ethique-ucl-saintluc.be/.../lois/LES%20LOI...

تستلزمان ولا شك عناية فائقة في التشخيص تتمتع بسمات خاصة تميزها عن العناية اليقظة المتبع تطبيقها وقياس مسئولية الطبيب بموجبها في عقد العلاج الطبي.^(١)

الفرع الثاني

إلتزام الطبيب بإزهاق روح المريض المئوس منه إلتزاماً ببذل

عناية وليس بتحقيق نتيجة.

إذا كان المستقر لدى الفقه والقضاء أن التزم الطبيب في عقد العلاج يقاس بقدر العناية الواجبة المبذولة منه في سبيل تحقيق الشفاء ومقتضيات العلاج^(٢) ، لذا وتطبيقاً لذلك ، فإن التزم الطبيب بإزهاق روح المريض ليس إلتزاماً بتحقيق نتيجة الوفاة ، لأن ذلك يتناقض مع اعتبار الروح ملك خالقها ، وهي مسألة غيبية لا يهيمن عليها الطبيب مهما أوتى من القدرات أو أتقن من المهارات ، لذلك لا نقبل في هذا

(١) تكشف الدراسات التي أجريت بشأن تقييم تجربة قانون القتل الرحيم في بلجيكا ، أن هناك فجوة واسعة بين ضوابط القانون والممارسات الطبية في الواقع مما دفع بعض الدراسات إلى التوصية بضرورة إدخال جوهرية للتشريع القائم لضبط ممارسات القتل الرحيم الواقعية ، حيث أثبت التطبيق أن هناك حالات للقتل الرحيم ، لا يتم بصدها تقديم المشورة القانونية ، مثل حالة القتل الرحيم للمريض فاقد الوعي ، فضلاً عن أن الغالبية العظمى للمشورة الطبية الثانية التي يشترط القانون البلجيكي على الطبيب الأول استيفائها ، لا يتم تقديمها إليه إلا من خلال الهاتف ودون مراعاة حالة المريض وظروفه الشخصية وملابسات طلب القتل الرحيم المقدم منه ، كما يعاب على التطبيقات الطبية ، أن غالبية المقتولين بدافع الشفقة ، يتم إنهاء حياتهم من خلال أشخاص من غير الأطباء كالممرضين والمساعدين للطبيب ، وأخيراً فإن من مشكلات التطبيق عدم التخلص من النفايات المتبقية للعقار المستخدم في القتل الرحيم ، مما يدفع بعض الأطباء والمساعدين لإمداد مرضى آخرين به بغرض إنهاء حياتهم خارج إطار النظام القانوني للقتل الرحيم في بلجيكا ، وهي ذات المشكلة التي تواجه ضرورة فرض قيود صارمة على الصيدالة في نطاق واجب الإشراف على تسليم المواد القاتلة مع إلزامهم بأن يحتفظوا بتسجيلات المبيعات والعوائد والمنتجات غير المستخدمة بعد القتل الرحيم.

(٢) أنظر في ذلك ، محمد حسين منصور ، المسئولية الطبية ، المرجع السابق ، ص ١٩٩ .

السياق إلزام الطبيب بإزهاق روح المريض الذي يأس من علاجه وإلا كان مسئولاً عن ثبوت عجزه عن إنهاء الحياة ، لأن دور الطبيب يقتصر على محاولة إزهاق الحياة وليس الالتزام بإنهائها على نحو تام لأن ذلك يُعتبر من حيث طبيعة الالتزام أنه تكليف بالمستحيل .

فضلاً عن ذلك فإن القول بوصف التزام الطبيب بكونه التزاماً بتحقيق نتيجة الموت ، قد يدفع الطبيب لإنهاء حياة المريض المينوس منه بوسائل عنيفة أو يحقنه بجرعات زائدة من المخدرات أو من المواد القاتلة التي لا يُسمح بتعاطيها كالسوموم ، ولا شك فإن استعمال هذه الوسائل غير الآدمية مع مريض يعاني أصلاً من آلام جسدية ونفسية لا تطاق يمثل مساساً بحق المريض في الموت بكرامة^(١) لأنه لا يستقيم أن يهدف الطبيب من فعل القتل إلى إنهاء الآلام المرضية والمعاناة النفسية ، ثم يستعمل وسائل عنيفة ومؤلمة لإزالة معاناة المريض من مرضه العضال ، وبعبارة أكثر دقة ، لا يجوز أن يستخدم الطبيب طرقات شاقة ومؤلمة لإزالة معاناة أكثر مشقة وإيلاماً للمريض لأن العذاب لا يزال بعذاب مثله ، وهكذا نخلص إلى أن طبيعة التزام الطبيب هنا تنصرف إلى بذل عناية فائقة في إحداث الموت ويكون من غير المناسب إلزمه بتحقيق نتيجة محددة في هذا النطاق حتى لا يجد نفسه مدفوعاً لتحقيق هذه النتيجة بوسائل مؤلمة ينتقل بها المريض من طور آلام المرض إلى آلام الخلاص من المرض بالموت ، خاصة وأن هذه الطرق العنيفة المؤلمة قد تبعث مزيداً من القنوت واليأس لدى المريض إذا لم تؤدى لوفاته أو تفشل في إحداث الوفاة فتؤدى لاستفحال حالته المرضية وتطورها إلى حالة أكثر خطورة.

(١) أنظر بالتفصيل في شأن المنازعات الفقهية بين مفهوم الكرامة الإنسانية والحق في الموت الرحيم:-
J. F. Hauger : L'Euthanasie en France ,op.cit,p29.

المطلب الثانى

حالات التزام الطبيب بتحقيق نتيجته محددة في مجال القتل

الرحيم والأنتحار بمساعدة

- ينبغي أن نقسم هذا المطلب إلى فرعين أساسيين هما :-

الفرع الأول :- التزام الطبيب باتباع الإجراءات التنظيمية والتعليمات الطبية هو التزام بتحقيق نتيجة محددة.

الفرع الثانى :- التزام الطبيب باستعمال وسيلة طبية غير مؤلمة وفعالة لإزهاق روح المريض المينوس من شفائه التزاماً بتحقيق نتيجة محددة.

الفرع الأول

التزام الطبيب باتباع الإجراءات التنظيمية والتعليمات الطبية

هو التزام بتحقيق نتيجة محددة

- يتسم التشريع البلجيكي الصادر بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م ، بصياغة قواعد تنظيمية آمرة تحكم عمليات القتل الرحيم من بداية مرحلة تقدم المريض طواعية بطلب إزهاق حياته ، ومروراً بإعمال القواعد العلمية لتشخيص مرضه تشخيصاً دقيقاً لا يحتمل التأويل الطبى ، وإنهاءً بإزهاق حياته بوسائل طبية تزيح عنه معاناته مع المرض العضال ، وقد ألقى القانون البلجيكى عبء الالتزام بهذه الإجراءات الإلزامية على عاتق الطبيب الذى تقوم مسؤوليته عن تعويض الضرر فى مواجهة المريض مباشرة أو تجاه الورثة إذا ما كان مقصراً فى القيام بإحدى هذه الإجراءات التنظيمية ذات الطابع الموضوعى المشدد.

- ولا شك فإن ما قننه المشرع البلجيكي من إجراءات تنظيمية بالغة في الدقة وتتسم بكونها إلزامية لا يملك الطبيب حرية تجاه العمل بها ، إنما يتسق مع ما أثير حيال تشريع إباحة ممارسات القتل الرحيم من محاذير ومخاوف استخدامها لتحقيق أهداف غير مشروعة من قبل الطبيب أو الغير ، ولذلك يُكتب للمشرع البلجيكي الفضل في وضع إطار تنظيمي مُحكم وقادر على تحقيق ما يرمى إليه من الحد من الممارسات السرية غير المشروعة للقتل الرحيم مع تطويع التطبيقات القانونية منه في إطار تنظيمي يضمن مشروعيتها وسلامة الحالات العملية منها.

- وما ينبغي التأكيد عليه في هذا المقام ، أن هذه الإجراءات التنظيمية التي يضع القانون البلجيكي مسؤولية مراعاة تطبيقها على عاتق الطبيب الاستشاري ، ليست مجرد إجراءات ذات طبيعة شكلية محضة ، بينما هي مستلزمة لذاتها بغرض تحقيق ضمانات موضوعية لحماية الحق في الموت بكرامة من الممارسات التي قد تخرجه عن العلة من تشريعه ، وذلك لما تمثله من ضمان جديّة تنفيذ هذه العمليات في ظلّ من المشروعية والرقابة القانونية الدقيقة ، بحيث يضع الطبيب نفسه في موضع الشبهة وتقوم مسؤولية المدنية إذا ما أغفل أحد متطلبات هذه الإجراءات الرقابية التي تؤمن إزهاق روح المريض لدواعي الشفقة مع ما ينطوي عليه هذا الأمر من خطورة بالغة على الحياة .

- ومن هذا المنطلق ، نستطيع أن نوكد أن التزامات الطبيب المتعلقة بالإجراءات التنظيمية الألامية التي تشكل مراحل متوالية لتنفيذ الأعمال الطبية الخاصة بممارسات القتل الرحيم ، هي التزامات ذات طبيعة تستوجب تحقيق نتيجة محددة عدا المتعلق منها بالأعمال الطبية المتخصصة كالتشخيص ، وكذلك المتعلق منها بالالتزامات الخلفية والقانونية كالتزام بالتبصير والحصول على الرضا الحر المستنير .

- لذلك يُسأل الطبيب بمجرد أن يثبت عليه بالدليل أنه لم يحقق مقتضى الأجراء المتطلب قبيل إتمام عملية إزهاق الروح للشفقة ، وذلك مثل إخلاله بواجب عرض الحالة المينوس من شفائها على طبيب استشاري ثاني ، وتقصيره بواجب القيام بتسجيل جميع الإجراءات والتقارير والمشاورات في السجل الخاص بالمريض ، وإخلاله بتحويل ملف المريض برمته للعرض على اللجنة الاتحادية للرصد والتقييم ، فجميع هذه الالتزامات تُلقى على عاتق الطبيب مهمة القيام بإجراء معين يُشكل نتيجة محددة يجب عليه تحقيقها بذاتها لضمان رقابة عمليات القتل الرحيم بإجراءات تنظيمية مشددة وإقامت مسؤولية تجاه المضرور بمجرد قيام الطبيب بإهمال أو عدم تنفيذ أحد هذه الإجراءات ، كما تقوم مسؤوليته إذا قام بتنفيذها تنفيذاً معيباً لم يحقق ذات النتيجة المحددة أو الموصوفة بالقانون.

الفرع الثاني

التزام الطبيب باستعمال وسيلة طبية غير مؤلمة وفعالة لإزهاق روح المريض المينوس من شفائه التزاماً بتحقيق نتيجة محددة

- تركز العلة التي من أجلها تم تقنين البلجيكي لعمليات القتل الرحيم ، على الرغبة في تخفيف آلام الأمراض المينوس منها بإزالة الحياة ذاتها ، ولذلك فإن استعمال الطبيب وسيلة مُوجعة للمريض ، يتناقض مع هذه العلة التشريعية ، لذا يتعين على الطبيب أن يدرك أنه لا يجوز إزالة الآلام بوسيلة تسبب الآلام مضاعفة ، خاصة إذا ما استطالت عملية إنهاء الحياة لمدة زمنية طويلة ، لذلك يجب أن تهتمين مشاعر الرحمة تجاه المريض المينوس من مرضة عند لحظة تنفيذ هذا العمل المخالف أصلاً للطبيعة وللفطرة الإنسانية المجبولة على الرغبة في الحياة بصحة جيدة (١) ، لذلك

(١) أنظر بالتفصيل في شرح أعتبارات الرحمة والكرامة ودورها في تشريع ممارسات القتل الرحيم:-

- Christian Byk : Euthanasie et dignite' :entre compassion et droit , Centro Universitario Sao Camilo, 2010, 4 (2): 164-170.

يجب أن ينصب إلتزام الطبيب على أن ينتقى الوسيلة الطبية التي يتوافر فيها صفة التعجيل بوفاة المريض ، فضلاً عن ثبوت تخلف الآلام الناتجة عن استعمالها، وعلى الرغم أن الطبيب مسنول عن بذل العناية الواجبة في نطاق التزامه بإزهاق روح المريض ، إلا أنه ينبغي عليه عند اختياره للوسيلة القاتلة أن تكون ذات طبيعة مريحة وسريعة وغير مؤلمة لحظة إزهاق الروح ، وهذا الواجب المهني الذي يتعلق بالأبعاد الأنسانية للطبيب يقع في نطاق الإلتزامات المحددة بنتيجة يجب عليه تحقيقها وإلا قامت مسنوليتة تجاه المريض مباشرة في حالة ما إذا ذاق الآلاماً مبرحة من وسيلة عنيفة لم تؤدي لوفاته أو تجاه الورثة الذين قد يتضررون نفسياً من الآلام المبرحة التي استشعرها المريض نفسياً وجسدياً قبيل قتله قتلاً رحيماً من جراء استخدام وسيلة طبية عنيفة أو مهينة لتحقيق ذلك.

- ويتفق الحق المقرر المريض الميئوس منه في الموت بوسيلة غير مؤلمة بموجب تشريعات الموت الرحيم ، مع الحق المقرر له من ضرورة إخضاعه لقوانين وأنظمة الرعاية الطبية المخففة للآلام لدى التشريعات التي نظمتها بوصفها بديلاً لتقنين القتل الرحيم . وغاية الفرق بين التشريعات التي تبيح القتل بدافع الرحمة ونظيرتها التي توّطر مفهوم الرعاية المخففة كبديل لأزهاق الروح ، أن الطبيب في النوع الأول من القوانين يلتزم بتحقيق نتيجة محددة وهي استعمال وسائل غير مؤلمة في تنفيذ عملية القتل الرحيم ، لكنه وعلى نقيض ذلك ملتزم ببذل عناية في نطاق قوانين الرعاية المخففة من آلام المرضى .

ولاتفوتنا الإشارة إلى القانون الفرنسي الصادر في ٤ مارس ٢٠٠٢ كان قد تبنى مفهوم الرعاية المُلطفة أو المُخففة للآلام الأمراض المستفحلة ، حيث إدراج مادتين في قانون الصحة العامة ، وهما المادة 9- L1110 ، التي تقرر حقاً أساسياً لجميع المرضى في الحصول على الرعاية المُلطفة أو المخففة ، والمادة 10- L1110 ، التي تضع ضوابط حق الرعاية التلطيفية التي يجب أن تكون رعاية نشطة ومستمرة

ويقوم بها فريق متعدد التخصصات سواء في المؤسسات أو في النطاق المنزلي ، وهذه الرعاية المطبقة بالقانون الفرنسي، يخضع فيها المريض الذي لا يطيق مرضه الخطير من شدة الآلام إلى ما يسمى ببرنامج الرعاية التلطيفية ، التي يلتزم فيها الطبيب بإجراء رعاية متطورة نشطة في نهج شامل بغرض التخفيف عن شخص يعاني من مرض خطير ، وتهدف هذه الرعاية إلى تخفيف الأعراض الجسدية و الآلام الأخرى، و تأخذ في الاعتبار المعاناة النفسية والاجتماعية والروحية للمرض ، و أنها تسعى إلى الحفاظ على أفضل نوعية ممكنة من الحياة حتى وفاته.

ويلاحظ أن السبب في رفض المشرع الفرنسي لسن قانون خاص ينظم مستحدثة القتل الرحيم مع الاكتفاء بتبني فكرة الرعاية المخففة للمرضى ، يرجه لأنه وفي ظلال ما رصدته اللجان الطبية المختلفة في فرنسا ، فإن المريض الميوس من شفائه ، ربما يكون محصوراً في معاناة الاختيار بين الآلام البدنية والنفسية الشديدة وبين طلب القتل الرحيم ، لذلك يقترح المختصين ، أن الأفضل للمريض هو إتباع خيار ثالث ، وهو إعفائه من آلامه بطريق خطط طبية تستحدث طرقاً متطورة لرفع آلام المريض البدنية والنفسية الشديدة وبين طلب القتل الرحيم ، لذلك يقترح المختصين أن الأفضل لمريض تستحدث طرقاً متطورة لرفع آلام المريض البدنية والنفسية الشديدة ، حتى يستطاع تجنبه طريق القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة تحت دوافع الشفقة ، وهذا الخيار الثالث هو ما أشيع في فرنسا من خلال خطط رفع الآلام والرعاية الطبية المختصة منها .^(١)

1) FACE A UNE DEMANDE D'EUTHANASIE Groupe de Travail sur l'Euthanasie Pôle Ethique et Recherche Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs Octobre 2004 .p.21.

وغنى عن البيان أن سمة التزام الطبيب في مجال الرعاية المخففة عن المرضى تتمثل في بذل العناية الواجبة لتخفيف آلام المرض بكل الوسائل والتقنيات المتطورة ، بينما يدور التزام الطبيب في ممارسات القتل الرحيم في محور يلزمه بتحقيق نتيجة محددة وهي استعمال وسيلة لا تسبب آلاماً شاقة بغرض تسبب الوفاة.

الفصل الثالث

خطأ الطبيب الموجب لمسئولية المدنية للطبيب عن عمليات

القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية

- قد يكون من المناسب حتى نتولى دراسة مشكلات الخطأ الطبى فى مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، أن نقسم هذا الفصل إلى مبحثين اثنين ، ولئن كان ركن الضرر وعلاقة السببية لا يثيرا بذاتهما إشكاليات بارزة تستحق الدراسة المستقلة ، لذا فإنه يكون من المناسب الإشارة لكل منهما كلما يقتضى المقام ذلك :-

- المبحث الأول :- معيار ونطاق خطأ الطبيب في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

- المبحث الثاني :- صور خطأ الطبيب في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

المبحث الأول

معيار ونطاق خطأ الطبيب في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- أن الخطأ كركن أصيل من أركان مسؤولية الطبيب ، يعتبر شرطاً ضرورياً لقيام مسؤوليته المدنية ، وعلى من يدعي هذا الخطأ أن يقوم بإثباته في جانب الطبيب ، ويخضع الخطأ الطبي للمبادئ العامة التي تحكم قواعد المسؤولية المدنية^(١) . ويُعرف الخطأ الطبي بأنه كل تقصير في مسلك الطبيب لا يقع ممن هو في مستواه المهني كطبيب يقظ مع مراعاة الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول مدنياً^(٢) .

- ويتحدد خطأ الطبيب في إخلاله بالتزاماته ، سواء منها التي تفرضها عليه قواعد المهن الطبية وأصولها وآدابها ، أو تلك التي يفرضها عليه القانون في صورة أعمال إيجابية أو امتناع عن أفعال معينة ، كما يتحقق خطأه سواء كان الأخلال حاصلًا منه في صورة عدم تنفيذ التزاماته التعاقدية التي يفرضها عليه العقد ، أو عدم قيامه بالالتزامات القانونية التي ينص عليه القانون مباشرة ، أو تنفيذ هذه الالتزامات القانوني منها أو التعاقدية تنفيذاً معيماً.

- وفي سبيل بيان نطاق وحدود الخطأ الموجب لمسؤولية الطبيب في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، يمكننا تقسيم هذا المبحث إلى المطلب الآتيه :-

المطلب الأول :- الخطأ الجسيم والخطأ اليسير.

المطلب الثاني :- الخطأ العادي والخطأ المهني.

المطلب الثالث :- الخطأ الفردي والخطأ الجماعي.

(١) د. محمد حسن قاسم ، إثبات الخطأ الطبي دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية ، عام ٢٠٠٦ ، ص ٥ .

(٢) د. وفاء أبوجميل ، الخطأ الطبي ، دراسة تحليلية فقهية وقضائية في مصر وفرنسا ، دار النهضة العربية القاهرة ، ١٩٨٧ ، ص . .

المطلب الأول

الخطأ الجسيم والخطأ اليسير في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- يُفترض بتحقيق خطأ الطبيب مخلفاً ضرراً في الذمة المدينة للمريض أن تقوم مسؤليته المدنية ويلتزم بجبر الضرر الناتج عنه ، إلا أن الفقه والقضاء ، كانا قد استقرا ، على مساءلة الطبيب مدنياً ، عما يرتكبه من أخطاء جسيمة دون اليسير منها ، وفي سبيل الرغبة في استبعاد الخطأ اليسير من نطاق مسؤولية الطبيب ، مع الاحتفاظ للخطأ الجسيم بمستواه غير العمدي ، عرفت محكمة النقض الفرنسية الخطأ الجسيم بأنه ، إهمال خطير من قبل الدائن ، يدفعه لأن يمتنع عن تنفيذ التزاماته الملقاة على عاتقه^(١) .

- ويعتبر الطبيب مخلاً بالتزاماته في صورتها الجسيمة ، إذا لم يقم ببذل العناية الواجبة عليه ، بصورة لا تصدر عن أقل الأطباء حرصاً وتبصراً ، كالطبيب الذي ينزع الكلية السليمة بدلاً من العليقة ، أو كالذي يجري جراحة في العضو السليم فيتلفه ، لذا فالخطأ الجسيم يُعد صورة من الخطأ الذي لا يغتفر ، الذي ينم عن استهتار مرتكبه وروعته الظاهرة ، وقد قضت محكمة النقض الفرنسية في هذا الشأن ، بإثبات الخطأ الجسيم بحق طبيب قام بالتخلي عن علاج المريض بإرادته المنفردة ، وتركه يعاني من آلام شديدة باليد ، فأقام القضاء مسؤليته المدنية بعدما ترتب على إخلاله تفاقم حالة المريض وبتر زراعة نتيجة هذا الإخلال الجسيم^(٢) .

(١) د. محمد السعيد رشدي ، الخطأ غير المغتفر ، سوء السلوك القاضي والعقود ١١ ، الطبعة الثانية ، منشأة المعارف الإسكندرية ، عام ٢٠٠٨م ، ص ٧٧ ، د. هشام عبد الحميد فرج ، الأخطار الطبية ، الطبعة الثانية ، دار الفجر للنشر ، القاهرة ، عام ٢٠٠٧ ، ص ١١٢ .

(٢) د. منير رياض حنا ، المسؤولية المدنية للأطباء والجراحين في ضوء الفقه والقضاء الفرنسي والمصري ، الطبعة الثانية ، دار الفكر الجامعي ، الإسكندرية ، عام ٢٠٠١م ص ١٦١ .

- بيد أن تبني فكرة الخطأ الجسيم ، سرعان ما تبدت واندثرت ، وذلك بموجب ما قضت به محكمة النقض الفرنسية ، من أن الطبيب مسؤول عن جميع الأخطاء التي تصدر منه أثناء ممارسته لمهنته ، ولا يلزم لقيام هذه المسؤولية أن يرتكب في نطاقها خطأ جسيماً ، إذ لا يوجد في نصوص القانون ، ما يعفى الطبيب صراحة من المسؤولية عن الخطأ اليسير ، شريطة أن يكون واضحاً جلياً وحاصلاً في ذات الظروف الخارجية من طبيب معتاد من أوسط رجال المهن الطبية^(١) ، كما قضت ذات المحكمة بمسؤولية الطبيب الذي قام بحقن المريض خارج الشريان الواجب حقنه ، دون أن تعول على اعتبار درجة الخطأ الذي صدر عنه ، مقرررة أنه لا يشترط أن يُسأل الطبيب عن الأخطاء التي تصل إلى درجة الجسامة التي لا تغتفر^(٢).

- وإذا كان هناك بعض من الفقه مازال يذهب إلى عدم مقبولية مساءلة الطبيب عن الأخطاء اليسيرة ، بحجة ألا يمثل ذلك إجحافاً به ، ولئلا يقلص ذلك إبداعه في المجال الطبي ، ويجعله في خشية دائمة من سيف المسؤولية المدنية^(٣) ، إلا أننا نرى وبحق ضرورة مسائلة الطبيب عن جميع صور وأشكال الإخلال التعاقدية أو القانوني مهما كان يسرها أو شدتها إذا ما كان قد وقعت منه بخصوص إحدى ممارسات القتل الرحيم ، ويرجع ذلك إلى أن التدخلات الطبية في هذا المجال تتسم بالحساسية الشديدة والخطورة الداهمة ، لأنها تتعلق بإزهاق حياة إنسان ولا تؤدي إلى تحقيق شفائه ، وهو ما يستدعي رقابة صارمة على سلوك الطبيب وإجراءاته

(١) د. عز الدين الدناصوري ، د. عبد الحميد الشواربي ، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء ، دار المطبوعات الجامعية ، الإسكندرية ، الطبعة الخامسة ، ١٩٩٦م ، ص ١٤١٢ .

(٢) د. محمد السعيد رشدي ، المرجع السابق ، ١٤٨ .

(٣) انظر في نقد هذا الرأي من حيث أنه يميل إلى العاطفة الإنشائية تجاه الطبيب مع ضعف تكوينه القانوني ، د. محمد إدريس المسؤولية المدنية للأطباء ، دار هوم ، الجزائر ، عام ٢٠٠٧ ، ص ١٨٢ .

التي مارسها لدى قيامه بهذا العمل الذي يعكس إتجاه الحق في الحياة إلى مستحدثة طبية تقوم على أساس الحق في الموت ، فإن كانت روح الإنسان مصنونة ، وكان الأساس في إباحة الأعمال الطبية على أجساد المرضى هو التداوي والعلاج بغرض تخفيف الآلام ، فإن مسائله الطبيب يجب أن تكون على قدر ما تشكله أعماله في مجال القتل الرحيم من خطورة كبيرة على حياة المرضى ولأن العمل الطبى في هذا المجال يسرى في اتجاه مضاد لمبادئ صيانة الروح وسمو مفاهيم التداوي والعلاج ، من جهة أنه يؤدي لأزهاق الروح القانتة من حياتها الطبيعية ، وهذا ما يؤكد ضرورة إلزام الطبيب القائم على عمليات القتل الرحيم بمراعاة أقل الأخطاء يسراً وعليه أن يتحمل المسؤولية المدنية عن أقل الأخطاء المادية والطبية وأبسطها تصوراً .

- وتكشف مواد القانون البلجيكي المنظمة لعملية القتل الرحيم عن هذه النتيجة ، وذلك بما تتضمنه نصوصه من شرائط وأجراءات مشددة ودقيقة ، تحكم عملية اختيار قرار القتل الرحيم ، ابتداءً من تشخيص الحالة التي يشترط فيها أن تكون مستعصية على العلاج ، مع وجود معاناة لا تطاق ، وضرورة الحصول على موافقة كتابية من المريض ، ثم استشارة لجان طبية معاونه لتأكيد سلامة القرار الطبي ، وعرض الأمر على اللجنة الاتحادية للرصد والتقييم في نهاية المطاف ، وتلتزم هذه اللجنة الأخيرة بنقل ملف المريض برمته إلى النيابة العامة لرقابة الموضوع إذا ما وجدت فيه مخالفة للإجراءات والشروط ، وأوجب القانون على الطبيب انتظار مدة لا تقل عن شهر حتى يتم إزهاق روح المريض ، فكل هذه الإجراءات المتوالية التي تتسم بالعناية و الدقة المتوافقة مع خطورة إتخاذ قرار إزهاق الروح الإنسانية ، تعكس ضرورة إقامة مسؤولية الطبيب على أساس الخطأ المتمثل في الأخلال بأى من هذه الإجراءات بكل درجاته وأوصافه الجسيم منها واليسير على حد سواء .

المطلب الثاني

الخطأ العادي والخطأ المهني في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- إن مكنم التفارقة بين الخطأ العادي والخطأ المهني للطبيب ، هو مدى ارتباط مسلك الطبيب بالأصول الفنية للعلوم الطبية والعلوم المعاونة لها (١) ، فالخطأ العادي هو الذي يخرج عن هذه الأصول ، وينجم عن سلوك إنساني مجرد ، يندرج في نطاق القواعد العامة للالتزامات التي يجب على كل الأفراد الالتزام بعدم مخالفتها ، كالتبيب الذي ينسى أدوات الجراحة داخل جسد المريض ، ويخضع هذا النوع من الأخطاء إلى القواعد العامة المعمول بها دون تمييز بين مرتكبيه عما إذا كان طبيباً أم غير طبيب (٢).

- أما ما يرتكبه الطبيب من أخطاء تخالف القواعد والأصول الطبية ، فيسمى بالخطأ المهني ، بسبب كونه يخالف أصول وقواعد مهنة الطب ، ويمثل خروجاً على العلوم المتعارف عليها نظرياً وعملياً في المجال الطبي ، مثلما يجرب طبيباً طرق علاج جديدة على مريضه دون أن يتحرى ثبوتها علمياً فيلحق به ضرراً (٣) .

(١) انظر بمزيد من التفصيل :- أحمد موسى دورين ، مسؤولية الطبيب الفردية المدنية عن أعماله المهنية، رسالة ماجستير ، ، عام ٢٠٠٦ ، ص ١٠١ ، وما بعدها

(٢) ويرى بعض الفقه في مصر ، أنه لا ضرورة للتمييز بين الخطأ الفني والخطأ المهني ، وذلك لصعوبة التفريق بينهما أحياناً ، ولضمان حماية فاعلة للمريض من أخطاء الطبيب بكل أنواعها ، د. عبد الرزاق السنهوري ، الطبعة الثالثة ، منشورات دار الحلس الحقوقية ، بيروت ، ١٩٩٨ ، ص ٢٨٤ .

(٣) في التفريق بين نوعي الخطأ العادي والمهني يُنظر في :- د. عبد الحميد الشواربي ، مسؤولية الأطباء والصيدائية والمستشفيات المدنية والقانونية والجناحية والتأديبية ، منشأة المعارف بالإسكندرية ، عام ١٩٨٨ م ، ص ٢٠٥ . وما بعدها ، د حسن علي الذنون ، المسبوط في المسؤولية المدنية ، الجزء الأول ، " الضرر " دار وائل للنشر ، الأردن ، عام ٢٠٠٦ ، ص ١٥٨ .

- ولا شك فإن مسنولية الطبيب في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، يمكن أن تستوعب هذه التفرقة بين الخطأ العادي والخطأ المهني ، على أن يكون مجال الأخطاء المهنية هو ما يرتبط بعلم الطبيب وملكاته الخاصة وقدراته على تشخيص الحالة المعروضة عليه بكونها مبنوس من شفافها وأنها حالة يمكن قبولها في عداد الحالات التي تستدعي قبول تطبيق فكرة الموت الرحيم بمساعدة طبية ، إلا أن ما يلتزم به الطبيب من إجراءات إدارية واشتراطات تنظيمية تخرج عن إطار العمل المهني وأصول الصنعة الطبية فإنها توصف ولا شك بالأخطاء العادية أو غير المهنية ، وذلك كالتزامه بالتحصل على موافقة المريض كتابة أو موافقة من ينوب عنه ، والتزامه بتسجيل كافة التطورات والاستشارات الخاصة بالحالة المبنوس منها في السجل الطبي الخاص بالمريض ، وأن يلتزم بإحالة الملف إلى اللجنة الاتحادية للرصد والتقييم قبيل تنفيذ القتل الرحيم ، وفي ذلك الخصوص ، فقد أنطوت المادة السابعة من قانون القتل الرحيم البلجيكي على البيانات الإلزامية التي يجب على الطبيب أن يستكملها في وثيقة التسجيل الخاصة بالمريض كلما كان ينفذ القتل الرحيم ، والتي يمكن إطلاق وصف الأخطاء العادية على إخلال الطبيب بإغفال ذكر أي من هذه البيانات ، من حيث النص على أسم المريض والطبيب وعنوانه والجنس والميلاد والاستشارات التي أجريت بشأنه ونوع وطبيعة الحالة المرضية التي يعانى منها وتاريخ ومكان الوفاة والوسيلة المستعملة فيها (١)

(١) حيث نصت المادة السابعة من قانون القتل الرحيم البلجيكي الصادر بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢م ، على وجوب أن تكون الوثيقة مختومة من قبل الطبيب. وأن تحتوي على البيانات الإلزامية الواردة تفصيلاً بالمادة والتي تتمثل في اثني عشر بياناً تقوم مسؤولية الطبيب عند أغفال أيها منها شريطة أن يسبب ذلك ضرراً للمريض أو لورثته من جراء هذا الأهمال ، ويرجع ذلك لأن الغاية من استلزام النص على هذه البيانات ليست تحقيق مسألة شكلية أو تنظيمية بل هي غاية موضوعية ترمى إلى وضع نظم حماية مؤطرة لعدم إفلات حالات القتل الرحيم من سيطرة الطابع المشروع التي شرعت من أجله واستغلالها في ممارسات جنائية غير مشروعة . .

- فجميع حالات الإخلال بهذه الواجبات العادية غير المهنية المشار إليها ، يمكن توصيفه بخطأ الطبيب العادي الذي يخرج عن مسار التزاماته الطبية الأخرى ذات الطابع الفني حيث يُغلب علي هذه الأخيرة إنزال مكتسباته العلمية في المحل المناسب لها من الحالة المعروضة عليه ، وعلى هذا المقتضى ، يتحمل الطبيب في مجال القتل الرحيم ، كافة الآثار المدنية التي تترتب على التفرقة في مجال المسؤولية المدنية التقليدية بين الخطأ العادي والخطأ المهني.

المطلب الثالث

الخطأ الشخصي والخطأ الجماعي في مجال القتل

الرحيم والانتحار بمساعدة

- لقد آثرت التطورات الهائلة في مجال العلوم الطبية ووسائل المعالجة ، ظهور ما يسمى بالفريق الطبي ، بحيث لم تعد ممارسات مهنة الطب تعتمد على المجهودات الفردية للطبيب لما يكتنف علم الطب والعلاج من تعقيدات ومخاطر خاصة في مجالات العمليات الجراحية المتطورة.

- وتكمن المشكلة ، فيما قد يُخلفه الفريق الطبي من أضرار بصحة المريض لا يُستطاع معرفة المتسبب فيها من أعضاء الفريق ، وقد ذهب الفقه أن الطبيب المتعاقد مع المريض أو القائم على إجراء الجراحة ، يكون مسؤولاً عن تعويض المريض ، سواء تبين معرفة العضو المتسبب بخطأه في إحداث الضرر أو لم يتسنى ذلك (١) ، ولا شك فإن هذه المسؤولية الجماعية للفريق تفتح آفاقاً واسعة أمام المريض للحصول على

(١) إذ يرى الفقه أنه على الرغم من الاستقلال الذي يتمتع به الجراح وطبيب التخدير ، لا يمنع من انعقاد مسؤولية الجراح من نسب إليه خطأ من الشخص ، كما يكن إعفاء بعض أعضاء الفريق الطبي أو إعفائهم جميعاً من المسؤولية إذا لم يثبت الخطأ في طاقمهم ، أنظر د. محسن السميع ، المرجع السابق، ص ٣٦٦ .

تعويض كافي ومؤمن لجبر الضرر الذي لحقه (١)، وقد تبنى القضاء الفرنسي ، فكرة المسؤولية المشتركة لأعضاء الفريق الطبي المكون من طبيب الجراحة وطبيب التخدير ، كنوع من الحماية للمريض ولمواجهة مشكلة صعوبة إثبات الخطأ لتداخل المهام الطبية بصورة قد يصعب فصل المسؤوليات فيها (٢) .

- وفي نطاق عمليات القتل الرحيم ، قد يساهم طبيباً آخر أو فريق طبي في تنفيذ عملية إزهاق الروح بمساعدة طبية ، وذلك خلافاً للطبيب الرئيسي الذى يتولى مسؤولية الحالة بصورة أصلية ، حيث أوجب القانون البلجيكي على الطبيب عرض الحالة المينوس من شفاؤها على استشاري ثان ، ومنح القانون الطبيب سلطة الخيار فى أن يعرض المريض على طبيب استشارى أمراض نفسية وعصبية ، وذلك لضمان التشخيص الطبي الصحيح لحالة المريض ذو الألام الفائقة ، بحيث تُجمع الفرق الطبية بجميع تخصصاتها بأن المريض ذو حالة مينوس من علاجها وأن الطب عجز عن رفع الألام عنه من خلال فحص جاد مشترك يقوم به فريق عمل مكون من مختلف التخصصات اللازمة لاتخاذ هذا القرار الخطير بإزهاق روح مريض حي .

- ونظراً للخطورة التي تكتنف عمليات القتل الرحيم لمساسها بحياة المرضى ومستقبل ورثتهم وذويهم ، فإن المسؤولية المدنية في نطاق هذه العمليات ، يجب أن تكون مسؤولية مشتركة بين جميع الأطباء الذين ساهموا في تشخيص الحالة المينوس منها ، سواء منهم الطبيب المختص بتشخيص الحالة المستعصى شفاؤها أو الطبيب الاستشاري الثاني أو الفرق الطبية والتخصصات العلمية المعاونة التي تساهم في اتخاذ قرار القتل برحمة ، ولا وجه لاعتبار الطبيب الرئيسي المهيم على الحالة والمكلف بها مسؤولاً بمفرده عن أعمال الأطباء الذين يتبعونه في التشخيص

(١) د. منير رياض حنا ، الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة الإسلامية والقوانين العربية والأوربية ، دار الفكر الجامعي بالإسكندرية ، ٢٠٠٨م ص ٣٧٨

(٢) قرار محكمة النقض الفرنسية بتاريخ ٢٨ أكتوبر ١٩٩٧م ، ١٩٩٩م ص ٣٨٣ .

ومراقبة الحالة ، ويرجع ذلك لأن اشتراك عدد من الأطباء هنا لا يُقصد منه علاج مريض في صورة تقليدية تنطلق من رابطة عقدية تتمثل في عقد العلاج الطبي ، لكنهم يشتركون في إنهاء حياة مريض مینوس من بقائه ويتقاسمون عملية تشخيص العلة التي تستعصى قبول العلاج ، ومن ثم لزم مسائلتهم جميعاً بصورة مشتركة دون تمييز لدور الخطأ الصادر عن كل منهم في تحقيق الضرر ، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلى افتراض مساهمة كل طبيب من الفريق ولو بقدر يسير في الخطأ الناتج عنه إحداث الوفاة بالمريض ، حيث كان لكل منهم الفرصة الكاملة لإعمال أصول الصنعة وتوقي التعجيل بوفاة المريض ومن ثم يلزم افتراض مساهمتهم في ارتكاب الخطأ المفضى للوفاة إذا ما رتب ضرراً بوصفه نوع من الحماية لحقوق المريض أو الورثة تفرضه خطورة عملية القتل الرحيم وما تمثله من تهديد إستثنائي لحياة المريض يجب أن توضع له الضوابط والضمانات الموازية لذلك. (١)

(١) وما نقول به يختلف عن ما يفرق به البعض بين خطأ الجراح الذي يرجع المريض عليه بمقتضى قواعد المسؤولية العقدية سواء أكان عن خطأه الشخصي أو عن خطأ غيره من التابعين أثناء الجراحة، وبين مسؤولية التابعين للجراح التي يقيّمها البعض على أساس المسؤولية التقصيرية لانتفاء وجود الرابطة العقدية ، أنظر في ذلك :-

د. عدنان إبراهيم سرحان ، مسؤولية الطبيب المهنية في القانون الفرنسي المؤتمر العلمي السنوي لكلية الحقوق جامعة بيروت ، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين ، ج ٢١١ ، المسؤولية الطبية ، منشورات الحلبي ، بيروت ، عام ٢٠٠٠م ص ٢٤٢ .

- أما في مجال القتل الرحيم ، فيجب المناداة بالمسؤولية المشتركة لجميع أعضاء الفريق الطبي ، وذلك لوجود مساحات موضوعية وزمنية يستطيع من خلالها المريض التواصل التام وإعمال كل وسائل التواصل مع جميع الفرق الطبية التي تتداخل لأحداث القتل الرحيم ، لكن معاوني الجراح ، فلا يتسنى للمريض التواصل معهم ، ولا يُعقد معهم ثمة مشاورات تضوى إتفاقات تعاقدية مستقلة ، لذا فإن المريض المقتول بدافع الشفقة ، يستطيع وراثته وذويه الرجوع بدعوى المسؤولية على كل الأطباء الذي ساهموا في اتخاذ وتنفيذ القتل الرحيم إذا شاب مسلك أحدهم قصوراً في التشخيص أو في التنفيذ .

المبحث الثاني

صور الأخطاء الطبية في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

- تتعدد صور أخطاء الطبيب في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ،
فرغم أن هدف الطبيب من هذا العمل المستحدث هو إزهاق روح المريض الذي
يعانى آلاماً مبرحة ، إلا أنه وبصدد بحث خطأه الطبي ، فيلزم دراسة الصور التي
يمكن أن يثبت بها إخلاله بالتزاماته العقدية ، وعليه نرى تقسيم هذا المبحث إلى
المطالب الآتية:-

المطلب الأول :- الأخطاء المتعلقة بمخالفة مبادئ الأخلاقيات الطبية .

المطلب الثاني :- الأخطاء المتعلقة بمخالفة الأصول الفنية للأعمال الطبية .

المطلب الثالث :- الأخطاء المرتبطة بمخالفة القواعد الإجرائية والتنظيمية.

المطلب الأول

الأخطاء المتعلقة بمخالفة مبادئ الأخلاقيات الطبية .

- ينطوى هذا الجانب على بعض صور من هذه الأخطاء ، وهى الإخلال بالالتزام بتبصير المريض والإخلال بالالتزام بالحصول على رضاه الحر المستنير والالتزام بالحفاظ على سرية العمل الطبي ، وهذان الالتزامات الثلاثة يصبح الطبيب مخلاً فيهما وتقوم مسؤوليته المدنية بتخلف أحدهما عن الدور الذى يجب أن يقوم به الطبيب فى مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، وهو ما يستتبع ضرورة أفراد فرع مستقل لبحث هاتين الصورتين وذلك على النحو التالى :-

الفرع الأول

الإخلال بالالتزام بالأعلام والتبصير فى مجال عمليات القتل

الرحيم والانتحار بمساعدة

أولاً:- مفهوم ومصدر الإخلال بالالتزام الطبيب بالأعلام وبتبصير المريض فى عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

- لا يقتصر مفهوم الخطأ الطبي على أوجه الإخلال التي يمكن أن تحدث بمناسبة تولي الطبيب ممارسة الأعمال الطبية بمفهومها العلمي الضيق ، بينما تتخذ أخطاء الطبيب، في بعض الأحيان ، صوراً تتعلق بأخلاقيات العمل الطبي وأبعادة الإنسانية ، وتستمد هذه الصورة طبيعتها من مخالفة الطبيب لمجموعة من الواجبات المرتبطة بمواثيق شرف مهنة الطب وما تفرضه من ثقة وانتمان في مجال التدخلات الطبية على جسد المريض ، ويمثل واحداً من هذه الأخطاء مخالفة الطبيب لواجب الالتزام

بالإعلام والتبصير الذي يمثل في عقود المهنيين وسيلة لإقامة التوازن بين طرفي العقد ، أي بين من يعلم ومن لا يعلم (١).

- ومن ناحية أخرى ، فقد واكب التطورات العملية الهائلة في مجال علوم الطب والشفاء ، استعمال وسائل وتقنيات في غاية الحداثة والخطورة ، وهو ما عكس تغيرات نالت من طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض على نحو لم يصبح فيه الأول يملك الوصاية الطبية على الثاني ، حيث مضى العهد الذي كان يملك فيه الطبيب التصرف في جسم المريض دون رقيب وحساب ، كما أدرك المريض أن ممارسة الطبيب للأعمال الطبية على جسده بصورة مطلقة في التقدير ، يشكل خطورة كبيرة ويرتب آثاراً لا يمكن تداركها ، ومن هنا نشأ الالتزام بالأعلام والتبصير بمضمون العمل الطبي الذي ينوي الطبيب إنزاله على جسد المريض وروحة ، إذ وبدون هذا التبصير الذي يكشف للمريض مزايا وعيوب الطريق المختارة للعلاج ، يصبح المريض حقلاً للتجارب والأبحاث على يد الأطباء ، وهو ما يُخلف إخلالاً بالالتزام بالتبصير يوجب قيام المسؤولية المدنية للطبيب(٢).

- وعلى أساس ذلك، يصبح من الالتزامات الأولية التي تقع على عاتق الطبيب القائم بعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، أن يلتزم بإعلام مريضة المينوس منه بمقتضيات التدخل الطبي عليه ، وما يهدف إليه من إنهاء حياته ، حيث يفتح هذا الأمر المجال أمام المريض لاتخاذ القرار فيما يرغبه من تخفيف آلامه بإنهاء حياته بمزيد من التبصر والفهم العميق ، ولا شك فإن الطبيب يقع تحت سيف المسؤولية إذا

(١) د. جعفر الفضلي ، الالتزام بالنصيحة والسلامة والحذر ، دراسة تحليلية ، مجلة الرافدين للحقوق ، العدد (١٣) ، لسنة ٢٠٠٢م ص ١ .

2) corinne daver,la, telemedecie ente progress echnig ues et responsabilit, dauoz,2000.no.35.p.531.

تخلف عن أداء هذا الالتزام الجوهري الذي يرتبط فيه واجب التبصير بتشخيص المرض تشخيصاً صحيحاً يقوم على درجة كبيرة من الاحتمالات شبه المؤكدة .

- والالتزام بالتبصير من الالتزامات التي أولتها النصوص القانونية والملائحية المتعلقة بمزاولة مهنة الطب بالنص عليها والاهتمام ببيانها ، ففي مصر ، كرست المادة (١٤) من لائحة آداب مهنة الطب الصادرة في ٥ سبتمبر ٢٠٠٣م هذا الالتزام بالنص على واجب الطبيب بأن يقوم في كل مناسبة بالتنوير الصحي للمريضة وتعريفه بأنماط حياته الصحية ، أما المشرع الفرنسي فقد حرص على تقرير هذا الالتزام ، فيما قننته المادة ٣٥ من قانون أخلاقيات الطب الصادر في ٦ سبتمبر عام ١٩٩٥م وبما عاود تأكيده بمقتضى القانون الصادر في ٤ مارس ٢٠٠٢ ، حيث نص صراحة على التزام الطبيب بإعلام المريض في صورة واضحة صادقة وأن يوضح فيها طرق العلاج التي يتبعها بشأنه بغرض تطوير حقوق المرضى وطبيعة الخدمات المقدمة إليهم حتى يتمكن المريض من اتخاذ القرار المناسب من خلال رضا متبصر (المواد ١١١١ - ٢) (١١١١ - ٤) .

- وفي خصوص القانون المقارن محل الدراسة ، فقد انتهج القانون البلجيكي منهجاً مميزاً بالدقة والشمول ، صاغ بموجبه حقوق المريض في التبصير والمعرفة بشئ من الحرص والتفصيل ، فمن ناحية أولى ، فقد تضمن القانون البلجيكي الخاص بحقوق المرضى والصادر في ٢٢ أغسطس ٢٠٠٢م تقرير هذا الحق الأساسي من حقوق المريض وذلك في مادتيه السادسة والسابعة مكرر ، حيث صاغ المشرع بموجبها حقوقاً تفصيلية في هذا الشأن تنهض بتعيين مسؤولية الطبيب على أسس مشددة إذا ما خالف موجبات الالتزام بالتبصير ، حيث وصلت رعاية قانون حماية حقوق المريض في بلجيكا إلى إلزام الطبيب في نطاق الالتزام بالأعلام والتبصير

بواجب التحدث مع المريض عن طبيعة مرضه بلغة واضحة ومفهومة وأن يؤكد له المعلومات الطبية بواسطة الكتابة عند طلب المريض ذلك منه .

- لكن المشرع البلجيكي ، لم يكتفي فيما يخص الالتزام بالتبصير بما قرره بشأنه في قانون حماية حقوق المرضى بوصفة الشريعة العامة لتثبيت هذه الحقوق ، بل عاود مؤكداً له في قانون القتل الرحيم حينما ألقى علي الطبيب واجب تبصير المريض المينوس من شفائه قبيل قتله بدافع الرحمة ، وقد نصت المادة الثانية بفقرتها الأولى والرابعة من القانون البلجيكي على اشتراط الالتزام تبصير المريض وتوعيته عن حالته الصحية وبيان احتمالات الشفاء واليأس من مرضه ، وأن يتوالى هذا التبصير ويستمر في صورة متكررة وفي حلقات متوالية أثناء كل المراحل والأجراءات التي يمر بها القتل الرحيم ، ولم يكتفي القانون بفرض هذا الواجب على الطبيب الرئيسي الذي يهيمن على الحالة المينوس منها من مبدئها وحتى منتهائها ، لكن الالتزام الجوهرى بالتبصير والأعلام ينصرف ليشمل جميع الطواقم الطبية الاستشارية التي تساهم في تقييم الحالة وتساعد في اتخاذ القرار النهائي بإزهاق حياة المريض.

ويعتبر التزام الطبيب بإعلام المريض المينوس منه التزاماً عقدياً ، تفرضه طبيعة العلاقة لعقدية التي تربط بين الطرفين ، فيما يسمى " بعقد إنهاء الحياة بدافع الرحمة " ، وهذه العلاقة التعاقدية ، تتميز باختلال التوازن بين طرفيها ، كونها تربط بين مريض جاهل بخفايا وطبيعة المرض الذي يخلف له معاناة لا يطيقها ، وبين طبيب محترف قادر على كشف أسرار هذه الأمراض الخبيثة ، لذلك أوجب القانون البلجيكي على الطبيب تبصير المريض القانت من الحياة تبصيراً مستفيضاً وموسعاً كي يزيل الخلل الحاصل في التوازن في العلاقة بين الطرفين وحتى تظل الثقة في الطبيب بأن يكون المريض على قناعة تامة بأن ما يقوم به طبيبه الخاص من قتله بدافع الرحمة

يحق مصلحته ولا ينطوى على أى شبهة للتحايل والخداع ، لذا يلزم على الطبيب تقديم معلومات وافية تتعلق بحالة المرض الخبيث وأن يكشف عن تداعيات وخطورة هذا المرض ومزايا وعيوب البقاء على قيد الحياة.

وإن كان البعض يرى أن الالتزام بالإعلام والتبصير يتجاوز حدود العقد وأن حصره في هذا المجال الاتفاقي يشكل مغالاة باعتبار ان الالتزام بالإعلام يجب مصدره كالتزام قانوني ومهني فرضته قواعد قانونية مهنية ، إلا أنه وبمجاراة ذلك الرأي فإن تطبيق مفاده يكون من باب أولى لحالة مرضية غاية في اليأس ولا يحتمل المريض بقائها أكثر من ذلك ، بما يستتبع القول بأن مصدر التزام الطبيب بالإعلام والتبصير يتسم بالازدواجية ، حيث يقتضي العقد والقانون على السواء تبصير المريض بحالته البائسة وإعلامه بمخاطرها لأن تحقيق مقتضى التبصير والإعلام يفتح الأفق بوضوح أمام الطرف الضعيف وهو المريض لأن يتخذ قرار الرحيل عن الحياة وهذا القرار من الأهمية والخطورة ما يدفع للقول بازدواجية المصدر الذي يُستمد منه التزام الطبيب بالإعلام والتبصير.

ويتفق ما نشترطه من وجوب أن يكون التبصير في مجال القتل الرحيم محاطاً بأسس وأساليب طبية مُشددة ، مع ما ذهب إليه جانب كبير من الفقه الفرنسي إلى وجوب قيام الطبيب ، في عقد العلاج الطبي ، بتبصير المريض تبصيراً مُشدداً في بعض من التدخلات الطبية ، ويعنى التبصير المُشدد لدى هذا الجانب الفقهي ، أن يطلع الطبيب مريضه على جميع النتائج الخطرة والآثار النادرة سواء أكانت مؤكدة أم محتملة الوقوع في الحال أم في المستقبل ، وقد استند هذا التوجه لاعتبارات عديدة يأتي في مقدمتها ، اعتبار عقد العلاج الطبي من عقود الثقة بما يستوجب عدم إخفاء أى معلومة على المريض ولو كان يسيرة ، فضلاً عن أن معصومية الجسد تفرض

ضرورة إزاحة كل الإسرار عن المريض الذي يكون من غير الجائز حجب المعلومات والنتائج عنه وهو في طور كمال الأهلية والإرادة .

- وفي هذا الخصوص انتهى الفقه الفرنسي القائل بوجوب التبصير المُشدد ، إلى أن هناك حالات يجب إلزام الطبيب فيها بهذا النوع من التبصير المُوسع ، وذلك مثل العمليات الجراحية والتجارب الطبية ، وعمليات التجميل ، والإجهاض غير العلاج ، واستقطاع وزراعة الأعضاء البشرية ، وغنى عن البيان أن خصوصية العمليات الطبية السابقة الدافعة لجعل التزام الطبيب بالتبصر التزاماً مشدداً تنطبق من باب أولى على التزام الطبيب الذي يقوم بعمليات القتل الرحيم ، بحيث يقع عليه التزاماً بالإعلام والتبصير غاية في التشدد والدقة والتواصل المتناهي مع المريض ومع فريق العمل الطبي بحيث لا يترك الطبيب معلومة أو نتيجة إلا وكشف للمريض عنها وبصره بآثارها ونتائجها وأبعادها .

- ولا شك فإن طبيعة التزام الطبيب بالتبصير المشدّد تدرج في وصف الالتزامات بتحقيق نتيجة وليس ببذل عناية (١) ، ومن ثم فإن التزام الطبيب القائم على عمليات القتل الرحيم يكون بتحقيق نتيجة محددة ألا وهي التبصير المُشدد ، ويترتب على ذلك أنه إذا لم يحقق الطبيب هذه النتيجة المحددة فتقوم مسؤولية مدنياً تجاه المريض وفقاً لخطأه المفترض ، وهو خطأ غير قابل لإثبات العكس ، ومن ثم فليس في إمكان الطبيب أن يدرا عنه المسؤولية إلا بالسبب الأجنبي الذي حال دون تحقيق التبصير المشدّد لحالة المريض المينوس منه سواء أكان التبصير سلبياً أو ايجابياً ، ويقاس تحديد طبيعة التزام الطبيب بتحقيق نتيجة التبصير المشدّد بالحالات التي

(١) د. أكرم محمود حسين ، د. زينة غانم العبيدي ، تبصير المريض في العقد الطبي ، مجلة الرافيدين للحقوق ، المجلد (٨) ، العدد (٣٠) ، لسنة ٢٠٠٦م ، ص ٥٥ .

استقر عليها الفقه كنماذج يلتزم فيها الطبيب بهذا النوع من التبصير ، كحالات زراعة الأعضاء وجراحات التجميل ، والإجهاض غير والعلاج ، لأن جميع هذه الحالات تشترك مع حالات القتل الرحيم فيما تشكل جميعها من خصوصية وطبيعة التدخل وما تحمله من خطورة كبيرة ناجمة عن المساس بحياة المريض وسلامته .

ثانياً:- مضمون التزام الطبيب بتبصير المريض في عمليات القتل والانتحار بمساعدة .

- تثبت مسئولية الطبيب في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة بمجرد إخلاله بالالتزام بإعلام المريض وتبصرته بطبيعة المرض الذي يُعاني منه بعد تشخيصه بصورة صحيحة وتحديده بدقة وبعناية فائقة ، وتأتي مرحلة تشخيص المرض في بداية نطاق الالتزام بالتبصير ، ويجب على الطبيب في هذه المرحلة أن يُبصر المريض المزمع إنهاء حياته بوسائل التشخيص التي يُخضعه لها لاستكشاف حالة العصيان الجسدي تجاه الشفاء ، وفيما بعد مرحلة التشخيص ، تأتي مرحلة تبصير المريض بطبيعة العلة التي لا يُرجى شفائه منها والتي تسبب له المعاناة الشديد لجسده وروحه على النحو الذي لا تحتمله طاقة البشرية ، كما فرض القانون الجليكي على الطبيب أن يُوعي المريض بالاحتمالات الناتجة لعلاج المرض الخطير الذي يداهمه ويؤثر على حياته بصورة لا تُطاق ، وأن يوجه نظره إلى المدى الزمني اللازم لتجريب وسائل طبية جديدة أملاً في رفع المعاناة المستحيل قبول المريض وتحمله لها ، وأن يُخبره بمدى احتمالات نجاح هذه الوسائل في رفع الآلام الشديدة التي يعانيتها ويرغب في الرحيل عن الحياة هرباً منها .

- وعلى عكس ذلك يرى بعض الفقه أن هناك إلتماً من الطبيب بالامتناع عن تبصير المريض في الحالات المينوس من شفائها حتى لا ينتزع منه أمل الشفاء والتداوي

وحتى لا يزيد من معاناته النفسية وتطور حالته المرضية (١) ، وقد أيدت محكمة باريس ذلك التوجه في قرارها الصادر في ١٥/٣/٧ م ، وقررت إعفاء الطبيب عند الكذب المتعمد على المريض بهدف إخفاء حقيقة مرض عضال أصابة ، وذلك بحجة أن ذكر الحقيقة لن يكون له أثراً إيجابياً في الشفاء (٢) .

- إلا أننا لا نسلم بهذا التوجه الفقهي والقضائي ، ويرجع بذلك بطبيعة الحال إلى أن مجال التبصير المخفف الذي ينطوي على فكرة الكذب المشروع وما يهدف إليه من التخفيف من معاناة المريض ، لا يجد محلاً على وجه الإطلاق في مجال القتل الرحيم، لأن الأمر غاية في الاختلاف ، من حيث إن الطبيب وهو يجري عمليات القتل الرحيم ، يؤدي بفعله إلى إنهاء الحياة تماماً وتلك المهمة القاسية لا تستقيم إلا مع المصارحة بالحالة المينوس منها ويُصبح التبصير بخطورة الحالة هو الركيزة الأساسية التي ينطلق منها التطبيقات الطبية لفكرة القتل الرحيم من مبدئها ، ويجب عندئذ الاعتداد بمفهوم التبصير المُشدد على العلاقة بين الطبيب والمريض أو العلاقة بينه وبين من يوكله المريض في الموافقة على إنهاء حياته في حالة فقدان الوعي المتوقع مسبقاً ، ففي كلتا الحالتين يجب على الطبيب أن يبصر المريض أو نائبه بكل ملابسات الحالة المينوس منها دون أن يتوارى عنه بأى معلومة ولو كانت في تقدير الطبيب ذاته غير مهمة.

- ولا تقوم مسؤولية الطبيب بداهة إلا بتكامل أركان المسؤولية المدنية ، دون أن يكفي في شأنها تحقق الإخلال بالتبصير فحسب ، حيث إن القصور في التبصير بتشخيص

(١) د. أكرم محمود حسين ، المرجع السابق ، ص ٤٤ وما بعدها .

(٢) د. محمد حسين منصور ، الخطأ الطبي في العلاج ، بحث منشور في المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين ، الجزء الأول ، منشورات الحلبي ، بيروت ، ٢٠٠٠م ، ص ٤٥٢ .

المرض المينوس منه أو بطبيعة الحالة ومدى قابليتها للشفاء ، لا يمنح المضرور حق التعويض إلا إذا نتج عنه ضرراً كحصول إنهاء الحياة ثم اكتشاف خطأ شديد في التشخيص كان يمكن تدارك إزهاق روح المريض إذا ما جاء التشخيص على وجهه الصحيح ، أو إذا كانت بدائل العلاج و الجراحة قادرة وقت إزهاق روح المريض على إنهاء حالة الآلام والمعاناة دون اللجوء لموت الرحمة.

- ثالثاً:- لا مجال لتطبيق حالات الأعفاء من الالتزام بالتبصير في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة .

- هناك حالات استثنائية ، يجوز فيها للطبيب ، أن يتدخل ويُجري كل الوسائل الطبية المتاحة لديه ، وذلك لمواجهة الحالات المرضية التي لا تحتمل التأخير ويكون العنصر الزمني فيها أساساً جوهرياً لإنقاذ المريض ، وغالباً ما يكون المريض في عزلة تامة أو فاقداً للوعي وقد استحال على الطبيب الحصول على موافقة أقاربه أو من يمثلونه ، ومن ثم تقوم حالة الضرورة الموجبه لتدخل الطبيب دون أن يكون مخالفاً بأداء الالتزام بالتبصير ، وهناك حالات أخرى ، يكون خيار المريض فيه معدوماً بسبب وجود مصلحة عامة تفوق في أهميتها احترام حقوق المريض في التبصير والأعلام ، وذلك كالتطعيمات والفحوصات الإجبارية التي تحمي مصالح الدول وتمنع انتقال الأوبئة المعدية للآخرين من خلال بعض وسائل العلاج الإجباري من العزل الصحي للمريض جسدياً والحجر الإجباري للمريض عقلياً .

- لا شك فإن طبيعة عمليات القتل الرحيم لا تقبل بذاتها تطبيق التدخل الطبي الإجباري عليها ، مع ما يترتب هذا الأجرار من قبول تخلف واجب التبصير ، وإعفاء الطبيب من المسؤولية عن الإخلال باستيفائه ، ويرجع ذلك لسببين رئيسيين ، الأول منهما ، أنه بفحص نصوص قانون القتل الرحيم البلجيكي ، يتبين أن هناك إجراءات إدارية

وتنظيمية ، ومراحل ومستويات طبية عديدة ، يجب استيفانها قبيل إزهاق روح المريض المينوس منه ، لذا فإن إخلال الطبيب بالالتزام بالتبصير نتيجة سيطرة عنصر الاستعجال أو الأجرار لا يمكن تصورها في ممارسات القتل الرحيم وذلك لأن ما استنه مشرع هذه المستحدثة من إجراءات طويلة المدى قد نتج عنها استطالة زمنية يتم استنفادها بسبب تعدد الإجراءات التنظيمية ومراحل التشخيص الطبية المتكررة من خلال طبيب أول وطبيب ثان وفرق طبية أخرى معاونة وأجراءات أخرى، وهو ما يجعل قيام عنصر الاستعجال الموجب لتخلف الالتزام بالتبصير مستحيلاً ، وقد يجد هذا الاستثناء مجالاً خصباً في نطاق عقد العلاج الطبي لا في عقد إنهاء الحياة .

ومن ناحية أخرى، فلا يمكن للمصلحة العامة مهما علا شأنها أن ترتقي على قيمة الإنسان وحرمة جسده وروحه ، فإذا كان مقبولاً إجراء الفحوص والتشخيص بصورة إجبارية أو مستعجلة لدواعي المصلحة العامة (١)، فإن ذلك يغدو مهجوراً إذا ما كان الأمر يتعلق بإنهاء حياة إنسان ولأن عملية القتل الرحيم لا تقبل بذاتها مفهوم الاستعجال الاستثنائي للحالات الحرجة ، حيث إن الخطورة الكبيرة التي تحيط بإزهاق الروح نتيجة اليأس من شفائها يستدعي إبداء أقصى درجات التروي وتحري الحقيقة ، فضلاً عن أن اعتبارات الرحمة التي تقوم عليها قوانين الموت الرحيم تفرض تروي شديد (٢) وهو ما يتناقض مع مفهوم الاستعجال والإجبار المانع من مسؤولية الطبيب عن الإخلال بالالتزام بالإعلام والتبصير في بعض مجالات عقد العلاج الطبي .

(١) د. محمد حسين منصور ، المسؤولية الطبية دار الجامعة الجديدة - الاسكندرية ، ١٩٩٩م ص ١٤٠ .
 (2) k. Englert M,Hanson B,Lossignol D. Deux années d'euthanasie dépenalisée en Belgique: comparaison avec les Pays-Bas. Premier bilan d'une unité de soins palliatifs. Revue 'médicale de Bruxelles; 2005.

الفرع الثانى

إخلال الطبيب المتمثل في عدم الالتزام بالحصول على رضا المريض

وموافقته على إجراء القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة

أولاً:- أوجه التباين بين مفهوم الرضا في عقد العلاج الطبى ومفهومه فى مجال عقد إنهاء الحياة بوسيلة طبية .

- يلاحظ أن موافقة المريض في مجال القتل الرحيم تختلف عن موافقته التقليدية التي يُشترط الحصول عليها في كافة التدخلات الطبية التقليدية عدا ما يستدعي حالة الاستعجال أو الأجبارة فيها ، وذلك من ثلاث نواحي أساسية :-

- الناحية الأولى منها ، أن الموافقة التقليدية للمريض في علاقته بالطبيب على أساس عقد العلاج الطبى ، إنما يتمثل محلها في تمكين الطبيب من علاج المريض والوصول به إلى بر الشفاء (١) ، بينما في مجال القتل الرحيم فتنصرف الموافقة إلى تمكين الطبيب من جسم المريض لا بغرض المحافظة على الحياة والصحة وإنما بغرض إنهاء الحياة تماماً .

والاختلاف الثاني ، يكمن في أن التكيف القانوني لموافقة المريض في العلاقات الطبية العادية هو الحصول على إذن بالمساس بجسده لأغراض علاجية مشروعة، أما في عمليات القتل الرحيم فيتمثل الرضا في صورة طلب وإحاح من المريض ، إذا أن الطبيب في غالبية العلاقات التي يبرمها في نطاق مفهوم العقد الطبى ، إنما يقف في دور الموجب عندما يعرض علي المريض إجراء وسيلة علاجية أو جراحية وينتظر الطبيب آنذاك قبولاً يبدية المريض يشكل موافقته على طريقة العلاج المعروضة عليه

¹ د. محمود القبلاوي ، المسؤولية الجنائية للطبيب ، الفكر الجامعي ، مصر ، عام ٢٠٠٥ ، ص ٢٩ .

من طبية ، بينما في مجال القتل الرحيم ، فإن غالبية حالاته في هولندا ، وتكاد تكون حالاته كلها في بلجيكا ، لا يتم إبرامها بذات الترتيب الزمني لالتقاء الإيجاب بالقبول في حالات عقد العلاج الطبي ، ويرجع ذلك وفقاً لما ورد في قانون القتل الرحيم في بلجيكا أن المريض المينوس من شفائه هو الذي يبدي إيجاباً يوجهه للطبيب يطلب منه بموجبه إنهاء حياته لدوافع الشفقة مما يعانية من آلام لا يُطاق تحملها ، كما أن هذا الطلب المقدم من المريض يجب أن يتسم بالإلحاح المستمر وذلك لضمان أن تكرر الإيجاب الصادر عن المريض يؤكد رغبته الشديدة وإصراره بصوزرة جازمة على قبول فكرة إزهاق روحه بوسائل طبية لإنهاء معاناته ، ومن هنا تظهر التفرقة التي تبرز خصوصية رضا المريض في عقد القتل بدافع الشفقة ، حيث تدخل المشرع البلجيكي ليحدد الترتيب الزمني الملزم مشروطاً أن يبدأ المريض أولاً بالإيجاب التعاقدى في مرحلة متقدمة عن قبول الطبيب الذي يأتي متأخراً بعد الإيجاب الصادر عن المريض.

- ويتمثل التباين في وجهه الثالث ، بأنه لا يشترط في نطاق الممارسات الطبية التقليدية أن يحصل الطبيب على موافقة المريض في حالات الاستعجال أو فقدان الوعي التي تجعل إدراك المريض بمعزل عن قدرة إبداء القبول أو الإيجاب^(١) ، بينما لا يمكن في مجال عمليات القتل الرحيم إنهاء حياة إنسان دون التحقق من رضاه المستنير ولا محل لتطبيق حالات الاستعجال والحالات الإجبارية بكل أشكالها ودواعيها المتصورة.

(١) د. أحمد دغيش ، عبد الرزاق بولنوار ، التزام الطبيب ، الملتقى الفكري حول المسؤولية الطبية ، كلية الحقوق ، جامعة مولود محمدي ، ابريل ٢٠٠٨م ، ص ٧٨ .

ثانياً:- مصدر إخلال الطبيب بالالتزام بالحصول على رضا المريض في نطاق عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة .

- يعتبر الحكم الصادر عن محكمة نورمبرغ في القضية الشهيرة المتعلقة بمجرمي الحرب في ألمانيا ، أول وثيقة قانونية صدرت في عام ١٩٤٧ تستلزم ضرورة الحصول على رضا الأشخاص الخاضعين لإجراء التجارب العلمية عليهم أو تجريب العقارات الجديدة فيهم ، ولأهمية هذا الحكم في تقديم حماية فعالة للمرض تتعلق بحقوقهم الإنسانية المرتبطة بآدميتهم ، سُمى هذا الحكم بقانون نورمبرغ .

- وعلى إثر صدور هذا الحكم ، انتهجت الكثير من التشريعات الأوروبية منهج الحرص على تضمين القوانين واللوائح المتعلقة بأداب مهنة الطب وضوابطها الأخلاقية ، نصوصاً خاصة تكشف عن ضرورة تقرير حق المريض في القبول والرضا ، من ذلك ما دونه قانون الصحة الفرنسي من المادة ٤ - III كميثاق عام صاغ به حقوق مطلقة للأشخاص في أن يتخذوا القرارات المرتبطة بوضعهم الصحي ولهم في سبيل ذلك اليد العليا في اتخاذ القرار مع الإشارة إلى ضرورة أن يأخذ المريض في الحسبان ما قد يقدمه الطبيب إليه من معلومات تخص حالته الصحية ، كما يجب على الطبيب إحترام إرادة الشخص فيما يقرره بشأن حالته الصحية بعد إعلامه بالنتائج المترتبة على خياراته أو قراراته ، فأذا إتجهت إرادة المريض لرفض العلاج في حالة يُخشى عليه فيها من المساس بحياته ، فعلى الطبيب بذل كل ما لديه من جهد من أجل إقناعه بقبول الوسائل العلاجية الضرورية للحفاظ على حياته .

- وعلى نسق شبيه لما ذهب إليه قانون الصحة العامة الفرنسي بشأن اشتراطات رضا المريض بالعلاج ووسائله المختلفة ، قررت المادة السابعة من لائحة آداب مهنة الطب حظر ممارسة الأعمال الطبية من الفحص والتشخيص والعلاج إلا بعد التحصل

على موافقة المريض الجازمة أو من ينوب عنه حالة فقدانه الأهلية اللازمة لذلك ، وتؤكد المادة السادسة من القانون البلجيكي الصادر في عام ٢٠٠٢م المتعلق بالحقوق الأساسية للمريض ، على حق المريض في اختيار الطبيب ، كما تضمنت لائحة آداب المهن الطبية الصادرة في مصر بتاريخ ٢٠٠٣/٩/٥م ، في المادة ٢٨ منها ، ضرورة استيفاء موافقة المريض الشخصية أو موافقة من ينوب عنه قانوناً إذا لم يكن المريض أهلاً لذلك .

- ومن هنا يتضح ، أن مصدر التزام الطبيب بالحصول على رضا المريض وموافقته المسبقة ، يمكن أن يتجسد من ناحية أولى ، في قيام الرابطة العقدية بين طرفي العلاقة بما يلقي على الطبيب واجب أن يتحصل بداءة على موافقة المريض قبيل إنهاء حياته بدافع الشفقة به (١) ولا تشكل الموافقة هنا ، سوى صورة واقعية لتبادل الإيجاب والقبول بين الطبيب والمريض كي تنشأ بينهما العلاقة التعاقدية ، ومن ناحية أخرى ، فإن المريض وسواء أكان مرتبطاً مع الطبيب بعلاقة تستهدف العلاج والشفاء أو تستهدف إنهاء الحياة ، يتمتع بقدسية كبيرة محلها جسده وروحه ، وتعتبر هذه القدسية الدافع الأساسي إلى إقرار شرط وجوب الحصول على رضاه الحر الصحيح قبيل أي تدخل طبي مهماً كانت غايته ، إذ لا يكفي تبصير المريض بحالته الصحية وما يناسبه من علاج وما ينجم عن العلاج من مخاطر ، بل لابد فضلاً

(١) حيث يرى البعض أن أساس التزام الطبيب بتبصير المرض والحصول على موافقته يكمن في حق المريض في المحافظة على سلامة جسده ، أنظر د. احمد شوقي محمد عبد الرحمن ، مضمون الالتزام العقدي للمدين المحترف ، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية لمهنيين ، ج (١) ، منشور الحلبي ، بيروت ، عام ٢٠٠٠م ، ص ٦٢ ، بينما يرى البعض الآخر أن مصدر الموافقة والتبصير يرجع إلى عقد العلاج بذاته ويرى اتجاه ثالث من الفقه ، أن التزام الطبيب هنا يرجع إلى واجبه الأخلاقي والمهني ، انظر في عرض هذه الاتجاهات :- د. أكرم محمود حسين ، د. زينه غانم العبيدي ، المرجع السابق ، ص ٤٩ وما بعدها .

عن ذلك ، أن يبدي المريض موافقة حرة متبصرة وواعية لوسيلة التدخل على جسمه والمساس بقدسيته ، وإلا كان الطبيب مسنولاً عن تخلف الحصول على رضا المريض.

- ويقصد برضا المريض أن يعبر عن إرادته الحرة وأن يفصح بطريقة مسبقة عن موافقته للتدخل الطبي على جسده ، وأن يكون هذا الرضا ، حاصلًا عن شخص عاقل ومدرك يملك القدرة على الإفصاح عن رأيه بحرية تامة لقبول المساس بحرمة جسده بوسائل طبية .

ثالثاً:- أوصاف الرضا التي تمثل محلاً لاخلال الطبيب بالالتزام بالحصول عليه في مجال عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية:-

أ- أن يكون الرضا حراً طليقاً من الضغوط .

- يجب أن يكون الرضا الصادر عن المريض المينوس من شفائه حراً غير منطوى على أي ضغوط خارجية أو داخلية ، لذا يجب أن يتصف الرضا في مجال القتل الرحيم بالحر المستنير ، وتكمن العلة في اشتراط الرضا الطليق من كل المؤثرات ، هو أن القتل الرحيم كان معمولاً به في الخفاء قبيل تشريع القتل الرحيم في بلجيكا وكان القضاء يقره تحت ضغوط وشروط معينة ، لذلك كان الخشية قائمة من شيوع حالات القتل الرحيم لتنفيذ دوافع غير مشروعة بعد تقنينه تدرعاً بوجود قانون يحمي الطبيب من المسؤولية ومن ثم يمكن أن تدخل حالات كثيرة يتم فيها إقناع المريض بالموت الرحيم دون أن تكون حالته تستأهل ذلك ، لذا يلزم التأكد من رضا المريض وتبصيره بطريقة مستنيرة خالية من الضغوط المؤثرة على إرادته والتي قد تكون

دافعة لإزهاق حياته دون تحقق قبوله الذي يجب أن يتخلف عنه كل ما قد يوتر على سلامته.^(١)

- ويستوى أن تكون هذه الضغوط صادرة عن الطبيب نفسه ، كأن يدفع الطبيب المريض إلى الإلحاح عليه بالرغبة في إنهاء حياته نتيجة تعمد الطبيب إقناع المريض والتدليس عليه بأن حالته ميئوساً منها ، أو أن تصدر هذه الضغوط من غير الطبيب ، مثل الزوجة التي تحث زوجها الميئوس من شفائه إلى طلب الموت الرحيم رغم قدرته على تحمل آلام المرض العضال المصاب به ، أو أن يجرى اتفاقاً بين زوجة المريض والطبيب لإنهاء حياة الأول بتدليس من الثاني ، وعلى أساس ذلك ، لا يستطيع الطبيب أن يفرض على المريض قبول فكرة إنهاء الحياة أو حثه عليها دون موافقة حرة ورضا متبصر يصدر عن المريض في ظروف طبيعية .

- لذلك فإذا كان من المسلم به أن رضاء المريض بإنزال فعل القتل الرحيم على جسده وروحه ، يُعد سبباً لأباحة فعل الطبيب ، فإنه يلزم في الوقت ذاته أن يُؤخذ بعين الاعتبار الظروف التي تم فيها الرضا ، وبالتالي فإن رضا المريض الذي يُنتزع منه تحت وطأة الأكرام أو باستغلال قسوة الآلام التي يعاني منها المريض بسبب مرضه العضال، لا يرتب الأثر التعاقدى الصحيح ويصبح الطبيب مسؤولاً إذا ما أزهق روح المريض الذي انتزع منه الرضا وهو مشوباً بعيوب الإرادة التعاقدية.

1) -H. Fraisse-Colcombet, « La législation de l'euthanasie aux Pays-Bas », RD sanit. soc., 2000, pp. 322.Y ؛ Kenis, « La législation sur l'euthanasie aux PaysBas », J.T., 1995, pp. 176-177.

ب- أن يكون الرضا متبصراً لكل الملابس المحيطة بالحالة الميئوس من شفائها :-

- فلا بد حتى يصح الرضا ، ويكون الطبيب غير مسئول عما يشوبه من عيوب ، أن يتصف بالرضا المتبصر ، وذلك بأن يكون المريض المقبل على إزهاق روحه بوسيلة طبية ، عالماً ومدركاً بأن الموازنة بين إنهاء الحياة في ظلال الآم لا يطبق تحملها بسبب مرض لا أمل في شفائه ، وبين إنهاء حياته ووضع حداً لهذه الآلام ، قد رجحت إنهاء الحياة على البقاء فيها مع عذاب شديد ودائم .

ج- أن يكون الرضا محمولاً على المشروعية القانونية :-

- فعلى الرغم ، من مشروعية القتل الرحيم و الانتحار بمساعدة في القانون البلجيكي والهولندي ، إلا أن مسئولية الطبيب قد يكون لها مجال خصب من التطبيق ، إذا تخلف لديه شروط الحصول على الرضا المشروع من المريض الميئوس منه ، فإذا كان الرضا محمولاً لتحقيق عمل يخالف القانون أو يتعارض مع الغاية التي من أجلها تم تقنين عملية القتل الرحيم^(١) ، كان الرضا باطلاً يحقق مسئولية الطبيب الذي شارك أو أنفرد بالحصول عليه ، وذلك كأن يستغل الطبيب الحالة الميئوس منها ويدفع المريض لتقديم طلب القتل الرحيم إليه بغرض أن تمكين زوجته وأولاده من الحصول على قيمة وثيقة تأمين على الحياة خاصة بالمريض ، ففي هذه الحالة ، وإن كان الرضا الصادر عن المريض حراً ومتبصراً ، فضلاً عن أن الغاية التي من أجلها وافق المريض على إنهاء حياته تتسم بالمشروعية والنبيل لكونه كان يستهدف إثراء زوجته وأولاده بقيمة وثيقة التأمين على حياته ، إلا أن الرضا هنا قد

1) -Sotieta Ngo : Etat de la question , Depenalisation de L'euthanasie , 10 ans après , Fe'de'ration Wallonie, Bruxelles, 2012,p.8

جاء مفتقداً للمشروعية القانونية التي من أجلها تم تنظيم القتل الرحيم بقانون خاص، يهدف إلى معالجة أوضاع مرضية مینوس منها ، بحيث لا يتحقق للقتل الرحيم غايته التشريعية ، إلا باستهداف إنهاء الآلام وليس لتحقيق غايات أخرى غير مشروعة أو قصد بها أمور تخالف القانون .

- ونعتقد أن مشروعية الرضا ترتبط بمقتضيات الضمير المهني للطبيب ، الذي يجب أن يعتد به وهو يمارس واجباته في نطاق القتل الرحيم ، حيث اشترط البعض وجوب الالتزام بمعايير الشفافية والأفصاح لأنهما يحققان قدراً كبيراً من المشروعية (١) في ظلال شعور الطبيب الأنساني وضميره المهني الذي يفرضه عليه أنه بصدد إنهاء حياة إنسان.

ثالثاً:- نطاق التزام الطبيب بالحصول على الرضا الموجب لقيام خطأه عند انتفاء الحصول عليه:-

أ- إخلال الطبيب بالحصول على رضا المريض وهو في حالة وعي وإدراك :-

- الأصل في عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، أن يحصل الطبيب على الموافقة الكتابية للمريض وهو في حالة وعي وإدراك كاملين ، لأن الأصل في الرضا هو افتراض صدوره عن الشخص المعني بالأمر شخصياً ، شريطة أن يكون وضعه الصحي وأهليته القانونية تسمحان له بالكشف عن إرادته وقبوله بصورة قانونية ترتب أثارها الصحيحة ، لذلك يُسأل الطبيب الذي يمارس القتل الرحيم ، إذا لم يتحصل من الأصل على موافقة المريض ، كما يصبح مخالفاً بالتزاماته التعاقدية إذا حصل على موافقة المريض وهو مغيباً عن الوعي والإدراك ، أو إذا كان المريض

1) H. Leenen, op. cit. (note 29), p. 303.

في حالة مرضية معينة إن لم تصل لفقدان وعيه وإدراكه فقداً كلياً ، إلا أن إنما صدر عنه الرضا وهو في حالة يأس وقتوت من مرضه أو يكون مصاباً بآلام وقتية شديدة لم تمكنه من إبداء قبوله الحر المستنير في ظروف طبيعية ، وعندئذ وفي جميع الحالات السابقة ، لا يكون العمل الطبي الذي يستهدف إزهاق الحياة للرحمة عملاً مباحاً ، لعدم استيفاء الرضا الحر في ظلالة حالة تتمتع بوعي وإدراك كاملين .

ب- إخلال الطبيب بواجب الحصول على رضا المريض من خلال من ينوب عنه في حالة فقدانه الوعي المتوقع :-

- نص القانون البلجيكي على حالة خاصة من حالات القبول بالتدخل الطبي لإجراء القتل الرحيم ، وهي حالة ما إذا كان المريض فاقداً للوعي الكامل ، حيث منح القانون البلجيكي المريض الذي يشعر أنه مقبل على حالة مرضية ميؤوس منها ، أن يفوض كتابياً شخص آخر أو أكثر من شخص ، لإبداء الموافقة نيابة عنه لإزهاق روحه ، عند دخوله في حالة فقدان الوعي والإدراك بسبب هذا المرض ، وقد حدد القانون البلجيكي المدى الزمني لصلاحيه هذا التفويض المكتوب ، وذلك بمدة خمس سنوات تبدأ من تاريخ تحرير هذا التفويض وتسجيله في السجل الخاص بالمريض ، ويحق للشخص المفوض أن يحل محل المريض في إصدار الرضا بالقتل الرحيم خلال هذه المدة .

- وعلى هذا المقتضى القانوني ، يصبح الطبيب مخرلاً بواجب الحصول على رضا المريض المتبصر في عدة صور ، من بينها قيام الطبيب بإزهاق روح المريض الميؤوس من شفائه والمصاب بفقدان الوعي دون الحصول عن رضا الشخص الذي فوضه بالقبول نيابة عنه في إجراء موت الرحمة ، كما يكون الطبيب مقصراً إذا ما أجرى إزهاق الروح قبيل التحقق من وجود الأذن بالتفويض الصادر عن المريض

فأفد الوعى والإءراء مع الأءءق من ءوافر شرط الكءابة والأءسءل لأءلك الأءفوىض ، وأءىراً ىصء الطىب مسئولاً ، إذا أءرى عملفة القءل الرءم بناءً على موافقة المفوض بالقبول عن المرىض إذا كان هذا الأءىر قد زالت عنه حالة فقءان الوعى والإءراء فى وقء ءصول الرضا من الناءب ، كما ىكون مسئولاً فى حالة أءنفىء موء الشفقة بناءً على موافقة صءىءة من الناءب عن المرىض ولكن موافقة قد ءائء بعء مرور ءمس سئواء الأى ىكون الأءفوىض ءىر صالح بعء فواءها .

الفءر الأاء

إءلال الطىب المءمءل فى ءرق سرفة المرىض المىؤس منه .

ىءءر إءزام الطىب بءفظ أسرار المهنة من أكثر الإءزاماء الأصاقاً بواءباء الطىب الأخلاقفة والإنسانفة على السواء ، وىشمل السر المهنى كل ما ىراه الطىب وىسمعه وىفهمه أو كل ما ىؤءمن علیه ءلال أءانه لمهنءه ، كما ىءءر ءمن الإءزام بالسر الطبى الءفاظ على سرفة البطافاء السرفرفة وءائق المرضى الموجودة بءوزة الطىب .

وؑنى عن البىان أن طبفة ممارساء القءل الرءم والإءءار بمساءءة أءلقى بظلالها ءصوصفة شءفة فى نطاق الإءزام بالسرففة ، إذ الأمر مءلق بالطرففة الأى ىءوفى بها إنسان ءى وهذا ما ىفرض على الطىب إءزاماً ءلقياً بعءم إفشاء الأسرار المءعلقة بءمىع المراءل الإءرانفة والطبفة الأى أءسفر فىها عملفة القءل الرءم ، وقد عنى المشرع البلءىكى بهذا الأمر ءوهرى ، ولم ىءركه لأءءفر الطىب وإءلاقیاءه المهنة الشءصفة ، لكنه قد قررره بصرفء النص فى المادة ١٢ من قانون الموت الرءم ، الأى ىءظر بمءقءاضها على أى شءص أىاً كانت صفةه أو ءوره فى ءمال القءل الرءم وما ىءرى بشأنه من أءراءاء وما ىأءء بصدءه من قرراءاء وفءوصاء ، أن

يفشى سراً أو معلومة التي استطاع الحصول عليها بحكم مهنته ، وطبيعي أن يكون الطبيب هو من أول المكلفين بهذه الالتزام ، بوصفه المهني المحترف الذي يفرض وجوده بصورة أساسية لما هو موكول إليه من اتخاذ القرارات والفحوص الجهرية بخصوص الحالة الطبية الميئوس منها. (١)

المطلب الثاني

الأخطاء المتعلقة بمخالفة الأصول الفنية للأعمال الطبية .

- وينقسم هذا المطلب إلى الفرعين الآتيين :-

الفرع الأول :- خطأ الطبيب القائم بعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة في مرحلة التشخيص .

الفرع الثاني :- خطأ الطبيب الموجب المسؤولية في مرحلة تنفيذ القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

الفرع الأول

خطأ الطبيب الموجب لمسئولته المدنية في مرحلة تشخيص

المرض الميئوس منه .

- هناك اتجاهين يتنازعان تحديد نطاق العمل الطبي ، أحدهما يرى أن هذا النطاق يجب أن يبقى مقصوراً على مرحلة العلاج (٢) ، بينما يذهب الاتجاه الموسع إلى تعميم

(١) أنظر المادة الثانية عشر من قانون القتل الرحيم الصادر بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م .
(٢) د. رمضان جمال كامل ، مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية ، المركز القومي للإصدارات القانونية ، مصر ، القاهرة ، ٢٠٠٥م، ص٢٣ .

مفهوم الأعمال الطبية لتشمل جميع مراحل الفحص والتشخيص والعلاج (١) ، لكن هذه الاتجاهات تتفق فيما بينها على أن الأعمال الطبية يجب أن يمارسها رجل متخصص في علوم الطب والصحة ، لذا فيشترط فيمن يزاول هذه الأنشطة أن يكون طبيباً متخصصاً في نوعية الأمراض التي يمارس عملية لفحص والعلاج بصدها .

وتطبيقاً لذلك ، فإن من يُجرى القتل الرحيم وعملية التشخيص يجب أن يكون طبيباً ، كما يجب أن يكون مستقلاً في عملية التشخيص ، حيث يستفاد ذلك من نصوص القانونين البلجيكي والهولندي ، بل إن البعض قد اشترط في هذا الطبيب أن يكون مختصاً بدراسة وعلاج نوع المرض الميئوس منه ، ونعتقد أن ذلك أمراً بديهياً لكونه الطبيب الأقدر على تشخيص المرض بكونه مستعصياً على طرق العلاج ومن ثم لزم أن يكون محترفاً في إستخلاص إصابة المرضى بهذه الأوبئة وهذا لن يأتي إلا من طبيب متخصص وبارع فيما أصيب به المريض المراد إزهاق حياته لدوافع الرحمة.(٢)

- ويعرف التشخيص الطبي بأنه الجزء الأولي من العمل الطبي الذي يهدف إلى تحديد طبيعة المرض ووضعه في الإطار الطبي المحدد له ، ويُعتبر التشخيص المرحلة الأولى من مراحل العلاقة الطبية بين الطبيب والمريض ، ويُعد من أوجه الأعمال الفنية الدقيقة التي يقوم بها الطبيب بما يستوجب عليه فيها من توخي الدقة والحذر

(١) د. سمير عبد السميع الأودن ، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مدنياً وجنائياً وتأديبياً ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، عام ٢٠٠٤ ، ص ١٢ .

2)P. Cras et Th. Vansweevelt, op. cit. (note 76), p. 452.

الشديد فيه ، وأن يستعمل كل ما يتاح له من إمكانيات علمية لتشخيص الحالة تشخيصاً دقيقاً يعتمد على وسائل وأساليب الطرق الحديثة^(١) .

ولا جرم فإن مسؤولية الطبيب يجب أن تقوم إذا كان التشخيص الذي قام به يشكل جهلاً واضحاً بأبسط المبادئ الأولية لعلوم الطب والصحة والتي يمكن اعتبارها الحد الأدنى المتفق عليه في منظومة المجتمع الطبي بصورة لا يمكن توقع جهل الطبيب بها^(٢) .

- بيد أنه ، وإن كان الخطأ الجسيم في التشخيص يقيم مسؤولية الطبيب ، إلا أنه وفي سبيل أعمال التوازن بين حماية حقوق المريض ومنح الطبيب الحرية من أجل تطوير العلوم الطبية بواسطة التجريب العلمي ، فقد فرق البعض من الفقه بين الخطأ في التشخيص والغلط في التشخيص^(٣) ، حيث استقر الفقه والقضاء في فرنسا ، على أن الغلط الذي يقع من الطبيب في التشخيص لا يكفي لأن يثير من حيث المبدأ المسؤولية المدنية له ، وفي هذا السياق ، قضت محكمة ليون الفرنسية بحكمها الصادر في الأول من ديسمبر عام ١٩٨١ ، بأن الغلط في التشخيص لا يُعد في حد ذاته خطأ يقيم مسؤولية الطبيب ، إلا في حالة ما إذا كان منطوياً على جهل كبير بأصول العلوم الطبية التي يتوجب على كل الأطباء الإلمام بها ، مع مراعاة التأكد من قيام الطبيب ببذل الجهود الصادقة لإبداء التشخيص الصحيح في ظروف مماثلة^(٤) .

(١) د. عصام عابدين ، الأخطاء الطبية بين الشريعة والقانون ، رسالة دكتوراه ، معهد البحوث والدراسات العربية القاهرة ، عام ٢٠٠٥ ، ص ٥٨ ، د. فائق الجوهري ، أخطاء الأطباء ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٢م ، ص ٦٣ .

(٢) د. محمد حسين منصور ، المرجع السابق ، ص ٥١ .

(٣) د. رمضان جمال كامل ، المرجع السابق ، ص ١٢٥ .

(٤) د. طلال عجاج ، المرجع السابق ، ص ٢٥ .

- ويستهدف الفقه والقضاء من هذه التفرقة ، وضع قواعد منطقية لتقييم خطأ الطبيب في مجال التشخيص ، وذلك لما يعترى العمل الطبي من احتمالات وملايسات لا يمكن معها إثبات خطأ الطبيب في كل حالة معروضة دون التفرقة بين ما يقع فيه من أخطاء لا تغتفر وبين الغلط في التشخيص الذي يدور في نطاق الأخطاء الأنسانية التي يُتوقع حصولها من الأطباء بمختلف درجاتهم العلمية (١) ، لذلك يُشكل فعل الطبيب إخلالاً بالالتزام بالتشخيص الصحيح ، إذا أغفل الاستعانة بالوسائل العلمية المتاحة كالتحاليل والأشعات ، أو إذا مارس طرقاً أصبحت مهجورة في مجال علوم الطب المستقرة ، أو حينما يستخدم آلات ووسائل قديمة لم تعد معمولاً بها منذ وقت طويل ، أو إذا تم التشخيص بصورة متسارعة تنطوي على طيش بين ولا مبالاة ، كما يكون الطبيب مسؤولاً إذا لم يجري استشارة زملائه في تخصصات مترابطة بحالة المريض وتساعد في تشخيص حالته (٢) .

- وفي المقابل فإن الطبيب لا يكون مسؤولاً إذا كان الخطأ في التشخيص راجعاً لترجيح أحد الآراء العلمية ، أو في الحالات التي لا تساعد أعراض المريض الظاهرة فيها على إبداء التشخيص الملائم (٣) ، كما لا تقوم مسؤولية الطبيب إذا أجرى التشخيص في نطاق الحالات المستعجلة والإجبارية ، أو في الحالات المرضية التي لم يتوصل

(١) د. عبد الرشيد مأمون ، المسؤولية المدنية للأطباء من أعمالهم الطبية ، الطبعة الثانية مطبعة عبير للكتاب ، القاهرة ، عام ١٩٩٦م ، ص ٢١٣ .

(٢) د. عصام عابدين ، الأخطاء بين الشريعة والقانون ، مع السابق ، ص ٦٢ ، د. جاسم على سالم ، مسؤولية الطبيب والصيدلي ، المؤتمر العلمي السنوي لكلية الحقوق ، جامعة بيروت ، الجزء الأول ، المسؤولية الطبية ، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت ، لبنان ، عام ٢٠٠٤ ، ص ٤٠٠٤ .

(٣) د. عبد الرشيد مأمون ، المرجع السابق ، ص ٢١٣ ، د. محمد حسين منصور ، المرجع السابق ، ص ٤٩ .

الطب من الأصل إلى تشخيصها ، أو إذا كان خطأ التشخيص راجعاً لإدلاء المريض بمعلومات كاذبة ضللت الطبيب عن التشخيص السليم (١).

- وعلى الرغم من أن التفرقة السابقة بين الخطأ والغلط في التشخيص تتماشى مع مبادئ المسؤولية المدنية للطبيب وتصيغ إخلالاته في مجال التشخيص بطريقة متوازنة تتفق مع العقل والمنطق و تؤكد خصوصية طبيعة مهنة الطب عموماً وما يكتنفها من مخاطر ، إلا أننا نرى أن هناك معوقات تحول بين أعمال هذه التفرقة حيال التشخيص الطبي المتعلق بحالات القتل الرحيم، حيث نرى وبحق أنه يجب أن تبقى فيه مسؤولية الطبيب مشددة تقوم على فكرة افتراض إخلاله الموجب لمسئوليته في كل حالات الخطأ أو الغلط في التشخيص ، حيث ما زالت الخطورة الكبيرة الناتجة عن احتمالات إزهاق روح إنسان حي تفتح الأفاق لإبراز خصوصيات جديدة لمسئولية الطبيب عن القتل الرحيم ، وفي ضوء هذه المسؤولية المشددة التي ننادى بها في هذا المجال ، يرى البعض أنه لا يجوز للطبيب أن يلغى بناءً على طلب المريض فحوصاً طبية كان قد قرر إخضاعها له لاستكمال عملية التشخيص التي تكشف عن طبيعة المرض الميئوس منه ، فضلاً عن أن تقدير المعاناة التي يتعرض لها المريض و عما إذا كانت شديدة لا تطاق أم غير ذلك يجب أن يتم من خلال فريق طبي يعاون الطبيب الرئيسي (٢) وذلك بغرض تمكين الطبيب من تحديد التشخيص الصحيح الذي تقوم به مسئوليته عن الخطأ الجسيم أو الغلط فيه على حد سواء .

(١) د. رمضان جمال كامل ، المرجع السابق ، ص ١٢٣ .

(2) M. Möller et R. Huxtable, « Euthanasia in the Netherlands : the case of 'life fatigue' », New Law Journal, nov. 2001, p. 1601; J. De Haan, op. cit. (note 98)

- ويمكن استجلاء هذه السمات المميزة لخطأ الطبيب في مجال التشخيص ، من ثانياً نصوص قانون القتل الريحم في بلجيكا وهولندا ، التي تكاد تُجمع على قيام التزامات شديدة الوطأة على عاتق الطبيب المتولي لعملية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، ولا شك فإن أهم هذه الالتزامات هي ما يتعلق منها بمرحلة التشخيص الذي يجب أن ينصب على نتيجة محددة لا يمكن تصور غيرها ، وهي تشخيص حالة المريض بأنها مبنوس من شفانها بدرجة لا تقبل الاحتمالات التقديرية أو التأويلات العلمية ، أي يجب أن يثبت الطبيب حتى يدفع خطأه الطبي في مجال التشخيص ، أن الحالة التي يعاني منها المريض تواجه عجزاً عن الاستشفاء منها و أن جميع وسائل الطب المتطورة ومكتسباته العلمية قد فشلت في وضع حداً للخلاص من المرض على نحو يأس فيه الطبيب والفرق الطبية الاستشارية المعاونة له يأساً لا رجعة فيه جعلهم يقررون وهم في منتهى القناعة الطبية وبمقتضى جازم من الضمير الإنساني أن يزهقون حياة إنسان طالت معاناته واشتدت آلامه الجسدية والعقلية على نحو لا يُطاق بصورة يصبح فيها الموت أرحم بالمريض من الحياة .

- ومن أجل ذلك ، فلا مجال لتطبيق ما استقر عليه الفقه والقضاء ، في مجال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، من التفرقة بين خطأ الطبيب غير المغتفر وبين الغلط في التشخيص ، لأن إخلال الطبيب - ولو كان محصوراً في درجة الغلط - في أعمال القواعد العلمية المتطورة كي يصل إلى التشخيص السليم لحالة اليأس المهيمنة على مرض المقتول بدافع الشفقة ، يؤدي إلى نتيجة لا يمكن تداركها وهي الوفاة دون وجه حق ، حيث لا تُفلح وسيلة علمية في إحياء الموتى وما تُلحقه من أضرار جسيمة على المستويين الإنساني والمادي ومن ثم لزم مسائلة الطبيب عن كل من الخطأ والغلط في التشخيص دون ترتيب النتائج التقليدية للتفرقة بينهما .

- أما بالنسبة للضوابط التي تحدد حالات القصور في التشخيص، فقد نص القانون البلجيكي الصادر بتاريخ ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م، على ضابطين يسهمان في اعتبار المرض محل الفحص داخلاً في إطار المفهوم الطبي للأمراض التي يمكن إنهاء الحياة بسبب الإصابة بها، ويتلخص هذين الضابطين، في أن يكون المرض خطيراً وغير قابل للشفاء، أي يجب أن يكون المريض في " حالة ميؤوس منها طبياً "، والضابط الثاني ينصرف إلى وجوب أن يعاني المريض من الآلام المستمرة التي لا تطاق بسبب هذا المرض غير المرجو شفاؤه، ولتحقيق مناط هذين الضابطين يجب على الطبيب إجراء قبيل الوصول إلى قرار القتل الرحيم جميع الفحوصات التي تساعده في استجلاء التشخيص الحقيقي للمرض وأن يستعمل وسائل الطب المتطورة ويبدل كل المحاولات الممكنة للمساعدة على إزالة الآلام البدنية والنفسية التي يسببها المرض العضال أو على الأقل الحد منها في أضيق نطاق زمني أو جسدي حتى يتوقى إنهاء الحياة بكل وسيلة متاحة، ويجب أن يدرك الطبيب، حتى تنتفى مسؤوليته، أن معيار تقدير المعاناة من الآلام المستمرة يختلف من مريض إلى آخر ولو كانا يشتركان في المعاناة من نوع واحد من أنواع الأمراض الخبيثة، مما يجعله في تروى دائم يتحمل بصدده الحد الأقصى من قدراته لتشخيص توافر حالة المعاناة المستمرة لدى المريض.

- وتجدر الإشارة، إلى إن مفهوم عمل الطبيب في نطاق عمليات القتل الرحيم في بلجيكا (١) هو تدخل الطبيب لأنها حياة المريض عمدياً بناءً على طلب الأخير، وبالتالي يتم استبعاد بعض مسؤولية الطبيب عن التشخيص المتعلق بالقتل الرحيم حتى في نطاق الأمراض المستعصية، وهي الحالات المتعلقة بالتشخيص في نطاق

(١) أنظر في هذا المفهوم نص المادة ٢ من القانون البلجيكي الصادر في ٢٨ مايو ٢٠٠٢ م.

عقد العلاج ، وذلك مثل المريض الذى يموت نتيجة استعمال وسائل علاجية تقليدية تؤدي إلى الوفاة نتيجة عدم تبصر الطبيب أو لعدم اتخاذ الاحتياطات العلمية الواجبة ، كما يخرج عن نطاق القتل الرحيم الموت الذي يتسبب فيه استخدام الأدوية الفعالة التي لها تأثير مباشر على تقصير حياة المريض و الموت الذي يحدث نتيجة استعمال طرق العلاج العدوانية .^(١)

- ويذهب البعض بمزيد من الاحتياط ، إلى أنه فى مجال تحديد مفهوم المرض المينوس منه ، يجب ألا يدخل فى عناصر تحديده درجة تطور المرض بمعزل عن العوامل الأخرى ، لأنه ليس هو المعيار القانونى الذى يبيح تدخل الطبيب على المريض لأزهاق روحه بدافع الرحمة ، فقد يكون الشلل الذى يُصاب به المريض مثلاً لم يتطور منذ فترة كبيرة لكن المريض لا يستطيع أن يتحمّله بكل طاقاته الإنسانية وذلك لما نشأ عنها من آلام مستمرة لا تطاق.^(٢)

(١) وقد استبعدت اللجان الواضحة لقانون القتل الرحيم الصادر في مايو ٢٠٠٢م من نطاق تطبيقه ، حالات أخرى مثل الأمراض النفسية الشديدة ، حيث أجمعت اللجنة على أن المعاناة النفسية المجردة لا يمكن أن تبرر فعل القتل الرحيم بمساعدة طبية ، وأضافت اللجنة لهذه الطائفة من الأمراض حالات الاكتئاب بمختلف صورها ومسبباتها ، ومن ناحية أخرى ، ونظراً لأن القصر لا يستطيعون التعبير عن إرادتهم على نحو صحيح ، فقد قررت اللجان الواضحة للقانون ، استبعاد هذه الطائفة من نطاق تطبيقه بصورة مؤقتة ، لما يثيره إنهاء حياتهم بدافع الشفقة من جدل قانوني واجتماعي كبير ، ارتأت اللجنة لحسم هذا الجدل إرجاء تطبيق تقنين القتل الرحيم بشأنهم ، لما يبدو من الصعوبة بمكان الحصول على موافقة طرف ثالث ينوب عنهم في الموافقة على إنهاء حياتهم ، فضلاً عن تنامي التطورات الطبية وتزايد الاهتمامات المؤسسية في مجال علاج القصر ورعايتهم أكثر منها في مجال البالغين.

2)-P. Cras et Th. Vanswevelt, « Levensbeëindigende handelingen bij niet-terminale patiënten : kanttekeningen bij enkele praktijkgevallen », Rev. dr. santé, 2001-2002, p. 4;

- أما من حيث طبيعة أو تصنيف الأمراض المستعصية التي يمكن أن تنال من الجسد ، فقد تساهم بعض السوابق الطبية في توفير قاعدة لبيانات بعض الأمراض التي استقرت العلوم الطبية على أنها من طبيعة الأمراض الميئوس منها ، وتُضرب الأمثلة على هذه الأمراض ، بالسرطان والتهاب الكبد وفقدان البصر والأيدز والفشل الكلوي المزمن ، وفشل القلب ، وحالات الشلل الرباعي الشديدة ، وغيرها من الأمراض التي عجز الطب عن أن يضع حداً للاستشفاء والبراء منها أو من آلامها التي لاتطاق ، إلا أنه بالنسبة للمعاناة النفسية الناتجة عن هذه الأمراض التي اشتهر عنها بالمستعصية ، فإن الأمر يختلف بالنسبة لكل مريض على حده ، فقد يُصاب أكثر من مريض بذات الداء الجسدي المستعصي على الشفاء ، وفي ذات الوقت تختلف درجة المعاناة النفسية التي قد تصيب كل منهم عن الآخر.^(١)
- كذلك لا يعني تشريع القتل الرحيم في بلجيكا ، إباحة جميع الأعمال الإجرامية التي ينتج عنها إزهاق روح إنسان ، بل إن الأصل الوارد بمقتضى المادة ٣٩٣ من قانون العقوبات البلجيكي ، هو إنزال عقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة لكل من يرتكب فعلاً مادياً يؤدي إلى الموت و يقصد به الفاعل التسبب في الوفاة.

¹⁾-H.R., 24 décembre 2002, Brongersma, <http://www.rechtspraak.nl/uitspraak,et> «H. Leenen, op. cit. (note 29), pp. 332-334; «M. Möller et R. Huxtable, «Euthanasia in the Netherlands : the case of 'life fatigue' », New Law Journal, nov. 2001, p. 1600; J. De Haan, op. cit. (note 36),

الفرع الثانى

خطأ الطبيب الموجب لمسئوليته المدنية في مرحلة تنفيذ عملية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة

- بعد أن يُجري الطبيب التشخيص المناسب في نطاق عقد العلاج الطبي ، تأتي مرحلة العلاج ، التي يتمتع فيها الطبيب بحرية واسعة في اختيار الطريقة المناسبة للشفاء من المرض ، وقد استقر القضاء في فرنسا على تكريس حق الطبيب في اختيار سبل العلاج التي يبدو له انها الطرق العلمية الصحيحة والملائمة للحالة المرضية التي قام بتشخيصها من ذي قبل (١).
- إلا أن الطبيب يُسأل إذ لم يتجنب الطرق الخطرة للعلاج ، أو إذا استعمل طرقاً غير مقبولة لم تحقق نتائج ايجابية سابقة ، أو إذا استعمل وسائل لها آثار جانبية ومضاعفات ضارة بالمريض ، أو استعمل طرقاً وهمية ، أو طريقة غير مناسبة تماماً لحالة المريض ، وبصفة عامة يجب على الطبيب أن يتحرى اليقظة والحذر في استعمال الوسائل المناسبة للعلاج وأن يجري موازنة دقيقة مقارنة بين مخاطر العلاج وطبيعة المرض (٢).
- وتقوم اعتبارات تنظيم القتل الرحيم بقوانين خاصة على المبدأ الخلقى الذي كان من إفرزات البحث عن تشريع الحق في الموت بكرامة ، وكان ذلك هو أحد مظاهر تطبيق فكرة الرحمة في صورة قانون يُشفق على المرضى الميئوس من حياتهم

(١) د. عدنان إبراهيم سرحان ، مسؤولية الطبيب المهنية في القانون الفرنسي ، المؤتمر العلمي السنوي – كلية الحقوق ، بيروت ، الجزء الأول ، المسؤولية الطبية ، منشورات الحلبي الحقوقية ، لبنان ، ٢٠٠٤ م ، ص ١٦٢ .

(٢) د. محمد حسين منصور ، المرجع السابق ، ص ٤٥ ، د. طلال عجاج ، المرجع السابق ، ص ٢٦٩ .

حيال آلام لا تطاق من مرض عضال ، إذ ليس من المقبول إنسانياً ترك مريض يعاني معاناة غير مسبوقه من آلام جسدية ونفسية ، مع التيقن من أن جميع المكتسبات العملية والوسائل المتطورة فى مجال الطب والصحة قد عجزت عن تحقيق الشفاء لحالته وأصبح ميئوساً من علاجه فى المستقبل من ذلك الداء العضال الذي أصاب جسمه بصورة لا تنفك عنه ، ومن هنا تصور كل من المشرع البلجيكي والهولندي ، أن إنهاء الحياة أصبح هو الحل الوحيد لإزالة هذه الآلام ورفع المعاناة التي عجزت الوسائل الطبية عن إزالتها أو حتى التخفيف منها .

- ولئن كان الموت يشكل الرحمة من المرض الفتاك والمعاناة التي لا تطاق ، فإن تنفيذ عملية القتل الرحيم ، يجب أن يهيمن عليها - في رأينا - إعتبارت الرحمة كذلك ، لأنه ليس من المقبول منح المريض حق الهروب من المرض الفتاك بالموت الرحيم، ثم يُجرى الطبيب عملية القتل بوسائل عنيفة أو موجهة ومؤلمة ، لذلك فإن الرحمة التي تُبرر فعل القتل وتشكل الركيزة الأساسية لإباحة العمل الذي يقوم به الطبيب ، يجب أن يقابلها رحمة أخرى تحيط بعملية تنفيذ القتل الرحيم ذاتها وإلا فقدت المسألة الحكمة من تشريعها .

- ويرى البعض أنه وإن كان قانون القتل الرحيم فى هولندا وبلجيكا ، قد أغفل النص على الوسيلة التي يجب أن يستعملها الطبيب لتنفيذ عملية القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة ، إلا أن استخدام هذه الوسائل يجب أن يُحاط بضوابط صارمة وأنه يُفضل الاتفاق على وسائل معينة ترفع المسؤولية عن الطبيب الذى يمكن أن ينفذ العملية بشكل سئ إذا لم يكن هناك وسائل معقولة للتنفيذ (١) ، وأن المتبع فى هذه الحالات هو استخدام طرق للتخدير الذى يستحث الموت ، أو استعمال حقنة قاتلة ، أو تسليم

1) Y.-H. Leleu et G. Genicot, Le droit médical, précité, p. 19-20, n o 14.

المريض عقاراً يتجرعه بالفم ويؤدي لوفاته ، ويجب على الطبيب بصورة عامة أن يُسجل طريقة أزهاق حياة المريض في سجله الخاص به.^(١)

- وبالتالي يتحقق إخلال الطبيب عند استعماله وسائل عنيفة في إزهاق حياة المريض المينوس منه ، كما يقوم خطأه إذا استخدم جرعات كبيرة من العقاقير تسبب آلاماً شديدة قد ترفع من درجة المعاناة الجسدية و النفسية للمريض قبيل وفاته ، وأخيراً يُسأل الطبيب عن الإخلال المتمثل في استعمال وسائل وطرق لإحداث الوفاة ينتج عنها إطالة المدى الزمني بين استعمالها وبين حصول الوفاة مع ما تخلفه هذه الوسائل من آلام للمريض الذي يعاني أصلاً من آلام بالغة ، كما تنصرف صور الإخلال إلى حالة ما إذا أخفق الطبيب في إنهاء الحياة بواسطة عقار فشل في إزهاق الروح ، مما أدى إلى إعادة تجريب وسائل أخرى على المريض حتى يتوفى ، وهو ما يفرض بطبيعة الحال إلى إصابته بمعاناة نفسية كبيرة ، حيث يعجز المريض عندئذ عن الحياة مع الألم ويعجز الطبيب عن إزاحة ذلك الألم بالقتل الرحيم ، وبالتالي يتحقق خطأ الطبيب في الإخلال بالالتزام بإحداث الوفاة بوسيلة فعالة ومريحة وغير مؤلمة لتحقيق مقتضيات الرحمة العاجلة .

- وفيما يخص وضع الطبيب في حالة صرف روثة طبية تتضمن عقارات قاتلة بهدف تعاطيها لأحداث الوفاة بدافع الرحمة ، وهذه الحالات تتعلق أكثر بحالة الانتحار بمساعدة طبية التي يقوم فيها الطبيب بدور الشخص الذي يمد المريض بالمعلومات والوسائل والعقاقير التي تؤدي إلى وفاته ولتحقيق رغبته في الانتحار بنفسه دون إشراف الطبيب ، فإن المشرع البلجيكي وفيما يتعلق بالمسئولية الطبية للصيدي ،

¹⁾ L. Kater, « Interactions between ethics and law in the Dutch debate about euthanasia », « Congrès mondial de droit médical, Maastricht, 2002, vol. II, p. 23-24.

قرر إعفاء الصيدلي الذي يتولى تقديم المنتجات الطبية لإجراء عمليات القتل الرحيم من المسؤولية القانونية ، شريطة استيفاء وصفة طبية ، صادرة عن الطبيب المختص بإجراء القتل الرحيم ويتضمن إقرار الطبيب بأنه استوفى كل متطلبات الضوابط المنصوص عليها بالقانون رقم ٢٨ مايو ٢٠٠٢م بشأن إجراء عملية القتل الرحيم ، وبذلك تنتفي المسؤولية المدنية للصيدلي ، بمجرد إثبات حصوله على وصفة طبية لصرف المنتجات القاتلة وفقاً للقواعد القانونية والمتطلبات الطبية السارية.^(١)

المطلب الثالث

الأخطاء المرتبطة بمخالفة القواعد الإجرائية والتنظيمية لممارسة

عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة.

- في بعض أنواع التدخلات الطبية ، قد تفرض الأصول المهنية ، على بعض من طوائف الأطباء ، الالتزام باتخاذ إجراءات طبية سابقة للتدخل على جسم المريض بالعلاج ، وذلك مثل الجراح الذي يتعين عليه قبل إجراء الجراحة أن يخضع المريض للفحوص المسبقة ، وأن يطلع على كافة المعلومات الضرورية المتعلقة بالحالة، وأن يستشير زملائه في جميع التخصصات المتعلقة بالجراحة التي يُقدم عليها قبيل إجرائها ويستوثق بنفسه من تعقيم جميع الأدوات الجراحية وغرفة العمليات ، ويطلق على ما

(١) أنظر مواد القانون البلجيكي الصادر بتاريخ ١٠ نوفمبر ٢٠٠٥م ، والمكمل لقانون القتل الرحيم الصادر بتاريخ ٢٢ مايو ٢٠٠٢م.

سبق بأنه مجموعة من الإجراءات الاحتياطية التي يجب على الطبيب الجراح استيفائها في مرحلة سابقة لإجراء العملية الجراحية^(١).

- وعلى ذات المقتضى السابق ، صاغت القوانين المقارنة ، سلسلة متوالية من الإجراءات التنظيمية الواجب إتباعها خلال مراحل إتمام القتل الرحيم^(٢) ، وكان الغرض من سن هذه الإجراءات ليس مجرد اتباع إجراءات شكلية لا طائل منها ، لكن غاية هذا التنظيم الدقيق يمكن استجلانه من مطالعة النصوص التي انتظمت هذه الإجراءات ، حيث يتبين أن تنظيم عملية القتل الرحيم قصد به وضع ضوابط صارمة وإحتياطات شديدة تضمن مرور عملية القتل الرحيم في حلقات من الضمانات القانونية الأجرائية التي تؤدي إلى حفظ حياة المريض المعقود معه إتفاقاً على القتل بدافع الرحمة ، حيث اشترط المشرع البلجيكي على الطبيب الرئيسي بالحصول على الموافقة الكتابية للمريض وأن يستودعها في السجل الطبي الخاص به كما ألزمه القانون باستشارة طبيب ثانٍ يؤكد له ما يعتري حالة المريض من يأس وقنوت لا يرجى معه الأمل في شفائها ، وفي مرحلة أخرى ، يجب على الطبيب الاستعانة بأهل الطب من التخصصات النفسية والعصبية لفحص الحالة إذا استلزم الأمر ذلك ، وفرض القانون أخيراً على الطبيب عرض الحالة المينوس منها وما يرافقها من جميع الاستشارات على لجنة الرصد والتقييم لتقدير وضع المريض واتخاذ قراراً نهائياً بشأنه ، مع ضرورة إرفاق

(١) د. رمضان جمال كامل المرجع السابق ، ص ٢٠٢ ، د. طلال عجاج ، المرجع السابق ، ص ٢٨٠ .
د. حسن الأبراش ، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية في التشريع المصري والمقارن ، المرجع السابق ، ص ٢٩٩ .

(٢) أنظر في هذه الإجراءات بالتفصيل :-

Yves-Henri LELEU ، Gilles GENICOT ، L'EUTHANASIE EN BELGIQUE ET AUX PAYS-BAS Variations sur le thème de l'autodétermination ,p. 47 .
www.rtdh.eu/pdf/20045.pdf.

جميع المستندات والوثائق والاستشارات في ملف المريض الطبي ، ولا شك فإن مخالفة الطبيب لأي من هذه الالتزامات الإجرائية أو التنظيمية يجعل مسلكه موصوماً بالإخلال الطبي في مجال القتل الرحيم ، وذلك لأن تلك الإجراءات تمثل صوراً من أشكال الحماية الموضوعية الفعالة لإزهاق الروح لدواعي الرحمة ، وتصنع هذه الاشتراطات الإجرائية قيوداً من الرقابة على هذه المستحدثات المقننة ، لنلا يُستغل تشريع القتل الرحيم لتحقيق مآرب أخرى لا تمت لدوافع الرحمة بصلة ، ولضمان عدم ممارسة هذا العمل لتنفيذ أعمال غير مشروعة (١) تحت مظلة التذرع بالمشروعية القانونية التي تجيز إنهاء الحياة بدافع الشفقة بمقتضى قوانين خاصة.

(١) ويذهب بعض الفقه من أن عرض السجل الخاص بالمريض على اللجنة الاتحادية للرصد والتقييم التي قد تحيل الملف للنائب العام مقصود به التحقق عما إذا كان يشتهب في ارتكاب جريمة جنائية أو أمر غير مشروع يتعلق بملايسات الشروع في إزهاق روح المريض.

.H. Leenen, op. cit. (note 29), p. 353 -

الخاتمة

- فى ختام هذه الدراسة ، يمكننا استجلاء خلاصتها القانونية فى النتائج والتوصيات الآتية:-

١- القتل الرحيم أو القتل إشفافاً موضوع هذه الدراسة ، هو إنهاء لحياة عليل ميؤس من شفاؤه طبياً بناء على إحاحه الصريح أو إحاح من ينوب عنه يقوم به الطبيب بدافع الرحمة.

٢- انقسمت الآراء حول القتل الرحيم بين مؤيدين ومعارضين ، حيث يرى المؤيدين أنه يحقق مصلحة المريض الذي يعاني من الآلام الجسدية والنفسية التي لا يطيق تحملها، وأنه قد يكون هناك مصلحة لدى أسر هؤلاء المرضى أو بعضهم فى إنهاء حياتهم ، لأسباب عدة ، منها عدم قدرتهم على الاستمرار فى علاج المرضى الميؤس منهم بسبب ارتفاع تكاليف العلاج ، وبأنه من الواجب أن يتخلص المجتمع من العناصر الطفيلية والضارة كمرضى الإيدز وغيرهم ممن يشكلون خطراً كبيراً على المجتمع.

٣- إلا أن المعارضين يركزون حججهم على أن القتل الرحيم يحط من كرامة المريض ، وقد يكون محلاً لاستغلال الدولة بقصد ضغط الأنفاق الصحى ، وأنه قد يقلل من الثقة بين علاقة الطبيب والمريض ، ويؤدى إلى استغلاله لقتل الأطفال وضعاف العقول والمجانين ، وأن هناك كثيراً من التعريفات للأمراض المستعصية والآلام التي لا تطاق والتنبؤ بنهاية الحياة واليأس قد يكون مستحيل قياسها أو تحديدها بدقة ، إلا أن فعل القتل الرحيم محرم شرعاً ، وتنصرف أدلة تحريمه من القرآن والسنة ، ويستثنى من ذلك حالة رفع أجهزة الانتعاش الصناعى من المريض الذى يموت فيه جذع المخ.

٤- إن أول دولتين في العالم أقرتا قانوناً خاص يجيز الموت الرحيم في الحالات المستعصية، هما هولندا في عام ٢٠٠١، وتبعتها بلجيكا في عام ٢٠٠٢. حيث شرّعت البلدين الموت الرحيم بموجب قوانين تتضمن شروطاً قاسية لتطبيق القتل الرحيم، أهمها توافق رأي طبيبين على أنه لا أمل في شفاء المريض، ومعاناته آلام مبرحة وعذابات قسية لا مبرر لها، وطلب المريض مراراً إنهاء حياته، وضرورة خضوع الأطباء لإشراف لجان إقليمية مؤلفة من قضاة وأطباء، مكلفة السهر على احترام الشروط القانونية والتأكد من توافرها.

٥- في ظلل تشريع القتل بدافع الرحمة تحول دور الطبيب إلى ممارسات خطيرة على حياة المريض بعدما كان يعلب دوره الأساسي في الحفاظ عليها، وقد أفرز ذلك انعكاسات جوهرية على مسؤوليته المدنية، حيث إن الخطورة التي تحيط بعمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة، جعلت بعض التزامات الطبيب مرتبطة بتحقيق نتيجة معينة خلافاً لعقد العلاج الطبي، فضلاً عن إلزام الطبيب بممارسة واجباته المهنية والأخلاقية والعملية بصورة أكثر تشدداً وتحوطاً ويقظة من ممارسته للأعمال الطب التقليدية.

٦- إن طبيعة المسؤولية المدنية للطبيب في التشريعات المانحة للحق في الموت بكرامة ورحمة، تتحدد في الطبيعة العقدية التي يدل عليها من القانون البلجيكي بروز دور الإرادة التعاقدية لكل من الطبيب والمريض واشتراط موافقة المريض كتابياً في مرحلة الاتفاق على القتل الرحيم، مع قدرة الطرفين على التراجع عن إنهاء الحياة في أي وقت قبيل تنفيذه. مع التزام الطبيب وفريق العمل بأخبار المريض بنتائج التشاور المشترك وتبصيره بحالته المرضية، وتمكينه من أن يتواصل بالمناقشة مع أي جهة طبية أو غير طبية، وأن تسجل جميع نتائج التشاور في ذلك المريض الذي يملك الأطلاع عليها سواء أشارك فيها أم لم يشارك

، وذلك يدل في مجملته على استتالة المدى الزمني لعلاقة المريض بفريق العمل الطبي مع ما يتضمنه ذلك من تشاورات متبادلة وهو ما يكشف عن إرادة تعاقدية متبادلة تسبغ فكرة العقد على الاتفاقات التي تبرم بشأن القتل الرحيم.

٧- إن عقد القتل الرحيم أو الانتحار بمساعدة طبية ، هو عقد خاص ذو طبيعة وسمات مستقلة تميزه عن غيره من العقود التي قد تتشابه معه كعقد العلاج الطبي أو الوكالة والمقاولة والعمل ، وتتمثل خصائص عقد إنهاء الحياة ، بأنه عقد ملزم للجانبين ، ويقوم على عنصر الاعتبار الشخصي وأنه عقد مدني تنشئ التزامات ذات طبيعة مدنية ، كما أنه أخيراً يعتبر من عقود المدة.

٨- لكن مسؤولية الطبيب عن أعمال القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية ، وفقاً لحكم التشريعات المانعة لهذا العمل الطبي المنهي للحياة ، لا يمكن اعتبارها مسؤولية عقدية ، وذلك لكونها تشكل عملاً إجرامياً يعاقب عليه بعقوبة جزائية ، فإذا كان الأصل في مسؤولية الطبيب أنها ذات طبيعة عقدية ، إلا أنه في الحالات التي يشكل فيها فعل الطبيب عملاً جرمياً يخالف قانون العقوبات ، فإن مسؤوليته تكون ولا محالة مسؤولية تقصيرية مصدرها الحظر القانوني الذي يرتب جزاءً جنائياً ، ومن ثم ينتفى عن عمل الطبيب صفة المشروعية والأباحة التي تبرر تدخله الطبي على جسد المريض ، ويتنفي معها بالتبعية فكرة وجود علاقة عقدية بينهما ، وما يمكن تصور أبرامه من اتفاقيات في هذا الشأن بين الطبيب والمريض المينوس من شفائه ، يكون محمولاً على البطلان بسبب تخلف المشروعية عن كل من ركن المحل وركن السبب.

٩- فيما يتعلق بطبيعة مسؤولية الطبيب المدنية عن رفع أجهزه الانتعاش الصناعي عن المريض فاقد الوعي ، فإننا نرى أنها مسؤولية عقدية وليست مسؤولية تقصيرية ،

ويرجع ذلك لأن القانون المصرى كغيره من الغالبية العظمى للقوانين ، لم يجرم فعل الطبيب الذى يقوم برفع أجهزة الأنعاش الصناعى للدورة الدموية والتنفسية ، ومن ثم يصبح عمل الطبيب بمعزل عن مخالفة المشروعية الجنائية التى تجعل من مسئولية الطبيب تقوم وفق المفهوم التقصيرى ، ومن ناحية أخرى ، فإن قيام الطبيب برفع أجهزة الأنعاش الصناعى عن المريض فاقد الوعى ، يعتبر - فى غالب الأحيان - عملاً مكماً لدور الطبيب المعالج الذى يهيمن فى الغالب على اتخاذ هذا القرار الخطير بعدما يفشل فى علاج المريض وفى جعله ذو حالة يقظة يتمتع بالشفاء والحياة ، ولذلك فإننا نقرر أن رفع أجهزة التنفس الصناعى وأجهزة التروية الدموية عن المريض فاقد الوعى كلياً ما هو إلا إجراء طبى يمثل مرحلة أخيرة من مراحل الاستشفاء يقوم به الطبيب المعالج للمريض والمرتبط معه من الأصل بعقد العلاج الطبى ، ومن ثم يأخذ الفرع حكم الأصل ، وتصبح مسئولية الطبيب عن رفع هذه الأجهزة وتحديد لحظة الوفاة بموت جذع المخ ذات طبيعة عقدية لأن ذلك لا يعدو وأن يكون إجراءً مكماً لعقد العلاج الطبى ومن ثم يأخذ حكم الطبيعة القانونية لمسئولية الطبيب الناشئة عن عقد العلاج.

١٠- ضرورة مسائلة الطبيب في مجال القتل الرحيم والمساعدة على الانتحار ، عن كافة صور وأشكال الإخلال التعاقدى أو القانونى مهمت كانت يسيره أو سطحية ونظراً للخطورة التى تكتنف عمليات القتل الرحيم لمساسها بحياة المرضى ومستقبل ورثتهم وذويهم ، فإن المسئولية المدنية فى نطاق هذه العمليات ، يجب أن تكون مسئولية مشتركة بين جميع الأطباء الذين ساهموا فى تشخيص الحالة المينوس منها.

١١- اشتراط تبصير المريض تبصيراً مشدداً وتوعيته عن حالته الصحية وبيان احتمالات الشفاء واليأس من مرضه ، وأن يتوالى هذا التبصير ويستمر فى صورة

متكررة أثناء كل مراحل وإجراءات القتل الرحيم ، وأن يقترن هذا الالتزام بضرورة الحصول على رضا الحر المستنير ، وألا يقتصر الالتزام بالتبصير والأعلام والموافقة الحرة على الطبيب الأساسي بل ينصرف إلى جميع الطواقم الطبية الاستشارية من جميع التخصصات التي تتدخل لتقييم الحالة وتساهم في اتخاذ القرار النهائي بإزهاق حياة المريض.

١٢- قيام التزامات شديدة الوطأة على عاتق الطبيب المتولي لعملية القتل الرحيم والانتحار بمساعدة ، ولاشك فإن أهم هذه الالتزامات المشددة هي ما يتعلق منها بمرحلة التشخيص الذي يجب أن ينصب على نتيجة محددة لا يمكن تصور غيرها، وهي تشخيص حالة المريض بأنها ميئوس من شفائها بدرجة لا تقبل الاحتمالات التقديرية أو التأويلات العلمية ، أي يجب أن يثبت الطبيب حتى يدفع خطأه الطبي في مجال التشخيص ، أن الحالة التي يعاني منها المريض تواجه عجزاً عن الاستشفاء منها بكل وسائل الطب المتطورة وأن جميع المكتسبات العلمية قد فشلت في وضع حداً فاصلاً للخلاص من المرض على نحو يأس فيه الطبيب والفرق الطبية الاستشارية المعاونة له يأساً لا رجعة فيه جعلهم يقررون وهم في منتهى القناعة الطبية وبمقتضى جازم من الضمير الإنساني أن يزهقون حياة إنسان طالت معاناته واشتدت آلامه الجسدية والعقلية على نحو لا يطاق بصورة يصبح فيها الموت أرحم بالمريض من الحياة .

١٣- يتحقق إخلال الطبيب بالتزامه ببذل عناية ، إذا لم يبذل عناية فائقة في استخلاص التشخيص السليم للمرض الميئوس من شفائه ، أو إذا لم يبذل عناية واجبة في إحداث الوفاة ، كما يتحقق إخلال الطبيب بالتزامه بتحقيق نتيجة ، عند عدم مراعاته للأجراءات التنظيمية الجوهرية المبينة بالقانون البلجيكي ، أو عند استعماله وسائل عنيفة في إزهاق حياة المريض الميئوس منه ، كما يقوم خطأه

إذا استخدم جرعات كبيرة من العقاقير تسبب ألاماً شديدة قد ترفع من درجة المعاناة الجسدية النفسية للمريض قبيل وفاته ، وأخيراً يسأل الطبيب عن الإخلال المتمثل في استعمال وسائل وطرق لإحداث الوفاة ينتج عنها إطالة المدى الزمني حتى حصول الوفاة ، أو إذا أخفق الطبيب في إنهاء الحياة بواسطة عقار فشل في إزهاق الروح ، مما أدى إلى إعادة تجريب وسائل أخرى على المريض ، وهو ما يفضى بطبيعة الحال إلى إصابته بمعاناة نفسية كبيرة.

١٤- وأخيراً ، نوصي بضرورة أن يتدخل المشرع المصرى وجميع مشرعى البلدان العربية بوضع قانون ينظم عمليات القتل الرحيم والانتحار بمساعدة طبية وما تشتمل عليه من حالات رفه أجهزة الإنعاش الصناعى ، وذلك من منطلق فرضية أن هذه الممارسات تتم بصورة مضطربة فى الخفاء فى ظلال مبررات وذرائع مختلفة دون أن يلاحق القانون هذه المستجدات التى تفرض نفسها على الواقع العملى بالتنظيم أو بالعقاب ، ومن ثم يلزم تحديد مسؤولية الطبيب عن هذه الممارسات بموجب هذا التشريع المقترح ، بحيث يوفر هذا القانون - كذلك- الحماية المدنية للمرضى من خطر إزهاق أرواحهم فى الخفاء بذرائع الشفقة ، خاصة مع ارتفاع كلفة العلاج وعدم قدرة الحكومات على تحمل المرضى من ذوى الأمراض المستعصية.

١٥- على أن يكون النهج الذى يحتذى به المشرع المصرى وبقية المشرعين فى البلدان العربية ، إذا ما نهضوا بتشريع هذا القانون المقترح ، فإما أن يقوم المشرع بحظر هذه المستجدات تماماً أو يقتصر على تخفيف العقوبة الجنائية المقررة عن مقارفة هذه الأعمال ، أو بإباحة بعض حالاتها وتنظيم ضوابطها وشروطها بعد استجلاء الفتاوى الشرعية فيها بصورة متوالية لمعرفة موقف الشريعة من هذه المسائل الطبية والفكرية ، خاصة إذا ما وجدت مجالاً خصباً من

الفتاوى الشرعية التي قد تسمح بتقنين هذه الممارسات الطبية في المستقبل، حينما تفرض نفسها على المجتمعات العربية بقوة لا يحتمل الأمر معها التراخي في تشريعها ، على أن يضع مشرعوا هذه الدول نصب أعينهم ضرورة الاستفادة القصوى من التنظيمات القانونية التي كان لها السبق في تنظيم هذه المتطلبات الاجتماعية ووضعها في منظومة التشريعات الصحية ، خاصة من بينها التشريع البلجيكي الذي كان محلاً لهذه الدراسة.

قائمة بأهم المراجع

أولاً:- مراجع باللغة العربية :-

١- المؤلفات العامة:-

- د. إبراهيم سيد أحمد ، الوجيز في مسنولية الطبيب والصيدلي فقهاً وقضاء ، دار الكتب القانونية ، المحلة الكبرى ، مصر ، عام ٢٠٠٧ م .
- د. إبراهيم صادق الجندي ، الموت الدماغي ، الطبعة الأولى ، الرياض ، (بدون تاريخ).
- د. أحمد الحيارى ، المسنولية المدنية للطبيب ، دراسة مقارنة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، ٢٠٠٥ .
- د. أحمد درويش العقد الطبي تأملات حول المشاكل القانونية التي تثيره بين الطب وزبونه ، سلسلة المعرفة القانونية ، الطبعة الأولى ، الرباط ، ٢٠٠٩ م .
- د. أحمد دغيش ، عبد الرزاق بولفوار ، التزام الطبيب الملتقي الفكرى حول المسنولية الطبية ، كلية الحقوق ، جامعة مولود محمدي ، ابريل ٢٠٠٨ م .
- د. أحمد محمود سعد ، مسنولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه ، رسالة دكتوراه ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٣ .
- أحمد موسى دورين ، مسنولية الطبيب الفردية المدنية عن أعماله المهنية ، رسالة ماجستير ، عام ٢٠٠٦ .
- د. أكرم محمود حسين ، د. زينة غانم العبيدي ، تبصير المريض في العقد الطبي ، مجلة الرافدين للحقوق ، المجلد (٨) ، العدد (٣٠) ، لسنة ٢٠٠٦ م .

- د. بلحاج العربي أحمد – الأحكام الشرعية والطبيعية للمتوفي – مجلة البحوث المعاصرة ، العدد رقم (٤٢) ، السنة (١١) .
- د. بهاء شكري ، التأمين من المسؤولية في النظرية والتطبيق ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، عام ٢٠١٠ م .
- د. جاسم على سالم ، مسؤولية الطبيب والصيدلي ، المؤتمر العلمي السنوي لكلية الحقوق ، جامعة بيروت ، الجزء الأول ، المسؤولية الطبية ، منشورات الحليس الحقوقية ، بيروت ، لبنان ، عام ٢٠٠٤ .
- د. جعفر الفضلي ، الالتزام بالنصيحة والسلامة والحذر ، دراسة تحليلية ، جمعية الرافدين للحقوق ، العدد (١٣) ، لسنة ٢٠٠٢ م .
- د. حسن زكي الأبراش ، مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية ، دار النشر للجامعات المصرية ، رسالة دكتوراه ، كلية الحقوق ، جامعة القاهرة ، ١٩٥١ م .
- د. حسن علي الزنون ، المسيوط في المسؤولية المدنية ، الجزء الأول ، " الضرر " دار وائل للنشر ، الأردن ، عام ٢٠٠٦ .
- د. حلمى عبدالرزاق الحديدى ، قضية القتل الرحيم ، المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية ، أبحاث ووقائع المؤتمر الثانى والعشرين .
- د. رمضان جمال كامل مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية ، المركز القومي للإصدارات القانونية ، القاهرة – عام ٢٠٠٥ م .
- د. سعيد سعد عبد السلام – الالتزام بالإفصاح في العقود – دار النهضة العربية – القاهرة- عام ١٩٩٩ م .
- السيد عتيق ، القتل بدافع الرحمة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ٢٠٠٤ م .

- د. فائق الجوهري ، أخطاء الأطباء ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٢ م .
- د. طلال عجاج ، المسؤولية المدنية للطبيب ، دراسة مقارنة ، المؤسسة الحديثة للكتاب ، لبنان ، ٢٠٠٤ م
- عبد الجليل مختاري ، المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية ، مجلة العلوم القانونية والإدارية ، العدد الثالث ، كلية الحقوق ، جامعة سيدي بلعباس ، عام ٢٠٠٥ .
- د. عبد الحميد الشواربي ، مسؤولية الأطباء والصيدالة والمستشفيات المدنية والجناحية والتأديبية ، منشأة دار المعارف ، الإسكندرية ، عام ١٩٩٨ م .
- د. عبد الرشيد مأمون ، المسؤولية المدنية للأطباء من أعمالهم الطبية ، الطبعة الثانية مطبعة عبير للكتاب ، القاهرة ، عام ١٩٩٦ م .
- د. عبد الرشيد مأمون ، عقد العلاج بين النظرية والتطبيق ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، عام ١٩٨٦ م .
- د. عبد اللطيف الحسيني ، المسؤولية المدنية عن الأخطاء المهنية ، الشركة العالمية للكتاب ، لبنان ، ١٩٨٧ م .
- د. عبد المحسن المعيوف ، القتل بدافع الرحمة ، عبد المحسن المعيوف ، القتل بدافع الرحمة وأحكامه في الفقه الإسلامي .

<http://fiqh.islammesssage.com/NewsDetails.aspx?id=1330>

- د. عبدالوهاب حومد ، المسؤولية الطبية الجزائية ، مجلة الحقوق والشريعة ، السنة الخامسة ، العدد (٢) ، دراسات معمقه في الفقه الإسلامي .

د. عدنان إبراهيم سرحان ، مسؤولية الطبيب المهنية في القانون الفرنسي ، المؤتمر العلمي السنوي -كلية الحقوق ، بيروت ، الجزء الأول ، المسؤولية الطبية ، منشورات الحلبي الحقوقية ، لبنان ، ٢٠٠٤ م .

د. عز الدين الدناصوري ، د. عبد الحميد الشواربي ، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء ، دار المطبوعات الجامعية ، الإسكندرية ، الطبعة الخامسة ، ١٩٩٦ م .

د. عصام عابدين ، الأخطاء الطبية بين الشريعة والقانون ، رسالة دكتوراه ، معهد البحوث والدراسات العربية القاهرة ، عام ٢٠٠٥ م .

عماد الدين محمود ، حقيقة القتل بدافع الشفقة ، المجلة العربية ، السنة (٢٦) ، العدد (٢٩٥) ،

عمر عبدالله مشارى السعدون ، القتل الرحيم ، دراسة تأصيلية مقارنة ، (رسالة ماجستير) ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض ، عام ٢٠٠٩ م .

د. فواز صالح ، المسؤولية المدنية للبيب ، ودراسة مقارنة في القانون السوري والفرنسي ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية ، المجلد ٢٢ ، العدد الأول ، عام ٢٠٠٦ م .

د. محسن عبد الحميد البيه ، نظرة حديثة لخطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية لتقليدية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت، ١٩٩٣ م .

د. محمد أحمد عابدين ، التعويض بن المسؤولية العقدية والتقصيرية ، دار المطبوعات العلمية ، الإسكندرية (بدون تاريخ).

د. محمد إدريس المسؤولية المدنية للأطباء ، دار هوم ، الجزائر ، عام ٢٠٠٧ م .

- د. محمد السعيد رشدي ، الخطأ غير المغتفر ، سوء السلوك القاضي والعقود ١١ ، الطبعة الثانية ، منشأة المعارف الإسكندرية ، عام ٢٠٠٨ م .
- د. محمد الهوارى ، قتل المرحمة بين القوانين الوضعى والفقہ الإسلامى ، منشورات المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث ، ستوكهولم ١٤٢٣هـ / ٢٠٠٣ م .
- د. محمد حسين منصور :-
- المسئولية الطبية للطبيب الجراح وطبيب الأسنان ، الطبعة الأولى دار الجامعة الجديدة - (بدون تاريخ) .
- الخطأ الطبي في العلاج ، بحث منشور في المجموعة المتخصصة في المسئولية القانونية للمهنيين ، الجزء الأول ، منشورات الحلبي بيروت ، ٢٠٠٠ م .
- المسئولية الطبية دار الجامعة الجديدة - الإسكندرية ، ١٩٩٩ م .
- المسئولية الطبية للطبيب الجراح وطبيب الأسنان الطبعة الأولى ، دار الجامعة الجديدة ، (بدون تاريخ) .
- د. محمد على البار ، أحكام التداوي والحالات المينوس منها ، دار المنارة جدة ، الطبعة الأولى ، (بدون تاريخ) .
- د. محمد فتحي الحريري ، اعتداءات الحياة بين المتحضرين والمتحضرين ، مجلة الفصيل ، العدد رقم (١٩٢) .
- د. محمد قاسم ، إثبات الخطأ الطبي دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية ، عام ٢٠٠٦ م .
- د. محمود القبلاوي ، المسئولية الجنائية للطبيب ، دار الفكر الجامعي ، مصر ، عام ٢٠٠٥ م .

- د. منير رياض حنا ، الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة الإسلامية والقوانين العربية والأوربية ، دار الفكر الجامعي بالإسكندرية ، ٢٠٠٨م.
- د. منير رياض حنا ، المسؤولية المدنية للأطباء والجراحين في ضوء الفقه والقضاء الفرنسي والمصري ، الطبعة الثانية ، دار الفكر الجامعي ، الإسكندرية ، عام ٢٠٠١م .
- نواف جابر الشمري ، القتل الحريم بين القانون والشريعة الإسلامية ، رسالة ماجستير ، الجامعة الخليجية، (بدون تاريخ) .
- د. هدى قشقوش ، القتل بدافع الشفقة ، دار النهضة العربية ، الطبعة الثانية، (بدون تاريخ) .
- د. هشام عبد الحميد فرج ، الأخطار الطبية ، الطبعة الثانية ، دار الفجر للنشر ، القاهرة، عام ٢٠٠٧م .
- د. وفاء أبو جميل ، الخطأ الطبي ، دراسة تحليلية فقهية وقضائية في مصر وفرنسا ، دار النهضة العربية القاهرة ، ١٩٨٧م .
- ٢- المراجع المتخصصة :-
- د. أحمد شوقي أبوخطوه ، القسم الخاص من قانون العقوبات ، جرائم الاعتداء على الأشخاص ، دار النهضة العربية ، ٢٠٠١م .
- د. سليمان مرقص ، الوافي في شرح القانون المدني ، الجزء الأول ، الالتزامات ، الفعل الضار والمسئولية المدنية ، الطبعة الخامسة ١٩٩٢م .
- د. عبد الرازق احمد السنهوري ، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد - الجزء السابع ، المجلد الأول ، العقود الواردة على العمل ، الطبعة الثالثة ، عام ١٩٩٨م .

د. عبد الفتاح عبد الباقي ، نظرية العقد والإدارة المنفردة ، عام ١٩٨٤ م .

د. عبد المنعم البدر اوي ، النظرية العامة للالتزامات ، الجزء الأول ، (بدون تاريخ).

عبد العظيم المندرى ، التغيب والترهيب، ج(٢) ، دار الحديث ، القاهرة .

ثانياً :- المراجع الأجنبية :-

A - المراجع الفرنسية :-

H.LELEU et G. GENICOT Le droit médical . Aspects juridiques de la relation

médecin-patient, DeBoeck Université,2001 .

MEURISSE M.-F. « Les enjeux sous-jacents aux droits du patient »in Ethica Clinica, n°48, 2007 .

M.deloze et E. Montero : Euthanasie :10 ans d'application de la loi en Belgique , Institut Europe'en de Bioe'thique , 2012.

J. MASSION, LES LOIS BELGE ET NEERLANDAISE SUR L'EUTHANASIE,

-www.comite-ethique-ucl-saintluc.be/.../lois/LES%20LOI...

HMBIALET (Janine) , responsabilite du fait à autrui en droit medical , these droit paris.

J. F. Hauger : L'Euthanasie en France : Perspectives Legi slatives , Universite' Robert Schuman , 2001.

J. MASSION, LES LOIS BELGE ET NEERLANDAISE SUR L'EUTHANASIE,

-www.comite-ethique-ucl-saintluc.be/.../lois/LES%20LOI...

Christian Byk : Euthanasie et dignite' :entre compassion et droit ,
Centro Universitario Sao Camilo, 2010, 4 (2).

FACE A UNE DEMANDE D'EUTHANASIE Groupe de Travail
sur l'Euthanasie Pôle Ethique et Recherche Société Française
d'Accompagnement et de Soins Palliatifs Octobre 2004 .

Corinne daver,la, telemedecie ente progress echnig ues et
responsabilit, dalloz,2000.no.35.

k. Englert M,Hanson B,Lossignol D. Deux années d'euthanasie
dépenalisée en Belgique: comparaison avec les Pays-Bas. Premier
bilan d'une unité de soins palliatifs. Revue médicale de Bruxelles;
2005.

H. Fraisse-Colcombet, « La législation de l'euthanasie aux Pays-
Bas », RD sanit. soc., 2000.

Sotieta Ngo : Etat de la question , Depenalisation de L'euthanasie ,
10 ans après , Fe'de'ration Wallonie, Bruxelles, 2012.

Yves-Henri LELEU 'Gilles GENICOT , L'EUTHANASIE EN
BELGIQUE ET AUX PAYS-BAS Variations sur le thème de
l'autodétermination ,. www.rtdh.eu/pdf/20045.pdf.

B - المراجع الإنجليزية :-

T. MEULENBERGS & P. SCHOTSMANS „Law-making, Ethics and Hastiness .The debate on euthanasia in Belgium , in Ethical Perspectives 9 (2002) 86-95.

E. DE KEYSER. « Euthanasie . Een medische handeling » in Nieuw Juridisch weekblad, N° 45 (2003) 1067-1073.

M. Möller et R. Huxtable, « Euthanasia in the Netherlands : the case of ‘life fatigue’ », New Law Journal, nov. 2001.

P. Cras et Th. Vansweevelt,« Levensbeëindigende handelingen bij niet-terminale patiënten : kanttekeningen bij enkele praktijkgevallen », Rev. dr. santé, 2001-2002.

M. Möller et R. Huxtable, « Euthanasia in the Netherlands : the case of ‘life fatigue’ », New Law Journal, nov.2002.

Cf.Hall Williams JE. The Homicide Act; 1957. Diminished Responsibility: an abdication of responsibility? The Modern Law Review 1958; 21(3): 318-320.et ‘Éthique et Science.Euthanasie et dignité: entre compassion et droit Magistrat. Secrétaire général, Association Internationale Droit.

L. Kater, « Interactions between ethics and law in the Dutch debate about euthanasia », “Congrès mondial de droit médical, Maastricht, 2002, vol. II.