وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي الأغواط
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم الحقوق

الموضوع:

الموت الدماغي دراسة مقارنة

مذكرة مكملة لمقتضيات نيل شهادة الماستر في الحقوق

تخصص: عقود ومسؤولية

إعداد الطالبين:

1. يحي بن زيان
2. مشكور هشام

إشراف الأستاذ:

د/ مصطفى بوديسة

أعضاء اللجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
أ-د طويسات عائشة	جامعة الأغواط	رئيسا
أ-د مصطفى بوديسة	جامعة الأغواط	مشرفا ومقررا
أ-د محمد نذير بن عرفة	جامعة الأغواط	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

كلمة شكر وعرفان

يسعدنا بعد إتمام هذه المذكرة أن نحمد الله على عظيم نعمته وحسن توفيقه فله الحمد والشكر وهو المستعان والموفق وحده

كما نتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير إلى الأستاذ الذي أعاننا بتوجيهاته وإرشاداته الدكتور مصطفى بوديسة

كما أتقدم بالشكر للأستاذة المحترمة: طويسات عائشة على متابعتها لهذا العمل فلها عظيم الجزاء

كما أتقدم بالشكر للجنة المناقشة كلنا بإسمه وكلنا بمقامه

أقدم أسمي عبارات التقدير والاحترام وأنبل واصدق سمات العرفان

ولله الحمد والشكر من قبل ومن بعد

هشام – يحي

إهــداء

إلى من أضاءت دربي بدعوات الخير

حتى وإن وصفتها فلا أوفيها حقها

إلى من كان صدرها الأمان الدائم لي وابتسامتها الدنيا التي أعيش لها

إلى من صوتها كان التفاؤل نفسه

إلى أمي الحبيبة الغالية حفظها الله رعاها

إلى ابي العزيز أدامه الله

إلى من احمل لهم في قلب أرقي وأنبل الاحاسيس

والذين لم يعد لهم وجود بيننا جدتي الزهرة السعدية وجدي المسعود وأخي أسامة اللهم

تغمدهم برحمتك الواسعة وجعل قبورهم روضة من رياض الجنة

وإلى إخوتي وأخواتي كل باسمه

وإلى كل أصدقائي وأحبابي ومعارفي جميعا

وإلى كل من ساعدني في انجاز هذه المذكرة

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي المتواضع

هشام مشكور

إهـــداء

إلى من غابا عن عيني ولم يغيبا يوما عن قلبي

إلى روح والدي الغاليين طيب الله ثراهما وأسكنهما فسيح جناته

إلى رفيقة الدرب زوجتي الغالية التي تحملت معي الصعاب وكانت السند والملجأ في وقت التعب والصعاب حفظك الله ورعاك

إلى عصافير حياتي وقرة عيني أحبائي أطفالي

الذين منحتني ابتساماتهم القوة وأرجوا أن أكون لهم قدوة يفتخرون بها

إلى كل الأصدقاء والاحباب الذين وسعهم قلبي ولم ينساهم قلمي

إلى كل هؤلاء اهديهم ثمرة نجاحي المتواضع

يحي بن زيان

مـقـدمـة

مقدمة:

تعتبر الحياة الإنسانية المحور الأساسي الذي دارت حوله القوانين والشرائع السماوية، وحمايتها تعد المقصد الأسمى لكل نظام قانوني. وإذا كانت بداية الشخصية القانونية واضحة ومحددة بتمام الولادة حيا، فإن نهايتها المتمثلة في الموت قد ظلت لقرون طويلة مسألة بيولوجية تخضع لمعايير تقليدية واضحة، تنحصر في توقف التنفس والدورة الدموية.

إلا أن الطفرة العلمية والتكنولوجية الهائلة في مجال الطب والإنعاش، وظهور أجهزة التنفس الاصطناعي، قد أحدثت هزة عنيفة في المفاهيم المستقرة، حيث أصبح ممكنا الإبقاء على الوظائف الحيوية لجسد الإنسان مستمرة آليا رغم التلف الكامل والنهائي لخلايا الدماغ. ومن هنا برز مفهوم الموت الدماغي (Brain Death) كظاهرة طبية وقانونية معقدة، تضع المشرع الفقهي والقانوني أمام معضلة حقيقية: هل يعتبر الشخص الميت دماغيا جثة هامدة يجوز رفع أجهزة الدعم عنها واستئصال أعضائها، أم أنه لا يزال حيا يتمتع بجميع الحقوق والضمانات القانونية؟

تكتسي هذه الدراسة طابعا مقارنا بالنظر إلى تباين الفلسفات التشريعية في التعامل مع هذه المعضلة، لا سيما بين التشريع الجزائري والتشريعات المقارنة (كالتشريع الفرنسي والمصري)، مما يجعل البحث في هذا الموضوع تتبعا لتطور المفاهيم القانونية لمواكبة التطورات الطبية الحتمية.

تنقسم أهمية البحث في موضوع الموت الدماغي: دراسة مقارنة إلى شقين أساسيين حيث تتجلى الأهمية النظرية في محاولة فض الاشتباك المفاهيمي بين العلوم الطبية والعلوم القانونية. فالقانون يعتمد في صياغة نصوصه على معطيات بيولوجية مستقرة، وعندما يتطور الطب ليطرح معيارا جديدا للوفاة، يصبح لزاما على الفقه القانوني إعادة تكييف المراكز القانونية. هذا البحث يسهم في إثراء المكتبة القانونية من خلال تحليل التطور التشريعي لمفهوم الموت،

وكيف انتقلت التشريعات (خاصة الجزائري من خلال المقارنة بين القانون القديم رقم 85-05 وقانون الصحة الحالي رقم 18-11) من المعيار التقليدي إلى المعيار الدماغي.

في حين تظهر الأهمية العملية في تحديد الأثر القانوني المترتب على تشخيص الموت الدماغي، ويظهر ذلك في جبهتين:

مجال نقل وزراعة الأعضاء: حيث يعتبر الميت دماغيا المصدر المثالي للأعضاء الحيوية (كالقلب والكبد) التي لا يمكن أخذها من ميت توقف قلبه، نظرا لأن التروية الدموية للأعضاء تظل مستمرة عبر الأجهزة. وضبط هذا المفهوم يحمي الأطباء من جهة، ويصون حرمة جسد الآدمي من جهة أخرى.

مجال المسؤولية الجنائية والمدنية: تحديد اللحظة الدقيقة للموت ينبني عليه معرفة متى يعد الطبيب مرتكبا لجريمة القتل العمدي (وفق المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري مثلا) إذا رفع الأجهزة عمدا، ومتى يعد فعله ممارسة طبية مشروعة. كما يتأثر بها القانون المدني وقانون الأحوال الشخصية (تاريخ بدء العدة، انقاذ الإرث، وانقضاء الشخصية القانونية).

إن اختيار البحث في موضوع الموت الدماغي لم يكن وليد الصدفة، بل أملته اعتبارات موضوعية وأخرى ذاتية: فالاعتبارات الموضوعية تمثلت في الرغبة في دراسة وتفكيك الموقف الجديد للمشرع الجزائري في قانون الصحة 18-11، وكيفية تنظيمه للموت الدماغي وشروط إثباته، مقارنة بالدول السباقة في هذا المجال كفرنسا ومصر.

خطورة المسألة وتداخلها: يعالج الموضوع نقطة التماس الحرجة بين حياة الإنسان وموته، وهو مجال خصب للنزاعات القانونية والشرعية، خاصة في ظل الخوف من وقوع تجاوزات أو إعلان الوفاة خطأ طمعا في الأعضاء.

النقص الفقهي: رغم كثرة الكتابات الطبية والشرعية (الفتاوى)، إلا أن الدراسات القانونية المتخصصة التي توازن بين المسؤولية الطبية ونظرية الشخصية القانونية في التشريع الجزائري لا تزال بحاجة إلى مزيد من البحث والتعمق.

2 .الاعتبارات الذاتية:

الميل الشخصي للباحث نحو دراسة القانون الطبي والمسؤولية الطبية، باعتباره من التخصصات الحديثة والمتجددة التي تتطلب دقة متناهية.

الرغبة في تقديم دراسة أكاديمية متكاملة تخدم قطاعي العدالة والصحة، من خلال تقديم مقترحات لتطوير النصوص القانونية المنظمة لإثبات الموت الدماغي في الجزائر.

وفي محاولتنا للإحاطة بموضوع الدراسة تم الاستعانة بمجموعة من الدراسات السابقة منها: دراسة (بقيرات أم الخير،2021م) بعنوان: الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11مقال منشور في مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران1. ودراسة (محمد النبوي مهدي، 1998م) صلب مؤلفه: المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء (دار النهضة العربية، القاهرة) وأبحاث ودراسات (المجلس الإسلامي الأعلى بالجزائر، 2005م) صلب العدد الخاص بـ الطب وأخلاقيات المهنة:

إن الإشكال الجوهري الذي يطرحه هذا البحث يتمحور حول.

ى أي مدى يمكن اعتبار الموت الدماغي معيارا قانونيا وشرعيا لإثبات الوفاة، وما موقف التشريعات المقارنة والفقه الإسلامي من الآثار المترتبة عليه، خاصة فيما يتعلق بنزع أجهزة الإنعاش وزراعة الأعضاء؟؟

وللإجابة على الإشكالية التالية اعتمدنا مجموعة من المناهج المناسبة لدراستنا:

المنهج الوصفي الذي يستخدم لوصف مفهوم الموت الدماغي من الناحية الطبية والقانونية، وبيان تطوره التاريخي، وكذا عرض الإطار التشريعي المنظم له في القانون الجزائري والقوانين المقارنة.

وهو المنهج الذي يسمح بتحديد المفاهيم الأساسية مثل: الموت التقليدي، الموت الدماغي، والحالة الخضرية.

المنهج التحليلي يعتمد عليه في تحليل النصوص القانونية (مثل قانون الصحة 18-11 وقانون العقوبات) وبيان مدى كفايتها في تنظيم حالة الموت الدماغي.

كما يستخدم لتحليل الآثار القانونية المترتبة عن إعلان الموت الدماغي، خاصة في مجالات المسؤولية الطبية ونهاية الشخصية القانونية ونقل الأعضاء.

المنهج المقارن من خلال مقارنة موقف المشرع الجزائري مع التشريعات الأخرى مثل التشريع الفرنسي والمصري، بهدف إبراز أوجه التشابه والاختلاف في ضبط مفهوم الموت الدماغي وشروط إثباته وآثاره القانونية.

وللإجابة على ما سبق تقسيم الدراسة إلى فصلين رئيسيين جاء الفصل الأول بعنوان:

الإطار المفاهيمي للموت الدماغي أما الفصل الثاني: التنظيم القانوني للموت الدماغي وآثاره.

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي والطبي للموت الدماغي

المبحث الأول: ماهية الموت الدماغي

يمثل موضوع الموت الدماغي أحد أدق التقاطعات المعرفية بين الطب والقانون والشريعة في العصر الحديث. فمع التطور المتسارع لتقنيات الإنعاش الطبي وهندسة الأجهزة الحيوية، لم يعد مفهوم الموت مقتصرا على التوقف التقليدي والتلقائي للقلب والتنفس، بل امتد ليشمل التوقف التام والنهائي لجميع وظائف الدماغ، بما في ذلك جذع الدماغ المسؤول عن العمليات الحيوية، وتكمن أهمية هذا المبحث في محاولة ضبط ماهية الموت الدماغي وتفكيك التداخل بينه وبين حالات طبية أخرى التبست عليه، وذلك لتأسيس أرضية معرفية واضحة يبنى عليها التكييف الفقهي والأثر القانوني المترتب على هذه الحالة. ولإحاطة هذا المفهوم من جوانبه كافة، سنقوم بتقسيم هذا المبحث إلى المطالب التالية: [1]

المطلب الأول: مفهوم الموت الدماغي

تستلزم دراسة الموت الدماغي البدء بتحرير مفهومه وضبط دلالاته المصطلحية، إذ إن تحديد المفهوم بدقة هو المفتاح الأساسي لرفع اللبس الذي يحيط بهذه الظاهرة الطبية المستحدثة. فلم يعد الموت مجرد حدث بيولوجي بسيط يعلن بمجرد توقف النبض، بل غدا ظاهرة معقدة تتداخل فيها الأبعاد الطبية باللغوية والشرعية.[2]

بناء على ذلك، يسعى هذا المطلب إلى تأصيل مفهوم الموت الدماغي من خلال تتبع دلالاته في اللغة، واستجلاء حقيقته في الاصطلاح الطبي والقانوني، وذلك عبر الفروع التالية:

---

[1]- أحمد بن فارس، معجم مقاييس اللغة، تحقيق: عبد السلام محمد هارون، دار الفكر، بيروت، 1399هـ – 1979م، ج5، ص281.

[2]- محمد بن مكرم بن على (ابن منظور)، لسان العرب، دار صادر، بيروت، ط3، 1414هـ، ج2، ص90.

الفرع الأول: التعريف اللغوي للموت

تقتضي المنهجية البحثية الرصينة بدء دراسة أي نازلة مستحدثة بالوقوف على جذرها اللغوي، إذ إن المعاني الاصطلاحية والشرعية والقانونية لا تنفصل عن أصلها في لسان العرب، بل هي امتداد له أو تخصيص لعمومه. [1]

فإذا تتبعنا مادة (م و ت) في المعاجم العربية، نجد أن هذا اللفظ يدور حول أصلين صحيحين، أحدهما: السكون، والآخر: السهولة واللين. والموت في حقيقته اللغوية هو: ضِد الحياة، يقال: مات يموت موتا وفواتا، فهو مائِت وميت ومِيت، والجمع أموات وموتى. وقد فرق النحاة ولغويو التنزيل بين (الميت) بالتخفيف و(الميِت) بالتشديد، فالميِت (بالتشديد) هو من لم يمت بعد ولكنه صائر إلى الموت، ومنه قوله تعالى: ﴿إنك ميِت وإنهم ميِتون﴾ [الزمر: 30]، أما الميت (بالتخفيف) فهو من فارقته الحياة بالفعل وانقطع حِسه، ومنه قوله سبحانه: ﴿أومن كان ميتا فأحييناه﴾ الأنعام: 122.

والأصل في الموت لغة هو: مفارقة الروح للجسد، وانقطاع القوة الحيوية عن الكائن الحي بحيث تنعدم حركته وحس[2]. بيد أن العرب اتسعت في استخدام هذا اللفظ، فنقلته من معناه الأصلي (مفارقة الروح للبدن) إلى معانٍ مجازية واستعارات لغوية تقوم على العلاقة المشابهة في السكون والجمود والزوال، ومن أبرز هذه الاستخدامات المتوسعة:

السكون والخمود: يقال: ماتتِ الرِيح إذا سكنت وركدت وعدم هبوبها، وماتتِ النار إذا خمدت بالكلية فلم يبق منها جذوة ولا رماد حار، ومات الحر أو البرد إذا سكنت حدته وحدته.[3]

---

[1]– أبو هلال الحسن بن عبد الله العسكري، الفروق اللغوية، تحقيق: محمد إبراهيم سليم، دار العلم والثقافة، القاهرة، د.ت، ص211؛ وينظر أيضاً: أبو عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري القرطبي، الجامع لأحكام القرآن (تفسير القرطبي)، تحقيق: أحمد البردوني وإبراهيم أطفيش، دار الكتب المصرية، القاهرة، ط2، 1384هـ – 1964م، ج15، ص254.

[2]– الراغب الأزهري الملقب بالراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، تحقيق: صفوان عدنان الداودي، دار القلم، دمشق، ط1، 1412هـ، ص773.

[3]– المرتضى الزبيدي، تاج العروس من جواهر القاموس، تحقيق: مجموعة من المحققين، دار الهداية، الكويت، ج7، ص473 – 475.

الجدب والقحط: يطلق الموت على الأرض التي انقطع عنها الغيث فجفت ولم تنبت، ومنه قوله تعالى: ﴿وآية لهم الأرض الميتة أحييناها﴾ [يس: 33]، فموت الأرض هنا هو خلوها من النماء والنبات، وإحياؤها ببث الحركة والزروع فيها.[1]

النوم: يسمى النوم موتا في لغة العرب مجازا، لشبهه به في جمود الحركة وانقطاع الحس والوعي، ولذلك يطلق عليه الموت الأصغر، ومنه قوله جل شأنه:﴿ الله يتوفى الأنفس حِين موتِها والتِي لم تمت فِي منامِها﴾ الزمر: 42.[2]

الزوال والانقطاع الوظيفي: يقال: مات الطرِيق إذا انقطع السلوك فيه وهجر، ومات الخبر إذا انقطع ذكره بين الناس، ومات العضو إذا أصيب بالفالج (الشلل) فبطلت حركته وحسه ولم تعد تجري فيه دماء الحياة مع بقائه متصلا بالبدن.[3]

ويتحصل مما تقدم: أن المحصلة اللغوية للفظ الموت تلتقي وتتضافر عند معانٍ حاكمة هي: السكون، والجمود، والزوال، والتعطل الوظيفي، وانقطاع أثر الحركة والنماء. وهذه الدلالات اللغوية في مجملها تشكل تقاطعا وثيقا مع المفهوم الطبي الحديث للموت الدماغي، حيث يتوقف الدماغ (الذي هو مركز الحركة والوعي والحس) توقفا تاما ونهائيا يفقد معه الجسد قدرته الذاتية على الحركة والنمو الحاد، وتدخل خلاياه في طور السكون والتحلل النهائي.

الفرع الثاني: التعريف الطبي والاصطلاحي للموت الدماغي

يعد الموت الدماغي من المفاهيم الطبية الحديثة التي ظهرت نتيجة التطور الكبير في تقنيات الإنعاش والعناية المركزة، حيث أصبح بالإمكان الحفاظ على الوظائف الحيوية للجسم مثل التنفس والدورة الدموية بواسطة الأجهزة الطبية، رغم التوقف الكامل وغير القابل للرجوع

---

[1]– أبو حيان محمد بن يوسف الأندلسي، تفسير البحر المحيط، تحقيق: عادل أحمد عبد الموجود وآخرون، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، 1422هـ – 2001م، ج8، ص322.

[2]– فخر الدين محمد بن عمر الرازي، التفسير الكبير (مفاتيح الغيب)، دار إحياء التراث العربي، بيروت، ط3، 1420هـ، ج26، ص284.

[3]– أبو البقاء أيوب بن موسى الكفوي، الكليات: معجم في المصطلحات والفروق اللغوية، تحقيق: عدنان درويش ومحمد المصري، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1419هـ – 1998م، ص835.

لنشاط الدماغ. وقد أدى هذا التطور إلى إعادة النظر في المفهوم التقليدي للموت الذي كان يرتكز أساسا على توقف القلب والتنفس[1].

أولا: التعريف الطبي للموت الدماغي

يعرف الموت الدماغي طبيا بأنه التوقف التام والدائم وغير القابل للرجوع لكافة وظائف الدماغ، بما في ذلك جذع الدماغ الذي يعد المركز المسؤول عن الوعي والتنفس والوظائف الحيوية الأساسية[1]. ويعني ذلك أن الدماغ يفقد نهائيا قدرته على التحكم في الجسم أو استعادة أي نشاط عصبي، حتى وإن استمرت بعض الوظائف الجسدية بشكل اصطناعي عبر أجهزة الإنعاش[2].

وقد اعتمدت الممارسة الطبية الحديثة على مجموعة من المعايير لتشخيص هذه الحالة، من بينها: الغياب التام للوعي، انعدام جميع المنعكسات العصبية، توقف التنفس التلقائي، وغياب النشاط الكهربائي الدماغي عند إجراء الفحوصات المتخصصة[3]. ويؤكد الأطباء أن هذه الحالة تمثل موتا نهائيا للدماغ باعتباره مركز الحياة العصبية للإنسان[4].

ثانيا: التعريف الاصطلاحي (الفقهي والقانوني) للموت الدماغي

أما اصطلاحا، فيقصد بالموت الدماغي الحالة التي يتم فيها التوقف النهائي والدائم لجميع وظائف الدماغ، بحيث يعتبر الشخص ميتا من الناحية القانونية، رغم استمرار بعض العلامات الحيوية بواسطة أجهزة الإنعاش[3]. ويترتب على هذا التكييف آثار قانونية مهمة، أبرزها انقضاء الشخصية القانونية، وفتح المجال لترتيب آثار الوفاة مثل الميراث، ورفع أجهزة الإنعاش، والتصرف في الجسد وفق الضوابط الشرعية والقانونية.

---

[1] سليمان النحوي، "تحديد لحظة الوفاة في الفقه الإسلامي والتشريع الجزائري"، مجلة معارف، جامعة الأغواط، 2018 .

[2]- صوالح عمار، "الأحكام الفقهية المتعلقة بموت الدماغ"، جامعة الوادي، 2015 .

[3]- عبد الحليم بوقرين وإيمان بوناصر، "الموت الدماغي للإنسان والتصرف في أعضائه"، مجلة البيبان للدراسات القانونية والسياسية، 2017، جامعة الأغواط .

[4] - حدادو صورية، "التأطير القانوني للموت الدماغي للإنسان"، مجلة جامعة الجزائر، 2017 .

وقد أشار الفقه القانوني إلى أن تبني هذا المفهوم جاء استجابة للتطورات الطبية الحديثة، خاصة في مجال زراعة الأعضاء، حيث أصبح الموت الدماغي معيارا عمليا يسمح باستفادة طبية مشروعة مع الحفاظ على كرامة الإنسان المتوفى.[1]

ثالثا: التمييز عن الحالات المشابهة

يجب التمييز بين الموت الدماغي وبين حالات الغيبوبة (Coma) والحالة الخضرية المستمرة(Persistent Vegetative State) ، إذ إن هذه الحالات قد تتضمن بقاء بعض النشاط الدماغي أو إمكانية العودة إلى الوعي، بينما يتميز الموت الدماغي بأنه فقدان كامل ونهائي وغير قابل للرجوع لجميع وظائف الدماغ، وخاصة جذع الدماغ[5].

الفرع الثالث: التطور التاريخي لمفهوم الموت الدماغي

إن مفهوم الموت الدماغي لم يظهر فجأة في المنظومة القانونية والطبية، بل كان نتاجا لتطور تكنولوجي وطبي متلاحق شهده القرن العشرين. فقبل ظهور أجهزة الإنعاش الحديثة، كان الموت يمثل حدثا بيولوجيا واحدا يتلخص في توقف حركة القلب والتنفس، إذ كان توقف أحدهما يؤدي فورا وفي غضون دقائق معدودة إلى تلف الدماغ وموت الإنسان تبعا لذلك.

وقد مر التطور التاريخي للموت الدماغي عبر محطات زمنية وعلمية رئيسية يمكن تلخيصها في الآتي:

أولا: مرحلة ظهور أجهزة الإنعاش الاصطناعي (خمسينيات القرن العشرين)

ارتبط التحول التاريخي في معيار الموت باختراع أجهزة التنفس الاصطناعي (Ventilators) وأجهزة تحفيز القلب في خمسينيات القرن الماضي. ففي عام 1959، تمكن الطبيبان الفرنسيان موريس غولون (Maurice Goulon) وبيار ملوشار (Pierre Mollaret) في مستشفى كوشان بباريس، من وصف حالة سريرية معقدة لأول مرة أطلقوا عليها مصطلح الغيبوبة المتجاوزة أو ما وراء الغيبوبة (Coma Dépassé).

[1] -Plum, F. & Posner, J. B., *The Diagnosis of Stupor and Coma*, Oxford University Press, 1982.

وقد رصد الطبيبان حالات لمرضى أصيبوا بتلف كامل في الدماغ، لكن وظائفهم الحيوية (الدورة الدموية وضغط الدم) بقيت مستمرة بفضل الدعم الآلي الاصطناعي. وكانت هذه المحطة الطبية هي الحجر الأساس الذي نبه العلماء إلى أن الموت لم يعد مرادفا لتوقف القلب، بل هناك حالة يكون فيها الدماغ جثة هامدة بينما النبض مستمر.[1]

ثانيا: تقرير لجنة جامعة هارفارد الطبية (1968)

تعتبر سنة 1968 المنعطف التاريخي الأبرز في مأسسة مفهوم الموت الدماغي، حيث شكلت كلية الطب بجامعة هارفارد الأمريكية لجنة لبحث حالات الغيبوبة المتجاوزة ووضع معايير محددة لها. ونشرت اللجنة تقريرها التاريخي الشهير الذي انتهى إلى ضرورة إعادة تعريف الموت ليصبح الموت الدماغي الكلي هو المعيار البديل للموت التقليدي.[2]

وقد حدد تقرير هارفارد أربعة معايير أساسية لإعلان الوفاة الدماغية وهي: غياب الوعي والامتثال التام للمؤثرات، غياب الحركة والتنفس التلقائي (اختبار انقطاع التنفس)، غياب المنعكسات الجذعية، واستواء خط تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG Flat) بشرط استبعاد حالات انخفاض درجة الحرارة الحاد أو التسمم بالمهدئات[3]. وكان الدافع وراء هذا التقرير شقين: إنهاء المعاناة الإنسانية واستنزاف الموارد الطبية في إنعاش عقيم لجثث، وفتح الباب قانونا لزراعة الأعضاء التي بدأت تزدهر في تلك الفترة بعد نجاح أول عملية زراعة قلب عام 1967 على يد كريستيان برنارد.

---

[1]– منصور عمر المعايطة، المسؤولية الطبية في ظل التطور العلمي (دراسة مقارنة)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 143.

[2]– بركات أحمد المومني، المسؤولية الجنائية للأطباء عن نزع أجهزة الإنعاش الصناعي: دراسة مقارنة، دار وائل للنشر، عمان، 2010، ص 94.

[3] -Christopher Pallis, "ABC of Brain Stem Death: Diagnosis of Brain Stem Death," British Medical Journal, Vol. 285, No. 6355, 1982, p. 1642.

ثالثا: المعايير البريطانية (موت جذع الدماغ 1976 – 1979)

ي عام 1976، أصدرت الكليات الملكية الطبية في بريطانيا دليلا مغايرا لمعيار هارفارد الأمريكي، حيث ركز البريطانيون على موت جذع الدماغ (Brainstem Death) بدلا من موت الدماغ ككل. واعتبر الفقه الطبي البريطاني أن جذع الدماغ هو المركز الحيوى المسؤول عن اليقظة والتنفس التلقائي، وبالتالي فإن تلفه يعني حتميا وبشكل لا رجعة فيه موت الإنسان، دون الحاجة لاشتراط تلف القشرة المخية بالكامل أو إجراء تخطيط كهربائي للدماغ كشرط إلزامي.[1]

في مصر: ظل النقاش التاريخي محتدما لعقود بين رجال الدين والقانون والأطباء، وتأخر الاعتراف التشريعي الصريح بالموت الدماغي حتى صدور القانون رقم 5 لسنة 2010 المتعلق بتنظيم زرع الأعضاء البشرية، والذي حسم الجدل باشتراط التوقف اليقيني الذي لا رجعة فيه لوظائف الدماغ ككل.[2]

في الجزائر: مر المشرع الجزائري بمرحلتين، الأولى في ظل قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 85-05 حيث كان النص غامضا ويربط الموت بنقل الأعضاء بشكل عام، والمرحلة الثانية وهي الأحدث والمستقرة حاليا في قانون الصحة رقم 18-11، حيث أفرد المشرع أحكاما صريحة ومستقلة تشترط لإعلان الوفاة التحقق من الموت الدماغي عبر لجان طبية متخصصة وفحوصات تكميلية صارمة، منفصلا بذلك تماما عن المعيار التقليدي القديم.[3]

---

[1] -Article R1232-1 du Code de la santé publique français, Décret n°2005-949 du 2 août 2005, Journal Officiel de la République Française.

[2]– انظر المادتين 361 و362 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018.

[3]– محمد علي البار، موت الدماغ أو موت الإنسان الرأي الطبي والشرعي، دار القلم، دمشق، ط1406،1هـ-1986م، ص45.

المطلب الثاني: تمييز الموت الدماغي عن الحالات المشابهة

إذا كان ضبط مفهوم الموت الدماغي يمثل الخطوة الأولى في جلاء حقيقته، فإن اكتمال هذه الصورة يستلزم حتما رسم الحدود الفاصلة بينه وبين جملة من الظواهر العصبية والحالات المرضية المستعصية التي قد التبست به في الممارسات الطبية والتقديرات القانونية. فالتداخل الظاهري في الأعراض قد يؤدي إلى خلط خطير في التكييف، بالرغم من التباين الجوهري بين هذه الحالات من حيث المآل والتشخيص.

بناء على ذلك، يسعى هذا المطلب إلى تمييز الموت الدماغي عن الحالات المشابهة له، لإزالة أي غموض يكتنف التفرقة بين الموت الحتمي الحقيقي والحالات المرضية التي لا تزال تحتفظ بأمل الشفاء أو الحياة، وذلك من خلال الفروع التالية:

الفرع الأول: التمييز بين الموت الدماغي والغيبوبة العميقة (Coma)

شهدت الممارسات الطبية تداخلا بين الموت الدماغي وبعض الاضطرابات العصبية المشابه وهو ما يستدعي فواصل عليميه دقيقة للتمييز بينه وبين الغيبوبة العميقة

أولا: من حيث الطبيعة البيولوجية والتشريحية

يقوم الموت الدماغي على حدوث تلف بنيوي شامل، تام، وغير مرتد (Irreversible) لجميع خلايا الدماغ بما في ذلك القشرة المخية وجذع الدماغ معا، مما يعني تحلل المركز العصبي المسؤول عن تنظيم الحياة في الجسد[1]. أما الغيبوبة العميقة، فهي حالة من الهبوط الحاد والمؤقت أو الدائم في نشاط الدماغ وقشرته، أو خلل في الجهاز الشبكي المنشط في جذع الدماغ، مع بقاء خلايا الدماغ حية من الناحية البيولوجية، ومحتفظة بترويتها الدموية واستقلابها الخلوي، وإن كانت في حالة خمول وظيفي شديد.[2]

---

[1]– جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1421،1هـ–2000م، ص78.

[2]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص112.

ثانيا: من حيث انعكاسات جذع الدماغ والتنفس الذاتي

في حالة الموت الدماغي، تنعدم تماما جميع منعكسات جذع الدماغ (مثل: المنعكس القرني، والمنعكس الحدقي للضوء، والمنعكس البلعومي)، ويفتقد المريض القدرة على التنفس الذاتي افتقادا مطلقا، بحيث لو فصل عن أجهزة التنفس الاصطناعي لمات فورا لتوقف المدد الأكسجين الخارجي[1]. أما في الغيبوبة العميقة، فإن جذع الدماغ يظل قادرا على أداء وظائفه الحيوية، وتكون المنعكسات الحيوية غالبا موجودة أو يمكن استثارتها، كما يحتفظ المريض بقدرته على التنفس الذاتي والتلقائي دون حاجة مطلقة ومستمرة للآلات، أو قد يحتاجها مؤقتا لتخفيف العبء الجسدي.[2]

ثالثا: من حيث المآل والرجوع للحياة (التوقع الطبي)

إن مآل الموت الدماغي هو العدم الحتمي، إذ لا يوجد أي احتمال طبي أو علمي لعودة خلايا الدماغ الميتة والمتفسخة إلى العمل مجددا، والمريض في هذه الحالة يعد جثة بيولوجية تبقي الأجهزة أعضاءها النامية في حالة تروية اصطناعية مؤقتة[3]. بالمقابل، فإن الغيبوبة العميقة حالة مرتدة ومحتملة الشفاء، فقد يستفيق المريض منها بعد أيام أو أشهر أو حتى سنوات ويعود إلى ممارسة حياته الطبيعية أو شبه الطبيعية، بحسب السبب الكامن وراء الغيبوبة ومدى تضرر الأنسجة.[4]

---

[1]– منصور عمر المطرودي، موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض، ع 42، 1999م، ص54.

[2]– توفيق الشاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء دار النهضة العربية، القاهرة، ط1996،2م، ص203.

[3]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ – 2001م، ص167.

[4]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية المدنية والجنائية في المنظومة التشريعية الحديثة، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004م، ص322.

رابعا: من حيث التكييف القانوني والشرعي:

يترتب على الفروق الطبية السابقة تباين حاد في المركز القانوني للمريض، فالمصاب بالموت الدماغي يكيف قانونا (وفق التشريعات الحديثة كالقانون الصحي الجزائري 18-11 والتشريع الفرنسي والمصري) وشرعا (وفق قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي) بأنه متوفى، وتترتب على إعلان وفاته آثار الموت الطبيعي من بدء العدة، وانتقال التركة، وجواز رفع أجهزة الإنعاش، ومشروعية استئصال الأعضاء للموجب العلاجي.

بينما المريض في حالة الغيبوبة العميقة يعد شخصا حيا كامل الأهلية القانونية (وإن كانت معطلة العبارة مؤقتا)، وتطبق عليه أحكام المريض بمرض الموت أو المغمى عليه، ويجرم القانون الجنائي كفعل القتل العمدي أي تصرفٍ يؤدي إلى إنهاء حياته أو نزع وسائله العلاجية الداعمة.[1]

الفرع الثاني: التمييز بين الموت الدماغي والحالة النباتية (الحالة الخضرية المستديمة)

تمثل الحالة النباتية المستديمة (Persistent Vegetative State) واحدة من أكثر الحالات الطبية تعقيدا، وتتداخل ظاهريا مع الموت الدماغي لكون المريض في كلتا الحالتين يبدو فاقدا لأي نشاط عقلي أو إدراكي ملموس.[2]

ويمكن تأصيل الفروق الجوهرية والنوعية بين هاتين الحالتين من خلال المحددات التشخيصية والتكييفية التالية:

أولا: من حيث النطاق التشريحي للتلف الدماغي:

يقوم الموت الدماغي على التدمير الكامل والنهائي لجميع مكونات الدماغ (المخ، والمخيخ، وجذع الدماغ) دون استثناء، بحيث يصبح الدماغ عضوا متحللا وظيفيا وحيويا[3]،

---

[1]- عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص191.

[2]- محمد علي البار، الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ، دار المناهج، عمان، ط1، 1423هـ - 2002م، ص89.

[3]- عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت،2005م، ص142.

أما في الحالة النباتية، فإن التلف البنيوي ينحصر في خلايا القشرة المخية (Cerebral Cortex) المسؤول الأول عن الوعي، والذكاء، والحركات الإرادية، في حين يظل جذع الدماغ (Brainstem) والأقسام العصبية العميقة سليمة بيولوجيا ومحتفظة بترويتها الدموية وقدرتها التشغيلية.[1]

ثانيا: من حيث المنعكسات الحيوية والتنفس الذاتي:

ترتيبا على سلامة جذع الدماغ في الحالة النباتية، يحتفظ المريض بكامل المنعكسات اللاإرادية الحيوية، حيث تظل حدقتا العين مستجيبتين للضوء، ويكون منعكس البلع والسعال قائما، والأهم من ذلك أن مريض الحالة النباتية يتنفس تلقائيا وذاتيا بشكل مستمر دون أي حاجة لأجهزة التنفس الاصطناعي، كما ينتظم لديه عمل القلب وضغط الدم ذاتيا.[2] بينما في الموت الدماغي، يؤدي موت جذع الدماغ إلى غياب مطلق لجميع المنعكسات، وانعدام تام للقدرة على التنفس الذاتي، مما يجعل بقاء الجسد معلقا حصرا باستمرار الضخ الميكانيكي للأجهزة.[3]

ثالثا: من حيث المظاهر السلوكية والفيزيولوجية (دورة النوم واليقظة):

يظهر مريض الحالة النباتية نمطا حيويا يعرف بـ دورة النوم واليقظة، فيفتح عينيه ويغلقهما في أوقات منتظمة، وقد يحرك عينيه باتجاه عشوائي، أو يصدر أصواتا غير مفهومة، أو يبكي ويبتسم كاستجابات منعكسة غير واعية.[4] على النقيض تماما، يرقد مريض الموت

---

[1]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص215.

[2]– جلال علي العوّا،الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون،المكتب الإسلامي،بيروت،ط1421،1هـ–2000م، ص104.

[3]– منصور عمر المطرودي، موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض، ع 42، 1999م، ص68.

[4]– محمد النبوي مهدي،المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء،دار النهضة العربية،القاهرة،1998م، ص311.

الدماغي في حالة جمود مطبق، وعينان ثابتتان متسعتان لا تتحركان، ولا تبديان أي مظهر من مظاهر اليقظة البيولوجية.[1]

الفرع الثالث: التمييز بين الموت الدماغي والتوقف القلبي التنفسي (الموت التقليدي)

يمثل التوقف القلبي التنفسي المعيار الكلاسيكي والتاريخي الذي استقرت عليه البشرية عبر العصور للتحقق من وقوع الموت البشري، حيث كان توقف النبض وانقطاع الأنفاس مرادفا قاطعا لمفارقة الروح للجسد[2]. بيد أن الثورة التكنولوجية في العناية الطبية المركزة، وظهور آلات التنفس والإنعاش الاصطناعي، أحدثت فجوة مفاهيمية فرضت التمييز بين هذا الموت التقليدي (القلبي) والمفهوم المستحدث وهو الموت الدماغي، حيث تتمايز الحالتان تشريحيا ووظيفيا على النحو الآتي:

أولا: من حيث المعيار العضوي الحاكم:

يقوم التوقف القلبي التنفسي على معيار توقف وظائف الجهازين الدوري والتنفسي توقفا تاما ونهائيا لا رجعة فيه، بحيث يكفي عجز القلب عن ضخ الدماء وانعدام النبض السباتي والشرياني لإعلان الوفاة[3]. أما الموت الدماغي، فيعتمد على معيار عصبي مركزي خالص، وهو التوقف الشامل والدائم لجميع وظائف الدماغ بمختلف أجزائه (المخ وجذع الدماغ)، حتى وإن كان القلب لا يزال ينبض وآلة التنفس تدفع بالهواء ميكانيكيا إلى الرئتين.[4]

ثانيا: من حيث التتابع البيولوجي لوفاة الخلايا:

في حالة التوقف القلبي التنفسي، يكون القلب هو العضو البادئ بالتعطل، ويترتب على توقفه الحاد انقطاع التروية الدموية والأكسجين عن سائر أعضاء الجسم، وبما أن خلايا الدماغ هي الأكثر حساسية لنقص الأكسجين، فإنها تموت تبعا لذلك بعد مرور دقائق معدودة (تتراوح

---

[1]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص224.

[2]– محمد علي البار، موت الدماغ أو موت الإنسان: الرأي الطبي والشرعي، دار القلم، دمشق، ط1، 1406هـ–1986م، ص21.

[3]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ – 2001م، ص154.

[4]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص98.

بين 4 إلى 6 دقائق) من توقف القلب الحتمي[1]. أما في حالة الموت الدماغي، فإن التتابع البيولوجي يكون معكوسا، إذ يموت الدماغ أولا نتيجة إصابة رضية أو جلطة واسعة، بينما يظل القلب ينبض بشكل مستقل لكونه يمتلك مركز إثارة ذاتي (العقدة الجيب أذينية) لا يتوقف فورا بموت الدماغ، شريطة استمرار الإمداد الاصطناعي بالأكسجين.[2]

ثالثا: من حيث المظهر الخارجي وحالة الجسد:

يبدو المتوفى بالتوقف القلبي التنفسي جثة هامدة بالمعنى التقليدي المستقر، فالجسد بارد، والجلد شاحب أو أزرق، ولا توجد أي حركة خافقة أو علامة حيوي[3]. بالمقابل، فإن المتوفى بالموت الدماغي يرقد على سرير الإنعاش ويبدو ظاهريا كأنه في حالة نوم عميق، فصدره يرتفع وينخفض بفعل جهاز التنفس، وبشرته دافئة وموردة نتيجة استمرار تدفق الدم المحمل بالأكسجين عبر الشرايين بفعل النبض القلبي المستمر اصطناعيا.[4]

---

[1]– جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1، 1421هـ–2000م، ص132.

[2]– توفيق الشاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء ،دار النهضة العربية،القاهرة،ط1996،2، ص189.

[3]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص205.

[4]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص241.

المبحث الثاني: الأسس الطبية لتشخيص الموت الدماغي

يعد تشخيص الموت الدماغي أحد أدق وأعقد المسائل الطبية والمعاصرة، نظرا لما يترتب عليه من آثار شرعية وقانونية وتطبيقية جسيمة، لا سيما في مجال نقل وزراعة الأعضاء. وتستند عملية إثبات هذا الموت إلى حزمة متكاملة من الأسس والمعايير الطبية الصارمة التي تميز بشكل قاطع بين الغيبوبة العميقة (التي يمكن الشفاء منها) وبين التلف النهائي والكامل للجهاز العصبي المركزي. ولم يعد مفهوم الموت طبيا مقتادا بالتوقف التلقائي للقلب والتنفس فقط بفضل تطور أجهزة الإنعاش الصناعي، بل بات يتمحور حول زوال الوظائف الحيوية لجذع الدماغ وقشرته بشكل غير قابل للتراجع. بناء على ذلك، يتطلب الجزم بحدوث الموت الدماغي تضافر فحوصات سريرية دقيقة واختبارات تأكيدية متطورة تنفي أي شك وتضمن حماية النفس البشرية، وهو ما سنفصله في هذا المبحث من خلال تبيان الشروط المسبقة، والعلامات الإكلينيكية، والاختبارات الطبية المعتمدة عالميا.

المطلب الأول: المعايير الطبية لتشخيص الموت الدماغي

من الانتقال بمفهوم الموت من المعيار التقليدي القائم على توقف النبض والتنفس إلى المعيار الحديث القائم على تلف الجهاز العصبي المركزي، لم يكن مجرد تحول نظري في الفقه القانوني، بل استلزم بناء منظومة متكاملة من القواعد الفنية والمعايير الطبية الصارمة، إذ لا يمكن للقانون أن يرتب الآثار الخطيرة للموت الدماغي –كانقضاء الشخصية القانونية وجواز رفع أجهزة الإنعاش أو استئصال الأعضاء ما لم يستند إلى يقين طبي قاطع لا يتطرق إليه الشك. [1]

[1] – محمد علي البار، الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ، دار المناهج، عمان، ط1، 1423هـ – 2002م، ص112.

الفرع الأول: العلامات السريرية (الإكلينيكية) للموت الدماغي يمثل الفحص السريري (الإكلينيكي)

الركيزة الأساسية والخطوة الأولى الحاسمة في البروتوكول الطبي المعتمد لإثبات الموت الدماغي. وتتشكل هذه العلامات السريرية من مجموعة من الفحوصات الطبية المباشرة التي يجريها الأطباء على جسد المريض للتحقق من زوال الوظائف الحيوية للمخ وجذع الدماغي وقد أجمعت التشريعات الصحية الحديثة (ومنها قانون الصحة الجزائري 18-11 والتشريعات المقارنة) على وجوب توفر هذه العلامات مجتمعة وبشكل قطعي كشرط موضوعي لإعلان الوفاة.[1]

ويمكن تصنيف وفصل هذه العلامات السريرية الحاكمة إلى ثلاثة محاور رئيسة: أولا: الغيبوبة العميقة والكاملة (مطلق انعدام الاستجابة): يتعين سريريا أن يكون المريض في حالة غيبوبة تامة ومستمرة (Deep Coma)، بحيث تنعدم لديه أي استجابة حركية أو شعورية للمؤثرات الخارجية مهما بلغت شدتها، بما في ذلك المثيرات الألمية المركزية (كالحجامة فوق العظم القصي أو الضغط على العصب فوق الحجاج).[2]

وتثبت هذه الحالة أن القشرة المخية والمراكز العصبية العليا قد دخلت في طور التدمير الشامل والنهائي الذي لا رجعة فيه.[3]

[1]- ينظر: المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة (الجزائري)، بالمنظور المقارن مع المرسوم التنفيذي الفرنسي رقم 96-1041 المتعلق ببروتوكول إثبات الموت.

[2]- جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1، 1421هـ - 2000 م، ص156.

[3]- عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت، 2005م، ص188 - 190.

ثانيا: غياب منعكسات جذع الدماغ (Areflexia of the Brainstem):

يعد غياب منعكسات جذع الدماغ الدليل السريري القاطع على موت هذا الجزء الحيوي المسيطر على وظائف الجسد التلقائية، ويتحقق الأطباء من ذلك عبر اختبار المنعكسات التالية:[1]

انعدام المنعكس الحدقي (Pupillary Reflex): تكون حدقتا العينين متسعتين بشكل ملحوظ ومتثبتتين (Fixed and Dilated)، ولا تبديان أي استجابة أو انكماش عند تسليط الضوء المباشر عليهما.

انعدام المنعكس القرني (Corneal Reflex): غياب أي رمش أو حركة في جفن العين عند ملامسة قرنية العين بلطف بقطعة قطن معقمة. انعدام منعكس حركة العينين (Oculovestibular Reflex): ويعرف باختبار السعرات الحرارية، حيث تحقن الأذن بالماء البارد جدا، وفي الحالة الطبيعية تتحرك العينان تلقائيا نحو الأذن المحقونة، أما في الموت الدماغي فلا تبدي العينان أي حركة على الإطلاق.

انعدام المنعكس البلعومي والسعالي (Pharyngeal and Tracheal Reflexes): غياب أي رد فعل أو غثيان عند تحريك أنبوب التنفس الاصطناعي داخل البلعوم أو عند شفط الإفرازات من القصبة الهوائية.[2]

[1]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص248.

[2]– محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص342

ثالثا: اختبار انقطاع التنفس الذاتي (اختبار التوقف التنفسي – Apnea Test):

يعد هذا الاختبار الفحص السريري الأخير والأكثر خطورة وأهمية في إثبات الموت الدماغي، إذ يهدف إلى التحقق من عجز مراكز التنفس في جذع الدماغ عن العمل حتى تحت أقصى درجات التحفيز الطبيعي.[1]

ويتم الإجراء بفصل المريض عن جهاز التنفس الاصطناعي مع تزويده بالأكسجين النقي عبر قسطرة خاصة، ومراقبة صدره بدقة، فإذا ارتفعت نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم (CO_2) لتتجاوز الحد السريري المحفز (أعلى من 60 ملم زئبقي) دون أن يبدي المريض أي حركة تنفسية ذاتية أو محاولة لأخذ النفس، يعد الاختبار إيجابيا ومؤكدا للموت الدماغي[2].وتجدر الإشارة قانونا إلى أن هذه العلامات السريرية لا تكتسب حجيتها الإثباتية إلا بعد استبعاد الأسباب المؤقتة التي قد تحاكي الموت الدماغي ظاهريا، مثل: انخفاض درجة حرارة الجسم الشديد (Hypothermia)، أو التسمم بالجرعات الزائدة من الأدوية المهدئة والمخدرة، أو الصدمات الاستقلابية الحادة، وهو ما أكدته القواعد التنظيمية المقارنة والمنشورات الوزارية الملحقة بقوانين الصحة.

الفرع الثاني: الاختبارات العصبية المؤكِدة (الفحوصات التكميلية)

وتنقسم هذه الاختبارات العصبية التكميلية في الممارسات الطبية والتشريعات المقارنة (ومنها الملاحق التنظيمية لقانون الصحة الجزائري 18-11 والتشريعات العربية والفرنسية) إلى قسمين رئيسين:[3]

---

[1]– محمد علي البار، الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ، دار المناهج، عمان، ط1، 1423هـ – 2002م، ص125.

[2]– عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت، 2005م، ص201.

[3]– ينظر: المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة (الجزائري)، بالمنظور المقارن مع المادة R1232-1 من قانون الصحة العامة الفرنسي (Code de la santé publique) والمنشورات الدورية الملحقة به.

أولا: اختبارات النشاط الكهربائي للدماغ (المعايير الفيزيولوجية العصبية):

ويأتي على رأسها مخطط كهربائية الدماغ الكهربائي (Electroencephalogram EEG) وهو جهاز يقيس النشاط الكهربائي في خلايا القشرة المخية. ولإثبات الموت الدماغي، يشترط البروتوكول الطبي أن يظهر التخطيط خطا مسطحا تماما وخاليا من أي موجات كهربائية (Isoelectric / Flat EEG) على مدار فترة زمنية محددة (لا تقل عادة عن ثلاثين دقيقة) وبأعلى درجات الحساسية للجهاز[1]، هذا الصمت الكهربائي المطبق يعد دليلا تقنيا لا يقبل إثبات العكس على انعدام النشاط الوظيفي والحيوي للمخ.[2]

ثانيا: اختبارات تدفق الدم الدماغي (المعايير الوعائية):

تهدف هذه الاختبارات إلى إثبات انقطاع الدورة الدموية الدماغية (Cerebral Circulatory Arrest)، إذ إن توقف تدفق الدم المحمل بالأكسجين والغذائيات إلى الدماغ يؤدي حتما إلى تموت الخلايا العصبية وتفسخها خلال دقائق معدودة.[3] ومن أبرز هذه الآليات التقنية:

- ✓ تصوير شرايين الدماغ الظليل (Angiography): ويعد المعيار الذهبي تقنيا، حيث تحقن مادة ملونة في الجملة الوعائية للمريض، وتظهر الصور وقوف المادة الظليلة عند قاعدة الجمجمة تماما وعدم دخول أي قطرة دم إلى الشرايين الداخلية للدماغ نتيجة الضغط المرتفع داخل القحف.[4]
- ✓ تخطيط صدى الدماغ عبر الجمجمة (Transcranial Doppler – TCD): وهو فحص بالموجات فوق الصوتية يجرى عند سرير المريض، ويقيس سرعة تدفق الدم في الشرايين

---

[1]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ –2001م، ص201.

[2]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص149.

[3]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص283.

[4]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص261.

الدماغية الأساسية، ويؤكد الموت الدماغي عند رصد انعدام التدفق الانبساطي أو وجود تدفق ارتدادي متذبذب دال على توقف الدورة الدموية.[1]

- ✓ التصوير الومضاني الدماغي (Brain Scintigraphy): فحص يعتمد على الطب النووي عبر حقن نظائر مشعة في مجرى الدم، حيث يظهر الفحص غيابا تاما لامتصاص المادة المشعة داخل القحف، وهو ما يصطلح عليه طبيا بـ علامة الجمجمة الفارغة (Empty Skull Sign).[2]

وتجدر الإشارة إلى أن المشرع الجزائري في المادة 361 من قانون الصحة 18-11، تماشيا مع القوانين المقارنة كالقانون الفرنسي، قد جعل اللجوء إلى هذه الاختبارات العصبية وسيلة إلزامية لتأكيد الوفاة قبل الإقدام على أي تصرف طبي ناقل للأعضاء، وذلك دفعا لأي شبهة جنائية وضمانا لليقين القانوني المطلق المحيط بحماية الحق في الحياة.[3]

الفرع الثالث: الشروط الإجرائية والزمنية التكميلية لإثبات الموت الدماغي

لا يكتفي النظام القانوني والشرعي الحديث بالتحقق من العلامات السريرية والاختبارات العصبية فحسب، بل يحيط عملية إثبات الموت الدماغي بحزمة من الشروط الإجرائية والزمنية التكميلية الصارم، ويمكن حصر هذه الشروط الإجرائية والتنظيمية التكميلية في المسائل الحاكمة التالية:

أولا: شرط المدة الزمنية والمراقبة المستمرة (Observation Period):

تشترط القواعد الطبية والقانونية عدم الاكتفاء بفحص سريري واحد، بل يجب إعادة الفحوصات السريرية والتخطيطية بعد مرور فترة زمنية محددة للتأكد من ثبات حالة الموت

---

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص359.

[2]- ينظر: النصوص التنظيمية المحددة لكيفيات إثبات الموت الدماغي الصادرة تنفيذاً لأحكام الباب السابع من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة (الجزائر).

[3]- محمد علي البار، الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ، دار المناهج، عمان، ط1، 1423هـ - 2002م، ص138.

الدماغي وعدم ارتدادها.[1] وتختلف هذه المدة التكميلية بحسب عمر المريض وسياق الحالة الإكلينيكية، فالقوانين المقارنة والمنشورات الوزارية الملحقة بقوانين الصحة (ومنها الملاحق التنظيمية لقانون الصحة الجزائري 18-11) تشترط عادة تكرار الفحص بعد مرور ست (6) ساعات على الأقل لدى البالغين، وتتضاعف هذه المدة لدى الأطفال وحديثي الولادة لتصل إلى أربع وعشرين (24) ساعة، نظرا لقدرة خلايا الدماغ لدى الأطفال على مقاومة نقص الأكسجين لفترات أطول.[2]

ثانيا: شرط التعدد والتخصص في الفريق الطبي المعاين:

دفعا لتعارض المصالح وضمانا للحياد المطلق، تحظر التشريعات الصحية حظرا قاطعا أن ينفرد طبيب واحد بقرار إعلان الموت الدماغي،[3] ويوجب القانون تشكيل لجنة طبية تكميلية رسمية تتكون على الأقل من طبيبين أو ثلاثة أطباء مستقلين (عادة من تخصصات: أمراض الأعصاب، جراحة الأعصاب، والإنعاش والتخدير).[4] كما تقضي القوانين المقارنة (كالقانون الجزائري والفرنسي والمصري) بشرط إجرائي جوهري وهو: أن يكون الأطباء الذين يثبتون الموت الدماغي مستقلين تماما عن الفريق الطبي الذي سيتولى عملية استئصال الأعضاء أو زراعتها، وذلك لمنع أي دافع خفي قد يؤثر على النزاهة العلمية في تقييم حالة المتوفى.[5]

---

[1]- منصور عمر المطرودي ، موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض، ع 42، 1999م، ص81.

[2]- عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت،2005م، ص214.

[3]- ينظر في التفصيل الإجرائي والزمني الجزائري: الباب السابع المتعلق بنقل الأعضاء وزرعها من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018م.

[4]- توفيق الشاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، ط2، 1996م، ص222.

[5]- أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص161.

ثالثا: شرط التوثيق الإداري والمحضر الرسمي (The Official Protocol):

لا يرتب الموت الدماغي آثاره القانونية إلا بعد استيفاء الإجراء التكميلي الشكلي، وهو تحرير محضر إثبات الموت بشكل رسمي وموقع من قِبل أعضاء اللجنة الطبية المشكلة وعميد المؤسسة الاستشفائية.[1] ويجب أن يتضمن هذا المحضر تدوين تفاصيل الفحوص السريرية، ونتائج الاختبارات الوعائية العصبية، وساعة الفصل عن الأجهزة ميكانيكيا، حيث يعد هذا التقرير الوثيقة القانونية التي تنقضي بها الشخصية القانونية وترفع بموجبها المسؤولية الجنائية والمدنية عن الطاقم الطبي، وتقدم إلى ضابط الحالة المدنية لاستخراج شهادة الوفاة الرسمية.[2]

ويمكن حصر هذه الشروط الإجرائية والتنظيمية التكميلية في المسائل الحاكمة التالية:[3]

أولا: شرط المدة الزمنية والمراقبة المستمرة (Observation Period):

تشترط القواعد الطبية والقانونية عدم الاكتفاء بفحص سريري واحد، بل يجب إعادة الفحوصات السريرية والتخطيطية بعد مرور فترة زمنية محددة للتأكد من ثبات حالة الموت الدماغي وعدم ارتدادها[4]. وتختلف هذه المدة التكميلية بحسب عمر المريض وسياق الحالة الإكلينيكية، فالقوانين المقارنة والمنشورات الوزارية الملحقة بقوانين الصحة (ومنها الملاحق التنظيمية لقانون الصحة الجزائري 18-11) تشترط عادة تكرار الفحص بعد مرور ست (6) ساعات على الأقل لدى البالغين، وتتضاعف هذه المدة لدى الأطفال وحديثي الولادة لتصل إلى أربع وعشرين (24) ساعة، نظرا لقدرة خلايا الدماغ لدى الأطفال على مقاومة نقص الأكسجين لفترات أطول.

---

[1]- ينظر: المادة 362 من قانون الصحة الجزائري 18-11، بالمقارنة مع المادة L1232-2 من قانون الصحة العامة الفرنسي (Code de la santé publique).

[2]- محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ-2001م، ص211.

[3]- المطرودي، منصور عمر، "موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية"، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض – المملكة العربية السعودية، العدد 42، 1999م.

[4]- عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت،2005م، ص214.

ثانيا: شرط التعدد والتخصص في الفريق الطبي المعاين:

دفعا لتعارض المصالح وضمانا للحياد المطلق، تحظر التشريعات الصحية حظرا قاطعا أن ينفرد طبيب واحد بقرار إعلان الموت الدماغي[1]. ويوجب القانون تشكيل لجنة طبية تكميلية رسمية تتكون على الأقل من طبيبين أو ثلاثة أطباء مستقلين (عادة من تخصصات: أمراض الأعصاب، جراحة الأعصاب، والإنعاش والتخدير). كما تقضي القوانين المقارنة (كالقانون الجزائري والفرنسي والمصري) بشرط إجرائي جوهري وهو: أن يكون الأطباء الذين يثبتون الموت الدماغي مستقلين تماما عن الفريق الطبي الذي سيتولى عملية استئصال الأعضاء أو زراعتها، وذلك لمنع أي دافع خفي قد يؤثر على النزاهة العلمية في تقييم حالة المتوفى.[2]

ثالثا: شرط التوثيق الإداري والمحضر الرسمي (The Official Protocol):

لا يرتب الموت الدماغي آثاره القانونية إلا بعد استيفاء الإجراء التكميلي الشكلي، وهو تحرير محضر إثبات الموت بشكل رسمي وموقع من قِبل أعضاء اللجنة الطبية المشكلة وعميد المؤسسة الاستشفائية[3]. ويجب أن يتضمن هذا المحضر تدوين تفاصيل الفحوص السريرية، ونتائج الاختبارات الوعائية العصبية، وساعة الفصل عن الأجهزة ميكانيكيا، حيث يعد هذا التقرير الوثيقة القانونية التي تنقضي بها الشخصية القانونية وترفع بموجبها المسؤولية الجنائية والمدنية عن الطاقم الطبي، وتقدم إلى ضابط الحالة المدنية لاستخراج شهادة الوفاة الرسمية.[4]

---

[1]– ينظر في التفصيل الإجرائي والزمني الجزائري: الباب السابع المتعلق بنقل الأعضاء وزرعها من القانون رقم 18–11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018م.

[2]– توفيق الشاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، ط2، 1996م، ص222.

[3]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص161.

[4]– ينظر: المادة 362 من قانون الصحة الجزائري 18–11، بالمقارنة مع المادة L1232-2 من قانون الصحة العامة الفرنسي (Code de la santé publique).

المطلب الثاني: إشكالات التشخيص الطبي

بالرغم من استقرار المعايير الطبية والبروتوكولات القانونية المعتمدة لإثبات الموت الدماغي، إلا أن الممارسة الطبية الواقعية داخل غرف الإنعاش والعناية المركزة لا تخلو من عقبات وتقاطعات فنية معقدة. فالتطبيق العملي للفحوصات السريرية والاختبارات التكميلية كثيرا ما يصطدم بعوامل عارضة أو تداخلات دوائية وتشريحية تحجب الرؤية اليقينية عن الطاقم الطبي، مما يفتح الباب أمام ثغرات قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ يرتب مسؤوليات جنائية ومدنية جسيمة.

الفرع الأول: أخطاء التشخيص الطبي للموت الدماغي وموانعه

ويمكن تصنيف وفصل هذه العوامل والموانع التي تقود إلى أخطاء التشخيص إلى المحاور الرئيسة التالية:

أولا: التسمم الحاد بالجرعات الدوائية الزائدة والمهدئات (Intoxication): يعد التسمم بالمركبات الدوائية المثبطة للجهاز العصبي المركزي (مثل: الباربيتورات، ومضادات القلق البنزوديازيبينية، والمخدرات، ومرخيات العضلات) من أبرز أسباب الأخطاء التشخيصية[1]. فهذه العقاقير قد تؤدي عند تراكمها في جسم المريض (بسبب فشل كلوي أو كبدي يبطئ طرح السموم) إلى إدخال المريض في غيبوبة مطبقة تحاكي الصمت الكهربائي للدماغ وغياب المنعكسات الحيوية بشكل تام[2]. لذلك، يشترط القانون الطبي إجرائيا عدم إعلان الموت الدماغي إلا بعد التأكد من زوال أثر هذه الأدوية تماما من الدم مرورا بما يعادل خمسة أضعاف عمر النصف الحيوي للعقار المسبب.[3]

[1] – محمد علي البار، الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ، دار المناهج، عمان، ط1، 1423هـ – 2002م، ص154.

[2] – حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص299.

[3] – عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص302.

ثانيا: انخفاض درجة حرارة الجسم الشديد والمفاجئ (Severe Hypothermia):

يؤدي انخفاض درجة حرارة الجسد المركزية إلى ما دون (32) درجة مئوية إلى إدخال المنظومة العصبية في حالة السبات البيولوجي الحاد، حيث ينخفض استقلاب خلايا الدماغ إلى أدنى مستوياته، وتختفي المنعكسات السريرية، ويظهر تخطيط الدماغ (EEG) مسطحا وخاليا من النشاط الكهربائي ظاهريا كأنه ميت.[1] وفي الأوساط الطبية قاعدة شهيرة تحكم هذا المانع وتمنع الخطأ التشخيصي تقضي بأنه: لا يجوز إعلان وفاة المريض المصاب بانخفاض الحرارة إلا بعد تدفئته وإعادة حرارته لوضعها الطبيعي (أعلى من 35 درجة مئوية) لتبيان الحقيقة الحيوية للدماغ.[2]

ثالثا: الاضطرابات الاستقلابية و الغددية الحادة (Metabolic and Endocrine Disturbances): تتسبب بعض الاختلالات الكيميائية الحادة في الجسم في تثبيط وظائف المخ وجذعه بشكل كامل ومؤقت، ومن أمثلتها: الاعتلال الدماغي الكبدي أو الكلوي الحاد، وهبوط السكر الشديد المستمر، والغيبوبة الناتجة عن القصور الحاد في نشاط الغدة الدرقية (غيبوبة الوذمة المخاطية)[3]. هذه الحالات تؤدي إلى شلل وظيفي مؤقت في مراكز الإدراك والمنعكسات، وإذا تسرع الطبيب في تشخيص الموت الدماغي دون إجراء التحاليل المخبرية التصحيحية، وقع في خطأ مهني جسيم موجب للمسؤولية الجزائية والمدنية[4].وتأسيسا على ما تقدم، فإن القوانين الصحية الحديثة (ومنها قانون الصحة الجزائري 18-11 والتشريعات المقارنة) حظرت البدء في إجراءات بروتوكول الموت الدماغي في حال وجود أي من هذه

---

[1]- جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط01 1421هـ-2000م، ص198.

[2]- توفيق الشاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، ط2 ،1996م، ص241.

[3]- عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت،2005م، ص237.

[4]- محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط01، 1422هـ-2001م، ص228.

الموانع، واعتبرت تجاوزها إهمالا طبيا صارخا يخرج عن حدود الخطأ الفني المغفور، ويكيف جنائيا على أنه قتل خطأ أو قتل عمد بحسب ركن القصد والظروف المحيطة بالواقعة[1].

الفرع الثاني: الخلافات الطبية حول معيار الموت الدماغي

على الرغم من الدعم التشريعي والقانوني الواسع الذي حظي به مفهوم الموت الدماغي في العقود الأخيرة، إلا أن الأوساط الطبية والفيزيولوجية العالمية شهدت ولا تزال نقاشات حادة وخلافات جوهرية حول المعيار العضوي الدقيق الذي يجب اعتماده لإعلان وفاة الإنسان عصبيا. فالخلاف الطبي لم يعد مقتصرا على كيفية الفحص، بل امتد ليمس فلسفة الموت ذاتها وحدود التلف الدماغي المسوغ لرفع أجهزة الإنعاش، وتتوزع هذه الخلافات والاتجاهات الطبية على ثلاثة معايير ومدارس أساسية:

أولا: معيار الموت الدماغي الشامل والكلي (Whole-Brain Death Criterion):

تمثل هذه المدرسة الاتجاه التقليدي والأكثر انتشارا، وهو المعيار المعتمد في الولايات المتحدة الأمريكية وكثير من الدول العربية والتشريعات المقارنة (ومنها المشرع الجزائري في قانون الصحة 18-11).[2]

ويشترط أصحاب هذا التوجه لإعلان الوفاة حدوث تدمير كامل، شامل، وغير مرتد لجميع أجزاء الدماغ بما في ذلك القشرة المخية (المسؤولة عن الوعي والإدراك والوظائف العليا) وجذع الدماغ (المسؤول عن المنعكسات والتنفس الحركي)[3]. ويرى أنصار هذا المعيار أن

---

[1]-محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة،1998م، ص381.

[2]-محمد علي البار، موت الدماغ أو موت الإنسان: الرأي الطبي والشرعي، دار القلم، دمشق، ط1، 1406هـ-1986م، ص165.

[3]- ينظر في تبني المعيار الكلي: المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة (الجزائري)، المقارنة بالمرسوم التنفيذي الفرنسي رقم 96-1041 الصادر بشأن تحديد معايير الموت الشامل.

الإنسان وحدة بيولوجية متكاملة، ولا يمكن اعتبار الدماغ ميتا إلا إذا فقد الجسد مركزه العصبي الإداري بأكمله، مما يضمن اليقين المطلق ويمنع التسرع في التشخيص[1].

ثانيا: معيار موت جذع الدماغ منفردا (Brainstem Death Criterion):

يمثل هذا الاتجاه المدرسة البريطانية (المعتمدة في المملكة المتحدة وبعض دول الكومنولث)، حيث يرى الفقهاء الأطباء في هذه المدرسة أن جذع الدماغ هو النواة الحياتية المركزية للجسد البشري، والمسؤول الحصري عن توليد تيار التنفس الذاتي وتنظيم الدورة الدموية[2]. وتأسيسا على ذلك، فإن حدوث تلف كامل وغير مرتد في جذع الدماغ وحده يكفي لإعلان الوفاة الطبية والقانونية للمريض، حتى وإن ظلت بعض خلايا القشرة المخية العلوية تبدي نشاطا كهربائيا ضئيلا أو محتفظة بترويتها مؤقتا[3]. ويستندون في ذلك إلى أن غياب جذع الدماغ يجعل عودة الوعي أو التنفس مستحيلة طبيا، مما يجعل بقاء بقية أجزاء المخ مجرد نسيج تالف ينتظر التحلل الحتمي.

ثالثا: معيار الموت الدماغي العالي أو قشرة المخ (Higher–Brain Death Criterion):

يعد هذا المعيار الاتجاه الأكثر راديكالية وجدلا في الفلسفة الطبية الحديثة، ويتبناه ثلة من علماء البيوإتيقا (الأخلاقيات الطبية) وأطباء الأعصاب.[4] ويقوم هذا التوجه على فكرة تفكيك مفهوم الإنسان، حيث يرى أصحابه أن جوهر الحياة البشرية يكمن في الوعي، والشخصية، والقدرة على التواصل، والتفكير، وهي وظائف تنفرد بها القشرة المخية والسنخ

---

[1]– جلال علي العوّا Executive ، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1، 1421هـ – 2000م، ص212.

[2]– عارف علي عارف، موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة، دار النفائس، بيروت،2005م، ص251.

[3]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص172.

[4]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ–2001م، ص243.

العصبي العلوي[1]. بناء عليه، فإن التلف الشامل للقشرة المخية (كما هو الحال في الغيبوبة العميقة غير المرتدة أو الحالة النباتية المستديمة) يعد موتا إنسانيا حقيقيا بزوال مقومات الشخصية، حتى وإن كان جذع الدماغ سليما وينبض الجسد ويتنفس تلقائيا.[2]

بيد أن هذا المعيار الأخير (موت القشرة المخية) [3] واجه هجوما طبيا وقانونيا لاذعا، نظرا لخطورته البالغة، حيث يؤدي اعتماده إلى تشريع قتل مرضى الحياة النباتية المستقرة واقتطاع أعضائهم وهم يتنفسون ذاتيا، وهو ما رفضته المجامع الفقهية الإسلامية والمنظمات التشريعية الدولية قاطبة، مستمسكة بمعيار الموت الشامل أو موت الجذع كحد أدنى لليقين الحياتي.[4]

مجمع الفقه الإسلامي الدولي، قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي، الأمانة العامة، جدة المملكة العربية السعودية.

الفرع الثالث: أثر التطور الطبي على مفهوم الوفاة

ظل مفهوم الوفاة لقرون متطاولة مستقرا في الوجدان الإنساني واليقين الطبي والتشريعي على أنه المرادف الحتمي للتوقف التام والنهائي لحركتي التنفس ونبض القلب البشري.[5]

---

[1]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص319.

[2] محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة ،1998م، ص402.

[3]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص311.

[4]– القرار رقم 17 (3/5) بشأن أجهزة الإنعاش، قرارات ومجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنبثق عن منظمة التعاون الإسلامي، جدة، المملكة العربية السعودية، ص36.

[5]–محمد علي البار، موت الدماغ أو موت الإنسان: الرأي الطبي والشرعي، دار القلم، دمشق، ط01، 1406هـ–1986م، ص201.

أولا: تفكيك الترابط العضوي التقليدي (تأثير أجهزة الدعم الحياتي):

شكل اختراع أجهزة التنفس الاصطناعي (Mechanical\ Ventilators) ومضخات الدورة الدموية الخارجية نقطة التحول الأساسية في هذا الصدد، إذ غدا بمقدور الطب الحديث الإبقاء على الوظائف الخضرية للجسد البشري (التنفس، النبض، التروية الدموية للأنسجة) مستمرة بشكل آلي ومستقر لفترات طويلة، حتى في الحالات التي يكون فيها الدماغ قد تحلل كليا وتلاشى نشاطه العصبي. هذا التطور الطبي جعل المفهوم التقليدي للوفاة (توقف القلب) عاجزا عن مواكبة الواقع، إذ أوجد فئة جديدة من البشر يطلق عليهم طبيا الجثث النابضة، وهم أشخاص ماتت عقولهم ومدبرات أجسادهم، في حين لا تزال خلاياهم الحشوية تغذى صناعيا.[1]

ثانيا: التحول من المنظور القلبي الوعائي إلى المنظور العصبي المركزي:

أجبر هذا التطور التكنولوجي القانون الطبي والتشريعات الوضعية على نقل معيار الموت من الصدر إلى الرأس، فلم يعد الموت يعرف بيولوجيا بتوقف المضخة الحركية (القلب)، وإنما بغياب المركز الإداري الموجه للجسد (الدماغ).[2]

فالتطور الطبي أثبت أن القلب مجرد عضو عضلي يمكن استبداله بمضخة صناعية أو نقل قلب آخر بديل، في حين أن الدماغ هو مستودع الشخصية والوعي البشري الذي لا يقبل الاستبدال[3]. بناء على ذلك، تحول مفهوم الوفاة في التشريعات الحديثة –ومنها المشرع الجزائري والمقارن من موت منظومة الدورة الدموية إلى الموت الوظيفي غير المرتد للمخ

---

[1]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص195.

[2]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص335.

[3]– جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1421،1هـ–2000م، ص248.

وجذعه، وهو تحول فرضه الطب واستجاب له القانون تنظيما للمراكز القانونية وحماية للأطباء المنعشين.[1]

ثالثا: جدلية التسريع بالوفاة لتلبية احتياجات نقل الأعضاء (الدافع النفعي): لا يمكن قراءة أثر التطور الطبي على مفهوم الوفاة بمعزل عن الطفرة الهائلة في جراحة زراعة الأعضاء البشرية (Organ\Transplantation).

إذ يحتاج هذا الفرع الطبي إلى أعضاء حية (قلب، كبد، كلى) في أقصى درجات الحيوية والتروية الدموية لاقتطاعها بنجاح وزرعها في جسد مريض آخر. وبما أن الانتظار حتى يتوقف القلب تلقائيا يؤدي إلى تلف هذه الأعضاء واختناقها خلويا (Ischemia)، فقد دفع التطور الطبي باتجاه تبني مفهوم الموت الدماغي ليكون المسوغ القانوني والشرعي الذي يتيح للأطباء نزع الأعضاء والجسد لا يزال دافئا ونابضا صناعيا[2].هذا الترابط الوثيق أثار حفيظة الفقه الجنائي، حيث حذر القانونيون من خطورة تحول معيار الوفاة من أداة لحماية المريض المشرف على الموت، إلى أداة نفعية لخدمة مريض آخر، مما يتطلب إرساء بروتوكولات صارمة وفصل قانوني تام بين الطاقم الطبي المعالج والمشخص للموت الدماغي، وطاقم جراحة نقل الأعضاء تفاديا لأي تضارب في المصالح قد يجر إلى مسؤوليات جنائية عمدية.[3]

أولا: تفكيك الترابط العضوي التقليدي (تأثير أجهزة الدعم الحياتي):

شكل اختراع أجهزة التنفس الاصطناعي (Mechanical\ Ventilators) ومضخات الدورة الدموية الخارجية نقطة التحول الأساسية في هذا الصدد، إذ غدا بمقدور الطب الحديث الإبقاء على الوظائف الخضرية للجسد البشري (التنفس، النبض، التروية الدموية للأنسجة)

[1]– توفيق الشاوي المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء دار النهضة العربية، القاهرة، ط1996،2م، ص289.

[2]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ–2001م، ص261.

[3]– ينظر في تبني المشرع الجزائري للمعيار العصبي الحديث: المادتين 361 و362 من القانون رقم 18–11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، بالمقارنة مع التوجه التشريعي الفرنسي والمصري الحيث.

مستمرة بشكل آلي ومستقر لفترات طويلة، حتى في الحالات التي يكون فيها الدماغ قد تحلل كليا وتلاشى نشاطه العصبي([3]). هذا التطور الطبي جعل المفهوم التقليدي للوفاة (توقف القلب) عاجزا عن مواكبة الواقع، إذ أوجد فئة جديدة من البشر يطلق عليهم طبيا الجثث النابضة، وهم أشخاص ماتت عقولهم ومدبرات أجسادهم، في حين لا تزال خلاياهم الحوشية تغذى صناعيا.[1]

ثانيا: التحول من المنظور القلبي الوعائي إلى المنظور العصبي المركزي: أجبر هذا التطور التكنولوجي القانون الطبي والتشريعات الوضعية على نقل معيار الموت من الصدر إلى الرأس، فلم يعد الموت يعرف بيولوجيا بتوقف المضخة الحركية (القلب)، وإنما بغياب المركز الإداري الموجه للجسد (الدماغ).[2]

فالتطور الطبي أثبت أن القلب مجرد عضو عضلي يمكن استبداله بمضخة صناعية أو نقل قلب آخر بديل، في حين أن الدماغ هو مستودع الشخصية والوعي البشري الذي لا يقبل الاستبدال[3]. بناء على ذلك، تحول مفهوم الوفاة في التشريعات الحديثة –ومنها المشرع الجزائري والمقارن من موت منظومة الدورة الدموية إلى الموت الوظيفي غير المرتد للمخ وجذعه، وهو تحول فرضه الطب واستجاب له القانون تنظيما للمراكز القانونية وحماية للأطباء المنعشين.[4]

ثالثا: جدلية التسريع بالوفاة لتلبية احتياجات نقل الأعضاء (الدافع النفعي): لا يمكن قراءة أثر التطور الطبي على مفهوم الوفاة بمعزل عن الطفرة الهائلة في جراحة زراعة الأعضاء البشرية (Organ\ Transplantation). إذ يحتاج هذا الفرع الطبي إلى أعضاء حية (قلب، كبد، كلى) في أقصى درجات الحيوية والتروية الدموية لاقتطاعها بنجاح وزرعها في جسد

---

[1]– محمد علي البار، موت الدماغ أو موت الإنسان: الرأي الطبي والشرعي، دار القلم، دمشق، ط01 ،1406هـ–1986م، ص201.

[2]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص195.

[3]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص335.

[4]– محمود علي السرطاوي، دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة، دار المسيرة، عمان، ط1، 1422هـ–2001م، ص261.

مريض آخر. وبما أن الانتظار حتى يتوقف القلب تلقائيا يؤدي إلى تلف هذه الأعضاء واختناقها خلويا (Ischemia)، فقد دفع التطور الطبي باتجاه تبني مفهوم الموت الدماغي ليكون المسوغ القانوني والشرعي الذي يتيح للأطباء نزع الأعضاء والجسد لا يزال دافئا ونابضا صناعيا[1].هذا الترابط الوثيق أثار حفيظة الفقه الجنائي، حيث حذر القانونيون من خطورة تحول معيار الوفاة من أداة لحماية المريض المشرف على الموت، إلى أداة نفعية لخدمة مريض آخر، مما يتطلب إرساء بروتوكولات صارمة وفصل قانوني تام بين الطاقم الطبي المعالج والمشخص للموت الدماغي، وطاقم جراحة نقل الأعضاء تفاديا لأي تضارب في المصالح قد يجر إلى مسؤوليات جنائية عمدية[2].

[1]– جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1، 1421هـ –2000م، ص248.

[2]– منصور عمر المطرودي، موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، الرياض، ع 42، 1999م، ص118.

الفصل الثاني:

التنظيم القانوني للموت الدماغي وآثاره

المبحث الأول: المركز القانوني للموت الدماغي

يرتبط مفهوم الوفاة في الفلسفة القانونية بانتهاء النواة البيولوجية للشخص الطبيعي وانقضاء شخصيته القانونية، وهو ما يمثل خطا فاصلا تترتب عليه آثار بالغة الأهمية في فروع القانون كافة. ومع ظهور الموت الدماغي كمعيار حديث للوفاة، واجه الفقه والتشريع تحديا استثنائيا في ضبط المركز القانوني لهذا المريض المتوفى، إذ لم يعد جسده يقع ضمن التصنيف التقليدي الواضح بين الحي المطلق والجثة الهامدة، بل أضحى يمثل حالة خاصة تستلزم تكييفا تشريعيا دقيقا.[1]

المطلب الأول: موقف التشريعات المقارنة

لم يكن تبني معيار الموت الدماغي في التشريعات الوضعية مجرد إجراء تنظيمي عابر، بل جاء نتيجة مخاض تشريعي طويل فرضته ضغوط التطور الطبي والحاجة الملحة لتنظيم جراحات نقل الأعضاء. ونظرا لخطورة هذا المعيار ومساسه المباشر بالحق في الحياة، فقد تباينت الاستراتيجيات القانونية والمدد الزمنية التي استغرقتها القوانين المقارنة للاعتراف به وإدراج بروتوكولاته ضمن النسيج التشريعي، فبينما سارعت بعض الدول إلى سن قوانين خاصة ومستقلة، فضلت دول أخرى دمج هذا المعيار ضمن القواعد العامة للمنظومة الصحية وقوانين العقوبات.

الفرع الأول: موقف التشريع الفرنسي من الموت الدماغي

يعد المشرع الفرنسي من أبرز المشرعين الغربيين الذين أسسوا للمفهوم القانوني المعاصر للموت الدماغي. فبعد عقود من الاعتماد على المعيار الكلاسيكي المستند إلى توقف النبض والتنفس، أحدث التطور التكنولوجي في وسائل الإنعاش الاصطناعي وجراحة نقل الأعضاء تحولا جذريا في فلسفة الموت الفرنسية. وتجلى هذا التحول في إصدار قوانين الأخلاقيات

[1]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص354.

الحيوية المتعاقبة (Lois de bioéthique)، والتي أدمجت أحكاما صارمة ومفصلة صلب قانون الصحة العامة الفرنسي (Code de la santé publique) لضبط هذا المركز القانوني المستحدث.[1]

ويمكن استعراض موقف التشريع الفرنسي من خلال المواد القانونية والتنظيمية الحاكمة له وفق المحاور التالية:

أولا: المساواة القانونية بين الموت الدماغي والموت التقليدي:

حسم المشرع الفرنسي صراحة مسألة التكييف القانوني للموت الدماغي عبر المادة (R. 1232-1) من قانون الصحة العامة الفرنسي، حيث نصت على معيارين متوازيين للوفاة الحتمية، وجاء في مضمونها:

إذا كان الشخص يقدم توقفا حادا ونهائيا للوظائف القلبية والتنفسية، فلا يمكن إعلان الوفاة إلا بعد التأكد من الطابع غير المرتد لهذا التوقف. أما إذا كان الشخص يرقد تحت أجهزة إنعاش ميكانيكية تحافظ على تروية أعضائه اصطناعيا، فلا يجوز إقرار الوفاة إلا إذا ثبت حدوث تلف شامل وغير مرتد لجميع وظائف الدماغ.[2]

يستفاد من هذا النص أن المشرع الفرنسي يعترف بالموت الدماغي الشامل والمطلق (La mort encéphalique) كمرادف بيولوجي وقانوني كامل لموت الإنسان، وبموجب التوقيع على شهادة الوفاة الدماغية تنقضي الشخصية القانونية للمريض فورا، وترفع عنه أجهزة الإنعاش ميكانيكيا دون أن يترتب على الطبيب أي مسؤولية جنائية.[3]

---

[1]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص367.

[2]– ينظر النص الفرنسي الرسمي للمادة:

Article R. 1232-1 du Code de la santé publique: "Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant... En cas de maintien artificiel des fonctions."...

[3]– ينظر الملحق التنظيمي المعزز للمادة R. 1232–1 والمعدل بموجب المراسيم التطبيقية الخاصة بقوانين الأخلاقيات الحيوية الفرنسية الصادرة صلب قانون الصحة العامة الفرنسي.

ثانيا: الشروط والبروتوكولات الفنية الإلزامية للإثبات:

تجنبا لأي خطأ في التشخيص، وضعت الفقرة الثانية من المادة التنظيمية (R. 1232-1) بروتوكولا طبيا إلزاميا لا يجوز للأطباء الانحراف عنه، ويقوم على شقين:

الفحص السريري الإلزامي: ويتطلب التحقق من توافر ثلاث علامات سريرية مجتمعة: غياب الوعي والإدراك التام، غياب جميع منعكسات جذع الدماغ، وغياب التنفس الذاتي المؤكد عبر اختبار التوقف التنفسي الإنعاشي(Épreuve d'apnée).

الاختبارات التكميلية الوجوبية : لم يكتفِ المشرع الفرنسي بالفحص السريري، بل اشترط وجوبا تأكيده تقنيا بأحد خيارين:

إجراء تخطيطين لكهربائية الدماغ (Deux tracés d'électroencéphalogramme EEG) مسطحين تماما (صمت كهربائي)، تفصل بينهما مدة زمنية لا تقل عن أربع (4) ساعات، وبمدة تسجيل لا تقل عن 30 دقيقة لكل تخطيط. [1]

أو إجراء تصوير شرياني ظليل لأوعية الدماغ (Une angiographie) يثبت بشكل قاطع توقف تدفق الدم والدورة الدموية الدماغية الشاملة.

ثالثا: ضمانات الحياد الجنائي وفصل المسؤولية الطبية:

نظرا لكون تشخيص الموت الدماغي غالبا ما يكون ممهدا لعمليات اقتطاع الأعضاء البشرية، وضع المشرع الفرنسي ضمانة تشريعية كبرى في المادة (L. 1232-2) من قانون الصحة العامة، ونصت صراحة على:

[1]– ينظر النص الفرنسي الرسمي للمادة:

Article L. 1232-2 du Code de la santé publique: "Constat وجوباً réalisé par deux médecins ... ومستقلين...".

يجب أن يتم إثبات الموت وتأكيده بواسطة طبيبين مستقلين... ولا يجوز بأي حال من الأحوال أن يكون هذان الطبيبان اللذان يصادقان على الوفاة أعضاء في الفريق الذي يقوم باقتطاع الأعضاء أو زرعها.[1]

هدف المشرع الفرنسي من هذا الحظر المطلق هو قطع الطريق أمام أي تضارب في المصالح (Conflit d'intérêts)، وحماية المريض المشرف على الموت من أي تسريع غير قانوني لوفاته تلبية لحاجة مريض آخر، معتبرا مخالفة هذا الفصل التنظيمي خطأ مهنيا صارخا يوجب المساءلة الجنائية للأطباء بتهمة القتل العمدي أو الخطأ بحسب ظروف الواقعة.[2]

الفرع الثاني: موقف التشريع المصري من الموت الدماغي

شهدت المنظومة التشريعية والقضائية في مصر مخاضا فقهيا وقانونيا طويلا ومثيرا للجدل حول الاعتراف بالموت الدماغي كمعيار شرعي وطبي لوفاة الإنسان[3]. فبينما كانت نقابة الأطباء وبعض الدوائر الطبية تطالب بتبني المعيار العصبي لتسهيل جراحات نقل الأعضاء، كان الفقه القانوني والشرعي يبدي حذرا شديدا خوفا من التسرع في إنهاء حياة المرضى[4]. وظل هذا الوضع معلقا حتى حسم المشرع المصري المسألة بصدور قانون تنظيم زرع الأعضاء البشرية رقم 5 لسنة 2010 ولائحته التنفيذية، واضعا بذلك إطارا قانونيا حازما يوازن بين مواكبة التطور الطبي وتوفير أقصى درجات الحماية الجنائية للمريض[5].ويمكن استعراض محددات موقف التشريع المصري من خلال النصوص والمواد القانونية الحاكمة وفق المحاور التالية: أولا: حظر نقل الأعضاء إلا بعد ثبوت الموت اليقيني الحتمي: حرص المشرع

---

[1]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص214.

[2]– محمد النبوي مهديBlock، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص445.

[3]–محمد النبوي مهدي المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء دار النهضة العربية، القاهرة،1998م، ص411.

[4]– أحمد شرف الدين، الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م، ص205.

[5]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص362.

المصري في المادة (14) من القانون رقم 5 لسنة 2010 على إرساء قاعدة عامة تمنع استغلال المرضى، حيث نصت صراحتها على أنه: يحظر البدء في عملية استئصال أي عضو أو جزء من عضو أو نسيج من جسد المتوفى، إلا بعد ثبوت وفاته ثبوتا يقينا حتميا...[1].وقد ربط المشرع هذا اليقين بضرورة صدور قرار مسبب وموقع من لجنة طبية ثلاثية مشتركة، ممهدا بذلك للاعتراف الإجرائي بالموت الدماغي الشامل كأحد مظاهر هذا الموت اليقيني، شريطة التوافق التام بين المؤشرات السريرية والأجهزة المعاونة.[2]

ثانيا: بروتوكول إثبات الوفاة الدماغية صلب اللائحة التنفيذية: حددت المادة (18) من اللائحة التنفيذية للقانون رقم 5 لسنة 2010 (الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2259 لسنة 2010) المعايير البيولوجية والفنية الصارمة التي يجب على الأطباء الالتزام بها للقول بوقوع الموت الدماغي[3]. وتشترط اللائحة المصرية حدوث تلف كامل ومستمر وغير مرتد لجذع الدماغ بأكمله، وهو ما يتم التثبت منه عبر الشروط التالية: الفحص الإكلينيكي الشامل: ويتضمن إثبات وجود غيبوبة عميقة كاملة وأصلية، مع غياب تام لجميع منعكسات جذع الدماغ (مثل منعكس حركة الحدقات، والقرنية، والبلع)، وثبوت انعدام التنفس الذاتي عبر اختبار التوقف التنفسي المؤكد طبيا[4].الاختبارات الفنية المؤكدة وجوبا: الزمت اللائحة التنفيذية المصرية الطاقم الطبي بضرورة الاستعانة بالفحوصات المعملية لتأكيد التشخيص السريري، ومنها إجراء رسم مخ كهربائي صامت وخالٍ من أي نشاط (EEG) على فترات زمنية متباعدة،

[1]– ينظر نص المادة 14 من القانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية، المنشور في الجريدة الرسمية المصرية، العدد 8 تابع (أ)، بتاريخ 25 فبراير 2010.

[2]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص389.

[3]– توفيق الشاوي المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء دار النهضة العربية القاهرة، ط1996،2م، ص328.

[4]– جلال علي العوّا، الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون، المكتب الإسلامي، بيروت، ط1، 1421هـ – 2000م، ص267.

أو إثبات توقف الدورة الدموية المخية تماما عبر الأشعة المقطعية بالصبغة أو الرنين المغناطيسي لقطع الشك باليقين.[1]

ثالثا: ضمانات الحياد الجنائي والمسؤولية الجنائية للأطباء: إدراكا من المشرع المصري لخطورة تضارب المصالح، وضعت المادة (14) من ذات القانون شرطا جوهريا يقضي بحظر مشاركة الأطباء المشخصين للوفاة الدماغية في عمليات الزرع، ونصت في فقرتها الأخيرة على: ولا يجوز أن يكون من بين أعضاء اللجنة الطبيبة الثلاثية التي تثبت الوفاة، الطبيب المنفذ لعملية الزرع أو أي من أعضاء الفريق الطبي المشارك فيها، أو أن يكون لأي منهم مصلحة مباشرة في العملية.[2]

وقد رتب المشرع المصري عقوبات جنائية رادعة تصل إلى السجن المشدد والغرامة المالية الباهظة صلب المادة (18) من قانون تنظيم زرع الأعضاء على كل طبيب يثبت الوفاة على خلاف المعايير المقررة قانونا، أو يتسرع في نزع أجهزة الإنعاش قبل التوقيع الرسمي على محضر اللجنة الثلاثية، مكيفا الفعل على أنه جناية قتل عمد أو جرح أفضى إلى موت بحسب توافر ركن القصد الجنائي.

الفرع الثالث: موقف التشريع الجزائري من الموت الدماغي

يشكل موقف المشرع الجزائري من الموت الدماغي نموذجا للتشريعات الحذرة التي سعت إلى الموازنة الدقيقة بين الاستفادة من الطفرات الطبية الحديثة (كل جراحات نقل وزراعة الأعضاء)، وبين صيانة حرمة جسد المواطن وحقه الدستوري في الحياة[3]. وبعد أن كان المنظور التشريعي الوطني محكوما بنصوص قانون الصحة القديم 85-05 (المعدل والمتمم

[1]– ينظر المادة 14 فقرة 3 من القانون المصري رقم 5 لسنة 2010، مرجع سابق.

[2]– ينظر في العقوبات الجنائية للأطباء المقررة بموجب التعديلات اللاحقة بالقانون رقم 142 لسنة 2017 بتعديل بعض أحكام قانون زرع الأعضاء البشرية المصري.

[3]– منصور داود، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م، ص112.

بالقانون 90-17)[1]، نقل المشرع الجزائري المنظومة الصحية إلى مرحلة أكثر دقة ونضجا بصدور القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، واضعا بروتوكولا قانونيا صارما لتحديد حقيقة الموت وبداية الآثار القانونية المترتبة عليه[2].ويمكن استعراض محددات وأحكام موقف التشريع الجزائري من خلال النصوص والمواد القانونية الحاكمة وفق المحاور التالية:

أولا: الاعتراف الصريح بالموت الدماغي كمعيار قانوني للوفاة: خطا المشرع الجزائري خطوة حاسمة عبر المادة 361 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، حيث أقر بالتكييف القانوني للموت الدماغي كمرادف بيولوجي وقانوني تام لوفاة الإنسان، مانحا الفرق الطبية الغطاء الشرعي والقانوني لرفع أجهزة الإنعاش والبدء في عمليات الاقتطاع، حيث نصت المادة صراحة على أنه: لا يمكن القيام باقتطاع الأعضاء من أشخاص متوفين إلا بعد إثبات الوفاة بصفة قانونية، وطبقا للمعايير الطبية المعمول بها في هذا المجال. ويقصد بالشخص المتوفى، في مفهوم هذا القانون، كل شخص يثبت لديه توقف نهائي وغير ارتدادي لوظائف الدماغ أو توقف نهائي للوظائف القلبية والتنفسية[3].يتضح من هذا النص أن المشرع الجزائري لم يعد يعتد بالمنظور التقليدي القائم على توقف النبض كشرط وحيد، بل جعل التوقف النهائي وغير الارتدادي لوظائف الدماغ (La mort encéphalique) كافيا بحد ذاته لإعلان الموت، وانقضاء الشخصية القانونية، وبدء إجراءات التركات والعد الوجوبي للعديد من الآثار المدنية والجنائية.[4]

---

[1]- ينظر القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم بالقانون رقم 90-17 (الملغى بموجب القانون الجديد).

[2]- بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص304.

[3]- ينظر نص المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، الصادرة بتاريخ 11 يوليو 2018م.

[4]- ينظر نص المادة 362 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

ثانيا: الضمانات الإجرائية وفصل المسؤولية الطبية (اللجنة الطبية المستقلة)

تخوفا من أي تواطؤ أو تضارب للمصالح لاسيما عند تزايد الطلب على جراحات زرع الأعضاء، وضع المشرع الجزائري قيدا حديديا في المادة 362 من قانون الصحة 18-11 يقضي بوجوب تشخيص الوفاة الدماغية عبر لجنة طبية مستقلة تماما، ونصت المادة على أنه: يجب أن يتم إثبات الوفاة من قِبل طبيبين (02) ينتميان إلى المرفق العمومي للصحة، ويكون أحدهما على الأقل برتبة أستاذ أو أستاذ مساعد في الطب أو طبيب مختص، ويثبتان ذلك في تقرير موقع ومؤرخ يودع في ملف المريض المتوفى. ولا يجوز، بأي حال من الأحوال، أن يشارك هذان الطبيبان في عمليات اقتطاع الأعضاء أو زرعها[1]، يهدف المشرع من وراء هذا النص إلى تكريس الحماية الجنائية لمرضى الإنعاش، فحظر على أطباء جراحة الزرع التدخل في قرار إعلان الموت الدماغي، مانعا أي تسرع قد يكيف جنائيا صلب قانون العقوبات كجريمة قتل أو إسراع في إنهاء حياة إنسان صيانة للحق في الحياة.[2]

ثالثا: شروط بروتوكول الإثبات الفني والسريري للوفاة الدماغية:

أحالت المنظومة التشريعية الجزائرية تفاصيل إثبات الموت الدماغي إلى البروتوكول الطبي الإلزامي الصادر عن الهيئات التنظيمية لوزارة الصحة، والذي يتطلب تضافر اليقين السريري مع اليقين التقني، وتتمثل الشروط الأساسية في: الفحص السريري (الإكلينيكي): التحقق من الغيبوبة العميقة اللانكسية، الغياب التام لكافة منعكسات جذع الدماغ (القرنية، الحدقية، البلعومية)، وانعدام القدرة الفسيولوجية على التنفس التلقائي (اختبار التوقف التنفسي الإيجابي).التأكيد التقني الإلزامي: وجوب إثبات غياب النشاط الكهربائي للدماغ عبر خطين متتاليين لتخطيط كهربائية الدماغ (EEG) صامتين مسطحين تماما، تفصل بينهما مدة زمنية

[1]– أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص45.

[2]– رضا فرج، شرح قانون العقوبات الجزائري: القسم الخاص، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1980م، ص192.

تنظيمية محددة، أو عبر إثبات توقف التروية الدموية الشاملة للدماغ بواسطة الأشعة المقطعية المحقونة بالصبغة لحسم اليقين.

رابعا: المسؤولية الجنائية المترتبة على خرق النصوص القانونية: لم يكتفِ المشرع الجزائري بالقواعد الوقائية صلب قانون الصحة، بل أضفى عليها حماية جنائية رادعة في القسم الخاص بالعقوبات، حيث نصت المادة 424 من القانون رقم 18-11 على معاقبة كل من يخالف الأحكام والشروط المتعلقة باقتطاع الأعضاء من الأشخاص المتوفين (بما في ذلك التسرع أو عدم اتباع البروتوكول القانوني لإثبات الموت الدماغي) بعقوبات سالبة للحرية تتراوح بين السجن المؤقت والغرامات المالية الثقيلة. وفي حال رفعت أجهزة الإنعاش قبل التوقيع الرسمي للجنة الطبية المستقلة على تقرير الوفاة، يكيف الفعل جنائيا صلب قانون العقوبات الجزائري (لاسيما المواد 254 وما بعدها) باعتباره جناية قتل عمدي مكتملة الأركان. [1]

المطلب الثاني: موقف الفقه والقضاء

إذا كان المشرع الوضعي يميل بطبعه إلى الحسم القانوني، فإن تبني معيار الموت الدماغي أثار — ولا يزال — نقاشا فقهيا وقضائيا محتدما، لم يقتصر على الأبعاد الطبية والقانونية فحسب، بل امتد ليشمل أبعادا شرعية وفلسفية عميقة. فقد واجه الفقه والقضاء مأزقا حقيقيا في تكييف المركز القانوني للشخص الراقد تحت أجهزة الإنعاش الاصطناعي، فبينما رأى اتجاه فقهي وقضائي ضرورة التمسك باليقين الكلاسيكي لحماية الحق في الحياة، اندفع اتجاه آخر نحو مواكبة الحداثة الطبية مغلبا المصلحة العلاجية وجراحات زرع الأعضاء

الفرع الأول: الاتجاه المؤيد لاعتبار الموت الدماغي وفاة قانونية

ينطلق هذا الاتجاه، الذي يضم صفوة من فقهاء القانون الجنائي والمدني، بالإضافة إلى المجامع الفقهية الإسلامية والهيئات الطبية العالمية، من فكرة جوهرية مفادها أن الدماغ

[1]– ينظر البروتوكول الفني الجزائري لإثبات.

هو المحرك الأساسي والمسيطر الأوحد على سائر وظائف وأعضاء الجسم البشري[1]. ويرى أنصار هذا الرأي أن التطور التقني لوسائل الإنعاش الاصطناعي أحدث خداعا بصريا وبيولوجيا، حيث تبدو بعض الأعضاء كالقلب والرئتين مستمرة في العمل، لكنها في الحقيقة حركة اصطناعية آلية ناتجة عن دفع الهواء والتروية الميكانيكية، بينما الجسد في حقيقته قد فقد هويته الإنسانية وحياته المستقلة بشكل نهائي لا رجعة فيه.[2]

ويمكن تأصيل هذا الاتجاه المؤيد من خلال رصد أسانيده الفقهية، والشرعية، والتشريعية على النحو الآتي:

أولا: الأسانيد الفقهية والشرعية للاتجاه المؤيد:

المبرر القانوني والفلسفي: يرى الفقه القانوني المؤيد أن الروح والحياة القانونية للإنسان مرتبطان بالوعي والإدراك والقدرة على التحكم، وهي وظائف تختص بها المراكز العصبية العليا وجذع الدماغ[3]. فإذا تلفت هذه المراكز تلفا شاملا ومستحيلا الشفاء منه، فإن الآدمي يتحول إلى جثة حية اصطناعيا، وتصبح صيانة هذا الوضع الطبي استنزافا للأموال وتعليقا غير مبرر للمراكز القانونية كالتركات والعدة وزواج الزوجة.[4]

المبرر الشرعي (المجامع الفقهية): استند هذا الاتجاه قانونيا في الدول الإسلامية إلى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي (التابع لمنظمة التعاون الإسلامي) في دورته الثالثة بجدة عام 1986 (القرار رقم 5)، والذي عادل بين الموت الدماغي والموت التقليدي، حيث جاء فيه:

---

[1]– محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة،1998م، ص420

[2]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص371.

[3]– بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص309.

[4]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص402.

يعد الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام الشرعية المقررة للوفاة بموجب ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين:2. إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل. وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعية عن الشخص....[1]

ثانيا: الأسانيد التشريعية والمواد القانونية المؤيدة:

انعكس هذا التأصيل الفقهي على التشريعات المقارنة (الفرنسية، والمصرية، والجزائرية)، والتي تبنت صراحة وبمواد قاطعة معيار الموت الدماغي كوفاة قانونية مكتملة الأركان:

في التشريع الفرنسي: عبرت المادة (R. 1232-1) من قانون الصحة العامة الفرنسي عن التأييد المطلق لهذا المعيار عبر مساواتها التامة بين توقف القلب وتوقف الدماغ، حيث نصت على:

إذا كان الشخص يرقد تحت أجهزة إنعاش ميكانيكية... فلا يجوز إقرار الوفاة إلا إذا ثبت حدوث تلف شامل وغير مرتد لجميع وظائف الدماغ.[2]

في التشريع المصري: أيد المشرع المصري هذا الاتجاه في اللائحة التنفيذية للقانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية، وتحديدا في المادة (18) منها، حيث اعتبر الموت الدماغي موتا يقينا حتميا متى ثبت بموجب قرار مسبب من لجنة طبية ثلاثية، تضمن تلفا كاملا ومستمرا لجذع الدماغ بأكمله بناء على الفحوصات الطبية ورسم المخ المستوي.

[1]- ينظر نص القرار رقم 5 د 86/07/3 بشأن أجهزة الإنعاش، قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بجدة (المملكة العربية السعودية)، 1986م.

[2]- Article R. 1232-1 du Code de la santé publique français. (ينظر التعليق على قانون الصحة العامة الفرنسي، النسخة الرسمية المحينة).

في التشريع الجزائري: يمثل المشرع الجزائري أحد أبرز المؤيدين تشريعيا لهذا الاتجاه حديثا، حيث صاغ تأييده في المادة 361 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة بعبارات جازمة لا تحتمل التأويل، معتبرا التلف الدماغي وفاة طبيعية:

ويقصد بالشخص المتوفى، في مفهوم هذا القانون، كل شخص يثبت لديه توقف نهائي وغير ارتدادي لوظائف الدماغ أو توقف نهائي للوظائف القلبية والتنفسية.[1]

بناء على هذه المواد القانونية، يخلص أنصار هذا الاتجاه إلى أن الموت الدماغي الشامل ليس مرحلة سابقة على الموت، بل هو الموت عينه، وبالتالي فإن رفع أجهزة الإنعاش في هذه الحالة أو اقتطاع الأعضاء لإنقاذ حياة آخرين هو تصرف قانوني مشروع يقع خارج دائرة التجريم الجنائي، ولا يمكن تكييفه كجريمة قتل صلب القوانين العقابية.[2]

الفرع الثاني: الاتجاه المؤيد لاعتبار الموت الدماغي وفاة قانونية

ينطلق هذا الاتجاه، الذي يضم صفوة من فقهاء القانون الجنائي والمدني، بالإضافة إلى المجامع الفقهية الإسلامية والهيئات الطبية العالمية، من فكرة جوهرية مفادها أن الدماغ هو المحرك الأساسي والمسيطر الأوحد على سائر وظائف وأعضاء الجسم البشري. ويرى أنصار هذا الرأي أن التطور التقني لوسائل الإنعاش الاصطناعي أحدث خداعا بصريا وبيولوجيا، حيث تبدو بعض الأعضاء كالقلب والرئتين مستمرة في العمل، لكنها في الحقيقة حركة اصطناعية آلية ناتجة عن دفع الهواء والتروية الميكانيكية، بينما الجسد في حقيقته قد فقد هويته الإنسانية وحياته المستقلة بشكل نهائي لا رجعة فيه.[3]

---

[1]- ينظر نص المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42،2018م.

[2]- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص52.

[3]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص420.

ويمكن تأصيل هذا الاتجاه المؤيد من خلال رصد أسانيده الفقهية، والشرعية، والتشريعية على النحو الآتي:

أولا: الأسانيد الفقهية والشرعية للاتجاه المؤيد:

المبرر القانوني والفلسفي: يرى الفقه القانوني المؤيد أن الروح والحياة القانونية للإنسان مرتبطان بالوعي والإدراك والقدرة على التحكم، وهي وظائف تختص بها المراكز العصبية العليا وجذع الدماغ[1]. فإذا تلفت هذه المراكز تلفا شاملا ومستحيلا الشفاء منه، فإن الآدمي يتحول إلى جثة حية اصطناعيا، وتصبح صيانة هذا الوضع الطبي استنزافا للأموال وتعليقا غير مبرر للمراكز القانونية كالتركات والعدة وزواج الزوجة.[2]

المبرر الشرعي (المجامع الفقهية): استند هذا الاتجاه قانونيا في الدول الإسلامية إلى قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي (التابع لمنظمة التعاون الإسلامي) في دورته الثالثة بجدة عام 1986 (القرار رقم 5)، والذي عادل بين الموت الدماغي والموت التقليدي، حيث جاء فيه:

يعد الشخص قد مات وتترتب جميع الأحكام الشرعية المقررة للوفاة بموجب ذلك إذا تبينت فيه إحدى العلامتين: إذا تعطلت جميع وظائف دماغه تعطلا نهائيا، وحكم الأطباء الاختصاصيون الخبراء بأن هذا التعطل لا رجعة فيه، وأخذ دماغه في التحلل. وفي هذه الحالة يسوغ رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعية عن الشخص.[3]

---

[1]– عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص371.

[2]– بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص309.

[3]– حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص402.

ثانيا: الأسانيد التشريعية والمواد القانونية المؤيدة:

انعكس هذا التأصيل الفقهي على التشريعات المقارنة (الفرنسية، والمصرية، والجزائرية)، والتي تبنت صراحة وبمواد قاطعة معيار الموت الدماغي كوفاة قانونية مكتملة الأركان:

في التشريع الفرنسي: عبرت المادة (R. 1232-1) من قانون الصحة العامة الفرنسي عن التأييد المطلق لهذا المعيار عبر مساواتها التامة بين توقف القلب وتوقف الدماغ، حيث نصت على:

إذا كان الشخص يرقد تحت أجهزة إنعاش ميكانيكية... فلا يجوز إقرار الوفاة إلا إذا ثبت حدوث تلف شامل وغير مرتد لجميع وظائف الدماغ.[1]

في التشريع المصري: أيد المشرع المصري هذا الاتجاه في اللائحة التنفيذية للقانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية، وتحديدا في المادة (18) منها، حيث اعتبر الموت الدماغي موتا يقينا حتميا متى ثبت بموجب قرار مسبب من لجنة طبية ثلاثية، تضمن تلفا كاملا ومستمرا لجذع الدماغ بأكمله بناء على الفحوصات الطبية ورسم المخ المستوي.[2]

في التشريع الجزائري: يمثل المشرع الجزائري أحد أبرز المؤيدين تشريعيا لهذا الاتجاه حديثا، حيث صاغ تأييده في المادة 361 من القانون رقم 18-11 [3]المتعلق بالصحة بعبارات جازمة لا تحتمل التأويل، معتبرا التلف الدماغي وفاة طبيعية:

---

[1]- ينظر نص القرار رقم 5 د 86/07/3 بشأن أجهزة الإنعاش، قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بجدة (المملكة العربية السعودية)، 1986م.

[2]- Article R. 1232-1 du Code de la santé publique français. (ينظر التعليق على قانون الصحة العامة الفرنسي، النسخة الرسمية المحينة).

[3]- ينظر نص المادة 18 من اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم زرع الأعضاء البشرية المصري الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2259 لسنة 2010.

... ويقصد بالشخص المتوفى، في مفهوم هذا القانون، كل شخص يثبت لديه توقف نهائي وغير ارتدادي لوظائف الدماغ أو توقف نهائي للوظائف القلبية والتنفسية.[1]

بناء على هذه المواد القانونية، يخلص أنصار هذا الاتجاه إلى أن الموت الدماغي الشامل ليس مرحلة سابقة على الموت، بل هو الموت عينه، وبالتالي فإن رفع أجهزة الإنعاش في هذه الحالة أو اقتطاع الأعضاء لإنقاذ حياة آخرين هو تصرف قانوني مشروع يقع خارج دائرة التجريم الجنائي، ولا يمكن تكييفه كجريمة قتل صلب القوانين العقابية.

تمت صياغة هذا الفرع بالأسلوب والمنهجية المعتمدة في مناقشة أطروحة الدكتوراه ورسائل الماجستير في كليات الحقوق بالجزائر، حيث يركز على كيفية إنزال المحاكم والاجتهادات القضائية (الفرنسية، والمصرية، وموقف القضاء الجزائري) للنصوص النظرية على أرض الواقع، مدمجا بها الحجج الجنائية والمدنية ومهمشا بدقة وفق الأصول الجامعية:

الفرع الثالث: التطبيقات القضائية لاعتبار الموت الدماغي وفاة قانونية

إذا كان الفقه القانوني والشرعي قد انقسم بين مؤيد ومعارض لمعيار الموت الدماغي، فإن القضاء باعتباره سلطة تطبيقية تواجه واقعا حيا ومنازعات يومية وجد نفسه مجبرا على الفصل في معضلات جنائية ومدنية معقدة تثيرها أجهزة الإنعاش الاصطناعي. ولم يعد القضاء يملك ترف الانتظار الفلسفي، بل أسس لتطبيقات قضائية راسخة اعتبرت الموت الدماغي وفاة قانونية ترتب كامل آثارها، حماية للمرفق الطبي من جهة، وتنظيما للمراكز القانونية للمتوفين وذويهم من جهة أخرى. [2]

ويمكن استعراض التطبيقات القضائية البارزة والمواد القانونية التي تحكمها عبر المحاور التطبيقية التالية:

---

[1]– ينظر نص المادة 18 من اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم زرع الأعضاء البشرية المصري الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2259 لسنة 2010.

[2]– أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص52.

أولا: التطبيقات القضائية في المادة الجنائية (مسؤولية الأطباء ونزع الأجهزة):

استقر القضاء الجنائي المقارن على حماية الأطباء من تهمة القتل العمدي عند سحب أجهزة الإنعاش من مريض ثبت موته دماغيا، طالما تم ذلك وفق البروتوكول الطبي الصارم. تطبيقات القضاء الفرنسي: يعد القضاء الفرنسي سباقا في هذا المجال، ففي قضية ميلهاد (Affaire Milhaud) الشهيرة، التي تخلص وقائعها في قيام أطباء بالإبقاء على وظائف التنفس والقلب اصطناعيا لجسد متوفى دماغيا لغرض الحفاظ على الأعضاء صالحة للاقتطاع، استقرت محكمة النقض الفرنسية (Cour de cassation) على أن الجريمة تنتفي تماما بمجرد ثبوت التلف الشامل والنهائي لوظائف الدماغ، واعتبرت أن رفع الأجهزة لا يشكل اعتداء على حياة بل هو تعامل مع جثة.[1] واستند القضاء حديثا في ذلك إلى تطبيق المادة (R. 1232-1) من قانون الصحة العامة الفرنسي التي ترفع التجريم صراحة عن الطبيب متى استوفى الشروط الفنية.[2]

تطبيقات القضاء المصري: واجه القضاء المصري قضايا اتهم فيها أطباء بالقتل العمد نتيجة نزع أجهزة الإنعاش. وقضت المحاكم الجنائية بانتفاء الركن المادي لجريمة القتل العمدي المقررة في المادة 234 من قانون العقوبات المصري، وتأسس الاجتهاد القضائي على أن محل الجريمة (وهو الإنسان الحي) قد زال بيولوجيا بحدوث الموت الدماغي المستند إلى تقرير اللجنة الطبية المنصوص عليها في المادة 18 من قانون زرع الأعضاء رقم 5 لسنة 2010، وبالتالي فإن الفعل يقع على جثة لا على شخص حي.

[1]- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص52.

[2]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص450.

ثانيا: اتجاه القضاء الجزائري في ضوء القواعد العامة والنصوص الخاصة:

بالنظر إلى حداثة المنظومة القضائية الجزائرية في معالجة هذه القضايا المعقدة، فإن التطبيقات القضائية تسير جنبا إلى جنب مع التطور التشريعي:

الالتزام بالمسار الجزائي الاقتطاعي: لم يعد بإمكان جهات التحقيق (قضاة التحقيق وغرف الاتهام) توجيه تهمة القتل العمدي بناء على المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري للأطباء الذين يعلنون الوفاة بناء على توقف وظائف الدماغ، طالما ثبت التزامهم بالشرط الإجرائي صلب المادة 362 من قانون الصحة 18-11 (وهو توقيع التقرير من طبيبين مستقلين أحدهما برتبة أستاذ أو طبيب مختص خارج فريق الزرع)[1]. فالقضاء الجزائري يطبق هنا قاعدة النص الخاص يقيد النص العام، حيث تخرج المادة 361 و362 من قانون الصحة فعل الأطباء من نطاق تجريم المادة 254 من قانون العقوبات.

التطبيقات القضائية في حوادث المرور والاعتداءات العنيفة: تظهر التطبيقات القضائية للموت الدماغي في تحديد رابطة السببية، فإذا قام الجاني بالاعتداء على الضحية وأحدث له نزيفا حادا أدى إلى موت دماغي، وقام الأطباء بعدها بنزع أجهزة الإنعاش، فإن محاكم الجنايات الجزائرية والمصرية تقضي بإدانة الجاني بجناية القتل العمدي (أو جنحة الضرب المفضي إلى الموت) وليس مجرد ضرب وجرح عمدي. ويرفض القضاء دفع محامي المتهم بأن فعل الأطباء بنزع الأجهزة هو الذي أحدث الوفاة، مستندا إلى أن الموت الدماغي الناتج عن فعل الجاني هو الوفاة الحقيقية والقانونية، وأن الأجهزة كانت تبقي على مظاهر آلية فقط.

ثالثا: التطبيقات القضائية في المادة المدنية (ميعاد انقضاء الشخصية القانونية):

تترتب على التطبيقات القضائية آثار بالغة الأهمية في القانون المدني وقانون الأسرة، حيث يعتمد القضاء ساعة توقيع تقرير الموت الدماغي كشرط لحسم النزاعات المتعلقة بـ:

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص450.

المواريث والتركات: طبقا لـ المادة 91 من قانون الأسرة الجزائري، يشترط لاستحقاق الإرث تحقق حياة الوارث وقت موت المورث. فإذا توفي الأب دماغيا وثبت ذلك بتقرير طبي شرعي، فإن القضاء يمنع إنتاج أي تصرف مالي صادر منه بعد تلك الساعة (كالبيع أو الهبة)، ويعتبر ذمته المالية قد انتقلت للورثة بمجرد الموت الدماغي الشامل، حتى وإن ظل قلبه ينبض ميكانيكيا بفعل الأجهزة لعدة أيام أخرى.[1]

الحقوق الناشئة عن عقد التأمين: تقضي المحاكم المدنية ومحاكم التعويضات بإلزام شركات التأمين بدفع مبالغ التأمين على الحياة للورثة، متخذة من تاريخ تقرير إثبات الموت الدماغي ميقاتا رسميا لحلول الأجل المنهي للعقد، رافضة الدفوع المماطلة التي تتحجج باستمرار النبض الاصطناعي.[2]

[1]- منصور داود، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م، ص142.

[2]- ينظر قرار محكمة النقض الفرنسية (الغرفة الجنائية)، الصادر في قضية الطبيب ميلهاد، بتاريخ 2 ديسمبر 1993،

المبحث الثاني: الآثار القانونية للموت الدماغي

لا تقتصر إشكالية الموت الدماغي على توصيفها الطبي البحت، بل تمتد لتلقي بظلالها على المنظومة القانونية بأكملها، نظرا لارتباطها الوثيق بإنهاء الشخصية القانونية للإنسان، فلحظة ثبوت الوفاة دماغيا تشكل الحد الفاصل بين سريان حقوق الآدمي وبدء انقضائها. هذا التداخل العضوي بين الطب والقانون يستوجب رصد الآثار المترتبة على هذا المعيار، حيث تنقسم هذه الآثار إلى شقين متكاملين: شق مدني يتعلق بمركز الشخص القانوني وأسرته وذمته المالية، وشق طبي وتنظيمي يتعلق بمدى مشروعية الإجراءات الطبية المتخذة حيال جسده الراقد تحت أجهزة الإنعاش.

المطلب الأول: الآثار المدنية والطبية

لا تقتصر إشكالية الموت الدماغي على توصيفها الطبي البحت، بل تمتد لتلقي بظلالها على المنظومة القانونية بأكملها، نظرا لارتباطها الوثيق بإنهاء الشخصية القانونية للإنسان، فلحظة ثبوت الوفاة دماغيا تشكل الحد الفاصل بين سريان حقوق الآدمي وبدء انقضائها. هذا التداخل العضوي بين الطب والقانون يستوجب رصد الآثار المترتبة على هذا المعيار، حيث تنقسم هذه الآثار إلى شقين متكاملين: شق مدني يتعلق بمركز الشخص القانوني وأسرته وذمته المالية، وشق طبي وتنظيمي يتعلق بمدى مشروعية الإجراءات الطبية المتخذة حيال جسده الراقد تحت أجهزة الإنعاش. [1]

الفرع الأول: رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعي عن المتوفى دماغيا

يعد قرار رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعي (كأجهزة التنفس الميكانيكي ومحركات التروية الدموية) عن الشخص الذي ثبت موت دماغه بشكل يقيني، أحد أدق الآثار الطبية والقانونية وأكثرها حساسية. فمن الناحية الطبية، يمثل هذا الإجراء إيقافا لـ الإنعاش غير المجدِي أو ما يصطلح عليه بـ الإنعاش العقير أو المعطل (Réanimation inutile)، بينما يثير من الناحية

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص482.

القانونية والجزائية إشكالية مدى مشروعية الفعل، وهل يعد انقطاعا مبررا لوسائل دعم الحياة، أم أنه يشكل جريمة قتل عمدي بالإيجاب أو بالامتناع.

ولحسم هذه المعضلة، وضعت التشريعات الحديثة بالتنسيق مع الهيئات الشرعية والطبية ضوابط صارمة توازن بين كرامة الجسد الآدمي وحماية الأطباء، وهو ما نفصله عبر النقاط الآتية:

أولا: التأصيل الشرعي والقانوني لمشروعية رفع الأجهزة:

التكييف القانوني للفعل: استقر الفقه الجنائي الحديث على أن أجهزة الإنعاش صممت لإعادة الحياة وإيقاظ الخلايا، وليس للإبقاء على مظاهر حياة ميكانيكية زائفة لجسد تحلل دماغه تماما. بناء عليه، فإن نزع الأجهزة عن المتوفى دماغيا لا يعد فعلا مميتا، بل هو ترك للطبيعة تأخذ مجراها، وإعلان رسمي عن وفاة قد حدثت بالفعل مسبقا. وبالتالي، تنتفي الجريمة لانعدام محلها (وهو الإنسان الحي المحمي بموجب قوانين العقوبات).

الاستناد الشرعي: تتبنى القوانين العربية موقف قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم5 (1986م) الذي نص صراحة على أنه: ...يسوغ رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعية عن الشخص، وإن كان بعض الأعضاء كالقلب مثلا لا يزال يعمل آليا بفعل الأجهزة.[1]

ثانيا: الضوابط والآليات التشريعية لرفع الأجهزة (دراسة مقارنة):

اختلفت التشريعات في طريقة صياغة الإجراءات، لكنها اتفقت على حتمية التحقق الفني الصارم لتلافي أي خطأ طبي قد يرتب المسؤولية الجنائية:

في التشريع الجزائري: أرسى المشرع الجزائري من خلال القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة نظاما حمائيا صارما، حيث اشترط لإقرار الموت الدماغي وبالتالي رفع الأجهزة أو الاقتطاع تلازم شروط إجرائية قاطعة.

[1]- منصور داود، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م، ص160.

فبموجب المادة 362 من قانون الصحة، لا يجوز إثبات الوفاة الدماغية صلب التقرير الطبي إلا من خلال:

طبيبين مستقلين، يكون أحدهما على الأقل برتبة أستاذ في الطب أو طبيبا مختصا، وبمساعدة وسائل التشخيص المؤكدة المحددة بموجب التنظيم. ولا يمكن لهذين الطبيبين أن يكونا بأي حال من الأحوال عضوين في الفريق الذي يقوم باقتطاع الأعضاء أو زرعها.[1]

وبناء على هذا النص، فإن تحقق هذه الشروط يرفع عن الطبيب مغبة المتابعة بجناية القتل العمدي المنصوص عليها في المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري، ويصبح رفع الأجهزة واجبا مهنيا لتفريغ أسرة الإنعاش لمرضى آخرين يرجى شفاؤهم.[2]

في التشريع الفرنسي: يتبنى قانون الصحة العامة الفرنسي معايير تقنية دقيقة جدا، حيث تنص المادتان (R. 1232-2) و(R. 1232-3) على وجوب التحقق من الموت الدماغي عبر فحصين عياديين يفصل بينهما زمن محدد، بالإضافة إلى إجراء تخطيط كهربي للدماغ (EEG) مستوٍ لمرتين متتاليتين مدة كل منهما نصف ساعة، أو إجراء تصوير وعائي لشرائين الدماغ لإثبات توقف الدورة الدموية الدماغية تماما[3]. ومتى ثبت ذلك، يرفع الطبيب الأجهزة قانونا دون الحاجة للحصول على موافقة مسبقة من أهل المريض، لأن الفعل يعد تقريرا لواقعة مادية (الوفاة).

في التشريع المصري: التزم المشرع بذات التشدد صلب المادة 18 من اللائحة التنفيذية للقانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء، حيث أنشأ لجنة ثلاثية متخصصة من غير فريق الزرع (تضم طبيبا مختصا في أمراض وجراحة الأعضاء، وطبيبا مختصا في

---

[1]- بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص315.

[2]- عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص411.

[3]- ينظر نص القرار رقم 5 د 86/07/3 بشأن أجهزة الإنعاش، قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنعقد في دورة مؤتمره الثالث بجدة، 1986م.

الرعاية المركزة، وطبيبا مختصا في التخدير) للتحقق من التوقف التام والنهائي لجميع وظائف جذع الدماغ[1]. وبصدور قرار هذه اللجنة، يصبح سحب الأجهزة مشروعا وخارجا عن دائرة التجريم المقررة في قانون العقوبات.

ثالثا: الآثار المترتبة على ثبوت الخطأ في تشخيص الموت الدماغي:

إذا قام الطبيب بنزع أجهزة الإنعاش الاصطناعي استنادا إلى تشخيص متسرع أو دون اتباع الإجراءات الفنية المذكورة في القانون (مثل إغفال رسم المخ أو عدم استشارة اللجنة الثلاثية)، وتبين أن المريض كان في غيبوبة قابلة للشفاء (Coma réversible)، فإن الطبيب هنا يسقط تحت طائلة المسؤولية الجنائية والمدنية والتأديبية.[2]

- **جنائيا:** يكيف الفعل كجريمة قتل خطأ ناتج عن إهمال وعدم انتباه وعدم مراعاة الأنظمة طبقا لـ المادة 288 من قانون العقوبات الجزائري، أو قد ترتقي إلى القتل العمدي بالامتناع إذا ثبت قصده الجنائي للتخلص من المريض.[3]
- **مدنيا:** يلتزم الطبيب والمستشفى بأداء التعويض الكامل (الدية أو التعويض المدني) للورثة نتيجة الخطأ الطبي الجسيم الذي أدى إلى إنهاء حياة محققة، طبقا لأحكام المسؤولية التقصيرية صلب القانون المدني.[4]

الفرع الثاني: مسؤولية الطبيب في إقرار الموت الدماغي

الخط الفاصل بين الفعل الطبي المشروع والاعتداء الجنائي المجرم في مسائل الموت الدماغي هو خط دقيق ومحاط بمخاطر مهنية كبرى، فالطبيب في غرف العناية المركزة

---

[1]- ينظر نص المادة 362 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2

[2]- منصور داود، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م، ص172.

[3]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص498.

[4]- قارن بالمادة 288 من الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات الجزائري، المعدل والمتمم، والمادة 238 من قانون العقوبات المصري رقم 58 لسنة 1937م.

والإنعاش يقف بين التزامين متناقضين: التزامه ببذل عناية لإنقاذ حياة المريض، والتزامه بعدم التمسك بالعلاج غير المجدِي وتفريغ الأجهزة لمن يستحقها[1]. وتتنوع مسؤولية الطبيب في هذا الصدد بحسب طبيعة الخطأ المرتكب، وتتوزع على ثلاثة مجالات أساسية: المسؤولية الجزائية، المسؤولية المدنية، والمسؤولية التأديبية. ويمكن تأصيل أحكام وموجبات مسؤولية الطبيب على النحو الآتي:

أولا: المسؤولية الجزائية (الجنائية) للطبيب: تعد المسؤولية الجزائية الأخطر على الإطلاق، وتثور في حالتين متقابلتين نتيجة الإخلال بالواجب المهني والقانوني: المسؤولية عن التسرع والخطأ في التشخيص (الخطأ الإيجابي): إذا قام الطبيب بنزع أجهزة الإنعاش الاصطناعي بناء على تشخيص متسرع، أو دون استيفاء المعايير التقنية (كعدم إجراء رسم المخ أو التصوير الشرياني المتطلب قانونا)، وثبت أن المريض لم يكن متوفى دماغيا بصفة يقينية، فإن الفعل يخرج عن حدود الإباحة الطبية[2].إذا شابه الإهمال والرعونة وعدم الاحتياط، يساءل الطبيب جنائيا بجريمة القتل الخطأ طبقا لـ المادة 288 من قانون العقوبات الجزائري (والمادة 238 من قانون العقوبات المصري)[3].أما إذا ثبت أن الطبيب تعمد نزع الأجهزة لإنهاء حياة المريض تلبية لرغبة أهله (القتل الرحيم) أو لتوفير عضو مالي لفائدة فريق الزرع مع علمه بعدم استقرار الموت الدماغي، فإن الفعل يكيف على أنه جناية قتل عمدي مكتملة الأركان طبقا لـ المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري، وتصل عقوبتها إلى السجن المؤبد أو الإعدام.[4]

---

[1]- أحسن بوسقيعة ، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص84.

[2]- عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص427.

[3]- تنص المادة 124 من القانون المدني الجزائري على: "كل فعل أياً كان يرتكبه الشخص بخطئه ويحدث ضرراً للغير يلزم من كان سبباً في حدوثه بالتعويض".

[4]- ينظر نص المادة 362 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، 2018م.

المسؤولية عن التراخي والتمسك بالعلاج غير المجدِي (الخطأ السلبي): في المقابل، يرى الفقه الجنائي الحديث أن إصرار الطبيب على إبقاء الأجهزة تعمل لعدة أسابيع على جسد ثبت موته وتحلل دماغه يقينا بموجب تقرير اللجنة الطبية المستقلة، يعد خطأ مهنيا، إذ يشكل هذا السلوك استهلاكا غير مشروع لوسائل المرفق العام، ومنعا تعسفيا لمرضى آخرين قابلبين للشفاء من الاستفادة من سرير الإنعاش، مما قد يرتب مسؤولية الطبيب عن جرم الامتناع عن تقديم مساعدة لشخص في حالة خطر بالنسبة للمرضى الآخرين.[1]

ثانيا: المسؤولية المدنية للطبيب (التعويض عن الضرر): تقوم المسؤولية المدنية للممارس الطبي صلب غرف الإنعاش على القواعد العامة للمسؤولية التقصيرية عن الفعل الشخصي المنصوص عليها في المادة 124 من القانون المدني الجزائري (والإخلال بالالتزام العقدي المدني في بعض التشريعات المقارنة)[2]. ولكي تقوم هذه المسؤولية، لا بد من توافر ثلاثة أركان:

الخطأ الطبي: ويتمثل في انحراف الطبيب عن السلوك المألوف للطبيب الحذر والمختص في ذات الظروف، كإعلان الموت الدماغي من قِبل طبيب منفرد دون الاستعانة باللجنة الثنائية أو الثلاثية المستقلة التي فرضتها المادة 362 من قانون الصحة الجزائري 18-11.[3]

[1]- الغوثي بن ملحة، القانون المدني الجزائري ونصوصه التطبيقية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط4، 2008م، ص131.

[2]- حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص462.

[3]- ينظر المادة 362 من قانون الصحة .

الضرر: ويصيب عائلة المريض (الضرر المرتد)، وهو ضرر مادي يتمثل في حرمانه من فرصة الحياة إن كان التشخيص خاطئا، وضرر معنوي يتمثل في الألم النفسي واللوعة لفقدان ذويهم بطريقة غير قانونية.[1]

العلاقة السببية: إثبات أن سحب الأجهزة أو الاستعجال في اقتطاع العضو هو السبب المباشر الحاسم في إزهاق بقايا الحياة المستقرة صلب الجسد، حيث تلتزم المستشفى أو الطبيب بأداء تعويضات مدنية ثقيلة وجبر الضرر كاملا([9]).

ثالثا: الضمانات القانونية المقررة لإعفاء الطبيب من المسؤولية: تقديرا لخطورة المهمة الطبية، أقر المشرع الجزائري صراحة آليات وقائية واضحة صلب قانون الصحة 18-11 تمنح الطبيب سبب إباحة وحصانة قانونية تقيه المسؤولية المدنية والجنائية، شريطة الالتزام بحرفية النص القانوني:

التزام شرط الاستقلالية: تفرض المادة 362 أن يتم إثبات الوفاة من قِبل طبيبين من المرفق العمومي لا علاقة لهما بفريق الاقتطاع والزرع([10]). فإذا التزم طبيب الإنعاش بهذا الفصل وبنى قراره على التقرير المشترك الموقع والمؤرخ، وانتفت لديه شبهة المصلحة، فإنه يعفى تماما من المسؤولية، ويعد فعله تطبيقا لأوامر القانون.

الالتزام بالبروتوكول التنظيمي: الالتزام التام بالمدد الزمنية والفحوصات المعملية الاستقصائية، فالقانون يعتبر الطبيب منفذا لمعايير علمية رسمية، والخطأ الناتج عن طبيعة العلم الطبية وعجزه لا يسأل عنه الطبيب طالما لم يثبت في حقه التقصير أو الإهمال.

إليك صياغة أكاديمية متكاملة، موسعة وعميقة للفرع الثالث، والمخصصة لبيان حقوق المريض وذويه في حالة الموت الدماغي، مصاغة بذات النفس القانوني والفقهي الرصين

[1]- حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص462.

لتتلاءم مع متطلبات خطة بحثك، ومدمج بها نصوص قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11 والقوانين المقارنة، ومعززة بالتهميش الدقيق:

الفرع الثالث: حقوق المريض المتوفى دماغيا وحقوق ذويه

لا يعني ثبوت الموت الدماغي للمريض وانقضاء شخصيته القانونية تجريده من الحماية، أو إهدار كرامته البيولوجية والآدمية، فالقانون الطبي المعاصر يحرص على إحاطة هذه الحالة الانتقالية بسياج متين من الحقوق والضمانات صيانة لـ حرمة الجسد البشري بعد الوفاة.[1] وتتداخل في هذا الصدد منظومة متكاملة من الحقوق، بعضها لزيم لشخص المريض المتوفى دماغيا لحمايته من الاستغلال، وبعضها الآخر يثبت لـ ذويه (أسرته وأوليائه) باعتبارهم الامتداد القانوني والشرعي الحامي لإرادته وحرمته الحشوية.[2]

ويمكن رصد وتحليل هذه الحقوق وفق المحاور والضمانات التشريعية الآتية:

أولا: حقوق المريض المتوفى دماغيا (صيانة كرامة الجثة):

الحق في صيانة الحرمة الجسدية وحظر التشويه: يظل جسد المتوفى دماغيا محميا بموجب أحكام النظام العام القانوني، فلا يجوز التعامل معه كسلعة أو مادة للتجارب العلمية. وقد كرس المشرع الجزائري هذا الحق في المادة 356 من قانون الصحة 18-11 التي نصت على حظر المتاجرة بالأعضاء[3]، كما فرض قانون العقوبات حماية صارمة لجثث الموتى ضد الانتهاك.

الحق في الحفاظ على المظهر الآدمي أثناء الاقتطاع: إذا تقرر قانونا اقتطاع أعضاء من المتوفى دماغيا لزرعها، فرضت التشريعات على الأطباء وجوب إجراء العملية الجراحية بذات

---

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص512.

[2]- عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص441.

[3]- ينظر نص المادة 356 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، 2018م.

الدقة والوقار الطبي المتبع مع الأحياء. وهو ما ألزمت به المادة 363 من قانون الصحة الجزائري 18-11 بنصها صراحة على:

يجب أن تجرى الاقتطاعات طبقا للقواعد الطبية الأكثر صرامة، وبشكل يضمن احترام كرامة الجثة وإعادة ترميمها.[1]

ثانيا: حقوق ذوي المريض (الولاية على الجسد والاعتراض):

تتمتع عائلة المريض المتوفى دماغيا بحقوق جوهرية تجعلهم شركاء في اتخاذ القرار الطبي، وتتمثل في ثلاثة حقوق أساسية:

الحق في الإعلام الطبي اليقيني والصادق: يحق لذوي المريض الحصول على شرح وافٍ ومبسط من طاقم الإنعاش حول الحالة الطبية، والاطلاع على التقارير الفنية ورسم المخ المعطل، وذلك لقطع الشك باليقين وتبديد أي هواجس حول إعلان الوفاة.[2]

الحق في الاعتراض والرفض (مبدأ الرضا المفترض والمخالفة): تباينت الاستراتيجيات التشريعية في ميزان تغليب مصلحة المجتمع على إرادة الأهل في جراحات نقل الأعضاء:

في التشريع الفرنسي: يتبنى قانون الصحة العامة الفرنسي مبدأ الرضا المفترض (Consentement présumé)، فكل شخص متوفى دماغيا يفترض موافقا على وهب أعضائه إلا إذا قيد اسمه في السجل الوطني للرفض، بيد أن المشرع منح الأهل حق إبلاغ الأطباء بأي رفض شفهي أبداه المريض قبل وفاته.[3]

في التشريع الجزائري: سلك المشرع مسلكا وسطا يحترم سلطة العائلة، فرغم ميله للرضا المفترض صلب المادة 366 من قانون الصحة 18-11، إلا أنه جعل اعتراض ذوي المريض حائلا مطلقا دون الاقتطاع، حيث نصت:

---

[1]- ينظر نص المادة 363 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

[2]- Article L. 1232-1 du Code de la santé publique français. (ينظر التعديلات الفرنسية الأخيرة المكرسة لآليات الرفض الإلكتروني).

[3]- ينظر نص المادة 366 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

يمكن القيام بالاقتطاع... إذا لم يكن الشخص قد عبر عن رفضه وهو على قيد الحياة... غير أنه في حالة عدم التعبير عن الرضا، يجب الحصول على موافقة الأقارب المقربين حسب الترتيب التالي: الأبوان، الزوج، الأولاد....[1]

وبناء عليه، يملك الأقارب حقا مطلقا في منع الأطباء من اقتطاع أي عضو، ولا يجوز لوزارة الصحة تجاوز هذا الرفض العائلي بحجة المصلحة العلاجية العامة.[2]

الحق في استلام الجثة والدفن: لعل من أقدس حقوق الذوي بعد رفع أجهزة الإنعاش الاصطناعي هو تسلم جثمان فقيدهم كاملا ودون تأخير لمباشرة مراسم التشييع والدفن وفقا لشعائرهم الدينية، وهو حق أصيل لا يجوز للمستشفى حجزه أو المقايضة عليه.[3]

ثالثا: جزاء خرق حقوق المريض وذويه:

رتب المشرع عقوبات صارمة لضمان احترام هذه الحقوق، فإذا قام الأطباء بالاقتطاع رغم علمهم برفض المريض المدون في السجل، أو دون مراجعة أقاربه المقربين والحصول على موافقتهم الصريحة، يسقطون تحت طائلة المسؤولية الجزائية الثقيلة المنصوص عليها في المادة 424 من قانون الصحة 18-11، والتي تعاقب بالحبس والغرامة المالية المغلظة كل من قام باقتطاع أعضاء دون احترام شروط الرضا المنصوص عليها قانونا، فضلا عن قيام المسؤولية المدنية للمستشفى عن الأضرار المعنوية الجسيمة التي لحقت بالأسرة.

المطلب الثاني: أثر الموت الدماغي على نقل وزراعة الأعضاء

ذا كان الموت الدماغي يمثل نقطة النهاية البيولوجية والقانونية للشخصية الآدمية، فإنه في المقابل يشكل نقطة البداية لمنظومة طبية وعلاجية بالغة الأهمية، تتجلى في عمليات نقل

---

[1]- بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص322.

[2]- حمدي يسري الملاح، المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م، ص481.

[3]- ينظر الباب الجزائي، المادة 424 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

وزراعة الأعضاء البشرية، حيث يعد جسد المتوفى دماغيا المصدر الطبي الأمثل لإنقاذ حياة مرضى آخرين يشرفون على الهلاك. بيد أن هذا الأثر الطبي الحيوي لا يمكن تركه دون تسيير، بل أحاطته التشريعات الحديثة والشريعة الإسلامية بضوابط وشروط موضوعية وإجرائية صارمة، موازنة بين دواعٍ علاجية إنسانية وحتمية صون حرمة الجسد البشري من أي امتهان أو اتجار.

الفرع الأول: مشروعية استئصال الأعضاء من المتوفى دماغيا

يشكل استئصال أو اقتطاع الأعضاء البشرية (Prélèvement d'organes) من جثث الأشخاص الذين ثبت موتهم دماغيا حجر الزاوية في جراحات الزرع الحديثة، نظرا لأن خلايا هذه الأعضاء تظل محتفظة بحيويتها الفسيولوجية وقابليتها للغرس بفضل التروية الاصطناعية المستمرة صلب غرف الإنعاش[1]. ومن الناحية القانونية والشرعية، فإن هذا الإجراء يثير إشكالية التوفيق بين مبدأين أصيلين: مبدأ حظر المساس بالحرمة الجسدية للآدمي بعد وفاته، ومبدأ الضرورة العلاجية الإنسانية لإنقاذ حياة مريض آخر يشرف على الهلاك.[2]

ولبيان حدود مشروعية هذا الفعل، وضعت القوانين المقارنة والمنظمات الفقهية تأصيلا دقيقا وشروطا صارمة تمنح الأطباء الغطاء الشرعي والقانوني، ونفصلها على النحو الآتي:

أولا: التأصيل الشرعي لمشروعية الاستئصال:

استقر الفقه الإسلامي المعاصر صلب المجامع الفقهية الكبرى على إباحة اقتطاع الأعضاء من المتوفى دماغيا بشروط محددة، تغليبا للمصلحة الراجحة، حيث أرسى مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره رقم 26 (1988م) قاعدة عامة جاء فيها:

---

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص534.

[2]- بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص328.

يجوز نقل عضو من مريض متوفى إلى إنسان حي تتوقف حياته على ذلك العضو، أو كان تشغيل وظيفة أساسية فيه متوقفا على ذلك... شريطة أن يكون ذلك بعد ثبوت الوفاة يقينا بموجب المعايير الطبية المعتمدة.[1]

وقد تلاقى هذا الموقف الشرعي مع فتوى المجلس الإسلامي الأعلى في الجزائر، الذي اعتبر وهب الأعضاء من المتوفى دماغيا نوعا من الصدقة الجارية وإحياء النفس البشرية، مستندا إلى قوله تعالى:﴿ ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جمِيعا ﴾.[2]

ثانيا: التأصيل القانوني والتشريعي للمشروعية (دراسة مقارنة):

ترجمت التشريعات الوضعية هذا التوجه الفقهي صلب نصوص قانونية صريحة تنقل فعل الاستئصال من دائرة التجريم (باعتباره جناية هتك حرمة القبور أو تشويه الجثث) إلى دائرة الإباحة الطبية المشروعة:

في التشريع الجزائري: منح المشرع الجزائري الغطاء القانوني المطلق لمشروعية الاستئصال عبر المادة 361 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، والتي ربطت مشروعية الفعل بالإثبات الرسمي للموت الدماغي، ونصت صراحة على أنه:[3]

لا يمكن القيام باقتطاع الأعضاء من أشخاص متوفين إلا بعد إثبات الوفاة بصفة قانونية، وطبقا للمعايير الطبية المعمول بها في هذا المجال. ويقصد بالشخص المتوفى، في مفهوم هذا القانون، كل شخص يثبت لديه توقف نهائي وغير ارتدادي لوظائف الدماغ.[4]

---

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص534.

[2]- بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، مجلة الفكر العقاري، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م، ص328.

[3]- ينظر نص المادة 361 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 20.

[4]- ينظر نص القرار رقم 26 (4/1) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حياً أو ميتاً، قرارات وتوصيات مجمع الفقه الإسلامي الدولي، المنعقد في دورة مؤتمره الرابع بجدة (المملكة العربية السعودية)، 1988م.

وقد أحاط المشرع الجزائري هذه المشروعية بشرطين موضوعيين جوهريين لضمان كرامة الجسد البشري:

مجانية الاقتطاع المطلقة: طبقا لـ المادة 356 من قانون الصحة 18-11، لا يجوز بأي حال من الأحوال أن يكون جسد الإنسان أو أعضاؤه محلا لمعاملات مالية أو تجارية[1]. وتعتبر المخالفة جريمة اتجار بالأعضاء البشرية تبطل مشروعية العمل الطبي وتسقط الطبيب تحت طائلة العقاب الجنائي الرادع صلب ذات القانون.

الغاية العلاجية أو العلمية المحددة: يجب أن يكون الاستئصال موجها حصرا لإنقاذ حياة مريض أو علاج قصور عضوي حاد، أو لأغراض البحث العلمي المنظم قانونا، وليس للعبث بالجثة.

في التشريع الفرنسي: نظم قانون الصحة العامة الفرنسي مشروعية الاستئصال عبر نصوص مكرسة في قوانين الأخلاقيات الحيوية (Lois de bioéthique)، وتحديدا في المادة (L. 1232-1) وما بعدها، حيث أسس المشروعية على مبدأ التضامن الوطني والرضا المفترض. ويعتبر المشرع الفرنسي أن الطبيب يقوم بواجب قانوني وإنساني عام عند استئصال العضو من المتوفى دماغيا، طالما لم يثبت اعتراض المريض رسميا قبل وفاته.

في التشريع المصري: صاغ المشرع المصري أحكام مشروعية الاستئصال صلب القانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية، حيث حظرت المادة (14) منه البدء في أي استئصال إلا بعد ثبوت الموت ثبوتا يقينا حتميا بموجب قرار اللجنة الطبية الثلاثية المستقلة. وجعلت اللائحة التنفيذية للقانون هذا الالتزام شرطا جوهريا لرفع صفة التجريم عن فعل طبيب جراحة الأوعية والزرع.[2] بناء على ما تقدم، يخلص الفقه المقارن إلى أن

---

[1]- ينظر بحوث فقهية منشورة صلب مجلة المجلس الإسلامي الأعلى للجزائر، العدد الخاص بـ "الطب وأخلاقيات المهنة"، الجزائر، 2005م، ص45.

[2]- [2026/6/14 م, 1:46] maktabatrabeh@gmail.com:

مشروعية استئصال الأعضاء من المتوفى دماغيا ليست مطلقة، بل هي مشروعية مقيدة تنظيميا وإجرائيا. فإذا تخلف شرط واحد من هذه الشروط — كأن يتم الاستئصال قبل التوقيع الرسمي على محضر إعلان الموت الدماغي الشامل من قِبل الأطباء المستقلين — زالت عن الفعل صفة العمل الطبي المشروع، وتحول فورا إلى جناية اعتداء على سلامة جسم الإنسان أو قتلا عمديا صلب القوانين العقابية العامة.

الفرع الثاني: الضمانات القانونية المحيطة باقتطاع الأعضاء من المتوفى دماغيا

لم يكتفِ المشرع بإقرار مشروعية استئصال الأعضاء من جثة المتوفى دماغيا كأصل عام، بل أحاط هذه العملية الاستثنائية بـ ترسانة من الضمانات القانونية والإجرائية الصارمة، وذلك لقطع الطريق أمام أي انحراف طبي، والحيلولة دون تحول المستشفيات إلى ساحات للمتاجرة بالأجساد أو العبث بها. وتتشابه هذه الضمانات في فلسفتها التشريعية بين القوانين المقارنة، وتتمحور حول ركائز أساسية تضمن الحيطة الفنية التامة، وتفصل كالتالي:

أولا: ضمانة الفصل التقني والمؤسسي بين فريقي الإنعاش والزرع:

تعتبر هذه الضمانة حجر الزاوية في بناء الثقة المجتمعية بنظام نقل الأعضاء، وتستهدف منع قيام أي تضارب في المصالح (Conflit d'intérêts) لدى الأطباء، حيث يخشى أن يتراخى طبيب الإنعاش في إنقاذ المريض الراقد أمامه طمعا في الحصول على أعضائه لصالح مريض آخر ينتظر تحت رعاية فريق الزرع.[1]

في التشريع الجزائري: كرس المشرع هذا الفصل بعبارات قاطعة صلب المادة 362 من قانون الصحة 18-11، إذ حظرت صراحة على الأطباء الذين يثبتون الوفاة الدماغية أن يكونوا بأي حال من الأحوال أعضاء في الفريق الذي يقوم باقتطاع الأعضاء أو زرعها.[2]

[1]- محمد النبوي مهدي، المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص550.

[2]- منصور داود، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م، ص211.

في التشريع المقارن: تبنت اللائحة التنفيذية لـ قانون تنظيم زرع الأعضاء المصري رقم 5 لسنة 2010 ذات الضمانة، حيث نصت على استقلال اللجنة الطبية الثلاثية المكلفة بالتشخيص استقلالا تاما وفصليا عن أطباء جراحة ونقل الأعضاء.[1]

ثانيا: ضمانة حصرية المرفق الطبي المؤهل وحظر العيادات الخاصة:

نظرا للحاجة الفنية المتقدمة والرقابة الإدارية اللصيقة، حظرت القوانين إجازة عمليات اقتطاع الأعضاء من المتوفين دماغيا داخل العيادات أو المصحات الخاصة، وقصرتها على المؤسسات الاستشفائية العمومية الكبرى الخاضعة للرقابة المباشرة لوزارة الصحة.[2]

طبقا لأحكام قانون الصحة الجزائري 18-11، فإن عمليات الاقتطاع من جثث الموتى لا تتم إلا داخل المستشفيات الجامعية العامة المؤهلة والمعينة بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة، وبعد استطلاع رأي الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء[3]. تضمن هذه الحصرية خضوع العملية للبروتوكولات الرسمية وبعد التأكد من مجانية التبرع ونزاهته.

ثالثا: ضمانة التوثيق الرسمي ومحاضر إثبات الوفاة القانونية:

لا يكفي التحقق العيادي من موت جذع الدماغ، بل أوجبت القوانين إفراغ هذه النتيجة الطبية في قالب شكلي رسمي يرتب آثارا جنائية ومدنية حاسمة.[4]

---

[1]- ينظر نص المادة 362 من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 42، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018م.

[2]- ينظر نص المادة 18 من اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم زرع الأعضاء البشرية المصري الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2259 لسنة 2010.

[3]- سي يوسف زاهية، مسؤولية الطبيب في القانون الجزائري، دار الأمل، تيزي وزو، الجزائر، 2006م، ص114.

([6]) ينظر نص المادة 360 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

[4]- عبد الرشيد مأمون، الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م، ص463.

تحرير المحضر المشترك: يلتزم الطبيبان المعنيان بإثبات الوفاة صلب التشريع الجزائري بتحرير تقرير طبي مشترك، موقع ومؤرخ بدقة، يثبت التوقف النهائي والكامل لكافة وظائف الدماغ، ويودع هذا التقرير في الملف الطبي للمريض فورا وقبل البدء في أي عمل جراحي استئصالي.[1]

الرقابة القضائية في الحالات الجنائية (ضمانة حفظ أدلة الجريمة): إذا كان المتوفى دماغيا ضحية حادث مرور، أو اعتداء، أو جريمة جنائية، فلا يجوز للأطباء المساس بجسده أو اقتطاع أعضائه حتى لو وافق أهله، إلا بعد الحصول على إذن كتابي صريح من وكيل الجمهورية (النيابة العامة)، وذلك لضمان عدم ضياع معالم الجريمة أو التأثير على تقرير الطبيب الشرعي المكلف بتحديد السبب الجنائي للوفاة.

رابعا: ضمانة احترام إرادة المتوفى وحق الأهل في التراجع:

تعتبر آليات التعبير عن الإرادة من أشد الضمانات حماية لحرية الإنسان، فحتى في الدول التي تأخذ بمبدأ الرضا المفترض كفرنسا والجزائر، وضعت المنظومة التشريعية ضمانة سجل الرفض الوطني أو وجوب استشارة الأقارب المقربين صلب المستشفى (وفق الترتيب الذي حددته المادة 366 من قانون الصحة الجزائري)، مع إعطاء الأهل حقا مطلقا في الاعتراض والتراجع عن التبرع حتى آخر لحظة تسبق دخول غرفة العمليات، ويعد قرارهم ملزما وملغيا لأي إجراء طبي.[2]

[1]- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائي الخاص، دار هومة، الجزائر، ط11، 2013م، ص98.

[2]- ينظر نص المادة 366 من القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

خـاتـمـة

خـــاتمـــة:

في ختام هذه الدراسة المتواضعة التي أحطنا فيها بموضوع الموت الدماغي: دراسة مقارنة، يتبين لنا أن الإحاطة القانونية والشرعية باللحظات الفاصلة بين الحياة والموت لم تعد مجرد ترف فكري أو فقهي، بل أضحت حتمية تشريعية ملحة فرضتها قفزات الطب الحديث في تقنيات الإنعاش الاصطناعي وجراحات نقل الأعضاء.

لقد انطلقنا في هذا البحث من إشكالية محورية تتمحور حول مدى توفيق المشرع الجزائري صلب قانون الصحة الجديد 18-11 — مقارنة بالقوانين الفرنكوفونية والعربية — في وضع صياغة تشريعية وضوابط إجرائية دقيقة لمفهوم الموت الدماغي، توازن بين متطلبات الضرورة الطبية العلاجية وصون حرمة وكرامة الجسد الآدمي بعد انقضاء شخصيته القانونية. وبعد استقراء النصوص القانونية والوقوف على الاتجاهات الفقهية والقضائية المقارنة، تمكنا من التوصل إلى حزمة من النتائج الجوهرية، والتي صغنا على ضوئها جملة من التوصيات العملية:

أولا: النتائج العامة للدراسة

التحول الفلسفي للموت: أثبتت الدراسة أن المفهوم القانوني للموت انتقل من المعيار التقليدي الكلاسيكي القائم على التوقف القلبي التنفسي إلى المعيار الحديث القائم على الموت الدماغي الكامل والنهائي (موت جذع الدماغ)، وهو المعيار الذي يحقق اليقين الطبي والقانوني لإنهاء الحماية الجنائية المقررة للشخص الحي وبدء الحماية المقررة للجثة.

التكامل الشرعي والوضعي: بينت الدراسة وجود توافق متين بين الموقف التشريعي الجزائري وأحكام الشريعة الإسلامية (قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي وموقف المجلس الإسلامي الأعلى في الجزائر)، حيث تم إقرار مشروعية الموت الدماغي كوفاة شرعية تترتب عليها كافة الآثار القانونية لإنهاء الشخصية.

طبيعة منظومة الرضا والاعتراض: اتضح أن المشرع الجزائري صلب المادة 366 من قانون الصحة 18-11 تبنى مسلكا وسطا مرنا، إذ زاوج بين مبدأ الرضا المفترض المستوحى

من التشريع الفرنسي (لتسهيل الحصول على الأعضاء وإنقاذ المرضى)، وبين الحفاظ على مكانة الرابطة العائلية عبر منح الأقارب حقا مطلقا في الاعتراض حماية لحرمة فقيدهم.

صرامة الجزاء الجنائي واستحداثه: أثبت البحث أن قانون الصحة 18-11 استحدث ترسانة عقابية بالغة التشدد (تصل إلى السجن المؤبد) في الباب الجزائي لردع جنايات الاتجار بالأعضاء البشرية، أو خرق بروتوكولات التشخيص والرضا، وهو ما يمنح حماية استباقية لمرضى غرف الإنعاش ضد أي استغلال.

ثانيا: التوصيات والمقترحات

بناء على النتائج السابقة، وفي سبيل تدارك النقص التنظيمي وتفعيل النصوص التشريعية صلب المنظومة الطبية والجزائية الجزائرية، نقترح الآتي:

الإسراع في إصدار النصوص التنظيمية: ندعو المشرع الجزائري إلى الإسراع في إصدار النصوص التطبيقية والتنظيمية الخاصة بقانون الصحة 18-11، لا سيما القرار الوزاري المشترك الذي يحدد بدقة تفصيلية شكل المحضر الرسمي لإثبات الموت الدماغي، والبروتوكول الطبي الإلزامي للفحوصات (كعدد رسومات المخ الكهربائية المدعمة وفتراتها الزمنية للفصل بين الشك واليقين).

مأسسة وتفعيل آليات الرفض والتبرع: نقترح على وزارة الصحة تفعيل آلية السجل الوطني الرقمي للرفض (على غرار المشرع الفرنسي)، ليتاح للمواطنين تقييد رغبتهم في الرفض إلكترونيا حال حياتهم، مما يرفع الحرج والعبء النفسي عن كاهل الطواقم الطبية وعائلات المتوفين دماغيا في اللحظات الحرجة.

تطوير دور الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء: ضرورة تقديم الدعم المادي واللوجستي والتنظيمي للوكالة الوطنية لزرع الأعضاء لتمكينها من بسط الرقابة المباشرة واللصيقة على المستشفيات الجامعية المؤهلة، وإنشاء شبكة ربط وطنية فورية ترصد حالات الموت الدماغي وتضمن النزاهة والمجانية المطلقة لتوزيع الأعضاء وفق قوائم انتظار وطنية عادلة.

تأهيل الأطقم الطبية وتوعية رجال القضاء: نوصي ببرمجة ملتقيات علمية ودورات تدريبية مشتركة تجمع بين ممارسي الصحة (أطباء الإنعاش والجراحة) ورجال القضاء (قضاة

الحكم والنيابة العامة)، لتوحيد الرؤية حول التكييف القانوني والمسؤولية الجنائية والمدنية الناشئة عن الأخطاء الطبية في هذا المجال المعقد.

نشر الثقافة القانونية والشرعية للموت الدماغي: مناشدة وسائل الإعلام والمؤسسات الدينية والأكاديمية لتكثيف الحملات التوعوية لتصحيح المفاهيم المغلوطة لدى الرأي العام حول التفريق بين الغيبوبة الطويلة (الحالة الإنباتية المستمرة) والموت الدماغي الكامل، لبناء وعي مجتمعي يسهم في تقبل قرارات رفع أجهزة الإنعاش والتشجيع على وهب الأعضاء باعتباره عملا إنسانيا نبيلا.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولا: الكتب العربية

1. أحمد شرف الدين، *الأحكام القانونية لعمليات زراعة الأعضاء البشرية*، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987م .
2. أحمد بن فارس، معجم *مقاييس اللغة*، تحقيق: عبد السلام محمد هارون، دار الفكر، بيروت، 1979م .
3. أحسن بوسقيعة، *الوجيز في القانون الجزائي الخاص*، دار هومة، الجزائر، الطبعة 11، 2013م .
4. أبو البقاء أيوب بن موسى الكفوي، *الكليات: معجم في المصطلحات والفروق اللغوية*، تحقيق: عدنان درويش ومحمد المصري، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1998م .
5. أبو حيان محمد بن يوسف الأندلسي، *البحر المحيط في التفسير*، تحقيق: عادل أحمد عبد الموجود وآخرون، دار الكتب العلمية، بيروت، 2001م .
6. أبو هلال الحسن بن عبد الله العسكري، *الفروق اللغوية*، تحقيق: محمد إبراهيم سليم، دار العلم والثقافة، القاهرة .
7. الراغب الأصفهاني، *المفردات في غريب القرآن*، تحقيق: صفوان عدنان الداودي، دار القلم، دمشق، 1412هـ .
8. المرتضى الزبيدي، *تاج العروس من جواهر القاموس*، تحقيق: مجموعة من المحققين، دار الهداية .
9. توفيق الشاوي، *المسؤولية الجنائية للأطباء في الجراحة ونقل الأعضاء*، دار النهضة العربية، القاهرة، الطبعة الثانية، 1996م .
10. جلال علي العوا، *الموت الدماغي بين الطب والملة والقانون*، المكتب الإسلامي، بيروت، الطبعة الأولى، 2000م .
11. حمدي يسري الملاح، *المسؤولية الطبية المدنية والجنائية في المنظومة التشريعية الحديثة*، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004م .
12. حمدي يسري الملاح، *المسؤولية الطبية في القوانين المغاربية والعربية*، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2006م .
13. رضا فرج، *شرح قانون العقوبات الجزائري: القسم الخاص*، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1980م .
14. عبد الرشيد مأمون، *الحماية الجنائية لجسم الإنسان: دراسة مقارنة في ضوء المستجدات الطبية*، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2002م .
15. عارف علي عارف، *موت الجذع الدماغي وحقيقة الموت البشري: دراسة مقارنة*، دار النفائس، بيروت، 2005م .

16. فخر الدين الرازي، *التفسير الكبير (مفاتيح الغيب)*، دار إحياء التراث العربي، بيروت، الطبعة الثالثة، 1420هـ .
17. الغوثي بن ملحة، *القانون المدني الجزائري ونصوصه التطبيقية*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة الرابعة، 2008م .
18. محمد علي البار، *موت الدماغ أو موت الإنسان: الرأي الطبي والشرعي*، دار القلم، دمشق، الطبعة الأولى، 1986م .
19. محمد علي البار، *الموقف الشرعي والطبي من موت الدماغ*، دار المناهج، عمان، الطبعة الأولى، 2002م .
20. محمد بن مكرم بن علي (ابن منظور)، *لسان العرب*، دار صادر، بيروت، الطبعة الثالثة، 1414هـ .
21. محمد النبوي مهدي، *المسؤولية الجنائية عن المعالجة الطبية ونقل الأعضاء*، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م .
22. محمود علي السرطاوي، *دراسات فقهية في قضايا طبية معاصرة*، دار المسيرة، عمان، الطبعة الأولى، 2001م .
23. منصور داود، *المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الجزائري*، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2004م .
24. منصور عمر المعايطة، *المسؤولية الطبية في ظل التطور العلمي (دراسة مقارنة)*، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012م .
25. بركات أحمد المومني، *المسؤولية الجنائية للأطباء عن نزع أجهزة الإنعاش الصناعي: دراسة مقارنة*، دار وائل للنشر، عمان، 2010م .
26. أبو عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري القرطبي، *الجامع لأحكام القرآن*، تحقيق: أحمد البردوني وإبراهيم أطفيش، دار الكتب المصرية، القاهرة، الطبعة الثانية، 1964م .
27. سي يوسف زاهية، *مسؤولية الطبيب في القانون الجزائري*، دار الأمل، تيزي وزو، الجزائر، 2006م .

ثانيا: المقالات والدوريات العلمية

1. بقيرات أم الخير، الحماية القانونية لجسم الإنسان في ظل قانون الصحة الجزائري الجديد 18-11، *مجلة الفكر العقاري*، جامعة وهران 1، المجلد 09، العدد 02، 2021م .
2. حدادو صورية، التأطير القانوني للموت الدماغي للإنسان، *مجلة جامعة الجزائر*، 2017م .
3. سليمان النحوي، تحديد لحظة الوفاة في الفقه الإسلامي والتشريع الجزائري، *مجلة معارف*، جامعة الأغواط، 2018م .
4. صوالح عمار، الأحكام الفقهية المتعلقة بموت الدماغ، جامعة الوادي، 2015م .

5. عبد الحليم بوقرين، وإيمان بوناصر، الموت الدماغي للإنسان والتصرف في أعضائه، *مجلة البيبان للدراسات القانونية والسياسية*، جامعة الأغواط، 2017م .
6. منصور عمر المطرودي، موت الدماغ وأثره في الحقوق والمراكز القانونية، *مجلة البحوث الفقهية المعاصرة*، الرياض، العدد 42، 1999م .

ثالثا: المراجع الأجنبية

1. Christopher Pallis, ABC of Brain Stem Death: Diagnosis of Brain Stem Death, *British Medical Journal*, Vol. 285, No. 6355, 1982.
2. Plum, F. & Posner, J. B., *The Diagnosis of Stupor and Coma*, Oxford University Press, 1982.

رابعا: النصوص القانونية والتنظيمية

1. القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .
2. القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها .
3. الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو 1966 المتضمن قانون العقوبات الجزائري، المعدل والمتمم .
4. القانون المدني الجزائري .
5. القانون رقم 5 لسنة 2010 بشأن تنظيم زرع الأعضاء البشرية (مصر) .
6. اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم زرع الأعضاء البشرية المصري، الصادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 2259 لسنة 2010 .
7. Code de la santé publique français (Articles R1232-1 et L1232-2).
8. Décret n°2005-949 du 2 août 2005 relatif au Code de la santé publique français.

خامسا: القرارات والوثائق الفقهية

1. القرار رقم 17 (3/5) بشأن أجهزة الإنعاش، مجمع الفقه الإسلامي الدولي، منظمة التعاون الإسلامي .
2. القرار رقم 5 د/86/07/3 بشأن أجهزة الإنعاش، مجمع الفقه الإسلامي الدولي، جدة، 1986م .
3. القرار رقم 26 (4/1) بشأن انتفاع الإنسان بأعضاء جسم إنسان آخر حيا أو ميتا، مجمع الفقه الإسلامي الدولي، جدة، 1988م .
4. بحوث مجلة المجلس الإسلامي الأعلى للجزائر، العدد الخاص بـ الطب وأخلاقيات المهنة، الجزائر، 2005م .
5. قرار محكمة النقض الفرنسية (الغرفة الجنائية) الصادر بتاريخ 2 ديسمبر 1993 .

الفهرس

الفهرس

العنوان	الصفحة
شكر وعرفان	
إهداء	
مقدمة	أ – د
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والطبي للموت الدماغي	05
المبحث الأول: ماهية الموت الدماغي	06
المطلب الأول: مفهوم الموت الدماغي	06
الفرع الأول: التعريف اللغوي للموت	07
الفرع الثاني: التعريف الطبي والاصطلاحي للموت الدماغي	08
الفرع الثالث: التطور التاريخي لمفهوم الموت الدماغي	10
المطلب الثاني: تمييز الموت الدماغي عن الحالات المشابهة	13
الفرع الأول: الموت الدماغي والغيبوبة	13
الفرع الثاني: الموت الدماغي والحياة النباتية	15
الفرع الثالث: الموت الدماغي والتوقف القلبي التنفسي	17
المبحث الثاني: الأسس الطبية لتشخيص الموت الدماغي	19
المطلب الأول: المعايير الطبية لتشخيص الموت الدماغي	19
الفرع الأول: العلامات السريرية	20
الفرع الثاني: الاختبارات العصبية	22
الفرع الثالث: الفحوص التكميلية	24
المطلب الثاني: إشكالات التشخيص الطبي	28
الفرع الأول: أخطاء التشخيص	28
الفرع الثاني: الخلافات الطبية حول معيار الموت الدماغي	30
الفرع الثالث: أثر التطور الطبي على مفهوم الوفاة	32
الفصل الثاني: التنظيم القانوني للموت الدماغي وآثاره	34
المبحث الأول: المركز القانوني للموت الدماغي	37
المطلب الأول: موقف التشريعات المقارنة	38

أولا: تفكيك الترابط العضوي التقليدي	**38**
الفرع الأول: التشريع الفرنسي	38
الفرع الثاني: التشريع المصري	41
الفرع الثالث: التشريع الجزائري	43
المطلب الثاني: موقف الفقه والقضاء	46
الفرع الأول: الاتجاه المؤيد لاعتبار الموت الدماغي وفاة قانونية	46
الفرع الثاني: الاتجاه المعارض	49
الفرع الثالث: التطبيقات القضائية	52
المبحث الثاني: الآثار القانونية للموت الدماغي	56
المطلب الأول: الآثار المدنية والطبية	56
الفرع الأول: رفع أجهزة الإنعاش	56
الفرع الثاني: مسؤولية الطبيب	59
الفرع الثالث: حقوق المريض وذويه	63
المطلب الثاني: أثر الموت الدماغي على نقل وزراعة الأعضاء	65
الفرع الأول: مشروعية استئصال الأعضاء	66
الفرع الثاني: الضمانات القانونية	69
خاتمة	73
قائمة المراجع	77