UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2016 THESE N°:37

TRADUCTION DES COURS DE MEDECINE LEGALE DU FRANÇAIS EN ARABE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr LAYAD ANAS

Né le 06 Septembre 1990 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : La médecine légale, l'arabisation, le Dictionnaire Médical Unifié.

MEMBRES DU JURY

Pr. M. ADNAOUI Professeur de Médecine Interne	**PRESIDENT**
Pr. J. E. BOURKADI Professeur de Pneumo-Phtysiologie	**RAPPORTEUR**
Pr. F. AIT BOUGHIMA Professeur de Médecine Légal **Pr. A.A. BOUSFIHA** Professeur de Pédiatrie **Pr. M. MAHFOUD** Professeur de Traumatologie-Orthopédie	**JUGES**

بسم الله الرحمن الرحيم

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة الآية 31

صدق الله العظيم

قائمة الأساتذة

UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – ***Clinique Royale***
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali	Radiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. EL YAACOUBI Moradh	Traumatologie Orthopédie
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie
Pr. HERMAS Mohamed	Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*	Cardiologie
Pr. CHAD Bouziane	Pathologie Chirurgicale
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid	Pathologie Chirurgicale
Pr. HACHIM Mohammed*	Médecine-Interne
Pr. KHARBACH Aîcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. MANSOURI Fatima	Anatomie-Pathologique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaîtounia	Anatomie-Pathologique
Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique
Pr. CHABRAOUI Layachi	Biochimie et Chimie
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. DAOUDI Rajae	Ophtalmologie
Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie

Pr. GHAFIR Driss*	Médecine Interne
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine	Radiothérapie
Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
Pr. CAOUI Malika	Biophysique
Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. EL AMRANI Sabah	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL AOUAD Rajae	Immunologie
Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale-
Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
Pr. SENOUCI Karima	Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophtalmologie
Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*	Anesthésie Réanimation
Pr. EL MESNAOUI Abbes	Chirurgie Générale
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie

Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
Pr. KADDOURI Noureddine	Chirurgie Pédiatrique
Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
Pr. LAZRAK Khalid *	Traumatologie Orthopédie
Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd	Pédiatrie
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie

Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pr. ROUIMI Abdelhadi*	Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*	ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSI Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation

Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie
Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
Pr. BENZZOUBEIR Nadia	Gastro-Entérologie
Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*	Psychiatrie
Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
Pr. IKEN Ali	Urologie
Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. RGUIBI IDRISSI Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie

Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*	Ophtalmologie
Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*	Microbiologie
Pr. HAJJI Leila	Cardiologie *(mise en disponibilité)*
Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed	Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. IDRISS LAHLOU Amine*	Microbiologie
Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
Pr. KILI Amina	Pédiatrie
Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
Pr. ACHOUR Abdessamad*	Chirurgie générale
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*	Chirurgie cardio vasculaire
Pr. AMHAJJI Larbi*	Traumatologie orthopédie
Pr. AMMAR Haddou*	ORL
Pr. AOUFI Sarra	Parasitologie
Pr. BAITE Abdelouahed*	Anesthésie réanimation
Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHARKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie

Pr. GHARIB Noureddine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
Pr. MASRAR Azlarab	Hématologique
Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
Pr. MRABET Mustapha*	Médecine préventive santé publique et hygiène
Pr. MRANI Saad*	Virologie
Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie-chimie
Pr. RABHI Monsef*	Médecine interne
Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
Pr. SEKHSOKH Yessine*	Microbiologie
Pr. SIFAT Hassan*	Radiothérapie
Pr. TABERKANET Mustafa*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
Pr. TANANE Mansour*	Traumatologie orthopédie
Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN	Ophtalmologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr TAHIRI My El Hassan*	Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. AGDR Aomar*	Pédiatre
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*	Chirurgie Générale
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. ARKHA Yassir	Neuro-chirurgie
Pr. AZENDOUR Hicham*	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. BOUHSAIN Sanae*	Biochimie-chimie

Pr. BOUI Mohammed*	Dermatologie
Pr. BOUNAIM Ahmed*	Chirurgie Générale
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*	Traumatologie orthopédique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. CHTATA Hassan Toufik*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. EL OUENNASS Mostapha*	Microbiologie
Pr. ENNIBI Khalid*	Médecine interne
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. L'KASSIMI Hachemi*	Microbiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal*	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie
Pr. CHEMSI Mohamed*	Médecine aéronautique
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ABOUELALAA Khalil*	Anesthésie Réanimation
Pr. BELAIZI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. BENCHEBBA Driss*	Traumatologie Orthopédique
Pr. DRISSI Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna	Chirurgie Générale
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*	Médecine Interne
Pr. EL OUAZZANI Hanane*	Pneumophtisiologie
Pr. ER-RAJI Mounir	Chirurgie Pédiatrique
Pr. JAHID Ahmed	Anatomie pathologique
Pr. MEHSSANI Jamal*	Psychiatrie
Pr. RAISSOUNI Maha*	Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir	Pharmacologie – Chimie
Pr. AIT EL CADI Mina	Toxicologie
Pr. AMRANI HANCHI Laila	Gastro-Entérologie
Pr. AMOUR Mourad	Anesthésie Réanimation
Pr. AWAB Almahdi	Anesthésie Réanimation
Pr. BELAYACHI Jihane	Réanimation Médicale
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain	Anesthésie Réanimation
Pr. BENCHEKROUN Laila	Biochimie-Chimie
Pr. BENKIRANE Souad	Hématologie
Pr. BENNANA Ahmed*	Informatique Pharmaceutique
Pr. BENSEFFAJ Nadia	Immunologie
Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie Orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI Nizare	Neuro-Chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie

Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

Enseignants Militaires

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHI Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSI Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines

- 9 JAN 2015

Chef de Service des Ressources Humaines
Abdellah KHALI

Université Mohamed V
RABAT

إهداءات

- إهداء إلى مقام اللغة العربية... ملهمتي ولغة العلوم الأصلية -

قصيدة: صفحة من قاموس

من ديوان: قاموس اللغة العربية للشاعرة صفاء بن عياد

جلست أقلب قاموس اللغة العربية

أبحث عن مجد غابر...

عن علم من أي أصل ينحدر

أسبر أغوار نفسي لأجد لمطلبي أصولا حقيقية...

فكراماتك يا عربية !

أصبحت في عقول البعض وهمية...

و في صفحة من صفحاته الذهبية؛

لمحت العلم مجتمع

بتشكيلات من الحروف الأبجدية

هذا ابن رشد القرطبي يجالس الفارابي...

وذاك الرازي من جعلوه في موطني سجنا للحمقى والبلهاء

مفخرة الفقه والفلسفة والعلوم الطبية...

فأي كرامة وعزة هي !

تأصيل العلوم بلغتها العربية...

أكان ذاك الزمن غير الزمن...

ووطن العلم غير الوطن...

أأصبحنا نرقص على نعش علومنا الأصلية !

لنتخصص البحث في العلوم الطربية...

إحياء لتراث الجاهلية

فأي خيبة ومذلة هي !

تحريفنا لقاموس اللغة العربية...

إلى الله

ربي؛ الذي لا يطيب الليل إلا بشكره، ولا يطيب النهار إلا بطاعته، ولا تطيب اللحظات إلا بذكره، ولا تطيب الآخرة إلا بعفوه، ولا تطيب الجنة إلا برؤيته...

إلى سيدي وحبيبي ومولاي محمد صلى الله عليه وسلم

رسول السلام وخير الأنام، الإمام المرسل بالحق المبين، أفصح العرب لسانا وأوضحهم بيانا، وأقواهم حجة وبرهانا...

إلى أبي الغالي الأستاذ عبد العزيز لعايض

من علمني العطاء بدون انتظار، من أحمل اسمه بكل افتخار، أرجو من الله أن يمد في عمره ليرى ثمارا قد حان قطفها بعد طول انتظار، وستبقى كلماته نجوما أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد...

إلى أغلى الحبايب والدتي الحنونة سعاد العياري

أجمل وأرق ربة بيت في العالم، معنى الحب ومعنى الحنان والتفاني، من سهرت على تربيتنا وزرعت فينا روح العمل والمثابرة ونكران الذات، بسمة الحياة وسر الوجود، ومن كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي...

إلى إخوتي أسامة، سارة، سامي وياسر

في نهاية مشواري، أريد أن أشكركم على مواقفكم النبيلة وأهديكم هذا العمل المتواضع وأشكركم على دعمكم وتواجدكم الدائم بجانبي...

إلى زوجتي الغالية صفاء بن عياد

توأم روحي ورفيقة دربي، صاحبة القلب الطيب والنوايا الصادقة، الشمعة المتقدة التي تنير ظلمة الكون ومن بروحها الطفولية لونت سواد الحياة... من أرى التفاؤل بعينيها والسعادة في ضحكتها ووجهها المفعم بالبراءة... من كانت لي نعم الزوجة والأنيسة الصالحة، ومن ساندتني في شدتي وكانت ملاذي بعد الله ولم تتوانى يوما في تقديم الدعم النفسي والمعنوي لي...

إلى اللذين لم يولدوا بعد ومن سيحملون اسمي من بعدي...!

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة؛ إلى رياحين حياتي...

إلى عمي وأبي الثاني عبد العزيز بن عياد وخالتي وأمي الثانية عائشة شاطر وابنهما أسامة وإلى العائلتين الكريمتين

أشكر دعمكم لي وتفهمكم لمساري الجامعي الصعب، ولكم مني أسمى عبارات الحب والتقدير...

أهديكم هذا العمل...

إلى جدتي الغالية فاطمة السلاسي وجدتي الحبيبة فاطمة امشيع

حفظكما الله وأمد في عمركما المبارك بصحة وخير وعافية ومتعنا ببركاتكما...

إلى خالتي فاطمة أم رباب وزوجها مصطفى مجيب وأبنائهما الأربعة

من عوضتنا عن غياب الأخت البيولوجية للأم، فكانت نعم الخالة، الحنونة والعطوفة... حفظك الله لنا ولأسرتك الصغيرة والكبيرة...

إلى أعمامي حسن، مصطفى، يوسف ورشيد وزوجاتهم وأبنائهم وبناتهم

إلى عماتي فاطمة، حورية، مليكة وسعيدة وأزواجهن وأبنائهم وبناتهم

وإلى عائلة لعايض والعياري وامشيع والسلاسي حيثما تواجدوا

كنتم ومازلتم وستبقون أروع عائلة، حيث المكان الدافئ الذي ألجأ إليه حينما أتعب أو أغرق في بحر الدنيا... فليحفظكم الله لي جميعا ولكم مني خالص التقدير والمحبة والاحترام...

وتقبلوا مني هذا العمل المتواضع...

إلى إخوتي اللذين لم تلدهم أمي

لطفي عزوز وطه عبد الرحمن إد علي

من تحلو بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء... من تواجدوا بجانبي طيلة مساري الجامعي والدراسي... أشكر العلي القدير الذي أتاح لي فرصة لقائكم وصداقتكم، وأهديكم أطروحتي هاته، وأدعوا الله أن يديم علينا نعمة الصداقة، ويحفظها من الزوال...

إلى أول مكتب طلبة الطب بالرباط واللذي تشرفت برئاسته وأعضائه

إلى نادي الموسيقى العربية بكلية الطب بالرباط وأعضائه دون استثناء

وأخص بالشكر الجزيل الأستاذة كاتم العلوي

إلى السيد الحسن أحلات، الكاتب العام لكلية الطب بالرباط

إلى كل طاقم إدارة الكلية وبالخصوص السيد محمد الزبوري والسيد محمد قارة والسيد عبدالرحمان بلفقير

إلى كل الأقارب والأصدقاء والجيران دون استثناء

إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل

أهديكم أطروحتي فتقبلوها مني...

إهداء

کلمات شکر

يقول رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

إلى أستاذي الفاضل رئيس لجنة المناقشة

الأستاذ محمد عدناوي

عميد كلية الطب والصيدلة بالرباط وأخصائي في الطب الباطني

لقد كان لي عظيم الشرف أن تقبلوا ترأس لجنة مناقشة بحثي هذا، فتقبلوا مني عبارات الشكر والتقدير...

إلى أستاذي الفاضل المشرف على البحث

الأستاذ جمال الدين البورقادي

أخصائي في الأمراض الصدرية

لقد كان نعم الأستاذ الجاد المثالي الذي لا يخلف موعدا، ولا يبخل بإرشاداته وتوجيهاته العلمية النيرة، وكل ذلك بصدر رحب ولسان لين، فشكرا لكم جزيل الشكر على مجهوداتكم وجزاكم الله عنا كل خير...

إلى الأساتذة الأجلاء أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذة فضيلة آيت بوغنيمة

أخصائية في الطب الشرعي

الأستاذ أحمد عزيز بوصفيحة

أخصائي في طب الأطفال

الأستاذ مصطفى محفوظ

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

إنه لفخر أن أتشرف بقبولكم مناقشة هذه الأطروحة، تشجيعا منكم للبحث العلمي ودعما للغة العربية، وهذا من كريم خلقكم وتفانيكم في خدمة طلابكم وجزاكم الله خيرا ووفقكم لما يحبه ويرضاه...

شكر خاص

ولابد لي وأنا أخطو خطواتي الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة أعود فيها إلى أعوام مضت، قضيتها في رحاب الكلية مع أساتذتي الأجلاء الذين قدموا لي الكثير باذلين بذلك جهودا كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد...

وأتقدم لهم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة... فهم من مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة... وإلى كل العاملين بالكلية دون استثناء...

وكذلك نشكر كل من ساعد على إتمام هذا البحث وقدم لنا العون ومد لنا يد المساعدة وزودنا بالمعلومات والوسائل اللازمة لإتمام هذا البحث، ومن ساعدنا في تصحيحه وتنقيحه؛ ونخص بالذكر:

الدكتورة بشرى ضاهر

مكتب منظمة الصحة العالمية بالرباط

مكتب تنسيق التعريب بالرباط

بسم الله الرحمن الرحيم

إِنَّا أَنْزَلْنَاهُ قُرْآنًا عَرَبِيًّا لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ

سورة يوسف؛ الآية: 2

صدق الله العظيم

الفصل الخامس من الدستور المغربي لسنة 2011

تظل **العربية اللغة الرسمية** للدولة، وتعمل الدولة على حمايتها وتطويرها وتنمية استعمالها

نص الرسالة التي تلاها الوزير الأول السيد عباس الفاسي في افتتاح المنتدى العربي الخامس للتربية والتعليم

يأتي في المقام الأول، تراثنا المشترك، الذي تمثله بالأساس، **لغتنا العربية**، التي تستدعي منا اليوم وأكثر من أي وقت مضى، مجهودا خاصا لتنميتها وتأهيلها، وجعلها تستفيد من دينامية خلاقة للبحث اللغوي في مجال الاستباق والتعريب والمصطلح العلمي، من أجل امتلاك تكنولوجيا المعلوميات، وضمان حضور أكثر وزنا في فضاءات الإعلام والاتصال. وهي مهمة لا يمكن أن تتأتى إلا في إطار مجهود مشترك ومبادرات متكاملة بين بلداننا العربية ضمن مقاربة رصينة ومتوازنة، تتوخى بلورة رؤية استشرافية **للغة العربية** ولموقعها في المجتمع الكوني للمعرفة...

المادة 1-مكرر من مشروع قانون القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 01.00 المتعلق بتنظيم التعليم العالي والبحث العلمي

العمل على مواصلة تطوير وتنمية التدريس **باللغة العربية** في مختلف ميادين التكوين والبحث... مع الحرص على تعلم وإتقان اللغات الأجنبية الأكثر تداولا في العلم؛ وذلك وفق سياسة لغوية وطنية منسجمة وفي إطار برمجة محددة لتحقيق هذه الأهداف

الميثاق الوطني للتربية والتكوين

يتم تدريجيا، خلال العشرية الوطنية للتربية والتكوين، فتح شعب اختيارية للتعليم العلمي والتقني والبيداغوجي على مستوى الجامعات **باللغة العربية**، موازاة مع توافر المرجعيات البيداغوجية الجيدة والمكونين الأكفاء

توصيات منظمة اليونسكو (منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة)

أوصت منظمة اليونسكو استناداً إلى تقارير الخبراء باستخدام **اللغة الوطنية** في التعليم إلى أقصى مرحلة ممكنة من المراحل الدراسية، لأن الدراسات أثبتت أن المتعلم باللغة الأم أكثر استيعابا من المتعلم بغيرها، والاستيعاب عون على التمثل، وتمثل المعرفة هو السبيل إلى الابتكار والإبداع

يقول إدوارد سابير أحد مؤسسي علم اللغة الحديث

إن اللغات الخمس التي كان لها دور رئيس في حمل الحضارة الإنسانية هي : الصينية القديمة، والسنسكريتية، **والعربية**، واليونانية، واللاتينية

الفهرس

المقدمة..... 1

1. أهداف البحث..... 3

2. وسائل ومنهجية البحث..... 3

3. ترجمة الدروس إلى اللغة العربية..... 4

4. النتائج: 5

← ***المقرر***..... 6

5. المناقشة: 171

- **مناقشة الوسائل :** 172

المعاجم الطبية العربية المتوفرة..... 172

المعاجم القانونية العربية المتوفرة..... 174

كتب ودروس الطب الشرعي المتوفرة باللغة العربية..... 174

القوانين والظهائر والقرارات الوزارية والمدونات المتوفرة باللغة العربية..... 174

- **مناقشة النتائج :** 174

المقرر : 175

- o المقرر من حيث الشكل..... 175
- o المقرر من حيث المضمون..... 176

- تقييم المعجم الطبي الموحد..... 176

- صياغة دروس الطب الشرعي باللغة العربية..... 177
- **تدريس الطب باللغة العربية :** 178
  - تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه الدروس..... 178
  - وضعية تدريس الطب والطب الشرعي في العالم العربي..... 179
  - أهمية تدريس الطب باللغة العربية في العالم العربي..... 182
  - إمكانية التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب..... 188
  - التجارب المغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي..... 191
  - خطوات عملية للبدء بتدريس الطب باللغة العربية..... 192

6. معجم المصطلحات الطبية الشرعية..... 196

7. الخاتمة..... 228

8. المراجع..... 230

9. الملخص..... 237

مقدمة

يعتبر مشكل اللغات في التعليم العالي المغربي عقدة كبيرة بالنسبة للطلبة الجامعيين الحاصلين على شهادة الباكلوريا والمقبلين على ولوج إحدى مدارس التعليم العالي المغربي بما فيها كليات الطب، فيصطدمون بواقع لغوي غير الذي عايشوه منذ البداية في مباريات الانتقاء وحتى بعد اجتيازهم لها بنجاح. فمنذ ابتدأ تعريب مقررات التعليم المدرسي واستمرار التعليم العالي باللغة الفرنسية ظهرت هذه العقبة التي حاولت أن تعالجها الوزارة بواسطة إدراج مادة الترجمة في التعليم الثانوي التأهيلي، ولم تنجح بسبب عشوائية برامجها وتهميشها من طرف التلاميذ وقلة المدرسين وقلة ساعات التدريس (ساعتين في الأسبوع) ما أدى إلى تدهور التعليم العالي المغربي بحيث يجد الطالب المغربي نفسه في شقاق مع لغته الأم التي مكنته طيلة سنوات من معارف علمية وثقافية، بحيث أريد لها أن تنتهي صلاحيتها بمجرد توصله بدبلوم الباكلوريا. فعملية التعريب الناقصة التي تمت في ثمانينيات القرن الماضي جعلت الطلبة الجدد يجدون صعوبات كبيرة في محاولة منهم مواكبة التعليم العالي بلغة لم يألفوها وزيادة على ذلك لم تتح لهم الفرصة لكي يدرسوها بالشكل المطلوب أثناء التعليم المدرسي.

كل هذه الإشكالات تسلط الضوء على واقع يعيشه الطالب المغربي عامة والطالب الطبيب خاصة الذي يصطدم بعائق آخر أمامه، هو أنه بعد دخوله عالما فرنسيا بامتياز، بدراسته الأكاديمية المعتمدة على مصطلحات علمية وأدبية فرنسية، ويجد أمامه بالمقابل في المستشفى مواطنا مغربيا يجهل تلك المصطلحات وتبدأ سلسلة البحث عن لغة التواصل التي يستطيع أن يشرح بها لمرضاه ما يعانون منه.

إن ولوج طالب مغربي يتكلم الدارجة ودرس اثنا عشر سنة باللغة العربية إلى كلية الطب حيث التعليم باللغة الفرنسية، يجعله أمام عائق كبير يحول دون استيعابه للدروس بالشكل الكافي، ما يؤثر على كفاءته كطبيب متمكن من علمه، وعلى تواصله مع مريضه، ومع المجتمع، ومع مهنيي الصحة على المستوى الدولي حيث تطغى اللغة الإنجليزية. وكان سيكون العكس لو وجد نفسه يدرس باللغة التي اكتسب بها معارفه الأولية العلمية منها والأدبية، بلغته الأم، اللغة العربية، اللغة الرسمية في المغرب المنصوص عليها في الدستور، وكذلك العامل الأساسي للانتماء الحضاري لأكثر من 350 مليون نسمة ، وعلاوة على ذلك، فاللغة العربية هي لغة القرآن الذي يتعبد به أكثر من 2 مليار نسمة في العالم.

وللتحسين من مردود الطبيب المغربي، والزيادة من قوته التواصلية والمعرفية وتسهيل وتسريع استيعابه للدروس، نرى أنه حان الوقت للبدء تدريجيا في استعمال اللغة العربية في العلوم الصحية، مع تقوية اللغات التواصلية الأخرى خصوصا الإنجليزية التي تجعل الطبيب دائم الإطلاع على كل ما هو جديد في مجاله.

وفي منتصف التسعينيات الميلادية اتفق كل من وزراء الصحة وعمداء كليات الطب في الدول العربية، وخبراء منظمة الصحة العالمية في اجتماعاتهم التي عقدوها في كل من الخرطوم ودمشق والقاهرة على ضرورة أن يكون تعليم الطب باللغة العربية، وأجمعوا أمرهم على البدء بتعريب كل من الطب الشرعي وطب المجتمع ثم بقية العلوم الطبية، على أن يكتمل التعريب قبل نهاية القرن العشرين، هذا المشروع لم يتحقق بعد نظرا لعدة أسباب نذكر منها : قلة المراجع العلمية باللغة العربية، وهو ما نسعى إليه من خلال أطروحات ترجمة الدروس الطبية من الفرنسية إلى العربية، ونهدف من خلال هذه الأطروحة إلى إنجاز مقرر لدروس الطب الشرعي باللغة العربية، وسنحاول من خلالها الإجابة على الأسئلة التالية:

1. هل توجد في الساحة الطبية العربية معاجم تمكن من ترجمة المقرر؟
2. في حالة وجودها، هل تبقى كافية للإحاطة بكل المصطلحات الدقيقة في هذا التخصص أم نحتاج إلى معاجم أخرى؟
3. مع وجود هذه المصطلحات، هل سنتوفق في صياغة الدروس باللغة العربية؟
4. ما مدى تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه الدروس باللغة العربية؟
5. ما هي وضعية تدريس الطب والطب الشرعي في العالم العربي؟
6. أين تكمن أهمية تدريس الطب باللغة العربية؟
7. ما هي إمكانات التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب؟
8. هل من تجارب مغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي؟
9. كيف يمكن تدعيم المشروع اللغوي في التعليم الطبي؟

1. أهداف البحث :

إن الهدف من البحث الذي نحن بصدد إعداده هو إنجاز مقرر للطب الشرعي باللغة العربية، وكذا تقييم مدى نجاعة المعجم الطبي الموحد الذي تصدره منظمة الصحة العالمية في ترجمة مصطلحات هذا المقرر، وذلك من أجل المساهمة في تعزيز فهم واستيعاب الطالب، وكذا تحسين التواصل بين الأستاذ والطالب من جهة، وبين الطبيب والمجتمع المغربي من جهة أخرى.

ويندرج هذا العمل ضمن سلسلة من الأطروحات التي تناقش بكليات الطب والصيدلة بالمغرب، ويشرف عليها الأساتذة المهتمون بتعريب العلوم الطبية بغية بناء قاعدة معطيات تساهم في إغناء المكتبة العلمية المغربية.

وأملنا أن يكون هذا البحث إضافة نوعية، يجد فيه الباحث المهتم بتخصص الطب الشرعي وطالب الطب في المغرب والدول العربية ضالته.

2. وسائل ومنهجية البحث:

الاعتماد على مقرر دروس الطب الشرعي للسنة الخامسة بكلية الطب والصيدلة بالرباط:

بداية اعتمدنا في هذا البحث على النسخة الأخيرة من مقرر دروس الطب الشرعي، التي تم تدريسها بالسنة الخامسة من الطب العام بكلية الطب والصيدلة بالرباط في السنة الجامعية 2016/2015، وهو عبارة عن مجموعة من الدروس مكتوبة على شكل Word للأستاذة فضيلة آيت بوغيمة.

قمنا في الأول بوضع تصميم مفصل للدرس ليتيسر استعماله وليستطيع المتصفح أن يجد ما يبحث عنه من مواضيع بسهولة أكثر ويستطيع الطالب ترتيب أفكاره ويتمكن من متابعة الدروس بشكل جيد.

ثم قمنا بالبحث عن الأبحاث والدروس المتوفرة للطب الشرعي باللغة العربية في كل من كلية الطب البشري – جامعة دمشق و كلية الطب – جامعة الملك فيصّل بالدمام[1] و كلية الطب بالجامعة الأردنية وبعض الكتب المتخصصة في الطب الشرعي لمحاولة دراسة طريقة صياغة دروس الطب الشرعي باللغة العربية والإلمام بالمصطلحات الشرعية المستعملة فيها. كما قمنا كذلك بجرد للقوانين والقرارات الوزارية والظهائر الواردة في الدرس باللغة الفرنسية وبحثنا عن نسخها المتوفرة باللغة العربية.

3. ترجمة الدروس إلى اللغة العربية :

✓ ***ترجمة المصطلحات الطبية:***

لترجمة المصطلحات الطبية قمنا في البداية بجرد للمعاجم المتوفرة في الساحة الطبية العربية، ثم أجرينا حولها بحوثا، أكدت على ضرورة الاعتماد في تعريب أية مادة علمية طبية على المعجم الطبي الموحد (Unified Medical Dictionary)، باعتباره نتاجا لجهود مشتركة بين جميع بلدان العالم العربي في توحيد المصطلح العلمي الطبي.

وقد اعتمدنا الطبعة الورقية الرابعة للمعجم 2006 باللغتين العربية والإنجليزية، وعلى النسخة الإلكترونية 2009 التي تمكننا من الترجمة بخمس لغات (عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني)، وقد حصلنا عليهما من مكتب منظمة الصحة العالمية بالرباط.

✓ ***ترجمة القوانين والقرارات الوزارية والظهائر والمدونات :***

خلال بحثنا الأولي وجردنا للقوانين و القرارت الوزارية والظهائر المتواجدة في الدرس، وجدنا أن أغلب القوانين الصادرة منذ ستينيات القرن الماضي تصدر باللغة العربية وتكون لها ترجمة إلى اللغة الفرنسية، وهو ما ساعدنا في وضع ترجمة دقيقة لها. أما بعض المواد القانونية التي لم نجد لها ترجمة متوفرة، حاولنا القيام بأبحاث في بعض المقالات أو الأطروحات التي تم التطرق فيها إلى تلك المواد وتمت ترجمتها من قبل، ثم حاولنا ترجمة ما تبقى استنادا إلى بعض المعاجم[2] و القواميس المتوفرة[3] وخصوصا المعجم الموحد لمصطلحات القانون (إنجليزي- فرنسي – عربي) الصادر عن المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم الذي حصلنا عليه من مكتب تنسيق التعريب بالرباط.

✓ ***صياغة الدروس باللغة العربية:***

وبما أن المادة العلمية عموما لا تحتوي إلا على نسبة 3.3 % من المصطلحات الطبية، كما أثبتت ذلك بعض الدراسات[4]، كان من الضروري اللجوء إلى معاجم لغوية لاستكمال ترجمة الدروس بشكل جيد، واعتمدنا في ذلك على بعض المعاجم الإلكترونية كقاموس المعاني (عربي-فرنسي)[3] وقاموس المنهل (عربي-فرنسي) الصادر عن دار الآداب لصاحبه الدكتور سهيل إدريس واعتمدنا أيضا على كتب

متخصصة في الطب الشرعي باللغة العربية ككتاب الطب الشرعي مبادئ وحقائق – للدكتور حسين علي شحرور[5]، والدروس المتوفرة للطب الشرعي باللغة العربية في كليات الطب (سوريا، الأردن والسعودية) لتحديد طرق صياغة الجمل الشرعية والمقالات العربية حول الطب الشرعي.

- **استخلاص المصطلحات الواردة في دروس الطب الشرعي:**

وكمرحلة أخيرة من بحثنا قمنا بتجميع المصطلحات الواردة في دروس الطب الشرعي باللغة الفرنسية في مسرد خاص بها، ووضعنا لها مرادفات باللغة العربية، حتى نيسر على الطالب فهم المصطلحات الطبية عند قراءته للمقرر باللغة العربية، خصوصا أن هذه الدروس موجهة غالبا لطلبة السنة الخامسة الذين اعتادوا على المصطلحات العلمية باللغة الفرنسية، ووضعنا أيضا مرادفات باللغة الإنجليزية باعتبارها اللغة التي تصدر بها مستجدات البحوث العلمية، واستعنا في ذلك ب Excel حيث مكننا من ترتيب جميع المصطلحات حسب ترتيب الحروف (أ - ي) باللغة العربية ومقابلتها بمرادفاتها باللغتين الفرنسية والإنجليزية.

4. النتائج:

المقرر:

يعد المقرر المحصل عليه ثمرة مجهود كبير، كان الهدف منه هو إنتاج مرجع باللغة العربية لطلبة كلية الطب والصيدلة، وكذا لإغناء المكتبة المغربية والعربية بإضافة نوعية في مجال الطب الشرعي.

الطب الشرعي

خريطة الدرس

أ. **مقدمة حول الطب الشرعي** 12

I. **تحديد دور الطب الشرعي ومهام الطبيب الشرعي** 12

II. **ما هى أنواع ممارسة الطب الشرعي؟** 13

II. **هل هناك علاقة بين الطب الشرعي وحقوق الإنسان؟** 16

ب. **المفاهيم العامة لعلم الموت** 18

I. **الموت: ما هو معناه، وما هي أنواعه؟** 18

II. **ما هي الآليات المختلفة للموت؟** 19

III. **ماذا يعني موت الدماغ؟** 20

IV. **ما هي الآثار القانونية للوفاة؟** 21

V. **ما هي علامات الموت؟** 22

VI. **ما هي العلامات الجثية المبكرة؟** 23

VII. **ما هي الظواهر الجثية المتأخرة ؟** 26

VIII. **كيف يتم استخدام الظواهر الجثية لتحديد زمن الوفاة؟** 29

IX. **ما هي الأشكال الطبية الشرعية للموت ؟** 32

X. **ما هو دور الطبيب أثناء اكتشاف الجثة؟** 34

XI. **ما هي خصائص التشريح الطبي الشرعي؟** 35

XII. **ما هي مبادئ تنفيذ التشريح الطبي الشرعي؟** 37

XIII. **شهادة الوفاة: ما هو دورها؟ كيف تتم صياغتها؟** 38

ج. **الجوانب الطبية الشرعية للإصابات** 41

I. **الإصابات: كيف يتم تعريفها؟ كيف يتم تصنيفها؟ ما هو دورها الطبي الشرعي؟**..... 41
II. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للرضوض؟**..... 44
III. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للسحجات؟**..... 47
IV. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للجروح؟**..... 47
V. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للجروح بالسلاح الأبيض؟**..... 48
VI. **ما هي أدلة الجروح الإجرامية والجروح المحدثة ذاتيا ؟**..... 51
VII. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للحروق؟**..... 52
VIII. **ما هي الأسلحة النارية المصادفة وكيف يتفاعل الطلق مع الهدف؟**..... 53
IX. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية للإصابات بالأسلحة النارية؟**..... 56
د. **الاختناقات الميكانيكية**..... 60
I. **كيف يمكن تعريف الاختناق؟**..... 60
II. **ما هي المظاهر السريرية للاختناقات الميكانيكية؟**..... 61
III. **ما هي الجوانب الطبية الشرعية لكتم النفس؟**..... 62
IV. **كيف تنتج الوفاة عند القيام بضغط رضي على العنق؟**..... 65
V. **ما هو تعريف الشنق وما هي أساليبه؟**..... 66
VI. **ما هي العلامات الخارجية التي تظهر على الجثة؟**..... 68
VII. **ما هي العناصر التي يجب البحث عنها أثناء الفحص الداخلي؟**..... 69
VIII. **ما هو الشكل الطبي الشرعي المناسب للوفاة ؟**..... 69
IX. **ما هو تعريف خنق الرباط وما هي أساليبه؟**..... 71
X. **ما هي العلامات الخارجية والداخلية الظاهرة على الجسم في حالة خنق الرباط ؟**..... 72
XI. **ما هي أساليب الخنق اليدوي؟**..... 73

XII. ما هي العلامات الخارجية والداخلية الظاهرة على الجسم في حالة الخنق اليدوي ؟... 74

XIII. ما هو تعريف الغرق، وما هي ظروف وقوعه؟..... 74

XIV. ما هي مختلف الأسباب الفيزيُوباثِولوجية للوفاة غرقا؟..... 75

XV. ما هي العلامات الخارجية على الجسم في حالة الغرق؟..... 76

XVI. ما هي المعاينات التشريحية الملاحظة في حالة الغرق؟..... 77

XVII. ما هي المعايير المستعملة للإستعراف؟..... 78

XVIII. ما هي الفحوصات التكميلية التي تساعد على تشخيص الغرق؟..... 78

XIX. ما هي الأسئلة الطبية الشرعية المطروحة أثناء استخراج الجثة من الماء؟..... 79

ه. **الجوانب الطبية الشرعية للوأد أو قتل الوليد**..... 81

I. تعريف قتل الوليد..... 81

II. ما هي خطوات الخبرة الطبية الشرعية في حالة قتل الوليد؟..... 81

و. **الجوانب الطبية الشرعية للإجهاض الغير القانوني**..... 86

I. تعريف الإجهاض..... 86

II. الإطار التشريعي للإجهاض في المغرب..... 86

III. ما هو السلوك المناسب أمام حالة إجهاض؟..... 87

ز. **إساءة معاملة الأطفال**..... 90

I. تعريف إساءة معاملة الأطفال..... 90

II. تصيف طرق سوء معاملة الأطفال..... 90

III. الأطفال المعرضون للخطر..... 91

IV. السلوك الواجب إتباعه..... 93

V. الأشكال الخاصة..... 102

VI. مؤشرات تدل على حدوث إساءة في معاملة الطفل..... 103
VII. التدبير العلاجي والطبي الشرعي..... 105
VIII. الإطار التشريعي..... 110
ح. **الاعتداءات الجنسية على القاصرين والكبار**..... 113
I. الإطار التشريعي..... 113
II. خصائص الاعتداء الجنسي على قاصر..... 114
III. مختلف الخطوات المتبعة أمام ضحية اعتداء جنسي..... 116
IV. التدبير العلاجي..... 125
V. المتابعة الصحية في حالة الاعتداء الجنسي..... 128
ط. **الشواهد الطبية**..... 130
I. من له الحق في تحرير الشواهد الطبية ؟..... 130
II. متى يمكن تحرير الشواهد الطبية ؟..... 131
III. لمن تسلم الشهادة الطبية؟..... 131
IV. العناصر الرئيسية لتحرير شهادة طبية شرعية 133
V. الوصف الجنائي للضرب والجرح العمدي (ض.ج.ع) 136
VI. ماهي المسؤوليات الناجمة عن تحرير الشهادة الطبية؟..... 137
ي. **العقد الطبي**..... 139
I. تعريف العقد الطبي..... 139
II. الطبيعة القانونية للعقد الطبي..... 139
III. شروط صحة العقد الطبي..... 140
ك. **تقديم المعلومات للمريض**..... 145

I. الأساس القانوني والسلوكي..... 145
II. خصائص المعلومات..... 145
III. عقوبات في حالة عدم إبلاغ المريض بمعلومات طبية..... 149
ل. التبرع، أخذ العينات وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية..... 150
I. الشرعية الدينية للتبرع بالأعضاء..... 150
II. المبادئ الأدبية المنظمة..... 151
III. أحكام القانون 16-98..... 152
م. المسؤوليات الطبية..... 157
I. مختلف أنواع المسؤولية الطبية..... 157
II. ما هي الجرائم التي تحمل الطبيب مسؤولية جنائية ؟..... 157
III. مبادئ المسؤولية المدنية..... 160
IV. مبادئ المسؤولية الإدارية..... 162
V. مبادئ المسؤولية التأديبية..... 164
ن. السرية الطبية..... 165
I. الأساس القانوني والأخلاقي للسرية الطبية..... 165
II. ما هي امتدادات السرية الطبية؟..... 165
III. ما هي الاستثناءات القانونية للسرية الطبية؟..... 166
س. عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر..... 169
I. الأساس القانوني والسلوكي..... 169
II. ما هي العناصر المكونة لجريمة عدم مساعدة شخص في حالة خطر؟..... 169

أ. مقدمة حول الطب الشرعي

I. تحديد دور الطب الشرعي ومهام الطبيب الشرعي

يعتبر الطب الشرعي فنا وعلما؛ ومجموعة من المعارف الطبية والتقنية التي يمكن أن تنير العدالة بخصوص مختلف المسائل التي يحيط بها. ويسلط هذا التعريف الضوء على دور الطبيب الشرعي كشريك ومساعد للعدالة لضمان حقوق الضحايا.

ويشكل الطب الشرعي أيضا حلقة وصل بين العلم والقانون وهو الخيط الواصل بين الطب والعدالة، بحيث يقوم هذا الأخير بدراسة كل ما يتعلق بجسم الإنسان وقوانين الحياة. ويقوم أيضا بضبط النصوص القانونية التي تحكم مهنة الطب: كقانون العقوبات[6]، ومدونة الأخلاقيات الطبية[7]، وقانون الممارسة الطبية[8]...

الطب الشرعي هو مجال للخبرة بامتياز، فالطبيب الشرعي يتوجب عليه أن يدلي برأيه إلى العدالة عند الحاجة. ويمكن استدعاؤه للشهادة أمام المحكمة، ليس كمجرد شاهد عادي بل كخبير؛ لهذا وجب عليه أن يلم، ليس فقط بالقوانين التي تحكم مهنته ولكن بمجمل القوانين التي تحكم المجتمع.

الطب الشرعي ليس بالتخصص البسيط، بل هو مهارة تشمل تخصصات متعددة وتشمل العديد من المجالات العلمية والقانونية؛ فهو لا يقوم على تشريح الجثث فقط، بل مهامه تقتضي أيضا معاينة الأحياء المعتدى عليهم أو الذين تعرضوا لحادث.

في غالب الأحيان، لا تتاح الفرصة للمشرع لاستدعاء أخصائيي الطب الشرعي في كل وقت، وبناء عليه فإن كل طبيب يسأل من قبل العدالة يتوجب عليه أن ينيرها ويوضح لها الحقائق التي لم تكن مألوفة لها.

وفي الواقع، وبالنظر إلى أن تخصص الطب الشرعي لم يعتبر تخصصا مستقلا بذاته حتى سنة 1994 وأن العدد الحالي للأطباء الشرعيين يعد على رؤوس الأصابع، لا يمكن تقييد ممارسة المهنة للمتخصصين فقط لكنها يجب أن تدخل في إطار مهام كل الأطباء بجميع تخصصاتهم ، ومن هنا تأتي أهمية تدريس الطب الشرعي.

ومنه يظهر جليا أن الطب الشرعي يشمل عدة تخصصات منها الطبية والبيولوجية.

ويعتبر الطب الشرعي في الواقع خادما للعدالة باختلاف الظروف الطبية أو البيولوجية إذا ما رغبت هذه الأخيرة في الحصول على معلومات دقيقة.

وتختلف توجهات الطب الشرعي حسب المدارس، فنجد هناك اختلافا ما بين تدريسه في فرنسا أو الولايات المتحدة الأمريكية أو في بلدان المغرب العربي: ففي بعض الأحيان نجد أن هناك اهتماما كبيرا بالأبحاث السمِّية وأحيانا بما يخص الطب النفسي أو التحاليل التشريحية المرضية أو المناعية أو البيوكيميائية ... وبالتالي فهناك العديد من التوجهات المختلفة بعدد التخصصات الطبية.

ومع ذلك يبقى إشعاع هذا التخصص ظاهرا فقط، وتميزه عن باقي التخصصات يتجلى بالأساس في منطق التفكير والأهداف المرجوة منه.

فالطبيب الشرعي يزود القاضي بأدلة علمية تمكنه من تشكيل قناعة شخصية حول موضوع الخلاف، وهذه الأدلة يجب أن تفي بشرطين اثنين:

- الأول، هو العصمة العملية العلمية المستخدمة.
- والثاني لا يقل أهمية عن سابقه، هو مشروعية جمع الأدلة.

وعلاوة على ذلك ومهما كانت التقنية أو العلم المستعمل، فليس للطب الشرعي غرض سوى مساعدة العدالة حفاظا على حقوق الضحية والدفاع.

وفي نهاية الأمر، يبقى الطب الشرعي في خدمة المجتمع مؤسسا بذلك روابط بين ما هو علم طبي ونصوص تشريعية وقانونية.

II. ما هي أنواع ممارسة الطب الشرعي؟

1- <u>الطب الشرعي الخاص بعلم الأموات (الطب الشرعي المرضي):</u>

يشمل كل العمليات التي لها صلة بالجثث.

ويتكون من عمليتين رئيسيتين:

- معاينة الجثة الشرعية: هو فحص الجثة في مكان اكتشافها.

- التشريح الطبي الشرعي: الملاحظة المباشرة للجسم وتنبني على أساس معرفة دقيقة بعلم التشريح الطبيعي والمرضي ويكون بأمر من السلطة القضائية.

وذلك بهدف:

- تحديد هوية الجثة.
- تحديد سبب الوفاة.
- التعرف على ظروف وتاريخ الوفاة.

وتندرج هذه العمليات في الغالب في إطار الإجراءات الجنائية (القتل المشبوه)، ولكن في بعض الأحيان في سياق مدني (تحديد النسب، موت في إطار حادث شغل ...).

2- <u>الطب الشرعي الإكلينيكي (الطب الشرعي السريري):</u>

- في المجال الجنائي:

- معاينة الاعتداء الجسدي / النفسي والجنسي.
- التعرف على الجاني (على سبيل المثال باستخدام بصمات وراثية، علامات عضة أو لدغة ...)
- تحديد سن الضحية أو المعتدي لأن تحديده له عدة انعكاسات في ما يخص الإجراءات والعقوبات التي سيتم تنفيذها.
- تحديد مدى ضرورة وضع شخص رهن الاعتقال.
- الخبرة في المسؤولية الجنائية في مجال الطب النفسي لتحديد ما إذا كان المتهم بكامل قواه العقلية وقدرته على التمييز وقت ارتكاب الجريمة ...

- في المجال المدني:

- تقييم الضرر الجسدي وتحديد مختلف الخسائر.

- تحديد النسب.
- تحرير شهادة الوصاية.

ومن هنا نستنتج أن الطبيب الشرعي يلعب كذلك دور خبير في تحديد الخسائر الجسدية.

3- التكنولوجيا الإحيائية:

وقد استطاعت هذه الحلقة الثالثة من أنشطة الطب الشرعي، أن تنمو في السنوات الأخيرة بفضل تطور وتقدم علم الأحياء؛ ويتعلق الأمر هنا باستجابات تقنية محددة للمشاكل الدقيقة التي تستدعي استعمال وسائل متطورة.

وعلى عكس النقطتين السابقتين واللتان تتطلبان تدريبا ميدانيا جيدا في مجال الطب الشرعي، فممارسة التكنولوجيا الإحيائية هي عملية تقنية بامتياز ويمكن أن تمارس من طرف أشخاص لم يتلقوا تدريبا أساسيا في الطب الشرعي، ولكن يضعون تقنياتهم ووسائلهم المادية في خدمته.

و**لأخصائي التشريح الدقيق** مكانة خاصة في هذا الجزء من الأنشطة التقنية للطب الشرعي. فكما أن دوره مهم في جميع التخصصات الطبية التي تحتاج تحليلا دقيقا للأعضاء، فيعتبر ضروريا أيضا في تخصصنا هذا لقوة وثبات المنطق الشرعي.

وأضحى **علم السموم**، بوسائله الحديثة يُمَكّنُ من تحليل عينات من كميات صغيرة جدا، وتحديد تركيزات مجهرية وأيضا يمكن من التعرف على بعض المواد التي تميز المخدرات، فهو تاريخيا كان رفيقا للطب الشرعي.

واستطاع **علماء الأحياء** ،بتقنياتهم الجديدة التي أصبحت تستعمل في مجال الطب الشرعي - ونحن نعلم مدى التطور السريع للبصمات الوراثية - أن يساهموا في تطوير التحليل الشرعي وزيادة الدقة واليقين.

وفي كل هذه التخصصات، تعتبر نوعية العينات المأخوذة شرطا أساسيا للحصول على نتائج مُرْضِيَة؛ بمعنى أنه يتوجب أن يكون هناك تنسيق بين الإحيائي والطبيب الشرعي، للحفاظ عليها من أن تتعرض لتقلبات الزمن وتكون محمية متى تم إعدادها.

وللتصوير الطبي دور مهم أيضا، ليس فقط بالنسبة للأموات، بل الأحياء أيضا، فبفضل تطور التقنيات الغير المؤدية أصبح من السهل تحليل الأضرار الجسدية، وتحديدها وبالتالي تجسيدها وهذا يعتبر أيضا من عناصر الأدلة.

وهناك تخصصات مهمة في جميع إجراءات تحديد وضبط هوية جثة ما لوضع اسم عليها عن طريق أقواس الأسنان **كطب الفم، وطب الأسنان**.

وأخيرا، نظام المعلومات العدلي، الشرطة التقنية العلمية وعلم المقذوفات؛ تعتبر كلها مجالات تقنية طبية شرعية تساهم في الإجابة على التساؤلات الخاصة بالأسلحة والمخدرات ... وتبقى هذه المهمة، موكولة إلى مختبرات تابعة للشرطة العلمية والتقنية.

ومن هنا، يبدو لنا أن الطب الشرعي متعدد التخصصات، فكل نشاط كان طبيا أو علميا يمكن أن يمارس في إطار منهج طبي شرعي.

III. هل هناك علاقة بين الطب الشرعي وحقوق الإنسان؟

يرتبط الطب الشرعي بشكل وثيق بمجال حقوق الإنسان، وحماية حقوق الضحايا ومكافحة جميع أشكال العنف ضد الجنس البشري، وله مكانه في حماية حقوق الأفراد والمواطنين.

بحيث يلعب الطبيب بشكل عام والطبيب الشرعي بشكل خاص دورا هاما في حماية حقوق الإنسان بصفتهم حماة له وللحياة. فالطبيب وخلال ممارسته اليومية مطالب بتقديم الرعاية ووصف العلاج، أما الطبيب الشرعي فلا يعالج الأمراض ولكن يعالج الضحايا: ومن هنا فهو معالج اجتماعي ضد الانحراف والجريمة، والإيذاء البدني والمعنوي الذي يرتكب على الناس، فيصبح من الواضح أن قضايا حقوق الإنسان تدخل في مجال اختصاصه.

فالطبيب الشرعي، وكجزء من ممارساته اليومية، يقوم بفحص ضحايا الإصابات المختلفة، بما في ذلك العنف؛ فالعنف يمكن أن يكون جسديا أو نفسيا وفي كلتا الحالتين يعتبر اعتداءً على جسم الإنسان وانتهاكا لسلامته. ودور الطبيب الشرعي هنا؛ هو إظهار وجود هذه الاعتداءات (مع الحفاظ على الحياد)، وتحديد السبب أو الأسباب (طريقة الاعتداء)، وكذلك العواقب الفورية والمتأخرة. وبعيدا عن الشواهد الطبية الخاصة بالاعتداءات والتي يخطها الطبيب الشرعي كل يوم، قد يطلب لفحص ضحية تعذيب أو معاملة قاسية أو لا إنسانية أو مهينة.

وبالإضافة إلى القانون الإنساني، يهدف الطبيب الشرعي إلى إدارة النزاعات المسلحة الدولية والداخلية لبعض الدول، من خلال تطبيق قواعد القانون؛ فهو يعتمد على قواعد الحق الغير المادي في الحياة والسلامة البدنية (الأمن الشخصي، وحرمة جسم الإنسان)، والحق في الكرامة وعدم التمييز الذي يستمد أسسه من حقوق الإنسان. ولذلك يسعى القانون الإنساني للتخفيف من معاناة الحروب وحماية الأشخاص والممتلكات في أوقات النزاع.

وتقوم عدة منظمات كاللجنة الدولية للصليب الأحمر، الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والاتحاد الدولي لهاته الهيئات بحماية حقوق الإنسان لأنه يدخل في مجال اختصاصاتها.

وتخبرنا المستجدات الراهنة، عن وجود انتهاكات وتجاوزات مرتكبة في حق شعوب بأكملها مع عمليات إبادة جماعية (مجازر). وقد تم تعيين خبراء الطب الشرعي لإجراء عمليات استخراج جثث دفنت في حفر جماعية (مقابر) وتحديد هوياتهم وتوضيح أسباب وفاتهم وتعتبر استنتاجاتهم من الأهمية بمكان لإظهار الحقيقة، وتنوير العدالة الدولية المسؤولة عن معاقبة مرتكبي مثل هذه الأفعال.

ب. المفاهيم العامة لعلم الموت

I. الموت: ما هو معناه، وما هي أنواعه؟

يعتبر الموت في مخيلة الإنسان لحظة قاتلة، وهو مفهوم يقدم بطريقة مجردة؛ ولا يوجد تعريف قانوني للموت، فالمجتمع ترك للأطباء الإعلان عن وفاة الأشخاص اعتمادا على اجتهادهم وكفاءتهم.

ومع عدم وجود تعريف محدد، حاولنا مقابلة الموت مع الحياة واتفقنا على اعتباره لحظة توقف للوظائف الحيوية.

ويكون الموت في بعض الحالات الخاصة ظاهرة محددة بوقت ما (انفجار نووي، السقوط في معدن منصهر...). وفي غالب الأحيان، هو عملية تقع خاصة على المستوى الخلوي. في الواقع، كما لاحظ بيشا« الخلايا تعيش جماعة وتموت متفرقة» .

وعلاوة على ذلك، فإن الموت الجسدي بحد ذاته عملية يمر عبر ثلاث مراحل:

1- الوفاة الظاهرة:

اختفاء مؤقت للعلامات الكبرى للحياة، مع الحفاظ على تنفس ونشاط منخفض للقلب بالنسبة لشخص في حالة إغماء لفترة طويلة؛ مع الأخذ بعين الاعتبار فترة المراقبة والعودة السريعة المحتملة للاضطرابات.

==> الوفاة الظاهرة عند الأطفال حديثي الولادة:

عدم وجود علامات علنية للحياة، الغياب التام لحركات التنفس، ويتم تقييم العلامات الحيوية وفق حرز أبغار، ويعتبر الإنعاش أمرا ضروريا.

2- الوفاة النسبية:

اختفاء دوران الدم لفترة طويلة دون إمكانية العودة التلقائية للحياة. وقد يعزز الإنعاش الفوري والمناسب مضخة القلب ويستأنف التنفس التلقائي في بعض الأحيان مع متبقيات عصبية.

3- الوفاة المطلقة:

تتبع المراحل السابقة؛ وفي هذه المرحلة يقع تلف لا رجعة فيه للأنسجة، ويكون الموت في هذه اللحظة حقيقيا ومستمرا ويمكن أن تبدأ بالفعل علامات التحلل الجثي.

II. ما هي الآليات المختلفة للموت؟

الموت هو دائما ثانوي لمحنة حيوية، ويُعَرَّف على أنه وجود علة ما تهدد الحياة في دقائق معدودة.

والمحن الحيوية ثلاثة أنواع: دموية، تنفسية وعصبية. ولكن هذا التصنيف ليس سوى منهجي، كون حدوث واحد منها يمكن أن يؤدي بسرعة إلى ظهور الأخرى.

1- محن الدورة الدموية:

مشاكل الدورة الدموية تهدد الحياة بتأثيرها على إرواء الدماغ والشرايين التاجية، فاضطرابات الدورة الدموية يمكن أن تخص القلب أو الأوعية أو حجم الدم:

- فشل القلب ينقسم إلى خلل وظيفي مقلص (احتشاء القلب ، التهاب عضلة القلب ...)، عدم انتظام ضربات القلب (الرجفان البطيني، ... اضطراب النظم المستمر برجفان اذيني)، واضطرابات الانبساط (دكاك قلبي ...).
- اضطرابات في التوتر الوعائي إما بشلل وعائي (صَدْمَة تَأَقِيَّة، اصابات نخاعية ...) أو تضيق الأوعية (جرعة زائدة من الكاتيكولامينات، تسمم بالكوكايين...).
- نقص حجم الدم: على وجه الخصوص جراء نزيف حاد.

2- المحن التنفسية:

يمكن أن يحدث الموت إما بنقص تأكسج الدم أو بفرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم، أو عن طريق الحماض التنفسي الناتج عن هذا الأخير.

- نقص تأكسج الدم يسبب اعتلال دماغي وعدم كفاءة عضلة القلب.

- فرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم يسبب اعتلال دماغي.
- الحماض التنفسي الناتج عن فرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم ،يمكن في ظل ظروف معينة، أن يسبب فرطا في بوتاسيوم الدم وتكون النتيجة اضطرابا مميتا في سرعة القلب.

3- المحن العصبية:

يهدد هذا النوع من المحن الحياة، عن طريق المحنة التنفسية أو نادرا بسبب محنة الدورة الدموية؛ والوفاة تحدث نتيجة:

- اضطرابات الوعي عن طريق انخفاض ضغط البلعوم، هبوط اللسان، وانخماد منعكسات السعال والبلع.
- وردود الفعل هذه يمكن أن تنخمد تماما في حالة شلل الأعصاب القحفية التي تشارك في ردود الفعل المنعكسة الخاصة باليقظة.
- يمكن أن يؤدي انتهاك النخاع الرقبي والجذع الدماغي عن طريق مشاكل وعائية، أو سمية أو رضحية...، إلى ضعف السيطرة على عملية التنفس المركزية. ويكون المتوفى خاملا، جامدا، لا يستجيب، مترهلا، لا يتنفس، وقلبه متوقف عن النبض. وتكون الجثة شاحبة اللون، عيونها مفتوحة أو نصف مفتوحة، ثابتة مع اتساع حدقة العين، وذات جلد بارد.

III. ماذا يعني موت الدماغ؟

يعتبر الموت الدماغي مفهوما جديدا يعود فقط إلى عام 1959، ويتعارض والموت الكلاسيكي الذي يتطلب السكتة القلبية. ويتم تعريفه بتوقف لا رجعة فيه لوظائف المخ شريطة أن يتم نفي جميع السببيات التي يمكن أن تحاكي الموت الدماغي، مثل: التسمم، انخفاض حرارة الجسم، والاضطرابات الإستقلابية وأن تكون علامات هذا الموت الدماغي ثابتة خلال وقت مراقبة أدنى.

وتشخيص الموت الدماغي هو **محدد بشكل قانوني بقرار لوزيرة الصحة رقم 162.11، 13 من صفر 1432 (18 يناير 2011) الذي يحدد فيه العلامات السريرية وشبه السريرية المساهمة في إعداد محضر إثبات الوفاة الدماغية[9].**

1- العلامات السريرية:

- الغيبوبة العميقة والرخوة مع انعدام رد الفعل، المترتبة عن مسببات ثابتة بوضوح، خاصة خلل جسيم أولي أو ثانوي للدماغ، باستثناء الغيبوبة الناتجة عن التسمم أو المتعلقة بالغدد الصماء أو الغيبوبة الإستقلابية والغيبوبة الناتجة عن الإنخفاض الحاد لحرارة الجسم (أقل من 35 درجة) أو عن حالة الصدمة.

- فقدان منعكسات جذع الدماغ.

- غياب كلي للتنفس التلقائي يتم التحقق منه باختبار تضخم القلب: يتم فصل المريض من التنفس الصناعي، ويتم تزويده بتدفق قوي من الأكسجين في أنبوب القصبة الهوائية لمنع نقص الأكسجين، في حين أنه لم يعد تحت التهوية. ويبدأ ثنائي أكسيد الكربون بالإرتفاع تدريجيا في الدم بنسبة 3 مم زئبقي / دقيقة في المتوسط. وبعد مرور 10 دقائق، يؤكد غياب حركات التنفس عدم وجود تهوية عفوية.

2- العلامات شبه سريرية:

- إما إجراء مفراس مقطعي للعروق يبين توقف الدورة الدموية للدماغ ؛

- إما إنجاز تخطيط كهربائي للدماغ متساوي التكهرب (تخطيط كهربائي متساوي بدون إشارة)، مسجل على مريض بحرارة جسمية مركزية تقل عن 35 درجة باستثناء حالة التسمم.

- يجب في حالة الشك ، اللجوء إلى تصوير الشريان السباتي الذي يؤكد توقف الدورة الدموية للدماغ.

ويتيح هذا التعريف الجديد للوفاة من أخذ عينات أعضاء من جثث بقلب نابض ويسمح أيضا بزرع طعوم ذات نوعية جيدة.

IV. ما هي الآثار القانونية للوفاة؟

مع إعلان الوفاة تنتهي الشخصية القانونية للمتوفى، وعندها نصبح أمام جثة:

وبالتالي،

- تفتتح الخلافة.
- يفسخ عقد الزواج.
- تنقطع مصالح الحياة التي كان يستفيد منها المتوفى (المعاشات التقاعدية ...).
- تفتح حقوق أخرى لأطراف ثالثة أو لذوي الحقوق (المعاش للزوج الباقي على قيد الحياة، منحة الموت، والتأمين على الموت ...).
- تستفيد الجثة من حماية خاصة مختلفة عن تلك التي تخص شخصا على قيد الحياة، مع حظر التأثير على سلامتها، وضرورة دفنها وإعطائها الاحترام الواجب الذي تستحقه.
- وتخضع الجثة لتشريع محدد فيما يخص دفنها، استخراجها أو نقلها.

V. ما هي علامات الموت؟

تتميز الحياة بمجموعة من الوظائف التي تقاوم الموت. ويمكننا تصنيف علامات الموت في مجموعتين:

المؤشرات السلبية للحياة.

المؤشرات الإيجابية للموت.

1- المؤشرات السلبية للحياة: هي عبارة عن علامات مبكرة ولكنها تبقى نسبية:

السكتة القلبية والتنفسية التي نتأكد منها عن طريق تسمع القلب وحركات التنفس وجس الطرق الشريانية.

فقدان كامل للوعي، والإحساس، والمنعكسات، وفقدان توترية العضلات، شحوب، تبريد، وتوسع ثابت في حدقة العين.

2- المؤشرات الإيجابية للموت: هي علامات مطلقة ولكن تبقى متأخرة نسبيا. وتنقسم إلى قسمين:

علامات شبه مبكرة: ظواهر جثية مبكرة (تبرد الجسم، التيبس، الزرقة، والتجفف).

علامات متأخرة: ظواهر جثية متأخرة (انحلال ذاتي، تعفن).

VI. ما هي العلامات الجثية المبكرة؟

1- تبرد الجسم:

بعد الموت، يؤدي توقف ظواهر ثبات الحرارة إلى معادلة تدريجية لدرجة حرارة الجسم مع حرارة محيطه.

وتنخفض درجة حرارة الجسم حوالي درجة واحدة في الساعة ونعتبر أن توازن حرارته مع البيئة المحيطة به يتم في غضون 24 ساعة.

غير أن هناك عدة تغيرات يمكن أن تقع نظرا لعوامل تؤثر في التبادلات الحرارية :

- البيئة الخارجية: درجة الحرارة الخارجية، تيارات الهواء، الرطوبة ....
- وضعية الجثة: الجسم الممدد يبرد أسرع من جسم منطو.
- السمنة تساهم في الحفاظ طويلا على الحرارة.
- الملابس: الجسم المغطى يفقد حرارة أقل من جسم عار.
- الوذمة: تبرد ببطء.
- درجة حرارة الجسم في وقت وفاته: حمى، انخفاض حرارة الجسم ....

الإنحلال الحراري يخضع في الواقع لمنحنى سيني بضعف أسي مع تبات أولي يستمر من ثلاث إلى ست ساعات يليه انخفاض سريع وفي النهاية تباطئ شديد إلى أن يقترب إلى درجة حرارة الجو.

2- التيبس :

يتعلق الأمر بتشنج تدريجي للعضلات الملساء والمخططة نظرا لإرتباط نهائي لخيبطات الأكتين والميوزين لعدم وجود (الطاقة) ATP.

ويكون تشكلها من الأعلى إلى الأسفل، وتبدأ في غالب الأحيان بالطرف الرقبي الدماغي (عضلات الفك، وعضلات الرقبة) ثم وصولا الى الجذع والأطراف العلوية حيث تسود العضلات المثنية، لتصل إلى الأطراف

السفلية حيث تهيمن على العضلات الباسطة، وهذا ما يعطي للجثة هيئة خاصة تتمثل في ثني المرفقين والرسغين وتمدد في الركبتين والقدمين.

التيبس في الواقع يصيب كل العضلات: الحدقات، القلب، عضلات انتصاب الشعر، الحويصلات المنوية والبروستاتة ... ومن هنا، نستنتج إمكانية القذف وخروج البراز أو التبول بعد الوفاة.

لحظة بداية التيبس متغيرة جدا. فعادة ما تبدأ بين ساعتين إلى ست ساعات، وكحد أقصى بين ست ساعات إلى اثنى عشر ساعة.

ولا تتكون مرة أخرى إذا ما تم توقفها بعد اثني عشر ساعة، وتبدأ بالاختفاء مع بداية التعفن (من يومين إلى ثلاثة أيام) بالترتيب نفسه الذي ظهرت به.

ويمكن أن يكون التيبس أسرع إذا كانت درجة الحرارة المحيطة بالجثة مرتفعة، أو كان هناك نشاط عضلي كبير قبل الوفاة. بل يمكن أيضا أن يكون تشكلها لحظيا، ما يؤدي إلى« التشنج الجثي » في حالة صدمة كهربائية، أو تشنجات أو قطع للرأس.

ويكون التيبس متأخرا وتابثا إذا ما كانت درجة الحرارة المحيطة منخفضة. وتكون حدته منخفضة في حالة عضلات غير مكتملة النمو.

3- الازرقاق الجيفي والرسوب الجيفي:

الازرقاق الجيفي هو تلون أحمر أرجواني للجلد بسبب تنقل سلبي لحجم الدم للأوعية الشعيرية لأجزاء الجسم السفلى تحت تأثير الجاذبية، والذي يبدأ مع توقف وظيفة الدورة الدموية.

لذا، فمكان ظهور الازرقاق الجيفي يعتمد بالضرورة على وضعية الجسم وينبغي أن يكون منسجما معها. ويوجب خلاف ذلك الشك في وجود تحريك للجثة.

يغيب الازرقاق الجيفي عن الباحات المجهدة والمناطق المضغوطة (على سبيل المثال، المناطق المضغوطة بالملابس).

بداية ظهور الازرقاق الجيفي وحدته متدرجان مع وجود اختلافات كبيرة بين الأشخاص. وعادة ما يبدأ بين ثلاثين دقيقة إلى ثلاث ساعات وكحد أقصى بين ثمان ساعات إلى اثنا عشرة ساعة، ويمكن أن يؤدي إلى فرفرية إذا كان ضغط عمود الدم مرتفعا جدا. وفي هذه المرحلة، تبقى الزرقة متحركة لأن الدم لا يزال موجودا في الشعيرات الدموية واختفاؤها بالمعاينة الشفوفية يساعد على التأكد من هذه المعطيات.

بعد مدة تتراوح من اثنا عشر إلى أربع وعشرين ساعة، يصبح الازرقاق الجيفي ثابتا.ولا يختفي بالمعاينة الشفوفية، ولا يغير موقعه رغم تحريك الجسم بسبب تسرب الدم وانحلاله في الأنسجة (وهذه الظاهرة تتسارع مع التحلل).

ويختلف لون الازرقاق الجيفي مع اختلاف حالة الهيموغلوبين:

- أحمر كرزي في حالة التسمم بآحادي أكسيد الكربون.
- أحمر آجوري في حالة التسمم بالسيانيد.
- ضارب إلى السمرة في حالة تواجد ميتهيموغلوبين في الدم.
- شاحب في حالة فقر الدم أو نزيف كبير.
- داكن في حالة الاختناق.

يجب التفريق بين الازرقاق الجيفي والكدمات. فهذه الأخيرة، هي عبارة عن دم متسرب ومتخثر في الأنسجة بمعنى آخر هو ظاهرة حيوية تحدث فقط خلال حياة الفرد وهذا عكس ما يحدث بالنسبة للزرقة.

وللقيام بتشخيص تفريقي، نقوم بشق المنطقة المشبوهة، ويختفي اللون بعد الغسل في حالة الازرقاق الجيفي. ويصبح تفسير الاختبار صعبا في حالة تعفن متقدمة.

تراكم الدم يحدث أيضا في الأجهزة ويعطي لأجزائها السفلى شكلا غامقا عكس بقية الأعضاء. وهو الحال بالنسبة للرئة التي تأخذ في أجزائها السفلى شكل التهاب رئوي كاذب.

وبعد مرور بعض الوقت، يُحْدِثُ الرسوب الجيفي ارتشاحات صغيرة في غشاء الجنبة والتامور وينبغي عدم خلطه مع انصبابات قبل الوفاة.

4- التجفف:

يعتمد التجفف على درجة الحرارة المحيطة والرطوبة والملابس والتهوية. في المتوسط، هناك خسارة من 15 إلى 20 جم / كجم / اليوم. التجفف يمكن أن يؤدي إلى التحنط الجزئي أو الكلي.

من بين مظاهره:

- انخماص مقلة العين.
- طية الجلد.
- ظهور نقاب قرني آحيُّ الشكل في ست ساعات، من خلال تمسخ بروتينات سدى القرنية.
- ظهور البقعة السوداء المتصلبة نظرا لجفاف بياض العين مما يسمح بظهور صبغة الميلانين المشيمية.
- التجفف البني والجاسي لسحجات الجلد التي حدثت قبل أو بعد الوفاة، تظهر على شكل صفائح متجعدة.

VII. ما هي الظواهر الجثية المتأخرة ؟

يتعلق الأمر بتحلل الجسم، وتدمير الأجزاء اللينة فيه نتيجة آليتين: الانحلال الذاتي والتعفن

1- الانحلال الذاتي:

هو عملية أنزيمية تتم دون تدخل الكائنات الدقيقة، ويبدأ بأنزيمات الحل القادمة من اليحلولات بعد الوفاة، مما يؤدي إلى الالتهام الذاتي الخلوي الذي تظهر آثاره بوضوح في الأنسجة الغدية والدماغ.

ونلاحظ أيضا أن البنكرياس والغدد الكظرية تتليَّن منذ الساعات الأولى، ويصبح جدار الأمعاء أملس، ولامعا مع إمكانية انثقاب المعدة.

ويتلين الدماغ في غضون أيام قليلة مع اختفاء التلافيف، ويتحول إلى ثريد أصفر رطب في عشرة أيام، ثم إلى كتلة رمادية خضراء في غضون ثلاثين يوما.

ويجب الإشارة إلى أن تعطن الجنين عند الموت داخل الرحم يتم عن طريق آلية الانحلال الذاتي الذي يحدث، على الأقل في البداية، في محيط معقم وخال من الجراثيم.

2- التعفن - التفسخ:

خلافا للآلية المذكورة أعلاه، فالتعفن يحدث بفعل الجراثيم، خاصة الداخلية التكوين منها ولكن أيضا الخارجية التكوين وعلى وجه الخصوص اللاهوائية.

يحدث التعفن تدريجيا، وسرعته تعتمد على المحيط الذي يتواجد فيه الجسم (في الهواء الطلق، تحت الأرض، في تابوت، في وسط مائي ...)، ودرجة الحرارة المحيطة به ورطوبة الجو وحركة الهواء المحيط ...

أولى علامات التفسخ هو ظهور بقعة خضراء في الجدار الأمامي للبطن. وتبدأ تقريبا مع حلول 48 ساعة عند الحفرة الحرقفية اليمنى بسبب فرط نمو الجراثيم في الأعور. وهذا ما يؤدي إلى إنتاج سلفيد الهيدروجين (H_2S) والذي يرتبط مع الهيموغلوبين لإنتاج سيلفيد الهيموغلوبين الأخضر اللون.

يؤدي تكاثر الميكروبات في الجسم إلى مجموعة من الظواهر المختلفة مع مرور الوقت في ما يخص :

- الرائحة: يؤدي تخمر هيدرات الكربون إلى إنتاج غاز الميثان (CH_4) و H_2S الذي يعطي رائحة البيض الفاسد. ونزع الكربوكسيل من الأحماض الأمينية ينتج أمينات تعفنية ونزع الأمين من الأحماض الأمينية ينتج الأمونيا أو النشادر (NH_3) المسؤول عن رائحة حادة وH_2S.
- اللون: ناتج عن تدرك الهيموغلوبين لصباغ صفراوي (بيليفيردين: أخضر، يوروبلين: بني، سيلفيد الهيموجلوبين: مزيج من الأخضر والأرجواني)، وتشكيل سلفيد مشحون بالحديد (راسب أسود) من خلال تفاعل H_2S مع ذرة من الحديد.
- انتفاخ ناتج عن تشكل الغازات المذكورة آنفا: CH_4، H_2S، NH_3، CO_2.

ويبقى هذا التطور متغيرا جدا. ويمكن أن نبسطه على النحو التالي: بالنسبة لجسم معرض لمناخ معتدل (18-20 درجة مئوية):

- تتمدد البقعة الخضراء وينتفخ البطن: بعد ثلاثة أيام.

- تظهر أوعية دموية بعد الوفاة نظرا لإنتاج الغاز بداخلها وانتفاخ البطن، وتظهر نفاطات مليئة بسائل أحمر داكن تفسخي مع انفصال للبشرة: في حدود أسبوع.
- ينتفخ الجسم بكامله (الرأس والرقبة، والصفن والقضيب ...)، وتبرز العينان واللسان، وتندفع السوائل خارج الجسم عبر جميع المنافذ الطبيعية، ويصبح تساقط الشعر وانفصال الأظافر سهلا: من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.
- يسودُّ الجسم، ويأخذ الدماغ شكل عجينة رمادية خضراء، ويصبح القلب مسطحا والرئتين منكمشتين : من أسبوع إلى أربعة أسابيع.

التعفن يكون أبطأ في العمق من السطح.

وبعد ذلك، يحدث هزال وجفاف تدريجي بعد الشهر الأول تحت تأثير عمَّال الموت حتى نصل إلى الاهتكال في غضون أشهر إلى عدة سنوات.

3- تطورات خاصة :

عمليتان عفويتان تساهمان في الحفاظ على الأجسام تستحقان الذكر:

أ- التصبن - مومي:

يتعلق الأمر بعملية التصبين من الدهون المتعادلة (على سبيل المثال ثلاثي الغليسيريد) المتواجدة في الأنسجة الدهنية. تتم أكسدة الدهون بفعل ليباز داخلية وانزيمات بكتيرية وتؤدي إلى تكوين مزيج من الأحماض الدهنية وصابون الأمونيوم الذي يشكل مادة شمعية رمادية بيضاء، ناعمة ودهنية عند اللمس ومنه يأتي مصطلح التصبن أو مومي، الذي وبمجرد حدوثه يمكن أن يبقى مستقرا لسنوات.

وتتسارع هذه العملية بسبب الرطوبة، السمنة والتواجد في ظروف لاهوائية؛ وتعتبر الطريقة المعتادة لتطور الأجسام التي تتواجد لفترة طويلة داخل الماء.

ب- التحنط:

يمكن أن يؤدي تواجد جسم في جو دافئ وجاف، ودائم، إلى تجفف سريع. وسرعان ما يفقد الوزن، ويأخذ لون أمغر ويصبح الجلد جافا ومجعدا.

وهذه هي طريقة التطور المعتادة عند الولدان وفي مناخ جاف وقاحل كما هو الحال في الصحراء.

VIII. كيف يتم استخدام الظواهر الجثية لتحديد زمن الوفاة؟

يشكل الوقت المقدر للوفاة تحديا كبيرا ويبقى من المعلومات القيمة جدا أثناء التحقيق حول الوفاة.

أ. إذا كانت الجثة حديثة:

- **مخطط فيبير** يعتبر تقليديا ويعطي توجها سريعا:
  - جثة ساخنة ومرنة، بدون زرقة جيفية: وفاة منذ أقل من ست ساعات.
  - جثة دافئة وصلبة، وزرقة جيفية قابلة للمسح: وفاة ما بين ست واثنا عشرة ساعة.
  - جثة باردة وصلبة، وزرقة جيفية ثابتة: وفاة ما بين اثنا عشرة وأربع وعشرين ساعة
  - جثة باردة مع اختفاء الصلابة، ظهور البقعة الخضراء: وفاة منذ أكثر من ستة وثلاثين ساعة.
- **أسلوب التخطيط الحراري**: ربما تكون الطريقة الأفضل خلال الأربع وعشرين ساعة الأولى.

باستعمال ميزان حرارة إلكتروني يحتوي على مزدوجة إلكترونية، نأخذ درجة حرارة المستقيم ودرجة حرارة الغرفة بمجرد الوصول إلى مكان الحادث.

مع الأخذ بعين الاعتبار عوامل التصحيح (الملابس، وحركة الهواء ...)، نقدر المدة الزمنية ما بعد الوفاة تقريبا باستخدام المنحنيات المخصصة لهذا الغرض.

- **دراسة محتويات المعدة**:

وصف محتويات المعدة خلال تشريح الجثة يمكن أن يعطي تقديرا لوقت الوفاة إذا علمنا أن الميت أخذ آخر وجبة في وقت محدد.

ومع ذلك، فإفراغ المعدة يختلف من شخص لآخر، وحتى بالنسبة لنفس الشخص، اعتمادا على عدة عوامل: كطبيعة الوجبة - سائلة أو صلبة - السعرات الحرارية، شرب الكحول ، حالة صدمة أو إجهاد، حجم ووزن الوجبة، وتأثير بعض الأدوية.

في المتوسط، تشير التقديرات إلى أن الإفراغ الكامل للمعدة من وجبة متوسطة الحجم لا يتجاوز الثلاث ساعات.

ب. إذا كانت الجثة متعفنة:

- **استعمال الظواهر التعفنية المتأخرة :**

مع العلم أن تحلل الجثة يختلف تبعا للبيئة التي يوجد فيها الجسم، فإن أي محاولة لوضع جدول زمني ثابت للجوانب التطورية المختلفة للجسم سيكون مضللا.

وبالتالي،

- بالنسبة لجسم مغمور فإنه يتحلل ببطء أكثر من الجسم المتواجد في الهواء الطلق بالنظر إلى أن درجة حرارة الماء تكون عادةً منخفضة عن درجة حرارة المحيط، وصعوبة وصول المفصليات والمفترسات الأخرى إليه.
- والجسم المدفون أيضا يتحلل ببطء أكثر من الجسم المتواجد على السطح بسبب قلة الهواء والحد من غزو البكتيريا الهوائية الخارجية، ووضع الجسم داخل تابوت كاتم للهواء يبطئ أكثر التحلل، وعلى العكس يتسرع التحلل في حالة دفن الجسم في تربة رملية.

- **استخدام علم الحشرات:**

عندما نتواجد أمام حالة تعفن متقدمة، يصبح تحديد زمن الوفاة من خلال الفحص الخارجي فاقدا لمصداقيته. ولذلك، فعلم الحشرات الذي يقوم بدراسة المفصليات الموجودة على الجسم يعطي معلومات أدق.

تمكننا ايكولوجيا مستغلي الجثث من تحديد:

- آكلي الجثث الذين تكون الجيف غذاءهم الرئيسي: الخوتعيات أو ذباب الجيف والمستلحمات والخنافس...
- مجامعي الجثث، المفترسة للسابقة؛
- القوارت والتي تتغذى على الجثة والحشرات التي فيها: الدبابير، النمل وبعض الخنافس؛
- الحشرات العارضية والتي تستعمل الجسم كامتداد لبيئتها مثل العناكب.

وتستخدم فقط الفئة الأولى – أكلوا الجثث – الخاصة بجسم في طور التحلل لتحديد زمن الوفاة.

هذه المفصليات، تعتبر مؤشرات حيوية حقيقية ويمكن اعتبارها كجامعي أزبال متطوعين، ويتعاقبون في جماعات تعدادها ثمانية لاحتلال الجسم، تبعا لظروف الطقس وخصوصا اعتمادا على الرائحة الصادرة من الجسم الذي وصل إلى مرحلة معينة من التخمر.فكل رائحة ستدفع إناث الفئة الأولى من الجماعة التي استعمرت الجسم لجذب انتقائي لإناث الجماعة التالية.

كل نوع من هذه الحشرات يخضع لدورة بيولوجية كاملة؛ فعلى سبيل المثال، تنجذب حشرات الجماعة الأولى المتكونة من الذبابة الزرقاء (ذبابة السرو الزرقاء و/أو الخوتع المقيء)، الذبابة الخضراء (الخشف القيصري)، ذبابة المنزل (الذبابة المنزلية) إلى جثة منذ الموت وتقوم بوضع بيضها في المناطق الرطبة من الجسم (المنافذ الطبيعية والجروح ...) وهذا التبييض يتم بالنهار والتفقيس يكون سريعا في أقل من أربع وعشرين ساعة. وتستمر مرحلة اليرقات من ست إلى عشرة أيام. ثم تتحول اليرقة بالتفافها داخل قشرة إلى خادرة أو حوراء. وتعتبر هذه هي مرحلة التشرنق، التي تدوم من ست إلى اثني عشرة يوما. وأخيرا، من هذه الخادرة تخرج حشرة بالغة تعيد هذه الدورة. وتستغرق كل دورة بيولوجية كاملة أربعة عشر يوما، ولكنها قد تطول خلال الطقس البارد.

- **علامات مسرح الجريمة:**

بالرغم من أنها ليست علمية، يمكن لهذه العلامات أن تكون أكثر دقة من الطرق التي تطرقنا لها من قبل لتحديد زمن الوفاة. ويتعلق الأمر على سبيل المثال ب:

- صحف ورسائل مغلقة
- الإنارة مطفأة أو مشتعلة
- ملابس الضحية
- أنواع الطعام المتواجد وسط القمامة
- إيصالات أو وثائق أخرى على جثة
- آخر مرة شوهد المتوفى على قيد الحياة من قبل الجيران أو غيرهم ...

IX. ما هي الأشكال الطبية الشرعية للموت ؟

معاينة الميت تقتضي من الطبيب إتباع منطق معين للتفريق بين الوفاة العنيفة والوفاة المشبوهة من الوفاة الطبيعية. وهذا المنطق يسمح بإحاطة خانة« وفاة طبيعية » أو« وفاة غير طبيعية » في شهادة الوفاة (انظر فقرة: شهادة الوفاة)، والذي سيحدد ما إذا كان سيتم تسليم تصريح الدفن للشخص الذي يستحقه من قبل موظف الأحوال المدنية.

1- الوفاة الطبيعية:

تعتبر في غالب الأحيان المرحلة النهائية لمرض معين، يكون فيها المتوفى متابعا من طرف طبيب ويكون موته« غير مفاجئ » .

2- الوفاة العنيفة:

عن طريق تدخل مباشر أو غير مباشر أو عن بعد لطرف ثالث أو عنصر خارجي.

يمكن أن يكون **حدثا عارضيا** : إما بدون تدخل طرف ثالث (كما في حالة سقوط عارضي عفوي في المنزل) أو الذي ينطوي على مسؤولية طرف ثالث (حادثة على الطريق العام أو خطأ طبي ...) بحيث يمكن أن يحدث الموت مباشرة نتيجة الإصابات أو يحدث أن بعد ذلك بسبب المضاعفات الجانبية (مثل عدوى المستشفيات بعد رضح بالغ في الرأس أو انصمام رئوي بعد خثار وريدي بسبب ملازمة الفراش لفترات طويلة نتيجة كسر في الساق الخ ...).

ويمكن أن يكون **انتحارا.**

ويمكن أن يكون **الموت إجراميا**. وهو القتل الإرادي والمتعمد أو اللكمات والجروح القاتلة (المفضية إلى القتل دون النية في إحداثه).

3- الوفاة المشبوهة:

كل وفاة تعتبر مشبوهة إذا كان حدوثها نتيجة تدخل طرف ثالث معروف:

- إما من خلال علامات على الجثة (وجود آثار عنف، زرقة جيفية في موضع غير منطقي ...).
- إما بسبب ظروف خاصة لحدوث الوفاة (بعد مشاجرة في مكان العمل، في سجن، عيادة طبية، موت مفاجئ ...) أو اكتشاف الجسم (جثة متعفنة، هيكل عظمي، جثة تم العثور عليها في مكان فارغ ...) أو في ما يتعلق بشخصية المتوفى (عضو في المافيا، سياسي، حديث الولادة، شاهد، الخ ...).

هذه الوفاة يمكن أن يتجلى العنف فيها بوضوح: على سبيل المثال، حادث في ظروف غير طبيعية، سقوط غير مبرر، ذبح ...

ويمكن أن تظهر على شكل موت عارضي (على سبيل المثال، غرق، حريق ...) أو وفاة انتحارية (سلاح ناري، شنق ...).

ولكن غالبا ما تظهر على أنها وفاة طبيعية ولكن مشبوهة بالعناصر المذكورة أعلاه، أو عن طريق شائعات أو نظرا لحدوثها بشكل مفاجئ وغير متوقع لشخص بصحة جيدة على ما يبدو.

الوفاة المفاجئة على هذا النحو هي وفاة مشبوهة. ويتعلق الأمر باختصار بوفاة طبيعية ما ينفي كل أشكال الوفاة العنيفة، ولكن خاصيتها أنها غير متوقعة وغير عادية تجعلها مشبوهة.

إذا ما تم استدعاء الطبيب لمعاينة وفاة مشبوهة بعين المكان، لا بد له أن يحيط خانة "وفاة غير طبيعية" لشهادة الوفاة لمنع إصدار التصريح بالدفن وبالتالي إمكانية تنفيذ الإجراءات المنصوص عليها في المادة 77 من قانون المسطرة الجنائية التي تنص على: *"يتعين على ضابط الشرطة القضائية الذي أشعر بالعثور على جثة شخص مات بسبب عنف أو غيره، وظل سبب موته غير معروف أو يحيط به شك، أن يخبر بذلك فورا النيابة العامة، وأن ينتقل في الحال إلى مكان العثور على الجثة ويجري المعاينات الأولى.*

يمكن لممثل النيابة العامة أن ينتقل إلى مكان العثور على الجثة، إذا رأى ضرورة لذلك، وأن يستعين بأشخاص لهم كفاءة لتحديد ظروف الوفاة (في هذه الحالة الطبيب) ...." [10]

X. ما هو دور الطبيب أثناء اكتشاف الجثة؟

اكتشاف جثة شخص متوفى يثير العديد من التساؤلات. والطبيب الذي يطلب منه تحرير شهادة الوفاة يمكن أن يكون الطبيب المعالج، ويمكنه أن يتفهم بسهولة النتيجة النهائية والحتمية لمجموعة من الأمراض. ولكن في معظم الأوقات لا يكون على معرفة بالشخص المتوفى، ويتم استدعاؤه من قبل الأقارب أو الشرطة للمشاركة في معاينة الجثة. وهذا يعني فحصها في مكان اكتشافها.

ويشارك في هذه العملية باعتباره مساهما نشيطا في الفريق المتواجد بعين المكان، وخصوصا مختبر الشرطة العلمية.

ويتوجب عليه أن يجيب على الأسئلة التالية:

- ما هو سبب الوفاة وما هي الآليات التي أدت إليها؟
- ما هو شكلها الطبي الشرعي؟
  - هل هناك عناصر توجه بطريقة صحيحة نحو الموت الطبيعي؟
  - على عكس ذلك، هل هناك عناصر اشتباه تشير إلى حدوث موت عنيف؟

عناصر واضحة في مسرح الجريمة.

عناصر تم جمعها خلال تفتيش الجسم.

- ما هي المدة الفاصلة على الوفاة؟
- ما هي هوية المتوفى؟

الطبيب الذي يقوم بالفحص الأولي يجب أن يحرص على عدم التشويش على مسرح الجريمة بتحريك الأجسام عن غير موضعها الأصلي لأن هذا يمكن أن يؤدي إلى إفساد المشهد ومحو بعض معالمه.

وينتهي الفحص الأولي للجسم في قاعة التشريح في ظروف مثالية.

XI. ما هي خصائص التشريح الطبي الشرعي؟

التشريح الطبي الشرعي يتعارض مع التشريح الطبي (في المستشفى، أو العلمي) بمعنى أنه لا يوجد اعتراض محتمل من جانب الأسرة أو أقارب المتوفى مهما كانت الأسباب المقدمة (فلسفية أو دينية...) وحتى لو أظهر هو بحد ذاته في حياته معارضته لتنفيذ عمل مثل هذا.

أهداف هذين النوعين من التشريح ليست كذلك متشابهة. في الواقع، بالنسبة **للتشريح الطبي العلمي**، يتعلق الأمر ب:

- تحديد سبب الوفاة.
- البحث عن وجود علاقة سريرية إمراضية.
- مراقبة فعالية أو فشل العلاج المطبق.
- دراسة التطور الطبيعي للمرض وتحسين فهمه لأغراض علمية أو تعليمية.

بينما يهدف **التشريح الطبي الشرعي** إلى:

- التعرف على الجثة.

- تحديد سبب الوفاة.
- في حالة وفاة عنيفة، إظهار أدلة تؤكد فرضية القتل، الانتحار أو حادث.
- تحديد وقت الوفاة.
- البحث وتقدير الحالة المرضية القبلية.
- تحديد ووصف أي إصابات خارجية أو داخلية.
- توفير العينات اللازمة لإجراء تحقيقات.
- تقديم تفسير دقيق لجميع نتائج التحقيق.

النهج التقني يختلف أيضا بين هذين النوعين من التشريح. في الواقع، التشريح العلمي يمكن أن يكون مركزا حول عضو معين يتم فحصه في حين أن التشريح الطبي الشرعي يجب أن يكون كاملا، فلا يجب ترك أي من الأنسجة دون فحصه. والتحقيق الطبي الشرعي يكون أكثر تعمقا وموجه أيضا لدراسة أماكن اكتشاف الجسم، فحص الملابس، دراسة إشعاعية وحتى السموم ...

يتوجب إجراء التشريح الطبي الشرعي في جميع حالات الوفيات غير الطبيعية الواضحة أو المشتبه فيها، بغض النظر عن المدة الفاصلة بين الحدث المسؤول عن الوفاة والوفاة نفسها، وخاصة في الحالات التالية:

- القتل أو الاشتباه في القتل.
- الوفاة المفاجئة غير المتوقعة بما في ذلك موت الرضع المفاجئ.
- الخوف من وقوع انتهاك لحقوق الإنسان من قبيل اشتباه في التعذيب أو أي شكل آخر من أشكال إساءة المعاملة؛
- الانتحار أو الاشتباه في الانتحار.
- الاشتباه في وقوع خطأ طبي.

- حوادث السير أو الشغل أو الحوادث المنزلية.
- الأمراض المهنية.
- الكوارث الطبيعية أو التكنولوجية.
- حالات الوفاة أثناء الاحتجاز أو المرتبطة بأنشطة الشرطة أو الأنشطة العسكرية.
- بقايا جسم أو هيكل عظمي مجهولة الهوية.

وفي الواقع، يعتبر القاضي الشخص الوحيد القادر على الحسم في إجراء تحقيقات طبية شرعية على جثة.

XII.ما هي مبادئ تنفيذ التشريح الطبي الشرعي؟

قبل أي فحص، لا بد من التحقق من هوية المتوفى والتأكد أيضا من أن صورا فوتوغرافية لجسده أخذت بشكل مناسب؛ ويجب تحديد تاريخ، وقت ومكان تشريح الجثة، واسم الطبيب الذي قام به وأولئك الذين ساعدوه.

1- الفحص الخارجي للجثة :

يعتبر فحص الملابس جزءا أساسيا من الفحص الخارجي، وأي مؤشر وجد وجب وصفه، ويتوجب البحث عن أي علامة لها صلة بتواجد أضرار على الجسم من عدمه.

ويجب أن يتضمن وصف الجثة عند الفحص الخارجي:

- العمر، الجنس، حجم الجسم، الطول، العرق، الوزن، لون البشرة وتواجد علامات مميزة مثل ندوب، وشم وبتر في أحد الأطراف.
- التغييرات الجثية (التصلب، التبرد والرمية ....).
- الوصف والفحص الشامل للرأس وفتحات الوجه (الغشاء المخاطي للفم والأسنان واللسان).
- فتحة الشرج والأعْضاءُ التَّناسُلِيَّةُ الظَّاهِرة يتم أخذ عينات منها بواسطة امتساح في حالة الاعتداء الجنسي.
- الأدلة المادية تحت الأظافر يتم أخذ عينات منها أيضا.

- الإصابات يتم وصفها مع التقاط صور فوتوغرافية لها.
- تقييم الكدمات الجلدية أو تحت الجلدية قد يتطلب شق محلي للجلد (إحداث ثقوب).
- كل إشارة جديدة أو قديمة تدل على تدخل طبي، جراحي أو إنعاشي يتم تدوينها. وعندها، نقرر إذا ما كان هناك ضرورة لإنجاز فحوص إشعاعية أو غيرها.

2- الفحص الداخلي للجثة :

هناك العديد من التقنيات لاستخراج الأحشاء، ولكن الطريقة المتناسبة والتشريح الطبي الشرعي تقتضي فحصا داخليا للإصابات والأعضاء في موضعها ونكمل الفحص بعد ذلك بفصل للكتل طابقا بطابق.

وجب فتح تجاويف الجسم الثلاث (الجمجمة والصدر والبطن). وإذا اقتضى الأمر، يمكن فحص القناة الشوكية وتجاويف المفاصل.

يقتضي فحص ووصف تجاويف الجسم ما يلي: التحقق من وجود غاز (استرواح الصدر)، قياس حجم الانصباب، المظهر الداخلي للجدران، مظهر سطح الأعضاء، ووجود أضرار ونزيف.

تشريح الأنسجة الرخوة والعضلات في منطقة العنق يعتبر جزءا لا يتجزأ من أي تشريح طبي شرعي.

يجب أن يتم فحص وتقطيع جميع الأجهزة وفقا لقواعد ممارسة التشريح الدقيق وشكل الشريحة المحددة. وينبغي أن يشمل دائما فتح جميع الأوعية الرئيسية، القنوات الهوائية العلوية والسفلية، القنوات الصفراوية والحالب. ويتم فتح جميع الأعضاء المُجَوَّفَة بغية دراسة محتوياتها.

وفي الأخير وجب وصف جميع الآفات والإصابات الداخلية بدقة.

XIII. شهادة الوفاة: ما هو دورها؟ كيف تتم صياغتها؟

تتم معاينة الوفاة من طرف طبيب، الذي يقوم بصياغة شهادة الوفاة أو الإملاص. في الغالب، الطبيب المعالج هو من يقوم بكتابة شهادة الوفاة في حالة حدوثها في مستشفى أو في مصحة أما إذا حدثت الوفاة في مكان آخر يتكلف طبيب المكتب البلدي لحفظ الصحة بكتابتها.

في دورية صادرة عن وزارة الصحة بتاريخ يونيو 1995 تم تحديد صيغة جديدة لشهادة الوفاة منقحة مع ترتيب منهجي لملئها بالشكل الصحيح.

كان لتعميم شهادة الوفاة العديد من الفوائد:

- بالنسبة للصحة العامة: يتم تحديد أسباب الوفيات مما يساهم في وضع استراتيجيات وبرامج عمل للسلطات الصحية.
- تساهم في تجديد سجلات الحالة المدنية.
- يقوم موظف الأحوال المدنية بالبلدية التي حدثت فيها الوفاة باستصدار وصل خاص بتسلم شهادة الوفاة - شريطة أن تكون الوفاة طبيعية (وصل الدفن) الذي يعتبر ضروريا للقيام بهده العملية. ويقوم أيضا بتسليم عقد الوفاة الذي يسمح ببداية عمليات الخلافة ويسمح أيضا باستخلاص رؤوس الأموال الخاصة بالمتوفى (التأمين على الحياة، وسداد القروض ...).
- تسليم شهادة الوفاة يخضع لقوانين طبية وقضائية: فهو يعيق الدفن إذا كان يحمل إشارة وفاة غير طبيعية عندها تصبح الجثة، بشكل مؤقت، دليلا في أيدي العدالة ووحده وكيل الملك يمكن أن يأذن في نهاية التحقيق، تسليم الجثة للأقارب لدفنها.

نموذج شهادة الوفاة والإملاص يتكون من جزأين ينفصلان.

الجزء العلوي وهو خاص بالتعريف ويحتوي على معلومات بشأن هوية المتوفى، الإقامة الطبيعية ووقت ومكان الوفاة وما إذا كانت طبيعية أو غير طبيعية.

ويتضمن هذا الجزء رقما (رقم العملية في سجل الوفيات الخاص بالمستشفى أو البلدية)، وهذا الرقم يتم إعادة كتابته في الجزء السفلي الذي يكون مجهول الهوية.

الجزء السفلي هو موجه بالأساس إلى مصلحة الإحصائيات الخاصة بوزارة الصحة.

المعلومات الطبية السرية الواردة في هذا الجزء يجب أن تسجل بعناية ليتم استخدامها بشكل سليم عند تفريغها من طرف المصلحة المعنية بذلك.

لا يتم إدراج هوية المتوفى في هذا الجزء وعلى العكس؛ وجب تحديد بعض المعلومات المتعلقة بالجنس والعمر ومهنة المتوفى ومكان وفاته.

المعلومات الطبية المتعلقة بسبب الوفاة أو الإملاص مهمة جدا. فإذا كانت الوفاة بسبب المرض، لا بد من تحديد السبب المباشر والسبب الأصلي.

وإذا تعلق الأمر بوفاة عنيفة، وجب تحديد طبيعة الصدمة أو الحدث العنيف (على سبيل المثال، تسمم، غرق، حادثة سير...) وشكله الطبي الشرعي.

وجبت الإشارة إلى أن شهادة الوفاة تصبح شهادة إملاص في حالة خروج جنين ميت أتم الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل أو عندما يتعلق الأمر بوليد ميت (مليص).

ج. الجوانب الطبية الشرعية للإصابات

I. الإصابات: كيف يتم تعريفها؟ كيف يتم تصنيفها؟ ما هو دورها الطبي الشرعي؟

تعتبر الإصابات آثارا عضوية وموضوعية، حالية لإصابة حدثت سابقا. وتشمل جميع الآفات الظاهرة على الجسم عن طريق احتكاك أو اصطدام بواسطة سلاح، آلة أو أي جسم كيف ما كان.

كل إصابة يجب أن تفحص على أساس المعايير التالية:

- نوع الإصابة.
- موقعها التشريحي بالنسبة إلى موضعها التشريحي الثابت.
- أبعادها.
- شكلها.
- اتجاهها.
- عمقها.
- جديدة أو قديمة.

في الغالب، عندما يقوم الطبيب بتقديم الرعاية إلى الجرحى، لا يهتم كثيرا للأسباب الحقيقية وراء الصدمة وظروف حدوثها، وعلى العكس فالقاضي، يهتم كثيرا للإصابات الناجمة عن تدخل طرف آخر، لأنها تشكل:

- إما العلامات المادية المكونة للجريمة.
- وإما الدليل على حصول ضرر قابل للتعويض.

لهذا فإن القاضي يرغب في الحصول على معلومات من الطبيب عن طرق دراسته لهذه الإصابات؛ وقد تكون هذه المعلومات على شكل:

- طبيعة الإصابة: رض، جرح، الخ ...

- أصلها : نوع أداة الجريمة، الحدوث قبل أو بعد الوفاة.
- طريقة حدوثها : ضرب الجسم بأداة الجريمة أو وقوعه عليها.
- ظروف الإصابة: قتل، انتحار، حادث.
- الآثار المترتبة عنها في موضع وقوعها والجسم بصفة عامة:
  - عجز عن العمل الشخصي (ع.ع.ش) بالنسبة لضحية حي.
  - العلاقة السببية بين الإصابة والوفاة إذا حدثت في أعقاب الصدمة.

ويمكن تصنيف الإصابات أيضا وفقا لعدة معايير:

1- تصنيف تشريحي باثولوجي:

وعليه فإننا نجد:

- السحجات.
- الرضوض.
- الجروح.
- الحروق.

2- تصنيف حسب نوع أداة الجريمة:

نجد :

- **الإصابات الناجمة عن أداة راضة:**
  - سحجات.
  - كدمات.

- ورم دموي.
- الجروح الرضية.
- هرس وسحل.
- الكسور.

- **الإصابات الناجمة عن سلاح أبيض:**
  - جروح بواسطة أداة واخزة.
  - جروح بواسطة أداة قاطعة.
  - جروح بواسطة أداة واخزة وقاطعة.
  - جروح بواسطة أداة قاطعة وراضة.
- **الإصابات الناجمة عن قذيفة الأسلحة النارية:**
  - إصابات بواسطة أسلحة تطلق قذيفة.
  - إصابات بواسطة أسلحة تطلق الرصاص.
- **الإصابات الناجمة عن العوامل الفيزيائية والكيميائية:**
  - الحروق الحرارية والكيميائية.
  - الحروق الكهربائية.
  - آفات بسبب البرد.

3- تصنيف وفقا لطبيعة الرضح: مغلق أو مفتوح

نميز :

- **الرضوح المغلقة:**

- السطحية: كدمات.
- المتوسطة أو العميقة: ورم دموي.
- العميقة جدا: إصابة العظام، إصابة الأحشاء.

- **الرضوح المفتوحة:**

- السطحية: السحجات.
- المتوسطة أو العميقة: جرح بحدود واضحة أو جرح رضي.

II. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للرضوض؟

تعتبر الرضوض من الإصابات الأكثر شيوعا وتنتج بواسطة أدوات صلبة (عبارة عن جسم أملس، غير حاد ولا ثاقب) وتعتمد على الكتلة والسرعة.

أ- الكدمات :

الكدمة عبارة عن انسياب للدم داخل الأنسجة نتيجة تمزق الشعيرات الدموية بفعل الجسم الراض، ما يؤدي إلى ارتشاح دموي للأنسجة.

ويعتمد مداها على:

- شدة القوة الممارسة على المنطقة التشريحية المتضررة.
- توعِّ المنطقة التشريحية المتضررة.
- رخاوة الأنسجة المصابة.

- صلابة المستوى السفلي للمنطقة التشريحية المصابة.

ويمكن أن تأخذ الكدمة شكل الجسم الراض (على سبيل المثال، كدمة طويلة تشير إلى اعتداء بالعصى).

تعتبر الكدمة آفة متطورة، فلونها يتغير حسب التسلسل الزمني لتكون الصفراء محليا، اعتمادا على تدهور الهيموجلوبين، مما يسمح بتحديد تأريخ تقريبي للإصابة.

وبالتالي، يكون لونها أحمر أرجواني إلى أسود في اليوم الأول ثم يتحول إلى بنفسجي في اليوم الثاني والثالث، ثم أخضر ابتداء من اليوم العاشر ليبدأ في التلاشي من الجوانب في غضون أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

ولكن هذا التسلسل الزمني متغير جدا. وعلى العموم، الشيء الوحيد المؤكد هو أن أي كدمة صفراء اللون لا يقل وقت تكونها عن ثماني عشرة ساعة. وكذلك، إذا لوحظت عدة كدمات، بأحجام وأماكن متشابهة، ولها ألوان مختلفة، فلا يمكن أن تكون قد تكونت في نفس الوقت.

في غالب الأحيان، تتموقع الكدمة في موضع الرض ولكن يمكن أن تغير موضعها تحت تأثير الجاذبية (على سبيل المثال كدمة في فروة الرأس ينتج عنها ما يسمى العين السوداء)، وعلى طول اللفافة العضلية (على سبيل المثال ضربة في جذر الفخذ قد تكشف عن وجود كدمة في الثلث الأوسط منه). ويكون وقوعها متكررا في حالة اضطراب تخثر الدم (كدمات متككرة في حالة التعاطي المزمن للكحول) أو بالنسبة لكبار السن نظرا لترقق الأنسجة الضامة المحيطة بالأوعية (كدمات خرف أو شيخوخية). الامتداد الكامل لكدمة أو حتى تواجدها قد لا يكون واضحا خلال الفحص الخارجي البسيط للجثة، الأمر الذي قد يتطلب إحداث ثقوب أثناء تشريحها، خصوصا في مواضع الكدمات.

ويجب التمييز بين الكدمات والزرقة الجيفية وبقع التعفن، بحيث أن الزرقة الجيفية أو الجثية ليس لها طابع نزيفي عند إحداث ثقوب. ويجب أيضا أن تميز عن الفرفرية (آفات نزيفية منتشرة) التي يمكن أن تكون لها علاقة بباثولوجيا طبية.

في الغالب من الصعب جدا إحداث كدمات بعد الوفاة إلا في حالة صدمة بقوة كبيرة في منطقة الرمية ويعتبر الفحص الهيستوباثولوجي و/أو الكيميائي الهيستولوجي المناعي ذو أهمية كبيرة بحيث يسلط الضوء على وجود سمات التهاب أو وجود الهيموسيديرين، مما يؤكد أن الكدمة حصلت قبل الوفاة.

ب- الورم الدموي:

يعتبر الورم الدموي رضّا من الدرجة الثانية؛ وهو عبارة عن تجمع للدم في جوف حَديثُ التَنَسُّج. وهذا يعني أن انصباب الدم يكون بكمية كبيرة، ما يسمح له بإبعاد الأنسجة وإنشاء جوف حديث. ويتكون الورم الدموي عادة نتيجة تَمَزُّقِ رَضْحِيّ للأوعية الدموية الكبيرة المقاس أكثر من تمزق الشعيرات الدموية، ولا يحدث بالضرورة نتيجة رضح. ويمكن أن يتكون أيضا نتيجة مضاعفات نزفية لباثولوجيا طبية (على سبيل المثال، تشكل الورم الدموي خَلْفَ الصِّفاق بعد تمزق في أَمِّ الدمِ في الأبْهَر البَطْنِي).

تطور الورم الدموي يكون خلال مدة أطول من مدة تطور الكدمات، ويمكن أن يؤدي إلى تَكَيُّسٍ دائم أو عدوى إضافية.

ويمكن أيضا أن يكون سببا مباشرا للوفاة، ولا سيّما عند تواجده داخِلَ القِحْف (الوَرَمُ الدَّمَوِيُّ تَحْتَ الجافِيَة أو خارِجَ الجافِيَة)، أو في حالة ِانْحِجَاز كميات كبيرة من الدم (تَدَمِّي الصِّفاق، تَدَمِّي الجَنْبَة...).

ت- الهرس والسَحْلُ:

يمكن اعتبار الهرس والسحل رضوضا من الدرجة الثالثة، وغالبا ما نجدهما مرتبطان بجروح، ولكن اختلافهما عن باقي أنواع الرضوض يتمثل في درجة التأثير على الصحة العامة (مُتَلازِمَة هرْسِيَّة: حالة صدمة مع انْحِلال الرُّبَيْدَات وقُصور كَلَوي حاد) وأهمية الأداة الراضة (على سبيل المثال: الدفن تحت الأنقاض).

يمكن أن نلاحظ خِلَعً رضحية مع فقدان للمادة النسيجية نتيجة انفصال رضحي للأنسجة (على سبيل المثال: اصطدام أحد المشاة بواسطة عربة سيارة).

ث- الكسور:

تدل الكسور على حدوث صدمة عنيفة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وتكون مصحوبة أو لا بآفات كالكدمات، الأورام الدموية أو الجروح (الكسور المفتوحة).

III. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للسحجات؟

السحجة (المرادفات : تآكل، خَدْش، خَمْش، جرح سطحي، جُرْح فِي الوَجْه) هي إصابة سطحية تتميز بفقدان الطبقة الظهارية من سطح الجلد. وتحدث السحجات عن طريق آليتين:

- قوة الاحتكاك المماسية على الجلد أو بواسطة أداة ذات سطح خشن.
- صدمة عمودية على سطح الجلد وتعكس شكل الأداة المسببة (على سبيل المثال، طباعة شكل الإطارات على الجلد خلال اصطدام بواسطة عربة سيارة).

تتميز السحجات بأنها لا تنزف إلا إذا كانت الصدمة على أدمة غنية بالأوعية وكما قلنا يمكن أن تعكس شكل الأداة الراضة وخصوصا بالنسبة للآلية الثانية.

ويمكن في بعض الأحيان أن نستنتج من خلال دراسة متأنية للسحجة اتجاه قوى الاحتكاك : وجود تراكم لمياسم بشروية في إحدى النهايتين يشير إلى آخر نقطة اتصال للأداة الراضة مع الجلد.

تجف السحجات وتأخذ مظهرا مجعدا ومصفرا بعد الموت، وفي حالة حدوثها بعد الموت، يكون تطورها أيضا بنفس الطريقة. وبالتالي فمناطق السحجات الجافة ليست علامات خاصة بآفات عنيفة حيوية.

هناك أشكال خاصة للسحجات:

- الخدوش، وهي عبارة عن تسحجات سطحية، وتعتبر علامات مكافحة. وتتواجد في الغالب عند المعتدي والضحية، خصوصا في منطقة العنق في حالة الخنق اليدوي، ما يشكل«السمات الظفرية ».
- العضات وهي عبارة عن سحجات متكدمة (عندما تكون شديدة، فإنها يمكن أن تأخذ شكل جروح رضية)؛ وهي شائعة في حالات الاعتداء الجنسي.

IV. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للجروح؟

الجرح هو تفريق الاتصال النسيجي (جلد، عضو) ويمكن أن يكون الجرح:

- بسيطا، بحواف واضحة، دون تدمير للأنسجة (مثال: جروح بواسطة السلاح الأبيض.)

- رضيا، عندما يكون مصاحبا بضربة شديدة القوة، وله حواف متعرجة في غالب الأحيان.

يكون الجرح الرضي محاطا بمنطقة متكدمة، ويتكوّن عندما تكون الصدمة ب/أو على أداة راضة فقط أو أداة راضة وقاطعة (مثل الفأس) تتجاوز سعة المقاومة المرنة للجلد والنسيج تحت الجلدي. وبالتالي فنحن نتكلم عن تمزق رضحي.

كثيرا جدا، ما يتم العثور على الجروح الرضية في المناطق التي توجد فيها بنيات عظمية في المقابل (الوجه، فروة الرأس، الركبتين والمرفقين ...)؛ لأن الأنسجة يتم سحقها بصورة خشنة ضد السطوح العظمية في وقت الصدمة الرضحية.

V. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للجروح بالسلاح الأبيض؟

وتسمى بالأسلحة البيضاء نظرا للمعانها المعدني. وتعتبر الأسلحة الأكثر استعمالا خلال جرائم القتل في سياقنا، وهي إما واخزة و/أو حادة.

دراسة الجروح باستعمال السلاح الأبيض تعتبر ذات أهمية بالغة لأنها تسمح بتحديد مجموعة من المعطيات من بينها، خصائص السلاح المستعمل وقصدية المعتدي.

والجروح التي تسببها هذه الأسلحة تعتمد كثيرا على:

- طبيعة السلاح المستعمل.
- المكان المصاب (سمك الأنسجة، البنيات النسيجية المستبطنة...).
- الطريقة التي تم بها ضرب الضحية.

ومنه نميز :

1- الأدوات الواخزة:

مثلا: سيف، مقص، مفك، كسارة الثلج، سهم...

تتميز هذه الأدوات بقوة اختراق هامة نظرا لصغر مساحة التقائها مع جسم الضحية، بحيث تتوفر على رأس مدبب حاد ويكون عمق الجرح المحدث بواسطتها يفوق طوله الخارجي، وبالتالي، فإنها تتسبب في جروح بمساحات صغيرة ولكنها شديدة العمق.

يعتمد شكل جُرْحْ المَدْخَل على شكل السلاح المستعمل، وقطره في الغالب يكون أقل من قطر السلاح بسبب انكماش الجلد.

وإذا كان السلاح بدون حواف حادة، فإن الجرح يأخذ عادة شكل فلح موجه في نفس اتجاه الألياف المرنة على سطح الجلد.

أما إذا كان السلاح بحواف حادة أو يتوفر على طرف شيء ما كليل، فإن الفتحة تأخذ شكلا نجميا أو تكون على شكل فقدان غير منتظم للمادة النسيجية.

2- الأدوات القاطعة:

ونذكر على سبيل المثال: شفرة حلاقة، قاطعة، سكين ...

تحدث شقوق هذه الأدوات (تمزقات)، ويكون طولها أكبر من عمقها، وتعتبر قليلة الخطورة مقارنة بخطورة الإصابات الناجمة عن الأدوات الواخزة والقاطعة؛ ولكن، يمكن أن تكون مميتة خصوصا عندما تكون الإصابات في مواقع كالرقبة أو الرسغ. وتأخذ عادة حواف الجرح شكلا حادا وصريحا ما لم تكن الشفرة كليلة أو متكسرة.

وعلاوة على ذلك، فالتمزقات تنتهي في بعض الأحيان بشكل مائل (علامة ذنب الفأر)، مما يعطي صورة على اتجاه الضربة. وهذا الشكل يمكن أيضا، أن نجده في بداية التمزق.

تقوم الأدوات الحادة بقطع الأنسجة إما عن طريق حافتها الحادة (الأسلحة اليدوية الخفيفة) أو بواسطة وزنها (الأسلحة الكبيرة الحجم)، وفي هذه الحالة، يتعلق الأمر بالأدوات الحادة والراضة مثل الفؤوس، المجارف، المناجل التي تفصل الأنسجة أساسا عن طريق الضغط أكثر من القطع، وهو ما يعطي ذلك الشكل الرضي للجرح، مع إمكانية حدوث كسور عميقة.

3- الأدوات الواخزة والقاطعة:

مثلا: سكين برأس مدبب، خنجر...

تتوفر الأدوات الواخزة والقاطعة على حواف ذابحة، ورأس مدبب. وعندما يتم استخدامها بشكل عمودي على الجلد، تمر من خلال الأنسجة عبر إحداث ثقب فيها وقطعها.

ولكن، عندما يستخدم السلاح بشكل مماسي على سطح الجلد بواسطة حافته الحادة، فإننا نلاحظ جرح على شكل شق أو قطع، وهو نفس الجرح الناتج عن استعمال الأدوات الحادة؛ وبالتالي فنفس الأداة يمكن أن تحدث نوعين من الإصابات.

وسنقتصر في هذا الفصل فقط على دراسة الجروح الناجمة بسبب الخاصيتين القاطعة والواخزة للأداة.

إذا كانت الأداة تتوفر على طرف حاد واحد، نشاهد عندها جرحا بطرفين غير متناظرين؛ بحيث يكون أحد الأطراف حاد، ويتشكل بواسطة طرف السلاح الحاد، أما الطرف الآخر المقابل فيتشكل بواسطة كعب السلاح ويكون دائريا ورضيا. أما إذا كانت الأداة المستعملة ذات طرفين حادين، عندها نشاهد جرحا بطرفين حادين.

ويعتمد شكل الجرح على المنطقة المطعونة. فعند إحداث جرح بطريقة موازية لخطوط توتر الجلد، يكون شكله مشوها قليلا. أما إذا حدثت الطعنة بطريقة عمودية لهذه الخطوط، فإن الجرح يكون واسعا، ولكن أصغر طولا.

ويمكن أن يكبر طول الجرح عن طريق اختراق أو إزالة النصل بطريقة مائلة. ونشير أيضا، أن الجرح يكون غير منتظم إذا قام الجاني أو الضحية بتحريك الأداة داخل الجرح، وهو ما يحصل في الغالب في ديناميكية العدوان.

أما العمق المقدر للجرح أثناء القيام بتشريح الجثة، قد يكون أقل من طول النصل إذا لم يدخل بكامله. ويمكن أن يكون العمق مساويا لطول النصل. وقد يكون أعمق مما يجعل تقدير طول النصل أمرا صعبا، ويحصل هذا إذا وقع اندفاع بالمنطقة المطعونة (على سبيل المثال، جدار البطن).

VI. ما هي أدلة الجروح الإجرامية "الجنائية" والجروح المحدثة ذاتيا "الانتحارية"؟

1- أدلة الجروح المحدثة ذاتيا:

- نجد الجروح في المناطق التي يمكن الوصول إليها فقط، وتبدأ من اليسار عند الشخص الأيمن.
- الإصابات المتعلقة بالتشويه الذاتي عادة ما تكون متعددة، وسطحية، وتحاول تجنب المناطق الحساسة جدا أو التي تعتبر خطرة مثل الرقبة والرسغ، والمثلث الفخذي.
- الجروح المتعلقة بحالات الانتحار غالبا ما تكون متعددة، ولكن فقط جرح واحد أو اثنين نهائيين يكونان عميقان. وتتواجد في الغالب على الجانب الأمامي للمعصمين والمرفقين والرقبة والنَّاحِيَةُ الصَّدْرِيَّة...
- وبالنسبة للذبح الانتحاري، يبتدئ الجرح من الأعلى في المنطقة اليسرى للعنق عند الأيمن ونشاهد أيضا في الغالب عند بداية الخط جروح صغيرة سطحية تسمى جروح التردد.
- وغالبا ما تكون الملابس مرفوعة قبل مرور السلاح. وإذا ما حدثت الوفاة، يتم العثور على السلاح في مكان الحادث.

2- أدلة الجروح الإجرامية:

- يمكن أن نجد الجروح في جميع المناطق بما فيها تلك التي لا يمكن للضحية الوصول إليها.
- تكون الجروح أكثر وضوحا وعمقا، وأقل عددا - فيما عدا الجرائم الجنسية أو العاطفية، بحيث قد تكون متعددة، ومتمزقة – ونجد أيضا في بعض الأحيان جروحا ناجمة عن محاولة الدفاع عن النفس أو دفاعية على مستوى الحواف الزندية للساعدين واليدين.
- في حالة الذبح الجنائي، يمكن أن يتواجد الجرح في منطقة منخفضة من العنق، ويكون في الغالب أكثر عمقا في الجانب الأيسر.
- أما فيما يخص الملابس، فالجاني لا يهتم لها ويمرر السلاح دون مبالاة. وهذا الأخير، لا يتم العثور عليه بالضرورة في مكان الحادث.

VII. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للحروق؟

نميز بين نوعين من الحروق، وتكون ناجمة إما عن عوامل فيزيائية أو كيميائية.

1- حروق ناجمة عن عوامل فيزيائية:

وتشمل الحروق الحرارية الناجمة عن تأثير النار والحرارة، والحروق الكهربائية، والحروق الناجمة عن الأشعة المؤينة، وتحدث في غالب الأحيان بطريقة عارضية، ومن النادر أن تقع بدافع انتحاري (إحراق الشخص لنفسه) أو إجرامي (التعذيب، إخفاء جريمة قتل عن طريق إحداث حريق).

يختلف شكل الحروق الحرارية حسب شدة خطورتها: حمامي، نفاطة، خُشَارَةٌ أو تفحم. وتكون غالبية الوفيات التي تحدث أثناء وقوع حريق في مكان مغلق ناجمة عن استنشاق غاز أحاديُّ أكْسيدِ الكَرْبُون أو الغازات السامة الأخرى مثل سيانيد الهيدروجين، وليس عن طريق الحروق الجلدية التي قد لا تتواجد أصلا. وأما مرحلة التفحم، يكون حدوثها غالبا بعد الموت. وتواجد سُخَام وحروق على مستوى الأغشية المخاطية للمسالك الهوائية يدل على استمرار استنشاق الضحية للهواء في مكان الحريق.

عند وقوع تماس كهربائي مديد أو عندما يتعلق الأمر بتيار شديد الفولتية، يمكن أن نلاحظ حروقا ممتدةً وخطيرة. وإذا كان الجلد مُخْضَلا، أو منطقة التماس واسعة جدا (الجسم المكهرب يتواجد وسط الماء)، لا نجد آفات على جسم الضحية.

وكقاعدة عامة، يمكن أن نلاحظ علامة كهربائية بؤرية غير ظاهرة في بعض الأحيان، نجدها عند نقطة دخول التيار الكهربائي، وكثيرا ما نعثر عليها على مستوى اليدين؛ ويتعلق الأمر في الغالب بآفة جلدية من نوع فقاعة، قياسها من بعض المليمترات إلى عدة سنتيمترات، ويحيط بها تاج من الجلد يكون لوه شاحبا بسبب تَضَيُّق موضعي للأوعِيَة. ويمكن أيضا أن يظهر هذا النوع من الحروق الكهربائية في شكل منطقة مضغوطة، جافة ومتجعدة.

وتعتبر الحروق الناجمة عن الأشعة المؤينة نادرة جدا، ولها طبيعة خاصة من حيث تطورها وعمقها. وسَبَبِيَّاتها تبقى دائما معروفة: حوادث عِلاجِيُّة المَنْشَأ والحوادث المهنية.

2- حروق ناجمة عن عوامل كيميائية:

وهي حروق ناجمة عن تأثير مواد أكالة (القواعد والأحماض). بحيث تحدث المواد الكاوية حروقا حول الفم تظهر بلون بني إذا كانت المادة المبتلعة حمضية وأبيض إذا كانت قاعدية. وتحدث القواعد القوية آثارا مدمرة لاسيما في المريء في حين أن الآثار المدمرة للأحماض القوية تلاحظ على مستوى الانحناء الصغير للمعدة.

التفحم لا يحدث أبدا نتيجة الحروق الكيميائية. ولكن في كثير من الأحيان بعض مظاهر النزيف أو بعض الطبوغرافيا المعينة تحيل على هذه السَّبَبِيَّات.

VIII. ما هي الأسلحة النارية المصادفة وكيف يتفاعل الطلق مع الهدف؟

1- الأسلحة المصادفة:

- **الريفولفر:**

وهو عبارة عن سلاح يدوي متكون من ماسورة ثابتة وطاحونة دوارة تتكون من عدة غرف.

- **المسدس النصف آلي:**

وهو مسدس يدوي مجهز بشاحن، ويدرج عادة داخل قبضة اليد.

- **المسدس الآلي أو المسدس الرشاش (الرشاش) :**

ويتعلق الأمر بسلاح مجهز بشاحن ويُمَكّن من إطلاق النار بطريقة متواترة مادام الأصبع موضوعا على الزناد.

- **الأسلحة الحربية (البنادق والبنادق القصيرة):**

تُمَكّن من إطلاق النار بطريقة متواترة أو مجزأة؛ ويبقى خطرها قائما حتى على بعد مئات الأمتار. يكون الطلق عادة طويل الشكل وضيقا وله رأس مدبب.

- **أسلحة الصيد:**

ونجد صنفين من هذه الفئة:

- البنادق الخفيفة الخاصة بالصيد ذات ماسورة محززة، تطلق رصاص له قوة توقف كبيرة.
- بنادق الصيد ذات ماسورة ملساء، وتطلق أساسا خراطيش رصاص.

2- الذخيرة:

تتشكل الخراطيش من أربعة عناصر:

- **دواية الذخيرة أو غلاف الخرطوشة:**

وهي عبارة عن اسطوانة تصنع عادة من النحاس وتعتبر سنداً لجميع عناصر الخرطوشة.

- **كبسولة القدح:**

ويسمح قرع كبسولة القدح باحتراقها وبالتالي إشعال المادة المتفجرة. وتتألف كبسولة القدح من بيروكسيد الرصاص، وكبريتيد الأنتيمون أو نترات الباريوم؛ والبحث عن هذه العناصر (وتسمى بقايا الطلق) على أيدي وملابس مطلق النار المزعوم تسمح بإثبات أو نفي ذلك.

- **الشحنة الدافعة:**

وهو مسحوق بيروكسيلي أساسه النيتروسليلوز. واحتراقه يعطي طاقة حركية للقذيفة.

- **البندقة أو الطلق أو العامل الجارح:**

ويشكل الطلق العنصر المدفوع من خلال الماسورة لحظة إطلاق النار وموجه ناحية الهدف. ويتعلق الأمر بأعيرة مختلفة : معدنية، رصاص الصيد، عيار مطاطي، خشبي أو من الورق المقوى؛ ويمكن تقسيمها إلى قذائف وحيدة الطلق ومتعددة الطلق.

- **القذائف الوحيدة الطلق:**

ويتعلق الأمر بطلق من الرصاص أو في كثير من الأحيان بمزيج من الرصاص، الأنتيمون والقصدير، وغالبا ما تكون مصفحة لاحتوائها على غلاف من النحاس أو النحاس المطلي بالنيكل.

ونظرا لشكلها وطريقة صنعها، قد تكون هذه القذائف ذات قوة اختراق عالية (رصاص مخترق) أو تكون قابلة للتمدد (على سبيل المثال، طلق برأس مدبب يكبر عند تماسه مع الهدف، ما يعطيه القدرة على إيصال جزء كبير من طاقته الحركية) أو أن تكون متقلبة (يزيد تأثيرها الجارح بعد الإصابة) أو أن تكون قابلة للتجزيء (كل جزء يتصرف باعتباره قذيفة مستقلة بحيث أن المسار يكون عشوائيا).

- **القذائف المتعددة الطلق:**

تكون في الغالب عبارة عن تجميع لرصاصات كروية في غلاف من الورق المقوى أو من البلاستيك، وتوجه لصيد الحيوانات الصغيرة، بحيث تتموضع بين الشحنة الدافعة وحبيبات الخردق حشوة من الفلين أو اللباد البلاستيكي، وتعمل على دفع حبيبات الخردق. ويمكن أن نجد هذه الحشوة في جرح الدخول أثناء الرمي على مسافة قصيرة.

3- تأثير الطلق على الهدف (الآفات الباليستية)

خطورة الرضح الباليستي تعتمد على موقعه ومدى تدمير الأنسجة، وهذه الأخيرة لها علاقة بالطاقة المبددة في الأنسجة المصابة.

والقذائف الحالية صممت لتحقيق هذه القوة التدميرية من خلال الزيادة في سرعتها، وخصوصا عن طريق خاصية التقلب، التجزيء أو التمدد.

ويحدث عبور القذائف للأنسجة نوعين من الأجواف:

- الجوف الدائم ويمثل الحجم التالف نظرا لمرور القذيفة.

- الجوف المؤقت ويمثل الحجم المنشأ بسبب التوسع المؤقت، وبشكل نابذ، للأنسجة مباشرة بعد مرور القذيفة. ويختفي بشكل كبير إذا كانت الأنسجة مرنة. ويعتبر ضاراً إذا تعلق الأمر بالكلى أو الكبد أو الطحال أو المخ.

IX. ما هي الجوانب الطبية الشرعية للإصابات بالأسلحة النارية؟

الفحص المتأني للفوهات الباليستية ضروري لتصنيفها من أجل تحديد جرح الدخول أو الخروج ولتقدير مسافة الرمي ومسار القذيفة. وهذا يسمح بتقدير مواقع مختلف أطراف النزاع وقت وقوع الجريمة، ولتنوير المحققين حول ما إذا كان احتمال فرضية الانتحار مؤكدا أو محتملا أو معقولا أو مستحيلا.

ويتوجب القيام بفحص إشعاعي للأجسام المصابة، وبالتالي إما نجد القذيفة ظاهرة (كاملة أو مجزأة) أو غير موجودة (وغالبا ما تترك آثارا معدنية).

ويجب أن تقاس الجروح بدقة كبيرة مع حساب المسافات بين الجروح وأخمص القدم والخَطُّ النَّاصِف.

وأثناء فتح الجثة، يجب أن تطغى الملاحظة بالدرجة الأولى على التشريح ويجب أن تُتَمَّمَ المسارات بواسطة عصي ويتم تصويرها في أبعادها الثلاثة.

1- جرح دخول الرصاصة:

عادة ما يكون من السهل العثور عليه. ولكن لا يجب إغفال بعض المواضع اللا نمطية مثل الفوهات الطبيعية والنواحي الإبطية...

ويعتمد شكله على زاوية الرمي ومسافة الرمي:

- يكون دائريا في حالة رمي عمودي.
- بيضوي في حالة رمي مائل.
- ملامسا في حالة رمي مماسي.

واعتمادا على مسافة الرمي، نجد:

- **الرمي على بعد مسافة متوسطة :**

ويوصف من الداخل إلى الخارج:

- الفوهة الرئيسية: تكون دائرية، واضحة، وقطرها أضيق قليلا من قطر القذيفة.
- طوق المسح: وهو ناتج عن مسح الطلق لما يعلق به من دهون وجسيمات الرصاص على الجلد العاري. وإذا اعترضت الملابس الطلق، سيتشكل على الملابس فقط ولن نجد الطوق على الجزء الداخلي للفوهة. ويأخذ هذا الطوق لونا أسودا، واصم لجرح الدخول.
- طوق التآكل الجاف« الطوق السجحي » : عبارة عن سحج على البشرة ذو لون بني ناجم عن احتكاك القذيفة التي تصيب الجلد وتثقبه، وتجعد الطوق في غضون الساعات التالية يجعله مرئيا، وهو من العلامات الخاصة بجرح الدخول.
- كُفَّة كدمية جلدية عميقة، مُتَراكِزة، غير واضحة.
- منطقة الوشم، وهي عبارة عن انغرازات مُنَقَّطَة لحطام حبيبات مسحوق البارود، الغير محترقة أو المحترقة بشكل غير كامل في الجلد حول جرح الدخول. ويكون لونها أحمرا بنيا ولا يمكن مسحها عن طريق الغسيل العادي. وغيابها يميز الرمي من مسافة طويلة (ابتداء من متر واحد إلى متر ونصف).

- **الرمي القريب:**

ويتميز بالإضافة إلى ما تم ذكره في الرمي على بعد مسافة متوسطة، بوجود **منطقة الدخان** أو **التظليل** وتكون محيطة؛ وناجمة عن ترسب ذرات الفحم ويكون لونها إما رماديا أو أسود، ويمكن إزالتها عن طريق الغسيل أو المسح. ولا يمكن أن نجد منطقة الدخان إلا إذا كانت المسافة قصيرة بما فيه الكفاية (عادة أقل من 30 سنتيمتر).

وإذا كانت المسافة قصيرة جدا، يمكن أن نجد في بعض الأحيان حروقا ناجمة عن الشعلة الخارجة من الماسورة.

- **الرمي الماس المستند:**

في هذه الحالة، يمكن أن نجد بصمة فوهة الماسورة مطبوعة على الجلد، مما يسمح في بعض الأحيان من تحديد نوع السلاح. والتفتيش المتأني لفوهة الماسورة يمكن أن يظهر تواجد جزيئات بيولوجية (الدم، والشعر ...).

ويتميز هذا الرمي بشكل أساسي بتواجد جرح دخول نجمي في الغالب مع إنشاء غرفة سوداء واسعة مخيفة بسبب حصول انفصال تحت جلدي ناجم عن غازات الاحتراق التي تبحث عن مخرج. ويحتوي هذا الجوف المتكون، على حطام احتراق البارود وحبيبات البارود الغير محترقة (والتي عادة ما تترسب حول الفوهة وليس داخلها عند الرمي من مسافة أبعد).

- **الرمي الماس الغير مستند:**

يحدث آفات مماثلة للرمي القريب لأن الماسورة ستتراجع عند الضغط على الزناد. ولهذا فغازات الاحتراق ستكون قادرة على الخروج والترسب على الجلد. وسوف يكون لجرح الدخول شكل دائري، ولكن سيكون محاطا بمنطقة تظليلية نموذجية.

2- جرح خروج الرصاصة:

عموما، يكون شكلها أكبر من جرح الدخول، غير منتظم ونجمي، دون فقدان للمادة الجلدية إلا في حالة استخدام قذائف قوية جدا. وبالتالي فمن الممكن إغلاق الأطراف الجلدية للفوهة.

لا يتوفر لا على طوق المسح، ولا على طوق التآكل ولامنطقة الوشم ولا منطقة الدخان.

يمكن أن يكون عدد فوهات الخروج أقل، أو مساو أو أكبر من فوهات الدخول.

ويمكن تحديد اتجاه الطلق الذي يقوم بثقب الجمجمة من خلال مظهر فوهات العظام. وتكون فوهة دخول العظام إما مستديرة أو بيضاوية، بحواف واضحة حادة على مستوى اللَّوْحَة الخَارِجِيَّة وتظهر على شكل مخروط مفتوح نحو الداخل في الجانب الداخِلِي للقِحْف. أما فوهة الخروج العظمي فتكون بشكل حاد على الجانب الداخِلِي للقِحْف وعلى شكل مخروط مفتوح في الجانب الخارجي له.

3- الإصابات الناجمة عن قذائف متعددة الطلقات :

تقوم الخردقات بالقيام بدور رصاصة ككتلة واحدة ثم تتفرق. وبالتالي فإن مظهر جرح الدخول يكون عموما شبيها بفوهات الدخول التي لوحظت مع قذيفة وحيدة الطلق في حالة الرمي الماس، القريب أو على مسافة متوسطة. وبقدر ما تكبر مسافة الرمي تصبح حواف الجرح أكثر خشونة وأكثر تمزقا وتكون محاطة أكثر فأكثر بحبات خردق مبعثرة.

تكون في معظم الحالات فوهات الخروج غائبة، ولا يمكن تحديد مسافة الرمي بدقة إلا إذا قمنا بالمقارنة مع نفس نوع السلاح ونفس نوع الذخيرة.

وعندما يتم القيام برمي ماس مستند على الجمجمة، فإن وقع الضغط الناجم عن الغازات يحدث انفجارا مع فقدان مهم للمواد النسيجية والعظمية.

د. الاختناقات الميكانيكية

I. كيف يمكن تعريف الاختناق؟

الاختناق هو مصطلح عام وهو من بين الأسباب المتعددة للوفيات، سواء كان طبيعيا أو عنيفا، بحيث أن معظم الميكانيزمات التي تسبب الوفاة تنبني على أساس هذا المفهوم الفيزيوباثولوجي.

ويعني الاختناق، إيصال كمية غير كافية من الأكسجين للأنسجة، وهذا النقص يمكن أن ينتج بشكل عام بسبب:

- إما انخفاض الأكسجين في الهواء المتنفس؛
- إما باستبدال الأكسجين بغاز آخر أو مادة أخرى؛
- وإما بتواجد حاجز أمام دخول الهواء في المسالك التنفسية.

التنفس النسيجي السليم يتطلب:

الهواء المستنشق

+

سالكية المسالك الهوائية

+

سلامة الجهاز التنفسي: الحاو ومحتوياته

+

سلامة الزوجان الدم والأوعية الدموية

+

سلامة الجهاز التنفسي النسيجي

ومن هنا يمكن أن نحدد الأسباب المختلفة لنقص التَّأكْسُج:

- نقص في الهواء المحيط : الارتفاع، احتواء شخص مع استبدال الأكسجين بثاني أكسيد الكربون أو استبدال الأكسجين بغاز خامل.
- انسداد الفتحات الخارجية للوجه، وانسداد داخلي أو خارجي للمسالك الهوائية العليا.
- إصابة ميكانيكية التنفس: عرقلة تمدد الرئة.
- أمراض الرئة؛ ما يؤدي إلى انخفاض وظيفة غشاء السنخية الشعرية: الالتهاب الرئوي الممتد.
- أمراض نقل الأكسجين: انخفاض وظيفة القلب، فقر الدم وتغير في جزيء الهيموغلوبين.
- أمراض الأنسجة المحيطية: تثبيط السلسلة التنفسية (بعض التسممات).

II. ما هي المظاهر السريرية للاختناقات الميكانيكية؟

الاختناقات الميكانيكية هي الحالات التي يتواجد فيها عائق خارجي يحول دون دخول الهواء إلى الرئتين، الأمر الذي يدخل في مجال اختصاص الطب الشرعي، خلافا للاختناقات المتعلقة بالحالة الداخلية للجسم. وتشمل الاختناقات الميكانيكية: كتم النفس،الشّنق، الخنق والغرق.

وتمر الاختناقات الميكانيكية عادة عبر ثلاث أدوار تدريجة نذكرها على الشكل التالي:

1) دور حسي عصبي ويتميز بحصول اضطرابات مختلفة على شكل طنين، دوار، احتقان، تسرع التنفس، تسرع القلب، تعرق غزير ثم إغماء.
2) دور الاختلاجات بسبب حصول إثارة قشرية نخاعية يمكن أن تؤدي إلى حدوث إصابات ناجمة عن الضحية نفسها.
3) ثم دور بطء التنفس المتبوع بتوقف التنفس وتحدث السكتة القلبية بعد ذلك.

يجب أن تلفت مجموع العلامات السريرية للاختناق الانتباه على الرغم من أن الإصابات التي تلاحظ ليست ثابتة وليست خاصة فقط بالموت خنقا.

ويتعلق الأمر هنا ببروز نمشيات تظهر في الملتحمة والوجه والرقبة. ونجدها أيضا على الأغشية المصلية للجنبية والتامور، ولكنها تبقى دون أهمية تذكر لوجودها أيضا عند قتلى آخرين ماتوا بدون اختناق. وهناك أيضا ازرقاق الوجه والأظافر بسبب زيادة نسبة الهيموغلوبين الراجع (HB-CO2 الهيموغلوبين المتصل بثاني أكسيد الكربون).

وعند تشريح الجثة، نلاحظ احتقانا في العديد من أحشاء الجسم ونجد أيضا رئتين شبه منتفختين.

III. ما هي الجوانب الطبية الشرعية لكتم النفس؟

يبقي مصطلح كتم النفس عاما، وعُرِّف من طرف تارديو كاختناق ميكانيكي أو أي عائق آخر يحول دون وصول الهواء للرئتين غير الخنق أو الشنق أو التغويص؛ ويعتبر أكثر أنواع الاختناق نقاءً، لأنه يعتمد فقط على إزالة التهوية الرئوية.

ويشمل مجموعة من الحالات المتباينة، نقتبس منها:

1- نقص الأكسجين في الهواء المحيط:

وهي الحالة التي يتم فيها احتواء شخص أو وضعه في مكان مغلق ما يجعله عرضة لنقص تدريجي في الأكسيجين وزيادة الضغط الجزئي لثنائي أكسيد الكربون في الهواء المستنشق.

الضغط الجزئي للأكسجين في الهواء المستنشق يمكن أن ينخفض كما هو الحال في حوادث الغوص أو في حوادث الطائرات التي تؤدي إلى انخفاض الضغط داخلها.

الموت يكون دائما عارضيا والمعاينات التشريحية تكون فقيرة.

2- كتم النفس عن طريق إغلاق المسالك الهوائية الخارجية:

في هذه الحالة تكون الوفاة إجرامية، وفي بعض الأحيان انتحارية، ونادرا ما تكون عارضية.

- يتم **كتم النفس الجنائي / الإجرامي** عن طريق استخدام يد الجاني، وسادة، كيس من البلاستيك .... ويكون تطبيقه سهلا عند الكهول والمختلين عقليا. وعند الرضع الصغار، بحيث يمكن أن يُنَفَّذ بيد واحدة دون أن يترك أثرا، ما يجعل اكتشافه صعبا.ولا يمكن كتم النفس عند البالغين بكامل قدراتهم

العقلية إلا بصفة استثنائية نظرا لصعوبة القيام به. وتشمل في الغالب انضغاط الصدر و/أو البطن والتي يمكن أن نجد سماتها أثناء تشريح الجثة. وإذا حاول الضحية القيام بأي مقاومة، يمكن أن نجد علامات مكافحة في الأطراف العلوية والسفلية وخاصة خدوش حول محيط الفم والأنف وكدمات عميقة في الشفتين. ولكن قد تغيب هذه العلامات في حال استخدام وسادة.

ويمكن أن يكون الانسداد مفتعلا بواسطة كمامة توضع حول الفم والأنف. وتحصل الوفاة بواسطة تراكم الإفرازات في المَنْخَران الغائِران والمسالك الهوائية ما يؤدي إلى الاختناق.

- ويتم **كتم النفس الانتحاري** باستخدام كيس من البلاستيك وتكون الوفاة سريعة جدا وعلى الارجح عبر المنعكس المُثَبِّطُ القَلْبيّ، وعادة ما تكون علامات الاختناق غائبة، وبالتالي وجود الجهاز مع غيره من مظاهر الانتحار، يساهم في توجيه التشخيص.

- يمكن أن يحدث **كتم النفس العارضي** بسبب فقدان الوعي مع سقوط الوجه على سطح ناعم، ويمكن أن يحدث أيضا عند الأطفال الذين يلعبون بأكياس بلاستيكية.

3- كتم النفس عن طريق انسداد المسالك الهوائية الداخلية« الغصص » :

يمكن أن تكون الوفاة هنا ناجمة عن أسباب طبيعية، ولكن في الغالب تكون عارضية، ونادرا ما تكون إجرامية.

- ونلاحظ **الأسباب الطبيعية** في حالات الانسدادات الحادة لمَشَقّ المِزْمار المعدية أو المتوذمة.

- **الأسباب الإجرامية** وهي نادرة الحدوث، ونراها في حالة حشو فم وليد بواسطة مواد غريبة أو إدخال فاتح للفم بداخله.

- وتبقى **الوفيات العارضية** الأكثر شيوعا:

عند الطفل الصغير وبالخصوص في حالة الشفط العارضي لمادة غريبة كيفما كان نوعها أو استنشاق محتويات المعدة عند رضيع يعاني تقيئ مزمن.

وعند البالغين، بحيث يتعلق الأمر أساسا بمرور خاطئ للتغذية عبر المسالك الهوائية، وفي غالب الأحيان نجد اضطرابات في البلع مرتبطة بعجز عصبي، إدمان حاد للكحول أو سوء تسنين.

ويُحدِثُ كتم النفس في الغالب سكتة قلبية كانعكاس لا إرادي، ربما عن طريق فرط تهييج اللاوُدِّيّ وتحدث الوفاة بعد ذلك بسرعة.

وفي نفس السياق، يمكن أن يؤدي استنشاق كميات هائلة من محتويات المعدة عند مريض في حالة غيبوبة أو تحت التخدير إلى الوفاة بسرعة بسبب نقص التأكسج. ولكن غالبا ما تحدث الوفاة بعد فترة فاصلة تظهر فيها علامات الالتهاب الرئوي الشفطي.

وعند تشريح الجثة، من المهم عدم التسرع في الحكم على الوفاة أنها نتيجة لاستنشاق محتويات المعدة، فقط لأنه تم اكتشاف جسيمات الطعام في المسالك الهوائية العليا؛ لأن هناك حالات لاستنشاق محتويات المعدة الاحتضاري أو بعد الوفاة، ومع أنها ليست نادرة ولكن على الرغم من ذلك تبقى محدودة. لذلك فاستنشاق كميات هائلة من محتويات المعدة، والذي يصل إلى المسالك الهوائية القاصية و/أو تفاعل التهابي حياتي متقدم يمكن أن يؤكد فرضية الوفاة الناجمة عن استنشاق محتويات المعدة.

وأخيرا، يمكن أن تقع الوفاة العارضية بواسطة انسداد المسالك الهوائية الداخلية في حالات الدفن تحت الأنقاض نتيجة حادثة شغل أو ظاهرة طبيعية مما يتسبب في دخول الجسيمات الصلبة الذرُوْرِيّة في المسالك الهوائية (على سبيل المثال: صومعة حبوب، الرمال المتحركة والانهيارات الثلجية ...).

4- الاختناقات الرضية والموضعية:

تتم الاختناقات الرضية في الغالب بعد إعاقة ميكانيكيا التهوية بشكل كبير بواسطة ضغط على الصدر أو الصدر والبطن في آن واحد.

وتحصل هذه الآلية في كثير من الأحيان بطريقة عارضية، داخل مكان العمل عندما يتم إعاقة تمدد الصدر بواسطة آلة أو عبئ ثقيل.

الآفات الرضية تكون متفاوتة للغاية وفقا لأهمية الضغط الحاصل ومدته ومرونة القفص الصدري. وأحيانا تكون الآفات الرضية قليلة الأهمية، عندها تظهر متلازمة الاختناق على شكل ازرقاق شديد في الوجه والعنق وأعلى الصدر، يتخللها العديد من النمشيات. وهذا الشكل من الاختناقات يلاحظ في حالات الضغط القاتلة بسبب الازدحام داخل الحشود المتحركة مع وقوع ضغط وهرس ***(حادثة منى 2015).***

وفي الاختناقات الموضعية، نجد شخصا منحصرا ومطويا في مساحة ضيقة، وغالبا ما يكون في حالة سكر أو تحت تأثير المخدرات، فتصبح الحركات التنفسية صعبة، وتتم إعاقة العائِد الوَرِيدِي إلى القلب.

التعليق بواسطة الصلب أو تواجد الرأس في الأسفل يؤدي إلى ظهور علامات مماثلة. وفي جميع الحالات، علامات الاختناق تكون ظاهرة.

5- الاختناق عن طريق استنشاق غاز كاتم للنفس:

الموت عن طريق استنشاق الغازات الخانقة لا يحدث بسبب الطبيعة السمية للغاز، ولكن بسبب انزياح الأكسجين من الهواء المحيط.

فثنائي أكسيد الكربون وغاز الميثان هما الغازان الخانقان الأكثر شيوعا، ونجدهما في المجاري والمناجم، وأي نقص للأكسجين في الهواء بنسبة تقل عن 25٪ عن النسبة العادية تحدث فقدانا للوعي في غضون ثوان والوفاة في غضون دقائق.

وتكون نتائج التشريح غالبا فقيرة ويتم تحديد سبب الوفاة استنادا للظروف التي اكتشفت فيها الجثة.

IV. كيف تنتج الوفاة عند القيام بضغط رضي على العنق؟

الضغوط الرضية على العنق يمكن أن تكون ناجمة عن شنق، خنق باليد أو بلف رباط حوله، وكذلك بضربة مباشرة أو إصابات أخرى عارضية تهم النَّاحِيَةُ الرَّقَبِيَّةُ.

وهناك مجموعة من العوامل التشريحية والفزيولوجية التي يجب أخدها بعين الاعتبار أثناء تحليل آثار الضغط على العنق.

1- انسداد المسالك الهوائية:

يمكن أن يحصل انسداد في المسالك الهوائية سواء عن طريق الضغط المباشر على الحنجرة أو الرُّغامَى، وأيضا عن طريق انزياح الحنجرة نحو الأعلى بحيث يصبح البلعوم مغلقا بقاعدة اللسان التي تضغط على الحنك الرخو؛ ويتطلب انسداد المسالك الهوائية قوة تصل إلى 15 كلغ.

2- انسداد أوردة العنق:

وهذا العامل مسؤول فقط عن ظهور علامات الاختناق التقليدية فوق مستوى التَضْيِيقٌ، فالعائد الوريدي يتم أساسا بواسطة الجهاز الوداجي. ويمكن أن تنسد الأوردة الوِداجِيَّة الغائرة بضغط كلغرامين فقط.

3- انسداد الشرايين:

الشرايين السباتية الغائرة توفر 75٪ من الإرواء الشرياني للدماغ و 25٪ المتبقية تأتي من الشرايين الفقرية.

الانسداد الثنائي الجانب للشريانين السباتيين يسبب فقدانا للوعي في غضون عشرة إلى خمسة عشرة ثانية والقوة المطلوبة للضغط عليها تقدر بحوالي 5 كلغ. وعلى العكس، فانسداد الشرايين الفقرية أكثر صعوبة، ومثل هذه الحالة يمكن أن نصادفها مثلا عند حصول ثني جانبي مهم للعنق كما يحدث خلال الشنق.

4- المُنْعَكَسُ المُثَبِّطُ القَلْبِيّ :

الضغط على مُسْتَقْبِلات الضَّغْط المتواجدة في بَصَلَةُ السُّباتِي يمكن أن يؤدي إلى بطء القلب أو سكتة قلبية لا إرادية. ويسلك قوس الانعكاسية مسار العَصَب اللِّسانِي البُلْعومِي إلى نوى العَصَبِ المُبْهَم (X) في جِذْع الدماغ، أما المسالك الصادرة ترجع عن طريق العَصَبِ المُبْهَم.

الحصول المبكر للسكتة القلبية اللاإرادية أثناء الضغط الرضي على العنق يفسر الغياب المتكرر لعلامات الاحتقان. وهذا المُنْعَكَس المُبْهَمِي يمكن أن يتدخل على الفور بعد البدء في الضغط أو بعد بضع ثوان أو في أي وقت آخر بعد ذلك.

V. ما هو تعريف الشنق وما هي أساليبه؟

1- التعريف:

يعتبر الشنق عملا من أعمال العنف التي يعلق فيها الجسم بواسطة رباط حول العنق في نقطة ثابتة ويدلى وزنه أو ثقل جزء من جسمه تحت تأثير قوة الجاذبية.

ويكون التضييق في هذه الحالة سلبيا ومفاجئاً وعمودياً، ما يميزه عن التضييق الناشط، التدريجي والأفقي للخنق بالرباط.

يسمى الشنق تاماً عندما تكون قدما الجسم المعلق لا تلمسان السطح أو أي شيء صلب آخر.

ويسمى غير تام في جميع الحالات الأخرى، فقد يكون الجسم بوضعية، الوقوف أو الجلوس أو يجلس القرفصاء أو الركوع أو حتى الاضطجاع.

وغالبا ما يكون الشنق انتحاريا، ونادرا ما يكون عارضيا، واستثناءً جنائيا.

2- طرق الشنق الانتحاري:

يعتمد رباط الشنق على ما هو متوفر أمام الضحية: حبل، كابلات كهربائية، حزام، وشاح، منشفة، قماش...

وتكون نقطة التعليق متغيرة. فيمكن أن يتم التعليق على جسم عال وصلب (دِعَامَة، فرع شجرة...)، ويجب البحث في عين المكان عن الوسيلة التي استخدمها الضحية لتثبيت رباط الشنق في هذه النقطة (كرسي أو سلم...).

بالنسبة لحالات الشنق غير التام، غالبا ما يكون الضحية معلقا في نقطة منخفضة. فمثلا، تثبيت رباط الشنق في نقطة أعلى قليلا من الرأس (على سبيل المثال، على سرير) قد يكون كافيا لأن ثقل الرأس والجزء العلوي من الجذع، يمارسان ضغطا مهما يكفي لانسداد الشرايين السباتية، ويمكن أن يربط الضحية يديه ليمنع أي محاولة منه لإنقاذ نفسه.

يمكن أن يقوم رباط الشنق بلفة واحدة أو بأكثر حول العنق، ويبقى تواجد العقدة أمرا غير ضروري، كما يمكن أن تكون هذه الأخيرة ثابتة أو منزلقة، ويمكن أن نجدها في كثير من الأحيان جانبية أو خلفية، ونادرا ما نجدها أمامية.

ويتحرك أثناء التعليق رباط الشنق نحو الأعلى، فوق الحنجرة ليثبت تحت الذقن وفروع الفك السفلي. ومع ذلك، قد يبقى رباط الشنق منخفضا إذا كان يتوفر على عقدة منزلقة أو نقطة تعليق منخفضة مع وجود ضغط عمودي على محور العنق.

VI. ما هي العلامات الخارجية التي تظهر على الجثة؟

يتوجب عند معاينة الجثة، القيام بوصف دقيق لمكان حدوث الشنق، ووضعيتها، والرباط المستخدم وطريقة التعليق مع قياس الارتفاعات. وفي غالب الأحيان، المعاينة لوحدها تسمح بالتأكد من الشكل الطبي الشرعي للشنق. ويتوجب قطع الرباط بين النقطة الثابتة والجسم، ولا يقطع أبدا في منطقة العنق.

وتكون الزرقة الرمية دائما منحدرة: على مستوى الساقين والقدمين واليدين والساعدين، وتتخللها في بعض الأحيان نمشيات؛ وتصبح خصائصها مختلفة عن ما ذكر من قبل إذا تم فك رباط الشنق ووضع الجثة على السطح في وقت مبكر. ويمكن أن نلاحظ احتقانا في الوجه، ولكنه في كثير من الأحيان يكون شاحبا مع تبارز اللسان.

العنصر الأساسي الذي ينبغي دراسته خلال الفحص الخارجي للجثة هو ثلم العنق، وهو البصمة التي يتركها رباط الشنق على جلد العنق؛ ويتموضع هذا الثلم عموما أعلى العنق، وغالبا ما يكون مباشرة تحت الذقن في الأمام، ويمتد جانبيا من الأمام إلى الخلف نحو الأعلى تحت الفك السفلي ليصل إلى العقدة حيث يختفي عادة. ولكن هناك استثناءات في هذا النموذج التقليدي، بحيث: يمكن أن يكون الثلم كاملا ويكون واضحا على محيط العنق بكامله، إذا كان رباط الشنق يحتوي على عقدة منزلقة، وفي هذه الحالة، قد يكون الثلم أفقيا ومتموقعا في أسفل العنق. ونفس المعاينة نجدها عندما تكون نقطة التعليق منخفضة وبهذا تصبح القوة المطبقة عن طريق الرباط عمليا عمودية مقارنة بمحور الجسم، وفي بعض الأحيان يمكن أن تترك العقدة بصمتها.

غالبا ما نجد ثلما واحدا، ولكن قد يكون مزدوجا أو ربما ثلاثيا إذا قام الرباط بلفات متعددة حول العنق.

ويعتمد عمق الثلم على وزن الجثة، قصر الرباط ومدة التعليق، ويكون أكثر عمقا في الجانب المعاكس تماما للعقدة. وفي بعض الأحيان يكون الثلم قليل الوضوح، ممتدا أو حتى غائبا، إذا كان الرباط المستخدم طريا وواسعا (على سبيل المثال، قماش).

ويكون لون الثلم فضيا في الأول مع وجود خدوش وبعدها يصبح جافا ومجعدا وتدريجيا يتحول إلى اللون البني بسبب التجفيف.

ويمكن ملاحظة سحجات بواسطة الأظافر في المنطقة المجاورة للثلم مما يدل على محاولات من طرف الضحية لإنقاذ نفسه.

وقد تحصل اختلاجات ناجمة عن نقص في التأكسج ما يؤدي إلى وقوع كدمات أو سحجات جلدية ناتجة عن اصطدام جسم الضحية مع أي جسم راض محيط به.

VII. ما هي العناصر التي يجب البحث عنها أثناء الفحص الداخلي؟

يمكن أن يظهر التشريح بعض الانتشارات النزفية في العضلات القَصِّيَّة التَّرْقُوِيَّة الخُشَائِيَّة والعضلات تَحْتَ اللامِيّة وكذلك بعض الكسور في البنيات الحنجرية، ولكن هذه العلامات قليلا ما تلاحظ في حالات الخنق، وغالبا أيضا ما تغيب العلامات الدالة على حدوث الشنق إذا تم استخدام رباط طري.

ويمكن أن نجد أيضا في بعض الأحيان تقلع في باطنة الشرايين السباتية وخاصة في الجيوب.

وتبقى كسور العمود الفقري العنقي استثنائية وتلاحظ في الغالب في حالات مثل الشنق من علو مرتفع أو الشنق القضائي. وتؤدي الحالات الأكثر تطرفا إلى قطع الرأس، بحيث في نهاية العملية، يحدث تمدد مفاجئ للرأس مما يتسبب في« كَسْر الإعْدام بالشَّنْق »وفي كسور بسويقات الفقرة الرقبية الثانية C2. ولكن، لا يعتبر هذا الكسر قاعدة. ويمكننا أيضا العثور على آفات تتراوح بين كدمات بسيطة في المفصليات الخلفية والأربطة بَينَ السَّناسِن لينتج عن ذلك قطع للرأس مرورا بكسور في النواتئ المستعرضة، الأجسام الفقرية، وآفات نخاعية ....

VIII.ما هو الشكل الطبي الشرعي المناسب للوفاة ؟

الشنق يكاد يكون دائما انتحاريا، ونادرا ما يكون عارضيا واستثناءً ما يكون إجراميا.

ويبقى الشنق الطريقة الانتحارية الأكثر شيوعا، خصوصا عند الرجال. وعادة ما يكون مكان الجريمة في المنزل عند غياب أفراد الأسرة. ومن بين الأماكن الأخرى التي يشيع فيها الانتحار شنقا : المصالح النفسية، السجون حيث لا يجد الضحايا، وسائل أخرى لإنهاء حياتهم. أما الشنق في الخارج فيعتبر أمرا نادر الحدوث، ويلاحظ أساسا، لأسباب عملية، في المناطق المشجرة.

لهذا نعتبر أن الشكل الطبي الشرعي للوفاة يدل على انتحار إذا:

- أعرب الضحية من قبل عن النية في الانتحار.
- كان للضحية سوابق نفسية أو محاولات انتحار.

- كان مكان الشنق مرتبا.
- لم توجود آفات ناجمة عن العنف« مشبوهة » .

أما حالات الشنق العارضي فتلاحظ في الغالب عند البالغين أثناء محاولتهم الحصول خلال ممارساتهم الجنسية على زيادة في النشوة؛ عن طريق نقص الأكسجة بالشنق الغير التام. وعند الأطفال الصغار، يمكن أن يحدث الشنق العارضي عن طريق قطعة من الأثاث: قضبان سرير، حبل ستارة... وعند الأطفال الأكبر سنا، الموت العارضي شنقا قد يحدث خلال اللعب محاولين تقليد حدث رأوه من قبل.

وبالتالي نعتبر أن الشكل الطبي الشرعي للوفاة يدل على أنه حادث عارضي إذا كانت:

- آلية الشنق تؤكد فرضية الحادث العارضي.
- بالنسبة للاختناقات الجنسية: عري الضحية، ديكور إباحي، شنق غير تام مع وجود آلية للإنقاذ تسمح للضحية بإنقاذ نفسه.

ويأتي الدور على الشنق الإجرامي ويعتبر صعب التحقيق، ويتطلب وجود عوامل مساعدة: الضعف الجسدي للضحية، العديد من المهاجمين، ضحية تحت تأثير الكحول أو أي مخدر آخر ....

ونشير إلى أن الشنق القضائي لا زال يستخدم في بعض البلدان.

وأخيرا، لا يجب إغفال أحد التشخيصات التفريقية للشنق الحيوي، وهو **التعليق بعد الموت،** عندما يحاول الجناة طمس معالم الجريمة والإيهام بأنها عملية انتحار (على سبيل المثال، الخنق بواسطة رباط والقيام بتعليق الجثة)، والعلامات التي تمكننا من معرفة أن الوفاة حصلت قبل التعليق هي كالتالي:

- العلامات المتواجدة على العنق لا تتناسب مع موقع الرباط.
- وجود آفات عنف لا يمكن أن تكون بسبب الضحية نفسه.
- كسور حنجرية بدون أهمية حيوية.
- خبرة سمية تسمح بالكشف عن وجود كميات قاتلة من مادة أَجْنَبِيَّة بَيولوجياً.

IX. ما هو تعريف خنق الرباط وما هي أساليبه؟

يعتبر خنق الرباط عملا من أعمال العنف يؤدي إلى الاختناق عن طريق الضغط على جزء أو محيط الرقبة بكامله دون اللجوء إلى تعليق جسد الضحية.

غالبا ما يكون بسبب إجرامي، ونادرا ما يكون عارضيا أو انتحاريا.

بالنسبة للحالات الإجرامية، يكون هناك تباين بين قوة المعتدي وقوة الضحية.

وتختلف طبيعة الرباط المستخدم بالخنق فقد يكون حبلا أو كابلا أو حزاما أو موادً أكثر ليونة (وشاح أو منشفة...).

يتم القتل عن طريق لف الرباط حول عنق الضحية، ويسحبه القاتل من الخلف مع إمساكه لطرفي الرباط بقوة.

وأحيانا نجد الرباط ملفوفا لعدة مرات حول عنق الضحية مع وجود عقدة أو أكثر.

ويمكن أيضا أن يتم القتل عن طريق عصا، عصا طبية أو قضيب ويكون لهم نفس التأثير بحيث يطبق الجاني بواسطة هذه الأدوات ضغطا على الجزء الأمامي للعنق.

وفي الحالات الانتحارية، يتم الخنق إما بواسطة رباط مرن أو بواسطة عاصبة توضع بين الرباط والجلد أو في العقدة، والتي من خلال تدويرها، تضيق الخناق حول العنق، ثم يتم حصرها تحت الكتف أو الصدر بحيث يتأكد الضحية أن الانقباض سيستمر حتى بعد فقدانه للوعي.

ومع ذلك، فلا يمكن اعتبار تواجد هذا الجهاز على الضحية دليلا قاطعا على حصول انتحار، لأنه يمكن أن يستخدم أيضا في القتل.

أما فيما يخص الخنق العارضي فيلاحظ في الغالب داخل أمكان العمل، عندما تَعلقُ الملابس في تروس (الدواليب المسننة) الآلات.

وعند الأطفال، نذكر أمثلة كخنق الرضع المربوطين بواسطة حزام وكخنق الأطفال حديثي الولادة بواسطة الحبل السري.

وتنتج الوفاة خنقا بواسطة الرباط على الطريقة الاختناقية، بحيث يتم انسداد في المسالك الهوائية الناجم عن اندفاع الجدار الخلفي للحنجرة ضد اللسان ووقوع آفات حنجرية ويحدث أيضا انسداد لأوعية العنق (الأوردة الوداجيَّة والشرايين السباتية).

ونادرا ما تكون الوفاة بسبب السكتة القلبية اللاإرادية، نتيجة الانضغاط العصبي (العَصَب الرِّئَوي المَعِدِي وبَصَلَة السُّباتِي).

إذن، فالموت اختناقا هو الأكثر شيوعا إلى حد بعيد ولهذا السبب يتم العثور في كثير من الأحيان على احتقان في العديد من أحشاء الجسم وازرقاق ولكن غيابهما لا يعني عدم وقوع خنق؛ بشرط توفر آفات عنقية تدل على حصول عنف.

X. ما هي العلامات الخارجية والداخلية الظاهرة على الجسم في حالة خنق الرباط ؟

- *البحث عن علامات الاختناق:*

في معظم الحالات، تظهر علامات الاختناق على الجثة، بالرغم من أنها تبقى غير خاصة. وتظهر على شكل مزيج تام تقريبا ما بين الاحتقان و/أو الازرقاق في الوجه والعنق وأعلى الصدر تتخلله نمشيات، رغوة وردية اللون في الفم وازرقاق الأظافر.

- *ثلم الخنق:*

- يقع على ارتفاع متغير في العنق، ولكن عادة ما يقع في الجزء السفلي تحت الحنجرة أو على نفس مستواها.
- يكون في الغالب أفقيا وتاما مع وجود نقطة تداخل في الخلف أو في الأمام أو جانبيا، وهذا يتوقف على وضعية المهاجم، وذلك بسبب تداخل طرفي الرباط. إذا كان هذا الأخير يحتوي على عقدة، فيمكن أن تترك بصمتها في عنق الضحية.
- يعتمد شكل الثلم على نوع الرباط المستخدم، القوة المطبقة ومدة تطبيقها. وهكذا، فيمكن أن يكون ضيقا وعميقا (حبل رقيق أو سلك) أو عريضا مع حدود غير واضحة (في حالة استعمال وشاح).

- يمكن العثور على *تآكلات ظفرية* في المنطقة المجاورة للثلم التي تشير إلى محاولات من طرف الضحية لإنقاذ نفسه. ويساهم تواجدها في التشخيص الطبي الشرعي للوفاة.
- *التشخيص التفريقي لثلم الخنق* يجب أن يتم مع:
  - الثلم الكاذب الناجم عن تضييق الملابس.
  - الثلم الطبيعي (ثنيات الجلد) المتواجد في عنق البدينين.
  - عند حديثي الولادة: الحبل السري الدائري، الولادة المتعسرة.
- *الفحص الجسدي المتبقي* يبحث عن آثار اعتداءات جنسية، مع القيام بامتساحات شرجية، مهبلية وفموية إذا تواجدت. وتعتبر العينات المأخوذة من تحت أظافر الضحية مواد مهمة لتحديد الشاكلة الوراثية للمعتدي.
- *وعند التشريح*: يمكن أن نلاحظ، اعتمادا على القوة المستخدمة في التضييق، نُزُوْف في لفافات عضلات العنق وكسور حنجرية، ولكن هذه الأخيرة تعتبر أكثر شيوعا في الخنق اليدوي.

XI. ما هي أساليب الخنق اليدوي؟

يكون دائما في إطار القتل، وتشاهد هذه الجرائم في الغالب خلال حوادث العنف المنزلي والقتل الجنسي وعند الأشخاص المسنين والصغار.

ويمكن للمعتدي أن يستخدم يدا واحدة أو كلتا يديه، كما يمكنه أن يقوم بقتل ضحيته من الأمام كما يمكنه القيام بذلك من الخلف. ونفس النتيجة يمكن الحصول عليها عن طريق عصر العنق بواسطة الساعد، ويتواجد عندها المعتدي خلف الضحية.

وتحدث الوفاة بشكل رئيسي على الطريقة الاختناقية، ولهذا يكون الاحتقان في العديد من أحشاء الجسم والازرقاق في الوجه ظاهرا بقوة.

ويرتكز فحص الضحية على البحث عن علامات العنف في منطقة العنق.

XII. ما هي العلامات الخارجية والداخلية الظاهرة على الجسم في حالة الخنق اليدوي ؟

العلامات المتواجدة على العنق تنقسم إلى كدمات وسحجات: فالكدمات تكون بسبب المعتدي أما السحجات فقد تكون لها علاقة إما بالضحية أو بالمعتدي.

- *الكدمات*: غالبا ما تكون قرصية الشكل، وتكون ناتجة عن ضغط لب الأصابع، وتقع على الجدران الجانبية للعنق، والتي قد تتجمع تحت الفك.
- *سحجات الجلد*: تكون ناجمة عن أظافر الضحية والمعتدي مما يحدث تآكلات انحنائية بطول سنتمتر واحد وتكون مصاحبة في بعض الأحيان بتآكلات خطية من عدة سنتمترات، عندما تقوم أظافر المعتدي أو الضحية بكشط الجلد.
- وفي الغالب نجد أيضا بعض الآفات الدفاعية أو آفات المكافحة، ويجب البحث عليها عند كل من الضحية والمشتبه فيه. ومن المهم أخذ عينات من تحت الأظافر عند الضحية والمشتبه فيه لمقارنة الشاكلة الجينية بينهما.
- وعند تشريح الجثة، كثيرا ما نجد ارتشاحا للدم في الأدمة، الأغماد العضلية والغدة الدرقية. ونجد كذلك في غالب الأحيان كسورا لقرون العظم اللامي والقرون العلوية للغضروف الدرقي.

ويتوجب توثيق جميع الآفات العنيفة الملاحظة، بحيث يمكن أن نجد أيضا كسورا في الأضلاع إذا جلس المهاجم على الضحية منفرج الساقين أو آفات نتيجة عنف جنسي.

XIII. ما هو تعريف الغرق، وما هي ظروف وقوعه؟

في بلادنا ونظرا لتواجدنا على خط ساحلي طويل، وتوفر البلاد أيضا على العديد من الأنهار، يشاهد الأطباء كثيرا من حالات الوفيات نتيجة الغرق خلال ممارستهم اليومية.

ومع ذلك، فلا يعني إخراج جثة من وسط الماء أن الوفاة حدثت نتيجة الغرق العارضي، وبالتالي فكل غريق يتطلب دراسة طبية شرعية جادة.

الغرق أو التغويص الحيوي، هو وفاة ناجمة عن غمر السائل للمسالك الهوائية محتلا بذلك مكان الهواء المعتاد.

وهذا السائل يمكن أن يكون ماء عاديا، عذبا أو مالحا أو ماء البحر أو المياه المخزنة طبيعيا أو اصطناعيا. ويمكن أيضا أن تؤدي سوائل أخرى للخنق كالسوائل الصناعية (المواد الكيميائية ...) والغذائية (أحواض الخمر والحليب...).

الشكل العنيف لهذه الوفاة يجعلها دوما مشبوهة، على الرغم من أنها غالبا ما تكون عارضية في مياه الاستحمام (البحر، حمام السباحة، بركة ماء، نهر أو حوض استحمام...) أو خلال الكوارث الجماعية أو الحوادث الجماعية (الفيضانات وغرق السفن...) أو داخل أمكان العمل، بحيث يمكن أن يحدث الغرق عارضيا في السوائل الخاصة.

ولا يعتبر الغرق كطريقة للانتحار استثنائيا، ويلاحظ خصوصا عند الإناث مع تصاعد حدته خلال فصل الصيف.

أما الغرق الإجرامي فهو أمر نادر الحدوث، ويتعلق أساسا بحالات قتل الولدان.

XIV. ما هي مختلف الأسباب الفيزيُوباثِولوجية للوفاة غرقا؟

يجب أن نفرق أولا بين نوعين من الغرق:

1- الغرق الحقيقي أو التغويص- الاختناق:

ويحدث غالبا عند الأشخاص الذين لا يعرفون السباحة أو المنهكين.

يحاول الضحية القيام بمقاومة التنفس عن طريق توقيف واع له لمدة دقيقة واحدة. ثم يحدث بعد ذلك استنشاق لا إرادي بسبب استجابة إجبارية من ميكانيكية التهوية لنقص الأكسجة / فرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم، مما يتسبب في غمر قَصَبِي سِنْخِي بالماء. فتحصل بعض الظواهر السعالية كمحاولة لرفض الماء، ولكن مع كل محاولة شهيق جديدة، تدخل كمية من السائل في المسالك الهوائية والجهاز الهضمي، حتى يحصل توقف في التنفس. وخلال ضيق النفس الفوضوي هذا، يمكن أن تتقيأ الضحية وتستنشق محتوى المعدة أيضا.

يؤدي غمر الشَّجَرَة الرُّغامِيَّة القَصَبِيَّة إلى:

- نَقْص تَأَكْسُج الدَّم مع فقدان للوعي بعد حوالي 3 دقائق نظرا لنقص التأكسج الدماغي، ويرافقه بعض الاختلاجات. ويؤدي نَقْصُ الأَكْسِجِين الدِّمَاغِي إلى الموت الدماغي.

- مُتَلازِمَة خِلطِيَّة وقلبيَّة وعائِيّة تتميز بمرور ماء الأسناخ الرئوية إلى الشعريات الدموية إذا حصل الغرق في مياه عذبة، مما يؤدي إلى تخفيف الدم مع انحلال الكريات الحمراء، وفي حالة الغرق في مياه البحر، يحصل تركيز للدم مع ارتفاع التركيز البلازمي الأيوني.
- وذمة رئوية غير قلبية بسبب اختلال الفاعل السطحي سواء في المياه المالحة أو المياه العذبة، مما يحدث اِنْخِمَاص الأسْنَاخ مع انخفاض للمُطاوَعَة الرِئَوِيَّة وتأثير تحويلي وفرط ضغط الدم الرئوي.

2- الغرق الكاذب أو التغويص – التثبيط:

في هذه الحالة تغيب علامات الاستنشاق أو الاختناق، ونتحدث عن غريق أبيض. وهذا النوع من الغرق يمثل من 10 إلى 15٪ من الحالات.

ويمكن تفسير الوفيات المفاجئة في الأوساط المائية ب:

- الإغماء البردي أو الإغماء بفرق درجة الحرارة بسبب تَضَيُّق سريع للأوعِيَة وتحميل مفاجئ للدورة الدموية العائدة نتيجة الفرق بين درجة حرارة الجسم وحرارة السائل.
- التشنج الحنجري لحظة دخول مفاجئ لماء بارد في المسالك الهوائية العليا.
- بالنسبة لبعض المدارس الشرعية، فإن الإغماء البردي يكون بسبب توقف القلب نتيجة تهييج مفرط للاوُدِّي.
- وبعض أنواع الحساسية للعوالق، الطحالب أو قنديل البحر، فضلا عن الحساسية للبرد تم ذكرها كمسببات لبعض الإغماءات.

XV. ما هي العلامات الخارجية على الجسم في حالة الغرق؟

تبقى العلامات الخارجية على الجسم في حالة الغرق غير مُحَدِّدَة جدا، ولكنها تعكس بقاء الجثة لفترة طويلة في الماء:

- تعطن الجلد بحيث يصبح شكل لب أصابع اليدين والقدمين مُجَعَّداً وأبيض اللون خلال ساعات ويمتد إلى راحات اليدين وأخمص القدمين في غضون اثنا عشرة ساعة إلى ثلاثة أيام.

- وفي غضون أسبوعين إلى أربع أسابيع تصبح البشرة سهلة التسلخ، فيمكن أن تزاح كما يخلع القفاز من اليدين أو الجوارب من القدمين.

- ويظهر الزبد الرغوي في الفم والأنف في غضون ساعتين إلى ثلاث ساعات بعد استخراج الجثة. وينتج هذا الزبد الرغوي عن طريق الاختلاط الحيوي للماء والهواء والمخاط في الطرق التنفسية. ويصبح سائلا في غضون ساعات.

- جلد الإوزة ويحدث بسبب تقلص العضلات الناصبة للشعر بسبب البرودة.

- عين السمكة وسمي هكذا نظرا للشكل المحتقن للملتحمة؛ المرتبط بعين مفرطة التوتر.

- وغالبا ما يكون اللسان بارزا، ومحصورا بين قوسي الأسنان ويظهر الازرقاق على الوجه عند الاختناق.

- ويرافق عملية التفسخ إنتاج كميات من الغاز تكفي لرفع الغريق فوق سطح الماء خلال بضعة أيام حسب درجة حرارته.

- وبعد استخراج الجثة، يتسارع التفسخ ما يغير مظهر الجثة في غضون ساعات قليلة.

- ويمكن أن تقع آفات مهمة جدا للجثة بعد الوفاة ناجمة عن تنقلاتها وسط الماء، اصطدامها بمراوح المراكب أو بسبب الفونة المائية، وعادة ما تكون هذه الآفات عميقة وغير حيوية.

- ومن الشائع أيضا أن نجد على جسم الجثة أو على ملابسها طمي أو رمل أو بعض العناصر المائية الأخرى.

XVI. ما هي المعاينات التشريحية الملاحظة في حالة الغرق؟

تكون المعاينات غير محددة وغير ثابتة. ونخص بالذكر:

- احتقان متعدد الأحشاء مع وجود نمشيات تَحْت الجَنَبَة.

- وجود وذمة زبدية على مستوى الرُّغامَى والمسالك الهوائية.

- احتقان ووذمة رئوية مع رئتين ثقيلتين منفوختين ومتسعتين وفرقعة تحت الأصابع.

- الانصبابات الجنبية والتامورية.
- ماء داخل المعدة والأمعاء.
- وفي بعض الحالات يمكن إيجاد أجزاء صلبة خاصة بالبيئة المائية التي كانت فيها الجثة داخل المسالك الهوائية الداخلية والجهاز الهضمي.

XVII. ما هي المعايير المستعملة للاستعراف؟

بالنظر إلى المدة التي قضاها الغريق بعد موته تحت الماء قبل أن يتم اكتشافه، يمكن أن يكون من الصعب للغاية تحديد هويته، وليس من الممكن دائما التعرف عليه بصريا. ولهذا يتوجب البحث عن المعايير العامة أولا للاستعراف، والتأكد من الجنس والطول والوزن وعناصر الانتماء العرقي والعناصر المظهرية: العيون، الشعر... والعناصر الأنثروبولوجية.

ويتم التعامل مع العناصر المادية بحذر كبير، مع أن دلالاتها ليست مضمونة دائما: الملابس، المجوهرات، أوراق...

ويمكن أن يكون علم طب الأسنان مفيدا للغاية في مقارنة الخصوصية السنية للجثة مع تلك الخاصة بالشخص أو الأشخاص المعلن اختفاؤهم.

وفي آخر المطاف، يمكن أن يتم استعمال البصمات الجينية لتحديد هوية الغريق.

نشير أيضا أن بصمات الأصابع تعتبر من الوسائل التي يفضل استعمالها، على أن يكون الضحية مدرجا في قاعدة بيانات البصمات، وأن تكون هذه القاعدة لا تزال صالحة للاستعمال.

XVIII. ما هي الفحوصات التكميلية التي تساعد على تشخيص الغرق؟

1- علم الأنسجة:

يُظْهر الفحص الهيستولوجي الرئوي انتفاخا في الأسناخ الرئوية (النفاخ المائي) مع ترقق أو تمزق الحاجز السنخي.

2- البحث عن المَشْطورات :

المَشْطورات هي شكل من أشكال الطحالب المجهرية الواسعة الإنتشار، وتتوفر على غلاف صواني مقاوم للتفسخ والأحماض.

وتعتبر بعض المَشْطورات قادرة على عبور الغشاء السنخي الشعري لحظة دخول سائل الغرق إلى الرئتين قبل الوفاة، وينتهي بها المطاف في مجرى الدم وبالتالي في الأجهزة المتوعية بشكل جيد.

وعليه فالبحث عن المَشْطورات في العينات المأخوذة من الرئة، الكبد، الكلى والمادَّةُ النِّقْيِيَّةُ للعَظْم يعتبر ذا أهمية كبيرة لتحديد الطبيعة الشرعية للغرق قبل أو بعد الوفاة. ويتم هضم عينات الأنسجة المأخوذة باستخدام تقنيات مختلفة (الأحماض والإنزيمات ...) حتى يدمّر المَطْرِس العضوي لنحصل في النهاية فقط على القشرة الصوانية المرئية بسهولة في المجهر الضوئي.

ويتم كذلك جمع عينات من الماء في موقع الغرق للمقارنة بين شكل المَشْطورات المتواجدة فيه وتلك التي تم العثور عليها خلال التشريح.

ومع ذلك، فلا يمكن الاستناد على غياب المَشْطورات خلال الفحص المجهري لتفنيد حدوث الغرق.

3- مقايسة السترونشيوم في الدم:

السترونشيوم (Sr) هو فلز قلوي ترابي يتواجد في الدم بتركيزات منخفضة جدا. وبالمقابل، يكون تركيزه عاليا في المياه العذبة وبشكل أكبر في المياه المالحة.

وعند استنشاق الماء، يحدث تنقل للسترونشيوم إلى مجرى الدم، وبالتالي فإن تركيز السترونشيوم في الدم سيكون أعلى كلما احتوى سائل الغرق على كميات أكبر.

ومع ذلك، فإن مقايسة السترونشيوم تفقد قيمتها في حالة تفسخ متقدم أو تشويه للجثة.

XIX. ما هي الأسئلة الطبية الشرعية المطروحة أثناء استخراج الجثة من الماء؟

لا يعني بالضرورة تواجد الجثة داخل الماء أن الوفاة حدثت غرقا، فيمكن أن يكون الغرق مسبوقا بوفاة طبيعية للضحية مع أنه أمر نادر الحدوث (على سبيل المثال، المتوفى كان على القارب الذي ينقلب بعد ذلك).

ولكن في الكثير من الأحيان، تحدث الوفاة أثناء تواجد الشخص في الماء، وقد تحصل الوفاة طبيعيا كسبب أولي، ولكن في الغالب يكون الغرق هو سبب وفاة شخص تعرض لوعكة في الماء (على سبيل المثال احْتِشاءُ عَضَلِ القَلْب، صرع أثناء السباحة).

التشريح الكامل بغية البحث عن الآلية الطبيعية المسببة للوفاة يكون بشكل منهجي.

العلامات التي تدل على أن الغرق ناجم عن عملية انتحار هي، غياب آفات التعنيف، سياق إدكاري لصالح الانتحار. إذا كان هناك تكبيل لليدين، فيجب التحقق من أن الضحية هو من قام بتكبيل نفسه.

وجود آفات رضحية على جثة منتشلة من المياه، يجب أن يتبع ببحث عن طبيعتها الحيوية أو الغير حيوية. وإذا كان لديها طابع حيوي، يتوجب التأكد من توافقها مع صدمات عارضية (على سبيل المثال، حدوث كسر في العمود الفقري العنقي أثناء القيام بغطسة...) أو عنف إجرامي قاتل قبل التغطيس الذي كان سببا أو مساهما في الغرق.

وبالنسبة للجثث المتفسخة، فتشخيص الغرق الحيوي وشكله الطبي الشرعي، غالبا ما يكون تشخيصا مبنيا على مجرد تكهنات أو تشخيص استبعاد.

ه. الجوانب الطبية الشرعية للوأد أو قتل الوليد

I. تعريف قتل الوليد:

في المادة **397** من قانون العقوبات المغربي[6]، يعتبر قتل الوليد هو إماتة أو قتل الأطفال حديثي الولادة ويعاقب عليه بالسجن مدى الحياة، وعقوبة الإعدام إذا سبقته أو صاحبته أو أعقبته جناية أخرى. إلا أن الأم، سواء كانت فاعلة أصلية أو مشاركة في قتل وليدها، تعاقب بالسجن من خمس إلى عشر سنوات. ولا يطبق هذا النص على مشاركيها ولا على المساهمين معها.

ويقتضي قتل الوليد أن يكون قد ازداد حيا سواءً كان قابلا للحياة أو لا وبغض النظر عن عمر الحمل. والوليد هو أي طفل لم يتم بعد إدراج اسمه في سجل الحالة المدنية (القانون المدني المغربي: 30 يوما بعد الولادة). وغالبا ما تكون الأم هي المنفذة، وتكون منحدرة من بيئة فقيرة وتكون صغيرة السن، غير متزوجة وبكرية.

II. ما هي خطوات الخبرة الطبية الشرعية في حالة قتل الوليد؟

الأسئلة التي يطرحها القاضي على الطبيب الشرعي هي:

- قابلية الوليد للحياة؟
- هل كان الوليد على قيد الحياة عند الولادة؟
- ما هو عمره الجنيني؟
- كم هي المدة التي قضاها على قيد الحياة؟
- ما هو سبب الوفاة، وهل هناك علامات عنف قاتل أم لا؟
- كم هي المدة ما بعد الوفاة؟

1- قابلية الجنين للحياة:

يعتبر تحديد قابلية الجنين للحياة مهما جدا، ويرتبط بشكل خاص بتطور طب الولدان الحالي. في الغالب ودون الحاجة لاستعمال ميكانيكيا الإنعاش الخاصة، يعتبر الجنين الذين قضى ثمانية وعشرين أسبوعا داخل الرحم قابلا

للحياة تماما مع ضرورة التأكيد على الدور الأساسي الذي يلعبه الفاعل بالسطح السنخي في تطور الجنين نحو العيوشية.

وبعدها يأتي دور الفحص الخارجي والداخلي لجثة الجنين بغية العثور على كل التشوهات الغير المتناسبة مع الحياة خارج الرحم.

2- تحديد إمكانية حيوية سابقة للطفل:

ليس من السهل دائما التمييز بين إن كان الوليد ميتا (مليص) أو عاش لفترة بعد ولادته ويزداد الأمر تعقيدا مع بدء ظواهر تدهور الأنسجة (تعطن المليص أو الظواهر التعفنية).

إن المعيار الذي يستند عليه للكشف عن ما إذا كانت هناك حياة خارج الرحم يعتمد أكثر على وجود ظواهر تنفسية من وجود دورة دموية فعالة بعد الولادة.

ويمكن تحديد الوظيفة القلبية الوعائية بشكل صحيح، وخاصة عند الأطفال ضحايا الاعتداء الجسدي (كدمات، آفات جلدية حيوية، باحات نزفية، آفات حشوية تكتشف أثناء التشريح، حبرات نزفية، الخ).

كما يمكن تقييم الوظيفة التنفسية عن طريق اختبار التَفَحُّصٌ. وتستند هذه التقنية على وجود غاز يقوم بتوسيع الحويصلات الهوائية عند حدوث تحركات التهوية وعند تشريح الجثة، يتم وضع كتلة القلب والرئة في دلو من الماء وإذا كانت قد خضعت للتوسع، فيجب أن تطفو.

وهناك مجموعة من الأسباب يمكن أن تؤدي إلى تحليل خاطئ: كالظواهر التعفنية التي تسبب توسع كاذب للحويصلات وبالتالي يحدث طفو رئوي كاذب. وعلى العكس فإن بعض الظواهر المصاحبة الالتهابات الرئوية والتي تجعل اختبار التَفَحُّص سلبي كاذب بسبب التكدس السنخي والتكبد.

ويبقى الفحص الهيستولوجي للرئة معيارا ذا موثوقية جيدة الى حد ما ولكن دون يقين مطلق. وفي الواقع، يمكن أن نلاحظ انخماصات في رئة تنفست وفي المقابل، فإنه فليس من المستحيل أن نجد مناطق متوسعة عند وليد ميت!

3- تحديد عمر الجنين:

- دراسة مُتَثابتات أنثروبومتري :بالنسبة لجنين مكتمل النمو فإن الوزن يتراوح ما بين 3250 و 3500 غرام، ويبلغ متوسط الطول 50 سم ومتوسط كفاف الرأس 35 سم.

- وصف المظهر العام للجنين المكتمل النمو وهذا الأخير لديه شعر يتجاوز طوله 1 سم (في المتوسط 2-3 سم)، الأظافر تكون مكتملة التكوين وتتجاوز النهاية اللبية بالنسبة لأصابع اليد فقط وتستثني أصابع القدم.

يغطي الجسم طلاء زهمي-شحمي - الطِّلاءُ الجُبْنِيّ - ، ويكون أكثر سمكا في ثنايا الجلد.

تواجد زغب ناعم على الكتفين أو غيابه في بعض الأحيان. من حيث المبدأ يختفي من مناطق أخرى.

السرة تقع بين الارْتِفاقُ العانِيّ والنَّاتِئُ الرَّهابِيُّ. الحبل السري يبلغ طوله 50 سم.

على مستوى الأعضاء التناسلية:

- يتم البحث عن الخصيتين داخل كيس الصفن.
- الشُّفْران الكَبيران تغلقان دهليز المهبل.

نضيف أيضا أنه أثناء التشريح، نجد عقي أسود داخل القولون.

- يمكن دراسة مراكز التعظم إشعاعيا ولكن أيضا بطريقة مباشرة خلال عملية تشريح الجثة. ويتعلق الأمر بالمتَثابتات الأكثر دقة لتحديد عمر الجنين. ومن هنا نجد أن عَظْمُ العَقِب (العَقِبِيّ) يظهر في الأسبوع 27 (المتوسط: 24-28) والكاحل (عظم الكاحل) حوالي الأسبوع 28. أما المُشاشَةُ القصوى لعظم الفخذ تظهر في الأسبوع 37 ومركز المُشاشَةُ الدانية للعَظْمُ الظُّنْبوبِيُّ تظهر في الأسبوع 40 (ونادرا ما يمكن أن تظهر في بعض الأحيان في الأسبوع 36) هذين الأخيرين يعتبران علامات مهمة تشير إلى نضج الجنين.

4- مدة البقاء على قيد الحياة:

إذا أمكن للخبير الإجابة على هذا السؤال، فسيؤكد في نفس الوقت أن الوليد قد عاش. ونقوم بدراسة المؤشرات التالية:

- تَقَشُّر الطِّلاء الجُبْنِي: يجف ويزال عبارة عن حراشف كبيرة الحجم وغير متساوية ابتداءً من اليوم الأول بعد الولادة حتى حوالي اليوم الخامس تقريبا. وهذا التقشر يكون متأخرا عند الخدج.
- تواجد الهواء داخل المعدة يشير إلى البقاء على قيد الحياة بين ساعة إلى خمس ساعات.

- خروج كلي للعقي: بين يومين إلى خمس أيام.
- سقوط الحبل السري:
  - ما بين اثنا عشر وأربع وعشرين ساعة الحبل السري يجف.
  - حوالي ست وثلاثين ساعة: تحمر المنطقة الجلدية المحيطة بمَغْرَز الحبل السري.
  - بين أربع وخمس أيام: تجفيف متقدم.
  - سقوط الحبل السري تقريبا ما بين اليوم ست وعشرة أيام.
- الحَدَبَةُ المَصْلِيَّةُ الدَّمَوِيَّة ترتشف خلال ثلاث إلى أربع أسابيع.

5- أسباب الوفاة:

تتنوع طرق قتل الولدان، وغالبا ما تقوم به الأم:

- إما غرقا (في المرحاض على سبيل المثال).
- عن طريق خنق الوليد عبر وضعه داخل كيس من البلاستيك أو عبر أي طريقة أخرى من طرق الخنق الميكانيكية.
- عن طريق الدبح.
- أو عن طريق التخلي عنه.

ويتركز الاهتمام - مثل أي فحص كامل للجسم - على منطقة العنق والوجه (علامات أظافر، خدوش، سحجات متنوعة، وما إلى ذلك)، التي يمكن أن تظهر عليها أثار العنف.

قتل الوليد في غالب الأحيان يكتمل بمحاولة إخفاء جثته، خصوصا مع الصعوبات المتعلقة بالتحلل السريع للجسم.

6- قدم الوفاة:

تعيين تقريبي: درجة الحرارة، الصلابة، التطور الجيفي مع العلم أن التطور الجيفي للوليد أسرع بكثير من الكبار.

يمكن أن يطلب من الطبيب فحص الأم المفترضة للوليد للبحث عن أدلة تؤكد حدوث ولادة حديثة (ارتفاع الرحم، حالة عنق الرحم، وإفرازات اللبأ) وكذلك لأخذ عينات لتحديد النسب: لمقارنة البصمات الوراثية.

و. الجوانب الطبية الشرعية للإجهاض الغير القانوني

I. تعريف الإجهاض

الإجهاض هو إنهاء الحمل قبل 180 يوما (28 أسبوعا) من الحمل. حاليا بفضل تطور وسائل الإنعاش والرعاية الطبية للأطفال حديثي الولادة تم تخفيض العتبة من طرف منظمة الصحة العالمية إلى 22 أسبوعا أو أن يقل وزنه عن 500 غرام.

يعتبر الإجهاض في المغرب غير قانوني؛ عندما يتم التأكد من حدوثه في أي مرحلة من مراحل الحمل الغير الشرعي دون أن يكون هناك دافع للحفاظ على صحة الأم.

ولا يخلو الإجهاض الغير القانوني من المخاطر بسبب الظروف الغير الطبية والغير الصحية التي يتم فيها، والوفيات المترتبة عنه لا تعد استثنائية في الممارسة الطبية الشرعية خاصة في سياقنا؛ الذي يفرض شروط محددة لحالات الإجهاض الطبي القانوني.

II. الإطار التشريعي للإجهاض في المغرب

يحظر الإجهاض في القانون المغربي. حيث شَرَّع قانون العقوبات المغربي[6] عشرة مواد تتعلق بإنهاء الحمل (من المادة 449 إلى المادة 458).

- المادة 449:« من أجهض أو حاول إجهاض امرأة حبلى أو يظن أنها كذلك، برضاها أو بدونه سواء كان ذلك بواسطة طعام أو شراب أو عقاقير أو تحايل أو عنف أو أية وسيلة أخرى، يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات. وإذا نتج عن ذلك موتها، فعقوبته السجن من عشر إلى عشرين سنة » .
- المادة 450 تضاعف العقوبات في حالة ممارسة الأفعال المشار إليها في المادة السابقة بصفة معتادة.
- المادة 451 تقوم بتحديد مهنيي الصحة المعنيين وتصل عقوبة من قد يرشدون فقط منهم إلى وسائل تحدث الإجهاض أو ينصحون باستعمالها، إلى الحرمان النهائي أو لمدة محدودة من مزاولة المهنة.

- المادة 453: لا عقاب على الإجهاض إذا استوجبته ضرورة المحافظة على صحة الأم متى تم القيام به علانية بإذن من الزوج. وعند عدم وجود الزوج أو إذا امتنع الزوج من إعطاء موافقته أو عاقه عن ذلك عائق فيتوجب أخذ الموافقة من مندوب وزارة الصحة. وفي حالات الطوارئ، إذا ارتأى الطبيب أن حياة الأم في خطر، فهذا الإذن لا يصبح ضروريا ويجب عليه فقط أن يشعر بذلك المندوب.
- المادة 454 : تعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وغرامة من مائة وعشرين إلى خمسمائة درهم، كل امرأة أجهضت نفسها عمدا أو طلبت من شخص آخر أن يجهضها.

III. ما هو السلوك المناسب أمام حالة إجهاض؟

يختلف الأمر اعتمادا على ما إذا تمت الخبرة على امرأة حية أو جثة.

ويتوجب على الطبيب ما يلي:

- تشخيص الإجهاض أو محاولة الإجهاض.
- إثبات طابع الإفتعال.

1- بالنسبة لامرأة على قيد الحياة:

الخبرة الطبية الشرعية تعمل على:

- تقديم أدلة على أن الإجهاض حدث مؤخرا : فحص نسائي (رحم متضخم، عنق الرحم مفتوح قليلا، إفرازات الحلمة، حطام المشيمة ...)، فحص هيستولوجي للشظايا المشيمية، تحديد القرابة الوراثية بين محصول الحمل والأم المزعومة.
- تقديم أدلة عن استعمال أدوات مجهضة: فحص نسائي بغرض البحث عن آفات رضحية في المهبل وعنق الرحم ومصادرة الأدوات التي يحتمل أن يكون تم استخدامها للإجهاض وتحليل هيستولوجي وبيولوجي للبقع.

2- بالنسبة لامرأة متوفاة:

2.1. في نفس مكان اكتشاف جثة:

يمكن أن تحدث الوفاة المترتبة عن إجهاض غير قانوني فورا وفي نفس مكان تنفيذه (على سبيل المثال، عيادة طبية، منزل المُجْهضْ...). وفي هذه الحالة، ففحص مكان اكتشاف الجثة ذو أهمية بالغة وعندها تبدأ التحقيقات الفعلية ب:

أ- جمع المعلومات المتعلقة بالوقائع:

العمر، الحالة الاجتماعية وسوابق الضحية، ظروف اكتشافها، معرفة الأقرباء بالحمل أو بالإجهاض ، الأعراض الأخيرة التي أدت إلى الوفاة.

ب- الفحص الدقيق لموقع اكتشاف الجثة:

تموقع الجثة، البحث عن محصول الحمل، وأخذ عينات من تلطيخ العقي، السائل السلوي والطلاء الجبني، والوسائل المستخدمة (مواد مثل بَارافِنيلِين ثُنائِيُّ الأمين (تكاوت)، فَوقُ مَنْغاناتِ البُوتاسْيُوم، والبروستاغلاندين...) أو أدوات مثل الحقن، أدوات تم استخدامها لتوسيع عنق الرحم. جميع هذه المواد يجب التحفظ عليها وفحصها. ونقوم بفحص الملابس التي قد تكون ملوثة ببعض العناصر البيولوجية ويتعلق الأمر بمحصول الحمل؛ وبعد تعريتها، نقوم بالبحث عن الظواهر التعفنية، وعلامات الاعتداء، يرقان والغنغرينا الغازية .... مع التقاط صور فوتوغرافية.

2.2. في معهد الطب الشرعي:

أ- الفحص الخارجي للجثة داخل غرفة التشريح:

يتم القيام به في أفضل الظروف مع إضاءة جيدة ويبحث عن:

- استمرار تواجد علامات الحمل: شكل عنق الرحم، رحم متضخم، تغيرات في الثدي.

- دلائل على حدوث إجهاض في الآونة الأخيرة: تدفق الحليب من الثدي (بعد الشهر الثالث)، تواجد الزغيبات المشيمية أو الحطام الجنيني أو المضغي في المهبل (تؤخذ عينات للفحص البكتريولوجي، السمومي والتشريحي المرضي).
- علامات العنف خاصة في منطقة البطن، الفرج والفخذين.
- علامات بعض المضاعفات: لون برونزي للجلد مع فرقعة في منطقة العجان نتيجة إثتانٌ دَمَويّ لجرثومة من المطثيات (كلوستريديوم) ، أو يرقان في حالة التهاب الكبد العدوائي ...

ب- فحص محصول الحمل:

يمكن أن يكون كاملا مما يساهم في أخذ المقاسات وتأريخ الحمل، ونقوم أيضا بالبحث عن إصابات على الجنين (في الجبين، الإبطين ...).وإذا كان هناك شك حول النسب مع امرأة مشتبهة بالقيام بالإجهاض، يتم أخذ عينات للقيام بالتحاليل الوراثية. ويتم القيام بفحوصات هيستوباثولوجية لمحصول الحمل والمشيمة للقيام بدراسة النمط النووي من أجل استبعاد بعض الأسباب التي تؤدي إلى الإجهاض التلقائي.

ت- القيام بتصوير إشعاعي للصدر:

بحثا عن الهواء في تجاويف القلب اليمنى (انصمام هوائي).

ث- التشريح:

تواجد فقاعات هوائية عند فتح القلب له علاقة بحدوث انصمام هوائي.ويتم فحص أعضاء الحوض بحثا عن آثار للعنف (الكدمات والسحجات ...)، عش المشيمة داخل الرحم (تواجد منطقة دائرية سوداء اللون أو بنية مائلة للإحمرار وتبقى مرئية حوالي أسبوعا كاملا)، الجسم الأصفر عند فحص المبايض، والبحث عن تواجد التهاب بطانة الرحم أو التهاب للصفاق الحوضي. ونقوم أيضا بالبحث عن الأسباب العامة أو الخاصة التي يمكن أن تفسر الوفاة كالإنصمام الرئوي الفريبني الكريوري.

ج- القيام بأخذ عينات لغرض الفحص الباثولوجي المرضي، السمومي، البكتريولوجي والوراثي.

ز. إساءة معاملة الأطفال

I. تعريف إساءة معاملة الأطفال

وفقا **لمنظمة الصحة العالمية** « تشمل إساءة معاملة الأطفال جميع ضروب إساءة المعاملة الجسدية و/أو العاطفية والإيذاء الجنسي والإهمال والاستغلال التجاري أو غيره من أنواع الاستغلال، التي تتسبّب في إلحاق أضرار فعلية أو محتملة بصحة الطفل وتتهدّد بقاءه على قيد الحياة أو نماءه أو كرامته في سياق علاقة من علاقات المسؤولية أو الثقة أو القوة ».

II. تصنيف طرق سوء معاملة الأطفال

تصنف الإساءة وفقا للأشكال الأربعة التالية:

- الإساءة الجسدية.
- الإساءة الجنسية.
- الإساءة النفسية.
- الإهمال.

1- الإساءة الجسدية :

تعني الإساءة الجسدية، التطبيق مع سبق الإصرار لقوة على أي نقطة من جسم الطفل التي تسبب أو قد تسبب ضررا بصحة الطفل وتتهدّد بقاءه على قيد الحياة أو نماءه أو كرامته.

ويشمل العنف الجسدي أيضا السلوكيات الأخرى مثل الهز بعنف، الخنق، العض، الركل، الحرق أو تسميم الطفل، أو وضعه تحت الماء، وأي استخدام آخر للقوة أو الأعباء الخطرة أو المضرة.

2- الإساءة الجنسية:

يعتبر الاعتداء الجنسي كل مشاركة لطفل أو مراهق في أنشطة جنسية ليس قادرا على استيعاب أنها لا تناسب سنه ونموه النفسي الجنسي، والتي يقوم بها تحت وطأة الإكراه أو العنف أو الإغواء أو الانتهاك للمحرمات الاجتماعية.

وتشمل اللمس الجنسي، والعمل الجنسي الكامل، الاسْتِعْراء، البصبصة، والأحاديث ذات الطابع الجنسي والاستغلال التجاري في شكل التحريض على الدعارة والبغاء القسري أو إنتاج المواد الإباحية.

3- الإساءة النفسية:

بعض التصرفات أو إهمال الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل يسبب أو قد يسبب خطورة سلوكية، معرفية، عاطفية أو نفسية للطفل.

وتشمل الإساءة النفسية مجموعة من السلوكيات من بينها، مظاهر الرفض العاطفي، السادية اللفظية، الإذلال، العقاب، ومتطلبات غير متناسبة وسن الطفل أو طاقته.

4- الإهمال:

ويتعلق الأمر بعدم تقديم الرعاية اللازمة والاهتمام المناسب من قبل الوالدين أو القائمين على الطفل لضمان نموه العاطفي وصحته وتغذيته وتعليمه وأمنه وتثقيفه وتنشئته الاجتماعية.

III. الأطفال المعرضون للخطر

الطفل المعرض للخطر هو القاصر الذي يعيش في ظروف قد تشكل خطرا على صحته وسلامته وأخلاقه أو التعامل معه، ولكن هذا لا يعني أنه يتعرض لسوء معاملة.

مفهوم الخطر يظهر إما ابتداءً من معاناة الطفل نفسه (انظر العنف النفسي) وإما ابتداء من ظهور اضطراب للكبار المحيطين به.

- **العوامل الفردية:**

- عند المعتدين:

- آباء صغار السن.
- الاضطرابات النفسية، وانخفاض المستوى التعليمي.
- الأسرة الأحادية الوالد.
- العنف الأسري في مرحلة الطفولة.
- الحمل العارضي أو موقف سلبي للوالدين اتجاه الحمل.
- الإدمان والكحول.
- عدم الثقة في النفس، الآباء المكتئبين.
- انتظارات غير واقعية مقارنة بإمكانيات الطفل.
- العيش في ظروف صعبة.

- عند الأطفال:

- الحمل والولادة الصعبة.
- الطفل الحقيقي ≠ الطفل المرغوب فيه.
- المعاقون والخدج.
- الفصل في الأيام الأولى للحياة.
- طفل نشيط جدا أو هائج.

- **العوامل الاجتماعية:**
  - العنف الأسري.
  - الزواج السيء.
  - العزلة الاجتماعية.
  - الوالد (ين) المجرم (ين).
  - عدم وجود رابط عاطفي بين الوالدين والطفل.
  - العائلة الكبيرة.

IV. السلوك الواجب اتباعه

أ- استقبال الطفل ضحية العنف:

يعتبر الطفل ضحية العنف في وضعية عاطفية خاصة، ومعرفة طريقة استقباله تعتبر ذات أهمية بالغة لأن المعاناة المترتبة عن العنف الذي تعرض له تعطيه شعورا بانعدام الأمن. ومن هنا تأتي أهمية أن توفر له أجواء تشعره بالأمن وبسرعة: غرفة معاينة مناسبة بعيدا عن ضجيج وصخب وتطفل غرف الطوارئ لتفادي أي تشتيت للانتباه أو انقطاع أثناء الاستبيان.

عند الاستقبال يجب أن يقدم الطبيب نفسه، وأن يشرح وظيفته ودوره ويجب أيضا تقديم الحاضرين للاستبيان.

إذا كان الأمر يتعلق بطفل صغير أو بطفل كبير مشوش و/أو خائف، يجب أن تحترم رغبته في أن يرافقه شخص من عائلته أثناء الاستبيان.

ويجب علينا أن لا ننسى أن المعتدي يمكن أن يكون أحد أفراد أسرة الطفل لدا قد يكون من الضروري إجراء الاستبيان مع الطفل في غياب ممثله القانوني أو المصاحب له. وفي جميع الحالات، فمن المستحسن تواجد شخص موثوق لدى الطفل وليس له علاقة به : ممرضة، الشخص المكلف بالدعم النفسي والاجتماعي.

ب- مقابلة الطفل المعتدى عليه:

يجب احترام مجموعة من القواعد لإنجاح سير المقابلة:

- طرح أسئلة مفتوحة وبسيطة والتأكد من فهمها.
- إجراء حوار يتناسب وسن الطفل.
- تشجيعه عند بوحه بالأسرار.
- جعله يتحدث بكل حرية دون توقيفه.
- احترام لحظات انحصاره.
- لا يجب توقع ولا اقتراح ولا تفسير أقواله.

يتوجب البدء دائما بطرح أسئلة عامة حول موضوعات محايدة (على سبيل المثال: المدرسة، الأصدقاء، الأنشطة المفضلة، البيئة الأسرية : مع من يعيش ...)

ثم التأكد من أن الطفل يعرف أسباب زيارته. ومن المهم أخذ الوقت اللازم لبناء حوار جيد يتناسب وسن الطفل ومرحلة نموه النفسي.

ويتوجب بعد ذلك طمأنته وجعله يفهم ضرورة تحدثه عما حدث له، وأن المعلومات التي سيكشف عنها ستساعد على حمايته.

وقبل البدء في طرح أسئلة موجهة، من الأفضل تشجيع الطفل على سرد الأحداث بكل حرية، بأن نقترح عليه أن يروي الوقائع التي عاشها بكلماته الخاصة، وبوتيرته وبالطريقة التي يراها مناسبة ويتوجب علينا أن نتحلى بالصبر، والتكيف مع وتيرة سرد الطفل وعدم مقاطعة ترتيب أفكاره.

إذا رفض الطفل الكلام (صدمة نفسية، تهديد أو تعرض لضغوط)، ينبغي أن يظهر الطبيب إحساسه بمشاعره ويجب أن يدعوه للتعبير في وقت لاحق وذلك باتفاق مع وليه أو مرافقه (اللعب، الرسم .. .)

وفي نهاية المقابلة، نسأل دائما الطفل إذا كان لديه ما يضيفه، وبعد ذلك نقوم بتلخيص الحكي وكتابته دون تحريفه على سجله الطبي بعباراته الخاصة.

يجب أن نفسر له حقوقه بعبارات بسيطة جدا مع تعبيرنا له عن الرغبة في مساعدته وإبلاغ ولي أمره أو ممثله القانوني على حدود اشتغالنا. ولا يتوجب أن يتم تحميله المسؤولية أو محاولة تربيته وينبغي توجيهه إلى فريق متعدد التخصصات ليقوم بمتابعة علاجه وأخذ موافقته للقيام بالفحص.

ت- جمع العناصر الادكارية المتعلقة بمختصر التاريخ السريري:

يتوجب استبعاد الطوارئ الحياتية على الفور: ضائقة تنفسية وعصبية أو ديناميكية دموية تتطلب عناية فورية.

وينبغي أن يحدد الادكار تاريخ ووقت إنجاز الفحص، هوية الضحية، مرافقه والوصي القانوني. وبعد ذلك نقوم بتدوين:

1- السوابق الشخصية:

- ظروف فترة الحمل والولادة.
- تقييم النماء الحركي النفسي للطفل.
- التلاقيح.
- التمدرس: حصول انخفاض في المردود الدراسي.
- العادات السمية للطفل.
- سوابق طبية كإعاقات حركية وحسية وفكرية.
- حدوث إساءة تعامل سابق أو وسط الأقارب.
- سوابق نسائية: بدء الحيض، تاريخ الحيض الأخير.

- استشفاء سابق أو زيارة سابقة لمصلحة المستعجلات ودواعيها.

2- السوابق العائلية:

- بنية الأسرة، ونوعية الزوجين.
- دراسة الأشقاء، سنهم وجنسهم على التوالي.
- البيئة المنزلية: المستوى الاجتماعي والاقتصادي، السكن، عمل الوالدين، عاداتهم السمية، سوابقهم النفسية.

3- مختصر تاريخ العدوان:

- تحديد تاريخ ووقت ومكان الوقائع.
- تحديد نوعية الاعتداء (جسدي، جنسي، قساوة التعامل أو إهمال).
- تحديد هوية المعتدي وعلاقته بالطفل.
- تحديد قدم الاعتداء وتكراره، الفترة الفاصلة بين الاعتداء والاستعانة بخدمات الرعاية وآلية الإصابة، والأعراض التي يشعر بها.
- البحث عن تواجد اضطرابات سلوكية (اكتئاب، أرق، انعدام الشهية، شهية مفرطة، محاولات الانتحار، الهروب، الفشل الدراسي، سلس البول، بداغة« سلس براز لاعضوي »...) تواريخ بداية ظهورها، أنماط تطورها وظروف حدوثها.
- البحث عن العلامات التي تشير إلى وجود فَرط للضَّغْطِ داخِلَ القِحْف : القيء المصاحب لإضطرابات اليقظة بدرجات شدة متفاوتة.
- البحث عن حدوث استشارة سابقة بسبب اعتداء سابق والعلاجات الموصوفة.

<u>في حالات الاعتداء الجنسي</u>: انظر درس الاعتداءات الجنسية

ث- الفحص السريري:

الظروف:

- يجب أن لا يشكل هذا الفحص صدمة إضافية للطفل، وينبغي ألا يشعر فيه على أنه اعتداء ثان.
- بعد تَكَوُّن الثقة: يتوجب أن يشرح للطفل ماذا سيحدث أثناء الفحص، باستخدام مصطلحات سهلة الفهم.

1- الفحص العام:

- تقييم المظهر العام للطفل: البحث عن شحوب جلدي مخاطي ومُلتَحِمِيّ، تقييم حالة الديناميكية الدموية والحالة التغذوية.
- تقييم حالة الملابس والنظافة: قذرة، مهملة.
- تقييم سلوك الطفل: جبان، فاتر الشعور أو لا مبال، هائج، غير مستقر، عدواني، عاطفة جياشة اتجاه الأغراب أو يحاول اجتناب أولياء أموره.
- تقييم النمو الوزني القامي (انكسار المنحنى يكون مصاحبا في الغالب لحدث مؤثر أو لتغيير في الحياة الأسرية).
- البحث عن تأخير في اكتساب العمليات الحركية النفسية.
- تقييم المرحلة البلوغية.

2- التقييم النفسي« السيكولوجي» :

خلال الفحص، وكيف ما كان سن الطفل يمكن أن نلاحظ بعض المشاكل السلوكية عنده: اللامبالاة، الفائض العاطفي، كبت، هيجان...

3- الفحص الجسدي:

يجب أن يكون كاملا (أخذ صور بموافقة الوالدين + رسوم بيانية وصفية).

الآفات التي تصادف في الغالب تشمل ما يلي:

آفات جلدية :

- الجروح (بسيطة أو رضية، عض) وخدوش.
- تعتبر الكدمات والأورام الدموية علامات مميزة بتعددها ووقت وقوعها المختلف وببعض الأماكن الخاصة التي تتواجد فيها:
  - الجذع، القطن، الأليات، الوجه وفروة الرأس هي أماكن من الصعب أن تكون عرضة لسقوط عارضي.
  - الجهة الداخلية للفخذين والذراعين، الرسغين والكاحلين بسبب ميكانيكيات الإبعاد والاحتواء أثناء الاعتداء الجنسي.
- خدوش على شكل تآكلات خطية متوازية أو سحجات ظفرية تسبب أحيانا اقتلاعا للبشرة.
- الحروق الناجمة عن استعمال بعض الأدوات (السجائر، المكواة الكهربائية...).
- آفات الغشاء المخاطي الفموي والأنفي تظهر بسهولة من خلال جرح في التلم اللثوي وبكسر في الغضروف الأنفي.
- في حالات الاعتداء الجنسي، يجب البحث عن حبرات في الحنك، تكدمات أو تمزقات في لجام اللسان التي تلاحظ بكثرة أثناء الاتصالات الجنسية الفموية التناسلية.
- ظهور حاصة« ثعلبة » على شكل صفيحة أو منطقة نقصان في الشعر نتيجة اقتلاع مفاجئ ومتكرر له.

آفات العظام:

- البحث عن تواجد علامات أو متبقيات الكسور عن طريق فحص الهيكل.
- البحث عن تشوهات بالأطراف.

- عند الرضع:
  - البحث عن انتفاخ، عجز أو آلام خلال تحريك الأطراف.
  - غالبا ما تكون العلامات متخفية سريريا، وبالتالي تظهر هنا فائدة استعمال التصوير الإشعاعي للهيكل العظمي عند الاشتباه في حصول سوء معاملة.

<u>آفات قِحْفِيَّة مُخِّيَّة:</u>

- مبدئيا، فالتشخيص الذي لا يجب أن نغفله عند كل رضح غير موثق بالرأس وخصوصا عند طفل صغير هو تعرضه لسوء معاملة.
- تمثل الأسباب الرئيسية للوفيات في حالات سوء معاملة الأطفال (الوَرَمُ الدَّمَويُّ تَحْتَ الجافِيَة خلال السنة الأولى).
- يجب القيام بفحص عصبي بطريقة منهجية بحثا عن أي دلائل عن حصول عجز متعلق بآفات قِحْفِيَّة مُخِّيَّة.
- سريريا، ينبغي أن ينتبه المعالج لوجود علامات اختلالات عصبية وخيمة: غيبوبة، اختلاجات أو علامات أكثر حدة: نيمومة، تقيؤ، لامبالاة؛ تَهَيُّجِيَّة.
- البحث خلال الفحص عن علامات سريرية لفَرْطُ الضَّغْطِ داخِلَ القِحْف: يافوخ متوتر، زيادة في كِفَاف الرَّأس ما يوحي بحصول وَرَمُ دَّمَويُّ تَحْتَ الجافِيَة أو تحت العنكبوتية.
- ويجب إنهاء الفحص العصبي ب:
  - فحص للعيون (قاع العين) الذي قد يظهر نَزْف في الشَّبَكِيَّة، خَلْع للعَدَسَة أو حصول ساد تالٍ للرَّضْح.
  - فحص للفم والأنف والأذن والحنجرة: بحثا عن ثقب في الطبلة، كسر سني أو بالفك، تعطن الشفتين أو جرح بالحنك.

الآفات الحشوية: وتتنوع حسب طبيعة ومكان الرضح:

- آفات الصدر: صدر مدمى، استرواح الصدر، رض رئوي نتيجة كسور في الأضلاع.
- آفات البطن: انكسار أو تشقق كبدي، طحالي أو كلوي، انفكاك مساريقي ...

4- الفحص التناسلي الشرجي: انظر درس الاعتداءات الجنسية

ج- الفحوصات المكملة:

وهي مرتبطة مباشرة بالإطار السريري:

1- في حالة العنف الجنسي : انظر درس الاعتداءات الجنسية.

2- بالنسبة للحالات الأخرى للعنف:

فقد يكون من الضروري أن نطلب:

2.1. التحاليل البيولوجية:

- الصيغة الدموية: بحثا عن فقر الدم.
- تحليل الإرقاء: لاستبعاد اضطرابات الارقاء.
- البحث عن المواد السامة.

2.2. الاختبارات الإشعاعية:

يعتبر التصوير ذا أهمية بالغة في تشخيص سوء المعاملة والبحث عن المضاعفات والمتبقيات الهيكلية العظمية، الحشوية أو الدماغية.

يتوجب القيام بتصوير إشعاعي منهجي للهيكل العظمي، ليس فقط مع وجود علامات سريرية توحي بكسر، ولكن أيضا أمام أي رضيع يشتبه في حمله لآفات.

وفي حال اشتباه حصول عنف جسدي أو سابقة اعتداء، يجب القيام بتصوير إشعاعي كامل لهيكله العظمي بشكل منهجي عند الطفل الصغير.

- **التصوير الإشعاعي الكامل للهيكل العظمي:**

  - الدافع الرئيسي وراء هذا الاختبار هو وجود كسور بأعمار مختلفة. يعتبر الإختبار الإشعاعي للهيكل العظمي بشكل كامل ضروريا ويمكن أن يكشف عن وجود كسور قديمة ملتئمة (دَشْبَذ عَظْمِي)، اقتلاعات كردوسية وانفصالات سمحاقية مرئية على شكل أورام دموية تحت سمحاقية متكلسة.
  - التفكير في إمكانية حصول سوء تدبير علاجي عند ارتباط الكسر مع آفات أخرى أو الاكتشاف الإشعاعي لدُشْبُذ يتعلق بكسر قديم.

- **المِفْراس الدماغي:** عند وجود أعراض نداء وذلك لتسليط الضوء على الآفات القِحْفِيَّة المُخِّيّة. الأورام الدموية تحت الجافية تلاحظ كثيرا خلال متلازمة الطفل المهتز.

أما فيما يخص الفحوصات الأخرى فيتم وصفها اعتمادا على الحالة السريرية:

- تخطيط الصدى الثاقب لليافوخ: تشخيص الآفات داخل المخ.
- تخطيط الصدى البطني، المفراس البطني والصدري (الآفات الحشوية).
- التصوير بالرنين المغناطيسي الدماغي (التقييم العصبي الإشعاعي لمتبقيات العنف، وفي حالة متلازمة الطفل المهتز).
- التصوير بالرنين المغناطيسي للعظام (تَثْبيتُ المُشاشَة تالٍ للرَّضْح وآفة محفظية رباطية).

ح- التوثيق:

- استخدام كتيب خاص لتدوين الادكار ونتائج الفحص الطبي.
- تدوين الاستبيان مع التأكيد على التصريحات المهمة التي أدلى بها الطفل أو عائلته فيما يخص الوقائع.
- لا يجب الخوف من كتابة اسم المعتدي، ولكن باستخدام عبارات مثل«يؤكد الطفل » أو«يحكي الطفل ».

- كتابة نتائج الفحص بطريقة واضحة كاملة وموضوعية في كتيب الفحص مع التحديد بالنسبة لكل آفة:
  - نوعها: باستخدام القاموس المناسب.
  - موقعها بالنسبة إلى المعالم التشريحية القريبة منها.
  - شكلها، حجمها ولونها.
- تحديد كل العناصر الملاحظة على صور توضيحية لجسم إنسان.
- التقاط صور فوتوغرافية للآفات بعد موافقة الطفل و/أو والديه أو الوصي مع توسيع المجال ليشمل المعالم التشريحية المحيطة لتحديد مكان الإصابة.
- تحديد شكل الملابس: ممزقة أو ملابس ملطخة مما يساعد على إثبات حدوث عنف.
- تحديد إذا ما كان هناك وجود لأجسام غريبة على ملابس، جسم أو شعر الضحية (تربة، أوراق أو عشب) قد تساعد على إعطاء مصداقية لقصته.

V. الأشكال الخاصة

1- متلازمة مونخهاوزن باي بروكسي:

متلازمة مونخهاوزن باي بروكسي هو إدعاء للمرض أو إحداثه عند طفل من قبل أحد الوالدين، وعادة ما تكون الأم. وتتنوع الأعراض (وتعتبر العلامات الأكثر شيوعا، حصول نزيف، حدوث اختلاجات وانقطاع النفس)، مما يؤدي إلى تشخيصات مضللة وتسبب في القيام بالعديد من الفحوصات الطبية التي تسهم في سوء المعاملة. ومن المهم التفكير في هذه المتلازمة عند تواجد أعراض جسدية أو نفسية غير متوافقة سريريا من أجل التقييم الصحيح وحماية الطفل.

وبشكل عام، نلاحظ غيابا للأعراض المصاحبة عندما يتم فصل الطفل عن الأب المسؤول.

2- متلازمة الطفل المهتز:

وهو شكل خاص من أشكال سوء المعاملة، ويتعلق بالرضع الذين لم يتجاوزوا العام، فيمكن أن تؤدي حركات التسارع والتباطؤ إلى أورام دموية تحت الجافية، كسور في الأضلاع بالقرب من الملتقى الفقري الضلعي. ويمكن أن تكون حياة الرضيع مهددة نتيجة هذه المتلازمة والمتبقيات الحسية العصبية الناتجة.

3- متلازمة سيلفرمان:

وتتميز باكتشاف كسور متعددة بأعمار مختلفة وفي بعض الأحيان ترتبط هذه الآفات مع أخرى جلدية رضحية.

VI. مؤشرات تدل على حدوث إساءة في معاملة الطفل :

أ- المؤشرات السلوكية:

- **عند الرضع:**

- يتجنب الرضيع النظر مباشرة إلى الأب المعتدي المفترض.
- تيقظ ظاهر في نظرات رضيع في حالة تأهب، أو يقوم بحركات حماية مع اقتراب الفاحص.
- تخلف حركي نفسي، انعدام الشهية، نُهام واضطرابات أثناء النوم.

- **عند الأطفال في سن التمدرس:**

- غالبا ما يعانون من فشل في التعلم، مع صعوبات لغوية ومعرفية وعلائقية.
- سلوك مضطرب أو عدواني، فرط في النشاط أو خجل شديد، سلبية أو انطوائية.
- صعوبة في النوم أو مشاهدة الكوابيس واضطرابات في الأكل.
- تقهقر القدرات الطبيعية (على سبيل المثال تقاطر البول الليلي).
- الخوف الغير عادي من الاتصال الجسدي مع الآخرين.

- التغيب عن المدرسة.

- **عند المراهقين:**

- ظهور حالة اكتئاب حقيقية، في غالب الأحيان على شكل اضطرابات سلوكية: سلوكيات عالية الاختطار، تصرفات إجرامية، هروب متكرر.

- أفكار أو محاولات انتحارية في بعض الأحيان تكون السبب في اكتشاف سوء المعاملة.

- القلق وعدم الثقة في النفس والدعارة.

ب- المؤشرات الادكارية:

- سابقة لوقوع حوادث وزيارات متكررة لمصالح المستعجلات.

- التأخير الغير مبرر أحيانا بين وقت ظهور الأعراض والاستشارة الطبية.

- عدم الاهتمام بالخطورة المحتملة للحالة الصحية للطفل.

- سوابق معروفة لسوء معاملة في العائلة.

- ظهور تناقضات في تصريحات الآباء، اللذين يستجوبان بشكل منفصل.

- عدم تطابق الآفات التي يُعْثَرُ عليها أثناء الفحص السريري والتفسيرات المقدمة من طرف الآباء.

ت- المؤشرات السريرية:

- تظهر هيئة الطفل بوضوح علامات الإهمال:

- قلة النظافة، ولباس غير مناسب.

- خرس، لامبالاة، قلق متباين أو هيجان.

- آفات موحية بحصول عنف ب:

- آلية تكونها: خدوش، عضات، طعنات؛

- تزامن تواجد آثار عنف بأعمار مختلفة و/أو طبائع مختلفة؛

- موقعها: لا يتناسب وفرضية حصول إصابة عارضية (الأليات، الظهر وأخْمَصُ القَدَم بالنسبة للحروق) على المناطق البارزة؛

- شكلها: يحيل على الجسم الصادم (سجائر، مكواة كهربائية...)، شكل دائري يحيل على محاولة الاحتواء أو الخنق.

- عددها أو تكرار حصولها.

VII. التدبير العلاجي والطبي الشرعي:

أ- الاستشفاء:

يمكن أن تختلف الهيئة السريرية للطفل ضحية سوء المعاملة تبعا لطبيعة الاعتداء ووقت حدوثه«قديم أو حديث» ، وخيم أو حميد.

إذا تعرض أي طفل لاعتداء وخيم سواء كان جسديا أو جنسيا ينتج عنه صدمة أو فقدان للوعي، يجب أن يخضع لتقييم سريع (الثوابت الحيوية) وأن يحال على وحدة العناية المركزة.

إذا تعرض الطفل لصدمات جسدية مهمة (كسر، كسور في سَقْف الجُمْجُمَة ...) يصبح عرضه على أخصائيي العظام أو الأعصاب ضروريا.

الضوائق النفسية الناتجة عن العنف الذي تعرض له الطفل قد تكون مسؤولة عن مشاكل سلوكية أو حتى هيجان متطرف ما يجعل من الضروري وضع الطفل تحت تدابير الرعاية النفسية العاجلة.

إذا كان الطفل هائجا بطريقة تجعل الفحص مستحيلا، يمكن استخدام بعض المهدئات ك:

- البنزوديازيبينات: ديازيبام (® ديافارم)، قطرات أو أمبولة من 10 ملغ: 0.5 ملغ / كلغ عن طريق الفم أو داخل المستقيم
- أو مضادات الهيستامين: هدروإكسزين: ® أتراكس شراب 1 ملغ/ كلغ مرة واحدة في اليوم

دخول الطفل للمستشفى قد يكون ضروريا أيضا في حالة وجود اضطرابات اجتماعية أسرية مما يجعل إبعاد الطفل أمرا مستحبا أو لاستكمال باقي الفحوصات أو المساطر القانونية.

ويسمح الإستشفاء أيضا ب:

- وضع العلاج الطبي و/أو الجراحي المناسب.
- مراقبة تطور الآفات والسلوك.
- طلب آراء متخصصين آخرين.

وفي النهاية: يصبح الاستشفاء ضروريا:

- إذا كانت الرعاية المتخصصة ضرورية.
- حماية الطفل من محيطه / وسط عالي الاختطار.
- إذا كان في حاجة إلى مراقبة لتأكيد أو استكمال التقييم (متعدد التخصصات).
- للقيام بالتبليغ عن حالة الاعتداء.

ب- العلاج:

في حالة الاعتداء الجسدي أو الجنسي، يمكن وصف بعض الأدوية لأهداف إما شافية وواقية.

1- المُعالجَة الشافِيَة:

- يجب تكييف التدبير العلاجي بالنظر إلى الآفات المتواجدة والأعراض السريرية.
- تطهير الجروح، وتقديم الرعاية.

- في حالة وجود جروح شديدة التلوث يتوجب إعطاء المضادات الحيوية.
- لا يجب التردد في اللجوء إلى المسكنات.
- في حالة التسمم، يتم تكييف العلاج الطبي المترافق للأعراض وحالة الطفل.
- في حالة عدوى منقولة جنسيا خاصة (الهربس)، يتوجب وصف العلاج المناسب لهذه الحالة.
- في حالة عدم وجود تشخيص سَبَبِيَّاتِي للعدوى المنقولة جنسيا، يتوجب استخدام النظام العلاجي لتدبير العدوى المنقولة جنسيا.

2- المُعالجَة الإتقائية:

2.1. الوقاية من مرض الكزاز:

- بناءا على الجدول أدناه، نقرر إذا ما كان ضروريا إعطاء الدُوفان الكزازي (TT)، والذي يوفر مناعة فاعلة والغلوبولين المناعي المضاد للكزاز (TIG)، الذي يوفر مناعة لا فاعلة.
- إذا تم إعطاء اللقاح والغلوبولين المناعي في نفس الوقت، من المهم أن يتم استخدام إبر ومحاقن منفصلة ومواقع حقن مختلفة.
- يجب توعية الآباء باستكمال برنامج التلقيح (الجرعة الثانية بعد أربعة أسابيع والجرعة الثالثة بين ستة أشهر والسنة الأولى).

لاحقة: دليل إعطاء اللقاح المُضادّ للكُزاز والمَصْلّ المُضادّ للكُزاز عند حدوث الإصابات				
سابقة تَمْنيع كُزازيّ	**إذا كانت الإصابات نظيفة ولم تتجاوز الستة ساعات على وقوعها أو في حالة إصابات طفيفة**		**جميع أنواع الإصابات الأخرى**	
	اللقاح المُضادّ للكُزاز	المَصْلّ المُضادّ للكُزاز	اللقاح المُضادّ للكُزاز	المَصْلّ المُضادّ للكُزاز
غير مؤكد أو أقل من ثلاثة	نعم	لا	نعم	نعم
ثلاثة أو أكثر	لا، إلا في حالة الحصول على آخر جرعة يتجاوز العشر سنوات	لا	لا، إلا في حالة الحصول على آخر جرعة يتجاوز الخمس سنوات	لا

2.2. الوقاية من وقوع حمل والعدوى البكتيرية المنقولة جنسيا: انظر درس الاعتداءات الجنسية

ت- الشهادة الطبية الشرعية: انظر درس الشهادات الطبية.

ث- التبليغ:

إذا ارتأى الطبيب أن هناك خطرا على الطفل مع وجود رفض لاستشفائه من طرف الأسرة، يتوجب عليه أن يبلغ السلطات القضائية بما في ذلك وكيل الملك للقيام بتدخل مؤسسي. والهدف من هذه العملية ليس إدانة الجاني، ولكن الإبلاغ عن الوضع الخطير الذي يواجه الطفل.

وعلاوة على ذلك، لا زال يطرح التبليغ بسوء المعاملة مشاكل مستعصية، خصوصا أن وقوعها لا يكون في غالب الأحيان إلا مشتبها فيه. وإذا كانت المادة 446 من قانون العقوبات[6] في فقرتها الثانية تعطي الإذن للطبيب – دون إجباره- الإبلاغ عن وقوع إساءة معاملة الأطفال مع إعفائه من المتابعة القضائية لانتهاكه السرية المهنية، يمكن مقاضاة الممارس بتهم أخرى بما في ذلك عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر (المادة 431 من قانون العقوبات[6]) أو عدم التبليغ عن وقوع جريمة (المادة 299 من قانون العقوبات[6]).

عمليا، التبليغ القضائي عن وقوع سوء معاملة مشبوهة اتجاه طفل يبقى أمرا إلزاميا، ويتم تبليغ الشرطة القضائية، الدرك أو وكيل الملك مباشرة.

في المستشفى: يمكن أن يتم التبليغ عن طريق خدمة المساعدة الاجتماعية التي تتكلف بالقيام بالإجراءات اللازمة مع الجهات المختصة.

أما في القطاع الخاص، فإن الممارس يتردد كثيرا قبل القيام بالتبليغ، خوفا من تضرر علاقة الثقة التي تم تأسيسها مع العائلة.

وفي هذه الحالة، يتوجب عليه عند اشتباه وقوع سوء معاملة، أن يحيل الطفل على أي مستشفى، ما سيسمح بوضع التشخيص والشروع في تحقيق اجتماعي.وفي حالة رفض الوالدين وبوجود خطر حقيقي على الطفل، فمن واجبه تبليغ السلطات المختصة.

عمليا :

- إذا كان هناك اشتباه في وقوع اعتداء، يتوجب استشفاء الطفل في مصلحة للأطفال، وهذا المستشفى سيسمح بما يلي:
  - وضع الطفل في مأمن من وقوع خطر وشيك.
  - استكمال التقييم السريري وإزالة التشخيصات التفريقية الأخرى.
  - متابعة تطور الطفل مع مرور الوقت وكذلك التطور الطبيعي للآفات عندما يكون بعيدا عن محيطه الأسري.

- إذا كان تشخيص وقوع سوء معاملة شديدة مع تواجد خطر مباشر على الطفل، يتوجب إبلاغ وكيل الملك على الفور، الذي لديه سلطة اتخاذ القرارات اللازمة ويكون هذا الإبلاغ عن طريق مكالمة هاتفية ولكن من الضروري تأكيدها كتابيا.
- تحرير الإبلاغ على شكل شهادة طبية مؤرخة وموقعة.
- توجيه الإبلاغ إلى وكيل الملك في المحكمة التابع لها مسكن الأسرة.
- لا يتوجب إعطاء الإبلاغ لشخص آخر، حتى آباء الضحية أو شخص موثوق به.

ويجب أن يتضمن الإبلاغ هوية الطبيب والضحية / الممثل القانوني مع وصف للحالة التي تدل على تواجد وضع خطير.

ج- المتابعة الطبية للطفل ضحية العنف :

الاستشارة الطبية الخاصة بالمراقبة لها مجموعة من الأهداف:

- مراقبة شفاء الآفات الأولية: التأكد من شفاء كل الآفات الجسدية. وإذا كان ضروريا، نقوم بتوجيهه إلى طبيب مختص.
- التأكد من التزام الطفل بالعلاج الموصوف باستعجال.
- تقييم الحالة العامة: إذا لم يتم البدء في أي تدبير علاجي نفسي منذ وقوع الاعتداء، فهده الاستشارة تعمل على أيضا على تقديم الرعاية النفسية الأولية.
- استكمال الفحوصات الجسدية.
- المتابعة والتأكد من نتائج التحاليل السيرولوجية.

VIII. الإطار التشريعي

1- <u>على الصعيد الدولي:</u>

الطفل لديه حقوق تحددها **الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل**[11] الصادرة في 20 نوفمبر 1989 والتي تهدف إلى حماية الأطفال من التمييز والإهمال وسوء المعاملة و**تمت المصادقة عليها من طرف المغرب بموجب الظهير رقم 4-93-4 المؤرخ في 14 يونيو 1993.**

وتعتبر الحماية موضوعا شاملا بحيث نعثر عليها في جميع بنود الاتفاقية. ولكن نذكر على وجه الخصوص المواد التالية:

المادة 19: الحق في الحماية ضد كافة أشكال العنف أو الإساءة التي يرتكبها الآباء أو أي شخص آخر يتعهَّد الطفل برعايته؛

المادة 32: حق الطفل في الحماية من الاستغلال الاقتصادي ومن أداء أي عمل يرجح أن يكون خطيرا أو أن يمثل إعاقة لتعليم الطفل، لصحته أو نموه؛

المادة 34: حق الطفل في الحماية من العنف والاستغلال الجنسي بما في ذلك البغاء والمواد الداعرة؛

المادة 35: الحق في الحماية من البيع والاتجار والاختطاف؛

المادة 37: الحق في الحماية من التعذيب والمعاملة القاسية، أللإنسانية أو المهينة.

2- <u>على الصعيد الوطني:</u>

فالطفل يخضع لحماية جنائية مما يؤدي إلى تشديد العقوبات في حالة الضرب والجرح المتعمد والاعتداء الجنسي من جهة، ومن جهة أخرى كذلك، سُمِحَ مؤخرا للطبيب بالتبليغ عن حالات سوء المعاملة التي يواجهها خلال ممارسته اليومية.

- إن قانون العقوبات المغربي[6] يعاقب بشدة المعتدين بموجب المواد 408، 409، 410، 411 و 482.

2.1. الجرائم الجنائية المتعلقة بأعمال الإساءة والحرمان:

المادة 408: « يعاقب بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات كل من ضرب عمدا طفلا دون الخامسة عشرة من عمره أو تعمد حرمانه من التغذية أو العناية، حرمانا يضر بصحته، أو ارتكب عمدا ضد هذا الطفل أي نوع آخر من العنف أو الإيذاء، فيما عدا الإيذاء الخفي »

المادة 409: « يعاقب بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات إذا نتج عن الاعتداء مرض أو ملازمة للفراش أو عجز عن العمل تتجاوز مدته عشرين يوما أو إذا توفر سبق الإصرار أو استعمال للسلاح »

المادة 410: « يعاقب بالسجن من عشر إلى عشرين سنة (الفقرة 1) إذا نتج عن الاعتداء فقد عضو أو بتره أو الحرمان من منفعته أو عمى أو عور أو أية عاهة دائمة أخرى؛

وبالسجن من عشرين إلى ثلاثين سنة (الفقرة 2) إذا نتج عن الاعتداء الموت، دون أن يقصد الجاني إحداثه.

ويعاقب بالسجن المؤبد (الفقرة 3)، إذا نتج عن الاعتداء الموت، دون أن يقصده الجاني، ولكنه كان نتيجة لأعمال معتادة.

ويعاقب بالإعدام (الفقرة 4) إذا نتج عن الاعتداء الموت مع وجود نية إحداثه »

المادة 411: « إذا كان الجاني هو أب طفل أو أمه الطبيعية أو بالتبني، أو شخصا له سلطة عليه أو مكلفا برعايته، تكون العقوبات المطبقة على النحو التالي:

- السجن من سنتين إلى خمس سنوات في الحالات المشار إليها في المادة 408.
- يتم مضاعفة الحد الأقصى للعقوبات السجنية في الحالات المشار إليها في المادة 409.
- من عشرين إلى ثلاثين سنة (الفقرة 1 من المادة 410) بالسجن المؤبد (الفقرة 2 من المادة 410)، وعقوبة الإعدام (الفقرة 3 من المادة 410) »

2.2. الجرائم الجنائية المتعلقة بتعريض الطفل للخطر المعنوي والبدني:

المادة 482: « إذا تسبب أحد الأبوين في إلحاق ضرر بالغ بأطفاله أو بواحد أو أكثر منهم، وذلك نتيجة سوء المعاملة أو إعطاء القدوة السيئة في السكر أو سوء السلوك أو عدم العناية أو التقصير في الاشراف الضروري من ناحية الصحة أو الأمن أو الأخلاق، يعاقب بالحبس من شهر واحد إلى سنة وغرامة من مائة وعشرين إلى خمسمائة درهم »

ح. الاعتداءات الجنسية على القاصرين والكبار

I. الإطار التشريعي

يجرم قانون العقوبات[6] هذه الأفعال تحت مسميات مختلفة، بدءا بالإخلال العلني بالحياء وصولا إلى الاغتصاب المشدد مرورا بهتك العرض الحاصل بعنف أو بدونه.

يتم التطرق للاعتداءات الجنسية في الفرع السادس المتعلق بانتهاك الآداب في الباب الثامن من الجزء الأول في الكتاب الثالث لقانون العقوبات[6].

انتهاك الآداب يشمل مجموعة من الجرائم الجنسية التي يعاقبُ عليها على النحو التالي:

- المادة **483** من قانون العقوبات[6] تجرم **الإخلال بالحياء** وتعتبره علنيا إذا تم تنفيذه في مكان قد تتطلع إليه أنظار العموم بمحضر شهود بإرادتهم أو عفوا إذا كانوا قاصرين تقل سنه عن ثمان عشر سنة ويعاقب عليه بالحبس من شهر واحد إلى سنتين + غرامة : من 120 إلى 500 درهم.

- يعاقب بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات من هتك **دون عنف** أو حاول **هتك عرض** قاصر تقل سنه عن ثمان عشر سنة سواء كان ذكرا أو أنثى (المادة **484**) ومن عشر إلى عشرين سنة إذا كان مع **استعمال العنف** (**المادة 485**).

- ويعرف **الاغتصاب** في قانون العقوبات المغربي[6] على أنه مواقعة رجل لامرأة بدون رضاها، ، على عكس المشرع الفرنسي الذي يوسع هذا التعريف إلى جميع أعمال الإيلاج كيفما كان نوعها سواء ارتكبت على الشخص الآخر عن طريق العنف أو الإكراه أو التهديد أو المفاجأة.

المادة **486** تقضي بالمعاقبة على الاغتصاب بالسجن من خمس إلى عشر سنوات. غير أنه إذا كانت سن **المجني عليها تقل عن ثمان عشرة سنة** أو كانت **عاجزة** أو **معاقة** أو **معروفة بضعف قواها العقلية** أو **حاملا**، فإن الجاني يعاقب بالسجن من عشر إلى عشرين سنة.

وتحدد المواد الثلاث الأخيرة الظروف المشددة المرتبطة إما بنوعية المنفذ (أصول الضحية، المعلم أو أي شخص له سلطة عليها) أو الظروف أو آثار الاعتداء (هجوم أو اغتصاب جماعي (المادة 487)، أو إذا نتج عن الجريمة افتضاض المجني عليها (المادة 488)) و أي من هذه الظروف تشدد العقوبة المطبقة.

II. خصائص الاعتداء الجنسي على قاصر

أ- عوامل اختطار الاعتداء الجنسي على القاصرين:

- أنثى.
- طفل غير مُمَثَّل، طفل داخل مؤسسة.
- الطفل المتبنى أو الذين يعيشون مع أحد الآباء غير البيولوجيون.
- الطفل المعاق جسديا أو عقليا.
- سابقة اعتداء جنسي.
- الصراع المسلح.
- سرعة التأثر النفسي أو المعرفي.
- العزلة الاجتماعية والحرمان العاطفي.
- أحد الآباء يعاني من أمراض نفسية أو إدمان.

ب- الاكتشاف المتأخر للاعتداء الجنسي عند القاصرين يرجع في الغالب للأسباب التالية:

- التخوف من الانتقام.
- الشعور بالذنب و/أو العار.
- الإحساس بأنه الوحيد الذي يعاني مثل هذه الحالة.
- الخوف من عدم تصديقه.
- في بعض الأحيان تكون المشاعر مضطربة اتجاه المعتدي (ما عدا في حالات الاعتداء الجنسي من طرف الغرباء).

- الخشية من المتابعة القانونية.
- الخوف من تشويش حياة الأقارب.
- الخوف من ردود أفعال أو تعليقات العائلة.
- في حالة مُزَانَاةُ المَحارم:
  - الخوف من انهيار الأسرة إذا تم الكشف عن سرهم.
  - عدم الشعور بشذوذ الاعتداء.

ت- مؤشرات حصول اعتداء جنسي على القاصرين:

- **السلوك العام:**

- طفل منصاع بشكل مفرط، منقاد أو على العكس عدواني ، مستفز، دائم الإعتراض.
- النضج الزائف: أطفال يتقمصون دور البالغين (دور الأم أو الزوجة).
- تغير المزاج، دموع بدون سبب.
- الاكتئاب، التفكير في الانتحار، محاولات الانتحار، انخفاض الثقة في النفس والإنطواء.
- الخوف والرهاب.
- رفض السلطة داخل المدرسة (السلوك العدواني اتجاه المعلمين).
- عدم القدرة على التركيز، والانخفاض المفاجئ في المردود الدراسي.
- عدم الثقة في الأقرباء البالغين، ورفض الاحتكاك مع بعض البالغين (العم، الجار، الصديق أو الصديقة، والأسرة).

- **المظاهر الجنسية:**

- مواضيع متكررة حول الجنس، لغة ذات طابع جنسي مقارنة بسن الطفل.
- ألعاب جنسية مستديمة أو غير متناسبة مقارنة بسن الطفل؛ إعادة تمثيل السلوك الجنسي على الدمى، الأقران أو الكبار.
- سلوكيات جنسية عدوانية.
- رسومات ذات طابع جنسي لا تتلاءم وسن الطفل.
- الاستمناء المفرط.
- لمسات غير مقبولة لبالغين من المعارف.
- المغازلة المبالغ فيها.
- الدعارة، الاختلاط الجنسي.
- الاعتداء الجنسي (المرتكب من طرف الأطفال، المراهقين أو الشباب).

- **الآباء والأمهات، وديناميكية الأسرة:**

- أب سلطوي، غيور على ابنته، متملك.
- الأسرة المعزولة.
- الهروب.

- **شكاوى نسائية و/أو نفسية جسدية.**

III. مختلف الخطوات المتبعة أمام ضحية اعتداء جنسي

أ- الاستبيان:

ويجب أن نحدد فيه:

- تاريخ، وقت ومكان وقوع الأحداث.
- المعتدي (ين) معروف (ين) أو لا، العدد...؛
- ملابسات الاعتداء مع البحث عن وسائل الإكراه؛
- كيفية حدوث الهجوم: الأساليب، حدوث القذف، عدد المرات وأين؛
- وجود ألم أو نزيف؛
- السلوك بعد الهجوم: تغيير الملابس، الاهتمام بالنظافة الشخصية أو خروج البراز.

ب- الادِّكار:

- السوابق الطبية والجراحية والخاصة بالأمراض النسائية والولادة والنفسية.
- تاريخ آخر دورة شهرية، وسائل منع الحمل المستعملة خلال نفس الفترة.
- النشاط الجنسي السابق مع التأكد من حالة العذرية سابقا.
- ردود فعل الضحية: العدوان اللفظي أو على العكس الإحساس بالإعياء، الذهول أو التخليط مع تأنيب الضمير أو الخوف من الانتقام، الهدوء الغير الطبيعي، الرصانة خلال تقديم الاعترافات والتعاون السلس.

تنبيه: لا ينبغي نفي إمكانية وقوع اعتداء جنسي أمام سلوك محير للضحية.

ت- كيفية تدبير الفحص:

- **الفحص العام**

- تقييم النماء الوزني القامي والعقلي، البنية الجسمية، والنماء البلوغي.
- البحث عن الآفات الرضحية في المواضع التالية:

- *المناطق الحيوية*: ثلم الخنق، خدوش عن طريق الأظافر في محيط الفم.
- *مناطق الحماية*: آفات دفاعية في الساعدين، أو آثار للدفع في الفخذين والذراعين.
- *مناطق الحمل والاحتباس*: المعصمين والكاحلين.

- فحص الملابس:

نبحث عن تمزقات، درن بواسطة السائل المنوي أو الدم.

البقع الموجودة على الملابس يجب أن يتم أخذ عينات منها والتأكد من إحكام إغلاقها وتسليمها للشرطة المكلفة.

- **الفحص التناسلي الشرجي:**

فحص الأعضاء التناسلية:

- **عند الإناث:**

- استقصاء منهجي للواجهة الداخلية للفخذين، جبل العانة، البظر والإحليل.
- تفريق الشفران الكبيران للخارج ما يجعلنا نفحص غشاء البكارة المغروزة عادة في قاعدة الشفران الصغيران.
- فحص غشاء البكارة: يمكن أن نمدد منطقة انغرازه الخلفية عن طريق القيام بهزات على الحاجز المستقيمي المهبلي بمس مستقيمي. تتم دراسة الحافة الحرة باستخدام قثطرة فولي.
- الأنواع المختلفة لغشاء البكارة: الهلالي الخلفي، الحلقي الشكل، المخملي الحواف أو ذو الشفتين، ضموري الذي له سمك أقل من 2 ملم من القاعدة إلى الحافة الحرة، المنخلي الشكل، الجسري أو الأرْتَق.
- عند العذراء: يعتبر تمزق غشاء البكارة علامة مهمة تؤكد حصول افتضاض، ولكن أحيانا يمكن أن يتعلق الأمر بغشاء بكارة متمطط. و**في حالة إفتضاض حديثة**: بمعنى أن التمزقات حدثت في الغالب

ما بين أربع إلى ثمان ساعات، وغالبا ما يمتد إلى الحافة الممسكة في الغشاء المخاطي المهبلي. ويتم الالتئام مابين خمس إلى ثمان أيام، إلا في حالة الإصابة بعدوى إضافية.

بعد الالتئام، من الصعب التمييز بين الشقوق الخلقية والثلمات الرضحية. تعتبر **الشقوق** أكثر انتظاما، أكثر تناظرا وغير كاملة، في حين أن **الثلمات (التمزقات)** هي أكثر اعوجاجا، وغير متناظرة وأكثر انقساما.

- وعند غير العذراء فإن الشرائط الندبية لغشاء البكارة تتراجع، وهنا نبحث عن أدلة أخرى:
  - آفات فرجية أو مهبلية، وجود السائل المنوي في المهبل؛
  - مضاعفات على شكل حمل أو تلوث معد؛
  - ظهور آفات ناتجة عن العنف.

- **عند الذكور:**

المناطق التي يتم فحصها هي، العانة، القضيب قبل وبعد إزاحة القلفة وفحصها لوحدها أيضا، لجام قلفة القضيب، الفتحة الإحليلية، كيس الصفن والخصيتين بحثا عن إصابات حديثة: تمزق لجام قلفة القضيب، دم، ودمة القلفة أو القضيب بكامله، ورم دموي أو جرح كيس الصفن.

<u>فحص منطقة الشرج:</u>

نقوم بفحص الشرج وحتار الشرج بطريقة منهجية ودقيقة ونبحث على:

- الآفات المحيطة بالشرج كالتكدم (على سبيل المثال، بصمات ظاهرة للأصابع)، ألم عند اللمس، ودمة، الحُمامَى وسحجات الجلد؛
- آفات الغشاء المخاطي الشرجي (التمزقات، الشقوق، التدلي العفوي للشرج) عن طريق طي الغشاء المخاطي بلطف؛

- إتمام الفحص بمس مستقيمي (بعد أخذ العينات اللازمة) بالأصبع الصغير لتقييم توترية المَصَرَّةُ (يمكن أن نلاحظ في بعض الأحيان تدلي للشرج)؛
- ويتوجب إرسال الطفل عند أدنى شك للقيام بتنظير للشرج وقياس ضغطه في الأماكن المخصصة لهذه الفحوصات.

ث- التوثيق:

- **يجب أن يتضمن السجل الطبي:**

- هوية الضحية وممثله القانوني؛
- الموافقة التي تم الحصول عليها؛
- السوابق ومختصر التاريخ المحصل عليه؛
- بيانات الفحص السريري وشبه السريري؛
- العينات المأخوذة لأغراض طبية أو طبية شرعية؛
- العلاج الموصوف؛
- الصور التوضيحية أو الرسم الصوري؛
- الصور الفوتوغرافية المأخوذة.

ج- جمع الأدلة الطبية الشرعية:

1- <u>أهمية الأدلة الطبية الشرعية:</u>

- لتأكيد قصة الطفل أو أقاربه؛
- للتأكد من حدوث اتصال جنسي حديثا؛
- للتدليل على حدوث استخدام للقوة أو الإكراه أثناء الاعتداء الجنسي؛

- إذا كان ممكنا، تحديد هوية المعتدي؛
- للحصول على العناصر التي يمكن استخدامها كأدلة في المحكمة.

2- العينات المأخوذة في حالات الاعتداء الجنسي:

العينات التي يجب أخذها تسمح ب:

- المراقبة الطبية للضحية؛
- البحث عن المني أو السائل المنوي؛
- التحديد الجيني للمعتدي بواسطة تحليل المواد المأخوذة من على جسد الضحية أو في مكان الاعتداء الذي يمكن أن نجد فيه آثارًا للدماء، السائل المنوي، اللعاب أو مواد بيولوجية أخرى للمعتدي؛
- تسليط الضوء على بعض العقاقير ذات التأثير النفسي إذا كان الضحية مخدرا.

3- العينات الطبية الشرعية:

قد يتعين على الممارس أن يأخذ عينات للبحث عن السائل المنوي و/أو التحليل الجيني وينبغي جمع هذه الأدلة الطبية الشرعية أثناء الفحص الطبي. وللقيام بذلك، فمن الضروري:

- الحصول على موافقة الطفل و/أو الوالدين أو الوصي.
- شرح كل ما تم القيام به ولماذا للطفل ولوالده / أو الوصي.
- للحفاظ على قيمتها الإثباتية، يجب أخذ هته العينات بتكليف قضائي وجمعها وحفظها من قبل ضابط الشرطة القضائية.

عند جمع العينات، يجب احترام المبادئ التالية:

- تجنب تلوثها. التأكد من أن النماذج ليست ملوثة بمواد أخرى. الحرص على ارتداء قفازات معقمة. الأنظمة الحديثة لاستخلاص الحامض النووي حساسة جدا ويمكنها الكشف عن مواد أجنبية من خلال كميات صغيرة جدا.

- الجمع في أسرع وقت ممكن للعينات؛ لأن فرص جمع الأدلة الطبية الشرعية تقل مع الوقت. ونعتبر أخذ العينات في غضون 24 ساعة الأولى يعتبر وقتا مثاليا. أما بعد مرور 72 ساعة، فإن النتائج المرجوة من العينات المأخوذة تقل أهميتها بشكل كبير.

- التعليب، والحفاظ على العينات بشكل مناسب على النحو الموصى به من قبل مختبرات التحاليل.

- توسيم العينات بالشكل الصحيح مع كتابة اسم الطفل وتاريخ الميلاد، وهوية مهني الصحة المكلف، وطبيعة العينة وتاريخ ووقت أخذها.

- تأمين العينات، بحيث لا يحق التعامل معها إلا من لذن الأشخاص المصرح لهم فقط. ويجب أن تتضمن الوثائق تواقيع جميع أولئك الذين تعاملوا مع الأدلة في مرحلة ما (من الشخص الذي قام بأخذ العينات إلى الذي قام بتوصيلها إلى المحكمة) لتجنب أي شكل من أشكال التدليس.

- يتوجب تدوين قائمة العينات ومآلها في السجل الطبي.

- **العينات المأخوذة بحثا عن السائل المنوي:**

- نقوم بالبحث عن السائل المنوي في الاعتداءات الجنسية الحديثة التي يرجع توقيت حدوثها إلى أقل من 72 ساعة.

- فيتم أخذ عينات من جميع المواقع التي قد تحتوي على السائل المنوي (الفم، الشرج، الفرج، المهبل والعجان).

- وتستخدم ماسحات القطن الجاف المعقم التي سيتم تجفيفها في الهواء الطلق قبل وضعها في أنبوبها الواقي؛ وتُجمَّد في درجة حرارة - 18 ° C أو على الأقل توضع في درجة حرارة + 4 ° C لمدة 48 ساعة على الأكثر قبل أن ترسل إلى مختبر التحاليل.
- حدود القيام بأخذ العينات اعتمادا على مواقع تواجدها:

المهبل: 72 إلى 96 ساعة

الشرج: 72 ساعة

الفم: 48 ساعة

الجلد: 24 ساعة

- **أخذ عينات لشعيرات أو شعر رأس دخيل يتواجد على الطفل أو على ملابسه:**

- يحتفظ بها في غلاف ورقي في درجة حرارة المحيط.
- ليس هناك أي فارق زمني محدد بين أخذ العينات ووقت حصول الاعتداء.

- **أخذ عينات من تحت الظفر:**

- القيام بكشط لتحت الأظافر بواسطة ضمادات مبللة مثبتة على نَبُّوت ثم نقوم بتجفيفها أو نقوم بقص الأظافر.
- التخزين: في غلاف ورقي في درجة حرارة المحيط.

- **أخذ عينات من الملابس الملطخة:**

- القيام بتجفيف كل البقع المشبوهة إذا لزم الأمر، وتخزينها في درجة حرارة المحيط في غلاف ورقي.

- **أخذ عينات للبحث عن المواد السامة:**

- إذا كان الاعتداء حديثا يمكن أن نقوم بتحديد إذا ما تم إجبار الضحية على تناول أدوية أو مواد سامة.

- القيام ببحوث عن المواد السامة في حالة وجود علامات نداء (التباس، فقدان للذاكرة وهلوسة ...) علامات عصَبِيَّة مُسْتَقِلِّيَّة (نقص التوتر، نقص ضغط الدم وبطء القلب) أو في حالة إفادة الضحية لتعرضها لتسميم.
- القيام بأخذ عينات من الدم والبول، وخصلة من الشعر تقطع من جذور فروة الرأس ونحدد اتجاهها بواسطة حبل رفيع من جانب الجذور.

4- <u>أخذ العينات لأغراض طبية:</u>

- يتم القيام بها لتقييم الوضع الصحي الأولي لضحية، بالنسبة للاعتداءات الحديثة، أما بالنسبة للاعتداءات السابقة فتكون لغرض البحث من المضاعفات (حمل، عدوى منقولة جنسيا).

- **البحث عن العدوى المنقولة جنسيا:**

هناك طرق مختلفة لانتقال عوامل العدوى المنقولة جنسيا لدى الأطفال والمراهقين، بما في ذلك:

- الانتقال العمودي داخل الرحم (على سبيل المثال، فيروس العوز المناعي البشري والسفلس).
- الانتقال خلال الفَتْرَةُ المُحِيْطَةُ بالوِلاَدَة: تكتسب عن طريق إفرازات عنق الرحم (على سبيل المثال، المُكَوَّراتُ البُنِّيَّة، المُتَدَثِّرَة، فَيروسُ الوَرَمِ الحُلَيمِيُّ البَشَرِيّ وفيروس الهربس البسيط).
- المخالطة المباشرة مع إفرازات ملوثة كنتيجة لاعتداء جنسي.
- الممارسة الجنسية بالتراضي (المراهقين)، الاتصال الغير الجنسي (نادرا).

اتخاذ القرار بغية أخذ عينات للبحث عن العدوى المنقولة جنسيا يناقش لكل حالة على حدة. ويتوجب أخذ عينات في الحالات التالية:

- بالنسبة لطفل ظهرت عليه أعراض العدوى المنقولة جنسيا: إفرازات مهبلية، إحليلية، تقرحات تناسلية.
- المعرفة القبلية بإصابة المعتدي المزعوم بعدوى منقولة جنسيا أو احتمال كبير بالإصابة بالعدوى المنقولة جنسيا.

- أعضاء من الأسرة أو غيرهم من الأقارب يحملون عدوى منقولة جنسيا أو أعراض العدوى المنقولة جنسيا.
- قلق الطفل أو والديه، وطلبهم بأن يتم إجراء أخذ العينات.

إذا كان من الضروري أخذ العينات، فيجب القيام من خلال التدابير الأولية ب:

- **أخذ عينات محلية:**

القيام حسب السياق بأخذ عينات من جوف البلعوم والشرج بالنسبة لكلا الجنسين، من المهبل بالنسبة للفتيات والإحليل بالنسبة للذكور، للبحث عن طريق الزراعة عن النَّيسَرِيَّةُ البُنِّيَّة والمُتَدَثِّرَةُ الحَثَرِيَّة.

البحث عن عدوى المُشَعَّرَةُ المَهْبِلِيَّة في تهيئة مجهرية على طبيعتها من عينة مهبلية.

يجب الوضع في عين الاعتبار أنه إذا كان الاعتداء الجنسي حديثا، فنتائج التحليلات ستكون سلبية إلا إذا كان الطفل يحمل العدوى المنقولة جنسيا من قبل ويمكن أن يكون من الضروري القيام بفحص بدني لغرض المراقبة أسبوعا بعد التعرض للاعتداء الجنسي لأخذ العينات المناسبة.

عند الفتاة في مرحلة ما قبل سن البلوغ ، لا يجب القيام بأخذ عينات إلا في حالة وجود أعراض (إفرازات مهبلية، ألم) مع تجنب القيام بأخذ عينات من عنق الرحم والتي تقتصر فقط على حالات المراهقين (اللاتي يندرجن في المرحلة الثانية من تصنيف تانر أو أكثر).

- **علم الأمصال:**

يجب القيام بسيرولوجيا فَيروسُ العَوَزِ المَناعِيِّ البَشَرِيّ 1 و 2،المُسْتَضِدُّVDRL والتَّراصِّ الدَّمَوِيِّ للَّولَبِيَّةِ الشَّاحِبَة TPHA، اِلْتِهَابُ الكَبِدِ البَائِيّ (المستضد HBs، أضداد HBc وأضداد HBs).

IV. التدبير العلاجي

في حالة ارتباط العنف الجسدي بالعنف الجنسي، يمكن أن يتم وصف بعض العلاجات التي لها دور شافي ووقائي.

1- المُعالجَة الشافِيَة:

يجب تكييف التدبير العلاجي بالنظر إلى الآفات المتواجدة والأعراض السريرية.

- تطهير الجروح، وتقديم الرعاية.
- في حالة وجود جروح شديدة التلوث يتوجب إعطاء المضادات الحيوية.
- لا يجب التردد في اللجوء إلى المسكنات.
- في حالة التسمم، سيتم تكييف العلاج الطبي المترافق للأعراض وحالة الضحية.
- في حالة عدوى منقولة جنسيا خاصة (الهربس)، يتوجب وصف العلاج المناسب لهذه الحالة.
- في حالة عدم وجود تشخيص سَبَبِيَّاتِيّ للعدوى المنقولة جنسيا، يتوجب استخدام النظام العلاجي لتدبير العدوى المنقولة جنسيا.

2- المُعالجَة الإتقائية:

- **الوقاية من مرض الكزاز**: انظر درس إساءة معاملة الأطفال.
- **الوقاية من وقوع حمل**: تتم الوقاية من الحمل عن طريق وسائل منع الحمل الطارئة خلال 72 ساعة بعد وقوع الإعتداء، بإعطاء حبة من الليفونورجيستريل LEVONORGESTREL (نورليفو ®NORLEVO، بروستينور (POSTINOR®
- **الوقاية من العدوى البكتيرية المنقولة جنسيا في غضون 72 ساعة بعد الاعتداء** (النَّيسَرِيَّةُ البُنِّيَّة، المُتَدَثِّرَةُ الحَثَرِيَّة والمُشَعَّرَةُ المَهْبِلِيَّة):

المعالجة الظنية ينبغي أن تناقش بالنسبة لكل حالة على حدة:

- إذا تضمن الفعل الجنسي إيلاجا فعليا.

- تحري العدوى المنقولة جنسيا وعدم التأكد من متابعة الحالة.
- إذا كان معروفا أن المعتدي حامل لعدوى منقولة جنسية أو ينتمي إلى مجموعة اختطار (مدمن المخدرات، متعدد الشركاء، منتهك للقانون ..).
- إذا كانت الضحية تطالب بتقديم المعالجة الظنية.

الجدول 1: المعالجة الإتقائية من العدوى المنقولة جنسيا الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية

العدوى المنقولة جنسيا	الدواء	طرق إعطاء الدواء والكمية
النَّيسَرِيَّةُ البُنِّيَّة	سفترياكسون	250 ملغ داخل العضلة على جرعة واحدة
المُتَدَثِّرَةُ الحَثَرِيَّة	دُوكسي سِيكلِين أو أزيتروماسين	100 ملغ عن طريق الفم مرتين في اليوم لمدة سبعة أيام أو 1 غرام عن طريق الفم على جرعة واحدة
المُشَعَّرَةُ	مِترونيدازول	2 غرام على جرعة واحدة

تنبيه: يجب تكييف العلاجات الموصوفة بالنسبة للحامل، عند الحساسية وعند الأطفال.

- **الوقاية من العدوى الفيروسية المنقولة جنسيا:**

تقييم خطر العدوى بفيروس العوز المناعي البشري استنادا إلى العناصر التالية:

- نوع الاعتداء (إيلاج مهبلي، فموي أو شرجي).
- رضوض مهبلية أو شرجية (مع نزيف).

- وجود عدوى منتقلة جنسيا أو آفة تناسلية عند الضحية والمعتدي.
- معرفة الحالة السيرولوجية للجاني: وإن لم تكن، معرفة سلوكياته الخطرة أو انتمائه إلى مجموعة اختطار.
- اعتداءات متعددة أو تعدد للمعتدين.

إذا كان هناك خطر محدد، يتوجب توجيه الضحية للطبيب المؤهل للقيام بالتدابير الضرورية بالنسبة لحالات حوادث التعرض لفيروس العوز المناعي البشري.

ويتوجب البدء بإعطاء مضادات الفيروسات القهقرية؛ في أحسن الأحوال خلال 48 ساعة وعلى أقصى تقدير 72 ساعة.

في الحالة التي يكون فيها الاعتداء لم يتجاوز بعد زمن حصوله ثمانية أيام، وفي حالة عدم وجود تطعيم ضد فيروس التهاب الكبد البائي أو في حالة تطعيم مشكوك فيه أو غير كامل: يجب إعطاء حقنة لقاح ضد فيروس التهاب الكبد البائي.

الاستمرار أو التوقف عن التلقيح يتم مناقشته وفقا لنتيجة السيرولوجيا الأولية. وينبغي أن يناقش في بعض الحالات، إذا كانت الضحية ستتطلب إعطاء غلوبولِيناتٌ غامَّائِيَّة خاصة HBV إذا لم تكن الضحية مطعمة وأن المعتدي معروف بحمله لفيروس التهاب الكبد البائي.

V. المتابعة الصحية في حالة الاعتداء الجنسي

- **الاستشارة بعد مرور أسبوعين تسمح ب:**

- تتبع التئام الجروح؛
- التأكد من أن الضحية تتبعت بشكل جيد، إذا لزم الأمر، المعالجة الواقية من العدوى المنقولة جنسيا؛
- أخذ عينات محلية وسيرولوجية للكشف عن العدوى المنقولة جنسيا وخاصة إذا لم تعط أي وقاية من العدوى في الاستشارة الأولى؛

- الكشف عن وقوع حمل إذا كان موصى بذلك؛
- تذكير الضحية بجدول التطعيم ضد فيروس التهاب الكبد البائي والكزاز (في الشهر الأول والسادس)؛
- تقييم الحالة النفسية والعاطفية.

- **الاستشارة بعد مرور ثلاثة أشهر تسمح ب:**

- إعادة سيرولوجيات فيروس نقص المناعة البشرية، المُسْتَضِدُّVDRL والتَّراصّ الدَّمَوِيّ للَّولَبِيَّةِ الشَّاحِبَة TPHA وفيروس اِلْتِهَابُ الكَبِدِ البَائِيّ؛
- الكشف عن وقوع حمل؛
- تقييم الحالة النفسية والعاطفية.

- **الاستشارة بعد مرور ستة أشهر تسمح ب:**

- إعادة سيرولوجيات فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس اِلْتِهَابُ الكَبِدِ البَائِيّ؛
- إعطاء الجرعة الثالثة من اللقاح المضاد لفيروس التهاب الكبد البائي؛
- تقييم الحالة النفسية والعاطفية.

ط. الشواهد الطبية

الشهادة الطبية هي وثيقة شبه رسمية مكتوبة تتضمن توثيقا أو في بعض الحالات تحليلا لحقيقة طبية وهي وثيقة تحتوي على معلومات طبية سواء كانت الملاحظات فيها إيجابية أو سلبية ولكن ناتجة عن فحص من قبل الطبيب ويهم الحالة الصحية للمريض.

يعتبر تحرير الشواهد الطبية من الأمور الشائعة في الممارسة الطبية اليومية لكن هذا الأمر وإن كان يستصغره الكثير من الأطباء، قد يترتب عنه عواقب وخيمة قد يتحمل فيها الطبيب مسؤوليته الجنائية والمدنية والتأديبية.

تعتبر هذه الوثيقة ذات أهمية كبيرة وإن كان يستفيد منها المريض فإنها تكون موجهة في كثير من الأحيان إلى أطراف أخرى مثل العدالة، الإدارة، المشغل... والحقوق التي توفرها متعددة ومختلفة، وغالبا ما تكون لأغراض:

- جنائية: تقديم شكوى.
- مدنية: تعويض عن إحداث الأضرار.
- اجتماعية: طلبات التقاعد، الإجازة المرضية أو غيرها.

I. من له الحق في تحرير الشواهد الطبية ؟

تحرير الشهادة الطبية يدخل ضمن إطار الممارسة الطبية ويتطلب الأمر تقدير الوضع الصحي للمعني بالأمر، ما يعتبر حكرا على الأطباء. وبالتالي لا يمكن القيام بهذا الأمر إلا من طرف طبيب حاصل على شهادة الدكتوراه في الطب ومسجل في لائحة هيئة الأطباء ومعتاد على تحريرها. النائب عن طبيب آخر، في طور التحضير للأطروحة، والحاصل على ترخيص من طرف هيئة الأطباء يمكن أن يعطي شواهد طبية على غرار الطبيب الذي ينوب عنه. وفي المستشفى، يمكن للطبيب الداخلي أن يقوم بتحرير الشهادة الطبية لكن تحت مسؤولية رئيس المصلحة .

ومع ذلك، يجب أن يكون الطبيب على دراية بالمحتوى التحريري للشهادة. وإذا كان يشعر بأنه غير مؤهل بما فيه الكفاية، يجب أن يوجه مريضه لمن هو أكثر كفاءة، وفقا لطبيعة الشهادة المطلوبة.

II. متى يمكن تحرير الشواهد الطبية ؟

وتنص المادة 22 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7] المغربية على ما يلي: « **مهمة الطبيب تشمل القيام طبقا للمعاينات الطبية التي بوسعه إنجازها بتحرير الشهادات التي يقتضي القانون الإدلاء بها...** »

وبالتالي، يعتبر تحرير وتسليم الشهادة الطبية واجبا على الطبيب في حالة إذا نص على ذلك القانون؛ نفس الأمر في حالة الانتداب بحيث يستوجب على الطبيب أن لا يرفض الإجابة عنه.

وعلى هذا النحو، هناك العديد من الحالات التي تقتضي من الطبيب تحرير الشهادات، سواء في مجال التشريعات الاجتماعية (شهادات الحالة المدنية، شهادات حوادث الشغل والأمراض المهنية ...) أو تدابير الاستشفاء القسري (الطب النفسي).

وتنص **المادة 231 من قانون الالتزامات والعقود**[12] على أن: « **كل تعهد يجب تنفيذه بحسن نية. وهو لا يلزم بما وقع التصريح به فحسب، بل أيضا بكل ملحقات الالتزام التي يقررها القانون أو العرف أو الإنصاف وفقا لما تقتضيه طبيعته** »

ولكن على اعتبار أن العلاقة بين الطبيب ومريضه هي ذات طبيعة تعاقدية، فتحرير الشهادة من قبل الطبيب له علاقة وثيقة بنوعية الاستخدام والعدل في تحرير محتواها وفي بعض الحالات بموجب ما يقتضيه القانون، والالتزام الطبي نظرا لطبيعتها.

ولا يمكن، في الواقع، وضع شروط لتسليم الشهادة إلا في حالة التحريض على عدم قول الحقيقة.

III. لمن تسلم الشهادة الطبية؟

1- المريض:

المريض هو الشخص المؤهل لتسلم الشهادة الطبية. و في الواقع، ضرورة احترام السرية الطبية لصالحه لا يمكن الاعتراض عليها. وبمجرد أن يتم استلام الشهادة شخصيا من قبل المريض، يكون حرا في استعمالها كما يشاء. ومع ذلك، ينبغي على الطبيب أن يبلغ مسبقا المريض عن العواقب المحتملة في حالة الكشف عن المعلومات الطبية الخاصة به.

2- للهيئة المنتدبة (بكسر الدال):

أولا، يتم إعطاء المعطيات التي تم التوصل إليها بناء على تكليف الهيئة المنتدبة. والطبيب في الواقع يبقى مطالبا بالالتزام بالسرية في سياق المهمة التي يقوم بها مع الاقتصار فقط على الإجابة عن الأسئلة المطلوبة.

3- الممثل القانوني أو القضائي لقاصر أو عاجز:

الممثل القانوني له أيضا الصلاحية في طلب شهادة طبية للقيام بمهمته في إدارة وحماية شؤون الشخص القاصر أو العاجز. فإذا كانت هذه الشهادة محددة بنص قانوني في بعض الحالات، فهنا يكون الأمر سهلا. أما، إذا لم يكن هناك أي نص يفرض الشهادة ولكن المصلحة الخاصة وحدها هي المبرر لطلبها، فلا يمكن تسليمها إلا إذا كانت هذه المصلحة تتقارب مع مصلحة المعني بالأمر.

4- المحامي:

بصفته وكيلا للمريض يخول له أيضا في حالة احتاج شهادات من الطبيب الذي عالج موكله أن يطلبها، لضمان الدفاع عن مصالحه الاقتصادية والمعنوية. وهو أيضا ملزم باحترام أسرار موكله والقواعد الأخلاقية الصارمة الأخرى.

5- الزوج:

يمكن له أن يطلب للأطباء شواهد طبية تثبت صحة شريكه.

- في الأسرة المجتمعة، الزوج هو المؤهل للمشاركة في علاج الطرف الآخر وفقا لواجب المساعدة بين الزوجين. وعلى أساس هذه الميزة كحام طبيعي، لا بد من الاعتراف بأن له الحق في الحصول على معلومات حول شريكه الذين تبين أن ليس له القدرة على المشاركة الإيجابية في الرعاية المقدمة له.
- أما في حالة الأسرة المتفرقة، فإنه من المشروع أن نفترض أن طلب الشهادة لن يخدم مصالح الزوج المريض، بل على العكس ستخدم مصالح المتقدم بالطلب. ولهذا السبب، فإن الطبيب لا يمكن أن يعطي لأي من الزوجين شهادة تخص شريكه وإلا فإنه، بالإضافة إلى حصول خرق

للسرية الطبية، فإن الأمر يتعلق بتطفل على الأمور العائلية، وهو أمر محظور بموجب المادة 21 من مدونة الأخلاقيات الطبية المغربية [7].

6- الورثة:

يمكن للورثة أن يطلبوا شهادات طبية للمطالبة بحقوقهم لاستخلاص مستحقات التأمين على الحياة، التقاعد العسكري أو المدني عن العجز (حوادث الشغل والأمراض المهنية).

IV. العناصر الرئيسية لتحرير شهادة طبية شرعية :

1- شكل الشهادة:

أولا، الشهادة الطبية يجب أن تكتب بطريقة واضحة ومقروءة، وبأسلوب مفهوم وبسيط؛ وعلى الطبيب أن يتجنب استعمال المصطلحات الطبية المعقدة الغير مفهومة وتحرر على ورقة معنونة بمعلومات الطبيب أو المؤسسة الصحية التي يشتغل فيها.

ومن الضروري أن يحتفظ الطبيب بنسخة منها في ملف المريض لأنه من الوارد أن يطلبها المعني بالأمر بعد مرور وقت طويل عن أول تحرير.

كل شهادة طبية يجب أن تتضمن هويتان وإلا أصبحت باطلة :

- هوية الطبيب: الاسم الكامل والصفة والعنوان واختصاص الطبيب المحرر.
- هوية المريض: الاسم الكامل والعنوان والسن.

ويجب أن تختم بتوقيع المحرر وتاريخ التحرير.

2- محتوى الشهادة:

يجب احترام مجموعة من القواعد:

- إبداء تحفظات عن أي شيء لا يمكن التحقق منه، ويجب تدوين أقوال المعني بالأمر بصيغة« الشرط» ؛ فالطبيب الذي لم يكن حاضرا لحظة الاعتداء أو الحادث لا يمكنه أن يكون ضامنا لصحة أقواله.

- فحص المريض: تحرير الشهادة يستوجب فحص المريض ووصف العلامات الحسية والموضوعية. ويتم تدوين معطيات الفحص الطبي بكل دقة، مع الابتعاد عن التفاصيل الغير مهمة.

- تحديد الحالة السابقة: يتوجب الإشارة إلى الآفات الموجودة مسبقا لكي لا يتم في وقت لاحق زعم أنها نتيجة للحادث الحالي.

- احترام السرية المهنية: ينبغي أن تتضمن الشهادة العناصر الأساسية فقط، التي تساهم في خدمة مصلحة المريض للإدلاء بها عند الحاجة. ولا يجب أن تحتوي على التشخيص إلا بطلب من الشخص المعني وبعد تحذيره من العواقب المحتملة.

إلا أنه يتوجب على الطبيب أن لا ينسى التذكير بأن الشهادة الصادرة تم تحريرها بطلب من المعني بالأمر وتقدم إليه شخصيا. وفي حالة الانتداب، يتوجب الإجابة عن الأسئلة المطلوبة فقط.

المحتوى الرئيسي للشهادة يجب أن يحتوي على ثلاثة فقرات أساسية:

أ- أقوال وشكاوى الضحية:

- يتوجب تمييز هذه الفقرة، بحيث تكون واضحة بحيث يكتب فيها بالضبط ما تقوله الضحية أو المرافق، وليس تفسيرات الطبيب (**الادعاءات تكون بصيغة الشرط**).

- محاولة جمع البيانات التي يمكن أن توضح وتوجه الفحص السريري وتساعد على فهم الإصابة فقط: تاريخ ومكان الوقائع، هوية المعتدي، أنواع العنف الممارس، عدد المرات، استخدام القوة أو التهديد، السلاح المستخدم، المواقع التي تعرضت للضرب والعلامات الوظيفية المستشعرة.

ب- الفحص السريري والفحوصات المتممة المنجزة:

- تدوين بيانات الفحص العام، والفحص الجسدي وجميع العناصر التي تساعد على تقييم الأثر النفسي المترتب؛
- الوصف الدقيق للإصابات ليصبح من الممكن مناقشة آلية إحداثها؛
- في حالة الاعتداء الجنسي، يتوجب تحديد الآفات الرضحية للجهاز التناسلي الشرجي والطبيعة القديمة أو الحديثة لافتضاض البكارة إذا كان موجودا. التقييم والإشارة إلى خطر حدوث حمل عند الضحية؛
- لفت الانتباه إلى الآفات المتعلقة بمتبقيات سابقة وذلك من أجل تسهيل الإسناد الصحيح لمختلف الآفات؛
- الإشارة إلى مختلف الفحوصات المتممة المنجزة ونتائجها؛
- تحديد العلاجات التي تم تقديمها وهل تطلب الأمر الاستشفاء.

ت- الخلاصة الطبية الشرعية :

- تحديد العجز عن العمل الشخصي (ع.ع.ش):

يتوجب احترام المصطلحات القانونية الخاصة بقانون العقوبات[6] واستخدام الصيغة التالية«العجز عن العمل الشخصي»ولا ينبغي أن يفهم هذا العجز عن العمل كعجز مطلق ولا يعني هذا العجز أن يكون الضحية طريح الفراش أو في غيبوبة. ولا يعني بالضرورة أيضا استحالة انخراط الضحية في ممارسة جهد بدني من أجل تحقيق مهام معينة خاصة بالحياة اليومية.

ويحدد العجز عن العمل الشخصي وفقا للأضرار المادية والأثر النفسي؛ بغض النظر عن ظروف الاعتداء التي يحكيها الضحية.

بالنسبة للاعتداء الجنسي: يتم البحث عن تواجد آفات حديثة أو قديمة تؤكد مزاعم الاعتداء الجنسي؛ ولكن مع الأخذ بعين الاعتبار أن عدم وجود آفات لا يسمح باستنتاج عدم وجود اعتداء.

- تحفظات حول المتبقيات المحتملة في المستقبل

يجب الإشارة دائما إلى أن، كل الإصابات قد تترك آثارا ومتبقيات في المستقبل. وهذه المتبقيات يمكن أن تستجيب في الواقع لأحد العناصر المكونة للجريمة المنصوص عليها في المادة 402 من قانون العقوبات[6] التي تجرم الضرب والجرح العمدي (ض.ج.ع) الذي قد ينتج عنه فقد عضو أو بتره أو الحرمان من منفعته أو عمى أو عور أو أي عاهة دائمة أخرى.

ومفهوم الإعاقة الدائمة، يفترض توقف اشتغال العضو المعني أو حذفه. وبالتالي، يمكن اعتبار أي عجز دائم، إعاقة دائمة.

V. الوصف الجنائي للضرب والجرح العمدي (ض.ج.ع):

نوع الجريمة	الوصف الجنائي	المحاكم المتخصصة	العقوبات المقررة
الاعتداء الجسماني أو العنف الخفيف	مخالفة	محاكم البلديات والدوائر	الاعتقال من يوم إلى خمس عشرة يوما
(ض.ج.ع) الذي ينتج عنه (ع.ع.ش) مدته عشرون يوما أو أقل	جنحة (المادة 400 من قانون العقوبات[6])	المحكمة الابتدائية	الحبس: من شهر إلى سنة
(ض.ج.ع) الذي ينتج عنه (ع.ع.ش) مدته أكثر من عشرين يوما	جنحة (المادة 401 من قانون العوبات[6])	المحكمة الابتدائية	الحبس: من سنة إلى ثلاث سنوات
(ض.ج.ع) الذي ينتج عنه إعاقة دائمة	جناية (المادة 402 من قانون العوبات[6])	محكمة الاستئناف	السجن من خمس إلى عشر سنوات

وهناك **ظروف مشددة**: في حالة استخدام السلاح، وصفة الضحية أو الجاني.

VI. ماهي المسؤوليات الناجمة عن تحرير الشهادة الطبية ؟

1- المسؤولية المدنية:

يمكن أن تتدخل المسؤولية المدنية للطبيب اتجاه المريض أو اتجاه أطراف أخرى.

فالشهادة الطبية يمكن أن تستعمل لإثبات وقائع غير موجودة أو غير دقيقة. وهذا العبث بالحقائق يمكن أن يكون عن سوء نية أو عن غير تبصر، بحيث يتم تأكيد وقائع لم يتم التحقق منها أصلا، وهنا الضرر اللاحق بالمريض يكون واضحا عندما تكون الشهادة سببا في رفع دعوى أو في الامتناع عن رفعها وتؤدي إلى ضرر(على سبيل المثال، الاعتقال التعسفي، الوضع الغير العادل تحت الوصاية، تدابير إدارية مجحفة ...). أما بالنسبة للأطراف الأخرى، يمكن للشهادة المخالفة للقواعد أن تكون سببا لدفع فوائد، دفع تعويضات، منح مزايا ... وهذه الخدمة الغير العادلة تحمِّلُ المحرر، سواء كان ذلك بتهور أو بسوء نية، مسؤولية إصلاح الأمر.

2- المسؤولية التأديبية:

تحظر مدونة الأخلاقيات الطبية[7] في المادة 4 انتهاك السرية المهنية، والمادة 8 إنشاء تقرير مغرض أو شهادة كاذبة.

وتدين المادة 21 التدخل في الشؤون الأسرية وتؤكد الفقرة الفرعية 2 من المادة 22 ضرورة تواجد التوقيع الخطي للطبيب المحرر في أي شهادة وتمنع استخدام البصمات.

وأي انتهاك لهذه الأحكام يؤدي بالطبيب إلى المتابعة التأديبية من طرف هيئة الأطباء.

3- المسؤولية الجنائية:

المادة 366 من قانون العقوبات[6] تعاقب بالسجن من ستة أشهر إلى سنتين و/أو غرامة كل من صنع عن علم **إقرارا أو شهادة تتضمن وقائع غير صحيحة**.

عندما تكون للممارس نية محاباة شخص ما، يتم تطبيق القانون بموجب **المادة 364** من قانون العقوبات[6] التي تنص على أن: « كل طبيب أو جراح أو طبيب أسنان أو ملاحظ صحي أو قابلة، إذا صدر منه، أثناء مزاولة مهنته

وبقصد محاباة شخص ما، إقرار كاذب أو فيه تستر على وجود مرض أو عجز أو حالة حمل، أو قدم بيانات كاذبة عن مصدر المرض أو العجز أو سبب الوفاة، يعاقب بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات... »

ويمكن أيضا معاقبة الممارس عن طريق الحكم عليه بالحرمان من واحد أو أكثر من الحقوق الوطنية أو المدنية أو العائلية من خمس إلى عشر سنوات.

وإذا كان للطبيب غرض ربحي، فإنه يعاقب بموجب **المادة 248** من قانون العقوبات[6] باعتبارها جنحة **فساد** « يعد مرتكبا لجريمة الرشوة ويعاقب بالحبس من سنتين إلى خمس وغرامة من مائتين وخمسين إلى خمسة آلاف درهم، من طلب أو قبل عرضا أو وعدا أو طلب أو تسلم هبة أو هدية أو أية فائدة أخرى ... »

الفقرة الفرعية 4: « إعطاء شهادة كاذبة بوجود أو عدم وجود مرض أو عاهة أو حالة حمل أو تقديم بيانات كاذبة عن أصل مرض أو عاهة أو عن سبب وفاة وذلك بصفته طبيبا أو جراحا أو طبيب أسنان أو مولدة. »

كل شهادة طبية مزورة، أصدرت من أجل الربح أو لأهداف خيرية، فهو عمل يعاقب عليه بقسوة.

ويعد الطبيب مذنبا ،عند كتابة شهادات، بجنحة الاحتيال أو التواطؤ على الاحتيال (**المادة 540** من قانون العقوبات[6]) بالإضافة إلى انتهاك السرية المهنية (**المادة 446**) ما عدى حالات الاستثناءات القانونية المذكورة سابقا.

ي. العقد الطبي

I. تعريف العقد الطبي

يستمد العقد الطبي وجوده من الحكم الصادر عن محكمة الاستئناف بالرباط من عام 1945 والذي ينص على : « **يتم تشكيله بعقد حقيقي بين الطبيب وموكله؛ بحيث يمثل للممارس، التزاما بعلاج المريض، أو على الأقل أن توفر له رعاية خاصة، مستحضرا الاستقامة واليقظة، والتحفظات بالنسبة للظروف الاستثنائية، وأن تكون متطابقة مع المعطيات المحصلة علميا؛ والانتهاك حتى غير المقصود لهذا الالتزام التعاقدي يعاقب عليه بمسؤولية من نفس النوع، تعاقدية أيضا.** »

II. الطبيعة القانونية للعقد الطبي

للعقد الطبي أربع صفات:

1- عقد بصفة شخصية:

للمريض الحق في اختيار الطبيب على أساس الثقة التي يحس بها. وهذا يعكس مبدأ حرية اختيار الطبيب من قبل المريض المنصوص عليها في المادة 5 من مدونة الأخلاقيات الطبية المغربية[7].

وهذا يظهر جليا في حالة العمل داخل عيادات مشتركة (المادة 70 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7])، ويمنع ممارسة الرعاية الطبية في إطار شركة إلا إذا كان عدد الأطباء المتوفر يسمح بممارسة الاختيار الحر (المادة 45 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]).

2- عقد على أساس التزامات متبادلة أو عقدة ثنائية:

وهو تبادل اتفاقات لتحقيق متطلبات للطرفين:

بالنسبة للطبيب، وضع كل الموارد المعرفية الطبية في خدمة مريضه والتعهد بتوفير رعاية خاصة، مستحضرا الاستقامة واليقظة، وبما يتفق مع المعطيات الحالية المكتسبة للعلم.

بالنسبة للمريض، قبول التدابير الطبية المقترحة بما في ذلك تلك لأغراض علاجية ودفع تعويضات الممارس للعمل الطبي.

3- عقد بمقابل ربحي:

في حالة ما تعهد الطرفان أن يعطيا أو يقدما شيئا، يحظر على أي طبيب أن يخفض أتعابه لغرض المنافسة دون المقاييس التي تنشرها المنظمات الطبية المختصة. ومع ذلك، تبقى له الحرية لتقديم الرعاية مجانا إذا ارتأى ذلك (المادة 35 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]) وهذا الطرح لا يسمح للطبيب أن يتخلى عن التزاماته تجاه المرضى.

4- العقد المدني:

العقد الطبي هو عقد مدني وليس تجاري، لأن الجسم البشري بعيد عن المتاجرة. وتؤكد المادة 10 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7] على ما يلي: « **تعتبر ممارسة الطب مهمة، وهي مهنة لا ينبغي في أي حال من الأحوال أن تمارس كتجارة.** »

ولهذا السبب، لا يمكن تسجيل مرافق الرعاية الصحية في السجل التجاري والنزاعات المتعلقة بالنشاط الطبي تعالج في المحاكم العادية وليس في محاكم الأمن التجاري.

في نهاية المطاف، أصل العقد الطبي هو مبدأ قانوني، ما أهله ليكون عقدا « فريدا من نوعه » وهذا يعني أنه غير مسمى. هو في الواقع ليس عقد عمل بسبب عدم وجود التبعية بين المتعاقدين، ولا عقد شركة لأن المقاول يكون له التزام بتحقيق نتيجة، في حين أن الطبيب لا يلتزم إلا بتوفير الوسائل.

III. شروط صحة العقد الطبي:

صحة العقد الطبي تستوجب أربعة أركان وهي تلك الخاصة أيضا بأي عقد، وهذا ما تقتضيه المادة 2 من قانون الالتزامات والعقود[12] :

1- الأهلية للالتزام:

وتقتضي بالنسبة للطبيب أن يكون قد استكمل المتطلبات القانونية للممارسة الطبية، كما هو محدد في القانون 131-13 لممارسة الطب[8]، ولا سيما أن يكون قد حصل على الدبلوم الذي يخول له التسجيل في الهيئة الوطنية للأطباء.

بالنسبة للمريض، يجب أن يكون راشدا وقابلا للإلزام. وإذا كان عاجزا (مريض راشد غير قادر على التعبير عن إرادته) غير قادر على الاستفادة من حقوقه (قاصر أو راشد عاجز) فموافقة الممثل القانوني (بالنسبة للبالغين المحميين) أو الحامل للسلطة الأبوية (بالنسبة للقاصر) أو أي قريب يعتبر كحام للمريض تبقى مطلوبة إلا في حالات الطوارئ.

2- الموافقة:

2.1. موافقة المريض:

موافقة المريض تعد شرطا أساسيا لصحة العقد. ولا يعتبر الطبيب مجبرا على الحصول على موافقة المريض في حالة ما كانت صحته تستدعي التدخل العلاجي الذي لم يكن قادرا على الموافقة عليه (الطوارئ) أو إذا تعلق الأمر بوجود مضاعفات خطيرة.

← خصائص الموافقة:

- يجب أن تكون الموافقة حرة، ولا يجب على الطبيب أن يمارس أي ضغط كيف ما كان للحصول على موافقة المريض، وهذا قد يعتبر عنف معنوي.
- ويجب قبل كل شيء أن يشرح للمريض عن طريق معلومات صادقة، واضحة وبطريقة مناسبة.

← الدليل على الموافقة:

كان من المتعارف عليه منذ القدم أن الموافقة هي توافق ضمني ولا يتوجب على المريض التوقيع على أي وثيقة التزام، أو حتى شروط إعفاء من المسؤولية التي ليس لها أي قيمة قانونية.

الموافقة القائمة على معرفة بالأمر تقابلها في بعض الأحيان شكليات (موافقة خطية) يقتضيها القانون، في حالة:

- أخذ عينات من الدم قصد التبرع بها.
- أخذ عينات من الأعضاء، الأنسجة أو الخلايا قصد التبرع بها.

وفي فرنسا، في حالة:

- البحوث البيوطبية (الطبية البيولوجية) على البشر.
- المساعدة الطبية على الإنجاب.
- الإجهاض الإختياري.

ويتوجب على المريض في حالة **رفض العلاج**، أن يمضي على وثيقة تثبت رفضه.

2.2. موافقة الطبيب:

تسمح المادة 27 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7] للطبيب أن يرفض تقديم الرعاية لأسباب مهنية أو شخصية، ما لم يكن هناك حالة طارئة يمكن أن يتابع من خلالها الطبيب على عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر، وفي حالة تماطل في أداء واجباته الإنسانية. وهذا يعني، أنه إذا انفصل عن مريضه، فيجب أن يحرص على ضمان استمرار الرعاية (المادة 24 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]).

وهكذا فإن الطبيب لا يمكنه التخلي عن المريض في حالة خطر. ومع ذلك، فإن قواعد الأخلاقيات تفرض على الطبيب في بعض الحالات التوقف عن الرعاية:

- الحالات التي يستدعي فيها المريض طبيبا آخر في غياب الطبيب المعالج.
- اختيار المريض لمستشار غير مقبول من طرف الطبيب.
- الحالات التي يكون فيها الطبيب مختلف مع رأي الاستشاري، وكان هذا الرأي مقبولا من طرف المريض أو عائلته.

3- موضوع العقد:

3.1. التزامات الطبيب:

الطبيب مطالب خلال تطبيق العقد الطبي بالتزامات، وهي:

- الالتزام بالرعاية مستحضرا الاستقامة واليقظة، وبما يتفق مع المعلومات المكتسبة و/أو الحالية للعلم والالتزام بتوفير الوسائل.

- الالتزام بوضع التشخيص مع أكبر قدر من الحيطة مع توفير النصائح الأكثر وضوحا (المادة 30 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]).

- الحرية في تقديم الوصفة الطبية تخضع لبعض القيود: لا يجب تقديم علاجات مكلفة جدا دون التوضيح للمريض أو أسرته حول مزايا هذا العلاج والفوائد التي يمكن أن يحققها ولا ينبغي تقديم علاجات غير ضرورية، فقط من أجل الربح (المادة 28 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]).

إلى جانب هذه الالتزامات المتعلقة بالخدمات الفكرية للإجراء الطبي، هناك التزامات إنسانية طبية، ويتعلق الأمر ب :

- الالتزام بتقديم معلومات مدروسة فعليا، تعتبر ضرورية لموافقة المريض.

- الالتزام بتقديم المساعدة: لا يسمح للطبيب أن يتخلى عن مرضاه في حالة وجود خطر عام إلا بأمر من القانون (المادة 7 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]) وحتى في حالة خرق للتعاقد، لا يمكن للطبيب أن يتخلف عن أداء مهامه إذا كان ذلك له ضرر على المريض. كما يجب أن يقدم جميع المعلومات الضرورية لمواصلة الرعاية (المادة 24 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]).

- الالتزام بالسرية المهنية: وهو التزام أخلاقي (المادة 4 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7]) وقانوني يعاقب عليه كما جاء في المادة 446 من قانون العقوبات[6].

3.2. التزامات المريض:

يتوجب عليه قبول الإجراءات الطبية المقترحة (وإلا فإن هناك خرق للعقد)، ودفع مستحقات الطبيب. ومع ذلك، تبقى له الحرية المطلقة في رفض الرعاية وما على الطبيب إلا أن يرضخ عندما يكون الرفض من مريض قادر وعاقل.

4- سبب العقد الطبي:

في حالة الضرورة، وعندما يكون المريض في حاجة إلى العلاج ويجب أن يكون سبب العقد شرعيا وقانونيا. فالهدف الشرعي للعمل الطبي هو لأغراض علاجية محضة بالنسبة للمريض وفي هذه الحالة ينبغي التأكد من أن تقديم الرعاية يصب لمصلحة المريض وأن يكون مبررا لحالته الصحية.

ولهذا عندما يكون سبب العقد لغير هذه الأسباب، يصبح العقد غير شرعيا وحتى موافقة الطرفين لا يمكن أن تبرر. وهكذا القتل الرحيم، الإخصاء، التجارب على البشر بسبب الفضول العلمي، الإجهاض الطوعي هي أسباب غير قانونية للعقد الطبي مما يجعله غير صالح.

ك. تقديم المعلومات للمريض

I. الأساس القانوني والسلوكي

في المجال الصحي، سواء تعلق الأمر بالقطاع العام أو الخاص، يبقى مبدأ الحق في المعلومة، حقا مشروعا للمريض ومبني على أساس احترام استقلاليته. **ولا يزال هدا الحق غير مقننا بشكل صحيح من قبل المشرع المغربي** الأمر الذي يدفع به للاجتهاد بالبحث في الأحكام القانونية والتنظيمية الفرنسية والتوصيات المؤسسية الفرنسية.

1- مدونة الصحة العامة الفرنسية:

يشمل القانون الفرنسي الجديد للصحة العامة لسنة 2002 فصلا كاملا حول تقديم المعلومات للمريض والتعبير عن إرادته، على أساس أن المريض يعتبر فاعلا أساسيا في المجال الصحي. وبالتالي، المادة L1111-2 تؤكد على أن لكل فرد الحق في الإطلاع على حالته الصحية.

2- مدونة الأخلاقيات الطبية الفرنسية:

تولي النسخة الجديدة من مدونة الأخلاقيات الطبية الفرنسية مكانة خاصة لتقديم المعلومات للمريض.

وتؤكد في **المادة 34** أنه يتوجب على الطبيب أن يقدم الوصفات الطبية بكل الوضوح اللازم لضمان فهمها من قبل المريض وعائلته والسعي للحصول على التطبيق الجيد.

وفي **المادة 35** تؤكد أيضا أنه يتوجب على الطبيب اتجاه المريض الذي يفحصه أو يعالجه أو يعطيه بعض النصائح، أن يحترم في تقديم المعلومات الأمانة والوضوح وحالته الصحية.

II. خصائص المعلومات

1- لمن تعطى المعلومة؟

- **المريض البالغ والعاقل**: مادام على قيد الحياة فيبقى هو المحاور الرئيسي للطبيب

- **المريض القاصر والبالغ الغير العاقل**: حقه في المعلومة الطبية يكون في يد أبويه أو الوصي عليه، إلا في حالة الاستعجال. ولكن في هذا الباب هناك كذلك أحكام أخرى (المادة L1111-5 من القانون الفرنسي للصحة العامة) التي تشجع الأطباء على إشراك القاصرين في اتخاذ القرارات العلاجية، ومنحهم الحق في الحصول على المعلومات نفسها بما يتناسب مع مستوى نضجهم. وعلاوة على ذلك، توصي نفس المادة أنه عندما يتم علاج قاصر دون موافقة ممثله القانوني مع تأكيده على الحفاظ على سرية الاستشارة الطبية، يتوجب على الطبيب أن يحترم رغباته، بعد محاولة إقناعه بتغيير رأيه.

- **أصحاب الحقوق**: يمكن أن يحصلوا على المعلومة، إلا إذا كان إرادة المتوفى مغايرة قبل وفاته، إما مباشرة أو عن طريق الطبيب، ويحصلون على المعلومات التي يحتاجونها لمعرفة سبب الوفاة، الدفاع عن المتوفى والمحافظة على حقوقه.

- **الطبيب الوسيط**: يمكن للمريض أن يختار طبيبا وسيطا للحصول على معلومات طبية تخصه، ويسمى الشخص الموثوق به. ويتم تعيينه لهذا الغرض من قبل المريض الذي يتقدم بطلب، والذي يقوم بإرسال اسم وعنوان الطبيب الذي سيتحصل على المعلومات إلى المستشفى الذي يعالج فيه.

2- من الذي يعطي المعلومات؟

- **الطبيب**: الالتزام بإعطاء المعلومات يرجع إلى الطبيب كان عاما أو متخصصا، الذي يعالج، يفحص أو يقدم المشورة للمريض ووجوب إعطاء المعلومات لا يشترط في ذلك نوع القطاع كان عاما أو خاصا. وفي المستشفى، تعطى المعلومة من طرف ممارسي المؤسسة وإذا كانت رعاية المريض من قبل فريق متعدد التخصصات، فالكل مطالب بالمساهمة في إطلاع المريض على المعلومات كل حسب تخصصه وأيضا إطلاع بعضهم البعض.

- **مساعدو الأطباء**: المعلومات المقدمة من قبل الممرضين (ات) أمر مرغوب فيه. وتمثل امتدادا لتلك التي يعطيها الطبيب. لذا فمساعدو الأطباء يساهمون في إعطاء المعلومات في مجال اختصاص كل منهم وبما يتفق مع القواعد المهنية الخاصة.

3- ما الذي يجب أن يتم الإخبار به؟

- المادة L 1111-2 من القانون الفرنسي للصحة العامة تنص على أن محتوى المعلومات يجب أن يتضمن مختلف الأبحاث التي تم القيام بها، والعلاجات أو الإجراءات الوقائية التي تم اقتراحها، فائدتها، تكلفتها، درجة استعجاليتها، مدتها، نتائجها، الأخطار المنتشرة أو الجسيمة المتوقعة وكذلك الحلول الأخرى الممكنة في حالة الرفض. وفيما بعد، في حالة تنفيذ أبحاث، واكتشاف علاجات أو إجراءات وقائية جديدة، أو تم تحديد مخاطر جديدة، يجب أن يكون الشخص المعني على علم بذلك، إلا إذا لم يكن من المقدور العثور عليه.

ويجب أن تكون هذه المعلومات:

- **واضحة وملائمة**: التفسيرات التي يقدمها الطبيب يجب أن تصاغ بأسلوب يسهل على المريض أن يستوعبه، وأن يحاول تكييف هذه المعطيات مع السياق الطبي وعلم النفس والسياق الاجتماعي والثقافي للمريض. ويجب عليه أيضا التأكد من أن المريض استوعب ما قيل له، وأن يترك له المجال لطرح أسئلة إضافية، وأن يطلب منه أن يعيد ما قال انه استوعبه.

- **صادقة**: لا يسمح للطبيب بتاتا أن يقوم بخداع مريضه عمدا، حتى لو كان ذلك بمبرر الرغبة في حمايته. يجب أن تتحرى المعلومات الصدق اللازم ولكن هذا لا يعني أن تكون المعلومات صادمة وتعطى بطريقة جافة، دون احترام مشاعر المريض.

4- متى يجب الإعلام؟

يجب على المريض التحصل على المعلومات من طبيبه الخاص، منذ البداية، وهذا يعني أن المريض يجب أن يتحصل على المعلومات حول صحته قبل أي عمل من أعمال الرعاية أو الوقاية، وخلال الاستشارة الطبية وبعد أعمال الرعاية.

5- ما هي الطرق المعتمدة للإخبار بالمعلومات الطبية؟

أولا الإخبار شفويا:

- ضرورة الحوار بين المريض والطبيب؛

- القدرة على التكيف مع حالة كل شخص؛
- يجب أن يتسم الحوار بجو علائقي يجمع بين الاستماع والأخذ بعين الاعتبار توقعات المريض؛
- يمكن أن يتم بطريقة تدريجية؛
- التأكد من الفهم الجيد من قبل المريض.

ثانيا تأتي **المعلومات المكتوبة** التي تعتبر مكملة للمعلومات الشفوية، شريطة ما يلي:

- التدرج، استنادا إلى البيانات المدققة،
- مركبة، واضحة ومفهومة لأكبر عدد من المرضى، ما يؤكد ضرورة تقييمها واختبارها قبل نشرها.
- التحقق من صحتها، على سبيل المثال من قبل الجمعيات العلمية، وفقا لمعايير الجودة المعترف بها.
- الوثائق المكتوبة يجب أن تشير إلى أن المريض مدعو إلى طرح أي سؤال يريد.
- استعمال وسائل السمعي البصري أو الوسائط المتعددة يمكن أن تكمل بشكل مفيد المعلومات الشفوية والكتابية.

هناك شكل معين في مجال التبرع بالأعضاء مقنن بموجب المادة 10 من القانون 16-98[13]: المتبرع يجب أن يعطي موافقته أمام رئيس المحكمة الابتدائية.

6- ما هي حدود هذه المعلومات الطبية؟

- تنص المادة 31 من مدونة الأخلاقية الطبية[6] على أنه في حال توقع مرض خطير، يمكن إخفاء المعلومة عن المريض شرعيا.
- حالة الطوارئ (في حالة غيبوبة، على سبيل المثال).
- إذا كان المريض لا يريد أخذ معلومات حول حالته الصحية، فيتوجب احترام رغبته وفي حالة ما إذا كان مرضه يشكل خطورة انتقال العدوى إلى أشخاص آخرين، يجب إخبار المريض.

III. عقوبات في حالة عدم إبلاغ المريض بمعلومات طبية

إخفاء المعلومات الطبية عن المريض قد يحرمه من فرصة النجاة من خطر يترقبه؛ فعدم احترام الالتزام بتقديمها له، قد يشكل خطأ مدنيا، جنائيا، إداريا أو تأديبيا. لذلك فقد تكون له عواقب على مختلف جوانب المسؤولية الطبية على النحو التالي:

- العقوبات الجنائية

في حالة إنجاز بحوث تطبيقية أو أخذ أعضاء دون إبلاغ أو الحصول على موافقة الشخص المعني أو أصحاب الحقوق.

- العقوبات المدنية

تكمن الصعوبة هنا في أن الضرر يكون في غالب الأحيان معنويا، وبالتالي من الصعب تحديده. ولهذا تعرض الدعوى المدنية أمام المحاكم المدنية.

- العقوبات التأديبية

الإجراءات التأديبية مستقلة تماما عن الإجراءات الجنائية والمدنية. وبالتالي تفرض العقوبات من قبل المجلس التأديبي للهيئة الوطنية للأطباء.

ل. التبرع، أخذ العينات وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية

في المغرب، أعطى ظهير 15 يوليوز 1952 الخاص بأخذ عينات الأنسجة وزراعتها من شخص متوفى، أساسا قانونيا لهذه العمليات (الجلد، العظام والقرنية) والتي كانت موجودة سابقا خصوصا بالنسبة لزراعة القرنية. ومع ذلك، فإن المشرع لم يضع المراسيم التطبيقية والقرارات التي تسمح بتفعيل هذا الظهير. وقد تم إلغائه بواسطة الظهير رقم 1-99-208 الصادر في 25 غشت 1999 بتنفيذ القانون **رقم 16-98[13] المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها**.

I. الشرعية الدينية للتبرع بالأعضاء

أثار التقدم الطبي الأخير تحديات أخلاقية جديدة في جميع أنحاء العالم مما تسبب في عودة الفلسفة والدين في المجال العلمي. وفي الواقع، ما أدى إلى الكثير من النقاش حول الشرعية الدينية لهذه الممارسات؛ هو عدم وجود آيات قرآنية وأحاديث، وهي النصوص الأساسية للإسلام، تجيز بوضوح أخذ الأعضاء وزراعتها.

في الإسلام، يعتبر جسم الإنسان حرمة لا يمكن التعدي عليها إلا إذا كان قد ارتكب أفعال شنيعة تعاقب عليها الشريعة نفسها (الردة، القتل ...).

وبالتالي، يحظر إحداث ضرر بالجسم البشري كان حيا أو جثة.

ومع ذلك، فقد دعا الإسلام المسلمين لاستخدام جميع الوسائل لتلقي العلاج في حالة المرض من أجل الحفاظ على استمرارية الحياة.وتطلب الشريعة من الإنسان الحفاظ على جسده، وتسمح له بانتهاك المحظورات إذا كانت ستحافظ على حياته.

واستنادا الى قاعدتين رئيسيتين من قواعد الفقه، والتي هي:

« الضرورات تبيح المحظورات »

« اذا تزاحم ضرران، فارتكاب أخف الضررين لدفع أعظمهما إذا لم يكن هناك سبيل لاجتنابهما معا »

وبالنظر إلى أن إنقاذ الحياة هو حاجة أكبر من الحفاظ على الجسد، وباعتبار أنه يحق للمسلم أن يستخدم جسده لما فيه مصلحة له وللمجتمع (في حالة الجهاد« الحرب المقدسة »)، فإن معظم الفتاوى الصادرة، بما في ذلك السلطات الإسلامية الرسمية تؤكد شرعية التبرع بالأعضاء وزرعها.

II. المبادئ الأدبية المنظمة

أ- الغرض من أخذ العضو:

يعتبر جسم وكرامة الإنسان شيئا مقدسا حيا كان أو ميتا. لذا، يحظر بشكل قاطع إلحاق أي ضرر بجثة شخص ميت أو جسد حي دون ضرورة طبية (المنفعة العلاجية لطرف آخر) أو علمية (في مصلحة العلم أو لتحديد أسباب الوفاة) (المادة 3 من القانون المغربي رقم 16-98)[13].

ب- الموافقة:

تعتبر الموافقة ضرورة أدبية وأخلاقية وقانونية في ملف الصحة والرعاية الصحية؛ وما زالت الأخلاقيات، ومواثيق حقوق المرضى والتشريعات مستمرة في توسيع وترشيد مجال الموافقة.

ويستند شرط الحصول على الموافقة على احترام كرامة الإنسان ومبدأ الاستقلالية الذاتية.

بحيث، يجب أن تكون الموافقة قائمة على علم بالأمر من توفير معلومات دقيقة حول المخاطر الناجمة عن أخذ الأعضاء وآثارها المحتملة على صحة المتبرع والمتلقي.

ويجب أن تعطى الموافقة بكل حرية وعن علم (وهذا يعني بصيغة محددة وصريحة) ويمكن إلغاؤها في أي لحظة.

وتخضع هذه الموافقة لمتطلبات رسمية، على عكس القانون العام.

ت- المجانية:

تعتبر مجانية التبرع مبدأ منظِماً في مجال زراعة الأعضاء. ومن وجهة نظر أخلاقية ودينية يعتبر التبرع بالأعضاء عملا خيريا مبنيا على مبدأ نكران الذات دون أي اعتبار مالي.

والسبب الرئيسي وراء رفض تجارة الأعضاء هو أنها تنتهك كرامة الإنسان، وتمس مبدأ حرية القرار. فمثلا، قيام شخص بعرض كليته للبيع، بدافع الفقر والجشع، لا يعتبر حرا في اتخاذ قراره.

ث- عدم الكشف عن الهوية:

لا يتم الكشف عن الهوية لتجنب التعلق العاطفي والشعور بالاستياء أو الابتزاز، بين عائلة المتبرع والمتلقي.

وينبغي لجميع الموظفين العاملين في مجال أخذ الأعضاء سواء في المستشفى أو خارجه أن يحسوا بمسؤولية احترام عدم الكشف عن هوية المتبرع مع الحرص على عدم كسر هذا العقد الأخلاقي الذي يندرج ضمن نطاق السرية الطبية.

III. أحكام القانون 16-98 [13]

1- تعريف العضو البشري:

تم تعريفه في المادة 2 من القانون المغربي رقم 16-98 [13]ب « **كل جزء من جسم الإنسان سواء أكان قابلا للخلفة أم لا والأنسجة البشرية باستثناء تلك المتصلة بالتوالد** »

لتطبيق هذا القانون، فإن أعضاء وأنسجة الجسم التي يمكن أن تكون موضوع تبرع أو زراعة هي كالتالي:

- الأعضاء البشرية: الكلى، القلب، الرئة، الكبد، البنكرياس، الأمعاء، كتلة القلب والرئة، مقلة العين.
- الأنسجة البشرية: العظام، الشرايين والأوردة، النخاع العظمي، صمامات القلب، الغشاء الذي يحيط بالجنين، الجلد، الأوتار، القرنية، الأربطة، الأم الجافية، الغشاء السفاقي والخلايا الجذعية المكونة للدم.
- جميع الخلايا الأخرى ما عدى المتعلقة بالإنجاب.

2- أخذ الأعضاء من شخص حي:

2.1. الغرض من الأخذ:

لا يسمح المشرع المغربي بأخذ عضو من شخص ما إلا من أجل المصلحة العلاجية لمتبرع له معين(المادة 9).

2.2. قرابة المتلقي بالنسبة للمتبرع الحي:

اختزلت المادة 9 من القانون رقم 16-98 [13] الأشخاص على قيد الحياة والذين يسمح لهم بالتبرع لشخص ما؛ إما في أصوله أو فروعه أو إخوانه أو أخواته أو أعمامه أو عماته أو أخواله أو خالاته أو أبناءهم وكذلك يمكن أن يكون الأخذ لفائدة زوج أو زوجة المتبرع شريطة مرور سنة على زواجهما.

2.3. نوعية المتبرع:

لا يجوز أخذ عضو لأجل زرعه من شخص حي قاصر أو من شخص حي راشد يخضع لإجراء من إجراءات الحماية القانونية. (المادة 11 من القانون رقم 16-98 [13]). وبناء على آخر تعديل لسنة 2014 تم السماح في حالة عدم وجود بديل علاجي أخذ الخلايا الجدعية المكونة للدم من شخص حي قاصر لفائدة أخيه أو أخته بعد أخذ ترخيص من السلطة الحكومية المختصة ومع احترام الشروط الآتية :

- أن يوافق الوالدان معا، وفي حالة غيابهما يوافق القاضي أو الوصي أو المقدم بالإضافة إلى أحد الوالدين في حالة وجوده.
- أن لا تشكل العملية أي خطر على نمو القاصر.
- غياب متبرع راشد ضمن العائلة.
- أن يتم إخبار المتبرع القاصر بعملية الأخذ، قصد التعبير عن إرادته، ويعتبر رفضه مانعا لها.

2.4. إجراءات الموافقة:

وفقا للمادة 10 من القانون رقم 16-98 [13]، يعرب المتبرع عن موافقته على أخذ عضو منه أمام رئيس المحكمة الابتدائية أو أمام قاض يعينه الرئيس خصيصا لذلك الغرض، ويساعده طبيبان يعينهما وزير الصحة باقتراح من رئيس المجلس الوطني لهيئة الأطباء الوطنية ويعهد إليهما بأن يشرحا للمتبرع أبعاد عملية التبرع وللقاضي الفائدة العلاجية المرجوة من عملية الأخذ. يحرر الرئيس أو القاضي المنتدب محضرا بموافقة المتبرع بعد استطلاع رأي وكيل الملك؛ ويتم التوقيع على هذا المحضر من طرف رئيس المحكمة أو القاضي المنتدب والطبيبين المعنيين ثم تسلم نسخة إلى الأطباء المسؤولين عن عملية أخذ العضو.

3- أخذ الأعضاء من شخص متوفى:

3.1. الغرض من الأخذ:

لأغراض علاجية وعلمية.

3.2. إجراءات الموافقة:

في المغرب، يعد التعبير عن الإرادة في ترخيص أو منع أخذ الأعضاء من شخص بعد مماته حقا مكفولا لكل شخص راشد يتمتع بكامل أهليته (المادة 13 من القانون المغربي رقم 16-98 [13]) .

في ظل غياب موقف صريح أعرب عنه الفرد وهو على قيد الحياة في ما يخص التبرع، وهو مبدأ **الموافقة المفترضة** الذي تم الاحتفاظ به في نص القانون رقم 16-98 [13] بمثابة قاعدة قانونية لأخذ الأعضاء من المتوفين الذين لم يعبروا عن رفضهم قيد حياتهم.

وهذا المبدأ ذكر في المادة 16 من القانون رقم 16-98 [13] التي تنص على: « **يمكن إجراء عمليات أخذ الأعضاء لأغراض علاجية أو علمية من أشخاص متوفين لم يعبروا وهم على قيد الحياة عن رفضهم الخضوع لعمليات من هذا النوع، في مستشفيات عمومية معتمدة تحدد قائمتها من طرف وزير الصحة إلا في حالة اعتراض الزوج وإلا فالأصول وإلا فالفروع** »

وأي شخص لم يعرب عن رفضه يمكن أن يكون عرضة لأخذ عضو.

المادتين 14 و 15 من القانون المغربي رقم 16-98 [13] توضح إجراءات تسجيل موافقة ورفض أخذ الأعضاء في المحاكم المختصة. ويحال تصريح موافقة أو رفض المانح إلى جميع المستشفيات المعتمدة والموكل لها أخذ عينات من الأشخاص المتوفين.

وعلاوة على ذلك، يتواجد في المستشفيات المذكورة أعلاه سجل خاص بتلقي التصريحات وكذلك رفض أخذ الأعضاء من كل شخص يدخل إلى هذه المستشفيات قصد العلاج (المادة 17 و 18 من القانون رقم 16-98 [13]).

لا يمكن افتراض موافقة شخص بالتبرع بأعضائه إلا إذا لم يترك المتوفى أي إشارة لرفضه أو عدم وجود شهادة من الناس الذين يعرفونه، تؤكد معارضته أخذ أعضاء من جثته. وتبقى للعائلة سلطة اتخاذ القرار في غياب

إرادة صريحة معبر عنها من طرف المتوفى قيد حياته، وبطبيعة الحال، فإرادته لها أولوية كبيرة عن إرادة الأقارب. وقد حددت السلطة التشريعية تسلسلا هرميا لمن له سلطة اتخاذ القرار داخل الأسرة من أجل تجنب الصراعات العائلية في المادة 16 من القانون رقم 16-98 [13] التي تنص على ما يلي: « يمكن إجراء عمليات أخذ الأعضاء لأغراض علاجية أو علمية من أشخاص متوفين لم يعبروا وهم على قيد الحياة عن رفضهم الخضوع لعمليات من هذا النوع، في مستشفيات عمومية معتمدة تحدد قائمتها من طرف وزير الصحة إلا في حالة اعتراض الزوج وإلا فالأصول وإلا فالفروع »

3.3. أخذ الأعضاء من القاصرين المتوفيين أو البالغين العاجزين المتوفيين:

وهنا نجد مفهوم الموافقة البديلة التي جعلها المشرع المغربي في يد الممثل القانوني.ومع ذلك، فإن هذه الموافقة لا تكون صالحة إلا إذا لم يعلن المتوفى قيد حياته عن رفضه أخذ أعضائه (المادة 20 من القانون رقم 16-98 [13]).

وفيما يتعلق بالكبار الذين ليست لهم القدرة على التعبير عن إرادتهم بسبب حالتهم العقلية، فالتعبير عن معارضتهم قيد حياتهم يتم عن طريق ممثلهم القانوني.

3.4. الشروط التقنية:

- **محضر إثبات الوفاة الدماغية :**

قام المشرع المغربي بقبول المعيار العصبي لتعريف الموت ويذكر في المادة 21 من القانون رقم 16-98 [13]: «لا يجوز القيام بعملية أخذ الأعضاء إلا بعد وضع محضر معاينة طبي يثبت وفاة المتبرع دماغيا، على أن تكون أسباب وفاته خالية من كل الشكوك. ويقوم بوضع محضر المعاينة المذكور طبيبان من المؤسسة الاستشفائية يعينان خصيصا لهذا الغرض من طرف وزير الصحة بعد استطلاع رأي رئيس المجلس الوطني لهيئة الأطباء الوطنية. ولا يجوز بأي حال من الأحوال أن يلحق الطبيبان المذكوران بالفرقة الطبية المكلفة بأخذ أو زرع العضو المأخوذ من الشخص الذي عاينا وفاته »

يتم وضع محضر معاينة الوفاة الدماغية بناء على علامات سريرية وشبه سريرية متطابقة، تم وضعها من قبل **وزيرة الصحة في قرار برقم 162.11، بتاريخ 13 من صفر 1432 (18 يناير 2011)** [9] والذي يقول:

- **التعريف**: توقف لا رجعة فيه لوظائف المخ للمريض

- **العلامات السريرية**: الغيبوبة العميقة الرخوة مع انعدام رد الفعل. فقدان منعكسات جذع الدماغ. غياب كلي للتنفس التلقائي يتم التحقق منه باختبار تضخم القلب.
- **العلامات الشبه سريرية**: إما إجراء مفراس مقطعي للعروق يبين توقف الدورة الدموية للدماغ؛ إما إنجاز تخطيط كهربائي للدماغ متساوي التكهرب بدون إشارة، وفي حالة الشك، يجب إجراء تصوير الأوعية السباتية.
- **محضر إثبات الوفاة الدماغية**: يجب إعداد المحضر في نظيرين، وفقا للنموذج المعد مسبقا ويوقع عليهما الطبيبان اللذان عاينا الوفاة الدماغية.

م. المسؤوليات الطبية

I. مختلف أنواع المسؤولية الطبية

1- المسؤولية التأديبية

2- المسؤولية المدنية

3- المسؤولية الجنائية

4- المسؤولية الإدارية

II. ما هي الجرائم التي تحمل الطبيب مسؤولية جنائية ؟

أ- جرائم التهور:

لم يضع القانون المغربي في هذا الباب نصوصا محددة، ولكن المحاكم تطبق الأحكام العامة الواردة في المواد 432 و 433 من قانون العقوبات المغربي[6].

المادة 432 تنص على أن « من ارتكب، بعدم تبصره أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته النظم أو القوانين، قتلا غير عمدي، أو تسبب فيه عن غير قصد، يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وغرامة من مائتين وخمسين إلى ألف درهم »

المادة 433 تنص على أن « من تسبب بعدم تبصره أو عدم احتياطه أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته النظم أو القوانين، في جرح غير عمدي أو إصابة أو مرض، نتج عنه عجز عن الأشغال الشخصية تزيد مدته عن ستة أيام، يعاقب بالحبس من شهر واحد إلى سنتين، وغرامة من مائة وعشرين إلى خمسمائة درهم »

ب- جرائم القتل والعنف المتعمد:

نادرا ما يرتكب الطبيب مثل هذه الخروق، ولكن كثيرا ما يطلب منه تحمل تبعات ضرباته وجروحه. هذه الخروق يمكن أن تعتبر جنح أو جنايات.

- **مكونات الجنايات:**

- القتل (القتل العمد)، الاغتيال (قتل عمد أو فخ)، التسميم، واستخدام التعذيب أو الهمجية.

- العنف المفضي للقتل دون النية في إحداثه وفي ظروف مشددة.

- العنف المتسبب في تشويه أو عجز دائم، والمرتكب في ظروف مشددة، ولكن يظل جريمة وإن لم يكن الأمر كذلك.

- قتل المرحمة أو القتل الرحيم النشط أو السلبي:لم يحدد قانون العقوبات[6] مواد خاصة فيما يتعلق بالقتل الرحيم. فيتم التعامل معه على أساس أنه جريمة قتل أو اغتيال ويعاقب عليه بموجب المادتين 392 و393 من قانون العقوبات المغربي[6]، بالسجن مدى الحياة أو الإعدام في حالة الظروف المشددة.

- يعاقب على الإخصاء بموجب المادة 412 من قانون العقوبات المغربي[6]، التي تنص على « من يرتكب جناية الإخصاء يعاقب بالسجن المؤبد .فإذا نشأ عنها موت، يعاقب الجاني بالإعدام. »

- **مكونات الجنح:**

- العنف الطوعي المتسبب في العجز الكلي المؤقت عن العمل الشخصي لأكثر من 21 يوما أو أقل من 21 يوما. فالعقوبة تختلف وفقا لوجود أو عدم وجود ظروف مشددة.

- الإجهاض الغير القانوني يعتبر أيضا جنحة تخص الجسم الطبي. والقوانين المندرجة في هذا الباب توجد في الباب الثامن من قانون العقوبات المغربي[6]، تحت عنوان " في الجنايات والجنح ضد نظام الأسرة والأخلاق العامة." والقوانين الخاصة بهذه الجريمة توجد في عشر مواد من قانون العقوبات المغربي[6]، من المادة 449 إلى المادة 458.

ت- <u>الجرائم الأخرى التي تؤدي إلى المسؤولية الجنائية الطبية:</u>

1- الممارسة الغير القانونية للطب:

ممارسة مهنة الطب مخولة فقط للدكاترة في الطب، والمقيدين بشكل منتظم بجدول الهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء. وتحدد المادة 108 وما يليها من القانون رقم 131-13 المتعلق بممارسة الطب[8] التوابع القانونية لمزاولة مهنة الطب بوجه غير قانوني.

جنحة الممارسة الغير القانونية للطب وتقمص الصفة منصوص عليها في **المادة 381 من قانون العقوبات المغربي**[6]، التي تقول: « من استعمل أو ادعى لقبا متعلقا بمهنة نظمها القانون أو شهادة رسمية أو صفة حددت السلطة العامة شروط اكتسابها، دون أن يستوفي الشروط اللازمة لحمل ذلك اللقب أو تلك الشهادة أو تلك الصفة، يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين وغرامة من مائة وعشرين إلى خمسة آلاف درهم، أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، ما لم يوجد نص خاص يقرر عقوبة أشد. »

2- عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر (المادة 431).

3- انتهاك السرية الطبية (المادة 446).

4- جرائم الفساد (المادة 248)، الشهادات المغلوطة والبيانات الخاطئة (المادتين 364 و 366).

5- اقتسام الأجر:

يعني اقتسام الأجر، قيام الأطباء في الخفاء بتقاسم الأتعاب فيما بينهم؛ و تعتبر الممارسة ضمن جرائم النصب التي يعاقب عليها بموجب المادة 540 من قانون العقوبات[6].

6- في ما يخص حماية جسم الإنسان:

بعض الحالات الخاصة تشكل جرائم.

- الحصول من شخص ما على عضو من أعضائه، أو أنسجته، أو خلاياه مقابل المال، مهما كان شكله.
- الحصول على عضو من متبرع بالغ دون موافقته أو قاصر أو بالغ محمي دون احترام الأشكال القانونية المنصوص عليها في القانون.
- أخذ أعضاء من أشخاص أحياء أو متوفين في مرافق غير مصرح لها بهذه الأغراض.

III. مبادئ المسؤولية المدنية

وتسمى هذه الأخيرة مدنية عندما تندرج ضمن قواعد القانون الخاص التي تجبر سواء الممارس في القطاع الخاص أو المصحة ككيان قانوني بموجب القانون الخاص أمام المحاكم المدنية بإصلاح الأضرار التي لحقت المريض ماليا. هذا الالتزام القانوني بإصلاح الضرر ينشأ عادة في إطار اتفاق (المسؤولية التعاقدية)، ولكن يمكن أن ينشأ من حقيقة قانونية إرادية أو غير إرادية في سياق المسؤولية التقصيرية أو شبه التقصيرية. غالبا ما تكون شخصية، ولكن قد تكون هناك مسؤولية بسبب شخص آخر بحيث يجب أن نجيب عليها أو الأشياء التي نتذكرها.

وتنظم المسؤولية المدنية في المغرب بواسطة قانون الالتزامات والعقود [12].

1- مبدأ الخطأ التعاقدي:

يستمد مصدره من الحكم الصادر عن محكمة النقض الفرنسية في قضية مرسييه MERCIER بتاريخ 20 ماي 1936، والذي حسم الأمر في المسؤولية الطبية المدنية عن طريق الدخول في الحقل التعاقدي. وهذا الأخير تم تكييفه من طرف محكمة الاستئناف بالرباط يوم 29 يناير 1946، معتبرا أن العلاقات القائمة بين الأطباء والمرضى هي اتفاق يلزم الطبيب من جانبه بتقديم الرعاية مستحضرا الاستقامة واليقظة وبما يتطابق مع المعطيات المحصلة علميا.

2- مبدأ الخطأ التقصيري:

قد يُحَمِلُ المريض الطبيب مسؤولية تقصيرية استنادا للمادة 77 من قانون الالتزامات والعقود[12] والتي تنص على **أن كل فعل ارتكبه الإنسان عن بينة واختيار، ومن غير أن يسمح له به القانون، فأحدث ضررا ماديا أو معنويا للغير، ألزم مرتكبه بتعويض هذا الضرر، إذا ثبت أن ذلك الفعل هو السبب في حصول الضرر**، وعندما:

- يكون العقد غير موجود :

هذه الوضعية تسلط الضوء على بعض الحالات التي لا يمكن فيها للمريض أن يبدي موافقته على العلاج الطبي، وذلك في حالة فقدان الوعي أو في حالات الطوارئ.

- يكون العقد باطلا :

وتشمل الأعمال التي ليس فيها أي غرض علاجي، أو الأعمال الغير المشروعة، خلافا للقانون. وبالتالي فمن البديهي أن الطبيب يعتبر مرتكبا لخطأ عندما يقوم بمخالفة متعمدة للقانون مما يحمله مسؤولية مدنية تقصيرية أو حتى مسؤولية جنائية. وتوضح بعض الأمثلة هذا المبدأ، كالممارسة الغير القانونية للطب، وممارسة الإجهاض الغير القانوني والتعقيم بهدف الحفاظ على الرشاقة.

- يتم رفع الدعوى أمام المحاكم الزجرية:

عندما يقوم ضحية الخطأ الطبي بطلب التعويض أمام المحاكم الزجرية، يمكن أن يحصل على تعويضات مدنية من قبل الطرف المدني.

والنتيجة المباشرة لهذا الوضع القانوني تكون عندما يكون الحكم بعدم المتابعة أو البراءة من الدعوة المدنية (الجنائية)، والضحية لا يمكنه الحصول على تعويضات لأن الحكم الجنائي استبعد وجود جريمة تستوجب التعويض.

ومهما كان الخطأ تعاقديا أو تقصيريا، لكي يتحمل الممارس المسؤولية، **يجب أن يتواجد الخطأ المرتكب من طرفه، والضرر الذي لحق بالمريض وأن يكون له علاقة مباشرة بالخطأ المفترض**.

- **الخطأ :**

- **التعريف:**

يمكن تعريف الخطأ، كسوء سلوك لم يكن ليرتكبه طبيب متمرس وجاد من الناحية الأخلاقية، لو وضع في نفس الظروف. إذن، فإننا نقارن دائما العمل المرتكب من قبل الطبيب بالحالة العادية، في نفس التخصص ونفس الظروف لقياس مستوى سوء السلوك.

- **نوعية الخطأ:**

1- الأخطاء التقنية الطبية:

هي تلك التي تحدث بطبيعتها أثناء أعمال العناية الصحية، وهذا يعني إما في التشخيص أو العلاج أو العمل الجراحي أو المراقبة.

2- الأخطاء المرتكبة ضد الإنسانية:

- عدم إعطاء المعلومات الكافية وعدم الحصول على الموافقة.
- واجب المساعدة: الطبيب الذي يوافق على توفير الرعاية لمريض يثق فيه، لا يمكن أن يتخلى عنه إذا ابتدأ مراحل الرعاية. يمكن للطبيب أن يتراجع عن مهمته، ولكن دون أن يؤثر ذلك على صحة مريضه وخارج أي طارئ وأيضا، يجب أن يضمن استمرارية الرعاية من طرف زميل آخر. وأي تصرف آخر، يجعل هذا السلوك خطأ مهنيا جسيما.

- **الضرر:**

يمكن اعتبار الضرر على أنه، أي نوع من أنواع الأذى التي تلحق بالآخرين. وغياب الضرر، بغض النظر عن درجة الخطأ لا يعطي الحق باتخاذ أي إجراء قانوني ضد الجاني. وبالتالي، الأضرار الناتجة مباشرة عن خطأ هي التي تستلزم الإصلاح إذا كانت شخصية، أكيدة ومباشرة. وفي ما يخص المسؤولية المدنية الطبية، يستوجب إصلاح الضرر سواء كان ماديا، معنويا أو شخصي.

- **العلاقة السببية**

IV. مبادئ المسؤولية الإدارية

نقصد بالمسؤولية الطبية الإدارية، مسؤولية المستشفى العام أمام المحاكم الإدارية.

على عكس الطب الليبرالي (الخاص)، المسؤولية الطبية داخل المستشفى العام هي ليست ذات طبيعة تعاقدية أو تقصيرية ولكنها ذات طبيعة إدارية، بالنظر إلى أن الخطأ ارتكب خلال الاشتغال في مرفق عمومي، و الضحية هو مستعمل لهذا المرفق العام.

1- ظروف الاحتكام للمسؤولية الإدارية:

المسؤولية الإدارية الطبية في المغرب لديها أساس تشريعي (المادتان 79 و 80 من قانون الالتزامات والعقود[12]).

تنص المادة 79 من قانون الالتزامات والعقود[12] على ما يلي:

« **الدولة والبلديات مسؤولة عن الأضرار الناتجة مباشرة عن تسيير إداراتها وعن الأخطاء المصلحية لمستخدميها** »

وفي الواقع، يتم تحمل المسؤولية الإدارية عندما يتم استيفاء الشروط الكلاسيكية الثلاث؛

- تواجد خطأ في تنظيم واشتغال المرفق العام أو خطأ مرتكب من قبل الطبيب أو فريق الرعاية الصحية.
- وقوع ضرر للمريض.
- العلاقة السببية بين الخطأ والضرر.

2- استثناءات في ما يخص الاحتكام للمسؤولية الإدارية:

لا تستثني المسؤولية الإدارية الطبية المنشأة بموجب المادة 79 المسؤولية الشخصية للطبيب. وهذه المسؤولية الشخصية للعامل بالمرفق الصحي تم التنصيص عليها في المادة 80 من قانون الالتزامات والعقود[12]، التي تنص على:

« **مستخدمو الدولة والبلديات مسئولون شخصيا عن الأضرار الناتجة عن تدليسهم أو عن الأخطاء الجسيمة الواقعة منهم في أداء وظائفهم** »

التدليس هو فعل يرتكب بقصد إحداث الأذى وذلك بسوء نية، بالإضافة إلى ذلك، قد يحمل المسؤولية الجنائية للعامل. وهو الحال بالنسبة للطبيب الذي ينفذ عمليات الإجهاض خارج الحالات التي ينص عليها القانون. ونفس الشيء بالنسبة للطبيب الذي يجري عملية لمريض قد أبدى رفضه عن علم واطلاع.

أما بالنسبة **للخطأ الجسيم**، فهو خطأ بخطورة كبيرة دون أن يكون مقصودا، وخطورة الجريمة تعتمد على ملابسات القضية. ونذكر على سبيل المثال:

- الطبيب الذي يجري عمليات في حالة سكر.
- الطبيب المناوب في منزله، ولا يستجيب، دون سبب وجيه، لحالة طارئة في المستشفى.

V. مبادئ المسؤولية التأديبية

الخطأ التأديبي هو أي خرق لقواعد أخلاقيات مهنة الطب. وهو انتهاك لمعيار أخلاقي، سواء كان مكتوبا في مدونة أخلاقيات مهنة الطب أو لا.

في المجال الطبي، تحل الهيئة الوطنية للأطباء محل الشخصية الاعتبارية، فهي المخولة لضمان وحماية المبادئ والتقاليد الأخلاقية والاستقامة ونكران الذات والدفاع عن شرف واستقلالية مهنة الطب. وتكون الإجراءات التأديبية مستقلة عن الدعوى المدنية، الجنائية أو الإدارية.

المسؤولية الطبية التأديبية تفرض على الطبيب الدفاع عن أفعاله أمام الهيئة الوطنية للأطباء، وتكون زجرية؛ وتهدف معاقبة الطبيب المنتهك للقواعد الأخلاقية الطبية.

- **الأفعال التي يعاقب عليها:**

- خرق القواعد المهنية والإخلال بمبادئ الشرف والاستقامة والكرامة التي تستلزمها المهنة.
- عدم احترام القوانين والأنظمة المطبقة على الأطباء في مزاولة مهنتهم.
- المس بالقواعد أو الأنظمة التي تسنها الهيئة وبما تستوجبه مؤسساتها من اعتبار أو احترام.

- **العقوبات[14]:**

تكون معنوية: بحيث يمكن أن يصدر في حقه تحذير أو توبيخ مع تقييده في الملف الإداري والمهني. وتصدر هذه العقوبات إذا اعتبر الخطأ طفيفا جدا أو إذا كان الطبيب حسن الخلق، وعادة ما يحترم التزاماته.

أو مادية، فيمكن أن يصدر في حقه وقف عن الممارسة لمدة لا تتجاوز السنة أو الحذف من جدول الهيئة. وينشر هذا التوقيف المؤقت أو الدائم في الجريدة الرسمية.

ن. السرية الطبية

I. الأساس القانوني والأخلاقي للسرية الطبية

المادة 446 : من قانون العقوبات[6] مجموعة القانون الجنائي

« الأطباء والجراحون وملاحظو الصحة، وكذلك الصيادلة والمولدات وأي شخص يعتبر من الأمناء على الأسرار، بحكم مهنته أو وظيفته، الدائمة أو المؤقتة، إذا أفشى سرا أودع لديه، وذلك في غير الأحوال التي يجيز له فيها القانون أو يوجب عليه فيها التبليغ عنه، يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وغرامة من ألف ومائتين إلى عشرين ألف درهم.

غير أن الأشخاص المذكورين أعلاه لا يعاقبون بالعقوبات المقررة في الفقرة السابقة:

1- إذا بلغوا عن إجهاض، علموا به بمناسبة ممارستهم مهنتهم أو وظيفتهم، وإن كانوا غير ملزمين بهذا التبليغ؛

2- إذا بلغوا السلطات القضائية أو الإدارية المختصة عن ارتكاب أفعال إجرامية أو سوء المعاملة أو الحرمان في حق أطفال دون سن الثامنة عشرة أو من طرف أحد الزوجين في حق الزوج الآخر أو في حق امرأة، علموا بها بمناسبة ممارستهم مهنتهم أو وظيفتهم.

إذا استدعي الأشخاص المذكورين للشهادة أمام القضاء في قضية متعلقة بالجرائم المشار إليها في الفقرة أعلاه، فإنهم أحرار في الإدلاء بشهادتهم أو عدم الإدلاء بها »

المادة 4 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7] :

« يتوجب على الطبيب اتجاه مريضه السرية التامة في ما يخص كل الأسرار التي يفشيها له أو التي يمكن أن يتعرف علها نتيجة الثقة التي تمنح إليه »

II. ما هي امتدادات السرية الطبية؟

- حقل السرية الطبية يمتد إلى كل ما أعطي، شوهد، سمع أو فهم من قبل الطبيب.
- السرية الطبية تشمل الحقائق الطبية، والغير الطبية.
- المؤتمن الرئيسي حول أسرار المرضى هو الطبيب وكذلك الأشخاص الذين يساعدون الأطباء.

- يتوجب على الطبيب أن يحمي الجذاذات والسجلات السريرية للمرضى من كل تطفل وأن يسهر على ضمان احترام عدم الكشف عن المرضى في المنشورات العلمية؛
- واجب السرية يستمر حتى بعد وفاة المريض..

III. ما هي الاستثناءات القانونية للسرية الطبية؟

1- ضرورات الإفصاح عن السر الطبي:

بعض الشهادات يجب صياغتها بشكل إجباري:

- فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية:

- الإعلان عن الولادة.

- الإعلان عن الوفاة.

- فيما يتعلق بالحالة الصحية:

- التصريح الإلزامي بالأمراض: قرار وزير الصحة العمومية رقم 683-95 الصادر في 31 مارس 1995 والقاضي بتطبيق المرسوم الملكي رقم 554-65 بتاريخ 26 يونيو 1967 يجعل من الواجب التصريح ببعض الأمراض واتخاذ تدابير وقائية للقضاء عليها. مثل :
  - الأمراض الخاضعة للوائح الصحية الدولية: الطاعون والكوليرا والجدري
  - الأمراض التي قد تؤدي إلى تفشي وبائي: الخناق، الكزاز والسل .....
  - أمراض أخرى تستوجب التصريح الإلزامي: الحمى الروماتزمية، وداء الليشمانيات ....
  - الأمراض التي تستوجب التطهير، طرد الحشرات وإبادة الفئران الإلزامي.

- **شهادات حوادث الشغل والأمراض المهنية** (القانون رقم 12-18 الصادر بالجريدة الرسمية رقم 6328): تتم صياغتها في ثلاث نسخ وتسليمها للضحية وصاحب العمل على أن تودع عند السلطات المحلية.

- **شهادات الحجز** بالنسبة للمرضى العقليين الذين يشكلون خطرا بالنسبة لأنفسهم وللأطراف الأخرى: هذه الشهادات تكون مُعَرَّفة ووصفية دون الإشارة بالضرورة للتشخيص. وتعطى للعائلة أو أحد الأقارب، أو يتم توجيهها إلى السلطات العمومية (الوالي أو مفوض الشرطة) في حالة الحجز الإجباري.

- **شهادات حماية الأشخاص البالغين العاجزين** الذين يعانون من ضعف قدراتهم العقلية، الأمر الذي يسمح بوضعهم تحت الوصاية.

- **شهادات التلقيح**

- **شهادات ما قبل الزواج**: وفقا للظهير الشريف المعتبر بمثابة قانون رقم 1-93-347 الصادر في 10 سبتمبر 1993، يجعل لزاما على العرسان المستقبلين أن يتوفروا على شهادة طبية ما قبل الزواج. من حيث المبدأ فالهدف منها إشراك الطبيب في التوعية الطبية الاجتماعية خصوصا فيم يتعلق بالأمراض المعدية والصحة الإنجابية. ومن هذا المنطلق يتوجب على الطبيب أن يوضح للمرشح للزواج المخاطر المحتملة التي قد تنشأ بسبب حالته الصحية.وفي جميع الحالات، فالفحص ما قبل الزواج يجب أن يتم على انفراد مع كل شريك لوحده والسرية الطبية ضرورية اتجاه كل شريك.

- **الشهادات الخاصة بالاعتداءات كالضرب والجرح، الطوعي أو غير الطوعي** تسلم إلى الشخص المعني بالأمر مباشرة.

- **الشهادات الخاصة بالمعاشات التقاعدية بسبب الإعاقة العسكرية** تحال إلى الجهات المختصة.

2- التراخيص الخاصة بإفشاء السر الطبي:

- في ما يخص العدالة الجنائية:

- **الإجهاض الجنائي**: لا يوجد أي خرق للسرية المهنية إذا قام الطبيب بالتبليغ عن حالة إجهاض تمت في ظروف غير شرعية حسب ما اكتسبه من معرفة خلال ممارسة للمهنة، أو إذا شهد في المحكمة حول هذا الموضوع (المادة 446 من قانون العقوبات[6]).

- **الإساءة للقاصرين تحت سن 18 سنة أو من قبل أحد الزوجين ضد الآخر أو ضد امرأة** (المادة 446 من قانون العقوبات[6]).

- الإساءة المسجلة في حالات الاغتصاب أو هتك العرض بموافقة الضحية.

- **التبليغ عن جريمة ترتكب والامتناع عن تقديم شهادات لصالح بريء**: إذا كان الطبيب لا يمكن أن يبلغ عن مريض اعترف له بنية ارتكاب جريمة، يمكن له التكلم إذا تبين أن كشفه للمعلومات التي يتوفر عليها سيمنع جريمة أخرى. وبالمثل، إذا توفر لدى الطبيب دليل براءة متهم يتوجب عليه أن يدلي بشهادته لدى المحكمة حتى لو كان في ذلك انتهاك للسرية المهنية.

- عندما يطلب من طبيب فحص أو معالجة سجين، يتوجب عليه شرط موافقة المعني بالأمر، إبلاغ السلطة القضائية، إذا ما ثبت لديه تعرضه للتعذيب.

س. عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر

I. الأساس القانوني والسلوكي

- المادة 431 من قانون العقوبات[6] (مجموعة القانون الجنائي):

« من امسك عمدا عن تقديم مساعدة لشخص في خطر، رغم أنه كان يستطيع أن يقدم تلك المساعدة إما بتدخله الشخصي وإما بطلب الإغاثة، دون تعريض نفسه أو غيره لأي خطر، يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات وغرامة من مائة وعشرين إلى ألف درهم أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط »

- المادة 3 من مدونة الأخلاقيات الطبية[7] :

« مهما كانت وظيفته، أو تخصصه، من غير حالة قوة قاهرة يجب على كل طبيب أن يقدم الإسعافات في حالة الطوارئ القصوى لمريض في خطر داهم إذا لم تكن هناك إمكانية تقديم رعاية طبية أخرى له »

II. ما هي العناصر المكونة لجريمة عدم مساعدة شخص في حالة خطر؟

1- العنصر القانوني:

يعتبر هذا السلوك جرما بنص جنائي. فالمادة 431 من قانون العقوبات[6] تمثل العنصر القانوني للامتناع الغير المشروع.

2- العنصر المادي:

التطبيق الصارم للقانون الجنائي يتطلب حصول العنصر المادي للجريمة، بمعنى أصح، الحقائق التي تؤدي إلى المتابعة القضائية.

- فيجب من حيث المبدأ أن يكون هناك خطر« القانون يفرض أن يكون الخطر وشيكا ومستمرا »
- يجب أن يكون الإنسان المعرض للخطر حيا وليس ميتا.
- ويجب التأكد من عدم توفير المساعدة الشخصية للطبيب.
  - وإن كان الخطر حقيقيا أو مفترضا.

- وإن كانت المساعدة فعالة أو غير فعالة.
- وإن كان الطبيب متمرسا أو لا، ممارسا للمهنة أم لا.
- ويجب كذلك التأكد من غياب الخطر على الطبيب نفسه.

3- العنصر المعنوي:

من الضروري أن يكون الامتناع طوعيا وليس نتيجة لقوة قاهرة خارجة إرادة الطبيب

هناك العديد من الاجتهادات القضائية التي تؤكد؛ أن على الطبيب:

1- بمجرد أن يتم الاتصال به، يصبح على بينة من وجود خطر ومن الواجب عليه التدخل، حتى لو لم يكن شاهدا عليه.

2- أن يقوم بتقديم الإسعافات بنفسه، بمعنى أن يتجه نحو المريض ولا يكتفي بمجرد الاتصال بزميل له، سيارة إسعاف أو مستشفى.

3- أن يتجه صوب الحادث مهما كانت طبيعة الخطر (مرض، حادث، اعتداء، محاولة انتحار).

4- حتى لو كانت المساعدة بدون جدوى (شخص في حالة احتضار).

5. المناقشة :

دراسة الطب باللغة العربية، حلم راود مجموعة من الطلاب، وهذا العمل هو مساهمة لتحقيق ذلك الحلم الذي نتمنى أن يصبح حقيقة في أقرب الآجال. ويسعى هذا العمل المتواضع إلى إغناء المكتبة العلمية المغربية بمرجع علمي خاص بالطب الشرعي باللغة العربية؛ ونأمل من خلاله تيسير استيعاب طالب الطب لهذه المادة، مما سيساهم في تقوية تحصيله العلمي وتقوية تواصله الصحي مع محيطه ونأمل كذلك وضع لبنة في مسار التمكين للبدء في تدريس العلوم الطبية بها.

فالعائق اللغوي خلال الدراسات الطبية، هو هاجس كل تلميذ يحلم أن يصبح طبيبا في المستقبل، وهو من بين الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الرسوب في السنوات الأولى، ويشكل عقبة تواصلية كبيرة، بحيث يجد الطالب إشكالات في التواصل مع أساتذته أولا، نظرا لمستوى الطلاب المتواضع في اللغة الفرنسية؛ فلا يستطيع أن يطرح استفساراته بكل يسر، ومع مرضاه بحيث يجد نفسه مضطرا إلى ترجمة المصطلحات الطبية التي درسها بلغة أجنبية إلى اللغة العربية وأكثر من ذلك إلى اللغة العامية، ما يحدث اضطرابا نفسيا كبيرا لديه.

وإن ما يشهده العصر الحاضر من «ثورة معلوماتية » وتقنيات حديثة، يوجب على الناطقين باللغة العربية العناية بها، لأن اللغة العربية تقبع الآن في أدنى درجات الاهتمامات بها، فاللغة العربية تعيش اليوم واقعًا معزولاً عن وظيفتها، فلا هي أصبحت أداة للتعليم العالي ولا البحث ولا الفكر، وهو ما يبعدها عن خصائصها ومقوماتها المسايرة دومًا للتقدم الحضاري، بما تتميز به من غزارة، وما لها من تراث عريق، بعيد الأثر في مراحل التاريخ المختلفة، الأمر الذي جعلها لغة التعليم لسنوات طوال، نهضت خلالها الأمة العربية نهضة علمية زاهرة بين أمم العالم، وكانت لها الصدارة العالمية بسبب تفوقها العلمي.

ومع العلم أن تعريب العلوم لا ينقص من قيمتها، بل يرفع شأنها ومستواها، فالشخص الذي يتعلم أحد العلوم بلغته، يعمل على نقل ما تعلمه إلى هذه اللغة، وإننا قد نقبل أن تدخل اللغة الأجنبية بيوتنا وجامعاتنا ومعاهدنا العلمية، لكي نتعلم من كل ما هو جديد في العالم، ونعبر عنه بلغتنا الأم حتى لا تضيع، فالانفتاح على الحضارات والثقافات والعلوم الحديثة والمتطورة بات واجبًا قوميًا مع الحفاظ على هويتنا، وهو ما يحفظ لنا قوميتنا وكرامتنا العربية شامخة دائمًا بين الأمم.

كل هذا، ساهم في تقوية فكرة المساهمة في تعريب العلوم الطبية من خلال هذه الأطروحة المتواضعة. واختيارنا للطب الشرعي، لم يكن اعتباطا، ولكن هو تفعيل لإتفاق كل من وزراء الصحة وعمداء كليات الطب في الدول العربية، وخبراء منظمة الصحة العالمية في اجتماعاتهم التي عقدوها في منتصف التسعينيات الميلادية في كل من الخرطوم ودمشق والقاهرة على أن يكون تعليم الطب باللغة العربية، وأجمعوا أمرهم على البدء بتعريب كل من الطب الشرعي وطب المجتمع ثم بقية العلوم الطبية، على أن يكتمل التعريب قبل نهاية القرن العشرين، الأمر الذي نسعى الآن إلى إنجاحه من خلال تضافر جهود كل الغيورين على اللغة العربية، والساعين إلى أن تستعيد بريقها المعهود.

- **مناقشة الوسائل :**

<u>المعاجم الطبية العربية المتوفرة :</u>

لإنجاز هذه الأطروحة اتبعنا منهجية اعتمدنا فيها على جرد معاجم المصطلحات الطبية المتوفرة في المكتبات المغربية والدولية، والتي ستمكننا من ترجمة المصطلحات العلمية، وهكذا تمكنا من الحصول على مجموعة من المعاجم التي أوردها كالآتي:

- **المعجم الطبي الموحد** :

يعتبر المعجم الطبي الموحد، الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية، المرجع الرئيسي لتعريب العلوم الطبية، كما نصت على ذلك جميع المؤتمرات الإقليمية لتعريب العلوم الصحية المنعقدة في عدد من البلدان العربية، وذلك بهدف توحيد المصطلح العلمي.

ولقد تحصلنا على النسخة الورقية الطبعة الرابعة والأخيرة لسنة 2006 للمعجم الطبي الموحد باللغتين العربية والإنجليزية، وكذا على قرص مدمج يحتوي على نسخة 2009 بخمس لغات (عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني) من فرع منظمة الصحة العالمية، كما قمنا بزيارة لمعهد الدراسات والأبحاث للتعريب بالرباط، غير أنه لا يتوفر إلا على النسخة الثالثة للمعجم الطبي الموحد.

- **المعجم الموحد لمصطلحات الصحة وجسم الإنسان:**

ينتمي هذا المعجم إلى سلسلة مكونة من 38 معجما علميا باللغات العربية-الفرنسية-الإنجليزية، وهو من اصدارات مكتب تنسيق التعريب بالرباط، وهو متوفر بمكتبة هذه المؤسسة.

- **المعجم المفسَّر للطب والعلوم الصحية:**

المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية من اصدارات مركز تعريب العلوم الصحية بالكويت، الطبعة الأولى لسنة 2009 الحرف A، وقد اعتمد المركز في إنجاز هذا المعجم على المصطلحات المتوفرة في المعجم الطبي الموحد، وقام بتفسيرها إلى جانب ترجمتها، كما أصدر المركز عدة معاجم فرعية تهم عددا من التخصصات الطبية، يمكن تحميلها على الشبكة العنكبوتية عبر الرابط التالي: http://www.acmls.org/.

- **كما أشير إلى تواجد عدة معاجم عبر شبكة الأنترنت عبر الروابط التالية:**

1. المعجم الطبي الموحد بموقع منظمة الصحة العالمية:

http://www.emro.who.int/ar/Unified-Medical-Dictionary.html

2. قاموس الاختصارات الطبية لدار القدس للعلوم http://dar-alquds.com/dict/abb

3. المعجم الطبي الموحد ودليل أطباء سوريا http://medical.sitamol.net/

4. البنك الآلي السعودي للمصطلحات العلمية (باسم): Http://basm.kacst.edu.sa/Default.aspx

5. قاموس المصطلحات الطبية، موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز: http://www.kaahe.org/cgi/dictionary.pl?ar

6. قاموس مصطلحات طبية وصيدلانية

http://www.sehha.com/Glossary/Glossary_view.php

7. القاموس الطبي المزدوج : انجليزي عربي انجليزي

/http://www.tbeeb.net/med

8. المنهل، قاموس فرنسي-عربي

http://dar.bibalex.org/webpages/mainpage.jsf?PID=DAF-Job:68600

المعاجم القانونية العربية المتوفرة :

- **المعجم الموحد لمصطلحات القانون (إنجليزي- فرنسي – عربي)**

ينتمي هذا المعجم إلى سلسلة المعاجم الصادرة عن مكتب تنسيق التعريب بالرباط.

كتب ودروس الطب الشرعي المتوفرة باللغة العربية :

أثناء الترجمة واجهتنا عدة صعوبات في صياغة الجملة الشرعية باللغة العربية، ولتجاوز هذا العائق، قمنا بالبحث عن كتب ودروس الطب الشرعي المتوفرة في الساحة الطبية باللغة العربية للاستئناس، واعتمدنا بالخصوص على دروس الطب الشرعي المدرَّسَة بكلية الطب البشري بجامعة دمشق بسوريا وكتاب خاص بالطب الشرعي (الطب الشرعي مبادئ وحقائق) للكاتب حسين علي شحرور[5].

القوانين والظهائر والقرارات الوزارية والمدونات المتوفرة باللغة العربية :

يتميز درس الطب الشرعي باحتوائه على مواد قانونية، وللحصول على ترجمة أكثر دقة قمنا بالبحث عن القوانين المتوفرة باللغة العربية، ونشير أنه وجدنا كل المواد القانونية بالنسخة العربية سوى نصوص مدونة الأخلاقيات الطبية[7]، التي مازلنا نعتمد على النسخة القديمة الصادرة بالجريدة الرسمية بتاريخ 19 يونيو 1953، ولم يتم تحينها لحد الآن.

- **مناقشة النتائج :**

يمكن مناقشة النتائج التي تم الحصول عليها أثناء إعداد هذه الأطروحة من خلال نقطتين رئيسيتين، الأولى تتعلق بمناقشة مقرر دروس الطب الشرعي، والثانية من خلال تقييم معجم المصطلحات.

المقرر :

وسنحاول مناقشة المقرر من الناحية الشكلية ومن ناحية المضمون

- **المقرر من حيث الشكل :**

تمكنا خلال هذا البحث من إنتاج مقرر لدروس الطب الشرعي باللغة العربية، والذي يضم خمسة عشرة درسا، نأتي على ذكر عناوينها كالآتي:

- مقدمة حول الطب الشرعي
- المفاهيم العامة لعلم الموت
- الجوانب الطبية الشرعية للإصابات
- الاختناقات الميكانيكية
- الجوانب الطبية الشرعية للوأد أو قتل الوليد
- الجوانب الطبية الشرعية للإجهاض الغير القانوني
- إساءة معاملة الأطفال
- الاعتداءات الجنسية على القاصرين والكبار
- الشواهد الطبية
- العقد الطبي
- تقديم المعلومات للمريض
- التبرع، أخد العينات وزراعة الأعضاء والأنسجة البشرية
- المسؤوليات الطبية
- السرية الطبية

- عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر

وقد أسفر هذا المجهود على تجميع مقرر يضم ما يربو عن 158 صفحة.

ولتيسير الفهم قمنا في البداية بوضع تصميم مفصل للدرس ليتيسر استعماله وليستطيع المتصفح أن يجد ما يبحث عنه من أفكار بسهولة أكثر وليستطيع الطالب ترتيب أفكاره ويتمكن من متابعة الدروس بشكل جيد، وقمنا بوضع مسرد للمصطلحات العربية الطبية الشرعية ومقابلاتها باللغتين الأجنبيتين، ليتمكن المتصفح للدرس من إيجاد مقابلاتها، وخصوصا أن هذا الدرس موجه لطلبة السنة الخامسة و قد تعودوا على الدراسة باللغة الفرنسية.

- **المقرر من حيث المضمون:**

- **تقييم المعجم الطبي الموحد**

من خلال استقراء المعاجم التي اطلعنا عليها ومقارنتها، يتضح أن أغلبها يعتمد على المعجم الطبي الموحد في طبعته الرابعة، لذا ارتأينا أن نركز على نفس هذه الطبعة كمرجع أساسي لترجمة مقرر دروس الطب الشرعي، كما أننا عملنا على اختبار وتقييم مدى نجاعته في ترجمة جميع المصطلحات العلمية الطبية الدقيقة الواردة في الدروس. وكنتيجة لعملية ترجمة الدروس السالفة الذكر اسخلصنا مجموعة من المصطلحات التي بلغ عددها 900 مصطلح، وعملنا على وضع مرادفات لها باللغتين الفرنسية والإنجليزية، فكانت النتائج كالتالي:

عدد المصطلحات	نسبة المصطلحات التي لها مرادفات في المعجم الطبي الموحد	نسبة المصطلحات التي ليس لها مرادفات في المعجم الطبي الموحد
900	%100	% 0

وكخلاصة نستنتج أن المعجم الطبي الموحد يمكننا من ترجمة دروس الطب الشرعي دون تقصير فيما يخص المصطلحات العلمية الطبية الدقيقة، وهذه النتيجة المشجعة تدفع بنا إلى تكثيف الجهود في ترجمة المقررات المنهجية المعتمدة في تدريس الطب العام في كل التخصصات بكلية الطب والصيدلة بالرباط، حتى نستكمل ترجمة المنهاج كله.

وتجدر الإشارة أيضا أن الساحة العلمية الآن تشهد تطورا ملحوظا مقارنة بالسنوات الماضية فيما يخص توفر المعاجم المخصصة لترجمة المصطلح الطبي، فقد تمت محاولة لترجمة مصطلحات الطب الشرعي في أطروحة بكلية الطب بالرباط سنة 1988[15] ومن بين المشاكل التي واجهوها، قلة المعاجم المتخصصة في هذا الميدان، ونقص المصطلحات في المعجم الطبي الموحد، الأمر الذي تم تجاوزه الآن.

- **صياغة دروس الطب الشرعي باللغة العربية**

إذا كان المعجم الطبي الموحد بنسخته الأخيرة يلبي رغبة الباحث في ترجمة المصطلحات العلمية الطبية، فهو لا يفي بغرض الترجمة لما سوى المصطلحات الطبية، بمعنى أنه لا يكفي الاعتماد عليه وحده لترجمة وصياغة الدروس بشكل كامل، وبالتالي لابد من الاستعانة بمعاجم لغوية أو أخرى متخصصة لصياغة نصوص متكاملة.

وهذا ما أظهرته بعض الدراسات التي أجريت على 10 مراجع طبية باللغة الإنجليزية المقررة لتدريس طلبة الطب بجامعة الملك فيصل[4]، إذ أن المصطلحات العلمية الطبية لا تتجاوز نسبة 3.3 % من مجموع الكلمات، بمعنى أن 96.7 % تحتاج منا اللجوء إلى معاجم لغوية عربية-فرنسية كالمنهل الذي اعتمدناه في بحثنا.

جدول :نسبة المصطلحات الطبية في 10 مراجع طبية

الموضوع	عدد الكلمات	المصطلحات	نسبتها%
1- الأحياء الدقيقة	8778	308	3.5
2- الأحياء	6510	98	1.5
3- النساء والتوليد	5688	186	3.2
4- علم الامراض	5890	185	3.1
5- طب الأطفال	6337	322	5.1
6- الطب النفسي	7011	280	3.9
7- الجراحة	6454	165	2.5
8- طب المجتمع	8762	351	4.0
9- التشريح	10602	331	3.1
10- الطب الباطني	9030	322	3.5
المجموع	75062	2548	3.3

ونشير إلى أن المعجم الطب الموحد يفتقد إلى بعض المصطلحات التي تستعمل فقط في الطب الشرعي والقانون، ما اضطرنا إلى الاستعانة بالمعجم الموحد لمصطلحات القانون (إنجليزي- فرنسي – عربي) وبعض

الدروس والكتب الخاصة بالطب الشرعي باللغة العربية وأيضا بالقوانين والظهائر والقرارات الوزارية والمدونات المنجزة سلفا أو التي تتوفر على نسخة باللغة العربية.

لكن بالرغم من المجهود الذي قمنا به لترجمة الدروس اعتمادا على المعجم الطبي الموحد والمعاجم اللغوية ومعاجم القانون فقد أفرزت الترجمة الأولية، وهي ترجمة حرفية، نصوصا صعبة الفهم، أي عبارة عن جمل متفرقة دون روابط، لا تساعد القارئ على الاستيعاب، مما جعلنا نستنتج أن كل لغة مستقلة بذاتها، ومن ثم يستحسن ترجمة المعنى والمضمون، وإعادة صياغة الدروس حسب قواعد اللغة العربية، وهذه هي الطريقة الأنجع لترجمة الدروس بشكل جيد[16].

وقد ساعدنا في تهييئ هذا المنتوج العلمي المتواضع أمران: لغتنا العربية ورصيدنا اللغوي العلمي، بحكم أننا تلقينا تكويننا العلمي باللغة العربية على مدى 13 سنة قبل الحصول على شهادة الباكلوريا، وخاصة في مادة العلوم الطبيعية. كما أن لغتنا العربية معروفة بتراثها وعمق معانيها وكثرة مجازاتها وتعدد صور الاشتقاق فيها[17]، مما يجعلنا قادرين على التعبير عن الفكرة المراد إيصالها للطالب بطرق مختلفة.

- **تدريس الطب باللغة العربية :**

بناء على النتائج المحصل عليها من خلال ترجمة دروس الطب الشرعي والتي تعتبر مشجعة، وتوفر المعاجم العلمية الطبية المساعدة على ذلك، وبعد سنوات من التدريس باللغة الفرنسية وما تطرحه من مشاكل في الفهم والاستيعاب والتواصل بين الطالب والأستاذ من جهة والطبيب والمريض من جهة أخرى، كيف سيتقبل الطالب المغربي تلقي الدروس بكلية الطب باللغة العربية؟ وما موقف الأساتذة من هذا المشروع؟ وما هو واقع لغة تدريس الطب بالعالم العربي؟ وأين تكمن أهمية التدريس باللغة العربية؟ وما هي المرتكزات التي يمكن اعتمادها لتبني المشروع؟

- **تقبل الأستاذ والطالب المغربي لهذه الدروس**

بما أن موضوع البحث المنجز في هذه الأطروحة سيكون موجها لطلبة كليات الطب، وكذا عموم الباحثين والدارسين، وسيتم تقييمه والمصادقة عليه من طرف أساتذة خبراء في المجال بالكلية، فإننا نعتزم بعد هذه الأطروحة، وتحت إشراف هؤلاء الأساتذة، إجراء دراسة تقييمية، من خلال استبيان موجه إلى الطلبة والأساتذة

داخل الكلية، بعد اطلاعهم على التجربة لمعرفة مدى تقبلهم لهذه المبادرة، وذلك على غرار بعض الدراسات التي أنجزت بعدة بلدان عربية، التي استطلعت رأي الأساتذة [18]، ورأي الطلبة[19].

- **وضعية تدريس الطب والطب الشرعي في العالم العربي**

إن لغة التعليم في جميع دساتير الدول العربية، وفي جل قوانين تنظيم الجامعات في الوطن العربي، هي اللغة العربية. وهذا هو القرار الجامع المشترك[20]، والركيزة الأساسية التي تدعم تدريس العلوم الطبية باللغة العربية.

كما أنه من بين أهداف اتحاد الجامعات العربية العمل على أن تكون اللغة العربية لغة التعليم في الجامعات مع الاهتمام باللغات الحية والسعي لتوحيد تعريف المصطلحات العلمية والاهتمام بالترجمة[21].

وبالرغم من وجود هذه المرتكزات فأن واقع تدريس العلوم الطبية يظهر اختلاف لغة التدريس من دولة إلى أخرى، واعتماد لغات أجنبية في غالب الأحيان، وندرج بعض الأمثلة على ذلك:

سوريا: بدأ التعليم الطبي بعد الحرب العالمية الأولى باللغة العربية، وبالرغم من إصرار المحتلين الفرنسيين الذين أرادوا أن تكون الفرنسية هي لغة التعليم، فإن جهود الرواد الأوائل كانت جبارة في تأليف الكتب الطبية، وإيجاد المصطلحات الطبية وتطويرها، فحافظوا على اللغة العربية في التعليم الطبي بكل كفاءة واقتدار. وقد تطور مستوى التعليم لدرجة جيدة جداً، حتى تفوق خريجوا الطب في سوريا على خريجي الكليات التي تعلم باللغة الإنجليزية في الدول العربية[22] ويشكل الأطباء السوريون من 40 إلى 50 في المئة من الأطباء العرب بأمريكا، تخرجوا في الجامعات السورية التي درسوا الطب فيها باللغة العربية، والعشرات منهم لهم مراكز أكاديمية مرموقة ورفيعة المستوى، هذا بالإضافة إلى المئات من الأطباء الذين يحتلون مناصب مرموقة طبية وإدارية، كرؤساء أقسام، ومديري فروع في الولايات المتحدة والمدن الأمريكية[23].

العراق: بدأت الدراسات الطبية ومازالت باللغة الإنجليزية إلا في بعض المواد **كالطب الشرعي** والصحة النفسية. وقد صدر قرار وزاري سنة 1979 يوجب بتطبيق التعريب في كل جامعات العراق إلا أنه لم يطبق حتى الآن[24].

مصر: تأسست أول كلية للطب في العالم العربي بأبي زعبل سنة 1827 سميت بمدرسة الطب، وبدأ تعليم الطب فيها باللغة العربية واستمر لمدة 60 سنة، حتى أتى الاحتلال الإنجليزي سنة 1982 الذي فرض تدريس الطب بالإنجليزية سنة 1887 بحجة عدم وجود مراجع كافية بالعربية التي لازالت تدرس لحدود الساعة .

ولقد صدر قرار سنة 1938 بتعريب الطب وجرى تأجيله لمدة عشر سنوات لتهيئ الوسائل المادية والبشرية اللازمة لتنفيذه، ومازال القرار لم ينفذ لحد الآن.

ونشير إلى أن كلية الطب بجامعة الأزهر تدرس **الطب الشرعي** وطب المجتمع باللغة العربية.

لبنان: افتتحت سنة 1866 الكلية السورية الإنجيلية التي سميت فيم بعد الجامعة الأمريكية، والتي ظل التدريس فيها باللغة العربية قبل تحويله إلى لغات أجنبية (فرنسية وإنجليزية) سنة 1884؛ وخلال فترة التعريب القصيرة هذه، تم تأليف 12 كتابا طبيا وترجمة عدة كتب أخرى.

الأردن: بدأ التعليم باللغة العربية في الكيات الطبية بالأردن، وتم تحويله إلى اللغة الإنجليزية فيما بعد. وعندما أنشئ مجمع اللغة العربية الأردني سعى إلى تعريب التعليم، وأثمرت جهوده لتدريس بعض العلوم في كلية الطب بالجامعة الأردنية بالعربية ومنها **الطب الشرعي**، التغذية في الصحة والمرض، الصحة العامة والإسعافات الأولية[24].

السودان: ابتدأ التعليم العالي عام 1924 باللغة الإنجليزية، حتى بدأت الدعوة إلى تعريب التعليم، فأصدرت الدولة السودانية قرارات هامة بشأن إصلاح مسار التعليم العالي، فقامت الهيئة العليا للتعريب عام 1990 بمساعدة الأساتذة السودانيين في ترجمة وتأليف الكتب العلمية الخاصة، وبدأ عمليا تدريس الطب بالعربية، وتبعتها جامعة وادي النيل ثم جامعة أم درمان الإسلامية، وتلتهما معظم كليات الطب الأخرى، وقد أتممت هذه الجامعات تدريس العلوم الطبية الأساسية بالعربية وبدأت بتدريس العلوم السريرية بها[25].

ليبيا: تضع جامعة العرب الطبية في "بنغازي" التعريب في مقدمة أولوياتها، فهي تدرس معظم العلوم الأساسية بالعربية. كما أن كلية طب "سبها" تدرس باللغة العربية منذ افتتاحها، وقد مضى على ذلك سنوات عدة وأصبح طلابها في المرحلة السريرية[26].

المملكة العربية السعودية: أسست مدينة الملك فهد للعلوم والتقنية البنك الآلي السعودي للمعلومات (باسم)1983، للمساهمة في تعريب العلوم والتقنية وتوحيد المصطلحات العلمية وإيصالها للمستفيدين، ولكن الاستفادة منه ما زالت ضئيلة ومحدودة، وبالرغم من الجهود المبذولة بالمملكة لا يزال التعليم باللغة العربية في الكليات الصحية والعلمية محدودا، بحيث يقتصر على **الطب الشرعي** الذي يدرس باللغة العربية بكلية الطب بجامعة الملك فيصل بالدمام.

الجزائر: قامت ثورة قومية للتعريب بداية من التعليم الابتدائي بخطة نقطة نقطة، حتى وصلت الى تعريب التعليم العالي في الحقوق والعلوم الاقتصادية والسياسية والصحافة وعلم النفس وعلوم التربية والاجتماع والإحصاء والتاريخ، لكن لم يصل التعريب إلى كليات الطب والهندسة حتى الآن.

تونس: فقد تم تعريب التعليم العام، لكن العملية لم تصل إلى الجامعات التونسية إلا في بعض مواضيع العلوم الإنسانية والاجتماعية والدراسات الأدبية.

ولقد حاول الأستاذ أحمد دياب تدريس علم التشريح في كلية الطب بسفاقس باللغة العربية لثلاث سنوات (1985-1988) وألف سلسلة من كتب وأطالس هذا العلم بثلاث لغات (العربية، الفرنسية واللاتينية) ولكنه واجه ضغوطا من إدارة الجامعة اضطرته إلى ترك التعليم وألف معجما طبيا فرنسي – عربي[18].

اليمن: كلية الطب في صنعاء اليمن قررت تدريس بعض المواد الطبية باللغة العربية : **كالطب الشرعي** والسموم وطب المجتمع.

المغرب: بعد استقلال المغرب أنشئ معهد الدراسات والأبحاث للتعريب، ثم أنشئ فرع مكتب تنسيق التعريب في العالم العربي. وكان نتيجة جهودهما تعريب التعليم العام، وتدرس الآن الدراسات الأدبية والإنسانية والاجتماعية باللغة العربية، ولكن التعليم في الكليات الطبية لا يزال باللغة الفرنسية.

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن لغة التدريس بمختلف كليات الطب في العالم العربي هي:

- اللغة العربية: سوريا، ليبيا والسودان (جزئيا)؛
- اللغة الفرنسية: المغرب، الجزائر، تونس، لبنان؛
- اللغة الإيطالية: الصومال؛
- اللغة الإنجليزية: مصر، السعودية، الأردن، لبنان، العراق...
- **الدول التي تدرس الطب الشرعي باللغة العربية** : مصر، العراق، اليمن، الأردن، ليبيا، سوريا، السودان والسعودية.

إن تدريس العلوم الطبية بلغات مختلفة في العالم العربي، يسهم في إحداث قطيعة وإضعاف الصلة بين أطباء الوطن العربي[27].

إن العلم والتكنولوجيا عالميان، وليس بالإمكان توطينهما في بلد إلا بلغة ذلك البلد، كما أن العالمية لا تظهر إلا من خلال المحلية، وخبرات الأمم والبلدان المتقدمة خير شاهد ودليل على هذا المنطق، فمما ساعد اليابان على أن ترقى بصناعتها خلال نصف قرن، أنها وضعت بين أيدي العمال والفنيين أحدث النظريات التطبيقية، في الصناعة الأمريكية والأوربية بلغتهم القومية، كذلك أخذت روسيا العلوم الغربية بما فيها من مصطلحات وكتبتها بحروفها السلافية. والصين أيضًا قد أخذت علومهم ومصطلحاتهم وكتبتها بحروف صينية، كما أن إنجازات الطلاب الألمان أو الإيطاليين أو المجريين أو من سواهم ممن يتابعون دراستهم في أمريكا أو فرنسا أو بريطانيا، تشهد على أن الدراسة العلمية باللغة الأم، ما كانت أبدًا عقبة أمام متابعة التخصص الجامعي بلغة أخرى، لا يستغرق الإعداد لها أكثر من عام واحد[23]، ومن هذا المنطلق، وجب التفكير بجدية في البدء بتدريس الطب باللغة الأم، اللغة العربية وعلينا استخلاص العبر من التجارب الناجحة في تدريس الطب بها وخصوصا التجربة السورية.

o أهمية تدريس الطب باللغة العربية في العالم العربي

إن التعريب قضية حضارية وضرورة تربوية ودعوة للاعتماد على الذات لما فيه من استنهاض للأمة وترسيخ لهويتها وتأصيل لانتمائها الحضاري[28]، ومن أهم العوامل والأسباب التي تدعو بل تلح إلحاحا على ضرورة تعريب العلوم الطبية في بلادنا نذكر:

- **العامل النفسي-التربوي:**

إن تدريس الطب باللغة العربية يكسر الحاجز النفسي الذي يخلقه إقبال الطالب على التعليم الجامعي بلغة لا يتقنها، حيث يصطدم بعائقين: الأول يتمثل في حداثة المادة العلمية التي سيتلقاها، والثاني يتعلق بوسيلة تلقي الدروس وهي اللغة الأجنبية، الأمر التي يترك له ارتباكا نفسيا، قد يضع حدا لمساره الدراسي. غير أن التدريس باللغة الأم (العربية) يمكن من تيسير وتسهيل التحصيل لدى الطلبة وتمكينهم من تلقي العلوم الطبية ومتابعة المحاضرات بطريقة أوفى، حيث أن قدراتهم في الاستيعاب باللغة العربية أكبر بكثير منها باللغة الأجنبية.

ولقد أثبتت التجربة المغربية أن تدريس العلوم باللغة العربية في التعليم الثانوي، وتدريس العلوم باللغة الأجنبية في التعليم الجامعي يتسبب في رفع معدلات الرسوب والهدر[29].

- **نجاح التجربة السورية:**

حيث أثبتت التجربة السورية نجاحها إلى حد كبير، وذلك يظهر جليا في مستوى الطلبة السوريين المتميز. وإذا رحنا نتابع مآل المتخرجين من الجامعات السورية لرأينا أنهم قد تبوؤوا أرقى المراكز العلمية في العالم ولا سيما بالولايات المتحدة الأمريكية؛ إذ قلما نجد مستشفى جامعيا أو مركزا للبحوث الطبية هناك إلا ويوجد به خريجو هذه الكليات الذين درسوا بالعربية؛ وتظهر نتائج الأطباء السوريين في امتحان ECFMG[4] (امتحان المجلس التعليمي للأطباء الأجانب)، وهو امتحان تعقده الولايات المتحدة الأمريكية باللغة الإنجليزية عدة مرات كل عام، ويتقدم إليه في كل مرة نحو عشرة آلاف طبيب من مختلف أنحاء العالم، ومن يجتازه يحق له العمل أو الدراسة الطبية العليا في الولايات المتحدة الأمريكية.

جدول: نتائج الأطباء السوريين في امتحان المجلس التعليمي للأطباء الأجانب في أمريكا مقارنة بنتائج غيرهم من الأطباء

تاريخ الامتحان	إجمالي المتقدمين	معدل العلامات	عدد الأطباء السوريين	معدل العلامات
يوليو 1979	8930	71.8	39	73.7
يناير 1980	9769	71.1	35	71.4
يوليو 1980	10879	72.0	36	72.6

ويوضح لنا الجدول أن مستوى الأطباء السوريين لا يقل في امتحان ECFMG عن مستوى زملائهم الأطباء من مختلف أنحاء العالم. وننبه القارئ إلى أن امتحان ECFMG يعقد باللغة الإنجليزية، أي أن تعلم الطب باللغة العربية لم يكن عائقا أمام الأطباء السوريين يحول دون أدائهم للامتحان واجتيازهم له بنجاح[4].

وقد صدق المؤرخ الكبير ابن خلدون حين قال: "إن تعلم العلم بلغة أجنبية لا يعتبر تعلما"[30]

- **العامل الإجتماعي المهني:**

إن الإلمام بالعلوم الطبية والتمكن منها وتطبيقها، يعتمد بصورة كبيرة على التفاهم التام بين الطبيب ومريضه، وهذا لن يكون إلا بلغة المريض وهي العربية، لأن الطبيب لن يستطيع أن يشخص المرض ويعالج المريض ما لم يستمع إليه بلغته العربية ويفهم شكواه بلهجته البسيطة التي يتحدث بها، حيث أن اللغة ليست وسيلة التخاطب فقط، بل هي الوعاء الحضاري التي بواسطتها يعبر الإنسان عن كل ما يجيش في نفسه ويشعر به[31].

- **العامل السياسي:**

عمل الاستعمار الفرنسي بالمغرب على استئصال هويته وتمزيق أبنائه، ونهج سياسة تقوم على بث الثقافة الفرنسية في وجدان سكان المغرب، وعلى محاربة لغة شعبه ومسح هوية أهله[32]، كما جاء على لسان محمد الفاسي أنه عندما استولت سلطة الحماية على مقاليد الحكم ببلادنا كان كل ما أحدث في المغرب من ألفه إلى يائه على النمط الفرنسي وباللغة الفرنسية وبالأساليب الفرنسية[32]، وكما سعت على غرار جميع المستعمرين للدول العربية إلى اجتثاث اللغة العربية، التي أدركت أنها المكون الأساس للهوية فحاربتها في التعليم، والإدارات الحكومية والإعلام[22].

وحتى بعد الاستقلال سنة 1956 عملت فرنسا جاهدة على تأسيس أكبر عدد من المدارس التي تدرس اللغة الفرنسية فتحافظ بذلك على التبعية، وقد بلغت المؤسسات التعليمية التي تديرها وكالة التعليم الفرنسي 480 إلى حدود سنة 2012 في 130 بلدا منها المغرب[32]؛ فكان من الضروري التحرر من التبعية الفكرية للمستعمر باستعمال اللغة الأصلية ومن تم يتحقق الاستقلال الكامل للدولة المغربية وتصبح لها ثقافتها المميزة فجاء الدستور المغربي لينص على أن اللغة الرسمية للبلاد هي اللغة العربية[33]، وبدأت حركة التعريب، وأراد المغرب أن يوقف الزحف اللغوي، فدعا عاهل المغرب آنذاك الملك محمد الخامس إلى أول مؤتمر للتعريب في العالم العربي سنة 1961، وفي الفترة الممتدة بين 1956 و 1989 تم تعريب القضاء والحقوق والعلوم الإنسانية.

والآن وقد تخلصنا من الاستعمار المباشر في صوره العسكرية والسياسية، والذي شل قدراتنا على الحركة، فإن واجبنا أن نتابع حركة التحرر الوطني، ونقبل بها إلى غايتها المنطقية بأن نكمل ثورتنا السياسية التي أخرجنا بها الاستعمار المباشر بثورة ضارية نعيد بها النظر في كل مجالات حياتنا، فننفي عن وجودنا كل مظاهر التخلف والجمود وموروثات الاستعمار ونظمه[34]. ونستعين بالغات العلمية العالمية إلى جانب الإهتمام باللغة الأم في الدرجة الأولى وتطويرها.

وقد جاء في رسالة الملك محمد السادس إلى المشاركين في المنتدى العربي الخامس للتربية والتعليم المنعقد بقصر المؤتمرات بالصخيرات في أبريل 2008: "يأتي في المقام الأول، تراثنا المشترك، الذي تمثله بالأساس، لغتنا العربية، التي تستدعي منا اليوم وأكثر من أي وقت مضى، مجهودا خاصا لتنميتها وتأهيلها، وجعلها تستفيد من دينامية خلاقة للبحث اللغوي في مجال الاستباق والتعريب والمصطلح العلمي، من أجل امتلاك تكنولوجيا المعلوميات، وضمان حضور أكثر وزنا في فضاءات الإعلام والاتصال. وهي مهمة لا يمكن أن تتأتى إلا في إطار مجهود مشترك ومبادرات متكاملة بين بلداننا العربية ضمن مقاربة رصينة ومتوازنة، تتوخى بلورة رؤية استشرافية للغة العربية ولموقعها في المجتمع الكوني للمعرفة"[35].

إن اللغة العربية قضية استراتيجية في المقام الأول لا تمس الأمن الثقافي والحضاري للأمة العربية فحسب، بل هي تمس سيادة الدولة العربية وأمنها العام، واستقرارها واستقلالها الوطني[36].

- **العامل القومي:**

إن اللغة هي قيمة جوهرية كبرى في حياة كل أمة، إذ أنها الأداة التي تحمل الأفكار وتنقل المفاهيم فتقيم بذلك روابط الاتصال بين الأمة الواحدة، وبها يتم التقارب والتشابه بينهم، وبالتالي فإن اللغة هي الترسانة الثقافية التي تبني الأمة وتحمي كيانها.

وفي هذا الزمان الذي صار فيه العالم قرية واحدة، وعظمت فيه التكتلات، واختفت الحدود أمام وسائل الاتصال التكلوجية الحديثة، وهي تتطور كل يوم، تسعى الأمم والشعوب على ألا تذوب في محلول عالمي يسيطر فيه الأقوياء، بل إن التحدي صار أن نكون أو لا نكون، أن نبقى أو نندثر[37]؛

إن رياح التغريب تهب علينا قاصدة قوميتنا تارة، وتتجه إلى منظومة قيمنا، ودیننا تارة أخرى، لاقتلاع أوتاد تراثنا الفكري والديني والأخلاقي. ولاشك أن اللغة العربية هي المستهدف الأول، نظرًا لأهميتها باعتبارها سمة من سمات الهوية، وملمحًا أساسيًا من ملامح الشخصية[23].

وبالتالي فإن التعريب يؤدي إلى وحدة فكرية، وذلك يسهم في وحدة ثقافية للأمة العربية ومنحها شخصية متميزة وكيانا غير قابل للذوبان، ويربط ربطا ثقافيا وعلميا ماضي الأمة وحاضرها ومستقبلها، وييسر لها الاستفادة من تراثها الحضاري الهائل ويمنحها ندية للحضارات الأخرى ويكسبها الاحترام العالمي[37]؛ ولقد درس

علماء النفس والتربية صلة الإنسان بلغته، التي تقر في وجدانه وتندرج على لسانه وبغيرها من اللغات، فوجدوا فرقا في الحالين، كالفارق بين الذات والشيء، وبين الألفة والغربة وبين العسر واليسر[38].

- **العامل اللغوي:**

تعد اللغة العربية واحدة من أهم اللغات الحية في عالم اليوم، إذ يتحدث بها نحو 350 إلى 500 مليون نسمة، وتعد بذلك من بين اللغات الخمس الأولى في العالم من حيث عدد المتكلمين بها، فتتقدم من هذه الناحية على اللغات الفرنسية والألمانية والإيطالية والبرتغالية واليابانية. وتعتبر العربية من بين الست لغات القليلة المعتمدة في هيئة الأمم المتحدة والمنظمات الدولية التابعة لها[4].

ورغم أن اللغة الإنجليزية هي اللغة الرائدة في مجال العلوم، فلا أحدا من الدول التي تحترم كيانها وتاريخها قبل أن يغير لغة التعليم لديه من اللغة الأم إلى اللغة الإنجليزية، لا الفرنسيون، ولا الألمان، ولا الإسبان، ولا الروس، ولا الرومانيون، ولا الصينيون، ولا الفيتناميون وهم قلة، وحتى الكيان الإسرائيلي فهو يصر على اللغة العبرية[37]، أما اليابانيون فهم يدرسون باليابانية رغم أنها لغة قديمة، سقيمة ومعقدة، ولكن يحملها أناس أحرار في فكرهم وينشر بها ما يزيد عن ثلاثين ألف عنوان سنويا (أكبر معدل عالمي في نشر الكتب)[39].

فما بالك باللغة العربية التي تعد معجزة الله الكبرى في كتابه المجيد فهي ثابتة في أصولها وجذورها، متجددة بفضل ميزاتها وخصائصها حيث يقول الأستاذ جابر حسين: "لقد ميز الله اللغة العربية بخصائص منها:

ثراؤها بكثرة ألفاظها وتصريفها وسهولة الاشتقاق مما يجعلها من أقدر اللغات على التعبير على كافة العلوم والفنون.

قبولها الإعجاز البياني وضروبه مما لا يتوفر في الكثير من اللغات الأخرى، لكون ذلك طبيعيا فيها بفضل جزالتها ودقة أوضاعها وإحكام نظمها واجتماعها على تأليف صوتي يكون موسيقيا في التركيب، والتناسب بين أجراس الحروف والملائمة مع طبيعة المعنى مما يجعلها قريبة من نفس كل إنسان لاتفاقها مع الفطرة[40].

ولقد كانت اللغة العربية لغة الطب لقرون طويلة، شهدت العصر الذهبي لبدء تقدم الطب على أسس ثابتة مند بدء القرن العاشر الميلادي وحتى قبيل القرن التاسع عشر، فبدأ الأطباء العرب أولا بجمع كل ما كتب في الطب قبلهم وترجمته إلى اللغة العربية، وكذا تعريب المصطلحات الأعجمية حتى استعصى تمييزها عن المفردات العربية الأصيلة، ثم انطلقوا بعد ذلك في التأليف والإبداع والبحث طيلة القرون الذهبية للطب العربي، فظهرت

المؤلفات العربية الثمينة، التي شكلت مرجعا لدراسة الطب في العالم كله، وقد أبدع خلال هذه المرحلة كل من ابن سينا و ابن رشد و ابن النفيس و جابر بن حيان وآخرون كثر على اختلافهم العرقي وهم أبناء اللغة العربية ولسانهم عربي ومصطلحاتهم عربية فما كان ذلك عائقا بالنسبة إليهم.

كما تتمثل أهمية التعريب اللغوية في إثراء المكتبة العربية، حيث يتعمق الأستاذ بلغته فيزيد ذلك من رصيد الإبداع باللغة العربية. بالإضافة لذلك فإن قبول اللغة العربية لكثير من المصطلحات الأجنبية، من خلال إخضاعها لوسائل الوضع المصطلحي المختلفة من اشتقاق ونحت وتطوير ينعش اللغة ويزيد من ثرائها. كما أن تدريس العلوم باللغة العربية يشجع المدرس على ترجمة هذه المواد مما يدفع عجلة الترجمة ويزيد من تجربة المدرس في ممارستها[41]. فنمر من مرحلة التعريب إلى مرحلة الإبداع وبذلك ننتقل من حماية اللغة والمحافظة عليها إلى المحافظة على حياة اللغة واستمرارها بحيث تصبح لغة متداولة عالميا[42].

- **العامل الديني:**

يعتبر العامل الديني أهم العوامل وأجلها، ولو لم نحص من عوامل التعريب إلا هو لكفانا، لننفض عن أنفسنا غبار التغريب ونسعى جاهدين لأداء حق هذه اللغة الكريمة علينا، واللغة العربية هي لغة القرآن ووعاء الإسلام فمن البديهي أن تكون نصرة لغة القرآن هي في حد ذاتها نصرة للإسلام والمسلمين[43]؛ كما جاء في قول الله عز وجل :"إنا أنزلناه قرآنا عربيا لعلكم تعقلون" صدق الله العظيم (سورة يوسف الآية 2)، وتعد اللغة العربية هي معجزة الله الكبرى في كتابه المجيد، وقد استعربت شعوب غرب آسيا وشمال إفريقيا بالإسلام وتركت لغتها الأولى وآثرت لغة القرآن أي أن حبهم للإسلام هو الذي عربهم فهجروا دينا إلى دين وتركوا لغة إلى أخرى.

إن اللغة العربية هي لغة القرآن الكريم الذي احتوى دستورا للحياة يستوعب حقبا زمنية طويلة، واحتوى العلم والمعرفة التي يحتاجها الإنسان على مر العصور. والقرآن الكريم الذي أنزل على الرسول صلى الله عليه وسلم، باللغة العربية وليس بغيرها من اللغات، قبل أكثر من أربعة عشر قرنا يعبر عن حاجات آنية ومستقبلية للبشرية[44].

إننا نتعرض اليوم لمشروعات ودعوات ظاهرها الرحمة والتقدم، وباطنها العذاب والخراب وفقدان الهوية، دعوات بمسميات مختلفة: تغيير الحرف العربي، استعمال اللهجات العامية المحكية (كي تلحق العربية بمصير اللاتينية)، الشرق أوسطية، الأورومتوسطية، إلغاء النحو، تجديد القواعد، إلى غير ذلك من المشروعات التي تستهدف إذابة الأمة العربية ولغتها.

إن العدوان على اللغة العربية محاولة لهز استقرارها، لينفرط عقد العرب، وتطمس هويتهم، ويذوبوا في بحر العولمة[23].

o إمكانية التحول لتدريس الطب باللغة العربية في المغرب

من خلال استقراء الواقع المغربي يتضح أن هناك عددا من المرتكزات التي تدعم إمكانية تدريس الطب باللغة العربية في الجامعات المغربية، سواء على مستوى التأصيل الدستوري، أو مقتضيات الميثاق الوطني للتربية والتكوين، أو بعض الاتفاقيات الوزارية، كما أن هناك بعض الامكانيات والعوامل المساعدة على تبني المشروع من قبيل توفر الجامعات المحتضنة، والأساتذة والأطباء المتخصصين المهتمين، والمؤسسات الوطنية والدولية الداعمة.

- **الدستور:**

يعطي المشرع الدستوري المغربي أهمية للغة العربية حيث ينص الفصل الخامس من دستور 2011 على ما يلي: "تظل العربية اللغة الرسمية للدولة، وتعمل الدولة على حمايتها وتطويرها، **وتنمية استعمالها**"[33].

- **الميثاق الوطني للتربية والتكوين:**

وقد حث الميثاق الوطني للتربية والتكوين على تبني اللغة العربية في التعليم العالي، وهو الأمر الذي نوه به الملك محمد السادس عند اطلاعه على وثيقة الميثاق، بقوله: **"وقد اطلعنا على نتائجها ووجدناها تعبر عما نبتغي من تعليم مندمج مع محيطه منفتح على العصر دون تنكر لمقدساتنا الدينية ومقوماتنا الحضارية وهويتنا المغربية بشتى روافدها"**[45].

وتنص الدعامة التاسعة من الميثاق الوطني للتربية والتكوين على تعزيز تعليم اللغة العربية وتحسينها من خلال الإجراءات التالية:

- يستلزم الاستعداد لفتح شعب للبحث العلمي باللغة العربية، وإدراج هذا المجهود في إطار مشروع مستقبلي طموح، ذا أبعاد ثقافية وعلمية معاصرة، يرتكز على:
  - التنمية المتواصلة للنسق اللساني العربي على مستويات التركيب والتوليد والمعجم؛

- تشجيع حركة رفيعة المستوى للإنتاج والترجمة بهدف استيعاب مكتسبات التطور العلمي والتكنلوجي والثقافي بلغة عربية واضحة مع تشجيع تأليف النشر وتصدير افنتاج الوطني الجيد؛
- تكوين صفوة من المتخصصين يتقنون مختلف مجالات المعرفة باللغة العربية بعدة لغات أخرى تكون من بينهم أطر تربوية عليا ومتوسطة.

- **يتم تدريجيا، خلال العشرية الوطنية للتربية والتكوين، فتح شعب اختيارية للتعليم العلمي والتقني والبيداغوجي على مستوى الجامعات باللغة العربية، موازاة مع توافر المرجعيات البيداغوجية الجيدة والمكونين الأكفاء[46].**

- **مواثيق وزارية:**

في السنوات الأخيرة اتفق كل من وزراء الصحة وعمداء كليات الطب في الدول العربية وخبراء منظمة الصحة العالمية في اجتماعاتهم التي عقدوها في عدد من الدول العربية، وأجمعوا على البدء بتعريب كل من الطب الشرعي، وطب المجتمع، ثم بقية العلوم الطبية بشكل متدرج حتى يكتمل التعريب.

- **وزارة التعليم العالي والبحث العلمي وتكوين الأطر:**

وفي إطار تفعيل المخطط التشريعي المتعلق بقطاع التعليم العالي والبحث العلمي وتكوين الأطر، تم إعداد مشروع قانون بتغيير وتتميم القانون رقم 01.00 المتعلق بتنظيم التعليم العالي والبحث العلمي بهدف تحيينه وملاءمته مع مقتضيات الدستور الجديد والحسم في المقتضيات التي لم تعرف طريقها إلى التطبيق منذ صدور القانون سنة 2000. وتنص المادة 1 مكرر الخاصة بالمبادئ و المرتكزات على « **العمل على مواصلة تطوير وتنمية التدريس باللغة العربية في مختلف ميادين التكوين والبحث... مع الحرص على تعلم وإتقان اللغات الأجنبية الأكثر تداولا في العلم؛ وذلك وفق سياسة لغوية وطنية منسجمة وفي إطار برمجة محددة لتحقيق هذه الأهداف** »[47].

كما تعهدت الحكومة المغربية الحالية بوضع حد للفوضى اللغوية في البلاد، ووضع سياسة عقلانية ومنسجمة بهذا الشأن. والعمل على إخراج أكاديمية محمد السادس للغة العربية إلى حيز الوجود، إلى جانب تقنين استعمال اللغات الأجنبية؛ من خلال إحداث مجلس وطني للغات والثقافة المغربية، مهمته، على وجه الخصوص، حماية وتنمية اللغتين العربية والأمازيغية[48].

- **الأساتذة :**

كما أن عددا كبيرا من الأساتذة في جميع كليات الطب بالمملكة المغربية من الدار البيضاء، الرباط، مراكش، وجدة وفاس مستعدون لتدريس العلوم الطبية في مختلف التخصصات باللغة العربية، وهم معروفون بالكفاءة العالية وبالجدية في العمل وبأهدافهم السامية لتكوين أطباء أكفاء يحملون الراية بعدهم في تحسين المستوى الصحي للمواطن المغربي، وكذا في تطوير البحث العلمي، كما أنهم متمكنون من التعليم و الكتابة و القاء المحاضرات والترجمة والتأليف باللغة العربية، وبالتالي إعداد منهاج متكامل لتدريس الطب باللغة العربية، ومحاولة إقناع باقي الهيئة التدريسية للمشاركة معهم في هذه المسيرة بطريقة تدريجية.

- **الطلبة:**

إن تعليم الطلبة باللغة العربية في المستويات الجامعية سيكون عاملا محفزا على النجاح وتحقيق نتائج جيدة والرفع من مستوى التعليم، لأن الطلبة تلقوا تكوينهم خلال المراحل الابتدائية، الإعدادية والثانوية باللغة العربية، فسيكون من السهل عليهم إتمام تعليمهم الجامعي باللغة العربية، وخصوصا أن مقرر تلقين اللغات الأجنبية والترجمة قبل الباكلوريا يكون ضعيفا إلى حد ما، بحيث لا يمكن الطالب من اتقان اللغة الأجنبية والتمكن منها.

- **مؤسسات مساعدة:**

إن قضية تعريب الطب قد حظيت بقدر وافر من العناية والاهتمام من قبل عدد من الؤسسات التي يمكن أن تساهم وتدعم تعريب الطب في المغرب، والمتمثلة في:

- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية؛
- جامعة الدول العربية: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (الإيسسكو)، تونس؛
- مجلس وزراء الصحة العرب:
- المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت؛
- المجلس العربي للاختصاصات الطبية، دمشق؛
- اتحاد الأطباء العرب وسائر الاتحادات الصحية والطبية (الصيادلة، أطباء الأسنان، التمريض، الخ ...)؛
- مكتب تنسيق التعريب، الرباط؛
- مجامع اللغة العربية في الأقطار العربية؛

- المركز العربي للتعريب والتأليف والترجمة والنشر، دمشق.

وقد عقدت هذه المؤسسات عشرات المؤتمرات والندوات وصدرت عنها عشرات القرارات والتوصيات التي حددت الخطط المتبعة التي ينبغي نهجها من أجل الوصول إلى هدف التعريب[49].

o التجارب المغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي [16]

ظهرت في السنوات الأخيرة عدة مبادرات مغربية لتقريب اللغة العربية في المجال الصحي والتي تتمثل أساسا في إنشاء الجمعية المغربية للتواصل الصحي، وإصدار عدة كتب متخصصة باللغة العربية واحتضان كليات الطب لعدد من الأطروحات باللغة العربية تحث إشراف عدد من الأساتذة المتخصصين.

الجمعية المغربية للتواصل الصحي http://www.tawassol.ma **:** جمعية وطنية مهنية تهدف إلى توظيف اللغة الوطنية لدعم التواصل بين مهنيي الصحة والشعب المغربي الكريم مساهمة منها في دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بقيادة صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله. والتي أنشئت بفاس بتاريخ 18 شتنبر 2010.

وتعتمد الجمعية عدة وسائل في التواصل الصحي باللغة العربية من بينها، تنظيم محاضرات وندوات علمية تشيد فيها بأهمية استعمال اللغة العربية في المجال الصحي، إضافة إلى إصدارها لمجلتين، المجلة الصحية المغربية ومجلة الصحة أولا، هذا إلى جانب مواقع إلكترونية تنشر فيها كل أنشطة الجمعية.

- **مؤلفات طبية مغربية حديثة:**

- كتاب آفات العظام –كسور وخلوع الأطراف، الأستاذ مصطفى محفوظ.
- كتاب سرطان العظام، الأستاذ مصطفى محفوظ .
- كتاب الأورام الحميدة للأطراف – أورام العظم والأنسجة الرخوة، الأستاذ مصطفى محفوظ.
- أمراض الدم والسرطان عند الطفل – الأستاذ محمد حريف.

- **أطروحات طبية باللغة العربية:**

تحتضن كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء مند عهد بعيد إنجاز أطروحات باللغة العربية في مختلف التخصصات، كما هو الحال بالنسبة لكلية الطب بفاس.

- **خطوات عملية للبدء بتدريس الطب باللغة العربية**

- **الهدف:**

تدريس العلوم الصحية (الطب، الصيدلة، التمريض) باللغة العربية، مع تقوية لغة أجنبية تواصلية.

- **المرتكزات:**

تطبيق مقتضيات الدستور والميثاق الوطني للتربية والتكوين اللذان ينصان على أن اللغة الرسمية للتدريس هي اللغة العربية.

- **الاقتراحات:**

- فتح مسالك إختيارية للطلبة الجدد لاختيار لغة التدريس، وتمكين الأساتذة القادرين على التدريس باللغة العربية من ذلك؛
- البدء أولا بتدريس بعض المواد باللغة العربية، مثل: طب الشغل، **الطب الشرعي** والطب النفسي...
- **التدرج في تدريس الطب:**

- **المرحلة الأولية:** نقترح في هذه المرحلة تعليم المصطلحات الصحية باللغة العربية، كأن تشمل كل مقررات المنهاج المدرسة بالكلية باللغة الفرنسية مقابلات المصطلحات الطبية باللغة العربية، وكذا البدء باستعمال اللغة العربية في الشرح والتفسير، وحتى لو اضطر المدرس لاستعمال المصطلحات العلمية باللغة الفرنسية كمرحلة أولية؛

- **المرحلة الانتقالية:** القاء المحاضرات باللغة العربية مع الاعتماد على المراجع باللغة الأجنبية (الإنجليزية مثلا) للأساتذة المتمكنين من ذلك، مع العمل على إعداد المراجع الأساسية باللغة العربية، على أن يكتمل المنهاج كله في غضون 3 إلى 5 سنوات، وكذا إعداد الأساتذة لغويا بتنظيم دورات تكوينية عن التدريس باللغة العربية، كما يمكن الشروع خلال هذه المرحلة في وضع أسئلة الامتحان باللغتين العربية والفرنسية، والسماح للطالب بالإجابة باللغة التي يختارها؛

- **المرحلة النهائية:** تدريس الطب باللغة العربية في بعض كليات المغرب بالاعتماد على المنهاج الكامل باللغة العربية وعلى المراجع الأساسية باللغة العربية سواء المترجمة أو المؤلفة من طرف الأساتذة المغاربة أو أساتذة العالم العربي.

ملاحظات هامة:

- التأكيد على ضرورة الاعتماد على المعجم الطبي الموحد مرجعا وحيدا لتعريب المصطلحات الطبية والصحية[50]؛ الاستمرار في إعداد المعاجم الطبية المفصلة والمختصة؛ متابعة ضبط المصطلحات العلمية الجديدة التي تظهر في عالم الطب وإيجاد المقابلات العربية لها، مما يزيد لغتنا العربية ثراءً؛ بالإضافة إلى ضرورة تدريس علم المصطلح في الكليات والمعاهد العليا للمساعدة في وضع المصطلح العربي وفق أسس علمية سليمة؛
- إحداث مكتبة بكل كلية تضم المعاجم الحديثة والمعتمدة للتعريب، والكتب الطبية باللغة العربية المؤلفة منها والمترجمة، المنهجية والمرجعية، المتواجدة بالمؤسسات المحلية والعالمية، وتيسير تبادل ما يتوافر منها لدى الكليات المختلفة[51]، ويمكن الإستعانة في ذلك بالمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية بدمشق، ويا حبذا لو اشتملت هذه المكتبات على كتب التراث الطبي؛
- تشجيع المدرسين على الترجمة والتأليف والنشر من خلال تكوينهم في المجال اللغوي كما دعت لذلك منظمة الصحة العالمية[52]، والبدء مثلا بترجمة سلسلة الموجزات الإرشادية، ثم الكتب المنهجية وبعد ذلك الكتب المرجعية، ويستحسن أن يكون هناك عدة مترجمين للكتاب الواحد، وهذا ما يوفر الوقت والجهد في صناعة الكتب[19]؛ وخصوصا أن المكتبات العربية فقيرة في مجال الترجمة، حيث تشير احصائيات منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة [اليونسكو] الى أن ما ترجمته او ما عربته الدول العربية في الأعوام القليلة الماضية مجتمعة لا يعادل عشر ما ترجمته تركيا وما يعادل 2% مما ترجمته اليابان ولا يساوي نصف ما ترجمته دولة صغيرة مثل بلجيكا...[4]
- إحداث وحدات للتعريب في كل الكليات والمعاهد الصحية لتقوم بالتدابير اللازمة لمتابعة مسيرة التعريب وتمكن من توفير المراجع باللغة العربية، تعزيز العمل الجماعي والحرص على التنسيق الدائم بين مختلف الكليات، تنظيم اجتماعات دورية لأساتذة كليات الطب وعمدائها لمناقشة أمور التعريب، وكذا لتعزيز الاقتناع لدى الهيئة التدريسية لمزيد من التنسيق والتعاون للدفع بمسيرة

التعريب نحو الأمام، وتخصيص جائزة تمنح لكلية الطب التي يكون لها السبق في تعريب منهاجها، أو تخصيص جوائز سنوية للأعمال المتميزة في مجال التعريب، وكذا إبلاغ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالعزم على ترجمة أو تأليف أي كتاب جامعي، ليقوم المكتب بتعميم ذلك على الجهات المعنية تجنبا للتكرار[52]، والمحبذ أن تنشر جميع الإنجازات إلكترونيا على شبكة المعلومات العالمية[53].

- تشجيع الأطروحات المناقشة باللغة العربية من خلال حوافز مناسبة، وإلزام الباحثين الذين يقدمون أطروحات باللغة الفرنسية على تقديم ترجمة لملخصاتها باللغة العربية، والاهتمام بدور الطلاب في مسيرة التعريب بإشراكهم في الندوات وكتابة مقالات باللغة العربية؛
- تدعيم منظمات غير الحكومية المعنية بإنتاج وتوزيع الوسائل التعليمية باللغة العربية، كإصدار مجلة أو أكثر باللغة العربية لنشر مقالات الأطباء المهتمين بالتعريب، ونقل ما تنشره الدوريات الأجنبية من مقالات وبحوث حديثة لملاحقة التطورات العلمية المستمرة في العالم؛
- وأخيرا يجب أن نؤكد على أنه ليس معنى أن يدرس الطب باللغة العربية أن نهمل معرفة اللغة الأجنبية كوسيلة للوصول إلى منابع العلم ولكن تعني اعتماد اللغة العربية وسيلة للحوار والتأليف لتعزيز وعي الطالب وإدراكه للمفاهيم المختلفة التي يطلع عليها في مجال تخصصه، ما من شأنه أن يزيد سرعة ودقة الفهم لديه[22]. ونؤكد ضرورة تعزيز اللغة الإنجليزية بالخصوص قبل الباكلوريا وتدريسها في جميع سنوات الدراسة الطبية بحكم أنها اللغة الرائدة في مجال العلوم، وأن يوضع مقرر مكثف لذلك يقوم بتدريسه أساتذة متخصصون من كليات الآداب مثلا، فيصبح خريج الطب الدارس باللغة العربية متمكنا تماما من اللغة الإنجليزية، وبالتالي يمكن له متابعة آخر المستجدات الطبية دون عناء وحضور الندوات والمؤتمرات العالمية[34]، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالعملية التعليمية فى حاجة ماسة إلى اصطناع الازدواجية المتوقعة بين مصادر الثقافة العربية ومصادر الثقافات الأجنبية، مما يحتم على الدارس ضرورة تعلم إحدى اللغات الأجنبية، وإتقانها نطقا وكتابة لتكون سندا له فى الاطلاع على الثقافات الأجنبية، ومحاولة اختراق حواجز المكان واقتحام مجالات الفكر، ومناقشة فكر الآخر عن فهم ووعى من قبيل الإثراء لفكر الأمة ولغتها، وهو ما يتأكد ويتأتى من خلاله منطق الانتماء للثقافة الأم من جانب، وما قد يضيف إليها بما يثريها ويزيدها عمقا ونضوجا من جانب آخر[17].

- ولا ننسى الدور الهام لوسائل الإعلام في إشاعة المصطلحات العلمية الموحدة، والإسهام في حملة التعريب للقضاء على الهزيمة النفسية التي يشعر بها العربي نحو لغته، ونشر الوعي بأهمية اللغة في بناء الذات العربية، وتنمية مشاعر الاعتزاز بها والانتماء إليها.

معجم المصطلحات الطبية الشرعية

إنجليزي – فرنسي – عربي

أ

المصطلحات بالعربية	المصطلحات بالفرنسية	المصطلحات بالإنجليزية
أ		
ابْتِلاع	Ingestion	Ingestion
إبر	Aiguille	Needle
إبط	Creux axillaire	Axilla
اتصال جنسي	Rapport sexuel	Sexual intercourse
إثباتية	Probante	Probative
إجراءات	Procédure	Procedure
إجرامي	Criminel	Criminal
أجسام فقرية	Corps vertébral	Vertebral body
إجهاض	Avortement	Abortion
إجهاض تلقائي	Fausse couche	Miscarriage
إجهاض جنائي	Avortement criminel	Criminal abortion
إجهاض طوعي	Interruption volontaire de grossesse	Elective abortion
أجهزة متوعية	Organes vascularisés	Organs vascularization
أحاديُّ أكْسيدِ الكَرْبُون	Monoxyde de carbone	Carbon monoxide
احتجاز	Séquestration	Sequestration
احتشاء القلب	Infractus du myocarde	Cardiac infarction
احْتِشاءُ عَضَلِ القَلْب	Infarctus du myocarde	Myocardial infarction
احتضاري	Agonique	Agonal
احتقان	Congestion	Congestion
إحليل	Urètre	Urethra
إحْليلِيّ	Uréthral	Urethral
أحماض	Acides	Acids
أحماض أمينية	Acides aminés	Amino acids
آحيُّ الشكل	Glaireux	Glairy
إختلاج	Convulsion	Convulsion
اختناق	Asphyxie	Asphyxia
أخد العينات	Prélèvement d’échantillon	Swab
إخصاء	Castration	Castration
إخلال بالحياء	Outrage à la pudeur	Indecent exposure
أخْمَصُ القَدَم	Plante du pied	Vola peids
أداة راضة	Agent contondant	Blunt agent

أ

Anamnestic	Anamnésique	إدكاري
Derma (dermis)	Derme	أدمة
Addiction, habit	Toxicomanie, addiction, habitude	إدْمان
Ligamenta NA [sing.ligamentum NA]	Ligaments NA [sing.ligamentum NA]	أرْبطة [ف:رباط]
Infiltration	Infiltration	ارْتِشاح [ج:ارْتِشاحات]
Uterine height	Hauteur utérine	ارتفاع الرحم
Imperforate	Imperforé	أرْتَق
Insomnia	Insomnie	أرق
Perfusion	Perfusion	إرواء
Arteriae perfusion	Perfusion artérielle	إرواء شرياني
Cyanose	Cyanose	ازرقاق
Cadaveric lividity	Lividité cadavérique	ازرقاق جيفي
abuse	Maltraitance	إساءة
physical abuse	Maltraitance physique	إساءة جسدية
sexual abuse	Maltraitance sexuelle	إساءة جنسية
child abuse	Maltraitance infantile	إساءة معاملة الأطفال
psychological abuse	Maltraitance psychique	إساءة نفسية
Questionnaire	Questionnaire	استبيان
Pneumothorax	Pneumothorax	استرواح الصدر
Consultation	Consultation	استشارة
Medical consultation	Consultation médicale	استشارة طبية
Consultative	Consultatif	استشاري
Hospitalization	Hospitalisation	استشفاء
Forced hospitalization	Hospitalisation forcée	استشفاء قسري
Exhibitionism	Exhibitionnisme	اسْتِعْراء
Identification	Identification	اسْتِعْراف (تَعْيينُ الهُوِيَّة)
Ipsation (masturbation)	Masturbation	استمناء
Inhalation	Inhalation	استنشاق
Hunting weapons	Armes de chasses	أسلحة الصيد
Alveoli [sing.alveolus]	Alvéoles [sing.alvéole]	أسْناخ [ف:سِنْخ]
Dentes [sing.dens]	Dents [sing.dent]	أسْنان [ف:سن]
Suspicion	Suspicion	اشتباه
Radioactivity	Radioactivité	إشعاعية
Ionization radiation	Radiation ionisante	أشعة مؤينة

أ

Casualty	Accident, traumatisme	إصابة
Disturbance	Trouble [pl.troubles], perturbation	اضْطِراب [ج:اضْطِرابات]
Continuous arrhythmia	Arythmie complète	اضطراب النظم المستمر
Distturbance of hemostasia	Trouble de l'hémostase	اضطراب الارقاء
Distturbance of diastole	Trouble de la diastole	اضطراب الانبساط
Rib	Côte [pl.côtes]	ضِلع [ج:أضْلاع]
Doctor	Médecin [pl.médecins]	طبيب [ج:أطباء]
Assault	Assaut	اعتداء
Sexual aggression	Agression sexuelle	اعتداء الجنسي
Death sentence	Peine de mort	إعدام
Nervi NA [sing. nerve]	Nervi NA [sing.nerf]	أعْصاب [ف:عَصَب]
Cranial nerves	Nerfs crâniens	أعصاب قحفية
Organa NA [sing.organ]	Organa NA [sing.organe]	أعْضاء [ف:عُضْو]
Hollow organ	Organes creux	أعضاء مجوفة
Rape	Viol	اغتصاب
Mucosa of the aerial pathway	Muqueuse des voies aériennes	أغشية مخاطية هوائية
Pleural serosa	Séreuses pleurales	أغشية مصلية للجنبية
Faint (=syncope)	Evanouissement, syncope	إغْماء (=غَشيٌ)
Vaginae [sing.vagina]	Gaines [sing.gaine]	أغْماد [ف:غِمْد]
Lesion	Lésion [pl.lésions]	آفة [ج:آفات]
Defloration	Défloration	افتضاض
Secretion	Sécrétion	إفراز
Metaphyseal arrachement	Arrachement métaphysaire	اقتلاعات كردوسية
Dental arch	Arcade dentaire	أقواس الأسنان
Depression	Dépression	اكتئاب
Oxygen	Oxygène	أكسجين
Clinical	Clinique	إكلينيكي
Primary	Primaire, primitif	أولية
Pubic symphysis	Symphyse pubienne	الارْتِفاق العانِيّ
Metabolic	Métabolique	الإستقلابية
Nail	Ongle [pl.ongles]	الأظْفار، ظُفْر
Genitalia	Organes génitaux	الأعضاء التناسلية
External genitalia	Organes génitaux externes	الأعْضاءُ التَّناسُلِيَّةُ الظّاهِرة
Caecum NA (cecum)	Caecum NA (caecum)	الأعور

أ

Lesser curvature of stomach	Petite courbure gastrique	الانحناء الصغير للمعدة
Tissue	Tissu [pl.tissus]	الأنسجة [ف: نَسيج]
The large race	Les gros vaisseaux	الأوعية الدموية الكبيرة
Forced prostitution	Prostitution forcée	البغاء القسري
Agent	Agent	آلة
Healing	Cicatrisation	التئام
Capsule of heart (pericardium)	Capsule du coeur (péricarde)	التأمور
Confusion	Confusion	التباس
Treponemal hemagglutination	Hémagglutination du Treponema pallidum	التَراصّ الدَّمَويّ لِلَولبيَّةِ الشَّاحِبَة
Organ donation	Don d’organe	التبرع بالأعضاء
Ionic plasmatic concentration	Concentration ionique plasmatique	التركيز البلازمي الأيوني
Commitment	Engagement	التزام
Docimasia (docimasy)	Docimasie	التَفَحُّصٌ
Inflammation	Inflammation [pl.inflammations]	التِهاب [ج:التِهابات]
Hepatitis B	Hépatite B	اِلْتِهَابُ الكَبِدِ البَائِيّ
Infectious hepatitis	Hépatite infectieuse	التهاب الكبد العدوائي
Aspiration pneumonia	Pneumonie par aspiration	التهاب رئوي شفطي
Pseudopneumonia	Pseudopneumonie	التهاب رئوي كاذب
Extensive pneumonia	Pneumopathie étendue	التهاب رئوي ممتد
Myocarditis	Myocardite	التهاب عضلة القلب
Pelvic peritonitis	Pelvipéritonite	التهاب للصفاق الحوضي
Pneumal ventilation	Ventilation pulmonaire	التهوية الرئوية
Variola	Variole	الجدري
Torso	Torse	الجذع
Brain stem	Tronc cérébral	الجذع الدماغي
Pontis	Pontique, pontin	الجسري
Pleura [pl.pleurae]	Plèvre [pl.pleurae]	الجَنَبَة [ج:جَنْبَات]
Digestive organs	Appareil digestif	الجهاز الهضمي
Basin (the pelvis)	Bassin	الحوض
Experience	Expérience	الخبرة
Median line	Ligne médiane	الخَطُّ النَّاصِف
Cellular	Cellulaire	الخلوي

أ

Brain	Cerveau	الدماغ
Tetanal toxoid	Toxoïde tétanique	الذُوفان الكزازي
Lung	Poumon	الرئة
Rhabdium	Fibre musculaire striée	الرُّبَيْدَة
Neck	Cou, col, collet	الرقبة
Tracheobronchial tree	Arbre trachéobronchique	الشَّجَرَة الرُّغامِيَّة القَصَبِيَّة
The propellant charge	La charge propulsive	الشحنة الدافعة
Conditional	Conditionnel	الشرط
Scientific Technical Police	Police technique scientifique	الشرطة التقنية العلمية
Hair	Cheveux	الشعر
Labia minora (labia minora pudendi)	Petites lèvres	الشفران الصغيران
Labia majora (labia majora pudendi)	Grandes lèvres	الشُّفْران الكَبيران
Fissures	Fissures	الشقوق
Hanging	Pendaison	الشّنق
Carotid artery	Artère carotide	الشِّرْيانُ السُّباتِيُّ
Cough	Toux	السعال
Public health	Santé publique	الصحة العامة
Bile	Bile	الصفراء
Pharmacal	Pharmacien	الصيدلي
Blood profile (complete blood count)	Profil sanguin (numération sanguine complète)	الصيغة الدموية
Partial pressure	Pression partielle	الضغط الجزئي
Pestis (plague)	Peste	الطاعون
Medicine	Médecine	الطب
Forensic medicine (legal medicine)	Médecine légale	الطب الشرعي
Psychologic medicine (psychiatry)	Médecine Psychologique (Psychiatrie)	الطب النفسي
Externum tunicae	Couche externe	الطبقة الظهارية
Eardrum	Tympan	الطبلة
Forensic physician	Médecin légiste	الطبيب الشرعي
Attending physician	Médecin traitant	الطبيب المعالج
Medical	Médical	الطبية
Spleen	Rate	الطحال

أ

Inferior limb	Membre inférieur	الطرَفُ السُّفْلِيّ
Extremitas superior (membrum superius)	Membre supérieur	الطَّرَفُ العُلْوِيّ
Projectile	Projectile	الطلق
Vernix caseosa	Vernix caseosa	الطِّلاَء الجُبْنِي
Back	Dos	الظهر
Venous return	Retour veineux	العائِد الوَرِيدِي
Perineum	Périnée	العجان
Sexually transmitted bacterial infections	Infection bactérienne sexuellement transmissible	العدوى البكتيرية المنقولة جنسيا
Virginity	Virginité	العذرية
Pneumogastric nerve (vagus)	Nerf pneumogastrique (vague)	العَصَب الرِّئَوِي المَعِدِي
Glossopharyngeal nerve	Nerf glossopharyngien	العَصَب اللِّسانِي البُلْعومِي
Muscles	Muscles	العَضَلات [ف:عَضَلَة]
Extensor muscles	Muscles extenseurs	العضلات الباسطة
Piloerection muscles	Muscles horripilateurs	العضلات الناصبة للشعر
Calcaneal bone (calcaneous NA)	Calcanéum	العَقِبِيّ
Contract	Contrat	العقد
Nœud	Nœud	العقدة
Phrenic	Psychique	العقلي
Functional signs	Signes fonctionnels	العلامات الوظيفية
Anthropology’s element	Eléments anthropologiques	العناصر الأنثروبولوجية
Violence	Violence	العنف
neck	Cou	العنق
Black eye	Œil au beurre noir	العين السوداء
Thyroid gland	Glande thyroïde	الغدة الدرقية
Adrenal glands	Glandes surrénales	الغدد الكظرية
Amniotic membrane	Membrane amniotique	الغشاء الذي يحيط بالجنين (الغشاء السلوي)
Antitetanic immune globulin	Immunoglobuline antitétanique	الغلوبولين المناعي المضاد للكزاز
Gas gangrene	Gangrène gazeuse	الغنغرينا الغازية
Surfactant	Surfactant	الفاعل السطحي
Perinatal period	Période périnatale	الفَتْرَةُ المُحِيْطَةُ بالوِلاَدَة
Medical examination	Examen médical	الفحص الطبي

أ

Purpura	Purpura	الفرفرية
Inferior maxilla (mandible)	Maxillaire inférieur (mandibule)	الفك السفلي
Mercy killing	Euthanasie	القتل الرحيم - قَتْلُ المَرْحَمَة
Active mercy killing	Euthanasie active	القتل الرحيم - قَتْلُ المَرْحَمَة النشط
Podium	Pied	القدم
Spermatism	Ejaculation	القذف
Cornea	Cornée	القرنية
Superior cornua cartilaginis thyroideae	Cornes supérieurs du cartilage thyroïdien	القرون العلوية للغضروف الدرقي
Sternocleidomastoid	Sternocléidomastoïdien	القَصَّيَّة التَّرْقُويَّة الخُشَائِيَّة
Private sector	Secteur privée	القطاع الخاص
Loin (lumbus NA)	Lombes (lumbus NA)	القَطَن
Heart	Cœur	القلب
Foreskin (prepuce)	Prépuce	القلفة
Ductus biliferi (ductuli biliferi)	Voies biliaires	القنوات الصفراوية
Upper respiratory tract	Voies aériennes supérieures	القنوات الهوائية العلوية
Colon	Côlon	القولون
Emesia (emesis)	Vomissement	القيء
Liver	Foie	الكبد
Tetanus	Tétanos	الكزاز
Kidney (ren NA)	Reins	الكلى
Cholera	Choléra	الكوليرا
Chemical	Chimique	الكيميائية
Anaerobe	Anaérobie	اللاهوائي
Transverse	Transverse	المستعرضة
Lingua NA [pl.linguae]	Langue	اللسان
Muscular fascia	Fascia musculaire	اللفافة العضلية
Medullary substance of bones	Moelle osseuse	المادَّةُ النِّقِيَّةُ للعَظْم
Ovary	Ovaire	المبيض
Medical follow-up	Suivi médicale	المتابعة الطبية
Chlamydia trachomatis	Chlamydia trachomatis	المُتَدَثِّرَةُ الحَثَرِيَّة
Femoral triangle	Triangle de Scarpa	المثلث الفخذي
Pathologic	Pathologique	المرضي

أ

Gullet (gula)	Œsophage	المريء
Epiphyseal proximal center of tibia	Centre épiphysaire proximal du tibia	المركز المُشاشَي الدانيي للعَظْمُ الظُّنْبوبِيُّ
Distally epiphysis	Epiphyse distale	المُشاشَةُ القصوى
Diatomaceae	Diatomaceae	المَشْطورات
Maza (placenta)	Placenta	المشيمية
Sphincter	Sphincter	المَصرَّةُ
Antitetanic serum	Sérum antitétanique	المَصْلٌ المُضادُّ للكُزاز
Clostridia	Clostridie	المطثيات
Organic matrix	Matrice – trame organique	المَطْرِس العضوي
Prophylactic treatment	Traitement prophylactique	المُعالجَة الإتقائية
Curative treatment	Traitement curatif	المُعالجَة الشافِيَة
Probabilistic treatment	Traitement probabiliste	المعالجة الظنية
Stomach	Estomac	المعدة
Thoraco-abdominal scanner	Scanner thoraco-abdominal	المفراس البطني والصدري
Arthropoda	Arthropodes	المفصليات
Elastic resistance	Résistance élastique	المقاومة المرنة
Gonococci	Gonocoques	المُكَوَّراتُ البُنِّيَّة
Conjunctiva	Conjonctive	الملتحمة
Medical practice	L’exercice de la médecine	الممارسة الطبية
Internal nares (cavum nasi)	Fosses nasales	المَنْخَران الغائِران
Cribriform	Cribriforme	المنخلي
Cardioinhibitory reflex	Réflexe cardio-inhibiteur	المنعكس المُثَبِّطُ القَلْبيّ
Xiphoid process (xiphisternum)	Appendice xiphoïde (pointe du sternum)	النَّاتِئُ الرَّهابِيُّ
Cervical region	Région cervicale	النَّاحِيَةُ الرَّقَبِيَّةُ
Precordial region	Région précordiale, aire précordiale	النَّاحِيَةُ الصَّدْرِيَّة
Cervical medullary	Médullaire cervicale	النخاع الرقبي
Tissue	Tissu	النسيج
Puberal development	Développement pubertaire	النماء البلوغي
Psychomotor development	Développement psychomoteur	النماء الحركي النفسي
Pondostatural development	Développement staturopondéral	النماء الوزني القامي
Pulpal end	Extrémité pulpaire	النهاية اللبية

أ

Apophyses	Apophyses	النَواتِئ [ف:ناتِئ]
Regiones	Régions	النواحي
Nitrocellulose	Nitrocellulose, pyroxyline	النيتروسليلوز
Neisseria gonorrhoeae (gonococcus)	Neisseria gonorrhoeae (gonococcus)	النَّيسَرِيَّة البُنِّيَّة
Herpes simplex	Herpès	الهربس البسيط
Histopathology	Histopathologie	الهيستوباثولوجي
Hemosiderin	Hémosidérine	الهيموسيديرين
Hemoglobin	Hémoglobine	الهيموغلوبين
Face	Visage	الوجه
Hematoma	Hématome	الورم الدموي
Subdural hematoma	Hématome sous-dural	الوَرَمُ الدَّمَويُّ تَحْتَ الجافِيَة
Clunes [sing.clunis]	Fesses [sing.fesse]	أَلْيات [ف:أَلْيَة]
Dura mater	Dure-mère	أم الجافية
Aortic abdominal aneurysm	Anévrysme de l’aorte abdominale	أمّ الدم في الأبْهَر البَطْنِي
Fatality	Fatalité	إماتة
Ecouvillonage	Ecouvillonnage	امتساح
Infectious diseases	Maladies infectieuses	أمراض معدية
Occupational disease	Maladie professionnelle	أمراض مهنية
Enteron	Intestin	أمعاء
Stillbirth	Mortinatalité, naissance d'un mort-né	إملاص
Hematosepsis (septicemia)	Septicémie	إنْتانٌ دَمَويّ
Suffusion	Suffusion	انتشار
Suicide	Suicide	انتحار
Anthropometric	Anthropométrique	أنثروبومتري
Reproduction	Reproduction	إنجاب
Sequestration	Séquestration	ِانْحِجَاز
Lysis	Lyse	انْحِلال
Thermal lysis	Lyse thermique	إنحلال حراري
Autolysis	Autolyse	انحلال ذاتي
Reflexes depression	Dépression des reflexes	انخماد المنعكسات
Atelectasis	Atélectasie	انخماص
Alveolar collapse	Collapsus alvéolaire	اِنْخِمَاص الأسْنَاخ
Enzymes	Enzymes	أنزيمات
Enzymatic	Enzymatique	أنزيمي

أ ـ ب

Connective tissue	Tissu conjonctif	أنسجة ضامة
Obstruction	Obstruction	انسدادات
Flow	Flux	انسياب
Effusion	Effusion, épanchement	انصباب
Pulmonary embolism	Embolie pulmonaire	انصمام رئوي
Air embolism	Embolie gazeuse	انصمام هوائي
Compression	Compression	انضغاط
Introvert	Introverti	انطوائي
Reanimation	Réanimation	إنعاش
Resuscitative	Resuscitant	إنعاشي
Anepithymia	Anorexie	انعدام الشهية
Abruption, detachment	Ablation, détachement, décollement	انفصال
Mesaraic disinsertion	Désinsertion mésentérique	انفكاك مساريقي
Retraction	Rétraction	انكماش
Neglect	Négligence	إهمال
Tendines [sing.tendo]	Tendines [sing.tendon]	أوْتار [ف:وَتَر]
Venae [sing.vena]	Veines [sing.veine]	أورِدَة [ف:وريد]
Vessels	Vaisseaux [pl.vaisseaux]	أوعِيَة [ف: وِعاء]
Blood vessels	Vaisseaux sanguins	أوعية دموية
Ecology	Ecologie	ايكولوجيا
Penetration	Pénétration	إيلاج
Right-handed	Droitier	أيمن

ب

Medical pathology	Pathologie médicale	باثولوجيا طبية
Areas	Aires	باحات
Paraphenylenediamine	Paraphénylènediamine	بَارافِنيلِين ثُنائِيُّ الأمين
Intima	Intima	باطنة الشرايين
Ballistic	Balistique	باليستية
Amputation	Amputation	بتر
Encopresis	Encoprésie	بداغة
Prostate	Prostate	بروستاتا
Prostaglandin	Prostaglandine	بروستاغلاندين

ب ـ ت

Inspectionism (Voyeurism)	Scopophilie (Voyeurisme)	بصبصة
Bulbus caroticus	Sinus carotidien	بَصَلَةُ السُّباتِي
Fingerprint	Empreinte digitale [pl.empreintes digitales]	بَصْمَة [ج:بَصَمات]
Thumbprint	Empreinte du pouce	بَصْمَةُ إبْهامِ اليَدِ
Bradypnea	Bradypnée	بطء التنفس
Oligocardia (bradycardia)	Bradycardie	بطء القلب
Endometrium	Endomètre	بطانة الرحم
Belly	Ventre	بطن
Bacteriology	Bactériologie	بكتريولوجي
Unipara (primipara)	Primipare	بكرية
Swallowing	Déglutition	بلع
Pharynx	Pharynx	بلعوم
Puberty	Puberté	بلوغ
Benzodiazepine	Benzodiazepine	بنزوديازيبينات
Pancreas	Pancréas	بنكرياس
Structure	Structure [pl.structures]	بِنْيَة [ج:بِنَى]
Peroxide	Péroxyde	بيروكسيد
Interspinous (interspinal)	Interépineux	بَينَ السَّناسِن
Biomedical	Biomédical	بيوطبية (طبية بيولوجية)
Biochemical	Biochimique	بيوكيميائية
Biologic	Biologique	بيولوجية

ت

Disciplinary	Disciplinaire	تأديبية
Oxygenation	Oxygénation	تأكسج
Erosion	Erosion	تآكل
Post-traumatic	Post-traumatique	تالٍ للرَّضْح
Protrusion	Protrusion, saillie, protraction	تبارز
Cold	Refroidissement	تبرد
Donation	Don	تبرع
Miction (urination)	Miction	تبول
Epiphyseodesis	Epiphysiodèse	تَثْبيتُ المُشاشَة
Cavities	Cavités	تجاويف

ت

Articular cavities	Cavités articulaires	تجاويف المفاصل
Fractionation	Fractionnement	تجزيء
Deaquation (dehydration)	Déshydratation	تجفاف
Subungual	Sous-unguéal	تحت الأظافر
Subskin	Sous la peau	تحت الجلدية
Subpleural	Sous-pleural	تَحْت الجَنَبَة
Submental	Sous-mentonnier	تحت الذقن
Subarachnoid	Sous-arachnoïdien	تحت العنكبوتية
Subhyoidean	Sous-hyoïdien	تَحْتَ اللامِيّ
Filiation	Filiation	تحديد النسب
Analysis	Analyse	تحليل
Mummification	Momification	تحنط
Blood coagulation	Coagulation sanguine	تخثر الدم
Anaesthesia (anesthesia)	Anesthésie	تخدير
Echography	Echographie	تخطيط الصدى
Transfontanel echography	Échographie transfontanellaire	تخطيط الصدى الثاقب لليافوخ
Electroencephalograph	Electro-encéphalographe	تخطيط كهربائي للدماغ
Hemodilution	Hémodilution	تخفيف الدم
Retardation	Retard, arriération, débilité	تخلف
Management	Prise en charge, traitement, soins	تدبير علاجي
Prolapse	Prolapsus, procidence	تدلي
Hemothorax	Hémothorax	تَدَمِّي الجَنْبَة؛ صَدْرٌ مُدَمَّى
Hematocelia	Hémopéritoine	تَدَمِّي الصِّفاق
Accumulation	Accumulation	تراكم
Thinning	Amincissement	ترقق
Heomoconcentration	Hémoconcentration	تركيز للدم
Tachypnea	Tachypnée	تسرع التنفس
Tachycardia	Tachycardie	تسرع القلب
Dissection	Dissection	تسلخ
Auscultation	Auscultation	تسمع
Toxication	Intoxication, empoisonnement	تسمم
Dentia	Dentition	تسنين
Diagnosis	Diagnostic	تشخيص
Differential diagnosis	Diagnostic différentiel	تشخيص تفريقي

ت

Dissection	Dissection	تشريح
Medicolegal dissection	Dissection médico-légale	تشريح طبي شرعي
Medicoscientific dissection	Dissection médico-scientifique	تشريح طبي علمي
Anatomic (anatomical)	Anatomique	تشريحي
Anatomicopathological	Anatomopathologique	تشريحي باثولوجي
Anatomicopathological	Anatomopathologique	تشريحي مرضي
Fissuration	Fissuration	تشقق
Spasm	Spasme	تشنج
Laryngospasm	Laryngospasme	تشنج الحنجرة
Deformation	Déformation	تشويه
Reportable	Déclaration obligatoire	تصريح إلزامي
Rigidity	Rigidité	تصلب
Tanner classification	Classification de Tanner	تصنيف تانر
Carotid angiography	Angiographie carotidienne	تصوير الأوعية السباتية
Magnetic resonance imaging	Imagerie par résonance magnétique	تصوير بالرنين المغناطيسي
X-ray	Radiographie	تصوير اشعاعي
Cardiomegalia	Cardiomégalie	تضخم القلب
Stegnosis (stenosis)	Rétrécissement (sténose)	تَضَيُّق
Constriction	Constriction	تَضْيِيقٌ
Negative constriction	Constriction négative	تضييق سلبي
Active constriction	Constriction active	تضييق ناشط
Disinfection	Désinfection	تطهير
Contractual	Contractuelle	تعاقدية
Sweating	Sudorification, sécrétion de sueur, transpiration, sudation	تعرق
Maceration	Macération	تعطن
Putrefaction	Putréfaction	تعفن
Nutritional	Nutritionnel, nutritif	تغذوي
Submersion	Submersion	تغويص
Modification	Modification	تغييرات
Inflammatory reaction	Réaction inflammatoire	تفاعل التهابي
Carbonization	Carbonisation	تفحم
Solution of continuity	Solution de continuité	تفريق الاتصال النسيجي
Putrefaction	Putréfaction	تفسخ

ت

Stillicidium urinae	Incontinence urinaire	تقاطر البول
Elcosis (helcosis)	Ulcération	تقرح
Peeling	Desquamation, épluchage, exfoliation	تَقَشُّر
Turnover	Vitesse de renouvellement, cycle de reconstitution	تقلب
Evulsion	Evulsion	تقلع
Vomitus	Vomissement	تقيأ
Hepatization	Hépatisation	تكبد
Aggregation	Aggrégation	تكدس
Biotechnology	Biotechnologie	تكنولوجيا إحيائية
Encystment	Enkystement	تَكَيُّس
Disintegration	Désintégration	تلاشي
Gyri [sing.gyrus]	Gyri [sing.gyrus], circonvolutions [sing.circonvolution]	تَلافيف [ف:تَلفيف]
Vaccination	Vaccination	تلقيح
Gingival sulcus	Sillon gingival	تلم لثوي
Ramollissement	Ramollissement	تليَّن
Distension	Distension	تمدد
Rupture	Rupture	تَمَزُّق
Immunifaction (immunization)	Immunisation	تَمْنيع
Genital	Génital	تناسلي
Anoscopy	Anuscopie, rectoscopie	تنظير الشرج
Respiration	Respiration	تنفس
Spontaneous respiration	Respiration spontanée	تنفس تلقائي -عفوي
Artificial respiration	Respiration artificielle	تنفس صناعي
Tissue respiration (internal respiration)	Respiration cellulaire (respiration interne)	تنفس نسيجي
Respiratory	Respiratoire	تنفسية
Ventilation	Ventilation	تهوية
Irritability	Irritabilité	تَهَيُّجِيَّة
Irritation	Irritation	تهييج
Propagation (=reproduction)	Reproduction	توالد
Vasotonia	Vasotonie	توتر وعائي

ت ـ ث ـ ج

Tonicity	Tonicité	توترية
Tonus	Tonus	توترية العضلات
Dilatation	Dilatation	توسع
Vascularization	Vascularisation	توعي
Respiratory arrest	Arrêt respiratoire	توقف التنفس
Cardiac arrest	Arrêt cardiaque	توقف القلب
Stiffness	Raideur, rigidité	تيبس

ث

Carbon dioxide	Dioxyde de carbone	ثاني أكسيد الكربون
Breast	Poitrine, sein	ثدي
Alopecie	Alopécique	ثعلبة
	Sillon de strangulation	ثلم الخنق
Natural sulcus	Sillon naturel	ثلم طبيعي
False sulcus	Faux sillon	ثلم كاذب
Central incisor	Incisure [pl.incisures], échancrure [pl.échancrures]	ثلمات
Constants	Constantes	ثوابت

ج

Indurated	Induré	جاسي
Solid	Solide	جامد
Brow	Front	جبين
Cadaver	Cadavre	جثة
Cadaveric	Cadavérique	جثي
Wall	Paroi [pl.parois]	جِدران [ف:جدار]
Root	Racine	جذر
Brain stem	Tronc cérébral	جِذْع الدماغ
Chirurgeon (surgeon)	Chirurgien	جراح
Chirurgic (surgical)	Chirurgical	جراحي
Wound	Plaie	جرح
Exit wound	Orifice de sortie	جرح الخروج
Entrance wound	Orifice d'entrée	جُرْحْ المَدْخَل

ج - ح

Contused wound	Plaie contuse	جرح رضي
Dosis	Dose	جرعة
Dryness	Sécheresse	جفاف
Peau (skin)	Peau	جلد
Cutaneomucosal	Cutanéomuqueux	جلدي مخاطي
Skull (cranium)	Crâne	جمجمة
Sexual	Sexuel	جنسي
Foetus (fetus)	Foetus	جنين
Fetal	Fœtal	جنيني
Organ	Organe	جهاز
Jugular system	Système jugulaire	جهاز وداجي
Cavitation	Cavité	جوف
Permanent cavitation	Cavité permanante	جوف دائم
Genetic	Génique, génésique	جيني
Sinus	Sinus	جيوب

ح

Alveolar septum	Septum alvéolaire	حاجز سنخي
Acute	Aigu, aiguë	حاد
Accident	Accident	حادث
Ureter	Uretère	حالب
State	Etat [pl.états]	حالة [ج:حالات]
Enceinte	Enceinte	حامل
Containing	Contenant	حاو
Petechiae [sing.petechia]	Pétéchies [sing.pétéchie]	حَبَرات [ف:حَبَرَة]
Chorda umbilicalis	Cordon ombilical	حبل سري
Anal verge	Marge de l'anus	حتار الشرج
Volume	Volume	حجم
Blood volume	Masse sanguine	حجم الدم
Pupils	Pupilles	حدقات
Pupil	Pupille	حدقة
Neoblastic	Néoformé	حَديثُ التَنَسُّج
Calor	Température	حرارة الجسم
Thermic	Thermique	حراري
Apgar score	Score d'Apgar	حرز أبغار
Movement	Mouvement	حركات

ح - خ

Deprivation	Privation, carence	حرمان
Burns	Brulures	حروق
Fire	Incendie	حريق
Sensitivity	Sensibilité	حساسية
Neurosensory	Neurosensitif	حسي عصبي
Fetus debris	Débris fœtaux	حطام جنيني
Iliac fossa	Fosse iliaque	حفرة حرقفية
Injection	Injection	حقن
	Droit de l’homme	حقوق الإنسان
Annular	Annulaire	حلقي
Mamilla [pl.mamillae]	Mamelon	حَلَمَة [ث:حَلَمَتان؛ ج: حَلَمات]
Respiratory acidosis	Acidose respiratoire	حماض تنفسي
Erythema	Erythème [pl.érythèmes]	حُمامَى [ج:حُمامَيات]
Acidic	Acide	حمضي
Pregnancy	Grossesse, gestation	حمل
Febre (fever)	Fièvre	حمى
Rheumatic fever	Rhumatisme articulaire aigu	حمى روماتزمية
Larynx	Larynx	حنجرة
Palate	Palais	حنك
Margins	Bords	حواف
Seminal vesicle	Vésicule séminale	حويصلات منوية
Vesicula [pl.vesiculae]	Vésicule [pl.vésicules]	حُوَيصِلة [ج:حُوَيصِلات]
Biosis	Vitalité	حيوية

خ

Extradural	Extradural	خارجَ الجافِيَة
Inert	Inerte	خامل
Venous thrombosis	Thrombus veineux	خثار وريدي
Shy	Timide	خجل
Prematurity	Prématuration	خدج
Scratch	Egratignure, scarification	خَدْش
Cartridges	Cartouches	خراطيش
Aphrenia (dementia)	Démence	خرف
Slough	Escarre, dépouille	خُشَارَةٌ
Testes [sing.testis]	Testicules [sing.testicule]	خصيتين

خ ـ د ـ ذ

Medical malpractice	Faute médicale	خطأ طبي
Dangerous	Dangereux	خطير
Cells	Cellules	خلايا
Hematopoietic stem cells	Cellules souches hématopoïétiques	خلايا جذعية
Luxation (dislocation)	Luxation (dislocation)	خَلْع
Traumatic dislocation	Dislocation traumatique	خِلعً رضحي
Retroperitoneal	Rétropéritonéal	خَلْفَ الصِّفاق
Malfunction (dysfunction)	Dysfonctionnement, dérèglement, mauvais fonctionnement, défaut	خلل وظيفي
Diphtheria	Diphtérie	خُناق
Garroting	Etranglement	خنق
Calliphoridae	Calliphoridae	خوتعيات
Actin filament	Filaments de myosine	خييطات الميوزين
Myosin filament	Filaments d’actine	خييطات الأكتين

د

Leishmaniasis	Leishmaniose	داء الليشمانيات
Circular	Circulaire	دائري
Tubercle	Tubercule [pl.tubercules]	دَرَنَة [ج:دَرَنات]
Bony callus	Cal osseux	دَشْبَذ عَظْمِي
Heart tamponade	Tamponnade cardiaque	دكاك قلبي
Blood	Sang	دم
Sanguinous	Sanguin, hématique	دموي
Vestibule of vagina	Vestibule du vagin	دهليز المهبل
Vertigo	Vertige	دوار
The socket	La douille	دواية الذخيرة
Blood circulation	Circulation sanguine	دورة دموية
Monthly period (menstruation)	Règles mensuelles (menstruation)	دورة شهرية
Diazepam	Diazépam	ديازيبام

ذ

Slaughter	Egorgement	ذبح

ذ - ر - ز

Pulverulent	Pulvérulent	ذرُوْرِيّة
Labier	Labié	ذو الشفتين

ر

Lung	Poumon	رئة
Palm of hand (palma manus)	Paume de la main	راحة اليد
Contusive	Contusif	راضة
Ligamenta	Ligament	رباط
Ligamenta	Ligamentaire	رباطية
Hanging link	Lien de pendaison	رباط الشنق
Atrial fibrillation	Fibrillation auriculaire	رجفان اذيني
Ventricular fibrillation	Fibrillation ventriculaire	رجفان بطيني
Womb (uterus)	Utérus, matrice	رحم
Soft	Mou, flasque, doux	رخو
Carpus	Carpe [pl.carpes]	رُسُغ [ج:أرْساغ]
Contusion	Contusion	رض
Traumatism	Traumatisme [pl.traumatismes]	رَضْح [ج:رضوح]
Infant	Nourrisson [pl.nourrissons]	رَضيع [ج:رُضَّع]
Care	Soins	رعاية
Tracheal	Trachéal	رُّغامَى
Neck	Cou, col, collet	رَقَبَة ؛ عُنُق
Cervicoencephalic	Cervico-encéphalique	رقبي دماغي
Knee	Genou	رُكْبَة
Phobia	Phobie	رهاب
Revolver	Revolver	ريفولفر

ز

Mushroom foam	Champignon de mousse	زبد رغوي
Culture	Culture	زراعة
Lividity	Lividité	زرقة
Placental villus	Villosité placentaire	زغيبات مشيمية
Ulnar	Cubital, ulnaire	زندي

س

سائل سلوي	Liquide amniotique	Amniotic fluid
سائل منوي	Liquide séminal	Liquor seminis
ساد	Cataracte	Cataract
سادي	Sadique	Sadist
سالكية	Liberté, perméabilité, béance	Patency
سَّبَبِيَّات	Etiologie	Etiology
سَبَبِيَّاتِي	Etiologique	Etiologic
سَحْجَة	Abrasion	Abrasion
سحل	Aplanissement (dermabrasion)	Planing (dermabrasion)
سُخَام	Suie	Soot
سدى القرنية	Substance propre de la cornée	Stroma of cornea (substantia propria corneae)
سرة	Ombilic	Omphalus (umbilicus)
سرية مهنية	Secret médical	Medical secrecy
سريري	Clinique	Clinical
سريري إمراضي	Clinicopathologie	Clinicopathology
سطح	Surface	Superficies
سفلس	Syphilis	Syphilis
سفلي	Inférieur, bas	Low
سَقف الجُمْجُمَة	Voûte du crâne (calotte crânienne)	Roof of skull (calvaria)
سكين	Couteau	Knife
سل	Tuberculose	Tuberculosis
سلاح	Arme	Armed
سلاح أبيض	Arme blanche	Cold steel
سلبي	Négatif	Negative
سلس البول	Enurésie	Enuresis
سلسلة تنفسية	Chaîne respiratoire	Respiratory chain
سلفيد الهيدروجين	Acide sulfhydrique, hydrogène sulfuré	Hydrogen sulfide
سِمات [ف:سِمَة]	Stigmates [sing.stigmate]	Stigmata [sing.stigma]

س - ش

Periosteal	Périostique	سمحاقي
Thickness	Epaisseur	سمك
Obesitas	Obésité	سمنة
Poisons	Poisons	سموم
Arrow	Flèche	سهم
History	Antécédents	سوابق
Pedunculi [sing.pedunculus]	Pédoncules [sing.pédonculue]	سُوَيقات [ف:سُوَيقة]
Cyanide	Cyanide	سيانيد
Hydrogen Cyanide	Cyanide d'hydrogène	سيانيد الهيدروجين
Serologic (serological)	Sérologique	سيرولوجي
Psychologic (psychological)	Psychologique	سيكولوجي
Sulfhemoglobinemia	Sulfuhémoglobine	سلفيد الهيموغلوبين

ش

Pale	Pale	شاحب
Profile	Profil	شاكلة
Unofficial	Officieux	شبه رسمية
Paraclinical	Para-clinique	شبه سريرية
Pallescence (pallor)	Paleur	شحوب
Arteriae NA [sing.arteria]	Arteriae NA [sing.arteria]	شَرايين [ف:شِرْيان]
Coronary artery	Artère coronaire	شرايين تاجية
Internal carotid artery	Artère carotide interne	شرايين سباتية غائرة
Vertebral artery	Artère vertébrale	شرايين فقرية
Anal	Anal	شرجي
Micrangium (capillary)	Capillaire	شعيرة
Work	Travail	شغل
Lip	Lèvre	شفة
Fissurae [sing.fissura]	Fissures [sing.fissure]	شُقوق [ف:شق]
Vasoparalysis	Vasoparalysie	شلل وعائي
Hanging	Pendaison	شنق
Certificate	Certificat	شهادة
Death certificate	Certificat de décès	شهادة الوفاة
Birth certificate	Certificat de naissance	شَهادَةُ الوِلادَة
Medical certificate	Certificat médical	شَهادَةٌ طِبِّيَّة

ش ـ ص ـ ض ـ ط

Excessive appetite	Boulimie, hyperorexie	شهية مفرطة
Inspiration	Inspiration	شهيق
Senium	Vieillesse	شيخوخية

ص

Shock	Choc [pl.chocs]	صَدْمَة [ج:صَدْمات]
Anaphylactic shock (anaphylaxis)	Choc anaphylactique (anaphylaxie)	صَدْمَة تَأَقِيَّة
Rigidity	Rigidité	صلابة
Heart valves	Valves du cœur	صمامات القلب
Siliceous	Silicieux	صواني

ض

Distress	Détresse [pl.détresses]	ضائِقَة [ج:ضَوائِق]
Victim	Victime	ضحية
Stroke	Coup	ضربة
Damage	Dommage [pl.dommages]	ضَرَر [ج:أضرار]
Pressure	Pression, compression	ضغط
Atrophic	Atrophique	ضموري
Shortness of breath	Dyspnée	ضيق النفس

ط

Barrel	Barillet	طاحونة
Odontology	Médecine dentaire	طب الأسنان
Oralogy (stomatology)	Stomatologie	طب الفم
Neonatal medicine (neonatology)	Médecine néonatale(néonatologie)	طب الولدان
Natural	Naturel	طبيعي
Buoyancy	Flottabilité	طفو
Sebaceous vernix	Enduit sébacé	طلاء زهمي
Tinnitus	Bourdonnement d'oreilles	طنين
Fold	Pli, repli	طيَّة

ظ - ع

ظ

ظاهِرَة [ج:ظواهِر]	Phénomène [pl.phénomènes]	Phenomenon
قانون الالتزامات والعقود	Code des obligations et des contrats	Code of Obligations and Contracts

ع

عاجز	Incapable	Unable
عارضي	Accidentel	Accidental
عاطفي	Affectif	Affective
عالية الاختطار	A risque élevé	High risk
عجز	Invalidité	Disability
عَفْويٌّ؛ تِلْقائِيّ	Spontané	Spontaneous
عدم انتظام	Irrégularité	Irregularity
عدواني	Aggressive	Aggressive
عدوى إضافية	Surinfection	Superinfection
عدوى المستشفيات	Infection nosocomiale	Nosocomial infection
عدوى بكتيرية	Infections bactériennes	Bacterial infections
عدوى منقولة جنسيا	Infection sexuellement transmissible	Sexually transmitted infections
عصا طبية	Canne	Cane
عصبي	Nerveux	Nerval (neural)
عصَبِيٌّة مُسْتَقِلِّيّة	Neurovégétatif	Neurovegetative (neuroautonomic)
عضة	Morsure	Morsus
عضلي	Musculaire	Muscular
عضلات الرقبة	Muscles du cou	Muscles of neck (musculi colli)
عضوي	Organique	Organic
عِظام [ف:عَظْمٌ]	Os [sing.os]	Ossa [sing.os]
عَظْمُ العَقِب	Os du talon	Heel bone
عظم الفخذ	Os de la cuisse (fémur)	Thigh bone (femur)
عظم الكاحل	Astragale	Ankle bone
عقي	Méconium	Meconium

ع - غ - ف

Serology	Sérologie	علم الأمصال
Thanatology	Thanatologie	علم الأموات
Histology (microanatomy)	Histologie (anatomie microscopique)	علم الأنسجة
Entomology	Entomologie	علم الحشرات
Toxicology	Toxicologie	علم السموم
Ballistic	Balistique	علم المقذوفات
Sanguinous cordis	Colonne sanguine	عمود الدم
Vertebral column	Colonne vertébrale	عمود فقري
Violence	Violence	عنف
Cervix uteri	Col de l'utérus	عنق الرحم
Human immunodeficiency	Immunodéficience humaine	عوز مناعي بشري
Eye	Oeil [p: yeux]	عين
Sample	Echantillon [pl.échantillons]	عَيِّنات [ف: عَيِّنَة]
Viability	Viabilité	عيوشية

غ

Marsh gas (methane)	Gaz du méthane	غاز الميثان
Inert gas	Gaz inerte	غاز خامل
Suffocant gas	Gaz suffocant	غازات خانقة
Drowning	Noyade	غرق
Membrane	Membrane [pl.membranes]	غِشاء [ج:أَغْشِيَة]
Hymenal membrane (hymen)	Hymen	غشاء البكارة
Mucous membrane	Muqueuse	غشاء مخاطي
Nasal cartilage	Cartilage nasal	غضروف أنفي
Envelope	Enveloppe	غلاف
Gamma globulins	Gammaglobulines	غلوبولِيناتٌ غامَّائِيَّة
Exanimation (coma)	Perte de la conscience (coma)	غيبوبة

ف

Apathetic	Apathique	فاتر الشعور

ف - ق

The orifices of the face	Orifices de la face	فتحات الوجه
Gynecologic examination	Examen gynécologique	فحص نسائي
Thigh	Cuisse	فخذ
Intracranial hypertension	Hypertension intracrânienne	فَرْطُ الضَّغْطِ داخِلَ القِحْف
Hypercapnia	Hypercapnie	فرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم
Pulmonary hypertension	Hypertension pulmonaire	فرط ضغط الدم الرئوي
Effective	Efficace, utile	فَعَّال
Purpura (peliosis)	Purpura (péliose)	فرفرية
Crepitation	Crépitation, craquement	فرقعة
Scalp	Cuir chevelu	فروة الرأس
Rami [sing: ramus]	Rameaux [sing.rameau]	فُروع [ف:فَرْع]
Physiological	Physiologique	فزيولوجي
Heart failure	Insuffisance cardiaque.défaillance cardiaque	فشل القلب
Amnesia	Amnésie	فقدان للذاكرة
Anaemia (anemia)	Anémie	فقر الدم
Spondylus	Vertèbre	فقرة
Alkali metal	Métal alcalin	فلز قلوي
Mouth	Bouche	فم [ج:أفْواه]
Oral	Oral, buccal	فموي
Potassium permanganate	Permanganate de potassium	فَوقُ مَنْغاناتِ البُوتاسْيُوم
Ostia [sing.ostium]	Orifices [sing.orifice]	فُوْهات [ف:فوهَة]
Virus	Virus	فيروس
Hepatitis B Virus	Virus de l’Hépatite B	فيروس التهاب الكبد البائي
Human immunodeficiency virus	LAV (HIV)	فَيروسُ العَوَزِ المَناعِيِّ البَشَرِيّ
Human papilloma virus	Virus du papillome humain	فَيروسُ الوَرَمِ الحُلَيمِيُّ البَشَرِيّ
Physical	Physique	فيزيائية
Physiopathologic	Physiopathologique	فيزيوباثولوجي

ق

Sharpness	Tranchant, aigu	قاطعة
Eyeground	Fond d'oeil	قاع العين

ق - ك

Basis NA	Basis NA	قاعدة
Moroccan Penal Code	Code pénal marocain	قانون العقوبات المغربي
Law to practice medicine	Loi d’exercice de la médecine	قانون الممارسة الطبية
Homicide	Homicide	قتل
Infanticide	Infanticide	قتل الوليد
Foley catheter	Sonde de Foley	قثطرة فولي
Craniocerebral	Craniocérébral	قِحْفِيٌّ مُخِّيّ
Cornua ossis hyoidei	Cornes de l'os hyoïde	قرون العظم اللامي
Corticospinal	Corticospinal, pyramidal	قشري نخاعي
Bronchoalveolar	Broncho-alvéolaire	قَصَبي سِنْخِي
Renal insufficiency	Insuffisance rénale	قُصور كَلَوِي
Cardiac	Cardiaque	قَلْبِيَّة
Prepuce	Prépuce	قلفة
Base	Base	قواعد
Dental arc	Arc dentaire	قوس الأسنان
Reflex arc	Arc réflexe	قوس الانعكاسية
Measurement	Mensuration, mesure	قياس

ك

Catechol amine (catecholamine)	Catécholamine	كاتيكولامينات
Older topics	Sujets âgés	كبار السن
Hepatic	Hépatique	كبدي
Antimony sulfide	Sulfure d’antimoine	كبريتيد الأنتيمون
Mass	Masse [pl.masses]	كُتْلة [ج:كُتَل]
Suffocation	Suffocation	كتم النفس
Ecchymoses [sing.ecchymosis]	Ecchymoses [sing.ecchymose]	كَدْمات [ف:كَدْمَة]
Red blood cells	Globules rouges	كريات حمراء
Hangman fracture	Fracture du bourreau	كَسْر الإعْدام بالشَّنْق
Fractures	Fractures	كسور
Curettage	Curettage	كشط
Head circumference	Périmètre crânien	كِفَاف الرَّأس
Cuff	Manchon	كُفَّة
Clostridium	Clostridium	كلوستريديوم

ك ـ ل ـ م

Kidney	Reins	كلى
Dull	Emoussé	كليل
Nightmare	Cauchemar	كوابيس
Catastrophe	Catastrophe	كوارث
Bursula testium (scrotum)	Scrotum	كيس الصفن

ل

Contravolitional (involuntary)	Involontaire	لا إرادي
Apathetic	Apathique	لامبالاة
Digital pulp	Pulpe des doigts	لب الأصابع
Colostrum	Colostrum	لبأ
Frenulum of tongue	Frein de la langue	لجام اللسان
Frenulum of prepuce of penis	Frein du prépuce	لجام قلفة القضيب
Bite	Piqûre	لدغة
Fasciae [sing.fascia]	Fascias [sing.fascia]	لِفافات [ف:لِفَافَة]
Lipase	Lipase	ليباز

م

Foreign body	Corps étranger	مادة أَجْنَبِيَّة
Donator	Donateur, donneur	متبرع
Residua [sing.residuum]	Séquelles [sing.séquelle]	مُتَبَقِّيات [ف:مُتَبَقٍّ]
Parameter	Paramètre [pl.paramètres]	مُتَثابِتَة [ج:مُتَثابِتات]
Concentric	Concentrique	مُتَراكِزة
Flabby	Flasque	مترهل
Isoelectric	Iso-électrique	مَتَساوي التَّكَهْرُب
Extravasation	Extravasation	متسرب
Tortuous	Tortueux, flexueux, sinueux	متعرج
Calcified	Calcifié	مُتَكَلِّس
Asphyxia syndrome	Syndrome asphyxique	متلازمة الاختناق
Shaken Baby Syndrome	Syndrome de l’enfant secoué	متلازمة الطفل المهتز
Humorals syndrome	Syndrome humoral	مُتَلازِمَة خِلْطِيَّة

م

Silverman syndrome	Syndrome de Silverman	متلازمة سيلفرمان
Munchausen Syndrome by Proxy	Syndrome de Münchhausen par procuration	متلازمة مونخهاوزن باي بروكسي
Crush syndrome	Syndrome d'ecrasement	مُتَلازِمَة هرْسِيَّة
Rhacous	Ridé	مُجَعَّد
Microscopical	Microscopique	مجهرية
Contents	Contenus	محتويات
Capsule	Capsule	محفظية، محفظة
Conceptus	Produit de conception	محصول الحمل
Cerebrum	Cerveau	مخ
Mucus	Mucus, mucosité	مخاط
Madidans	Humide, mouillé	مُخْضَل
Vibert schema	Schéma de Vibert	مخطط فيبير
Fringed	Frangé	مخملي الحواف
Civil	Civile	مدنية
Code of Medical Ethics	Code de déontologie médicale	مدونة الأخلاقيات الطبية
Ossification center	Centre d'ossification	مراكز التعظم
Flexible	Flexible	مرنة
Occupational disease	Maladie professionnelle	مرض مهني
Patient	Patient [pl.patients]	مَريض [ج:مَرْضَى]
Incest	Inceste	مُزَانَاةُ المَحارِم
Chronic	Chronique	مزمن
Rima glottidis	Fente glottique	مَشَقُّ المِزْمار
Rectal touch	Toucher rectal	مس مستقيمي
Torts	Responsabilité délictuelle	مسؤولية تقصيرية
Medical liability	Responsabilité médicale	مسؤولية طبية
Social worker	Assistante sociale	مساعدة اجتماعية
Tract	Voie [pl.voies]	مَسالِك [ف. مَسْلَك]
Airway	Voies aériennes	مسالك هوائية
Antigen	Antigène	مُسْتَضِدٌّ
Baroreceptor	Barorécepteur, gravicepteur	مُسْتَقْبلات الضَّغْط
Sarcophagidae	Sarcophagidae	مستلحمات
Pyroxylée powder	Poudre pyroxylée	مسحوق بيروكسيلي
Automatic pistol	Pistolet automatique	مسدس آلي

م

Semiautomatic pistol	Pistolet semi-automatique	مسدس نصف آلي
The crime scene	La scène du crime	مسرح الجريمة
Analgesic	Analgésique [pl.analgésiques]	مسكنات
Clinic	Clinique	مصحة
Corps	Service	مصلحة
Anti-	Anti-	مضادات
Antibiotic	Antibiotique	مضادات حيوية
Antiretroviral	Antirétroviral	مضادات فيروسات قهقرية
Pump	Pompe [pl.pompes]	مِضَخَّة [ج:مِضَخَّات]
Embryonal	Embryonnaire	مضغي
Pulmonary compliance	Compliance pulmonaire	مُطاوَعَة رِئَوِيَّة
Manifestation	Manifestation [pl.manifestations]	مَظاهِر [ف: مَظْهَر]
Handicapped	Handicapé	معاق
Vitropression (diascopy)	Vitropression (diascopie)	معاينة شفوفية
Infectious, contagious	Infectieux, contagieux	مُعْدٍ (مُعْدِي)
Sterilized	Stérilisé	معقم
Insertion	Insertion	مَعْرَزٌ
Cisors	Ciseau	مقص
Eyeball	Globe oculaire	مقلة العين
Conjunctival	Conjonctival	مُلْتَحِمِيّ
Bald	Lisse	ملساء
Stillborn	Mort-né	مَليص (وليد ميت)
Extensive	Etendu	ممتد
Active immunity	Immunité active	مناعة فاعلة
Immune	Immun	مناعية
Diffuse	Diffus	منتشر
World health organisation	Organisation mondiale de la santé	منظمة الصحة العالمية
Reflexes	Réflexes	منعكسات جذع الدماغ
Systematic	Systématique	منهجي
Vaginal	Vaginal	مهبلي
Corrosive products	Produits corrosifs	مواد أكالة
Cot death	Mort soudaine du nourrisson	موت الرضع المفاجئ
Confidence	Confiance	موثوقية

م - ن - ه

Sage femme	Sage-femme	مولدات
Metahemoglobin	Métahémoglobine	ميتهيموغلوبين
Mechanism	Mécanisme	ميكانيزم
Mechanics	Mécanique	ميكانيكيا
Melanin	Mélanine	ميلانين

ن

Centrifugal	Centrifuge	نابذ
Rod	Bâtonnet [pl.bâtonnets]	نَبُّوت [ج:نَبَابِيْت]
Barium nitrate	Nitrate de baryum	نترات الباريوم
Myelonic, medullar, spinalis	Médullaire, spinal	نخاعية
Cicatrices [sing.cicatrix]	Cicatrices [sing.cicatrice]	نُدوب ؛ نَدَبات [ف:نَدْبَة]
Bleeding	Hémorragie	نَزْف
Hemorrhagic	Hémorragique	نزيفي
Phlyctena [pl.phlyctenae]	Phlyctène [pl.phlyctènes]	نُفاطة [ج:نُفاطات]
Psychic	Psychique	نفسي
Veil	Voile	نقاب
Anoxia	Anoxie	نقص الأكسجين
Cerebral anoxia	Anoxie cérébrale	نَقصُ الأكْسِجِينِ الدِّمَاغِي
Hypoxia	Hypoxie	نقص التَّأكْسُج
Hypotonia	Hypotonie	نقص التوتر
Hypopiesia (hypotension)	Hypotension arterielle	نقص ضغط الدم
Petechia [pl.petechiae]	Pétéchie [pl.pétéchies]	نمشيات
Boulimia (bulimia)	Boulimie	نُهام
Somnolence	Somnolence	نيمومة

ه

Furibund	Furieux	هائج
Collapse	Collapsus	هبوط
Hydroxyzine	Hydroxyzine	هدروإكسزين
Crushing	Ecrasement, écrasant	هرس
Marcor (marasmus)	Marasme	هزال
Digestion	Digestion	هضم
Lunar	Semi-lunaire	هلالي

ه - و - ي

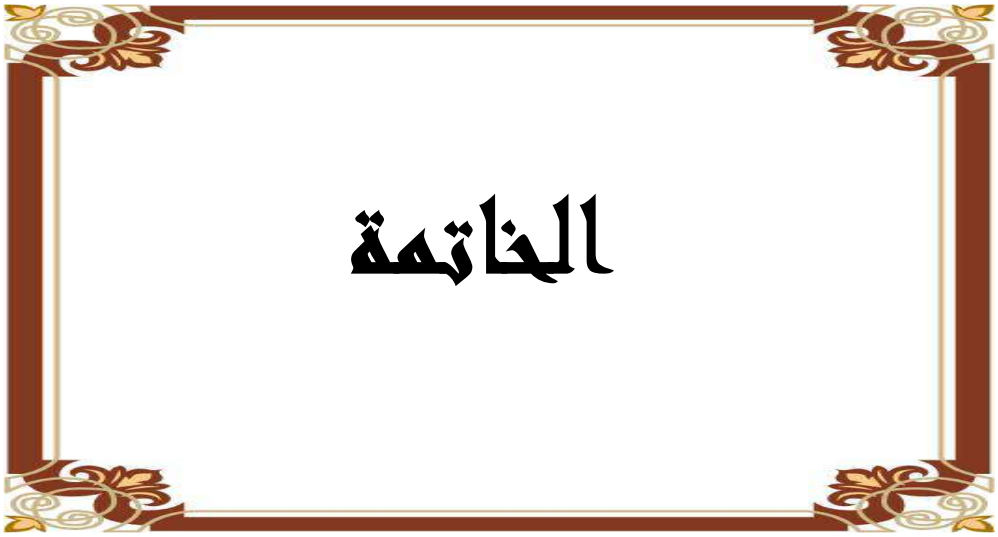
Hallucination	Hallucination	هلوسة
Carbon hydrate	Hydrate de carbone	هيدرات الكربون
Skeleton	Squelette	هيكل عظمي

و

Pungent	Piquant	واخزة
Epidemic	Epidémique	وبائي
Edema	Œdème [pl.œdèmes]	وَذْمَة [ج:وَذْمات]
Hereditary, genetic	Héréditaire , génétique	وراثي
Jugular vein	Veine jugulaire	وريد وداجي
Internal jugular vein	Veine jugulaire interne	وَريدُ وداجيٌّ غائر
Contraception	Contraception	وسائل منع الحمل
Function	Fonction	وظيفة القلب
Vascularity	Vascularité	وعائيّة
Death	Mort	وفاة
Phanerous death	Mort apparente	وفاة ظاهرة
Absolute death	Mort absolue	وفاة مطلقة
Relative death	Mort relative	وفاة نسبية
Dystocia	Dystocie	ولادة متعسرة
Neonate	Nouveau-né [pl.nouveaux-nés]	وَليد [ج:ولْدان]

ي

Fontanel	Fontanelle	يافوخ
Lysosome	Lysosome	يحلول
Destruction	Destruction	يدمّر
Icterus (jaundice)	Ictère	يرقان



الخاتمة

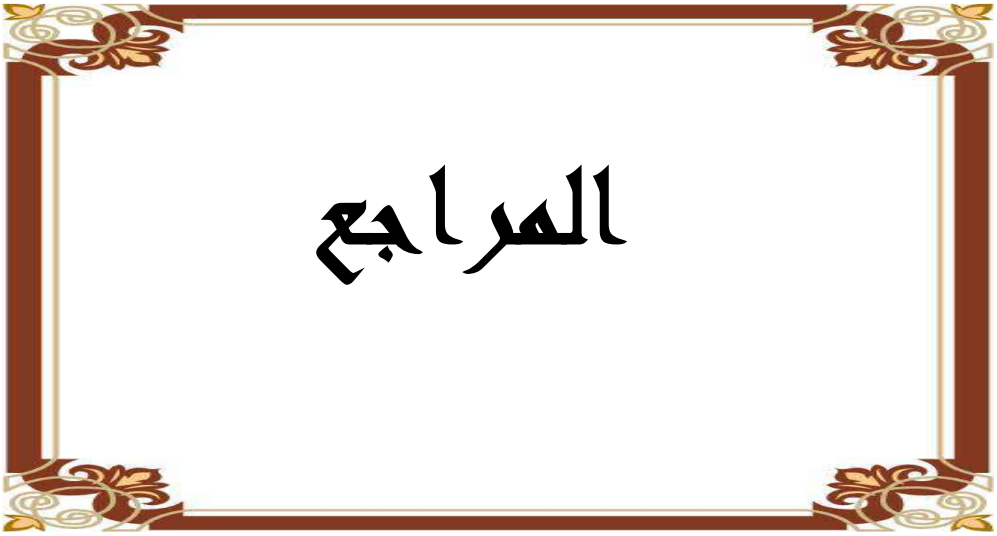
الخاتمة

يصطدم الطالب المغربي الذي تلقى العلوم طيلة مساره الدراسي الإبتدائي، والثانوي الإعدادي والتأهيلي باللغة العربية، بواقع لغوي مغاير أثناء ولوجه التعليم العالي عامة وكلية الطب خاصة، ما يحدث له حالة من اليأس والإحباط النفسي نظرا لسياسة التعريب الناقصة التي تمت في ثمانينيات القرن الماضي، الأمر الذي يؤثر على تحصيله العلمي الجامعي ويضعف تواصله الصحي مع محيطه ومع مرضاه؛ وبالتالي أصبح الحديث عن تعريب العلوم الصحية في بلادنا وبسائر البلدان العربية ضرورة ملحة، خصوصا أن العديد من الدراسات أثبتت أن المتعلم باللغة الأم يستوعب أكثر من المتعلم بغيرها.

ولقد حاولنا من خلال بحثنا هذا الذي يترجم دروس الطب الشرعي أن نساهم في إغناء المكتبة المغربية بكتاب خاص بالطب الشرعي باللغة العربية موجه بالخصوص لطلبة الطب؛ وندعو من خلاله كل الأساتذة والطلبة الغيورين على لغتهم، والمتطلعين إلى مستقبل طبي أفضل إلى استكمال ترجمة المنهاج كاملا، حتى نوفر الظروف الملائمة لاستكمال مسيرة تعريب العلوم الصحية بالمغرب على الخصوص وبالعالم العربي عموما .

إن دعوتنا لاستخدام اللغة العربية في التعليم الجامعي والعالي، لا تعني أبدًا إهمال اللغات الأجنبية أو التقليل من شأنها، بل هي مقترنة دومًا بالدعوة إلى وجوب إتقان لغة أجنبية واحدة على الأقل، لاتخاذها أساسًا لاستمرار الاتصال بالتطور العلمي والتقني العالمي، والتمكن من إكمال الدراسات العليا والتخصصية، ونشر البحوث العلمية في المجلات والدوريات العلمية العالمية.

وختاما، نرجو أن نكون قد وفقنا في هذا العمل الذي يرمي تيسير استيعاب طالب الطب العام لدروس الطب الشرعي، وكذا في إعانته على تحسين تواصله مع المواطن المغربي من خلال لغته العربية.



المراجع

1. دروس الطب الشرعي بكلية الطب البشري بجامعة دمشق سوريا لسنة 2011 - 2012؛ http://damascusuniversity.edu.sy/.

2. المعاجم المستعملة :

- المعجم الطبي الموحد 5 لغات عربي-فرنسي-إنجليزي-ألماني-إسباني الطبعة الإلكترونية 2009، منظمة الصحة العالمية .
- المعجم الطبي الموحد انجليزي-عربي-فرنسي الطبعة الإلكترونية 2005،منظمة الصحة العالمية.
- المنهل، قاموس فرنسي-عربي، الدكتور سهيل إدريس، طبعة 2003 ،دار الآداب ببيروت.
- معجم الثقافة الثلاثي للطلاب، فرنسي-عربي-إنجليزي، الأستاذ السلمي، الطبعة الأولى 2007، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- المعجم الموحد لمصطلحات القانون (إنجليزي- فرنسي – عربي).

3. القواميس الإلكترونية المستعملة:

- قاموس مصطلحات طبية وصيدلانية

  http://www.sehha.com/Glossary/Glossary_view.php
- قاموس المعاني عربي فرنسي

  www.almaany.com/fr/dict/ar-fr
- القاموس الطبي المزدوج : انجليزي عربي انجليزي

  /http://www.tbeeb.net/med
- بنك المصطلحات الموحدة

  http://www.arabization.org.ma

4. تعريب أعراض الجهاز التناسلي، لطيفة الحيان (الأطروحة رقم:2005/404)، الدار البيضاء.

5. الطب الشرعي مبادئ وحقائق –حسين علي شحرور؛ النسخة الأولى، سنة 2000 " 378 صفحة"

6. قانون العقوبات – مجموعة القانون الجنائي؛ قانون رقم 86.14: الجريدة الرسمية عدد 6365، 13 شعبان 1436 (فاتح يونيو 2015)، ص 5490 (النسخة العربية).

7. مدونة الأخلاقيات الطبية، النسخة القديمة: الجريدة الرسمية، عدد رقم 2121 ص 828، 19 يونيو 1953 (النسخة الفرنسية).

8. القانون رقم 131-13 : الجريدة الرسمية عدد 6342 ص 1607، 12 مارس 2015 (النسخة العربية).

9. قرار لوزيرة الصحة رقم 162.11، 13 من صفر 1432 (18 يناير 2011) بتغيير قرار وزير الصحة رقم 1641.03: الجريدة الرسمية عدد 5918 (النسخة العربية).

10. القانون رقم 22.01 المتعلق بالمسطرة الجنائية المعدل بالقانون رقم 86.14: الجريدة الرسمية عدد 6365 بتاريخ 13 شعبان 1436 (فاتح يونيو 2015)، ص 5490 (النسخة العربية).

11. اتفاقية حقوق الطفل، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 25/44، 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989 (النسخة العربية).

12. قانون الالتزامات والعقود ظهير 9 رمضان 1331 (12 أغسطس 1913) صيغة محينة بتاريخ 19 مارس 2015: : الجريدة الرسمية عدد 6344، 28 جمادى الأولى 1436 (19 مارس 2015)، ص 1751 (النسخة العربية).

13. القانون رقم 16.98 : الجريدة الرسمية عدد 6263، 11 شعبان 1435 (9 يونيو 2014) ص 4851. (النسخة العربية).

14. القانون رقم 08-12: المتعلق بالهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء: الجريدة الرسمية عدد 6142، 30 جمادى الأولى 1434(11 أبريل 2013).

15. معجم مصطلحات الطب الشرعي و الطب المهني، غازي محمد (الأطروحة رقم 1988/65)، الرباط.

16. الأمراض التعفنية عند الطفل ترجمة من الفرنسية إلى العربية، بشرى ضاهر (الأطروحة رقم 2014/20)، الدار البيضاء.

17. أهمية التعليم باللغة العربية، عبد الله التطاوي: www.khayma.com (مقال).

18. تعريب التعليم الطبي، خالد بن عبد الغفار آل عبد الرحمن: https://units.imamu.edu.sa/ (مقال).

19. تجربة جامعة العرب الطبية في تعريب العلوم الطبيـــــة، عبد الهادي موسى / عامر رحيل محمد: http://www.voiceofarabic.net/ (مقال).

20. المؤتمرات القومية والوطنية التي عقدت حتى الآن حول تعريب التعليم الطبي وتوصياتها وقراراتها، خالد محيي الدين منيمنة: http://faculty.ksu.edu.sa (مقال).

21. موقع اتحاد الجامعات العربية : http://www.aun.edu.eg/.

22. بحث حول تعريب التعليم العالي في الدول العربية للطالبة ديمة سعد المقرن.

23. متى يتكلم العلم العربية؟ (الطب نموذجًا)، محمود فوزي المناوي : http://www.alukah.net/ (مقال).

24. التجربة العربية في تعريب العلوم وعلوم الطب - صادق الهلالي، مجلة اللسان العربي، عدد رقم 43 (مقال).

25. تعليم الطـب بلغـــة الأم (التجربة السودانية) - عبد الوهاب الإدريسي مجلة اللسان العربي، عدد رقم 43 (مقال).

26. تعريب العلوم الطبية في الوطن العربي : http://www.islamweb.net/ (مقال).

27. قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرون حول تعريب التعليم الطبي (القاهرة 19-1988/1/23).

28. التَّعليم باللغة العربية في التَّعليم الجامعي الاثنين 10 محرم 1425 هـ 01 مارس 2004 م، شبكة المشكاة الإسلامية (مقال).

29. السياسة اللغوية في البلاد العربية، عبد القادر الفاسي الفهري www.hespress.com (مقال).

30. تعريب مبحث أعراض المستقيم والشرج، طارق الهادي (أطروحة رقم: 2003/55)، الدار البيضاء.

31. دور المركز العربي للوثائق والمطبوعات في تعريب التعليم الطبي، يعقوب الشراح www.alyaseer.net (مقال).

32. ارحيلة عباس، تعريب التعليم العالي وتيار الفرنكفونية بالمغرب /http://rhilaabas.arabblogs.com (مقال).

33. الدستور المغربي 2011؛ الفصل الخامس.

34. أهمية التعريب والحاجة إليه في الحياة العربية المعاصرة، عبد الرؤوف خريوش؛ واحة الترجمة (مقال).

35. الرسالة الملكية السامية التي تلاها الوزير الأول السيد عباس الفاسي في افتتاح المنتدى العربي الخامس للتربية والتعليم.

36. كلمة عبد العزيز بن عثمان التويجي المدير العام للمنظمة الإسلامية للتربية و العلوم والثقافة –إيسيسكو- في افتتاح المؤتمر الوطني الأول للغة العربية 2013/12/25.

37. أهمية تعريب التعليم العالي في تحسين مخرجاته، عبد المجيد نصير؛ www.abuiqbal1969.blogspot.com (مقال).

38. تعليم العلوم الصحية والطبية باللغة العربية. منظمة الصحة العالمية، (تعريب مبحث الأعراض التنفسية- جزء1-، زكية بلموذن).

39. مشاهدات وعبر من اليابان حول أهمية تعريب العلوم، وليد خليفة : /http://www.marefa.org (مقال).

40. تعريب مبحث الأعراض التنفسية، أمل البطان (الأطروحة رقم:2005/315)، الدار البيضاء.

41. تعريب لغة التعليم الجامعي بين معطيات الواقع ومستلزمات الضرورة، عبد الرؤوف خريوش؛ مجلة اللسان العربي عدد 50 (مقال).

42. تعريب مبحث أعراض الغدة الدرقية، عبد الخلق عتيق (الأطروحة رقم:2003/87)، الدار البيضاء.

43. نحو طب إسلامي، أمل العلمي. الطبعة الأولى، 1999. أطروحة: تعريب مبحث الأعراض التنفسية- جزء1-، زكية بلموذن.

44. أثر العلوم الإسلامية في تطور الطب ،خوسيه لويس بارسلو اسبانيا،ترجمة : ابراهيم الصياد 2000م. (المساهمة في تعريب مبحث الجهاز البولي (جزء الفحوصات البولية)؛ أطروحة فاطمة قاسمي).

45. مقتطف من خطاب الملك محمد السادس في افتتاح الدورة الخريفية للسنة التشريعية الثالثة المتعلق بالتعليم، 1999 الرباط.

46. الميثاق الوطني للتربية والتكوين، الدعامة التاسعة.

47. مشروع قانون بتغيير وتتميم القانون رقم 01.00 : نسخة 05 غشت 2014، المادة 1 مكرر www.enssup.gov.ma.

48. الحكومة المغربية تتعهد بوضع حد للفوضى اللغوية في البلاد، لطيفة العروسي www.lakome.com (مقال).

49. المساهمة في مبحث أعراض الجهاز التناسلي عند المرأة، كريمة الطيب (الأطروحة رقم:2007/224)، الدار البيضاء.

50. قرار المؤتمر الطبي الرابع والعشرون حول تعريب التعليم الطبي (القاهرة 19-1988/1/23).

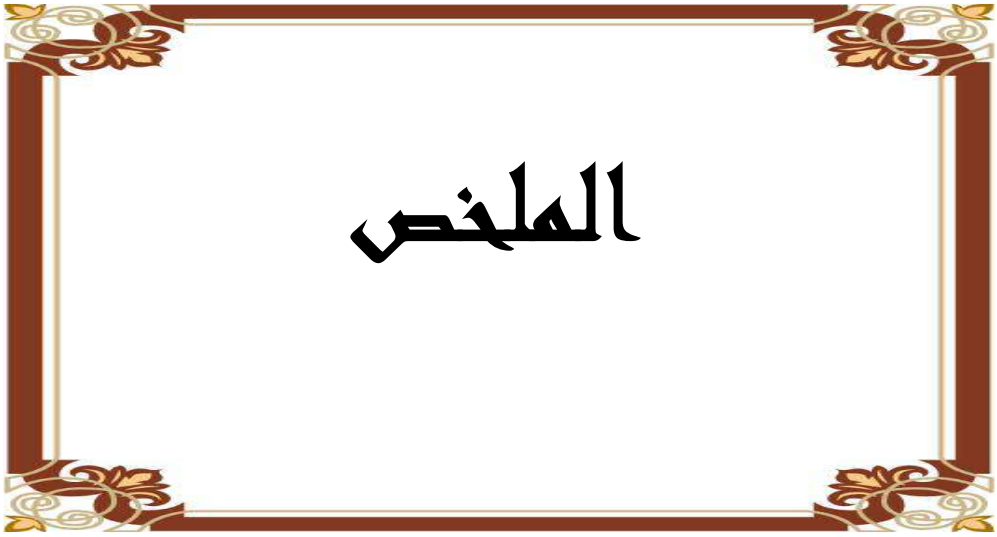
51. نظرات في تعريب العلوم الصحية وأهمية المصطلح الصحي في التراث، الشاهد البوشيخي (دراسات مصطلحية، كتاب من إصدار مكتبة دار السلام).

52. الخطة التنفيذية لتعريب التعليم الصحي والطبي، المؤتمرات القومية والوطنية التي عقدت حتى الآن حول تعريب التعليم الطبي وتوصياتها وقراراتها، خالد محيي الدين منيمنة.

53. المساهمة في تعريب مبحث الجهاز البولي (جزء الفحوصات البولية)، فاطمة قاسمي (الأطروحة رقم:2006/164)، الدار البيضاء.

مواقع إلكترونية مساعدة:

- موقع شبكة أحسن: http://www.emro.who.int/ahsn/AboutAHSN.htm.
- موقع المعجم الطبي الموحد: http://www.emro.who.int/umd/.
- اقتراح العدد في سبيل شرح الموحد: http://www.emro.who.int/ahsn/newsletter-Issue2-Part3.htm.
- موقع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط: http://www.emro.who.int/.
- الموقع العربي لمنظمة الصحة العالمية: http://www.who.int/ar/index.html.
- موقع الدكتور علي عبارة، إختصاصي في الأمراض النسائية والتوليد www.aly-abbara.com/.



الملخص

الملخص

العنوان: ترجمة دروس الطب الشرعي من الفرنسية إلى العربية

الكاتب:انس لعايض

الكلمات الأساسية:الطب الشرعي، التعريب، المعجم الطبي الموحد

تعتبر هذه الأطروحة مساهمة منا لإغناء المكتبة العلمية المغربية بمرجع علمي خاص بالطب الشرعي باللغة العربية؛ ونأمل من خلالها تيسير استيعاب طالب الطب لهذه المادة، مما سيساهم في تقوية تحصيله العلمي وتقوية تواصله الصحي مع محيطه ونأمل كذلك وضع لبنة في مسار التمكين للبدء في تدريس العلوم الطبية باللغة العربية في المغرب.

وقد اعتمدنا خلال إنجازنا لهذا البحث على الوسائل المتوفرة من معاجم طبية وقانونية ولغوية ومراجع معتمدة وكما اعتمدنا أيضا على القوانين والظهائر والقرارات الوزارية المتوفرة باللغة العربية قصد وضع الترجمة الرسمية والتي تكون أكثر دقة. ثم اتبعنا منهجية علمية مكنتنا من الحصول على ترجمة لمقرر دروس الطب الشرعي إلى اللغة العربية والذي يحتوي على خمسة عشرة درسا؛ كما ألحقنا به معجما يضم المصطلحات العلمية الواردة فيه، بثلاث لغات: العربية، الفرنسية والإنجليزية.

بعد ذلك، قمنا بتحليل المقرر شكلا ومضمونا، وبتقييم نجاعة المعجم الطبي الموحد في الإحاطة بالمصطلحات الطبية الواردة في الدروس، فكانت النتائج جد مشجعة حيث أظهرت أن هذا المعجم يلبي حاجياتنا في ترجمة مصطلحات الطب الشرعي، ويبقى أن نستعين برصيدنا اللغوي العلمي حتى نتمكن من صياغة الدروس بشكل جيد.

وفي النهاية، قمنا بالإجابة على الإشكاليات التي تطرحها مسألة تعريب العلوم الصحية بالمغرب؛ وواقع تدريس العلوم الطبية والطب الشرعي بالعالم العربي. ووقفنا عند أهمية دراسة العلوم باللغة الأم وما له من إيجابيات وخصوصا مع توفر مرتكزات داعمة متمثلة أساسا في أحكام الدستور المغربي ومقتضيات الميثاق الوطني للتربية والتكوين، واللذان ينصان على أن اللغة الرسمية للتدريس هي اللغة العربية.

كما أوردنا بعض التجارب المغربية التي تساهم في تقريب اللغة العربية في الميدان الصحي والتي نفتخر بها، واقترحنا خطوات عملية للبدء في تدريس الطب باللغة العربية في بلادنا.

Résumé

Titre : Traduction des cours de Médecine légale du Français en Arabe

Auteur : Anas LAYAD

Mots clés : La médecine légale, L'arabisation, le Dictionnaire Médical Unifié.

Cette thèse peut être considérer comme une contribution à l'enrichissement de la bibliothèque scientifique Marocaine par un ouvrage scientifique de Médecine Légale en langue arabe. Cet ouvrage a pour objet de faciliter la compréhension de cette matière par l'étudiant en médecine, renforcer son éduction et aussi sa communication sanitaire avec son environnement, en espérant qu'il soit l'une des premiers pas dans la voie de l'arabisation des sciences médicales au Maroc.

On a utilisés dans cette recherche tous les moyens disponibles, entres autres : Dictionnaires médicaux, juridiques, et linguistiques. On a utilisés aussi les lois, Dahirs et notes ministérielles disponibles en arabe afin de mettre la traduction officielle et plus précise. En utilisant une méthodologie scientifique, on a réussis à obtenir un polycopié de Médecine Légale contenant 15 leçons, accompagné d'un glossaire des termes scientifiques contenues dans les leçons en trois langues : arabe, français et anglais. On a analysés la forme et le fond du polycopié par suite, pour évaluer l'efficacité du Dictionnaire Médical Unifié dans la traduction des termes médicaux contenues dans les leçons.

Puis, on a répondus aux questions liées à l'Arabisation des sciences de la santé et la réalité de l'enseignement des sciences médicales et de la Médecine Légale dans le monde arabe tout en citant les avantages d'étudier ces sciences par la langue maternelle, surtout avec l'existence des piliers de soutien, représentés principalement par les dispositions de la Constitution Marocaine et les exigences de la Charte nationale pour l'éducation et la formation, qui stipulent que la langue officielle d'enseignement est la langue arabe.

Pour conclure cette thèse, on a mentionnés quelques expériences Marocaines dans le rapprochement de la langue arabe au domaine de la santé dont on est fier, et on a finis par la proposition de quelques mesures concrètes pour commencer l'enseignement de la médecine en arabe dans notre pays.

Abstract

Title: Translation of Legal Medicine courses from French to Arabic
Author: Anas LAYAD
Key words: Legal Medicine, Arabization, The Unified Medical Dictionary.

This thesis may be considered as a contribution to extend the scientific Moroccan library with a scientific Legal Medicine book in Arabic. We did this work to make it easy for the medical student to understand this subject, strengthen his education and his medical communication with his surroundings and we hope to make this work a first step towards the Arabization of the Medical Science in Morocco.

We used during our research all available means such as medical, legal, and linguistic dictionaries. We also used laws, Dahirs and ministerial notes written in Arabic, to make the translation formal and more accurate.The scientific procedure that we used allowed us to have a translation of a legal medicine handout which contains 15 lessons; We delivered the handout with a glossary of scientific terms used in the lessons in three languages: Arabic, French and English.Then we analyzed the form and the essence of the handout to evaluate the efficiency of the Unified Medical Dictionary in the translation of the medical terms of these lessons.

After that, we responded to the questions related to the problem of the Arabization of health sciences in Morocco and the reality of education of medical and medical-legal sciences in the Arabic world, we also mentioned the advantages of education sciences with our mother language especially for the existence of some support pillars, represented essentially by the Moroccan constitution and the obligations of the national chart of education and formation which confirms that the official language of education is Arabic.

Finally, we talked about some Moroccan experiences that participated in bringing Arabic language closer to the health field in which we are proud, and we suggested some practical steps to start educating medicine in Arabic in our country.

قسم ابقراط

قسم ابقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضي هدفي الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dés la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

سنـة : 2016 **أطروحة رقم : 37**

ترجمة دروس الطب الشرعي
من الفرنسية إلى العربية

أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

السيد : انس لعايض
المزداد في 06 شتنبر 1990 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية : الطب الشرعي، التعريب، المعجم الطبي الموحد.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

السيد : محمد عدناوي أستاذ في الطب الباطني	**رئيس**
السيد : جمال الدين البورقادي أستاذ في الأمراض الصدرية	**مشرف**
السيدة : فضيلة آيت بوغيمة أستاذة في الطب الشرعي	**أعضاء**
السيد : أحمد عزيز بوصفيحة أستاذ في طب الأطفال	
السيد : مصطفى محفوظ أستاذ في جراحة العظام والمفاصل	