

بعض التخمينات حول مسألة رضا المريض

عز الدين قراوي

أستاذ محاضراً

كلية الحقوق جامعة وهران

ملخص الدراسة

الاستقلالية هي القدرة الحقيقية التي تصنع الإنسان في قراراته فهي من خصائصه باعتبارها ركيزة كل مخلوق آدمي، رضيعاً كان أو مريض في غيبوبة، ومن هنا تلتحق بالحقوق الأساسية للشخص كما أعلنته المواثيق الدولية. الإذن بالعلاج، هو موضوع تلتقي فيه القانون والفلسفة والطب، ما يجعل دراسته أصلاً خوض في العلاقة بين الروح والجسد وكل ما ينجر عنه من تساؤلات حول دور التفاعل الذي قد ينشأ بين المريض وطيبه. إن الموافقة على العلاج، المبنية على الاستئارة هو إجراء جوهري يمكن من إدخال لغة ومعناً لعقد يكون فيه الإنسان بالضرورة عنصراً فعالاً. فإذا كانت الموافقة تكتفي بالكلمة والتوقيع فقط، فهذا يظل إجراء بارد وتدير إداري لا غير، تنقصه التفاعلية والتبادل.

أ. الرضا جوهري شرعية التداعي

من بين الشروط التي تؤسس الشرعية العلاجية *légitimité thérapeutique* وإباحة مساس الطبيب بالإنسان شرط التزام إعلام المريض، أو من يمثله قانون، والحصول على رضائه. فهذه الالتزامين يرتبطان بعضهما ببعض، لأن تنوير المريض هو المرحلة التي تسبق الرضاء، وغيابه يؤدي إلى صدور رضاء مشوب بغلط أو تدليس.

لقد أضحت اليوم مبدأ سمو الشخص ومبدأ حرية المريض من أهم الدعائم الأخلاقية التي تبنىها المهنات الطبية في مختلف دول العالم. بل أكثر، أصبح مبدأ تقرير مصير المريض لمستقبله الصحي مغالى فيه، إذ تعتمد بعض المهنات مبدأ الرضاء حتى ولو على حساب الحق في الحياة. ففي الولايات المتحدة وكندا مثلاً، تعتبر استقلالية المريض قيمة مطلقة تخوله صلاحية رفض العلاج أو إيقافه في أية لحظة، حتى لو استتبع ذلك الموت المحقق. ولا حدود لهذا "الحق" إلا عندما يتعرض الغير لآثار وخيمة جراءه أو يستقرأ منه إرادة خفية للبحث عن موت الرأفة *euthanasie*.

عندما نتحدث عن "الاستقلالية" Autonomie فإننا نقصد عادة "الحرية"، وهي حرية ذاتية، دون تقييد، حرية سلطة فعل كل ما نشاء، ومن هنا يتساق لفظ الحرية في فضاء الأفكار والمفاهيم المتداخلة فيما بينها وأحيانا أخرى متناقضة. ومن الطبيعي اليوم أن يرد الكتاب الغربيون أصل مبدأ الرضا إلى الثقافة المسيحية واليهودية وإلى الفيلسوف "إيمانويل كانت" Emmanuel Kant على وجه الخصوص إذ يجعون على أبوة لفكرة احترام الذات واحترام الآخر في احترام شخص الإنسان وكرامته. فالإنسان عند "كانت" هو الغاية وليس الوسيلة، كما هي الإرادة الحرة هي أساس المسؤولية عند الكائن العاقل.

ب. البعد الديني للموافقة المستتيرة

من يقرأ "كانت" ليستغرب من "إسلاميته" فلسفته، أفلم يُكرم الله سبحانه وتعالى الإنسان بالعقل وفضله على سائر المخلوقات، فهو مناط التكليف وبه تهباً للقيام بالخلافة في الأرض وحمل الأمانة من عند الله، قال تعالى: ﴿إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ﴾. فبالعقل يعرف الإنسان حقيقة الأشياء ويستنتج ما تؤول إليه الأمور، ويدرك العلاقة بين الأسباب والمسببات. قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾، [الإسراء 70].

لقد عرف المسلمون الطب عن الحضارات التي سبقتهم ثم طوروه، وبالرغم من التقدم الذي عرفه لاسيما في العصر الذهبي، لم ينقطع الأطباء من تدعيم فهمهم بالأدعية وقراءة القرآن على المرضى ونصحهم بالصبر والترغيب فيه حسب ما كان معروفا سنة وفقها. وفي القرون الوسطى، تحول الطب العربي إلى الوقاية. أما في مواجهة المرضى المحتضرين، أسست الأعراف الدينية ما سيمسى لاحقا "مرافقة المحتضرين"، ومنه، فعندما يحل وقت الاحتضار، يوجه المريض تجاه القبلة ويتقدم أحد الأقارب لمساعدته على تلاوة الشهادة. أما فيما يتعلق بالمرجعيات الدينية الإسلامية في أخلاقيات علم الأحياء لاسيما أخلاقيات الطبيب المسلم التي درسها الدكتور محمد علي البار، فوجد نفس المبادئ مقننة في الرصيد الحضاري المعرفي ومنها:

الإحسان والرحمة: هو أمر نادى به القرآن الكريم حيث قال تعالى: ﴿وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ [195] وقال صلى الله عليه وسلم: "إن الله قد كتب الإحسان على كل شيء فإذا قتلتم فأحسنوا القتلة وإذا ذبحتم فأحسنوا الذبحة، وليحد أحداكم شفرته

وليرح ذبحته" فإذا كان الإحسان قد كتب حتى على طريقة الذبح، فهو من باب أولى قد كتب في مجال الطب والتداوي.

عدم الإضرار: وقد صح عن المصطفى صلى الله عليه وسلم قوله: "لا ضرر ولا ضرار"، ولا شك أن عدم الإضرار يعتبر أحد الأركان الأساسية في موضوع العلاج.

الاستقلالية والذاتية: والمقصود بذلك أن كل فرد في المجتمع بالغ عاقل راشد يتمتع بالحق في قبول أو رفض أي علاج طبيعى أو أي إجراء طبي. فإذا كان الله تعالى يقول: "لا إكراه في الدين". فمن باب أولى لا إكراه في الطب.

ج. الجوانب الأخلاقية لتبصير المريض

نقرأ في تقرير بالمونت¹ Rapport Belmont الشهير أن مبدأ الإحسان هو في الأصل امتداد لمبدئي عدم الإضرار وتحقيق الفوائد مع خفض قدر الإمكان للإضرار، أساسين خلقين ينبغي على كل متعامل في ميدان الصحة الالتزام بهما.

يجد التزام الطبيب بتبصير المريض مصدره في مفهوم حسن النية، وهو ذاته منبثق من الالتزام الإيجابي بالصدق والأمانة مع المريض، الذي يقابله الموقف السلبي المتمثل في الغش أو الخداع أو التضليل وضمن السلامة. ويهدف الرضا المستنير إلى حماية المريض أو الشخص موضوع التجربة من التدخلات التعسفية على جسمه أو على حياته الخاصة. فهو يرمي إلى مساعدتهم على تحكمهم في مصيرهم. ومنه يُعرف لهم بالخيار واتخاذ القرار حسب قيمهم الخاصة ورؤيتهم لمنفعتهم. من هنا يبدو الطابع المزدوج لقاعدة الموافقة المستنيرة من حيث أخت تشكّل مذهباً فلسفياً ومنهجاً قانونياً ونتيجة لذلك، فلا يخرج تعريف الرضا عن طبيعة المعلومة التي تعطى للمريض وعن الشروط المتعلقة بحرية القرار. فمثلاً نجد في تقرير "المونت" تمييز بين ثلاث مستويات؛ المعلومة، الاستيعاب والطبيعة الإرادية لرضا المريض أو الشخص الخاضع للتجربة. وهنا لا بد من توضيح أن مركز المريض وما ينتظره من إعلامه يختلف عن مركز الشخص الخاضع للتجربة. مثلما يختلف رفض العلاج عن رفض المشاركة في التجربة. فعندما يتعلق الأمر بالحالة الأولى، فإن الديتولوجيا والقضاء عموماً يمنحان للطبيب الحق بل حتى الواجب في معالجة المريض حتى ولو بدون رضاه كما هو في حالة الاستعجال والضرورة شريطة أن يكون وضع المصاب في

¹. يتضمن التقرير نتائج اللجنة الوطنية الأمريكية حول حماية الأشخاص الذين يخضعون للتجارب العلمية والطبية التي اجتمعت على استمرار بين 1974 و 1978.

خطر أو يسبب عدم العلاج هلاكه. ضف إلى ما سبق، أنه في الممارسة العلاجية، يعنى الطبيب من المسؤولية إذا أرشد أو بصر المريض عن وضعه، لكن في التجارب العلمية يختلف الوضع كما توضحه فاجو-لارجولت Fagot-Largeault: "بقدر ما هي حرية الرفض مقررّة للأشخاص الخاضعين للتجارب معترف بها بقدر ما هي الموافقة مقررّة لهم بتتشف.¹" ومعنى هذا أنه تقبل كل رفض من طرف مريض يشارك في تجربة علمية حتى ولو كان قليل الدراية بالأمر حتى يتخذ القرار. أكثر من ذلك، يشترط في كل بروتوكول بحثي أن يعرض مسبقاً على لجنة للأخلاقيات حتى تقرر بقبول أو برفض المشروع بعدم عايتها للأخطار والفوائد المرتقبة.

د. المعطى القانوني للموافقة المتبصرة

الموافقة المستنيرة والرجوع عنها في أي لحظة،² هي تقيض القرار الأحادي الذي يتخذه الطبيب دون استشارة المريض. مما يستلزم الاعتراف بحق المريض في الموافقة على العلاج بنفس الكيفية التي يعترف له برفضه مع معرفة وضعه الصحي كأقصى صورة الاعتراف بالإرادة. ولقد أوجد المشرع الفرنسي مثلاً منذ قانون مارس 2002 طريقة في "تمديد" الحوار مع المريض حتى وهو عاجز عن التعبير عن رأيه، فأحدث المشرع "الشخص الموثوق" *personne de confiance*، يختاره المريض لاستخلافه في حالة الضرورة (L. CSP 6-1111). قد يكون هذا الشخص قريباً أو صديقاً أو حتى الطبيب المعالج ذاته. يكون هذا الإجراء ككافياً ويمكن الرجوع عليه في كل لحظة.

إن قرار وقف العلاج المسبب أو استمراره الذي يأخذه الطبيب أو الفريق الطبي في الظروف التي تنعدم فيها إرادة المريض (غيوبة) هل يعني عدم احترام الاستقلالية الذاتية للمريض؟³ هذا الطرح ينبغي أن يتضمن تجاوز التضارب بين احترام استقلالية المريض من جهة والإحسان إليه من جهة أخرى، مما يضطرنا للاتفاق حول معنى واضحاً

¹ أنظر فاجو-لارجولت (أخصائية نفسانية وفلسوفة):

FAGOT-LARGEAULT, Anne (1985) «Déclarations d'Helsinki (1964) et de Tokyo (1975) de l'Association médicale mondiale », dans L'homme bio-éthique de Anne, Fagot Largeault, p. 154-159.

² ما لم يكن الطبيب قد باشر العملية وإذا لا يكون التوقف عن الاجراء الطبي سببا في هلاك المريض.

³ أنظر:

Corine Pelluchon, Penser l'autonomie en réanimation Paru dans Enjeux éthiques de la réanimation-anesthésie, 1 vol, sous la direction de L. Puybasset, Paris, Springer, 2010, p. 3-11.

للاستقلالية في الممارسة الطبية لاسيما في مصالح الإنعاش التي يخضع فيها المرضى لكل أشكال التخدير. فأى استقلالية يمكن أن نصف بها حالة الوزير الأول الإسرائيلي "شارون" مثلا أو سائق السيارات "شوماخير"، إن لم تكن أصلا استقلالية ذويهم هي المعنية في هذه الظروف؟

1. الرضا ابتداءً للتفاعلية

بين الطبيب ومريضه تنشأ علاقة شخصية مصبوعة بالائتمان والتوازن والرضا، لكنها علاقة غير متكافئة بين طرفين، الأول؛ الطبيب يمتلك السلطة والقرار والثاني مستسلم لهذه السلطة. العلاقة بين الطبيب والمريض لا يحكمها القانون لوحده وهي غير مرتبطة بعلم معين، بل تتدخل فيها عدة اختصاصات (علم النفس، فلسفة، العلوم الطبية، العلوم الدينية...)، ومن الضروري بمكان أن نعرضها ونحصرها من منظور القانون الطبي لارتباطها بالسلوك حيال المريض، لكن الجانب الغالب في التعرض لمسألة الموافقة المستنيرة للمريض تغلب عليها المقاربة الأخلاقية.¹

أما من الناحية العملية تبرز العلاقة الطبية المبنية على التآزر والتعاطف مع المريض كضرورة مهنية تقتضي الاهتمام بالبعد الروحي في العلاج كمنهج أخلاقي وأنتروبولوجي وإثنولوجي منبثق من شمولية العمل العلاجي المتعدد الأبعاد والقائم على احترام خصوصية وثقافة وتقاليد المريض وإشراكه في العملية العلاجية. ومن هنا بدأ مفهوم تبصير المريض يأخذ طريقه كعنصر محوري في نظريات الكثير من الأخلاقيين التي تجمع على العلاقة بين تحسن صحة المرضى والعناية بالجانب التواصل.

الطبيعة ما "بين الذاتية" intersubjective التي تجمع الطبيب بمريضه هي طريق للموافقة المستنيرة قيامها رابطة تفاعلية بين عدة فاعلين؛ المريض أولاً، عائلته، الطبيب أو أعضاء طاقم التمريض أو حتى مؤسسة العلاج. وفي هذه العلاقة يتقدم كل واحد برصيده من التجارب والقيم والأحكام والقيم والرغبات الشخصية، تصب في تطعيم تأويل المعلومة والخيارات.² ومنه فإن ما نسميه بـ"ما بين الذاتية" هو ولوج في عالم الآخر والاهتمام

1. نستخدم هذا اللفظ للدلالة على مصطلح ethics. أما في ما يتعلق بإخطار المريض عن وضعه، فالقاعدة الأخلاقية المدونة في جميع النصوص الدينتولوجية تقول أنه إذا كان المريض على جهل بما أصابه فالواجب هو "إخفاء تشخيص المرض الخطير لأسباب مشروعة يقرها الطبيب بكل صدق وإخلاص، غير أن الأسرة إذا كان المريض قد منع مسبقاً عملية الإفشاء هذه، أو عين الأطراف التي يمكن كشف هذا التشخيص الخطير أو التنبؤ الحاسم (الترجيح الميت pronostic vital) إلا بمنتهى الحذر والاحتراز".

Blesedell-Crepeau (1995) p. 1016.²

تجاربه وشرط لاستيعاب الأفق الذي ينظر إليه. ومن المؤكد أنه دور كل واحد والمكان الذي يختاره بالإضافة إلى بعض العوامل الخارجية لاتخاذ القرار تؤثر حتما في درجة استقلالية المريض.

يرجع فقهاء القانون الطبي أن تطور العلاقة بين الطبيب والمريض مرّ أولا عبر محطة قرار "مارسييه" Mercier الشهير (1936)،¹ الذي يفصل بين مرحلة سابقة كانت فيها العلاقة مجرد لقاء بين شخصين تحكمها قواعد القانون المدني، إلى أن تحوّل اللقاء إلى عقد يخضع لشرط تقديم العلاج بمهنية compétence وإخلاص soins consciencieux، مع التزام الطبيب بذل عناية والحصول على الإذن المسبق من دون الحاجة إلى توثيقه (في الحالات التي لا تشكل خطورة)، عكس حالة الرفض التي تتطلب شرط الكتابة.

فالأصل هو ما جاء في نص القانون المدني: "التعبير عن الإرادة يكون باللفظ وبالكتابة أو بالإشارة المتداولة عرفا كما يكون باتخاذ موقف لا يدع أي شك في دلالة على مقصود صاحبه، ويجوز أن يكون التعبير عن الإرادة ضميا إذا لم ينص القانون ويتفق الطرفان على أن يكون صريحا". وتضيف المادة 68-2 "ويعتبر السكوت قبولا إذا اتصل بالإيجاب بتعامل سابق بين المتعاقدين أو إذا كان الإيجاب لمصلحة الغير من وجه إليه".

2. ما هي الآليات الحوارية عمليا في العلاقة الطبية؟

تبدأ العلاقة الحوارية عبر الأسئلة التي يطرحها الطبيب على مريضه ضمن ما يسمى بالمعاينة السريرية ويتطلب إجراء هذه المعاينة بمحنة يمتزج فيها العلم بالفن. فالعلم هو قدرة الطبيب على تشخيص الأعراض المرضية العامة منه والنوعية، ومدى شدتها... وكونها فنا إنسانيا بمعنى أن تعتمد المعاينة السريرية على بناء العلاقة بين الطبيب والمريض على أسس من الثقة والاطمئنان من جانب المريض، فيقبل هذا الأخير أن يصرح بما يعاينه ويكشف له عن معلومات حيوية تتعلق بسريره الشخصية والمرضية وعن صفاته الشخصية. وبالمقابل يأتي إخلاص الطبيب بكتمان هذه المعطيات والتعامل مع مريضه بمهارة وهو الدمج بين العمل والحديث الإنساني.

¹ كامن النيدة "لمرسييه" تعالج إصابة في الأنف بالأشعة (X)، فأصبحت بمضاعفات radiodermite، جراء علاجها، فطلبت التعويض. إلا أن إجراء العملية تم في أوت 1925، في حين كان تقديم الشكوى في مارس 1929. وأن نقدم كل دعوى مدنية مقرونة بدعوى جزائية (المسؤولية التقصيرية) كانت تنقضي بعد ثلاث سنوات. وعندما أثار القاضي هذه المسألة، أجاب القاضي الأول بوجود عقدا، ومنه يتمدد أجل التقادم إلى عشر سنوات، وهو ما أيده قاضي الاستئناف ومحكمة النقض التي أقرت أنه "ينشأ بين الطبيب ومريضه عقدا حقيقيا يتضمن بالنسب للأول، على الأقل، الحرص على شفاء الثاني، وتقديم ليس أي علاج، بل كل العناية... وأن خرق هذا الالتزام يسقط في حالة المسؤولية التعاقدية.

تنشأ بين الطبيب ومريضه علاقة شخصية مصبوعة بالاثمان والتوازن والرضا، لكنها علاقة غير متكافئة بين طرفين، الأول؛ الطبيب يمتلك السلطة والتقرير والثاني مستسلم لهذه السلطة. فالعلاقة هنا على حد التعبير الشهير للدكتور "بورتاس" Portes هي لقاء ضمير (conscience) المُعالج مع ثقة (confiance) المُعالج. إن واجب الاعلام والتبصير الارشادي هو قلب الممارسة الطبية ولهذا قال العميد "سفاتييه" Savatier أن هذا الواجب هو بمثابة الثقة التي يمنحها غير العارف للمهني.²

تطورت العلاقة بين الطبيب والمريض عبر محطة قرار "مارسييه" Mercier الشهير (1936)،³ الذي يفصل بين مرحلة سابقة كانت فيها العلاقة مجرد لقاء بين شخصين تحكمها قواعد القانون المدني، إلى عقد يخضع لشرط تقديم العلاج بمهنية compétence وإخلاص soins consciencieux، مع التزام الطبيب بذل عناية والحصول على الإذن المسبق من دون الحاجة إلى توثيقه (في الحالات التي لا تشكل خطورة)، عكس حالة الرفض التي تتطلب شرط الكتابة.

فالأصل هو ما جاء في نص القانون المدني: "التعبير عن الارادة يكون باللفظ وبالكتابة أو بالإشارة المتداولة عرفا كما يكون باتخاذ موقف لا يدع أي شك في دلالة على مقصود صاحبه، ويجوز أن يكون التعبير عن الارادة ضمنيا إذا لم ينص القانون ويتفق الطرفان على أن يكون صريحا". وتضيف المادة 68-2 "ويعتبر السكوت قبولا إذا اتصل بالإيجاب بتعامل سابق بين المتعاقدين أو إذا كان الإيجاب لمصلحة الغير من وجه إليه".

ما هي الآن الآليات الحوارية عمليا في العلاقة الطبية؟ تبدأ العلاقة الحوارية عبر الأسئلة التي يطرحها الطبيب على مريضه Clinical interview ضمن ما يسمى بالمعاينة السريرية ويتطلب إجراء هذه المعاينة بحكمة يمتزج فيها العلم بالفن. فالعلم هو قدرة الطبيب

1. في: A la recherche d'une éthique médicale, Paris, Masson, puf, 1964, p. 155 et s

2. في: R.Savatier, « les contrats de conseil professionnel en droit privé », D., 1972 chr.p.137s

3. كامن السيدة مارسبييه تعالج إصابة في الانف بالأشعة (X)، فأصبحت بمضاعفات radiodermite، جازء علاجها، فطلبت التعويض. إلا أن إجراء العملية تم في أوت 1925، في حين كان تقديم الشكوى في مارس 1929. وأن تقدم كل دعوى مدنية مقرونة بدعوى جزائية (المسؤولية التقصيرية) كانت تنقضي بعد ثلاث سنوات. وعندما أثار القاضي هذه المسألة، أجاب القاضي الأول بوجود عقد ومنه يتمدد آجال التقدم إلى عشر سنوات، وهو ما أيده قاضي الاستئناف ومحكمة النقض التي أقرت أمه "بنشأ بين الطبيب ومريضه عقدا حقيقيا يتضمن بالنسب للأول، على الأقل، الحرص على شفاء الثاني، وتقديم ليس أي علاج، بل كل العناية... وأن خرق هذا الالتزام يسقط في حالة المسؤولية التعاقدية.

على تشخيص الأعراض المرضية العامة منه والنوعية، ومدى شدتها... وكونها فنا إنسانيا فعني ذلك أن المعاينة السريرية يعتمد على بناء العلاقة الطبية بين الطبيب والمريض على أسس من الثقة والأطمئنان من جانب المريض، فيقبل المريض من طبيبه أن يصرح له بما يعاينه ويدلي له بمعلومات عن سيرته الشخصية والمرضية وعن صفاته الشخصية. وبالمقابل يأتي إخلاص الطبيب في العمل مع المهارة الطبية التي هي الدمج بين العمل والحدس الإنساني.

لكن هناك حالات يستعصى فيها إجراء الحوار التفاعلي مع المريض، وذلك كما يبينه المثال الآتي: فبعد أن أصيبت بكسر في رجلها وهي تبلغ من العمر 88 سنة، نقلت سيدة إلى المستشفى مظهرة بعض المشاكل في التنفس مما اضطر الفريق الطبي إلى إيصالها بجهاز التنفس الاصطناعي بمصلحة الإنعاش. وبعد شهر لم تحصل السيدة استرجاع تنفسها الطبيعي المستقل. وكانت يقظة وواعية بما يجري حولها حتى أنها استطاعت أن تعبر عن درجة آلامها وعنائها. وعندما سألتها أفراد الطاقم عن رغباتها فيما يخص علاجها المستقبلي، كانت أجوبتها غامضة. ثم أصيبت أيام فيما بعد بسكة قلبية ودخلت في غيبوبة. فبحسب الأطباء، لا تستطيع السيدة "وانكلي" أن تحيي أي فائدة من مواصلة إيصالها بالجهاز الاصطناعي ومنه نصحوا بإيقافه كأحسن خيار حسب حكمهم الطبي. بينما رفض الزوج (الممثل الشرعي) هذا الخيار لتشبهته بإمكانية رجوعها إلى الحياة في أي لحظة، لأن لا أحد يتحكم في الموت إلا الله وأن المعجزة واردة، وبالتالي طلب الاستقرار في مقاومة الالتهابات الرئوية ولو بالطرق العنيفة (المضادات الحيوية وتحاليل الدم اليومية). أمام هذا الوضع طلبت إدارة المستشفى من الزوج أن ينقل المريضة إلى مؤسسة أخرى تؤمن وتطبق "المغالة في العلاج" *acharnement thérapeutique*. لكن الزوج رفض مما أدى بالمؤسسة باقتراح على الزوج اللجوء للقضاء للبت في مواصلة العلاج غير المجدي. ومرة أخرى يرفض الزوج. فيقوم حينها المستشفى بطلب خبرة محامي مستقل عبر عريضة وجهتها للمحكمة للنظر في "تفاهة" مطلب الزوج مع إمكانية المستشفى من المتابعة القضائية. والغريب أن الزوج وهو أيضا محامي طلب من المحكمة أن يكون هو الخبير القضائي "المستقل" وقبلت له ذلك، لكن توفي السيدة "وانكلي".

تبرز هذه القضية الاختلافات في الرؤى وفي القيم التي تشجع الاصطدام بين المريض والعائلة والمهنيين والمؤسسات في مسألة الموافقة المستنيرة للعلاج، إذ -كما لاحظناه-

اختلفت مبررات الطاقم الطبي مع الرغبة الملحة للزوج. لقد كان الأطباء يأملون أن تحدد المحكمة موقفها من "المغلات في العلاج" أو "العلاج التافه" كما يسميه الفقه الكندي، وأن تأسس معايير للتمييز بين ما هو حيوي وبين ما يزيد في عناء المريض. كانت نية المستشفى في تحريك القضاء بهدف التعرف على موقفه من مواصلة علاج مكلف وبدون جدوى. أما موقف المريضة فيستحيل معرفته لغيوبتها، وإنما قام الزوج بترجمته تبعا لمعتقداتها الشخصية والدينية. إن موقف الزوج يعبر في الحقيقة عن إحباط عاطفي وسيكولوجي تجاه حالة زوجته، لا نجد تفسيرات له إلا في خوفه من أن تموت. والسؤال، الذي يمكن تصور الإجابة عنه؛ هل يقبل هو تلك المغالاة في العلاج لو كان في نفس وضعية زوجته. أما من الناحية القانونية لا مانع من وجود بعض الالتزامات القانونية التي يحددها العقد الطبي بين الطبيب والمريض التي يحكمها القانون المدني عموما ومدونات أخلاقيات الطب (codes de déontologie) خصوصا¹. ولعل إعلام المريض وتبصيره وعن الأخطار المحتملة² والحصول على رضاه المسبق واليقيني والحر من كل أشكال الضغوطات والاكراهات المادية أو المعنوية، هو أحد القوائم القانونية والأخلاقية المقومة للعلاقة بين الطبيب ومريضه.

3. مضمون الرضا ومحدوديته

ما هي المعلومة الجوهرية الواجب إعطاؤها للمريض من الطبيب حتى يستنير قراره، وهل هناك قوالب لنوعية المعطيات التي ينبغي الإفصاح عنها ومناهج لطرق تبليغها؟ إنه لمن الأهمية بمكان أن نجيب عن هذه الأسئلة لأن ممارسة الاستقلالية وحرية الاختيار تمر

¹ جاءت هذه الالتزامات في: في فرنسا التي عرفت عدة نسخ من المدونات الأخلاقية وفي تشريعات كقانون 2002 المتعلق بحقوق المرضى/ القانون البلجيكي المتعلق بحقوق المرضى والصنادير المؤرخ في تاريخ 2002/08/22 المعدل بموجب قانون 2004/11/24، في لبنان القانون رقم 574 / تاريخ 2004/02/11، والمتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة، الجريدة الرسمية للجمهورية اللبنانية، العدد 9، تاريخ 2004/02/13، في الجزائر، المرسوم التنفيذي رقم 92 - 276 المؤرخ في 5 محرم عام 1413هـ - الموافق ل 6 جوان 1992م المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، والقانون رقم 90-17 المؤرخ في 9 محرم 1411 الموافق ل 31 جوان 1990م يدخل وينسخ القانون رقم 85-05 / في سوريا: قانون التنظيم النقابي للأطباء البشريين رقم 31 لعام 1981 وكذلك للمرسوم التشريعي رقم 12 لعام 1970 المتعلق بأول المهنة الطبية. أما عربيا؛ المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التي وضعت إثر الندوة التي عقدتها في القاهرة في كانون الأول 2004 ميثاقا إسلاميا للأخلاقيات الطبية والصحية. والميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية، سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (29 شوال - 3 ذو 14 ديسمبر 2004، القاهرة)، إشراف وتقديم عبدالرحمن العوضي، تحرير أحمد رجائي الجندي، - القعدة 1425 هـ 11، الكويت 2005

² حول مفهوم الخطر راجع دراستنا: Abdelhafid OSSOUKINE., La notion de risque dans le droit sanitaire algérien, R.T.D.S. 2011.

حتما عبر معلومات ومعطيات مسبقة كاملة قدر الإمكان. فالمريض يحتاج للمعرفة من أجل التقرر. فكيف للشخص الخاضع للمرض أن يختار بحرية إذا لم يمكن من أي معلومة أو إذا كانت المعلومات جزئية أو إذا خفيت عنه معطيات إراديا مرتبطة بالقرار الذي سيأخذه؟ ومنه فالإجابة عن هذه الأسئلة تعتبر ضرورية لتحقيق قبول مستنير.

لا أحد من غير الطبيب المعالج يستطيع إعطاء المعلومة فهو المسؤول قانونا في علاقته مع المريض. فتبعا لتشخيصه للوضعية الصحية يبلغ ملاحظاته مع كل التحفظات والحدود المعرفية ويقترح طرق أخرى للكشف أو يطلب رأيا آخر. وبخصوص العلاج ذاته يعرض الطبيب الهدف المقصود من الإجراء الطبي إن كان علاجيا أو حتى تجليا أو تجريبيًا، موضحا في كل مرة مدته ونوعيته وفعاليته وآثاره الجانبية. كما عليه أن يعرض الخيارات العلاجية الأخرى إن توفرت مع توضيح المحاسن والمساوئ لكل طريقة.

إن مسألة المخاطر هي التي تقود عادة الأطباء أمام المحاكم. من الناحية القانونية، لا يُسأل الطبيب عن عدم عرضه لجميع الأخطار إلا تلك التي تقع ضمن وتيرة يعرفها الاطباء (1 %) أو التي تتميز بالخطورة القصوى (الوفاة أو الإعاقة). أما بخصوص العلاج التجريبي أو الجراحة التجميلية أو زرع الأعضاء أو العقم، فإن واجب الطبيب هو أن يخطر مريضه عن كل الاحتمالات المعروفة. أما من الناحية الأخلاقية، فالقاعدة هي: كل ما كان انخطر مرتفعا كل ما كانت حجم المعلومات المعطاة للمريض كبيرا. وعلى رأي فاجو- لارجولت، ينبغي دائما إعلام المريض مهما كانت قدراته.¹ ويرى من جهته دادجي Dagi أن المعلومات المعطاة للمريض ينبغي أن متناسبة proportionnelles مع الاخطار المرتبطة بالعملية²؛ فقد يكون الخطر قليلا أو كبيرا. وعلى أي حال، فعلى مربي الصحة توضيح ألا يجري شيء دون إخطارهم، وأنه باستطاعتهم توقيف المسار العلاجي أو البحثي في أي لحظة. ولا تستثنى من هذه القواعد إلا إذا رفض المريض أن يعلم أو ضمن حالات الاستعجال عندما يكون عامل الزمن مهما لاسيما عندما يتعلق الأمر بالحياة والموت أو في حالات الأضرار Séquelles الوخيمة المتوقعة. ففي عملية "الكاثيتيريسم القلبي" cathétérisme cardiaque يجوز للطبيب عدم الإفصاح عن الأخطار حتى لا يضاعف من قلق المريض مما قد يعقد العملية.

¹ Fagot-Largeault (1985) p. 199 52.

² Dagi (1994) p.247-248. (مختص في جراحة الأعصاب وأخلاقي).

وإن نوعية المعلومات المطلوب إيفادها للمريض هي واسعة ومعقدة. وقدرة المريض على الاختيار مرتبطة بمعرفته للمخاطر الناجمة عن العلاج. إلا أنه من الأهمية بمكان معرفة كيف تنتقل المعلومات من الطبيب إلى المريض، خصوصا وأن الميدان الطبي شديد التخصص بمصطلحاته ومفاهيمه، ومن ثم يكون التساؤل مشروعا لمعرفة إن كان المريض يفهم جليا كل ما يقدم له من معطيات.

إن الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية وفي كندا توضح أن أغلبية المرضى يرغبون في المعرفة. ففي التحقيق الميداني الذي أجراه بواتراس Poitras (1996)¹، أن 88 % من المرضى المصابين بسرطان المعدة يرغبون في المعرفة التامة، في حين 12 % فقط يودون أن يحتفظ في المعلومات التي يبلغها لهم. وتبين الدراسة أنه من بين هذه الفئة الأخيرة 5 % منهم يحبذون أن يكون الأخفاء مطلقا، وهم في الغالب أشخاص تتعدى أعمارهم 70 سنة وما فوق وذوي مستوى تعليمي محدود.

أما في الدراسة التي أجراها سولمازي Sulmasy وغيره² فيتضح منها أن الإفصاح عن المعلومات وتبيان حاجتها لا يحقق الفهم لدى المريض. فالثالث من المستجوبين في الدراسة لم يستطيعوا الإجابة عن الهدف من إبلاغهم بحالتهم و43 % منهم كانوا يجهلون أدنى خطر يمكن أن يصيبهم. وكانت أغلبية المستجوبين تذكر فقط أنه طُلب منها الترخيص للقيام بإجراءات غصية عليها. 50 % من المرضى صرحوا أنهم لم يبلغوا بالحلول الأخرى الممكنة و8 % قالوا أنهم كانوا على جهل بإمكانيتهم رفض الاستعلام. كما مكنت هذه الدراسة من تبيان أنه في الجانب العملي، كانت القوالب الدنيا standards minimums للرضا المستنير كانت محترمة إلى حد ما وأن الأطباء كانوا يبذلون ما في وسعهم للتواصل مع مرضاهم لكن دون أن يرقى جهدهم للاستجابات للمتطلبات الأخلاقية والشرعية. وبالفعل، فثمة نسبة من معتبرة من المستجوبين لم تتكون لديهم فكرة واضحة عن ما قيل لهم.

ويستخلص سالمازي أن الرضا بالذات satisfaction de soi والتربية وتحكم المريض في حياته، كانوا أهم المعايير المختارة لتقييم نوعية الموافقة الحرة والمستنيرة. وليس الرضا قرارا يُحصل عليه في لحظة البداية بل هو مسار Processus قد يكون طويلا كما قد

1. POITRAS, Pierre (1996) « Quelle information votre patient attend-il de vous? » Le clinicien, II, no.3, p.59-78.
2. Sulmasy, Lehmann, Levine et Faden (1994) p. 191 et 193.

يكون قصير وفي ظروف قد تختلف من وضع لآخر. وهناك -عادة- ثلاث عمليات يؤديها الطبيب : الأولى هي تحديد قدرة المريض على التقرير، الثانية تتعلق بإعطاء المعلومات الوافية والكافية مع التحقق من استيعابها من طرف المريض حتى يتخذ القرار المستدير والتحقق وأخيراً تمكين مسار التقارير بكل حرية وطوعية.

أن الالتزام بتبصير المتبرع يشمل جميع النتائج المحتملة للاستئصال سواء من الناحية التشريحية أو من الناحية النفسية¹ وكذلك المخاطر المحتملة لهذا الاستئصال سواء بالنسبة لحياته الشخصية أو الأسرية أو المهنية ، كما يشمل أيضاً النتائج التي تترتب على عملية الزرع والمصلحة التي تعود على المريض منها.² لا يستطيع الطبيب أن يقوم، من حيث المبدأ، بأي شخص أو علاج إلا برضا المريض. ويشترط في الرضا، من ضمن ما يشترط فيه، أن يكون مستثيراً ومعنى ذلك أن يصدر الرضا بناء على معلومات كافية قدمها الطبيب للمريض عن وضعه الصحي، وبناء على تلك المعلومات يقرر المريض الموافقة على العلاج من عدمها. ومن حيث المبدأ يلتزم الطبيب، بموجب عقد العلاج، بإعطاء هذه المعلومات للمريض حول وضعه الصحي، إلا إذا كان المريض يرفض الاطلاع على وضعه الصحي.³ ومن استقراء القانون الفرنسي لعام 2002 (L. 1111-2) المتعلق بالصحة العمومية، يتضمن مبدأ تبصير المريض الحق في الحصول على جميع المعلومات المتعلقة بوضعه الصحي. والمعلومات التي يجب أن تقدم للمريض هي تلك المتعلقة بختلاف الكشوفات والفحوصات والعلاجات وأعمال الوقاية المقترحة، والفائدة منها، ومدى ضرورة هذه الأعمال الطبية، والنتائج المترتبة عليها، والأخطار المعتادة أو الجسيمة المحتملة، وكذلك تشمل المعلومات الحلول الأخرى الممكنة، لو النتائج التي يمكن أن تترتب في حال رفض المريض. وإذا ظهرت بعد الفحوصات والكشوفات والعلاجات وأعمال الوقاية أخطار جديدة، فيجب إعلام المريض بها حالاً إذا كان ذلك ممكناً. أما فيما يتعلق بالقاصرين أو البالغين الخاضعين للوصاية فإنه يجب تقديم المعلومات إلى أصحاب السلطة الأبوية أو إلى الأوصياء. ويحق لهؤلاء القاصرين أو البالغين الخاضعين للوصاية أيضاً الحصول على هذه المعلومات و

¹ م.د. سالم عبد الرضا طوريش العكبي، التزام الطبيب بتبصير المريض، مجلة جامعة ذي قار، العدد 3، المجلد 2، كانون الأول، 2002، ص 23.

² مدونة محمد الروحاني، التزام الطبيب بتبصير مريضه:

http://rawhani70law.blogspot.com/2013/07/blog-post_9603.html

³ صالح عيس أحمد، العلاقة بين الطبيب ومريضه، مجلة الديوان، البصري، العدد 12، 2013، ص.

المشاركة في اتخاذ القرار المتعلق بهم بشكل يتناسب مع درجة نضجهم ومع قدراتهم على الفهم بالنسبة للبالغين الخاضعين للوصاية. وتضيف الفقيهة سيلفي والش Sylvie Welsch أن تعطى المعلومات للمريض في وقت مناسب وبشكل مبسط بحيث يمكن للشخص العادي أن يستوعب ذلك، خلال مقابلة تجرى معه على انفراد. ويجب أن يتصف هذه المعلومات بالصدق والوضوح، وأن تكون متلائمة مع شخصية المريض وحاجاته وطلباته.¹

إذا تعارض إرادة القاصر مع إرادة والديه يمكن للطبيب أن يعفي نفسه من الحصول على رضا صاحب السلطة الأبوية، ولو بالاستعانة بالقوة العمومية بعد تحريك وإخطار النيابة العامة، كلما كان رفض العلاج الذي أبداه الوالدين يشكل خطراً على حياة القاصر.²

ويمكن للطبيب الذي جمع المعلومات أو الذي يحتفظ بها أن يطلب حضور شخص ثالث مع المريض في أثناء اطلاعه على بعض المعلومات المتعلقة به وذلك بسبب ما قد تلحق به من أخطار نتيجة اطلاعه على تلك المعلومات. ولا يشكل رفض المريض حضور شخص ثالث عائقاً أمام حصوله و اطلاعه على المعلومات المتعلقة به. وعلى سبيل الاستثناء، فإن الاطلاع على معلومات تم الحصول عليها بسبب إدخال المريض إلى المشفى يمكن أن يعلق على حضور طبيب يختاره الشخص الذي يطلب الاطلاع على المعلومات في حال ما إذا كانت هناك أخطار جسيمة تكشف عنها تلك المعلومات. وفي حال رفض الشخص الذي يطلب الاطلاع حضور طبيب، يرفع الأمر إلى لجنة خاصة بالمشافي النفسية في المقاطعة، ويكون رأيها ملزماً للطرفين.³

مراجع.

عبد الكريم مامون، رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه 2004-2005.

القاضي بانلوان يحي عبد اللطيف، الالتزام بالإعلام في عقد العلاج الطبي، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء-الجزائر 2008-2009

¹ سيلفي والش:

Sylvie WELSCH, Responsabilité du médecin, 2e édition, Litec, Paris 2003, p. 58 et s.

² بن عمر بن يحيى، المسؤولية المدنية للطبيب، ماجستير، جامعة سيدي بلعباس، 1999، ص 32.

³ فوز صالح، تأثير التقم العليقي مجال الطب الحيوي على حقوق المرضى، دراسة قانونية مقارنة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية- المجلد 25 - العدد الثاني، 2009.

صفية سنوسي، انخراط الطبي في التشريع والاجتهاد القضائي، مذكرة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية ورقلة 2006.