وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أحمد دراية – ادرار –
كلية الحقوق والعلوم السياسية

النظام القانوني للنفايات الطبية
في التشريـع الجزائـــري والمقـارن

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الحقوق

تخصص: القانون الخاص

إعداد الطالبة:
كشناوي نصيرة

تحت إشراف:
الأستاذ: أزوا عبد القادر

نوقشت بتاريخ 2023/12/06 من طرف لجنة المناقشة المتكونة من:

الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
وناس يحي	أستاذ	جامعة أدرار	رئيساً
أزوا عبد القادر	أستاذ	جامعة أدرار	مشرفاً ومقرّراً
بركاوي عبد الرحمان	أستاذ محاضر (أ)	جامعة عين تموشنت	عضواً
سيد أعمر محمد	أستاذ محاضر (أ)	جامعة غرداية	عضواً

الموسم الجامعي: 2023-2024

إهداء

أحتسب ثمرة هذا الجهد المتواضع صدقة جارية على روح أخي العزيز "عادل" الذي اختطفته المنية من بيننا ولا يسعنا أن نقول إلا ما يرضي الله " إنا لله وإنا إليه راجعون، لله ما أعطى ولله ما أخذ"، عسى أن تنزل قراءة كل حرف من أحرف هذا العمل على قبره رحمات ودعوات بالمغفرة من طرف كل من تصفحه أو انتفع به.

كذلك، هي صدقة على روح من بذل النفس والنفيس لتربيتي ولأصل إلى ما أنا عليه " أبي الغالي" تغمده الله بواسع رحمته.

أما الإهداء، فهو إلى التي كانت ولا زالت رفيقة دربي في الحياة، التي تكبدت كل المشقة والصعاب لتكون سنداً لنا في كل مرحلة من مراحل الحياة " أمي الحبيبة" أطال الله في عمرها ورزقها الصحة والعافية.

إلى أولادي ونصفي الآخر " شريكي في الحياة " أدام الله المحبة بيننا.

إلى إخوتي وأخواتي وعائلتي كل باسمه وبالأخص "جدتي وعمتي" رعاهما الله.

إلى توأم روحي "سومية" أسعدها الله وصديقاتي الغاليات " إيمان، خدوجة وخيرة" وفقهن الله.

إلى زملائي وزميلاتي بالعمل وكل رفقاء المشوار الدراسي والجامعي.

نصيرة

شكـر و امـتـنـا ن

بسم الله خالق الأرض والسماء، صاحب الجود والعطاء،

بدايةً، الشكر والحمد لله الذي شرفنا بالإسلام ورفعنا بالقرآن،

الشكر والحمد لله عز وجل الذي خلقنا فأحسن صورنا وأكرمنا فسوى خُلُقنا،

الشكر والحمد لله الذي أعاننا فنوَر دربنا وسدد خطانا وأمدنا بالعفو والعافية لإنجاز هذا العمل، فله الحمد أوله وآخره.

أما ثانياً، فخالص الشكر والامتنان لأستاذي المشرف " أزوا عبد القادر" على توجيهاته السديدة وملاحظاته القيمة.

خالص الشكر والعرفان لكل أساتذتي الأفاضل كل واحد باسمه، ودون استثناء، على كل ما علمونا إياه عسى أن يجازيهم الله عنا خير الجزاء.

ولكل من ساعدني في إتمام هذا العمل من قريب أو من بعيد.

وما توفيقي إلا بالله

نصيرة

قائمـــــة المختصرات

باللغة العربية:

ج. ر. ج: الجريدة الرسمية الجزائرية

ج. ر. م: الجريدة الرسمية المغربية

د. د. ن: دون دار نشر

ص: صفحة

ط : الطبعة

باللغة الفرنسية:

C.CIV : Code Civil

CE : Conseil d'Etat.

DAS : Déchets d'activité de soins.

DASRI : Déchets d'activité de soins à risque infectieux.

JORF: Journal Officiel de la République Française.

OP. Cit: Ouvrage précédemment cité.

TC : Tribunal des conflits.

مقدمة

تعتبر العديد من الأمراض والأسقام التي تفتِك بالإنسانية مؤخراً، وكذا الأضرار التي تصيب البيئة نتاجاً للتطور العلمي والتقني والتكنولوجي الذي بلغه الإنسان، فبعد الحياة البسيطة التي عاشها العدد المحدود من السكان وإنتاجهم لمخلفات قليلة ذات مواد يسهل التخلص منها من مختلف مكونات البيئة، سواء كانت تربة أو هواء أو ماء عن طريق تحويلها إلى أشكال مقبولة في الطبيعة تحت ما يسمى بعملية " التنقية الذاتية"، ظهر التلوث البيئي الذي يعد واحداً من أكثر الأخطار مواجهة في العصر الحالي والذي ما كان ليظهر إلا في ظل اختلال توازن البيئة وعدم قدرتها على مواصلة تحليل مخلفات الإنسان واستيعاب النفايات الناتجة عن نشاطاته المختلفة، خاصة مع تزايد عدد السكان ودخول الإنسان عصر التقدم العلمي والتكنولوجي في كافة المجالات، وكذا مواكبته للتطور الصناعي بزيادة المنتجات الصناعية وانتشار المعامل التي تساهم مخلفاتها بشكل أساسي في دنوَ هذا الخطر, وهو ما ظهر جلياً في مناطق التجمعات والمدن الكبرى أين وجدت المعامل والمنشآت الصناعية التي سعت الجزائر بعد استقلالها كغيرها من دول العالم الثالث، إلى التركيز عليها للنهوض وتعزيز اقتصادها على حساب التنمية البيئية التي ما فتئت أن أدركت أهميتها وحجم الإهمال الذي طالها بعد أن بدأت الآثار السلبية لهذه لتنمية الاقتصادية في الظهور.

وإن كان الإنسان هو الذي دفع ولا زال يدفع بعجلة التطور والازدهار، فهو الذي يجني بنفسه ثمار ما زرعه وما يزرعه باعتباره المسؤول الأول عن التلوث البيئي الذي تعرفه الدول والقارات، إذ لا يكاد يخلو أي نشاط للإنسان من بقايا مختلفة تسمى " نفايات" تُعرّف على أنها: " كل ما يتبقى من أي نشاط ولا يكون له أي استخدام أولي أو ثانوي عند المصدر، – مع أنه قد تكون لها قيمة إن وجدت في موقع آخر حيثما تتوفر ظروف أفضل لاستخدامها بشكل أحسن–"، وتختلف كمية ونوع هذه النفايات حسب النشاط أو المصدر المنتج لها بحيث قد تكون إما نفايات منزلية، زراعية، صناعية أو نفايات طبية. هذه الأخيرة والتي تنتج جراء النشاطات الممارسة داخل المستشفيات والعيادات الطبية، – بلغت كميتها المنتجة سنة 2002 حوالي 22 ألف طن لتصل في سنة 2016 إلى 30 ألف طن سنوياً–، تشكل بذاتها مصدراً هاماً وغير

عادي من مصادر التلوث البيئي وخطراً حقيقياً محدقاً بصحة الأفراد، ازدادت وتيرته بازدياد كمية النفايات المعدية –المتسبب الأول في نقل العدوى والأمراض بين البشر– بنسبة تتراوح بين 20 و 30 % قياساً بما قبل جائحة كورونا.[1]

وباعتبار أن الحق في بيئة سليمة خالية من التلوث بات مطلباً أساسياً للمجتمع، كان لزاماً على الدول أن تولي عناية فائقة للنفايات ومصادرها وطرق تسييرها للتقليل من الخطر الذي تشكله على البيئة والصحة العامة، من خلال سن قوانين وطنية والمصادقة على اتفاقيات دولية لمحاولة التخفيف من هذه الآثار والوقوف على تدابير صحية وبيئية مناسبة. وقد انصب هذا الاهتمام بشكل كبير على النفايات الطبية كونها صورة عن النفايات الخطرة وهي نتاج كل عمل طبي أو استطباب يخضع له الإنسان سواء في المستشفى، أو العيادة، أو المخبر أو حتى في المنزل، وكذا الحيوان في العيادة البيطرية والتي ستستثنى نفاياتها من هذه الدراسة.

فمع توسع نظم وخدمات الرعاية الصحية التي تعرف تطوراً واكتشافات علمية جديدة كل يوم، ازدادت نسبة المخاطر الناجمة عنها وخاصة في حالة الخطأ في التعامل مع الأدوات والوسائل المستخدمة فيها، ومن بين ذلك الإبر والحقن ذات الاستعمال الواحد والتي ساهمت في زيادة حجم النفايات المطلوب التخلص منها بشكل آمن لا يضر بالصحة العامة سواءً للمتعاملين معها بشكل مباشر في الوسط الصحي من أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، عمال النظافة والمكلفين بجمع القمامة، أو للعابثين بحاويات النفايات في المزابل والشوارع العامة، إذ كثيراً ما يتم التخلص من مخلفات الرعاية الصحية مع النفايات المنزلية التي تصبح أحياناً عديدة وجهةً لذوي النفوس الضعيفة كمدمني المخدرات الباحثين عن الحقن والإبر لاستعمالها في تعاطيهم.

[1] حوار مع السيد كريم وامان، المدير العام للوكالة الوطنية للنفايات، حول تسيير نفايات النشاطات العلاجية في الجزائر في ظل فيروس كورونا، منشور على موقع أصوات مغاربية، التابعة لقناة الحرة، بتاريخ: 2 مايو 2020. للاطلاع ينظر للرابط: https:// www. facebook.com /AgenceNationaleDesDechets/posts/1664352663761804/

وقد أثارت كمية المخلفات والنفايات الناجمة عن النشاطات العلاجية وتزايدها بشكل فظيع انتباه الحكومات والدول إلى ضرورة التكفل الصحيح بها وتسييرها بأكثر الطرق أمناً على الصحة العامة والبيئة في نفس الوقت، وإذا كان هذا هو حال الدول المتقدمة التي بإمكانها تخصيص ميزانيات كبيرة لسد هذا الباب، فلا تزال الدول السائرة في طريق النمو أو دول العالم الثالث تواجه تحديات كبرى في هذا المجال لافتقارها للموارد التكنولوجية والمالية الكافية للتخلص الآمن من نفاياتها الطبية، الأمر الذي يعوق تمتع شعوبها بأبسط حق من حقوق الإنسان وهو الحق في العيش في بيئة سليمة ونظيفة نتيجة تعرضهم للآثار السلبية والضارة لعدم تصريف هذه النفايات بطريقة سليمة.

ويتجلى من كل ما سبق، أن مخاطر أو أضرار هذه النفايات لا تنحصر على البيئة أو المحيط فقط، بل تمتد أيضاً إلى الأفراد خاصة فيما يتعلق بالعدوى الاستشفائية التي تصيب الإنسان جراء إقامته بالمؤسسة الصحية والتي لم يكن يعاني منها قبل دخوله لها. فبالرغم من كل ايجابيات التطور المذهل الذي شهدته العلوم الطبية من مساهمة في القضاء على العديد من الأمراض التي كان شفاؤها مستعصياً والكشف عن مسببات بعضها الآخر للوقاية منها، بالإضافة إلى تمكين الأطباء من السيطرة على كثير من المخاطر المصاحبة لبعض الأعمال الطبية التي كان يصعب سيطرتهم عليها. إلا أنه في الوقت نفسه جاء مصحوباً بالعديد من التحديات ومن أبرزها كيفية التخلص أو التسيير الآمن للنفايات الطبية أو التقليل منها بغية خفض الأضرار الناتجة عنها وكذا تكاليف معالجتها، وهو ما يعرف اليوم ب " التنمية المستدامة في تسيير النفايات العلاجية." ومن هذا المنطلق تعنى هذه الدراسة بالنفايات الطبية من بحث وتحليل للجوانب القانونية المتصلة في القانون الجزائري والمقارن.

وبناء على ذلك، **تنبع أهمية** موضوع هذه الدراسة من خطورة " النفايات الطبية أو العلاجية " على البيئة وصحة الأفراد، بالإضافة إلى الصعوبات والعراقيل التي تواجه الدول في التسيير الفعال لهذه النفايات والتخلص منها بالطرق السليمة أو الآمنة. يضاف إلى ذلك أهمية الموضوع من حيث ما يطرحه من إشكالات قانونية تستوجب وجود نظام قانوني فعال خاص

بهذه النفايات وطرق تسييرها والتخلص منها، وتحديد ضوابط المسؤولية والتعويض عن الأضرار أو المخاطر المترتبة عنها.

ومن حيث أسباب اختيار الموضوع، فإنها تنقسم إلى أسباب شخصية وأخرى موضوعية، فمن الناحية الشخصية كان موضوع " العدوى الاستشفائية" – الذي تم بحثه في مرحلة الماجستير– دافعاً أساسياً لاختيار هذا الموضوع كون النفايات الطبية تمثل أحد أهم أسباب هذه العدوى، في حال سوء تسييرها أو معالجتها. أما من الناحية الموضوعية، فتعود أسباب اختيار هذا الموضوع إلى كونه يحظى باهتمام كل الدول والحكومات التي تسعى جاهدة لمواكبة تحديات العصر بشأن النظام القانوني المتعلق بالنفايات الطبية الذي يستلزم الضبط الجيد لطرق معالجتها وتسييرها، وفي الوقت نفسه التنظيم المحكم للمسؤولية والتعويض عن أضرارها.

وإن كانت جودة النظام القانوني للنفايات الطبية تقتضي أن يتضمن قواعد وقائية في مجال تسييرها ومعالجتها، وأن يتضمن في الوقت ذاته قواعد وأحكام خاصة بالمسؤولية عن الأضرار الناتجة عنها وعن تعويضها، فمن هذا المنطلق تنبع **إشكالية هذه الدراسة** والتي تتمثل في مدى فاعلية ما تضمنه القانون الجزائري من أحكام قانونية في مجال النفايات الطبية من حيث طرق تسييرها ومعالجتها؟ ومن حيث ضوابط المسؤولية عنها في ظل تعدد المدخلين في هذا المجال وكذا تنوع الأضرار التي قد تنجم عنها والتي تستوجب التعويض.

وعليه فالسؤال المطروح هو: ما مدى فعالية النظام القانوني للنفايات الطبية في التشريع الجزائري والمقارن ؟

وقد استوجبت طبيعة الموضوع اعتماد المنهجين **الوصفي التحليلي** من أجل الإلمام بكل جوانب الموضوع من بحث عن التعاريف الأساسية وشرح لمختلف المفاهيم المتعلقة بالموضوع. وكذا استنباط وتحليل ما يطرحه الموضوع من إشكالات قانونية تستوجب الرجوع إلى النصوص القانونية وآراء الفقه وكذا الاجتهاد القضائي. كما ارتكزت الدراسة في الأساس

على المقارنة بين القانونين الجزائري والفرنسي باعتبار الدور الكبير لقرارات واجتهادات قضاء هذا الأخير في إرساء مبادئ المسؤولية المدنية.

وبذلك تكون الدراسة **وصفية تحليلية مقارنة** يرجى منها الوصول إلى جملة من الاقتراحات والتوصيات التي من شأنها ضمان التقليل من الأضرار الصحية للنفايات الطبية والمحافظة على السلامة البيئية في إطار التنمية المستدامة من خلال التسيير الآمن لهذه النفايات والتي أطلق عليها المشرع الجزائري مصطلح " نفايات النشاطات العلاجية " لاشتمالها حسب نظره على كل أنواع النفايات المفرزة من المنشآت الصحية بكافة أنواعها: طبية أو شبيهة بالمنزلية، ولذلك سيستخدم هذا المصطلح أي " نفايات النشاطات العلاجية " في ما تبقى من هذه الأطروحة بدلاً من مصطلح " النفايات الطبية ".

وبهدف الإحاطة بشتى جوانب الموضوع، اتبعنا **خطة بحث** مكونة من بابين، يشمل كل منهما فصلين، حيث يعنى الباب الأول بالنفايات الطبية، تصنيفها وتسييرها انطلاقاً من تعريفها وأنواعها وتأثيراتها على البيئة والصحة العامة ضمن الفصل الأول ليتم في الفصل الثاني تعداد مصادرها وطرق تسييرها، ليختص بعدها الباب الثاني من الخطة المتبعة في المسؤولية عن أضرار النفايات الطبية والتعويض عنها حيث يعنى الفصل الأول منه بالمسؤولية المدنية والجزائية عن أضرار هذه النفايات من حيث تحديد نطاقها، الأساس والأركان التي تقوم عليها وكذا ضوابط تحديد المسؤول عن أضرارها، إن كان في التشريع الجزائري أو في التشريع الفرنسي، ليتم التطرق بعدها إلى التعويض عن هذه الأضرار وتقدير المستحق منه في الفصل الثاني.

الباب الأول

النفايـــــات الطبية؛

التصنيف والتسيير

الباب الأول

النفايـــــــات الطبية؛ التصنيف والتسيير

أدت الزيادة الهائلة في النمو الديمغرافي لسكان العالم وارتفاع وتيرة نشاطاتهم الزراعية والصناعية وغيرها، بطريقة تمكنهم من سد حاجياتهم اليومية وتكييف المحيط بشكل يتلائم ونمط المعيشة التي يحيونها، إلى طرح كميات أكبر من الفضلات والمخلفات والمواد التي تؤثر سلباً على صحة الإنسان ومحيطه وعلى البيئة بشكل عام. وبذلك، تلتقي المجتمعات بأسرها بخصوص النفايات،[1] في ارتباط هذه الأخيرة بعلاقة طردية مع عدد السكان بحيث تزداد المخلفات الناتجة عنهم كلما زاد عددهم كمخلفات الأنشطة المنزلية والبناء والزراعة وغيرها،[2] في حين تختلف نسبة النفايات ونوعها من مجتمع لآخر، حيث تختلف مكوناتها في الدول المتقدمة عنها في الدول النامية.[3]

---

[1] " يعد تعبير النفايات أدق في دلالته على المعنى من تعبير المخلفات، فهذا الأخير أعم وأشمل من تعبير النفايات، ومن ثم فكل النفايات تعد مخلفات، والعكس غير صحيح." خالد السيد متولي، ماهية المواد والنفايات الخطرة في القانون المصري، د د ن، ط 1، 2008، ص 21. نقلاً عن: أمل نور الدين طاهر، خصوصية المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية للنفايات الخطرة (دراسة مقارنة)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2018، ص 10.

[2] " إن الهدف الذي نسعى له ككل، ولسردنا بعض الأمور والواقع غير المحبب لدينا يجعلنا نسعى إلى تفاديها أو على الأقل ننبه بها المسؤولين الذين لهم القدرة على إحداث التغيير إلى الأفضل." الطاهر إبراهيم الثابت – رئيس النادي الليبي للمخلفات الطبية–. نقلاً عن: فيلالي محمد الأمين، التسيير المستدام لنفايات النشاطات العلاجية (دراسة تطبيقية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة متنوري قسنطينة، السنة الجامعية: 2007/2006، ص 78.

[3] عمار سيدي دريس، اتجاهات موظفيّ الصحة نحو إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الجزائرية (دراسة ميدانية بمستشفى: ابن رشد وابن سينا بولاية عنابة)، مجلة دراسات وأبحاث، العدد 25، السنة الثامنة، جامعة الجزائر، ديسمبر 2016، ص 3.

"... وفيما ازداد المجتمع الأوروبي ثراءً، فهو صار يولد النفايات أكثر فأكثر. إذ في كل عام، في الاتحاد الأوروبي وحده، ترمى 3 مليارات طن من النفايات، 90 مليون منها من النفايات الخطرة. وهذا يوازي تقريباً 6 أطنان من النفايات الصلبة لكل مواطن أوروبي، وفق الإحصاءات الأوروبية. وبين سنة 1990 و 1995، ازدادت كمية النفايات المولدة في أوروبا بنسبة 10 %، وفق منظمة التعاون والتنمية الاقتصاديين (OECD). وتشير بيانات الإحصاءات الأوروبية إلى إن كل مواطن أوروبي، بشكل متوسط، كان ينتج 468 كيلوغراماً من النفايات الصلبة البلدية في عام 1995 وصار ينتج 524 كيلوغراماً في 2008. وبحلول 2020، تقدر المنظمة أن 45 % زيادة من توليد النفايات ستسجل مقارنة بعام 1995 في الاتحاد الأوروبي. مما يعني أنه إن لم توضع تدابير سياساتية فعالة لتخفيض توليد النفايات، سيولد كل مواطن أوروبي، بشكل متوسط، 558 كيلوغراماً من النفايات بحلول 2020. وتقدر الكمية الإجمالية للنفايات المولدة في البلدان العربية ب 81.4 مليون طن سنوياً على أساس

ويدخل ضمن هذه الفضلات النفايات العادية أو الشبيهة بالمنزلية، وكذا النفايات شديدة الخطورة صحياً وبيئياً وهي" النفايات الطبية " الناجمة عن النشاطات المتعددة للمرافق الصحية بمختلف صفاتها، والتي ترمى في الغالب – في الدول النامية على وجه الخصوص– بشكل عشوائي دون عناية كافية أو يتخلص منها بطرق غير سليمة تكفل التقليل من مخاطرها.

فالنفايات الطبية تعتبر من أكثر الأخطار التي تهدد صحة الإنسان في المجتمع والعاملين بالمؤسسات الصحية، بالنظر لما يمكن أن تنقله من أمراض وأوبئة فتاكة وخطيرة سريعة الانتشار بين الأفراد وكذا تلك الأضرار البيئية التي يمكن أن تنتج عنها في حالة التخلص منها بطريق الرمي في المفارغ العمومية أحياناً تفادياً للتكاليف الباهظة التي تتطلبها عمليات المعالجة العلمية لها. وهو ما يجعلها تمثل اليوم أحد أهم المشاكل الخطيرة والتحديات الصعبة التي نعيشها وتواجهها البيئة المعاصرة بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة.[1]

لذلك سيتضمن هذا الباب فصلين يحوي أولهما التصنيف القانوني للنفايات بما فيها الطبية ليعدد الفصل الثاني مصادر هذه الأخيرة وطرق تسييرها.

معدل يصل سنوياً إلى حوالي 265 كيلوغراماً للفرد الواحد." شتيفان شيننا خ– ايمري سوار– أوريت زواريتز– إبراهيم أبو عياش، مشروع تقرير " لنقم بها"، الجمعية البرلمانية للاتحاد من اجل المتوسط (لجنة الطاقة والبيئة والمياه)، بدون بلد، بدون سنة، ص8.

[1] فكيري آمال، مخاطر نفايات النشاطات الطبية على الصحة في المجتمع – إشارة إلى حالة الجزائر–، مجلة المفكر، العدد الثالث عشر، جامعة بسكرة، دون سنة نشر، ص228.

Yaya SIDIBE, Problématique de la Gestion des déchets Biomédicaux en commune IV du district de Bamako, thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat), Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Mali, Année Universitaire 2010-2011, p 2: "Ces déchets constituent des lieux de concentration des micro-organismes, et sont responsable de pollution environnementale et atmosphérique. Leur mauvaise gestion contribue à la propagation des infections à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux, souvent liés à la méconnaissance de certains actes individuels ou collectifs".

الفصل الأول

التصنيف القانوني للنفايات وللنفايات الطبية

على الرغم من وجود بعض التصرفات البسيطة التي يمكن التقيد بها انطلاقاً من مبدأ أن: " كل مواطن يمكنه رمي الأقل والأحسن من النفايات"،[1] نجد أن من أهم أسباب انتشار هذه الأخيرة هو تجاهل أو عدم وعي الأشخاص بالحجم الحقيقي للمخاطر التي تسببها. وبتفصيل أكثر، تتلخص أسباب انتشار النفايات فيما يأتي:

أ. الزيادة المضطردة في عدد السكان وظهور أنماط وسلوكيات معيشية جديدة؛

ب. ارتفاع نسبة دخل الفرد في بعض الدول مما يؤدي بالمقابل إلى زيادة معدلات الاستهلاك؛[2]

ت. سرعة التقّدم الّصناعي الذي صاحبه ارتفاع كمية المخّلفات الصناعية، وعدم التمّكن من التخّلص منها بنفس السرعة؛

ث. اعتماد طرق غير سليمة في التخّلص من النفايات مثل: الحرق، رمي النفايات في البحار والأنهار، رمي النفايات في المكبات، وغياب الشعور بالمسؤولية عند المسؤولين لإيجاد حلول جذرية؛

ج. عدم وجود تحّرك فعال للحّد من هذه المشكلة، فالتحّركات قائمة على نشاطات واجتهادات فردية على مستويات ضئيلة ومناطق محّددة؛

---

[1]" Des gestes simples permettent d'agir concrètement pour améliorer le cadre de vie et préserver le bien-être de chacun : chaque citoyen peut jeter moins et jeter mieux." Gestion des déchets, guide pour les établissements publics d'enseignement supérieur ou de recherche, centre national de recherche scientifique, Paris, France, 2002p 3. visité le 16/12/2016 sur le site:www.sdfp.Lnet.fr

[2] زياد خلف عليوي الجوالي و مهند بنيان صالح المفرجي، المسؤولية المدنية عن النفايات الطبية، مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية، جامعة كركوك، العراق، بدون تاريخ، ص 133.

ح. غياب القوانين الصارمة والرادعة التي تمنع رمي النفايات وتعاقب المخالفين بدفع الغرامات أو الحبس.

خ. عدم إمكانية استيعاب الكم الهائل من النفايات في مكب واحد؛

د. البطء في التّخّلص من النفايات لعدم وجود فعاليات كافية؛

ذ. إهمال المواطنين وعدم إدراكهم لحجم المشكلة البيئية الناتجة عن النفايات.[1]

وبغية الإحاطة بمشكل النفايات وتزايدها المرتبط أساساً باختلاف أنواعها وتعدد مصادرها، سيقسم هذا الفصل إلى مبحثين: يخصص المبحث الأول لمفهوم النفايات ويعنى المبحث الثاني بمفهوم النفايات الطبية بالتحديد.

المبحث الأول: مفهوم النفايات:

بعد أن كان مشكل النفايات وتلوثيها للبيئة محلاً لاهتمام الدول الأوروبية المتقدمة فقط ومن بينها فرنسا، وكذا من اهتمامات القضاء الفرنسي، وبعد أن أضحى هذا التلوث البيئي بالنفايات بكافة صوره وأشكاله آفة للعصر ومن العوامل التي تهدد استقرار كل المجتمعات، بدأ يحظى باهتمام الدول النامية وذلك بعد أن صار شعور الحق في بيئة سليمة وخالية من التلوث يراود سكانها أيضاً،[2] وهو الأمر الذي لا يتجسد إلا من خلال الإدارة السليمة والتخلص الأمثل من النفايات. ولضبط مفهوم هذه الأخيرة، سيختص هذا المبحث ضمن ثلاث مطالب بتعريف النفايات وتبيان خصائصها(المطلب الأول) ثم تعداد مختلف أصنافها(المطلب الثاني)، وكذا تحديد الإطار المؤسساتي لتسيير النفايات لدى المشرع الجزائري (المطلب الثالث)

[1] محمد مسلم و عبد القادر مسعودي، إسهامات رسكلة النفايات في تحقيق التنمية المستدامة، مداخلة تندرج ضمن المحور الثاني: أبعاد وآفاق التنمية المستدامة، الملتقى الدولي الخامس: استراتيجيات الطاقات المتجددة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة، أيام 13 إلى 24 أفريل 2018، جامعة البليدة 02، الجزائر، ص 4.

[2] به شيمان فيض الله عمر، المسؤولية المدنية عن أضرار التلوث بالنفايات، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر، 2016، ص10.

المطلب الأول: تعريف النفايات وخصائصها:

قد يقال نفايات، فضلات أو قمامة، فكلها مصطلحات يتداول استعمالها دون علم بمدلولها،[1] غير أن المصطلح المتداول في النصوص القانونية هو " النفاية "، ولذلك سيتم استخدامه خلال هذه الأطروحة. ويحظىكل مصطلح بمعنى يعرّف به ويميزه عن غيره، وهو ما ينطبق على كلمة " نفايات" التي تحظى بمعنى لغوي، وكذا اصطلاحـــي وآخر قانوني، سيتم التطرق إليها في الفرع الأول لتذكر خصائص النفايات في الفرع الثاني.

الفـــــرع الأول: تعريف النفايات:

النفايات لغةً جمع " نفاية" المشتقة من الفعل " نفى أو ينفي " أي طرده وأبعده، ويقال نفاية بالضم: أي ما نفيته منه لرداءته.[2]

ويقصد بالنفاية أيضاً بقية الشيء، ويقال نفاية الشيء ونفاته ونفوته ونفاؤه ونفاوته، وتأسيساً على ذلك فإن معنى النفاية يدور حول معنى التخلص من الشيء لرداءته وعدم فائدته.[3] كما عرفت كذلك على أنها:« ما ترفضه أماكن المجتمعات السكنية والحيوانية.»[1]

---

[1] " يستوجب الأمر هنا الإشارة إلى تعريفها الدقيق لتسهيل التمييز بينها:

القمامة (Ordure): هي نفايات ذات مظهر مقزز تثير الاشمئزاز.

الفضلة (Résidu): هي بقايا مواد نتيجة تداخل عدة عوامل أثناء عملية التصنيع أو التحويل سواء كانت طبيعية أو لا.

النفاية (Déchet): هي بقايا مواد قابلة للاسترجاع أو لا، متروكة نتيجة لعملية إنتاج أو استهلاك." أمنة تيطراوي، تطبيق آلية إعادة تدوير النفايات في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة ودورها في تحقيق الاستدامة البيئية – دراسة حالة مجموعة من المؤسسات الصغيرة والمتوسطة (Algal+Tindal مطاحن الحضنة) – بالمسيلة، مداخلة ملقاة بالملتقى الوطني حول إشكالية استدامة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة الشهيد حمه لخضر، يومي 06 و 07 ديسمبر 2017، الوادي، ص2.

[2] ابن منظور جمال الدين محمد بن مكرم الأنصاري، لسان العرب، الجزء العشرون، الدار المصرية للتأليف والترجمة، ص210.

[3] مروان العطية، معجم المعاني الجامع – معجم عربي عربي–، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، 2018. ثامر مصطفى محمد، المواجهة القانونية والأمنية للتداول غير المشروع للمواد والنفايات الخطرة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2015، ص53. نقلاً عن: دلال بليدي، النفايات الطبية والمسؤولية العقدية المترتبة عنها، مجلة روافد، العدد الثالث، بدون بلد نشر، ديسمبر 2017، ص 59.

والنفايات اصطلاحاً هي: كتلة غير متجانسة من مخلفات يتخلص منها المجتمع، كما تمثل الأشياء غير المرغوب فيها وغير المفيدة التي لا يحتاج إليها، ومنها برزت كلمة نفاية وجمعها نفايات.[2]

وتعرَف على أنها: " الأشياء المتروكة والتي تعد غير مرغوب فيها في الاستخدامات الإنسانية، والتي يراد التخلص منها. وعرفت كذلك على أنها مواد أو أشياء يجرى التخلص منها أو ينوى التخلص منها أو مطلوب التخلص منها."[3]

كما عرف التوجيه الأوروبي 2008-29 النفايات في المادة الثالثة منه (03) على أنها: " كل المواد والأشياء التي يتخلص منها الحائز أو ينوي التخلص منها، والنفايات الخطرة هي التي تتميز بخصائص خطرة والتي ذكرها هذا التوجيه في ملحقه الثالث."[4]

أما تعريف النفايات قانوناً، فقد عرف المشرع الفرنسي النفايات في القانون رقم 75-633 الصادر في 15 جويلية 1975، المتعلق بإزالة النفايات واسترجاع المواد الأولية على أنها: " كل بقايا الإنتاج، التحويل، الاستعمال سواء كانت آلات أو توابع أو بصفة عامة كل الأشياء التي تخلى عنها مالكها أو موجه للرمي."

وبموجب نص المادةL.541-1 من قانون البيئة الفرنسي، النفايات هي تلك: " التي تنتج عن عمليات الإنتاج أو التحويل أو استخدام أي مادة أو عنصر أو منتج تم التخلص منه أو من المحتمل أن يتم ذلك."[5]

---

[1] خالد السيد المتولي محمد، نقل النفايات الخطرة عبر الحدود والتخلص منها في ضوء أحكام القانون الدولي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005، ص 34. نقلاً عن: دلال بليدي، مرجع سابق، ص 59.

[2] محمود محمد محمود ضيفة، إدارة نفايات الرعاية الصحية بمستشفى السلاح الطبي بأم درمان، بحث لنيل درجة الماجستير في إدارة الصحة، السودان، 2015، ص18.

[3] صالح محمد بدر الدين، المسؤولية عن نقل النفايات الخطرة في القانون الدولي، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون تاريخ نشر، ص33. نقلاً عن: دلال بليدي، مرجع سابق، الصفحة نفسها.

[4] زليخة لحميم، المسؤولية المدنية لمنتج النفايات، حوليات العدد 27، الجزء الأول، جامعة ورقلة، 2015، ص230.

[5] « Tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destiné à l'abandon.» Art L.541-1 du code de l'environnement. Delphine Corteel,

أما المشرع المصري، فقد خصص للنفايات الفصل الثاني من الباب الأول من القانون 04-94 المتعلق بحماية البيئة تحت عنوان " المواد والنفايات الخطرة." [1] فعرف النفايات الخطرة بأنها: "مخلفات الأنشطة والعمليات المختلفة أو رمادها المحتفظ بخواص المواد الخطرة التي ليست لها استخدامات تالية أصلية أو بديلة مثل النفايات الإكلينيكية من الأنشطة العلاجية والنفايات الناتجة عن تصنيع أي من المستحضرات الصيدلية والأدوية أو المذيبات العضوية أو الأحبار والأصباغ والدهانات."[2]

وعرف المشرع الجزائري النفايات على أنها: " ما تخلفه عملية الإنتاج أو التحويل أو الاستعمال وبصفة أعم كل مادة أو منتوج وكل شيء منقول أهمل أو تخلى عنه صاحبه."[3] وقد ورد نفس هذا التعريف وبوضوح أكثر في المادة 3 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها،[4] فهي: " كل البقايا الناتجة عن عمليات الإنتاج أو التحويل أو الاستعمال، وبصفة أعم كل مادة أو منتوج وكل منقول يقوم المالك أو الحائز بالتخلص منه أو قصد التخلص منه، أو يلزم بالتخلص منه أو بإزالته".

بمعنى أن النفايات، بموجب كل ما سبق، هي:

- كل المتبقي والمتخلف عن العمليات الإنتاجية أو التحويلية بمختلف أنواعها وأحجامها وتركيبتها، أي كل ما يتبقى من مستلزمات عملية الإنتاج أو التحويل كالمواد أو

Stéphane le lay, Introduction, Travailler aux abords des déchets : un clair-obscur contemporain, p 15. Visité sur le site: http://www.cairn.info/travailleurs- des déchets--9782749214368-page-15.htm, le 02/12/2016.

[1] زليخة لحميم، المرجع السابق، ص 231.

[2] السيد المراكبي، الحماية القانونية للبيئة من التلوث في قانون البيئة رقم 04 لسنة 1994 المعدل بالقانون رقم 09 لسنة 2009، دار النهضة العربية، 2010، ص 185.

[3] المادة 89 من القانون 83 – 03 المؤرخ في 05 فبراير 1983، يتعلق بحماية البيئة، ج ر ج العدد 06 الصادرة بتاريخ 08 فبراير 1983، الملغى بموجب القانون رقم 03-10 المؤرخ في 19 جويلية 2003 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، ج ر ج العدد 43، الصادرة بتاريخ 20 جويلية 2003.

[4] المادة 3 من قانون رقم 01- 19 مؤرخ في 27 رمضان 1422 الموافق 12 ديسمبر 2001، يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 77 لسنة 2001.

الأجزاء والقطع الزائدة عن الحاجة أو غير الصالحة للاستعمال بصورتها الحالية أو التي يبطل استعمالها لسبب ما، مهما كان شكلها صلبة، سائلة أو غازية.

– كل مادة أو منتوج غير تام أو معيب أو فقد ضرورة وأهمية استعماله لعدم صلاحيته أو لمواصفاته أو لتركيبته أو لتآكل أجزائه أو لقِدَمِهِ.

– مختلف الفضلات الناتجة من الاستعمال أو الاستهلاك المباشر كالفضلات المنزلية وفضلات الطرق والمحلات والأسواق العمومية، فضلات الحيوانات والمزارع والأشجار، فضلات المسالخ والمستشفيات والمؤسسات الصحية...

– كل المنقولات المهملة أو المتروكة للإهمال عمداً من قبل صاحبها.[1]

الفـــرع الثاني: خصائص النفايات:

اعتماداً على التعاريف السالفة الذكر، يمكن أن نستشف مجموع الخصائص التي تميز النفايات، وتتمثل في كون النفايات عبارة عن **فضلات أو مهملات** كونها لا تخلو من أن تكون إما بواقي أو مخلفات الاستعمال والاستهلاك المباشر أو أشياء لم تستغل وتركت عمداً أو سهواً، أو فضلات وبواقي عمليات الإنتاج أو التحويل.

وتكون النفاية إما **لينة أو صلبة أو سائلة**، فخلافاً لفضلات المسالخ والمستشفيات ذات الطبيعة اللينة، تمثل مخلفات المباني، الأبنية المهدمة، الركام، الحجر، الحصى وبقايا الحديد ... وغيرها الصفة الثانية للنفايات والتي قد تكون أيضاً في شكل سائل كمياه الصرف وبعض المخلفات السائلة للمصانع.

كما أنها دوماً ما تكون **خطرة أو مضايقة**، ذلك أنترك النفايات في الساحات والطرق والأماكن العامة يشكل دون شك خطراً على مستعملي ومرتادي هذه الطرق والساحات، ففضلاً على أنه تشويه لصورة المكان فهو معيق لحركة المارة ومضر بصحة

[1] العابد رشيدة، تسيير النفايات الصلبة الحضرية، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، السنة الجامعية 2008/2007، ص3.

السكان كونه مصدراً لجلب الحشرات والحيوانات الضالة، وهو خطر غير آني وغير مباشر، في حين تشكل النفايات السامة أو المشعة أو القابلة للاشتعال والانفجار خطراً آنياً ومباشراً لا يمكن أن تترك معه في الشوارع والمزابل العامة وتستوجب التخلص منها بأسرع وأنجع الطرق.

بالإضافة لكل ذلك، تحوز النفايات خاصية **القابلية للمعالجة**، وتعد **هذه الأخيرة** ضرورة حتمية للنفايات بغض النظر عن نوعها، مصدرها أو حجمها، وتختلف طرق هذه المعالجة من دولة إلى أخرى بالنظر إلى المستوى الاقتصادي لهذه الدولة،[1] إذ بناءً على تكاليف المعالجة تختار الطريقة المستعملة في ذلك، مع وجوب مراعاة شروط حفظ الصحة والأمن والنظافة عند معالجة هذه النفايات بغض النظر عن كونها تهدف إلى إزالتها والتخلص منها نهائياً أو أنها طريقة لاسترجاعها والاستفادة منها.[2]

المطلب الثاني: تصنيف النفايات

للنفايات العديد من التصنيفات سيذكر منها فيما يلي بعض ما أورده المشرع الجزائري ضمن فرعين:

الفرع الأول: تصنيف النفايات حسب المرسوم التنفيذي رقم 84-378 المتعلق بالنفايات الحضرية:[3]

أورد المشرع الجزائري تصنيف النفايات في هذا المرسوم وجعل من الطبيعة

---

[1] "... وإن كمية النفايات الصلبة البلدية التي تتم معالجتها بشكل ملائم هي أقل من 20 %، فيما النفايات المعاد تدويرها لا تتخطى 3% من الكمية الإجمالية، مع أنه تم تقدير كمية تصل إلى 80% من هذه النفايات هي قابلة لإعادة التدوير. وقد تعني إعادة تدوير ال77% توفير الملايين من الدولارات سنوياً تنفق على التخلص من النفايات وأيضاً ملايين أخرى من الدولارات هي قيمة الموارد المعاد تدويرها والتي لا تكون قد رميت بكل بساطة." شتيفان شيننا خ- ايمري سوار- أوريت زواريتز- إبراهيم أبو عياش، مشروع تقرير " لنقم بها"، مرجع سابق، ص 8.

[2] ميلود تومي و عديلة العلواني، تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد العاشر، جامعة محمد خيضر، بسكرة، نوفمبر 2006، ص 315.

[3] المرسوم رقم84-378 المؤرخ في 15 ديسمبر 1984، يحدد شروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها،ج ر ج العدد 66 لسنة 1984، ص 2147.

المكونة للنفاية والجهة المسؤولة عن تسييرها ومعالجتها أساساً لتصنيفه هذا،[1] حيث صنف النفايات التي تشبه النفايات المنزلية والتي تنتجها المؤسسات الصحية من بين أصناف النفايات الاستشفائية وتتحمل البلدية مسؤولية رفعها على أنها **نفايات صلبة** (المادة 12 من المرسوم المذكور أعلاه)، أما صنف **النفايات الناتجة عن عملية العلاج** فهي التي تتحمل المؤسسات الصحية مسؤولية إزالتها على نفقاتها الخاصة، وتضم:

- نفايات التشريح وجثث الحيوانات والأزبال المتعفنة.
- أي شيء أو غذاء أو مادة ملوثة أو وسط تنمو فيه الجراثيم والتي قد تتسبب في أمراض، كالأدوات الطبية ذات الاستعمال الوحيد والجبس والأنسجة الملوثة غير القابلة للتعفن.
- المواد السائلة والنفايات الناتجة عن تشريح الجثث. (المادة 13 من نفس المرسوم).

الفرع الثاني: تصنيف النفايات حسب القانون رقم 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها:

ورد تصنيف النفايات في المادة 5 من القانون المذكور،[2] كالآتي:

- النفايات الخاصة بما فيها النفايات الخاصة الخطرة.
- النفايات المنزلية وما شابهها.
- النفايات الهامدة.

وتجدر الإشارة هنا، إلى أنه قد ورد في المادة 3 من نفس القانون مفهوم هذه التصنيفات وتصنيفات أخرى، نذكرها فيما يلي:

---

[1] سوالم سفيان، المسؤولية المدنية التقصيرية عن نفايات النشاطات العلاجية في التشريع الجزائري، ص364. اطلع عليه بتاريخ 2018/08/06 على الموقع: www.univ-soukahras.dz/eprints/2016-620-23e80.pdf
(مقال منشور بمجلة دار المنظومة، عدد 25، جامعة الجلفة، ديسمبر 2016، ص 359 وما يليها) أو على الرابط: http://search.mandumah.com/Record/80961

[2] قانون رقم 01- 19 يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، قانون سابق.

النفايات المنزلية وما شابهها، وهي كل النفايات الناتجة عن النشاطات المنزلية والنفايات المماثلة الناجمة عن النشاطات الصناعية والتجارية والحرفية وغيرها التي بفعل طبيعتها ومكوناتها تشبه النفايات المنزلية. **وكذا النفايات الضخمة،** والتي تتمثل في النفايات الناتجة عن النشاطات المنزلية والتي بفعل ضخامة حجمها لا يمكن جمعها مع النفايات المنزلية وما شابهها.

أما **النفايات الخاصة،** فتضم كل النفايات الناتجة عن النشاطات الصناعية والزراعية والعلاجية والخدمات وكل النشاطات الأخرى والتي بفعل طبيعتها ومكونات المواد التي تحتويها لا يمكن جمعها ونقلها ومعالجتها بنفس الشروط مع النفايات المنزلية وما شابهها والنفايات الهامدة.

كما عرف المشرع في نفس المادة من القانون أعلاه **النفايات الخاصة الخطرة،** على أنها النفايات الخاصة التي بفعل مكوناتها وخاصية المواد السامة التي تحتويها يحتمل أن تضر بالصحة العمومية و/أو بالبيئة.[1] وكذا **نفايات النشاطات العلاجية،** وهي التي تشمل النفايات الناتجة عن نشاطات الفحص والمتابعة والعلاج الوقائي أو العلاجي في مجال الطب الشرعي والبيطري.[2]

---

[1] " قدر إنتاج الجزائر من النفايات الخاصة الخطرة بحوالي 325000 طن سنوياً، حسب إحصائيات السجل العقاري الوطني للنفايات الخاصة، فيما يشير تقرير الوكالة الوطنية للنفايات حول حالة تسيير النفايات في الجزائر إلى أن إنتاج النفايات الخاصة غير الخطرة أكبر مقارنة بالنفايات الخاصة الخطرة. " تقرير حول حالة تسيير النفايات في الجزائر لسنة 2020، صادر عن الوكالة الوطنية للنفايات (وزارة البيئة)، ص 99 و 101. نقلاً عن: خدير أحمد، آليات حماية البيئة من التلوث بالنفايات في التشريع الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في الحقوق، جامعة أدرار، السنة الجامعية 2022/2021، ص 172.

[2] ليزه عبد العزيز أحمد محمود، المسؤولية المدنية الناشئة عن الأضرار البيئية للنفايات الطبية، مداخلة ملقاة في مؤتمر القانون والبيئة، كلية الحقوق، جامعة طنطا، المنعقد في الفترة من 23 إلى 24 أفريل 2018: " وإذ تشكل النفايات بصفة عامة مشكلة خطيرة تهدد العالم بأسره وتسعى العديد من الدول إلى تفعيل منظماتها للتخلص منها، ظهرت مشكلة من نوع خاص من النفايات ألا وهي النفايات الطبية التي تمثل تهديداً حقيقياً، نظراً لأنها تهدد حياة الإنسان والبيئة وذلك لإمكانية نقلها أمراضاً خطيرة وكذا كونها كفيلة بتدمير النظم البيئية الطبيعية في حالة إذا لم يتم التخلص منها بالطرق السليمة المطابقة لمعايير الدولية التي تهدف إلى المحافظة على البيئة والصحة العامة."

ونظراً للسمية العالية التي تحويها نفايات النشاطات العلاجية بضمها لمواد كيميائية سامة ومشعة ومواد معدية من فيروسات، ميكروبات، جراثيم وبكتيريا سريعة الانتشار، فهي قادرة على التسبب بالمرض ما يجعلها تعد من النفايات الخطرة ذات الطبيعة الخاصة.[1]

وأخيراً، عرف المشرع الجزائري **النفايات الهامدة** على أنها كل النفايات الناتجة لاسيما عن استغلال المحاجر والمناجم وعن أشغال الهدم والبناء أو الترميم والتي لا يطرأ عليها أي تغيير فيزيائي أو كيماوي أو بيولوجي عند إلقائها في المفارغ، والتي لم تلوث بمواد خطرة أو بعناصر أخرى تسبب أضراراً يحتمل أن تضر بالصحة العمومية و/أو بالبيئة.[2]

" نظراً للخطورة العالية التي تشكلها هذه الأصناف الثلاثة من النفايات الخطرة (النفايات الخاصة، النفايات الخاصة الخطرة، نفايات النشاطات العلاجية) ، فقد استثناها المشرع من أن تلقى أو تخلط مع النفايات الأخرى التي تخصص لها مواقع محددة، وحظر إيداعها أو طمرها في غير الأماكن والمواقع والمنشآت المخصصة لها. ولعزلها عن النفايات الأخرى ألزم منتجي وحائزي النفايات الخاصة على ضمان تسيير نفاياتهم على حسابهم الخاص، كما ألزم المؤسسات المنتجة للنفايات العلاجية بإزالتها بطريقة تتفادى المساس بالصحة العمومية أو البيئة أو بهما معاً." المواد 3، 8، 16، 17، 20 من القانون رقم 01- 19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، قانون سابق.

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مشكلة النفايات الخطرة ومعالجتها في ضوء التشريع المصري، بحث مقدم في المؤتمر العلمي الخامس " القانون والبيئة "، 24/23 أبريل 2018، كلية الحقوق، جامعة طنطا، مصر، ص 13.

[2] المادة الثالثة "3" من القانون رقم 01- 19 يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، قانون سابق. وناس يحي، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة في التشريع الجزائري، الحصيلة النهائية لمشروع البحث PNR، جامعة ادرار، الوكالة الموضوعاتية للبحث في العلوم والتكنولوجيا، دار الكتاب العربي للطباعة، النشر، التوزيع والترجمة، الطبعة الأولى، الجزائر، 2014، ، ص 9: " أدت حركة التعمير المتسارعة- وبشكل خاص بالمناطق الشمالية- إلى تدهور الإطار المعيشي والصحة العامة والنظافة العامة، نتيجة لانتشار كبير وعشوائي لمواقع النفايات المنزلية والهامدة. وقد بين البرنامج الوطني للتسيير المدمج للنفايات الصلبة الحضرية للمدن الأربعون الكبرى في الجزائر لعام 2002-2004، أن عدد مواقع المزابل غير القانونية أو مواقع النفايات العشوائية يبلغ 30 100 موقعاً عبر التراب الوطني، وينبسط على مساحة قدرها 150.000 هكتار. ويشير التقرير أن غالبية هذه المواقع العشوائية لمطارح النفايات بمختلف أنواعها، تتواجد على طول الوديان والطرقات والأراضي الفلاحية أو الرعوية. ويوضح البرنامج أن مواقع المزابل العمومية المرخصة لا تخضع إلى المعايير العلمية الخاصة باختيار مواقع المزابل العمومية، ولا تخضع لأي دراسة مدى التأثير على البيئة، ويؤكد البرنامج أن هذه المواقع المرخصة لا تخضع أنشطة التهيئة والاستغلال المتعلقة بها إلى أدنى الشروط البيئية المعمول بها، ونتيجة لذلك فإنها تشكل خطراً دائماً على البيئة والصحة العامة."

المطلب الثالث: الإطار المؤسساتي لتسيير النفايات لدى المشرع الجزائري:

من أجل تخفيف الضغط والعبء على الهيئات المحلية المكلفة بالبيئة والمتمثلة في مديريات البيئة وكذا وزارة البيئة كسلطة وصية، استحدث المشرع الجزائري عدة هيئات تتشارك مع وزارة البيئة في الحفاظ على هذه الأخيرة وتختلف طبيعتها بالنظر للمجالات البيئية الموكل إليها شأن تسييرها وتنظيمها،[1] نذكر منها:

" المرصد الوطني للبيئة والتنمية المستدامة " ،" المعهد الوطني للتكوينات البيئية "، "المركز الوطني لتكنولوجية إنتاج أكثر نقاء" ، " المحافظة الوطنية للتكوين البيئي" ، "مركز تنمية الموارد البيولوجية " ، " المجالس الوطنية الاستشارية " ، " الهيئات المستقلة " و " الوكالة الوطنية للنفايات."

وقد استحدثت هذه الأخيرة، وهي التي تعنينا، بموجب المرسوم التنفيذي رقم 02-175 المؤرخ في 20 ماي 2002[2] الذي حدد اختصاصاتها، تشكيلتها وكيفية عملها. وقد عرف المشرع الجزائري في المادة الأولى (1) من هذا المرسوم الوكالة الوطنية للنفايات بأنها: "مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي"، كما أخضعها في المادة الثانية (2) منه للقانون الإداري في علاقاتها مع الدولة وللقانون التجاري في علاقاتها مع الغير، مع إشارته إلى أنها تسير وفقاً لنظام الوصاية الإدارية من طرف الوزير المكلف بالبيئة، حسب المادة الثالثة (3) من نفس المرسوم المشار إليه سابقاً.[3]

وتتشكل الوكالة الوطنية للنفايات تحت سلطة الوزير المذكور أعلاه من مجلس إدارة يترأسه بنفسه أو ممثل عنه، وأعضاء يمثلون بعض القطاعات الوزارية الأخرى،

---

[1] غادري لخضر، حماية البيئة في القانون الإداري الجزائري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في الحقوق، تخصص: قانون إداري، جامعة المسيلة، الموسم الجامعي: 2016/2015، ص 31.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 02-175 المؤرخ في20 مايو 2002، المتضمن إنشاء الوكالة الوطنية للنفايات وتنظيمها، ج. ر ج عدد 37 لسنة 2002.

[3] مصطفى زرفاوي- آدم جدي، مرجع سابق، ص7.

يعينون من طرفه باقتراح من وزير القطاع المعني، لمدة (03) سنوات قابلة للتجديد، وتنهى عهدتهم بنفس الأشكال.[1]

هذا، وتضطلع هذه الوكالة على وجه الخصوص ب:

– تقديم المساعدة للجماعات المحلية في ميدان تسيير النفايات؛

– معالجة المعطيات والمعلومات الخاصة بالنفايات وتكوين بنك وطني للمعلومات حول النفايات وتحيينها.

أما فيما يخص نشاطات فرز النفايات وجمعها ونقلها ومعالجتها وتثمينها وإزالتها، فقد نص المرسوم على أن تكلف الوكالة بالآتي:

– المبادرة بإنجاز الدراسات والأبحاث والمشاريع التجريبية والمشاركة في انجازها ونشر المعلومات العلمية والتقنية وتوزيعها؛

– المبادرة ببرامج التحسيس والإعلام والمشاركة في تنفيذها.[2]

ويلاحظ على هذا المرسوم اتصافه بصفة العموم في الصيغ التي استخدمها في نصوصه بما فيها المادة التي تنص على معالجة المعطيات والمعلومات الخاصة بالنفايات، وكذا بالجماعات المحلية حيث لم يوضح لا الكيفيات ولا الطرق التي ينبغي أن تنتهجها الوكالة في تقديم المساعدة لهذه الجماعات المحلية في ميدان تسيير النفايات.

[1] غادري لخضر، مرجع سابق، ص 33. سامي زعباط و عبد الحميد مرغيت، مرجع سابق، ص9.

[2] " أطلقت الوكالة الجزائرية للنفايات مسحاً تقيمياً للنفايات الطبية لتبني منهج تسيير يسمح بالحد من تأثيرها على البيئة، في خطوة تندرج في إطار إستراتيجية إدارة النفايات في آفاق 2035 والتي تشمل إضافة إلى النفايات المنزلية والصناعية، نفايات النشاطات الطبية، محذراً من إعادة تدوير هذه النفايات لتركيبتها التي تحوي نسبة سموم عالية، والطريقة الوحيدة الممكنة لتثمين هذه النفايات، هي استعادة الطاقة في حال حرقها." تقرير وزارة البيئة، الوكالة الوطنية للنفايات، تقرير حول حالة تسيير النفايات في الجزائر لسنة 2020، اضطلع عليه بتاريخ: 2021/12/16 منشور على الرابط:
https://and.dz/site/wp-content/uploads/Rapport%20RND%20Arabe.pdf

المبحث الثاني: مفهوم النفايات الطبية:

تعددت المصطلحات التي مُنِحت لما ينتج عن مختلف أنواع المؤسسات الصحية من نفايات، ويرجع السبب في تعدد هذه التسميات للاعتبارات التي تؤخذ أثناء تحديد ما يعتبر نفاية ناتجة عن المؤسسات الصحية، وكذا الارتباط المفاهيمي بتحديد الطريقة المثلى في معالجة النفايات.

ومما جاء في ذكر الباحث Dimitrios P. Komilis أنه حسب تقييم ما نشر من أبحاث في موضوع نفايات المؤسسات الصحية منذ 1970 فإن المصطلح الأكثر استعمالاً في الموضوع هو " النفايات الطبية" خلال الثمانينات يليه " النفايات الاستشفائية " خلال التسعينات، فنفايات " النشاطات العلاجية " الأقل تداولاً والأكثر اعتمادية في العقود الأخيرة.[1]

وإذا ما قارننا بين مصطلح " النفايات الطبية " ومرادفاته العديدة من حيث أكثرها استخداماً في التشريعات العربية، نجد في المرتبة الأولى مصطلح" نفايات الرعاية الصحية" باعتباره الأكثر تداولاً لدى دول التعاون الخليج العربية بعددها الستة (6) ثم مصطلح "النفايات الطبية "، يليهما مصطلح " نفايات النشاطات العلاجية" لتأتي بعدها باقي المصطلحات الأخرى: " النفايات الصحية"، " النفايات الاستشفائية" وكذلك " نفايات المؤسسات الصحية."[2] وسيعتمد مصطلح نفايات النشاطات العلاجية في باقي أجزاء الرسالة كونه قد استخدم من طرف المشرع الجزائري لاشتماله، حسب نظره، على كل أنواع النفايات المفرزة من المنشآت الصحية بكافة أنواعها: طبية أو شبيهة بالمنزلية.[3]

---

[1] محمد الأمين فيلالي و خالد بوجعدار، إنتاج وتسيير نفايات المؤسسات الصحية (دراسة مقارنة لحالة الجزائر مع بعض الدول العربية)، مجلة العلوم الإنسانية، عدد 46، المجلد أ، جامعة قسنطينة، ديسمبر 2016، ص 515.

[2] محمد الأمين فيلالي و خالد بوجعدار، المرجع نفسه، ص 515.

[3] وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية الطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011، ص148. نقلاً عن: مصطفى زرفاوي/ آدم جدي، إدارة النفايات الطبية وتقييم تأثيراتها البيئية، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي (ل م د)، جامعة تبسة، السنة الجامعية 2016/2015، ص 2.

كما ستعنى هذه الرسالة بنفايات الطب البشري دون البيطري. وسيقسم هذا المبحث إلى مطلبين يتم تعريف نفايات النشاطات العلاجية وتصنيفها في المطلب الأول ثم تعدد أنواعها، تقسيم وتأثيرات الخطرة منها في المطلب الثاني.

المطلب الأول: تعريف نفايات النشاطات العلاجية وتصنيفاتها:

يفهم من عبارة " نفايات النشاطات العلاجية" أنها النفايات الناجمة عن النشاط الطبي العلاجي والتي تختلف طبيعتها وأحجامها تبعاً لاختلاف أماكن ممارسة هذا النشاط ضمن مرافق الرعاية الصحية أو منظومة القطاع الصحي التي تضم كل من: "هياكل الوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة والمتكونة من المستشفيات والعيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص والعلاج، مراكز الأمومة، مراكز المراقبة في الحدود وكل منشأة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان."

وتعرف كلها على أنها: " مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية، ومجموعة من الخدمات والأدوية والمواد التي تنظم أسلوب تقديم الخدمات العلاجية والوقائية للمرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم."[1]

كما توصف بالمؤسسات الصحية، مجموع الهيئات العلاجية مهما تكن الأنظمة القانونية التي تطبق عليها والتي تتضمن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، والمراكز الاستشفائية الجامعية والعيادات المتعددة الخدمات والعيادات، ووحدات العلاج الأساسي والعيادات الطبية، عيادات جراحة الأسنان وكذا مخابر التحليل.[2]

[1] طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة (دراسة مقارنة: الجزائر– فرنسا)، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص 13.

[2] المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 03–478 المؤرخ في 15 شوال 1424هـ الموافق 09 ديسمبر 2003، الذي يحدد كيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، ج ر ج العدد 78 لسنة 2003.

هذا، وتعرّف الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات الصحية بأنها: " جميع الأنشطة الموجهة للحفاظ على صحة الإنسان وسلامته من خلال معالجته من الأمراض والوقاية منها."[1]

وكون نفايات النشاطات العلاجية هي نتاج هذه المؤسسات الصحية، فسيتم البحث عن المقصود بهذا المصطلح تحديداً في الفرع الأول ثم تعداد تصنيفاته في الفرع الثاني.

الفرع الأول: تعريف نفايات النشاطات العلاجية:

إن الخطر الذي تشكله نفايات النشاطات العلاجية على السلامة البيئية وسلامة الإنسان وبالأخص إمكانية الإصابة بالعدوى عن طريق الأدوات المستعملة الملوثة، تجعل من التعريف الدقيق لها أمراً ضرورياً للإحاطة بها ومعرفة الطرق الأنسب لتسييرها والتخلص منها بالرغم من أنها تحوز أكثر من تعريف، حيث عرّفت في البداية بعدة تعاريف منها:

" أنها جميع النفايات أو الفضلات الصلبة أو السائلة أو الغازية المفرزة من مختلف المنشآت الصحية، ومن المراكز الصحية والعيادات والمختبرات وجميع المؤسسات الطبية والبيطرية الأخرى."

ويؤخذ على هذا التعريف أنه أغفل ذكر النفايات التي تفرز من الأفراد العاديين سواء في المنازل أو المحال الأخرى كمحال المضمدين الذين ينتج عن نشاطهم الطبي الكثير من النفايات، كما أنه لم يذكر نفايات الصيدليات ومذاخر الأدوية الخاصة التي

[1] سراي أم السعد، دور الإدارة الصحية في التسيير الفعال للنفايات الطبية في ظل ضوابط التنمية المستدامة – بالتطبيق على المؤسسة الاستشفائية الجزائرية –، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف، السنة الجامعية 2012/2011، ص13 و 15: " تجدر الإشارة إلى أن حجم الإنفاق العالمي على الخدمات الصحية يبلغ تريليوني دولار سنوياً، إذ تعد من أهم وأغنى الخدمات من حيث التكلفة لعلاقتها المباشرة بصحة البشر وسلامتهم، ويقاس على أساسها مدى تقدم الشعوب وتطورها في مجال الرعاية الصحية، فكلما زاد عدد السكان ارتفعت معه نسبة احتياجهم لرعاية صحية أفضل مما يخلف بالطبع نفايات أكثر. "

تخلف الكثير من الأدوية التالفة والتي تعد أيضاً نفايات للنشاطات العلاجية، واكتفى بتحديد هذه الأخيرة على أنها المواد المفرزة من المؤسسات الصحية والعيادات فقط.[1]

كما عرفت بأنها: " جميع الفضلات الناتجة عن المؤسسات الصحية ومراكز البحوث الطبية والمختبرات وكذلك الناتجة عن فعاليات المرضى المنزلية المتعلقة بالحالة الصحية مثل زرق الأنسولين وغيرها. "[2]

ولا يختلف هذا التعريف أيضاً عن سابقه في إغفال ذكر الأدوية التالفة المفرزة عن الصيدليات والمذاخر، وإن كان قد نص على النفايات المفرزة من الأشخاص العاديين أثناء قيامهم بعلاج أنفسهم.

ونذكر أيضاً من بين التعاريف التي أعطيت لنفايات النشاطات العلاجية:

تعريف منظمة الصحة العالمية لها على أنها: " النفايات التي تنتج من المنشآت التي تقدم الرعاية الصحية المختلفة، والمختبرات ومراكز إنتاج الأدوية والمستحضرات الدوائية واللقاحات ومراكز العلاج البيطري والمؤسسات البحثية ومن العلاج والتمريض في المنازل كحقن الأنسولين."[3]

---

[1] زياد خلف عليوي الجوالي و مهند بنيان صالح المفرجي، مرجع سابق، ص 134.

" بحسب المعطيات الرسمية، فإن المستشفيات والعيادات والمختبرات والصيدليات الجزائرية تنتج 28 ألف طن من النفايات الطبية سنوياً، منها 13 ألف طن من النفايات الناقلة للعدوى، و803 أطنان ذات أخطار كيماوية وسامة، يتم التخلص من غالبيتها بطرق غير آمنة للصحة والبيئة، بسبب ضعف الإمكانات." وكالة الأنباء الجزائرية، " النفايات الاستشفائية هاجس يقلق الجزائر"، مقال منشور بجريدة " اندبندنت عربية" بتاريخ 2020/07/22.

[2] حبشي لزرق، معتوق أم الخير، الإطار القانوني للتخلص من النفايات الطبية في الجزائر، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، العدد8، 2017، ص 509. نقلاً عن: قارة تركي إلهام، المسؤولية الإدارية الخطئية للمرافق الاستشفائية عن التلوث بفعل النفايات الطبية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، المجلد 15، العدد 01 لسنة 2022، ص914.

[3] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، عمان، الأردن، 2006، ص2. ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، 316.

وبأنها: " مادة تتألف بشكل رئيسي من مخلفات صلبة أو سائلة أو غازية، تتولد عن مصادر مختلفة، كأن تنتج من حالات تشخيص أمراض الإنسان أو الحيوان، والوقاية منها ومعالجتها وإجراء البحوث عليها."[1]

وعرفتها وكالة حماية البيئة في الولايات المتحدة الأمريكية بأنها: " أي مخلفات تنتج عن مؤسسة معالجة طبية، ويشمل ذلك المستشفيات والمختبرات الطبية ومراكز إجراء التجارب على الحيوانات أو وحداتها، والعيادات الصحية."[2]

وهي: " جميع المخلفات الناتجة عن مزاولة الأعمال الطبية والفندقية، بمختلف أنواع المنظمات الصحية، والتي قد تكون غير خطرة (مشابهة للنفايات المنزلية) أو خطرة تأتي من قدرتها على إحداث الضرر بالبيئة والأفراد من خلال كونها سامة أو معدية أو جارحة."[3]

كما قد تمت الإشارة إليها في المرفق الأول من اتفاقية بازل التي أدرجتها ضمن قائمة النفايات الخطرة الواردة فيها واشتملت على كل من: " النفايات الإكلينيكية الناتجة عن الرعايــة الطبيــة في المستشفيـات والمراكـز والعيـادات الطبيـة، والنفايـات المتخلفــة عن إنتاج المستحضرات الصيدلية وتحضيرها، والنفايات من المستحضرات الصيدلية والعقاقير والأدوية. "[4]

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 2.

[2] عصام أحمد الخطيب، إدارة النفايات الطبية في فلسطين – دراسة في الوضع القائم–، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين، 2003، ص 9.(بحث منشور). نقلاً عن: عز الدين عثماني، المسؤولية القانونية المترتبة عن سوء تسيير النفايات الطبية في التشريع الجزائري، مجلة القانون العقاري والبيئة، المجلد 10، العدد 01 لسنة 2022، ص 646.

[3] شارف عبد الكريم، الحماية القانونية لتسيير النفايات الطبية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر (تخصص: قانون البيئة والتنمية المستدامة)، جامعة سعيدة، السنة الجامعية: 2019/2018، ص 9.

[4] تقرير منظمة الصحة العالمية، المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 21.

وهي حسب وزارة البيئة وتهيئة الإقليم الجزائرية: " كل النفايات الناتجة عن عمليات العلاج الطبي أو الحيواني والتي تتطلب وقاية خاصة عند مراحل الجمع والنقل والتخلص النهائي نظراً لأخطار الإصابة المرتبطة بها. "[1]

وهي أيضاً: "مواد يمكن أن يؤدي استعمالها بحسب الكمية أو التركيز أو الخواص الكيميائية والفيزيائية إلى التأثير بالصحة العامة، أو زيادة نسبة الوفيات بين البشر و/أو التأثير سلباً على البيئة عند معالجتها أو خزنها أو نقلها أو التخلص منها بطريقة غير سليمة. "[2]

فنفايات النشاطات العلاجية أو نفايات الاستطباب هي: "جميع النفايات التي تأتي من العلاجات الطبية الإنسانية والحيوانية، أو من البحوث التي تدخل في نفس المجال، والتي تتطلب عملية جمعها ونقلها ومعالجتها والقضاء عليها وقاية خاصة تجنباً لأخطار التعفن."[3]

وهي: "جميع المخلفات الناتجة عن مزاولة الأعمال الطبية بمختلف أنواع المنظمات الصحية (كبيرة أم صغيرة)، والتي قد تكون خطرة تأتي من قدرتها على إحداث الضرر بالبيئة والأفراد من خلال كونها سامة، معدية أو جارحة، أو قد تكون غير خطرة (مشابهة للنفايات المنزلية)"،[4] إذ غالباً ما تتضمن نفايات النشاطات العلاجية بالمنشآت الصحية الكثير من المكونات التي تتماثل مع النفايات البلدية أو المنزلية العادية، والتي يتم

---

1 خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، التسيير المستدام لنفايات النشاطات العلاجية، دراسة حالة المستشفى الجامعي بن باديس بقسنطينة، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 5، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة متنوري قسنطينة، 2008، ص 167.

[2] سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص273. نقلاً عن: سراي أم السعد، مرجع سابق، ص 53.

[3] دليل إعلامي حول تسيير ومعالجة النفايات الحضرية الصلبة، وزارة البيئة والإقليم، بدون بلد نشر، أفريل 2003، ص135. نقلاً عن: فكيري آمال، مرجع سابق، ص 230.

[4] سعد علي العنزي، مرجع سابق، ص 274.

فصلها من المنبع والتعامل معها بعد ذلك مثل التعامل مع النفايات الصلبة المنزلية.[1] ومثالها:

– مواد التعبئة والتغليف مثل صناديق كرتون، أكياس ورقية، أكياس بلاستيكية، مواد تغليف السرنجات والسنون والإبر وأجهزة الوريد...الخ.

– نفايات المطابخ وبقايا طعام المرضى وتشمل نفايات عضوية ونفايات التعبئة والتغليف.

وانطلاقاً من الاختلاف المذكور أعلاه بين نوعي نفايات النشاطات العلاجية، يبقى الأهم أن الخطورة التي يشكلها البعض من هذه الأخيرة، إن كان مرض أو عدوى، لا يمكن أن يحدث إلا بوجود المسبب والعوامل المساعدة لذلك والمتمثلة في:[2]

1/– وجود العامل المُمْرِض: وهو الميكروب المسبب للمرض.

2/– السُّمِّيـة: وهي مقدرة وقوة الميكروب في إحداث ضرر للخلايا.

3/– الجرعـة: وهي توفر عدد معين من نفس الميكروب الممرض لإحداث المرض، وتختلف من ميكروب لآخر.

4/– طريقة الدخول: مع توفر العدد الكافي من الميكروب الممرض، يجب وجود طريقة لدخول الجسم، وتختلف أيضاً من ميكروب لأخر.

5/– قابلية العائل للعدوى: وهي مقاومة ومناعة العائل للميكروب ضد حدوث المرض، وهذه أيضاً تختلف من عائل لآخر.

وقد عرفها المشرع المصري في القانون رقم (4) لسنة 1994 المتعلق بحماية البيئة،[3] على أنها: "مخلفات الأنشطة والعمليات المختلفة أو رمادها المحتفظة بخواص

[1] دليل إرشادي، إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، وزارة البيئة المصرية، مصر، 2015، ص13.

[2] الطاهر إبراهيم الثابت، مقال بعنوان: " المخلفات الطبية والكيميائية بعيادات الأسنان"، ليبيا، بدون سنة، ص 315، اضطلع عليه بتاريخ: 2019/01/01 على الموقع: http://medicalwaste.org.Ly/

[3] لم يضع القانون المصري تعريفاً خاصاً للنفايات الطبية، ولكن هناك تعريفاً يقترب منها وفقاً للمادة (19) من قانون البيئة وهو القانون رقم (4) لسنة 1994 بشأن حماية البيئة، الصادر في الجريدة الرسمية رقم 05 بتاريخ

المواد الخطرة التي ليس لها استخدامات تالية أصلية أو بديلة، مثل النفايات الإكلينيكية من الأنشطة العلاجية، والنفايات الناتجة عن تصنيع أي من المستحضرات الصيدلية والأدوية أو المذيبات العضوية أو الأحبار والأصباغ والدهانات."[1]

أما المشرع المغربي فعرفها في القانون رقم 28.00 المتعلق بتدبير النفايات والتخلص منها،[2] الذي تطرق في قسمه الخامس منه لتدبير النفايات الطبية والصيدلية، وعرفها على أنها:

" كل النفايات الناتجة عن الأنشطة المتعلقة بالتشخيص والمتابعة والمعالجة الوقائية أو المسكنة أو الشفائية في مجالات الطب البشري والبيطري وكذا جميع النفايات الناتجة عن أنشطة المستشفيات العمومية والمصحات ومؤسسات البحث العلمي ومختبرات التحاليل العاملة في هذه المجالات وعن كل المؤسسات المماثلة ".[3]

وفي نفس السياق، عرف المشرع الفرنسي نفايات النشاطات العلاجية في المادة 44-1 من قانون الصحة العامة الفرنسي في فقرتها الأولى على أنها: " كل النفايات الناتجة عن نشاطات الفحص، المتابعة والعلاج في مجال الطب البشري والبيطري، وكذا العلاج الوقائي. "

بالإضافة إلى ما جاء في الفقرة الثانية بما معناه: " وتعتبر شبيهة بنفايات النشاطات العلاجية، النفايات الناتجة عن نشاطات التعليم، البحث والإنتاج الصناعي وكذا الناتجة عن نشاطات التحنيط."[4]

1994/02/03، وكذا لائحته التنفيذية والتي تم استبدال أو تعديل نصوص بعض موادها بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم (1741) الصادر بتاريخ 29 أكتوبر 2005. نقلاً عن: ليزه عبد العزيز أحمد محمود، مرجع سابق، ص 5.

[1] إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 7.

[2] ظهير شريف رقم 153-06-1 الصادر في 22 نوفمبر 2006 بتنفيذ القانون رقم 28.00 المتعلق بتدبير النفايات والتخلص منها (ج.ر.م عدد 5480 بتاريخ 7 ديسمبر 2006).

[3] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص14.

[4] Brigitte CHARDON, Déchets Hospitaliers: Typologie, Risques Sanitaires et Environnementaux, traitement et règlementation, France, Juillet 2002, p 1 :« Les déchets

هذا، وقد أصبحت هذه الفقرة بعد تعديل قانون الصحة الفرنسي كالآتي:

" تعتبر شبيهة بنفايات النشاطات العلاجية...النفايات الناشئة عن أنشطة التدريس والبحث والإنتاج الصناعي في مجالات الطب البشري والبيطري، وكذا عمليات التحنيط، وعمليات الجراحة التجميلية، وأنشطة الوشم عن طريق الجلد والتجارب السريرية وغير السريرية التي أجريت على مستحضرات التجميل ومنتجات الوشم، متى توفرت بها الخصائص المشار إليها في الفقرة 1 و 2 من هذه المادة."[1]

أما بالنسبة للمشرع الجزائري، فقد سبقت الإشارة إلى تعريفه لنفايات النشاطات العلاجية عند تعريف النفايات وفق ما جاء في الفقرة السابعة من المادة الثالثة "3" من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، والتي جاء فيها أن نفايات النشاطات العلاجية هي: " كل النفايات الناتجة عن نشاطات الفحص، المتابعة والعلاج في مجال الطب البشري والبيطري، وكذا العلاج الوقائي."

---

d'activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.
Sont assimilés aux déchets d'activités de soins les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie». Article R.44 -1 du Code de la Santé Publique de la France – Décret du 06 Novembre 1997.

المعدل والمتمم سنة 2016 بموجب الأمر :

Décret n° 2016-1590 du 24 novembre 2016 modifiant le code de la santé publique et relatif aux déchets assimilés à des déchets d'activités de soins à risques infectieux et aux appareils de prétraitement par désinfection. JORF n°0275 du 26 novembre 2016 (texte n° 31).

[1]Article R1335-1 (Décret. no 2016-1590 du 24 nov. 2016, art. 1er-I-1o et 2-IV, en vigueur le 1er janv. 2017) : « Sont assimilés aux déchets d'activités de soins, pour l'application des dispositions de la présente section, les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie, des activités de chirurgie esthétique, des activités de tatouage par effraction cutanée et des essais cliniques ou non cliniques conduits sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1° ou 2° du présent article.» Et voir aussi :
BOUHAMIDI Laila, Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, Ministère de la Santé, ROYAUME DU MAROC, sans année, p 3 : « ……humaines ou vétérinaires et tous les déchets résultants des activités des hôpitaux publics, des cliniques, des établissements de la recherche scientifique, des laboratoires d'analyses opérant dans ces domaines et de tous établissements similaires».

وهو نفس تعريف المشرع الفرنسي المذكور آنفاً والوارد في الفقرة الأولى من المادة 44-1 من قانون الصحة العامة الفرنسي قبل تعديلها.

وكخلاصة لكل ما سبق، يمكن جمل أنشطة الرعاية الصحية المنتجة للنفايات في كل من التشخيص، المعالجة، الوقاية من الأمراض، التخفيف من الإعاقات، الأبحاث المساندة والمرافقة.[1] كما تستشف خصوصية نفايات النشاطات العلاجية والمتمثلة في كونها كل مادة أو جزء أو منتوج أصبح غير صالح للاستهلاك بعد أن فقد أهميته جراء استخدامه، الأمر الذي يحول دون إعادة استعماله وفقاً للمادة (3) من المرسوم التنفيذي رقم 02-372 المتعلق بنفايات التغليف،[2] والتي نصت على أن:

" منتجي نفايات النشاطات العلاجية ينتجون كميات معتبرة من نفايات التغليف لا يعاد استعمالها أو غير موجهة للاستعمال مرة ثانية."

الفرع الثاني: تصنيفات نفايات النشاطات العلاجية:

يختلف تصنيف نفايات النشاطات العلاجية حسب نوع النفاية ذاتها (البند الأول) أو حسب مصدرها (البند الثاني)

البند الأول: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على أساس نوع النفاية:

لكل دولة معيارها الخاص المعتمد في تصنيفها لنفايات النشاطات العلاجية، وهو ما ينتج عنه العديد من التصنيفات سواء في العالم والدول العربية (أولاً) وأيضاً على المستوى الداخلي للوطن (ثانياً)

[1] دليل المعلم " تدبير نفايات أنشطة الرعاية الصحية"، منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة)، عمان، الأردن، 2003، ص 15.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 02-372 الصادر في 11 نوفمبر 2002، المتعلق بنفايات التغليف، ج ر ج عدد 74 لسنة 2002.

أولاً: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على المستوى العالمي وفي بعض الدول العربية:

بالنسبة لتصنيف نفايات النشاطات العلاجية على المستوى العالمي فيقصد به التصنيف الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية وقسمته لاثنين، الأول يخص الدول الأوروبية ووزّع على عشرة (10) أنواع وهي: النفايات الاعتيادية أو المنتظمة، المعدية، المرضية، الجارحة أو الحادة، الصيدلانية، السامة للخلايا، الكيميائية، الحاوية على معادن ثقيلة، الإشعاعية، وأخيراً الحاويات المضغوطة. وسيفصّل فيه لاحقاً باعتباره الأكثر اعتماداً، والثاني يتعلق بالدول النامية صنّفت فيه نفاياتها إلى خمسة (05) أنواع فقط حتى يسهل التعامل معها ونقلها داخل وخارج المؤسسات الصحية، وإن كانت تختلف أيضاً باختلاف نوع هذه الأخيرة، فهي في المستشفيات الكبيرة: نفايات طبية عامة غير خطرة، أدوات حادة، نفايات مسببة للعدوى (باستثناء الأشياء الحادة المعدية)، نفايات كيميائية، ونفايات طبية أخرى خطرة. أما في المراكز الصحية الصغيرة، فيمكن تقسيمها إلى نفايات طبية ونفايات غير طبية كنوع من التبسيط.[1]

أما تصنيف بعض الدول العربية لنفايات النشاطات العلاجية، فجاء كالآتي:

1/- **تونس:** حددت 5 **أصناف للنفايات الخطرة:** البيولوجية، الكيميائية، الملتهبة أو المتفجرة، المعدية، الواخزة والقاطعة، و**صنف النفايات غير الخطرة.**

2/- المغرب: جعلت **للنفايات الخطرة 4 أصناف:** المعدية، الأدوية، مواد كيميائية وبيولوجية غير مستعملة، السامة والمانعة لانقسام الخلايا والأعضاء والأنسجة الإنسانية أو الحيوانية، و**صنف للنفايات شبه المنزلية.**

[1] عمار سيدي دريس، مرجع سابق، ص 4.

3/- **مصر**: أدرجت **6** أصناف في **قسم النفايات ذات الخطورة:** المعدية، المرضية، السنون الأدوات الحادة، الكيميائية، العلب أو الحاويات المعبأة تحت الضغط، المواد المشعة، و**قسم نفايات غير خطرة.**

4/- الأردن: حددت نفايات النشاطات العلاجية الخطرة في 9 أصناف: المعدية، التشريحية، الحادة، الكيماوية، الدوائية، العبوات المضغوطة، السامة للجينات، المشعة، ذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة، و**صنف نفايات غير خطرة.**

5/- سوريا: صنفت نفايات النشاطات العلاجية الخطرة في 9 أقسام: المعدية، الممرضة، الحادة، الصيدلانية، السامة للجينات، الكيميائية، العبوات المضغوطة، المشعة وذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة، **وصنف لنفايات النشاطات العلاجية غير الخطرة.**

6/- السعودية: جعلت 8 أصناف للنفايات الخطرة: الأجزاء وبقايا الأعضاء البشرية والحيوانية، المعدية، الكيماوية، الحادة، الصيدلانية، الملوثة بالمواد المشعة، عبوات الغازات المضغوطة، السامة للجينات والخلايا، و**صنف للنفايات غير الخطرة.**[1]

ثانياً: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على المستوى الوطني:

أورد المشرع الجزائري عدة تصنيفات لنفايات النشاطات العلاجية تختلف فيما بينها باختلاف الجهة المصدرة لها، فحسب **وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات،** تقسم نفايات

[1] " على الصعيد العالمي، فالمنظمة العالمية للصحة وضعت تصنيف خاص بالدول المتقدمة على اعتبار الإمكانيات التي تتوفر عليها في فرز ومعالجة النفايات، وآخر خاص بالدول النامية يضم خمس أصناف ليسهل فرزها ومعالجتها. وبالنظر ضمن الدول العربية نجد منها من وضعت أكبر توصيف للنفايات بعشرة أصناف بما في ذلك النفايات شبه المنزلية كدولتي الأردن وسوريا، ومنها من وضعت قسمين يضم كل منها أصناف؛ أين الأول للنفايات الخطرة والثاني للنفايات غير الخطرة والذي يوجد عند دولة مصر، وصورة أخرى للتصنيف لـــدى المغرب بـ 5 أصناف متضمنة لصنف النفايات شبه المنزلية." خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، إنتاج وتسيير نفايات المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص517.

النشاطات العلاجية للأصناف التالية:[1] **النفايات الخطرة أو السامة:** وهي أدوات منْتهية الصلاحية أو تالفة.

نفايات واخزة، جارحة أو قاطعة: وهي الإبر، المباضع وشفرة المباضع.

نفايات معدية أو عفنة، وهي الأعضاء الجسدية نتاج قاعات العمليات الجراحية أو من اقتطاع نسيج حي لفحصه مجهرياً.

كما ذُكِرَت **النفايات شبه المنزلية،** وتتمثل في النفايات الناتجة عن المطابخ وأماكن تحضير الطعام، وهي نفايات تنتج عن تحضير وتقديم الأطعمة بما فيها تغليف هذه الأطعمة والفضلات الناتجة عن ذلك والأطعمة الزائدة والمهدورة إضافة إلى مواد التنظيف وغيرها . بالإضافة إلى **النفايات المضايقة،** والتي هي عبارة عن أدوات مضايقة وغير صالحة.

أما تصنيف وزارة البيئة وتهيئة الإقليم لنفايات النشاطات العلاجية فجاء في (4) أربعة أصناف تمثلت في:[2]

النفايات شبه المنزلية التي لابد من أخذها بعين الاعتبار داخل المراكز الاستشفائية كونها قابلة لاحتواء مواد ناقلة للعدوى والجراثيم خاصة للأشخاص المتعاملين معها، والأشخاص الذين لديهم إمكانية مقاومة ضئيلة للعدوى. وتنتج هذه النفايات بصفة عامة من قاعات المرضى في المستشفى ومصالح الفحص الخارجي والإدارات ومصالح النظافة والمطابخ والمخازن والورشات.

---

[1] قسمتها الوزارة بموجب وثيقة تقنية صادرة بتاريخ 1995/09/12 تحت رقم 1958/398 والمتعلقة بتسيير نفايات النشاطات العلاجية، وكذا الدليل التقني للنظافة الاستشفائية الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية في الوثيقة رقم 09-03. نقلاً عن: شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص20.

[2] Hueber D , Manuel d'information sur la gestion et l'élimination des déchets solides urbains, GTZ coopération technique , Allemande , Alger , Février 2003 , République Algérienne démocratique et populaire , Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

نقلاً عن: فكيري آمال، مرجع سابق، 233.

أما النفايات المعدية، وتضم كل النفايات الآتية من المصالح الاستشفائية المعزولة والتي بها المرضى الحاملين للعدوى أو المصابين بالأمراض المعدية مثل: الكوليرا والحمى الصفراء وما شابهها كالسل وشلل الأطفال، وتضم كذلك النفايات جد المعدية مثل أدوات الاستعمال الوحيد كالإبر والأدوات القاطعة والحادة الحاملة لإفرازات بشرية أو الدم، والتي بمجملها تأتي من مختلف المصالح الطبية المحتوية والمتضمنة للمخاطر الحقيقة للعدوى، وكذا مخابر التحليل الميكرو بيولوجي، إضافة إلى نفايات الحيوانات المستعملة في تجارب تشخيص الأمراض المعدية.

إضافة إلى **النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية،** والتي تضم بدورها جميع الأجزاء والأعضاء من جسم الإنسان الناتجة عن قاعات العمليات الجراحية، وقاعات التوليد ومعارض الجثث وتشريحها، مثل الأنسجة العضوية والأعضاء المبتورة والمشيمة.[1] وكذا **نفايات أخرى خاصة** تتأتى من المراكز الصحية كونها تقدم خدمات قد تحتاج إلى تقنيات أساسية من شأنها أن تنتج نفايات خاصة شبيهة بالتي هي من صنف النفايات الصناعية، والتي في مضمونها والحكم عليها قانونياً من قبيل النفايات الخطيرة، وتضم كل من الأدوية السامة للخلايا، الأدوية المانعة لانقسام الخلايا، الأحماض، الزيوت المستعملة، المذيبات، وكذا النفايات التي بها تركيز عالي من المعادن الثقيلة كالكادميوم والزئبق والرصاص وملغم جراحة الأسنان.

من جهة أخرى، **صنفت نفايات النشاطات العلاجية حسب المرسوم التنفيذي رقم 03- 478 ،**[2] وقد رتب هذا المرسوم نفايات النشاطات العلاجية حسب معايير

[1] " عرفتها المادة الخامسة من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 04 أفريل 2011 المحدد لكيفيات معالجة النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية، على أنها: " .....المتكونة من الأعضاء الجسدية، الأعضاء والأطراف أو أجزاء الأعضاء والأطراف وكذا كل عنصر مقتطع من النسيج. وبصفة عامة كل نسيج من مصدر بشري محصل خلال نشاطات العلاج." "عمار حداد/ خير الدين جمعة/ دريدي أحلام، إدارة نفايات الرعاية الصحية وفق التشريع الجزائري، مجلة الإبداع، المجلد 09، العدد 01، 2019، ص 55.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 03 – 478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، مرجع سابق.

الخصوصية والارتباط بالنشاط العلاجي والأخطار التي تحملها والمصالح الناتجة عنها، وذلك في ثلاثة أصناف، تمثلت في **النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية**، وقد وصفت في المادة الخامسة (05) من المرسوم بأنها كل النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية والنفايات الناجمة عن عمليات الخطيفة البشرية الناتجة عن قاعات العمليات الجراحية وقاعات الولادة. وأيضاً، **النفايات المعدية**، والتي وصفتها بدورها المادة السابعة (07) من المرسوم أعلاه بأنها النفايات التي تحتوي على جسيمات دقيقة أو على سمياتها التي تضر بالصحة البشرية. وكذا، **النفايات السامة، والتي** حددتها المادة العاشرة (10) بكونها المتكونة من: –النفايات والبقايا والمواد التي انتهت مدة صلاحياتها من المواد الصيدلانية والكيميائية والمخبرية،

- النفايات التي تحتوي على تركيزات عالية من المعادن الثقيلة،
- الأحماض والزيوت المستعملة والمذيبات.

وما تجدر الإشارة إليه في هذا المقام، وهو ما يؤخذ على هذا التصنيف، إغفال المشرع لصنف النفايات شبه المنزلية الناتجة عن أنشطة العلاج بالرغم من أهميته التي تنبع من كونه يحوي أكبر نسبة من نفايات النشاطات العلاجية،[1] وكذا استثناؤه لصنف النفايات المشعة الناتجة عن استعمال الذرات المشعة من أجل التشخيص والعلاج بالأشعة بموجب نص المادة 30 منه،[2] حيث كان بإمكانه ذكرها ضمن الأصناف واستثناؤها لاحقاً

[1] " الملاحظ على تصنيف المشرع الجزائري أنه لم يتطرق إلى صنف نفايات النشاطات العلاجية شبه المنزلية التي تأخذ نسبة كبيرة من حجم الكميات التي تنتجها المؤسسات الصحية بمختلف أشكالها، وتتطلب إجراءات خاصة من أجل عدم مزجها أو دمجها بمسارات تسيير النفايات التي توضع في خانة النفايات الخاصة أو الخطرة، زيادة على استثناؤه للنفايات المشعة من إطار المرسوم الملزم لمختلف أنواع المؤسسات الصحية في جانب نفاياتها." محمد الأمين فيلالي و خالد بوجعدار، إنتاج وتسيير نفايات المؤسسات الصحية، مرجع سابق، ص516.

[2] سوالم سفيان، المسؤولية المدنية التقصيرية عن نفايات النشاطات العلاجية في التشريع الجزائري، مقال منشور في مجلة دراسات وأبحاث، المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 25، السنة الثامنة، جامعة سوق أهراس، 2016، ص5.

بمرسوم آخر يحدد كيفيات تسييرها مثلما فعل ونص في المادة الرابعة من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها.[1]

البند الثاني: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على أساس المصدر:[2]

تصنّف نفايات النشاطات العلاجية على أساس مصدرها إلى **نفايات مختبرات البحوث والتحاليل المرضية** ومثالها مختبرات كليات الطب ومجموعاتها، علم الأمراض والسموم، بالإضافة إلى السوائل، الأنسجة وإفرازات المريض، وتقسم إلى نفايات معدية، حادة وأخرى كيميائية. وكذا إلى **نفايات وحدات الأشعة** والتي تتكون من النفايات الكيميائية من أحماض، صبغات وريدية، مواد تنظيف وتعقيم...، ونفايات إشعاعية كاليود المشع الذي يستخدم في فحوصات الغدة الدرقية.

بالإضافة إلى **نفايات عيادات طب الأسنان** وتمثل كل النفايات التي لها القدرة على نقل الأمراض المعدية والتسبب بالجروح، كالنفايات المعدية والحادة مثل (أنسجة اللّثة والفم والأسنان المقلوعة) والكيميائية (مواد التعقيم والأشعة) والمعادن الثقيلة (من زئبق وزنك ونحاس وفضة تستخدم في حشوات الأسنان). وكذا **نفايات صيدلانية** وهي التي تنشأ من عمل الصيدليات ومعامل الأدوية، وتتكون من النفايات الحادة والكيميائية والسامة للخلايا(مثل بقايا المواد الداخلة في صناعة الأدوية السرطانية). ويدخل ضمن تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على أساس المصدر **النفايات الطبية المنزلية** وهي التي تنتج عن الرعاية الصحية للمرضى والمسنين والمقعدين في المنازل، وتكون على شكل نفايات إما حادة أو كيميائية. كما نجد أيضاً **نفايات الطب البيطري** وتنتج عن المستشفيات، العيادات، الصيدليات البيطرية، مختبرات الطب البيطري، مراكز بحوث الحيوانات وعلاجاتها في المزارع، وعن العلاج المنزلي لمربي الحيوانات. وكذا **نفايات**

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 15.

[2] عمار سيدي دريس، مرجع سابق، ص 4.

الردهات والأقسام العلاجية وهي الناتجة عن معالجة المرضى طول فترة الإقامة للعلاج وتشتمل على: النفايات المعدية، الحادة والنفايات الإشعاعية.[1]

هذا، وقد جاء تصنيف نفايات النشاطات العلاجية في المرجع العالمي المعتمد من طرف الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية المتمثل في توجيهات الاجتماع السادس لأعضاء مؤتمر اتفاقية بازل المعنون بتقنيات التسيير البيئي السليم للنفايات الطبية والنفايات البيوطبية،[2] ضمن خمس مجموعات هي:

المجموعة "أ": الضمادات الجراحية والممسحات الصلبة وجميع المواد الأخرى الملوثة الناتجة في أماكن المعالجة الطبية، المواد الناتجة عن حالات الأمراض المعدية، جميع الأنسجة البشرية، والممسحات الناتجة عن المختبرات.

المجموعة "ب": الإبر المستعملة، واللفائف والزجاج المكسور وأية أدوات حادة أخرى.

المجموعة "ج": جميع نفايات المختبرات وغرف التشريح.

المجموعة "د": النفايات الصيدلانية.

المجموعة "هـ": الأفرشة والأغطية المستعملة في العيادات الطبية والمستشفيات، والأوعية والأكياس المستعملة في التمريض.

المطلب الثاني: أنواع نفايات النشاطات العلاجية، تقسيم وتأثيرات الخطرة منها:

بغية التفصيل أكثر في تصنيفات نفايات النشاطات العلاجية السالفة الذكر، وحسب منظمة الصحة العالمية، سيعنى هذا المطلب بتعداد أنواعها في الفرع الأول ثم تقسيم وتأثيرات الخطرة منها في الفرع الثاني.

---

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 19.

[2] مصطفى كمال طلبة، إنقاذ كوكبنا، التحديات والأمل، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1992، ص 85. نقلاً عن: هاجر مايدي/علي مراح، المسؤولية التقصيرية لمنتجي النفايات الطبية، مجلة الدراسات القانونية المقارنة، المجلد06، العدد02، 2020، ص343.

الفرع الأول: أنواع نفايات النشاطات العلاجية:

تنقسم نفايات النشاطات العلاجية حسب خطورتها إلى نوعين: نفايات عادية غير خطرة (البند الأول) وأخرى خطرة، معدية وناقلة للمرض (البند الثاني).[1]

البند الأول: نفايات النشاطات العلاجية العادية أو غير الخطرة:

تمثل نسبتها بين 75 و80 % من مجموع نفايات النشاطات العلاجية،[2] وهي نفايات عامة شبيهة أو قريبة الشبه بالنفايات المنزلية أو الفندقية أو نفايات المكاتب أو المطاعم التي لا تشكل خطراً لا على صحة الإنسان ولا على البيئة كونها مخلفات عادية غير سامة وغير ضارة ويسهل في الوقت ذاته التخلص منها بطريقة آمنة بيئياً، وتنتج في الغالب عن الوظائف الإدارية والتدبير المنزلي لمؤسسات الرعاية الصحية، فهي تتمثل أساساً في مواد لم يستخدمها المرضى بشكل مباشر كالكؤوس والزجاجات الفارغة التي تحتوي على مواد غير خطرة، الأوراق ومواد التغليف، بقايا الأطعمة والمطهرات، بعض

---

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، التخلص الأمثل من المخلفات الطبية الخطرة كأداة لتحقيق أداء بيئي فعال، مجمع مداخلات الملتقى الدولي الثاني حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، الطبعة الثانية: نمو المؤسسات والاقتصاديات بين تحقيق الأداء المالي وتحديات الأداء البيئي، المنعقد بجامعة ورقلة يومي 22 و 23 نوفمبر 2011، ص697: "تشير الدراسات العلمية إلى أن كل سرير مستشفى ينتج ما يعادل خمسة كيلوغرامات من النفايات يومياً وأن 25.10% من نفايات المستشفى خطرة. وتنتج البلدان المرتفعة الدخل، في المتوسط، نحو 0.5 كلغ من المخلفات الخطرة يومياً لكل سرير علاج، في حين تنتج البلدان المنخفضة الدخل، في المتوسط، 0.2 كلغ منها. "

" وقد جاء في أحد التقارير الوطنية المتعلق بحالة ومستقبل البيئة أن الحجم الإجمالي العام للنفايات الاستشفائية يقدر ب124611 طن/السنة، منها 66503 طن/السنة نفايات عادية، 21900 طن/السنة نفايات معدية، 29200 طن/السنة نفايات سامة و 7008 طن/السنة خاصة. " وناس يحي، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة في التشريع الجزائري، مرجع سابق، ص 13-14.

" وبصيغة أخرى، يمكن القول أن نسب كمية أصناف نفايات النشاطات العلاجية تقدر عموماً بـ 70% شبيهة بالنفايات المنزلية، 24% نفايات معدية، 4.8% نفايات سامة والباقي عبارة عن نفايات خاصة. "خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، التسيير المستدام لنفايات النشاطات العلاجية، مرجع سابق، ص168.

[2] تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص1. وناس يحي، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة في التشريع الجزائري، مرجع سابق، ص14.

المواد البلاستيكية وبقايا الأدوية العادية غير الخطرة.[1] كما قد تشمل أيضاً بقايا المواد الناجمة عن عمليات صيانة وترميم المرافق الطبية.[2]

البند الثاني: نفايات النشاطات العلاجية الخطرة:

وهي التي بالرغم من نسبتها الضعيفة مقارنة بسابقتها أي بحوالي 20 إلى 25 % من مجموع نفايات النشاطات العلاجية[3] ونظراً لأنها تحمل في الغالب ضمن مكوناتها، ملوثات معدية بنسبة (10%)،[4] كيميائية سامة أو مشعة بنسبة (5%)،[5] فهي تشكل تهديداً حقيقياً وخطراً كبيراً على الصحة العامة والبيئة[6] إما وقت إنتاجها أو جمعها أو تخزينها أو نقلها أو التخلص منها لاحتوائها على عوامل العدوى والمرض كونها ناتجة عن مخلفات المرضى جراء العناية بهم، سواء عند تشخيص الأمراض أو العلاج أو التطعيم.

في حين تشير العديد من الدراسات الميدانية التي أجريت عبر مؤسسات للرعاية الصحية في العالم إلى أن متوسط حجمنفايات النشاطات العلاجية الخطرة يحتوي على

---

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، المرجع السابق، ص695.

Yaya SIDIBE, OP.Cit, p 7: «Les déchets de soins médicaux sans risques comprennent tous les déchets n'ayant pas été infectés comme les ordures de bureaux, les emballages et les restes d'alimentaires, ils sont similaires aux ordures ménagères ou municipales courantes et peuvent être traitées par les services municipaux de nettoyage. Il représente 75% et 90% de la quantité totale des déchets de soins médicaux produits par les institutions médicales.»

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 02.

[3] « Les activités de soins permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies. Mais elles génèrent des déchets dont approximativement 20% représentent un risque infectieux, toxique, traumatique ou radioactif ». Comité international de la croix rouge, Manuel de gestion des déchets médicaux, Genève, Suisse, 2011, p 8.

[4] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مؤتمر الدول في اتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود، (الاجتماع السادس)، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية – الإحيائية والرعاية الصحية، 9-13 ديسمبر 2002، ص 17.

[5] Brigitte CHARDON, Déchets Hospitalier, OP.Cit, p 3.

[6] « Les déchets dangereux sont toutes formes de déchets qui, par leur nature dangereuse, toxique, réactive, explosive, inflammable, biologique ou bactérienne, constituent un danger pour l'équilibre écologique ». Secrétariat d'Etat auprès du ministère de l'Energie, des mines, de l'Eau et de l'Environnement, « gestion intégrée des déchets dangereux », rapport provisoire, royaume du Maroc, Février 2009, p 7. Visité le 16/12/2016 sur le site: www. al3loom.com/ ?p=2069

نسبة أقل من 10% من المواد التي يحتمل أن تعتبر "معدية "، والتي يمكن خفض محتوى العدوى بها إلى ما يتراوح بين 1 و 5% إذا عزلت هذه المواد المعدية بصورة سليمة من النفايات التي تفرزها منشآت الرعاية الصحية.[1]

وتتمثل نفايات النشاطات العلاجية الخطرة في الإبر، الحقن، القطن والضمادات، بقايا العينات الملوثة بسوائل ودماء المرضى، وكذا المخلفات الصيدلانية والكيميائية للمخابر، المخلفات المشعة ومخلفات العمليات الجراحية من أعضاء بشرية... وغيرها من النفايات التي تتميز بالآتي:

- احتواؤها على عناصر معدية.
- تؤدي إلى تسميم الخلايا.
- احتواؤها على كيماويات خطرة أو صيدلانية.

ونشير هنا إلى أن 95% من نفايات النشاطات العلاجية الخطرة هي نفايات معدية تشمل كل ما يلمسه جسم المريض من أفرشة، مناشف، دم،... وخاصة آلات القطع الحادة، لتمثل النسبة المتبقية (5%) الأعضاء المبتورة والأدوية الصيدلانية والمذيبات العضوية[2] أو المعقمات المستعملة في التنظيف.

كما تضم أيضاً هذه النسبة الأخيرة، فئة النفايات الأشد خطورة وهي: المواد القاتلة للأنسجة، المعادن الثقيلة كالزئبق والزرنيخ والرصاص، بالإضافة إلى المواد المشعة.[3]

وبصفة عامة، نفايات النشاطات العلاجية الخطرة هي كل المخلفات الناتجة عن أقسام مرافق الرعاية الصحية من حجرات الإيواء، صالات العمليات، حجرات الإنعاش، أقسام المستشفى المختلفة ومعامل التحاليل بكافة أنواعها.[1]

---

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص 17.

[2] " المذيبات شائعة الاستخدام هي مواد كيميائية عضوية (أي تحتوي على الكربون والهيدروجين)، وتسمى بالمذيبات العضوية، وتتصف عموماً بنقطة غليان منخفضة وتتبخر بسهولة أو يمكن عزلها بالتقطير، تاركة ورائها المواد المذابة." تعريف مأخوذ من الموقع:https://ar.wikipedia.org/wiki/ بتاريخ: 2019/10/15.

[3] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص695.

وتعرف على أنها: " كل المواد المستخدمة للتشخيص أو للعناية بالمرضى داخل المرفق الصحي أو خارجه، سواء تلوثت بدم وسوائل جسم المريض بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وسواء كان المريض مصاب بمرض معدي أو غير مصاب، والتي يراد التخلص منها ورميها كالنفايات."

كما أعطت كل من منظمة الأمم المتحدة والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية تعريفاً موحداً لنفايات النشاطات العلاجية الخطرة مفاده أنها: " تلك النفايات التي تصنف على أنها نفايات معدية أو سامة أو محرقة، تتراكم في الجسم أو لا تتراكم وتسبب الحساسية أو السرطان..."[2]

الفرع الثاني: تقسيمات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة وتأثيراتها:

بالرغم من أن نفايات النشاطات العلاجية تشمل نوعين هما النفايات الخطرة وغير الخطرة، إلا أن هذه الأخيرة لا تحظى بنفس الأهمية كسابقتها لعدم تشكيلها خطراً بقدرها، ولذلك سيختص هذا الفرع وكل ما يليه في نفايات النشاطات العلاجية الخطرة حيث سيتم التعرض لتقسيماتها في البند الأول من هذا الفرع، وإلى تأثيراتها على البيئة والصحة العامة في البند الثاني منه.

البند الأول: تقسيمات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة:

تولي أغلب التشريعات عناية خاصة لنفايات النشاطات العلاجية الخطرة نظراً للخطورة التي تشكلها على البيئة والصحة العامة، ومن بينها المشرع الجزائري الذي صنفها في المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المتعلق بكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية[3]

[1] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 317.

[2] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، المرجع السابق نفسه، ص 696.

[3] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 670

معتمداً على معايير الخصوصية، الارتباط بالنشاط العلاجي والأخطار التي تحملها.[1] فجاء بثلاثة أصناف تمثل أولها في **النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية**، والتي حددتها المادة الخامسة (05) من نفس المرسوم بأنها كل النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية والنفايات الناجمة عن العمليات الخطيفة البشرية الناتجة عن قاعات العمليات الجراحية وقاعات الولادة. وقد أضاف المشرع الجزائري بموجب المادة الثانية من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 04 أفريل 2011 الذي يحدّد كيفيات معالجة النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية، أنه يقصد بالنفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية: " الأعضاء والأطراف أو أجزاء الأعضاء أو الأطراف وكذا كل عنصر مقتطع من النسيج، وبصفة عامة كل نسيج من مصدر بشري محصل خلال نشاطات العلاج."[2]

أما الصنف الثاني، فهي **النفايات المعدية** والتي وصفت في المادة السابعة (07) من المرسوم 03-478 المذكور أعلاه، بأنها النفايات التي تحتوي على جسيمات دقيقة أو على سميات مضرة بالصحة البشرية.

وورد في الصنف الثالث، **النفايات السامة** وهي التي تتكون، حسب المادة العاشرة (10) من المرسوم 03-478 المتعلق بكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية من:

- النفايات وبقايا المواد الصيدلانية والكيميائية والمخبرية التي انتهت مدة صلاحيتها.[3]

---

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، المرجع نفسه، ص 696. ماجد راغب الحلو، قانون حماية البيئة في ضوء الشريعة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2015، ص 68. نقلاً عن: أمل نور الدين طاهر، مرجع سابق، ص 12: " ويعرف البعض من الفقه النفايات الخطرة بأنها: تلك التي يمكن أن تسبب بكمياتها أو تركيزها وخصائصها الفيزيائية أو الكيميائية في إحداث خطر جسيم على البيئة، أو على صحة الإنسان، إذا لم تتم معالجتها أو إزالتها أو تخزينها أو نقلها بطريقة صحيحة، وتقوم إدارة البيئة المعنية في الدولة بوضع قوائم للنفايات الخطرة في ضوء بعض المعايير، كالسمية، ومقاومة التحلل، والقابلية للاشتعال والقابلية للتجمع في الأنسجة الحية."

[2] فكيري آمال، مرجع سابق، ص 235.

[3] " يمكن، حسب التشريع الفرنسي والجزائري، أن تصدّر هذه النفايات إلى مراكز البحوث والمصانع الدوائية." عيساوي فاطمة، أثر الأعمال الطبية المستحدثة على الحق في السلامة الجسدية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم "تخصص قانون "، جامعة مولود معمري بتيزي وزو، 2019/01/10، ص 289.

- النفايات التي تحتوي على تركيزات عالية من المعادن الثقيلة والأحماض والزيوت المستعملة والمذيبات.

جدول رقم (01): فئات نفايات النشاطات العلاجية:[1]

فئة النفايات	الوصف والأمثلة
النفايات المعدية	النفايات التي يشتبه في أنها تحتوي على جراثيم تسبب المرض مثل: مستنبتات المختبر، نفايات أجنحة العزل، المناديل(القطن الطبي)، المواد أو المعدات التي لامست المرضى المصابين وإفرازات أجسامهم.
النفايات الممرضة (الباثولوجية)	الأنسجة أو السوائل البشرية مثل: أجزاء الجسم، الدم وسوائل الجسم الأخرى والأجنة.
الأدوات الحادة	نفايات الأدوات الحادة مثل: الإبر، إبر الغرس المثبتة، المشارط، السكاكين، الشفرات والزجاج المكسور.
النفايات الصيدلانية	النفايات المحتوية على مواد صيدلانية مثل: المواد الصيدلانية منتهية الصلاحية أو التي لم تعد هناك حاجة إليها والمواد الملوثة بالمواد الصيدلانية أو المحتوية لها كالقارورات والصناديق....
النفايات السامة للجينات	النفايات التي تحتوي على مواد لها خاصية السمية الجينية مثل: النفايات التي تحتوي على عقاقير تؤثر على نشاط الخلايا (المثبطة للخلايا– تستخدم عادة في علاج السرطان–)، والكيماويات السامة جينياً.
النفايات الكيميائية	النفايات التي تحتوي على مواد كيميائية مثل: العوامل الكيميائية المخبرية، مظهر الأفلام، المطهرات المنتهية الصلاحية أو التي لا حاجة إليها والمذيبات.
النفايات ذات محتوى عالي من المعادن الثقيلة	البطاريات، موازين الحرارة المكسورة، أجهزة قياس ضغط الدم....الخ
العبوات المضغوط	اسطوانات وخراطيش الغاز، علب الأيروسول (الرذاذ)[2]
النفايات المشعة	النفايات المحتوية على مواد مشعة مثل: السوائل الناتجة عن العلاج الإشعاعي أو بحوث المختبرات، الزجاجات والعبوات أو الأوراق الماصة الملوثة، بول وبراز المرضى المعالجين أو الذين تم فحصهم باستخدام مواد مشعة.

Décret n 97-1048 du 6 novembre 1997relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique(deuxième partie : Décrets en Conseil d'état), jorf n 267,du 18 novembre 1997.

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص03.

[2] " الأيروسولات هي الجسيمات المتطايرة في الهواء، ومنها الأيروسولات البيولوجية التي تتكون كلياً أو جزئياً من كائنات حية دقيقة والتي لها تأثير خاص على صحة موظفي قطاع التعامل مع النفايات، إذ تبين أنها مصدر للتأثير السلبي على وظيفة الرئتين وارتفاع معدلات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي بين الأفراد القريبين قرباً مباشراً من أنشطة كنس وجمع النفايات." مجموعة البنك الدولي، إرشادات بشأن البيئة والصحة والسلامة الخاصة بمرافق التعامل مع النفايات، 10 ديسمبر 2007، ص4. مأخوذ من الموقع: http://www.ifc.org بتاريخ 2016/12/05.

وتعد أيضاً من أنواع نفايات النشاطات العلاجية كل من الأدخنة والرماد المتطاير والغازات، وكذا كل ما يتخلف عن عملية حرق النفايات في المحارق الموجودة على مستوى بعض المستشفيات والتي لا يمكن غض النظر عنها – أي النفايات – لما قد تحتويه من خواص خطرة تؤثر سلباً على المحيط، كتلوث الهواء ببعض الغازات السامة التي يحويها الدخان المنبعث جراء حرق العبوات البلاستيكية.[1]

ونشير في هذا المقام، إلى أن أغلب التصنيفات المذكورة – إن لم نقل كلها – جاءت مدرجة وبرموز حسب مقاييس خطورتها في الجداول التي تضمنها الملحق الثالث الوارد في المرسوم التنفيذي رقم 06-104[2] تحت عنوان " قائمة النفايات الخاصة والنفايات الخاصة الخطرة"، والتي سنخصها لأهميتها بشيء من التفصيل فيما يلي:

أولاً: النفايات المعدية:

وتحوز هذه الفئة على أكبر نسبة من نفايات النشاطات العلاجية إذ تشكل ما بين 15 إلى 20% منها،[3] وهي تلك التي يشتبه في تلوثها بالبكتيريا والفيروسات والطفيليات والفطريات أو بصفة عامة، هي تلك النفايات التي تحتوي على تركيز معين أو كمية كافية من أي من الكائنات المجهرية المسببة للأمراض والتي بإمكانها نقل أي نوع من العدوى إلى الإنسان العادي السليم أو الحيوان متى تعرض إليها بشكل أو بآخر، أو كما عرفت في قائمة النفايات الخطرة في المرفق الثالث من اتفاقية بازل على أنها " المواد أو النفايات المحتوية على كائنات دقيقة قادرة على الحياة أو على تكسيناتها المسببة للأمراض لدى

[1] زياد خلف عليوي الجوالي و مهند بنيان صالح المفرجي، مرجع سابق، ص139.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 06-104 المؤرخ في 28 فيفري 2006، المحدد لقائمة النفايات بما في ذلك النفايات الخاصة الخطرة، ج ر ج العدد13 لسنة 2006.

[3] فكيري آمال، مرجع سابق، ص 233. تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 5.

الحيوان أو الإنسان"،[1] اللذان قد تنتقل إليهما العدوى إما عن طريق امتصاص الجلد لهذه الكائنات المجهرية الدقيقة أو تكسيناتها عن طريق استنشاقها أو امتصاصها بواسطة الأغشية المخاطية، أو – في حالات نادرة – عن طريق المعدة، ولهذا ينصح بالتقيد بالإجراءات الوقائية العالمية من استخدام الوسائل الواقية كالقفاز، الرداء المهني والمئزر، الأقنعة الواقية أو النظارات الواقية للأعين، مما قد يعمل على التقليل من الأخطار الناجمة عن تعرض بشرة العامل في مجال الرعاية الصحية أو أغشيته المخاطية لمواد معدية محتملة.[2]

وتشمل فئة النفايات المعدية كل من نفايات المختبرات ومخزون محاليل العوامل المعدية، الحيوانات المصابة بأمراض معدية من المختبرات، وكذا النفايات الملوثة من نفايات العمليات وتشريح الجثث لمرضى مصابين بأمراض معدية كالأنسجة وكل المعدات والمواد التي ترمى وهي ملوثة بالدم أو سوائل الجسم الأخرى كمستلزمات الجراحة من ضمادات استهلكت، قفازات الأطباء الجراحين التي استخدمت، القطن الملوث، الإبر

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 02. تقرير المقرر الخاص، مرجع سابق، ص21.

Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 5: « Déchets susceptibles de contenir des agents pathogènes (bactéries, virus, parasites, champignons) en quantité ou en concentration suffisante pour causer des maladies chez des hôtes sensibles » (OMS).

Alain Brunot, Céline Thompson, " La gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux par les professionnels de santé libéraux : étude de pratiques "Santé Publique 2010/6 (Vol. 22), p 606 : «L'article R 1335-1 du code de la santé publique établit que sont classés comme déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI) les déchets d'activité de soins à partir des critères suivants :

1° Soit, présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;

2° Soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :

a) matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ; b) produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ; c) déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.»

[2] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية –الإحيائية والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص6.

البلاستيكية، الحقن الشرجية، معدات غسيل الكلى كالأنابيب والمناشف التي تستعمل لمرة واحدة والمآزر وغيرها من النفايات الملوثة بأمراض معدية والتي يجب، قبل التخلص النهائي منها، إما حرقها أو تطهيرها باستخدام تكنولوجيات التعقيم أو المعالجة بواسطة الميكروويف،[1] وتعد من بين التكنولوجيات التي يمكن من خلالها، وعلى عكس الحرق، تجنب إطلاق الانبعاثات السمية الجانبية عن طريق استخدامها للحرارة الشديدة لتدمير الكائنات المسببة للأمراض الموجودة في النفايات.

فبالرغم من اعتماد هذه التكنولوجيات على درجة حرارة عالية جداً، إلا أنها تبقى غير كافية لحرق النفايات وإنما لتدمير الكائنات والأنسجة الممرضة الموجودة بها فقط، كما تفعل بعض العمليات الكيميائية والبيولوجية التي يمكن استخدامها أيضاً للتخلص من المخلفات العلاجية.

ويدخل ضمن نفس المجموعة، ما يسمى ب " **النفايات شديدة العدوى**" وتشمل نفايات التشريح، أجساد الحيوانات، المستنبتات والمخزونات من العوامل شديدة العدوى وكذا عناصر النفايات التي قد لقحت أو لوثت أو لامست مثل هذه العوامل...

ثانياً: النفايات الحادة:

يمكن إدراج هذه الفئة ضمن المجموعة الأولى أي فئة النفايات المعدية كونها يمكن أن تصنف على أنها نفايات ملوثة بأمراض معدية نظراً لتلوثها بالدم أو غيره من سوائل أجسام المرضى التي تحتوي على أمراض خطيرة معدية ولإمكانية اختراقها للجلد، وهو ما يستوجب تجميع المستعمل منها في حاويات بلاستيكية غير قابلة للخرق لتجنب الإصابة بجروح، ذلك أن سوء تجميع المحاقن والمعدات الملوثة ورميها في مواقع غير مراقبة يسهل وصول العامة إليها ويعد من الممارسات غير الآمنة التي قد تعرض العاملين في الحقل الصحي والمجتمع إلى خطر الإصابة بجروح بسبب الإبر الملوثة، كما قد

[1] تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص5.

يتعرض الأطفال على وجه الخصوص إلى هذه المخاطر أثناء عبثهم بالمحاقن والإبر المستخدمة.[1]

وتمثل هذه الأدوات الحادة حوالي 1% من إجمالي نفايات النشاطات العلاجية وتشمل الإبر والحقن، المشارط، المباضع الجراحية، الشفرات، الزجاج المهشم وأي أدوات حادة أخرى قد تسبب قطعاً أو وخزاً للجسم. وقد يتعدى الأمر ذلك بأن تكون سبباً في تلوث هذه الجروح إذا كانت ملوثة بالكائنات الممرضة، وهو ما يجعلها – أي الخطر المضاعف الذي تشكله والمتمثل في الإصابة ونقل المرض– تصنف ضمن قائمة الخطيرة جداً من نفايات النشاطات العلاجية،[2] فضلاً عن أن كل الأدوات الحادة تصنف عادة ضمن فئة نفايات النشاطات العلاجية عالية الخطورة، وبغض النظر عن كونها ملوثة أم لا، كونها المصدر الرئيسي لسريان الأمراض في حال عدم إدارتها بالطرق المناسبة.[3]

ولعل أكثر ما يقلق في إطار الحديث عن الأدوات الحادة وبالأخص الإبر المستخدمة تحت الجلد التي تمثل الجزء الهام والخطر من هذه الفئة، نظراً لتلوثها غالباً بدم المرضى،[4] هو العدوى التي قد تنتقل بفعل طرق الحقن غير الآمنة أين يتم إدخال العامل المسبب للمرض تحت الجلد مما يسبب للجسم عدوى مزمنة لن تؤدي إلا إلى إصابة بمرض مثل: إصابات الدم الفيروسية كالتهاب الكبد "ب" و "ج" أو نقص المناعة البشري، أو إعاقة أو إلى الوفاة بعد مرور فترة من الزمن عقب تلقي الحقن.[5]

---

[1] تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 11.

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص19.

[3] المرجع نفسه، ص3. فكيري آمال، مرجع سابق، ص 233.

[4] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، الإدارة المستدامة للنفايات الطبية في الوطن العربي– الوضع الراهن والآفاق المستقبلية –(مداخلة مقدمة في المؤتمر العربي الثالث للإدارة البيئية " الاتجاهات الحديثة في إدارة المخلفات الملوثة للبيئة")، شرم الشيخ، مصر، بدون سنة، ص 209. تقرير منظمة الصحة العالمية، المرجع نفسه، الصفحة نفسها. ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص318.

[5] تقرير منظمة الصحة العالمية، المرجع نفسه، ص3.

فحسب دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية سنة 2002 شملت 22 بلداً سائراً في طريق النمو، تم التوصل إلى أن الإبر الملوثة المعاد استعمالها في الحقن مسؤولة عن:

- 21 مليون عدوى بفيروس التهاب الكبد "ب" (ما يعادل 32 % من الحالات الجدد).
- 02 مليون إصابة بالتهاب الكبد "ج" (ما يعادل 40 % من الحالات الجدد).
- 260 000 حالة إصابة بفيروس الايدز أي حوالي 5 % من الحالات الجدد.[1]

ثالثاً: النفايات الكيميائية:

تحوز هذه النفايات مع الفئة التي تليها على نسبة 3% من نفايات النشاطات العلاجية،[2] ويدخل ضمنها كل المواد الكيميائية الصلبة والغازية، وأيضاً كل المواد الناتجة عن التعقيم أو التنظيف التي تضفي الصفة السائلة على هذه النفايات في أغلب الأحيان، الناتجة عن أعمال الفحص التشخيصي والتجارب. ومع توافر إمكانية عدم خطورة بعض النفايات الكيميائية كالسكريات، الأحماض الأمينة وبعض الأملاح العضوية وغير

Mahamat Nour ADOUM, Gestion des déchets solides hospitaliers et analyse des risques sanitaires au CHUP-CDG de OUGADOUGOU, Mémoire pour l'obtention du diplôme de master spécialisé en génie sanitaire et environnement, institut international d'ingénierie de l'eau et de l'environnement, sans pays, Promotion 2008-2009, P1.

[1]Hakim BENABBESS, Evaluation du système de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques « Cas de l'hôpital d'enfant de Rabat »Mémoire de fin d'études, Ecole Nationale de Santé Publique, cycle de spécialité en administration sanitaire et santé publique, filière : management des organisations de santé, Royaume du Maroc, promotion: 2012/2014, p 11.

خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 169.

Mahamat Nour ADOUM, même Ouvrage, p 4 : « Dans le monde entier, on estime à quelque 12 milliards par an le nombre d'injections administrées. Toutes les seringues et aiguilles ne sont pas évacuées de manière appropriée, ce qui constitue un risque considérable de blessure et d'infection ou offre des occasions de réutilisation. On estime que, dans le monde:
- ✓ 8 à 16 millions de cas d'infection par le virus de l'hépatite B;
- ✓ 2,3 à 4,7 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C;
- ✓ 80 000 à 160 000 cas d'infection par le VIH sont provoqués chaque année par la réutilisation d'aiguilles non stérilisées.»

[2] Hakim BEN ABBESS, OP.Cit, p 12.

العضوية.... إلا أن تصنيف البعض منها ضمن المواد الخطرة يرتكز على حملها لخاصية واحدة من بين الخواص التالية:[1]

- سامة؛
- سريعة الالتهاب؛
- سريعة التفاعل (قابلة للانفجار، حساسة للصدمات، التفاعل مع الماء)؛
- سامة للجينات (مثل الأدوية المثبطة للخلايا)؛
- آكلة (أي أنها تأكل المعادن كالأحماض ذات رقم هيدروجيني (PH) أقل من 2، والقواعد ذات رقم هيدروجيني أكثر من 12).

وتجدر الإشارة في هذا المقام، إلى بعض أنواع المواد الكيميائية الخطرة التي قد توجد عادة في نفايات المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية،[2] وهي:

*الكيماويات الفوتوغرافية:

تستخدم محاليل التثبيت والإظهار في أقسام الأشعة السينية (X –ray). ويحتوي المثبت عادة على 5–10% من هيدروكوينون (Hydroquinone)، ومن 1 – 5% هدوكسيد البوتاسيوم، وأقل من 1 % فضة. أما المظهر فيحتوي على 45% تقريباً من غلوتارالدهايد (Glutaraldehyde). ويستخدم حمض الخليك (Aceticacid) في أحواض وقف الإظهار ومحاليل التثبيت.

*الكيماويات العضوية وغير العضوية:

ينتج عن المواد الكيميائية المستخدمة في مرافق الرعاية الصحية نفايات كيميائية عضوية، نذكر منها: الزيوت (كزيوت مضخات التفريغ والزيوت المستهلكة لمحركات المركبات)، مبيدات الحشرات والقوارض، محاليل التطهير والتنظيف (كبعض المواد الكيميائية المستعملة في تنظيف الأرضيات وأيضاً تلك المستخدمة في الورش ومغاسل

[1] Hakim BEN ABBESS, OP.Cit, p 5.

[2] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 24.

الملابس (المصابغ). أما النفايات الكيميائية غير العضوية فتتمثل أساساً في الأحماض والمؤكسدات.

*المذيبات:

تخلف مختلف أقسام المستشفيات بما فيها مختبرات علم الأمراض (باثولوجي) والأنسجة العديد من النفايات المحتوية على مذيبات تشتمل في الغالب على: مركبات مهلجنة كالكلوروفورم ومركبات غير مهلجنة كالميثانول.

*الفورمالدهيد:

وهو مادة تستخدم في قسم علم الأمراض، تشريح الجثث والتحنيط، حفظ العينات ووحدات التمريض، ويستخدم كذلك لتنظيف وتطهير المعدات كالمعدات الجراحية وأجهزة غسيل الكلى...

رابعاً: النفايات الصيدلانية:

وتشمل كل المنتجات الصيدلانية من أدوية ولقاحات غير المستعملة أو المنتهية الصلاحية أو الملوثة، وإذ تعتبر هذه الفئة من النفايات الأكثر اتساعاً فذلك يعود لاشتمالها على كمية كبيرة من المستحضرات، منها الخطيرة على البيئة والصحة البشرية كبعض الأدوية المعينة التي بها مواد خطرة ومواد التطهير التي بها عناصر معدنية ثقيلة وأخرى غير خطرة كبعض المواد الصيدلانية ومواد التنظيف.[1] وعلى هذا الأساس تعد كل المواد التي تدخل في تحضير هذه الأدوية أو الأدوات المطروحة التي استخدمت في تداول المواد الصيدلانية كالقنينات، أنابيب التوصيل، الصناديق المحتوية على بقايا هذه المواد، القفازات، الأقنعة وقارورات الدواء من النفايات الصيدلانية، التي قد تكون الطريقة الأمثل للتخلص منها هو استفادة الجهة المصنعة من المكونات النشطة بها وبالمواد الكيميائية،

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص03.

متى أمكن إعادتها إليها،[1] أو التخلص منها بالطريقة والمكان الملائمين بحسب خطورة كل منها.[2]

خامساً: النفايات الملوثة بالمواد المشعة:

تتشكل هذه الفئة من النفايات من: المواد السائلة (كالمحاليل المشعة المستخدمة في التحاليل الطبية وفي الأشعة السينية وبالأخص " اليود المشع وغيره")،[3] النفايات الصلبة الجافة التي بها نسبة ضعيفة جداً من الإشعاع (مثل القفازات والمنشفات الورقية وأجزاء المعدات المستخدمة في هذا المجال كالإبر) والغازات الملوثة بالنظائر المشعة (Radio-isotopes) وبنويدات[4] المواد المشعة الناتجة من استخدامها في فحوصات الأنسجة البشرية وفي إجراءات تشخيص وتحديد الأورام وعلاجها.[5]

---

[1] " Les médicaments non utilisés sont retournés aux répartiteurs ou aux laboratoires pharmaceutiques les ayant fournis, après regroupement parla pharmacie de l'établissement." Guide élimination des déchets, p 28, visité le 16/12/2016 sur le site: www.calameo.com/books/00129651427fba671e315

[2] Répertoire des guides de planification immobilière, Gestion des déchets hospitaliers (Document de travail), Québec, Juin 2011, Page 3.

[3] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، المرجع السابق ، ص 698. زياد خلف عليوي الجوالي و مهند بنيان صالح المفرجي، مرجع سابق، ص 140: « هناك العديد من الأشعة المستخدمة في التشخيص منها:

– اليود المشع–131 – الذي يستخدم لتحديد حجم الدم وضخ القلب وحجم البلازما وفعالية الكبد ووظيفة الكلية ووظيفة الغدة الدرقية وموضع أورام المخ.

– الفسفور –32 – ويستخدم في كشف سرطان الجلد حيث تتميز خلايا الأورام السرطانية تحتوي على نسبة عالية من الفسفور تفوق الخلايا العادية ولذلك أصبح من الممكن استخدام الفسفور المشع للمساعدة في تحديد الأورام السرطانية بالجسم، كما يستخدم في جراحة المخ خاصة عندما يصبح من الصعب تمييز النسيج السرطاني عن النسيج العادي.

– الكلوروم المشع – 51– الذي يستخدم بكثرة في قياس حجم أو كمية الدم في الجسم لأنه يرتبط بخلايا الدم الحمراء على شكل كرومات الصوديوم لذا يستخدم في قياس خلايا الدم الحمراء ولمعرفة الوضع الدقيق للمشيمة في المرأة الحامل.

– التكنيتوم المشع – 99 – وهو مفيد جداً في دراسة أورام المخ والكبد والغدة الدرقية.»

[4] « **النويدة المشعة** عبارة عن نويدة لها نشاط إشعاعي. ويعد مصطلح نويدة مشعة مصطلح عام يشمل جميع العناصر الكيميائية، أما في حال الإشارة إلى عنصر بعينه فيستخدم مصطلح نظير مشع. ويتميز كل واحد من هذا الأخير بنشاط إشعاعي وعمر النصف، بالإضافة إلى نوع الأشعة التي يصدرها من خلال نشاطه الإشعاعي، وكذا طاقة كل إشعاع من تلك الأشعة.» مأخوذ بتاريخ: 2019/03/22 من الموقع: http: //ar.wikipedia.org/wiki/.

[5] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، المرجع السابق، ص 209.

ويقصد بالمواد المشعة تلك المواد التي تصدر عنها إشعاعات أيونية تشكل خطراً على الكائنات الحية التي تتعرض لها، وتتصف المواد المشعة بأنها تبقى تشع لفترة طويلة من الزمن، وأن الإشعاعات الصادرة عنها تتراكم في جسم الكائن الحي إلى أن تصل إلى الجرعة الكافية لإحداث الضرر. وبالتالي يجب أن يخضع التخلص من النفايات المشعة للرقابة الصارمة من قبل هيئات رسمية على درجة عالية من الكفاءة.[1]

وعلى عكس المواد المشعة ذات العمر الطويل والتي تعد الأكثر خطورة على صحة الإنسان والبيئة المحيطة به، فإن أغلب النظائر المشعة المستعملة في عملية التشخيص والعلاج من طرف المستشفيات تعد قصيرة العمر مما يجعل غالبية النفايات المشعة الناتجة عن مؤسسات الرعاية الصحية تصنف على أنها " متدنية المستوى الإشعاعي"، لا ينبغي التخلص منها في البيئة إلا بعد فصلها وتخزينها لينضب نشاطها الإشعاعي ثم معالجتها لإزالة مخاطرها البيولوجية.[2]

ومع ذلك، يجب التنويه إلى أن بعض الإجراءات العلاجية المحددة تتطلب استخدام نويدات مشعة ذات عمر نصفي إشعاعي أطول، وفي العادة تكون على شكل دبابيس وإبر أو بذور، ومن الممكن إعادة استخدامها مع مرضى آخرين بعد التعقيم.[3]

ويمكن تصنيف النفايات الناتجة عن الرعاية الصحية وأنشطة البحث المشتملة على نويدات مشعة، والأنشطة المتصلة بها مثل صيانة المعدات والتخزين،...الخ إلى مصادر غير مغلفة، وتكون عادة النويدات المشعة المستخدمة في الرعاية الصحية مكيفة

---

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص 14.

[2] تقرير المقرر الخاص، مرجع سابق، ص7.

Guide élimination des déchets, p 29: " Pour une meilleure gestion, les déchets radioactifs sont classés en fonction de leur période radioactive. En 1986, le groupe d'Action concertée en médecine nucléaire (A.C.O.M.E.N.) a défini une classification en trois types, utilisée dans la pratique :

-Type I:période radioactive très courte (inférieure à 6 jours),

-Type II : période radioactive courte (entre 6 et71 jours),

- Type III : période radioactive longue (supérieure à 71 jours).

[3] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 08.

على حالة مصادر مغلفة أو غير مغلفة (مفتوحة) تأتي في الغالب سائلة ويتم استخدامها مباشرة بحيث لا يمكن أن تكون مغلفة (مكبسلة) أثناء الاستخدام. وكذا إلى مصادر مغلفة، وهي مواد مشعة محتواة في أجزاء من المعدات أو الأجهزة أو مغلفة (مكبسلة) داخل أشياء غير قابلة للكسر أو كتيمة مثل الكبسولات (seeds) أو الحقن.[1] وحتى وإن كانت النفايات التي على شكل مصادر مغلفة ذات نشاط عالي، فهي تتولد فقط بأحجام منخفضة من مختبرات الأبحاث والمختبرات الطبية الكبرى. ولأنه يتم عادةً، وبشكل عام، إعادة هذه المصادر المغلفة إلى المورد، فهي لا تدخل ضمن مجال النفايات.[2]

ويدخل أيضاً ضمن هذا الصنف كل من مولدات النويدات المشعة المستنفذة، النفايات الصلبة ذات المستوى المنخفض، ومنها الأوراق الماصة والمسّحات، الأواني الزجاجية، المحاقن والقوارير، وكذا المتبقيات من شحنات المادة المشعة ومحاليل النويدات المشعة التي تم الاستغناء عنها والمستخدمة في التشخيص أو العلاج، بالإضافة إلى السائل غير القابل للامتزاج مع الماء مثل الفضلات السائلة لعداد الومضان المستخدم في قياس المناعة الشعاعية وزيت المضخة الملوث، وكذا إفرازات المرضى الذين عولجوا أو تم فحصهم بالنويدات المشعة المفتوحة، وأيضاً نفايات سائلة ذات مستوى منخفض والغازات الناتجة من خزائن الأبخرة.

سادساً: النفايات الممرضة (الباثولوجية) أو نفايات الأجزاء وبقايا الأعضاء البشرية والحيوانية:

يجب اعتبار هذه المجموعة – حتى لو احتوت على أجزاء غير مريضة من الجسم– فئة فرعية من النفايات المعدية،[3] فهي نفايات في غاية الخطورة استناداً إلى اسمها كونها تحوي أمراضاً عدة وتشمل بقايا غرف العمليات الجراحية من أنسجة، أعضاء بشرية

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 7.

[2] تقرير المقرر الخاص، مرجع سابق، ص7.

[3] تقرير منظمة الصحة العالمية، المرجع نفسه، ص03.

مستأصلة، سوائل جسمية ودم ناتج عن العمليات، بقايا المختبرات من سوائل التحاليل وبقايا العينات التي تستخدم في ذلك، بالإضافة إلى نواتج التفاعلات الكيميائية التي تلقى بعد معرفة نتائج التحاليل، وكذا الأسنان، الأطراف المبتورة أو أجزاء منها، الأنسجة الجينية، المشيمة، جثث حيوانات التجارب والأجنة المجهضة.[1] وبناءً على ذلك، تسمى أيضاً أجزاء الجسم البشرية والحيوانية والتي يمكن تمييزها بمصطلح " **النفايات التشريحية.**"[2]

وإذ يبدو جلياً التشابه الموجود بين فئة النفايات المعدية والنفايات الممرضة (الباثولوجية)، إلا أن خصوصية مصدر هذه الأخيرة المتمثلة في حرمة وقدسية جسم الإنسان الذي تحوي غالباً النفايات الممرضة أجزاءً من أعضائه،[3] جعلت المشرع الجزائري وبغية التخلص من أضرارها على البيئة وعلى الصحة العامة، ينص على أن تحدد بقرار مشترك بين الوزراء المكلفين بالصحة والبيئة والشؤون الدينية كيفية معالجة هذه النفايات التي تحتوي على الأعضاء الجسدية،[4] وهو ما يمثل أيضاً، موازاةً لذلك، تصرفاً أخلاقياً يتجلى في احترام مصدرها المذكور سالفاً وجعلها لا تعتبر نفايات، ليتم بذلك دفنها في المقابر في الكثير من الأحيان.[5]

والجدير بالذكر في هذا المقام، هو أن هذه النفايات التشريحية والنفايات المعدية، مجتمعة، تمثّل غالبية النفايات الخطرة، أي حوالي 15 % من النفايات الناجمة عن الأنشطة العلاجية.[6]

---

[1] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص 209.الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص697.

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص4.

[3] عيساوي فاطمة، مرجع سابق، ص 290-291.

[4] المادة 22 من المرسوم التنفيذي رقم 03 - 448، مرجع سابق.

[5] وزارة البيئة المصرية، إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 12.

" Certains déchets, comme les déchets anatomiques, ne représentent pas forcément un risque pour la santé ou l'environnement, mais doivent être traités comme déchets spéciaux pour des raisons éthiques ou culturelles." Comité international de la croix rouge, OP. Cit, p 19.

[6] تقرير منظمة الصحة العالمية، المرجع نفسه، ص03.

سابعاً: نفايات عبوات الغاز المضغوطة:

يستوجب التعامل مع الغازات الموجودة في العبوات المضغوطة، سواء كانت خاملة أو محتملة الضرر، الحذر الشديد وذلك لإمكانية انفجارها جراء ترميدها أو ثقبها بالصدفة، وتتمثل هذه الفئة من النفايات في اسطوانات الغازات الفارغة أو التالفة، عبوات التعقيم، البخاخات، الخراطيش وعلب الأيروسول.

فباستثناء هذه الأخيرة التي يجب التخلص منها، وبالرغم من إمكانية احتواء هذه العبوات أو الاسطوانات على متبقيات، يمكن إعادة استخدام الكثير منها.[1] ومن بين الغازات الشائعة المستخدمة في الرعاية الصحية، نذكر:

- **الأكسجين:** يسمح بإمداد تنفس للمرضى ويتم التزود به إما عن طريق شبكة أنابيب مركزية أو يخزن في أسطوانات أو صهاريج، على شكل غازي أو سائل.
- **أكسيد الايثيلين:** يستخدم في تعقيم المعدات الجراحية والأدوات الطبية، وأحياناً في غرف العمليات.
- **الغازات المخدرة:** أكسيد النيتروز والهيدروكربونات المهلجنة المتطايرة (مثل الهالوثين والأيزوفلورين والانفلورين) والتي حلت محل الإيثير والكلوروفورم على نطاق واسع.
- **الهواء المضغوط:** ويستعمل في أعمال المختبر، معدات المعالجة التنفسية، معدات الصيانة ونظم التحكم البيئي.

ثامناً: نفايات المواد السامة للجينات والخلايا:

تشكل النفايات السامة للجينات (المحتوية على مثبطات الخلايا أو مواد مشعة) نسبة 1% من إجمالي نفايات النشاطات العلاجية الناتجة عن المستشفيات المتخصصة

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص06.

بالأورام،[1] وتشمل تلك المواد السامة التي تستعمل في علاج بعض أنواع السرطان وحالات نقل الأعضاء وأي لوازم مستخدمة في تحضير هذه المواد، وحتى إفرازات المريض التي يتم علاجه بهذه الأخيرة. وتعتبر مواد شديدة الخطورة تستوجب اهتماماً خاصاً للتقليل من حدة المشاكل التي يمكن أن تلحقها بسلامة الأشخاص قبل وبعد التخلص منها، كونها نفايات مواد صيدلانية خاصة لها القدرة على منع انقسام الخلايا أو مكونات الجينات أو حتى قتلها، حيث بإمكانها أن تملك خواص مطفرة (mutagenic) أو ماسخـة (tératogénic) أو مسرطنة (carcinogenic).[2]

---

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 24. محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، المرجع السابق، ص210: "يمكن القول أنه لدى الأدوية السامة للخلايا (المضادة للأورام)، وهي المواد الرئيسية في هذه الفئة من النفايات، القدرة على قتل أو إيقاف نمو بعض الخلايا الحية وتستخدم في العلاج الكيماوي للسرطان وتقوم هذه المواد بدور هام في علاج حالات مختلفة من الورم الخبيث، كما أن لها استعمال أشمل كعوامل لتقليل المناعة (immunosuppressive) في زراعة الأعضاء ومعالجة أمراض مختلفة ذات أساس مناعي. لذلك تستخدم الأدوية السامة للخلايا عادة في الأقسام المتخصصة مثل أقسام الأورام ووحدات العلاج بالإشعاع والتي لها دور بارز في علاج السرطان، ومع ذلك، فإن استخدامها يتزايد في أقسام المستشفى الأخرى، ويمكن أن تستخدم أيضاً خارج نطاق المستشفى. وهو ما يجعل من الضروري مناولة النفايات السامة للجينات بعناية خاصة كون الكثير من العقاقير السامة للخلايا مهيجة جداً ولها تأثيرات موضعية ضارة بعد التلامس المباشر مع الجلد أو العين، كما يمكن أن تسبب أيضاً الدوخة والغثيان والصداع والتهاب الجلد. بالإضافة إلى أن أي إطلاق لمثل هذه النفايات داخل البيئة يمكن أن يكون له عواقب إيكولوجية كارثية. ويمكن تصنيف العقاقير المثبطة للخلايا الضارة كما يلي:

- **<u>عوامل الألكة</u>**: تسبب الألكة (alkylation) لنوويدات (nucléotides) الحمض النووي بالخلية (ADN)، مما يؤدي إلى حدوث ربط متبادل وفقد الشفرة الوراثية للمخزون الجيني.
- **<u>مضادات الأيض (anti-métabolites)</u>**: تثبط عملية التخليق الإحيائي للأحماض النووية في الخلية.
- **<u>مثبطات نشاط الانقسام الخيطي غير المباشر (métoticinhibitors)</u>**: تمنع انقسام وتكاثر الخلية."

[2] " **المطفرة** وهي القادرة على التسبب بتشوهات خاصة ناتجة عن عوامل لا خلوية مثل الأشعة أو التلوث الكيميائي، **الماسخة** وهي التي لها علاقة بالمواد أو العوامل التي قد تؤثر بتطور الجنين الطبيعي، أما **المسرطنة** فهي المسببة لأمراض السرطان." طارق كهلان الأبيض، النظام القانوني لمعالجة النفايات الطبية، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، لبنان، 2020، ص 34.

وتختلف مكونات النفايات السامة للخلايا باختلاف المصادر المنتجة لها إذ يمكنها أن تحوي:[1]

- المواد الملوثة الناتجة من تحضير الدواء أو استعماله وتداوله مثل: المحاقن والإبر وأدوات القياس والقوارير ومواد التغليف.
- العقاقير التي انتهى تاريخ صلاحيتها، بقايا المحاليل(الزائدة عن الحاجة) والأدوية المرتجعة من أجنحة المستشفى.
- بول وبراز وقيء المرضى التي يمكن أن تحتوي عل كميات محتملة الخطورة من الأدوية المثبطة للخلايا التي تم تناولها، أو من المواد الناتجة عن عملية أيضهم،[2] والتي يجب أن تعتبر سامة للجينات لمدة لا تقل عن 48 ساعة وأحياناً لمدة أسبوع بعد إعطاء الدواء.

تاسعاً: النفايات ذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة:

هي نفايات شديدة السمية في الغالب مما يجعلها تدخل تحت صنف النفايات الكيميائية الخطرة، فباستثناء بعض العقاقير التي تحتوي على الزرنيخ وتعامل كنفايات صيدلانية، تنتج النفايات ذات النسبة العالية من المعادن الثقيلة من مصادر مختلفة كالبطاريات المستهلكة التي تولد نفايات الكادميوم، الألواح الخشبية المقواة المحتوية على الرصاص والتي مازالت تستعمل في الوقاية من الإشعاع في أقسام الأشعة السينية وأقسام التشخيص وفضلات طب الأسنان التي تحوي نسبة عالية من الزئبق.

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، ص 04.

[2] " تعرف **عملية الأيض** بأنها مجموعة من التفاعلات الكيميائية التي تحدث في خلايا الكائن لتحافظ على الحياة، ولهذه العملية ثلاث أهداف رئيسية هي تحويل الغذاء/الوقود إلى طاقة لتشغيل العمليات الخلوية، وكذا تحويل الغذاء/الوقود إلى وحدات بناء للبروتينات، الدهون، الأحماض النووية وبعض السكريات، بالإضافة إلى إزالة الفضلات الأيضية النيتروجينية." منقول بتاريخ: 2020/03/05 من الموقع: http: //ar.wikipedia.org/wiki/

هذا الأخير الذي يبقى جمع قطراته – متى أمكن– في حال انكسار أدوات العيادة أمراً وجوبياً، وإن كان استبدال هذه الأدوات بأخرى إلكترونية حسية (كموازين الحرارة وأجهزة قياس الضغط الدموي... وغيرها) قد ساهم كثيراً في التقليل منها.

أما بالنسبة للتشريع المصري، فقد صدر قرار وزير الصحة رقم 192 لسنة 2001 بشأن تحديد وتصنيف نفايات الرعاية الصحية الخطرة تطبيقاً لأحكام المادة (25) من اللائحة التنفيذية لقانون البيئة، وصنفت فيه هذه النفايات إلى نفايات صلبة غير خطرة ونفايات ذات خطورة. كما قسمت هذه الأخيرة إلى نفايات معدية، الإبر والسنون والآلات الحادة، النفايات المرضية (الباثولوجية)، النفايات الكيماوية، نفايات العبوات تحت ضغط، والنفايات المشعة.[1]

والملاحظ هنا أن المشرع المصري حصر أنواع نفايات النشاطات العلاجية الخطرة في الستة (6) المذكورة واكتفى بها عن باقي الأصناف (نفايات المواد السامة، النفايات الصيدلانية وذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة).

البند الثاني: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة:

من خلال التقسيم السالف الذكر لنفايات النشاطات العلاجية وانطلاقاً من خصوصية كل صنف منها، تستنتج جملة الآثار والمخاطر الصحية والبيئية التي تشكلها هذه النفايات والتي يتطلب الحد أو التقليل منها إدارة سليمة وعقلانية، تتمثل أساساً في سلسلة من الإجراءات المتكاملة التي يتوجب القيام بها بدءاً بالجمع الذي ينبغي أن يتم بشكل منفصل حسب نظام تصنيف معين، إلى النقل والتخزين، وصولاً للمعالجة العلمية الآمنة بالطرق المناسبة.

فزيادةً على خطر التلوث البيئي الناتج عن النفايات عامة، نجد الأخطار الصحية الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية بصفة خاصة، والمتمثلة في مخاطر العدوى

[1] إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 11.

والأمراض التي تصيب صحة الإنسان، وبالأخص الأشخاص الأكثر عرضة لها،[1] لاسيما وأن خطرها لا يمكن إلا أن يحوز خاصية أو أكثر من الخصائص التالية: أن تحتوي على عوامل معدية، أن تكون سامة للجينات، أن تحتوي على مواد كيميائية أو مواد صيدلانية سامة أو خطرة، أن تكون مشعة وأن تحتوي على أدوات حادة.[2]

وعليه سيخصص هذا البند لتعداد التأثيرات البيئية لنفايات النشاطات العلاجية الخطرة ولتأثيراتها التي تطال صحة الإنسان وتمس بسلامته الجسدية.

أولاً: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة على البيئة:

عرف المرسوم التنفيذي رقم 06-104 الذي يحدد قائمة النفايات بما في ذلك النفايات الخاصة الخطرة،[3] في الملحق الأول منه، النفايات الخطرة على البيئة على أنها: "كل مادة أو نفاية تسبب أو قد تسبب مخاطر مباشرة أو مؤجلة على مكونة أو أكثر من مكونات البيئة، قادرة على تغيير تركيبة الطبيعة أو الماء أو التربة أو الهواء أو المناخ أو الثروة النباتية أو الحيوانية أو الكائنات الدقيقة."[4]

كما حدد الملحق الثالث من نفس المرسوم نفايات النشاطات العلاجية التي تؤثر على البيئة، وعددها كما يلي:

- النفايات الناجمة عن خليط معالجة الأسنان.

---

[1] " جاء نص المبدأ الثامن من مجموعة المبادئ التي تبناها مؤتمر السكان لسنة 1994 ليكرس حق الإنسان في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والعقلية، فهناك من حدد المخاطر بناءاً على المعرضين للأضرار الصحية وهناك من نظم المخاطر بالاستناد إلى أنواع النفايات الطبية، إذ تشكل مختلف أصناف نفايات النشاطات العلاجية انطلاقاً من خصوصيتها الخطرة وغير الخطرة العديد من الآثار والمخاطر التي تتمحور على عدة مفاهيم متداخلة ومترابطة فيما بينها خاصة مفاهيم: الخطورة والمجازفة والمخاطرة والأثر والتأثيرات التي قد تنجم عنها." رضا عبد الحليم عبد المجيد عبد الباري، المسؤولية القانونية عن النفايات الطبية، دار النهضة العربية، الطبعة الثانية، القاهرة، 2015، ص 118. نقلاً عن: دلال بليدي، مرجع سابق، ص 60.

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 18.

[3] المرسوم التنفيذي رقم 06-104 المؤرخ في 28 فبراير 2006 يحدد قائمة النفايات بما في ذلك النفايات الخاصة الخطرة، ج ر ج عدد 13 الصادر في مارس 2006.

[4] قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 916.

- النفايات الناجمة عن المعالجة الفيزيوكيميائية للنفايات الناجمة عن العلاج الطبي.
- الزواحل الناجمة عن مراكز الطمر التقني والتفريغ التي تحتوي على مواد خطرة.
- النفايات الناجمة عن المعالجة الميكانيكية للنفايات التي تحتوي على نفايات خطرة، بما فيها النفايات الناجمة عن المعالجة الميكانيكية لنفايات النشاطات العلاجية على إثر فرز أو سحق أو رص أو تحبيب هذه الأخيرة.[1]

وتجدر الإشارة إلى أن اللجنة المعنية بالرقابة على تنفيذ الميثاق الاجتماعي وهي اللجنة الأوروبية لحقوق الإنسان أقرت أن الدول ملزمة بموجب المادة (11) من هذا الميثاق، وبمفهوم واسع لا يقتصر على مجرد الحصول على الخدمات الصحية، بأن توفر كل الظروف التي تسمح للإنسان بحياة صحية، وذلك من خلال اتخاذ عدة إجراءات من بينها: منع التلوث أو تخفيضه أو مراقبته أو القضاء على الأسباب المؤدية للإضرار بالصحة بشكل عام.[2]

وهو ما ينطبق على ضرورة الإدارة والتسيير الآمن لنفايات النشاطات العلاجية الخطرة التي لا تهدد بخصائصها المذكورة آنفاً صحة الإنسان فقط، بل يمس خطرها في كثير من الأحيان البيئة،[3] التي يجمع كل المهتمون بالعلوم الطبيعية (علماء البيئة،

---

[1] قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 916.

[2] مربوح عبد القادر، حق الإنسان في بيئة صحية ونظيفة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام، تخصص: حقوق وحريات أساسية، جامعة وهران 2، السنة الجامعية: 2016/2015، ص 109.

[3] " إن مفهوم " البيئة " يبدو للوهلة الأولى كمفهوم مرادف لجمالية المناظر الطبيعية التي يحتويها وسط طبيعي معين أو كموضوع لا يهم إلا الفئات الميسورة والدول الغنية، أو كشعار يندد بالآثار السلبية للتقدم الصناعي وينادي بالعودة إلى كل ما هو طبيعي. لكنه في واقع الأمر مفهوم يرتبط بالوسط الطبيعي الذي يعتبر مجال نشاط الإنسان ومصدر عيشه وبقائه أينما كان ومهما كانت وضعيته وكيفما كانت جنسيته. ولعل هذا ما أكدت عليه محكمة العدل الدولية في قرارها الاستشاري لسنة 1996 حول مشروعية استخدام الأسلحة النووية أو التهديد بها، حين أشارت إلى أن البيئة ليست مفهوماً مبهماً أو تجريدياً، بل هي المجال الذي يعيش فيه الإنسان وترتبط به جودة حياته وصحته، سواء كان من الجيل الحاضر

الطبيعة، الفيزياء، الكيمياء، علماء المياه والري والزراعة) على مفهوم علمي لها، وهو أنها: " مجموع الظروف والعوامل الخارجية التي تعيش فيها الكائنات الحية وتؤثر في العمليات الحيوية التي تقوم بها. "[1]

أو هي: " كل ما يحيط بالإنسان من مكونات حية مثل النباتات والحيوانات ومن مكونات غير حية مثل الصخور والمياه والهواء والطقس وغير ذلك. "[2]

وبمفهوم آخر وفقاً لعلم البيئة الحديث، يرى بعض الفقهاء أن البيئة هي:

" الوسط أو المجال المكاني الذي يعيش فيه الإنسان بما يضم من ظواهر طبيعية وبشرية يتأثر بها وتؤثر فيه."[3]

وقد عرفها المشرع المصري على أنها:"المحيط الحيوي الذي يشمل الكائنات الحية وما يحتويه من مواد وما يحيط بها من هواء وماء وتربة وما يقيمه الإنسان من منشآت."[4]

أو من الأجيال القادمة." الهادي مقداد، قانون البيئة، مطبعة النجاح، الطبعة الأولى، الدار البيضاء، المغرب، 2012، ص 5.

[1] فكيري آمال، مرجع سابق، ص 235. محمد حسين محمود، التكريس القانوني لحق الإنسان في البيئة، مجلة جامعة البعث، المجلد 39 العدد 53، دمشق، 2017، ص55: " ترجع فكرة الإقرار القانوني بحق الإنسان في بيئة صحية إلى النتائج التي تضمنها إعلان مؤتمر ستوكهولم الأممي سنة 1972 حول البيئة، والذي يعتبر أول نص قانوني أشار لمفهوم البيئة في إطار منظومة حقوق الإنسان، حيث أكد في المبدأ الأول منه على أن " للإنسان حق أساسي في الحرية وفي المساواة وفي ظروف حياة مُرضية، في بيئة ذات نوعية تسمح له بالعيش في كرامة ورفاهية"، وهو ما شكل نقطة انطلاق فعالة إلى الربط بين مفهوم البيئة وفكرة اعتبارها حق إنساني واضح وصريح، حيث يجسد هذا الحق إنسانية الإنسان وكرامته."

[2] محمود صالح العادلي، موسوعة حماية البيئة، دراسة مقارنة، دار الفكر الجامعي، 2003، ص17. نقلاً عن: علي سعيدان، الحماية القانونية للبيئة من التلوث بالمواد الخطرة في التشريع الجزائري، أطروحة دكتوراه دولة في الحقوق: قسم القانون العام، جامعة الجزائر، 2007، ص 6.

[3] عبد الستار يونس الحمدوني، الحماية الجنائية للبيئة (دراسة مقارنة في الأحكام الموضوعية)، دار الكتب القانونية– دار شتات للنشر والبرمجيات، مصر/ الإمارات، 2013، ص 61.

[4] المادة الأولى من القانون المصري رقم 4 لسنة 1994 بشأن حماية البيئة، مرجع سابق. نقلاً عن: ليزه عبد العزيز أحمد محمود، مرجع سابق، ص 5.

بينما لم يتطرق المشرع الجزائري لتعريفها في القانون رقم 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، واكتفى بذكر مكوناتها في النص الآتي:

" تتكون البيئة من الموارد الطبيعية اللاحيوية والحيوية كالهواء والجو والماء والأرض وباطن الأرض والنبات والحيوان، بما في ذلك التراث الوراثي، وأشكال التفاعل بين هذه الموارد، وكذا الأماكن والمناظر والمعالم الطبيعية."[1]

وتستوي البيئة المعرّضة لخطر النفايات إن كانت بيئة المرفق الصحي أو البيئة الخارجية لمؤسسات الرعاية الصحية (المنطقة المحيطة بها)،[2] وسواء كان هذا المساس بالبيئة بصورة مباشرة أو غير مباشرة خلال عمليات نقل أو تخزين أو معالجة هذه النفايات.

فالتلوث الذي يلحق بالبيئة،[3] والذي يتسبب فيه الإنسان بالدرجة الأولى – على أساس أنه وإن كان بعض التلوّث ينشأ بفعل العوامل الطبيعية كالزّلازل، البراكين، الفيضانات والعواصف الرّملية، إلا أنّ أغلب التلوّث الذي يصيب البيئة يتحقّق بفعل الإنسان نتيجة تعمّده وإهماله أو عجزه عن إقامة التوّازن بين الأعمال اللاّزمة لإشباع حاجاته وأطماعه المتزايدة وبين المحافظة على سلامة البيئة وخلوّها من التلوّث-،[4] يعرف

---

[1] المادة (4) من القانون رقم 03-10 المؤرخ في 2003/07/19 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، ج ر ج عدد 43 الصادرة في 20 جويلية لسنة 2003

[2] وزارة البيئة المصرية، مرجع سابق، ص13.

[3] Pollution : Action de polluer, salir, souiller, profaner. Pollution des eaux, de l'air …etc. Et c'est « une dégradation de l'environnement par des substances (naturelles, chimiques ou radioactives), des déchets (ménagers ou industriels) ou des nuisances diverses (sonores, lumineuses, thermiques, biologiques etc.), elle est principalement liée aux activités humaines.»
Entreprise nationale du livre, petit la rousse de la médecine, librairie la rousse, 75298 Paris cedex, 1989, p 06.

[4] يقول العالم البيئي روبرت موريسون: " الإنسان هو أنجح الكائنات الحية في إعمار الأرض واستيطانها ولكنه أيضاً أكتر الكائنات إفساداً وتلويثاً لها. " نقلاً عن: سعيدي نبيهة، تسيير النفايات الحضرية في الجزائر بين الواقع والفاعلية المطلوبة (دراسة حالة الجزائر العاصمة)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية (فرع: تسيير المنظمات)، جامعة بومرداس، السنة الجامعية: 2012/2011، ص 2.
" بعد أن حققت الدول الكبرى تقدمها ضمن المعطيات الراهنة، وبعد أن خربت البيئة بصورة كارثية بالتلوث الهائل الذي سببته الصناعة، والآلة والطاقة، ومنجزات العالم الحديث، وبعد أن استثمرت الكثير من الموارد الطبيعية بالدول النامية،

على أنه :" انحراف فيزيائي أو كيميائي أو إحيائي لأجزاء المحيط الحيوي من هواء وماء وتربة بسبب تعرضها للعناصر والمركبات المختلفة الناتجة عن النشاط الصناعي والزراعي والسكاني وبذلك يصبح الجزء الملوث غير ملائم للحياة الطبيعية."

بمعنى أنه " تقديم النفايات أو الطاقة الزائدة من قبل الإنسان إلى البيئة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مسببة للأشخاص الآخرين أضراراً، فالتلوث ناتج عن تكوين نفايات أو طاقة زائدة بسبب نشاطات الإنسان، وقد تكون هذه النفايات على شكل غازات أو نفايات صلبة أو سائلة أو طاقة على شكل إشعاع أو حرارة أو بخار أو ضوضاء، وعند انتقال الملوثات عبر الهواء أو الماء أو الأرض قد تذوب أو تتركز أو تتحول كيميائياً بالتفاعل مع بعض عناصر البيئة الطبيعية أو مع فضلات أخرى. وتصنف هذه النفايات أو الطاقة كمواد ملوثة للبيئة عندما تسبب أضراراً لمواد أخرى سواء كانت هذه المواد حية أو غير حية."[1]

وقد عرّف المشرع الجزائري التلوث في القانون 03- 10 المذكور أعلاه على أنه: " كل تغيير مباشر أو غير مباشر للبيئة، يتسبب فيه كل فعل يحدث أو قد يحدث وضعية

أخذت تهتم الآن ببيئة نظيفة ومتوازنة لتضمن لسكانها الحياة الأفضل. وبالرغم من الدعوات المتكررة التي تنادي بها هذه الدول لإنقاذ ما تبقى من كوكب الأرض، نجد أن معظم هذه الدول غير جدية في تعاملها مع كارثة التدهور البيئي، وقد تجسد هذا الأمر من خلال طريقة التخلص من نفاياتها الخطرة والسامة، نتيجة لازدياد الوعي البيئي لديها، إلى جانب أن التخلص من هذه النفايات بات أمراً صعباً بسبب المشكلات الفنية والتكاليف المادية العالية اللازمة لذلك، ولم تتورع الدول الصناعية الكبرى–والتي تتشدق بشعارات حقوق الإنسان والسلام العالمي والرفق بالحيوان – عن أن تهدد حقوق البشر في الدول الفقيرة، وأن تبيح دماءهم، فأخذت تغزو شطآن بلادهم وتغرق أراضيهم بنفاياتها السامة والخطرة، مستغلين في ذلك القيود البيئية غير المشددة والهادفة إلى جلب الاستثمارات الأجنبية، وكذلك الوضع الاقتصادي المتدهور لهذه البلدان، وعدم وجود معارضة شعبية بسبب نقص المعلومات المتعلقة بالمخاطر التي تنطوي عليها هذه النفايات." محمد بواط، حماية البيئة من النفايات الخطرة في ضوء أحكام القانون الدولي العام، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في القانون العام، جامعة تلمسان، السنة الجامعية 2016/2015، ص2.

[1] عبد الله عطوي، الإنسان والبيئة، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، 1993، ص 42. أيمن سليمان مزاهره، علي فالح الشوابكة، البيئة والمجتمع، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط4، عمان، 2003، ص 104. نقلاً عن: العابد رشيدة، مرجع سابق، ص16.

مضرة بالصحة وسلامة الإنسان والنبات والحيوان والهواء والجو والماء والأرض والممتلكات الجماعية والفردية."[1]

كما يمكن تعريفه بصيغة أخرى على أنه:

" المساس بالبيئة والإخلال بتوازنها، بإلحاق آثار سلبية بها نتيجة سوء استعمال العناصر المكونة لها من ماء وهواء وتربة بإضافة مواد غير مناسبة لها تعرف بالملوثات، وهي "مواد أو ميكروبات تخل بالنظم البيئية وتعرض الكائنات الحية للخطر أو تهدد سلامة المصادر الطبيعية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة"،[2] مما يؤدي أيضاً إلى التأثير على ممارسة الإنسان لحياته الطبيعية."

فقد ((اتفقت كل من اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان ومحكمة البلدان الأمريكية، وكذا المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان على أن أي اعتداء على البيئة يمكن أن يؤثر على عدد من الحقوق المحمية للإنسان، كالحق في الحياة، الحق في الصحة والحق في الحياة الخاصة.))[3]

ويمكن تقسيم هذه الملوثات بحسب طبيعتها إلى ملوثات فيزيائية تنقسم إلى الملوثات المشعة والتلوث الحراري، ملوثات كيميائية تتمثل في الغازات، المعادن الثقيلة، الجسيمات الكيميائية، المبيدات والمنظفات. وكذا ملوثات إحيائية تضم الفيروسات، البكتيريا والفطريات.[4]

---

[1] المادة 04 من القانون 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، مرجع سابق.

[2] قهار كميلة روضة، المسؤولية الجنائية للمنتج الملوث، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص: القانون الجنائي للأعمال، جامعة تلمسان، السنة الجامعية: 2017/2016، ص 16.

[3] مربوح عبد القادر، مرجع سابق،، ص 107.

[4] حسونة عبد الغني، الحماية القانونية للبيئة في إطار التنمية المستدامة، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في الحقوق (تخصص قانون أعمال)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الموسم الجامعي 2013/2012، ص18. سامي زعباط وعبد الحميد مرغيت، آليات حماية البيئة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار فعاليات الملتقى الدولي الأول حول: علاقة البيئة بالتنمية، الواقع والتحديات، المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد الصديق بن يحي، جيجل، الجزائر ، يومي 29/28 أفريل 2015، ص6.

وإذ يعد التلوث البيئي المذكور عابراً للحدود لا يقف عند إقليم الدولة الواحدة، قابلاً لأن يتعدى بأثره حدود أكثر من دولة، فهو يدخل بذلك ضمن أهم وأكبر الأخطار المهددة للبيئة كونه لا يقتصر على المساس بعنصر واحد من عناصر البيئة، إذ يمكن أن يمتد، بحسب حالة النفاية السائلة أو الغازية أو الصلبة، ليشمل مختلف عناصر البيئة.[1] فقد يكون تلوثاً هوائياً أو قد يمس البيئة الترابية أو حتى المائية،[2]والتي تهدف أساساً جل التشريعات البيئية إلى منع أي مساس بها وحمايتها من كل الأضرار التي قد تودي إلى إتلافها، حيث يقيم المساس بأحد هذه العناصر المسؤولية البيئية التي تجعل المعتدي مسؤولاً أمام القانون عن هذه التصرفات الضارة بالبيئة وتعرضه للجزاء، وعلى رأسه الجزاء المدني.[3]

ويعرّف **تلوث الهواء أو** التلوث الجوي بأنه حدوث خلل في النظام الإيكولوجي الهوائي نتيجة إطلاق كميات كبيرة من الغازات والجسيمات تفوق قدرة النظام على التنقية الذاتية، مما يؤدي إلى حدوث تغيير كبير في حجم وخصائص عناصر الهواء التي ستتحول من عناصر مفيدة إلى عناصر ضارة.[4]

وهو ما عبر عنه المشرع الجزائري في تعريفه الذي جاء أيضاً في المادة الرابعة (4) من القانون 03-10 السالف الذكر والمتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، كالآتي:

---

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص11.

[2] " تشكل القمامة ومياه المجاري مصدراً من مصادر التلوث ولاسيما في المدن العربية الكبرى، ويتم التخلص من القمامة بحرقها فتلوث الهواء بالدخان والغازات والوريقات المحروقة، فإذا نزلت الأمطار فإنها تحمل في طياتها هذه الملوثات إلى المياه السطحية فتلوثها، كما أن البعض يتخلص منها بإلقائها في الأماكن المنخفضة أو في المقالب العامة بطرق غير صحية فتصبح محاضن للذباب والحشرات والبعض يقدمها طعاماً للخنازير فتصيبها بالأمراض والتسمم دون أن ننسى نفايات النفط والتسريبات من المحطات والأنابيب إلى الشواطئ ونفايات المصانع." علواني امبارك، المسؤولية الدولية عن حماية البيئة (دراسة مقارنة)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في الحقوق، تخصص: قانون العلاقات الدولية، جامعة بسكرة، الموسم الجامعي: 2017/2016، ص 28.

[3] خالد مصطفى فهمي- الجوانب القانونية لحماية البيئة من التلوث في ضوء التشريعات الوطنية والاتفاقيات الدولية- دراسة مقارنة-، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، مصر، بدون سنة نشر، ص 82.

[4] المرجع نفسه، ص 82.

" إدخال أية مادة في الهواء أو الجو بسبب انبعاث غازات أو أبخرة أو أدخنة أو جزيئات سائلة أو صلبة، من شأنها التسبب في أضرار وأخطار على الإطار المعيشي."

وقد عاد للتوسع في هذا المفهوم في نفس القانون وفي الفصل الثاني من الباب الثالث المعنون ب " مقتضيات الحماية البيئية"، حيث جاء في المادة 44 منه:

« يحدث التلوث الجوي، في مفهوم هذا القانون، بإدخال بصفة مباشرة أو غير مباشرة، في الجو وفي الفضاءات المغلقة، مواد من طبيعتها:

- تشكيل خطر على الصحة البشرية،[1]
- التأثير على التغيرات المناخية أو إفقار طبقة الأوزون،
- الإضرار بالموارد البيولوجية والأنظمة البيئية،
- تهديد الأمن العمومي،
- إزعاج السكان،
- إفراز روائح كريهة شديدة،
- الإضرار بالإنتاج الزراعي والمنتجات الزراعية الغذائية،
- تشويه البنايات والمساس بطابع المواقع،
- إتلاف الممتلكات المادية.»

وبناءً على كل ما سبق، يمكن القول أن التلوث الجوي قد ينشأ من عدة مصادر ولأسباب كثيرة ومختلفة، أبسطها على الإطلاق والمتعلق بموضوع هذا البحث، أنه عادة ما يتم التخلص من نفايات النشاطات العلاجية – خاصة في بلدان العالم الثالث التي تعاني منشآتها الصحية من الإهمال ونقص في الوعي وفي ثقافة التخلص الآمن من هذه النفايات

[1] " على الرغم من إسهام عمليات معالجة نفايات النشاطات العلاجية والتخلص منها في الحد من المخاطر المرتبطة بها، فإن ثمة مخاطر صحية غير مباشرة قد تظهر من جراء الملوثات السامة التي تفرزها تلك العمليات في البيئة. فقد يؤدي التعامل مع نفايات النشاطات العلاجية الخطرة أو التخلص منها بطريقة غير سليمة إلى الوفاة أو الإعاقة بصورة دائمة أو مؤقتة أو إلى التعرض لإصابات، ففي سنة 1978 توفي في الجزائر أشخاص جراء التعرض لإشعاعات حادة وأصيب آخرون بحروق إشعاعية خطرة." شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 36.

– عن طريق عملية الحرق التي تتسبب في انبعاث غازات سامة ملوثة للهواء كغاز الدايوكسين (DIOXIN) المسبب للإصابة بمرض السل والسرطان،[1] والذي يبقى عالقاً في الهواء كونه من الغازات التي لا تتحلل،[2] وهو ما ينطوي تحت بند " تشكيل خطر على الصحة البشرية " من مفهوم التلوث الجوي السالف الذكر، كما يتأثر الهواء من جراء حرق النفايات وتخمرها وهو ما يولد الكثير من الغازات مثل: الميثان وأول أكسيد الكربون، وثان أكسيد الكربون والنتروجين والكبريت، مما يتسبب في سقوط أمطار حمضية.[3]

هذا ويعتبر التلوث الجوي المسؤول عن مئات الآلاف من الوفيات سنوياً وعن الحالات المرضية، وعن اندثار مساحات واسعة من الغابات والأراضي الزراعية وتدهور

[1] " تعرف الدايوكسينات على أنها من مسببات الأورام السرطانية للإنسان. ومن الأمراض الناجمة عن التعرض للدايوكسينات: اللوكيميا اللمفاوية المزمنة والأورام الخبيثة للأنسجة الرخوة. وهناك المزيد من الأدلة على احتمال صلة الدايوكسينات بسرطانات الكبد والرئتين والمعدة والبروستات. وقد يؤدي التعرض لجرعات عالية منها لمدة قصيرة إلى إحداث خلل في جهاز المناعة والجهاز العصبي والغدد الصماء والوظائف الإنجابية، كما أن الأجنة وحديثي الولادة أكثر قابلية للتأثر بها." تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص14.

Yaya SIDIBE, OP. Cit, p 11:" L'air est à son tour pollué par la fumée des déchets incinérés. L'incinération des métaux ou de matériel à forte teneur en métaux lourds (plomb, mercure..) peut conduire à des rejets de métaux sur l'environnement et causer nombreuses maladies chroniques respiratoires y compris les cancers qui sont dus à l'inhalation prolongée de poussière et de composés toxiques."

[2] عبد الستار يونس الحمدوني، مرجع سابق، ص 255.

Khelladi Fatima Zohra, La gestion des déchets hospitaliers et risques environnementaux, l'hôpital Remchi, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master en pathologie des écosystèmes, Université de Tlemcen, Année universitaire:2014/2015, p 1 :" Les rejets dans l'atmosphère des incinérateurs municipaux et médicaux sont identifiés comme sources d'émission de dioxines et furannes provenant de la combustion de plastiques, tels que le PVC, de plus en plus utilisés dans l'empaquetage médical. Ces substances toxiques causent également des dangers à la santé humaine; ils ont la capacité d'appartenir au groupe appelé "dirty dozen" représentant une douzaine de produits chimiques dangereux qui sont les polluants organiques persistants."

[3] فاتن صبري سيد الليثي، قانون تسير النفايات، الطبعة 1، مؤسسة الكتاب القانوني للنشر والتوزيع، الجزائر، 2021/2020، ص29. نقلاً عن: قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 917.

الآثار والبحيرات وتآكل المباني والمنشآت الأثرية، ليكون بذلك من أخطر أنواع التلوث البيئي على صحة وسلامة الإنسان خصوصاً وعلى مكونات البيئة عموماً.[1]

– فقد أثبتت الدراسات الحديثة خطورة التلوث الهوائي على البيئة والإنسان انطلاقاً من أهم آثاره عليهما، والتي نذكر منها أمراض القصبات التنفسية، الأمراض القلبية، مخاطر الإصابة بالأمراض السرطانية (سرطان الرئة...)، التهابات العين والقصبات التنفسية، اضطرابات عصبية وجسمية. بالإضافة إلى ارتفاع درجة حرارة الهواء، إفقار واستنفاذ طبقة الأوزون، وكذا تدهور المواقع الإيكولوجية.[2]

وفي نفس السياق، ونظراً لخطورة المحارق على الأشخاص القاطنين قربها بصفة خاصة كونهم الأكثر عرضة إما للإصابات الناتجة عن استنشاق الغازات الملوثة للهواء الجوي أو بسبب استهلاك المواد الغذائية، وإما للإصابات الجلدية بسبب الاحتكاك بالتربة الملوثة، فقد نوهت العديد من الدراسات بمخاطر التلوث جراء هذه المحارق.[3]

أما **تلوث التربة** فيقصد بتلوث التربة إدخال أجسام غريبة في التربة، ينتج عنها تغير في الخواص الكيماوية أو الفيزيائية أو البيولوجية بحيث تؤثر في الكائنات الحية التي

---

[1] بوفلجة عبد الرحمان، المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية ودور التأمين، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون الخاص، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية: 2016/2015، ص46.

[2] سعيدي نبيهة، مرجع سابق، ص 19.

[3] رشا صلاح مهدي، دراسة كفاءة محارق النفايات الطبية في مستشفيات الحلة في محافظة بابل، مجلة جامعة بابل، العدد3، 2014، ص568. بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 47: " ففي بريطانيا وإسبانيا واليابان لوحظت زيادة في نسبة الدايوكسين في أنسجة القاطنين قرب المحارق بمقارنتها بالآخرين، كما أشارت دراسة فنلندية أن هناك زيادة ملحوظة في نسبة الزئبق في شعر السكان القاطنين قرب المحارق، ونسب عالية من مركبات الدايوكسين في أنسجة العاملين في المحارق الحديثة والقديمة نتيجة لتعرضهم اليومي للرماد، زيادة عل وجود بعض الأمراض السرطانية مثل سرطان الجلد عند السكان المحيطين بالمحارق في فرنسا، وزيادة بستة أضعاف في نسب حالات الوفاة بسرطان الرئة في ايطاليا. كما أشارت دراسة في اسكتلندا أجريت على السكان القاطنين قرب محرقتين بأن التلوث الناتج منها قد يكون السبب في زيادة نسبة ولادات البنات مقارنة بالمناطق الأخرى البعيدة، ووجدت دراسة ألمانية أخرى انخفاض في نسبة هرمون الغدة الدرقية، بالإضافة للعديد من الدراسات التي أكدت مسؤولية الغازات المنبعثة من المحارق في إحداث العديد من المشاكل الصحية والمهنية."

تستوطن في التربة وتسهم في عملية التحلل للمواد العضوية التي تمنح التربة قيمتها وصحتها وقدرتها على الإنتاج.[1]

فتفاقم تلوث التربة لا يقتصر عليها فقط وإنما ينتقل منها إلى المياه الجوفية والبيئة الحضرية والكائنات الحية الأخرى. فبالإضافة إلى اشتراكها مع بعض مشكلات التلوث الأخرى في بعض الآثار والأضرار إلا أنها تنفرد في البعض منها، بحيث يؤدي تلوث التربة إلى إحداث التسمم الغذائي إذ يسبب تلوث الغذاء عادة الإصابة بالأمراض الحادة الخاصة بالمعدة والأمعاء التي تصيب الأفراد.[2]

بمعنى أنه، وفضلاً عن تلوث باطن الأرض بالمخلفات ونفايات النشاطات العلاجية المطمورة داخله والتي تحدث، بفضل احتوائها على نفايات صيدلانية ومواد كيماوية أو مخلفات الحرق، خللاً في النظام الطبيعي للتربة وتقضي على بعض أنواع النباتات النافعة، تؤدي زيادة على ذلك نفايات النشاطات العلاجية التي لا يتخلص منها غالباً داخل المرافق الصحية والتي ترمى بطرق غير قانونية مع النفايات العادية في مدافن قمامة تابعة للبلديات إلى تلوث التربة بفعل المعادن الثقيلة أو المواد السمية الأخرى التي تطلقها نفايات النشاطات العلاجية في التربة.[3]

---

[1] « Les déchets des établissements de soins contaminés, quand ils sont déversés dans le milieu naturel ou au niveau des décharges publiques entrainent une contamination bactériologique ou toxique du sol et des nappes phréatiques (OMS, 2005). » DEBBOU Massilia et LOUICHAOUI Tassadit, Gestion et traitement des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de Master (Génie de l'environnement), Université de BEDJAIA, 2020, p 9.

[2] ابراهيم سليمان عيسى، تلوث البيئة أهم قضايا العصر: المشكلة والحل، دار الكتاب الحديث، ط2، القاهرة، 2002، ص45.

[3] منظمة الصحة العالمية، تقرير المقرر الخاص، مرجع سابق، ص 19. عبد الستار يونس الحمدوني، مرجع سابق، ص243.

« La mise en décharge « sauvage » dans des sites non contrôlés peuvent avoir des effets environnementaux directs en termes de pollution du sol et des eaux. » DEBBOU Massilia et LOUICHAOUI Tassadit, OP.Cit, p 09.

ذلك أن التربة، بحسب طبيعتها الخاصة وعلى عكس الغلاف الجوي والمائي، لا تمتاز بالتنقية الذاتية، ما يجعل تجمع النفايات والمخلفات بشكل كبير في الطبقة السطحية من الأرض يؤدي إلى إحداث تغيير تدريجي في التركيبة الكيميائية للتربة مقارنة مع الهواء والماء، وهو ما يؤثر على خصوبة التربة وقدرتها على الإنتاج والاستعمال الزراعي.[1]

وبشأن **تلوث المياه**، فقد عرفت الفقرة الأولى من المادة الرابعة من قانون البحار لسنة 1982[2] التلوث البحري بأنه: " إدخال الإنسان لمواد في البيئة البحرية بما في ذلك مصاب الأنهار بصورة مباشرة أو غير مباشرة مما ينجم عنه أو يحتمل أن ينجم عنه آثار مؤذية، كالإضرار بالموارد والحياة البرية وتعريض الصحة البشرية للأخطار وإعاقة الأنشطة البحرية بما في ذلك صيد الأسماك، أو غيره من أوجه الاستخدام المشروعة للبحار".[3]

أما منظمة الصحة العالمية فعرفت تلوث المياه بقولها: " يعتبر المجرى المائي ملوثاً عندما يتغير تركيب عناصره أو تتغير حالته بطريق مباشر أو غير مباشر بسبب نشاط الإنسان، بحيث تصبح هذه المياه أقل صلاحية للاستعمالات الطبيعية المخصصة لها أو لبعضها.

[1] إسماعيل نجم الدين زنكنة، القانون الإداري البيئي (دراسة تحليلية مقارنة)، الطبعة1، منشورات الحلبي الحقوقية، دون بلد نشر، 2012، ص 70 و 71. نقلاً عن: قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 917.

[2] اتفاقية الأمم المتحدة لقانون البحار والمسماة أيضاً اتفاقية مونتيقوباي " MontegoBay " المؤرخة في 1982/12/10، وقد دخلت حيز النفاذ في 1994/11/16 وصادقت عليها الجزائر بموجب أحكام المرسوم الرئاسي 96-53 المؤرخ في 1996/01/22 والمتضمن التصديق على اتفاقية الأمم المتحدة لقانون البحار، ج ر ج رقم 09 المؤرخة في 24 جانفي 1996.

[3] بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 46. مربوح عبد القادر، مرجع سابق، ص 113: نصت المادة 2/211 من قانون البحار على أنه: " تعتمد الدول قوانين و أنظمة لمنع التلوث... ولا تكون هذه القوانين والأنظمة أقل فعالية من القواعد والمعايير الدولية المقبولة عموماً والموضوعة عن طريق المنظمة الدولية المختصة أو مؤتمر دبلوماسي عام. "

ويتضمن هذا التعريف أيضاً ما يطرأ على الخصائص الطبيعية والكيميائية والحيوية التي تجعل الماء غير صالح للشرب أو للاستهلاك المنزلي أو الصناعي أو الزراعي بسبب التغيرات الحرارية الناتجة عن التلوث الحراري ."[1]

وعرفه المشرع الجزائري على أنه: " إدخال أية مادة في الوسط المائي، من شأنها أن تغير الخصائص الفيزيائية والكيميائية و/أو البيولوجية للماء، وتتسبب في مخاطر على صحة الإنسان، وتضر بالحيوانات والنباتات البرية والمائية وتمس بجمال المواقع، أو تعرقل أي استعمال طبيعي آخر للمياه."[2]

فزيادة على تلوث الهواء بالملوثات الخطيرة الناجمة عن حرق نفايات النشاطات العلاجية وكذا تلوث التربة بالنفايات المطمورة فيها، تشكل هذه النفايات أيضاً خطراً شديداً على نوعية وجودة المياه الجوفية،[3] سواء الصالحة والمستخدمة من طرف السكان للشرب أو تلك المستعملة في الأغراض الزراعية وللأغراض المنزلية الأخرى نظراً لاختلاطهما بمياه الصرف التي تستقبل عادة المياه العادمة من المنشآت الصحية والمليئة بالمواد الكيماوية والعناصر الثقيلة كالزئبق وغيره،[4] إذ أكدت الكثير من الدراسات على أن تلوث المياه بالفضلات عاملاً أساسياً في انتشار أمراض الكوليرا والتيفوئيد والأمراض المعوية، كما تبين أيضاً أن تلوث المياه يؤدي إلى زيادة انتشار الأوبئة بين سكان الحضر مثل التهاب الكبد وشلل الأطفال والحساسية وأمراض العيون... إلى غير ذلك.[5]

---

[1] عبد الرحمن المهنأ أبا الخيل و محي الدين محمود قواس، النظم البيئية والإنسان، دار المريخ، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2005، ص 241.

[2] المادة الرابعة (4) من القانون 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، قانون سابق، ص 10.

[3] " Les eaux souterraines, de boisson ainsi que les eaux fluviales sont potentiellement contaminées par les déchets enfouis ou compostés ou par le déversement des déchets liquides." Yaya SIDIBE, OP. Cit, p 11.

[4] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص211.

[5] محمد السيد عامر، المشاركة الشعبية لحماية البيئة من منظور الخدمة الاجتماعية (تقديم علي ليلة)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 183.

ثانياً: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة على الصحة العامة:

إن المحافظة على الصحة العامة مهمة كل دولة بمختلف مؤسساتها وهيئاتها اتجاه رعاياها، ((ففي دراسة أعدتها لجنة الدول الأمريكية لحقوق الإنسان في الإكوادور أوضحت اللجنة أن أعمال الحق في الحياة وفي السلامة البدنية والأمان الشخصي يرتبط بالضرورة بالبيئة الطبيعية. فتلوث البيئة أو تدهور حالتها يشكلان تهديداً لحياة الإنسان وقد يكون من الصواب قيام الدولة المعنية باتخاذ تدابير ايجابية مناسبة لحماية الحقوق الأساسية وغير القابلة للمساس مثل الحق في الحياة والحق في السلامة البدنية من خلال منع تلوث البيئة أو تدهور حالتها أو وقوع أية مخاطر بيئية قد تهدد الحياة الإنسانية والصحة.))[1]

وإذ تعد مخاطر نفايات النشاطات العلاجية من أهم المخاطر التي قد تمس الصحة العامة نتيجة الإهمال أو التخلص غير الآمن منها، وذلك كون خطورتها لا تهدد فقط المرضى المتواجدون بالمؤسسة الصحية بل كثيرين غيرهم بما فيهم الزوار والمترددين على

" كشفت نتائج تحقيق للمفتشية العامة بوزارة الصحة ومجلس المحاسبة عن كارثة بيئية وصحية ناتجة عن سوء تسيير النفايات الاستشفائية وتلوث شبكات مياه الصرف بسموم إشعاعية وكيمياوية غير معالجة تهدد حياة المواطنين وتعرضهم لأمراض وبكتيريات فتاكة، إذ أثبت التقرير تلوث الشبكة العمومية لمياه الصرف بنفايات سائلة كيمياوية وبيولوجية غير معالجة حيث تتضمن إشعاعات نشطة تهدد الصحة العمومية بسبب سرعة انتقالها." مقال منشور بجريدة الخبر، العدد الصادر بتاريخ 13 يناير 2019 تحت عنوان: تقرير مرعب حول النفايات الاستشفائية، ص 3.

"حذر علي خميّس، نائب رئيس اتحادية مستخدمي الصحة العمومية، في تصريح ل " اندبندنت عربية"، من الاستمرار في التخلص من النفايات الطبية الخاصة في المختبرات والمستشفيات عبر مجاري الصرف الصحي، لما تشكله من خطر بيئي وصحي يهدد الجزائريين، محملاً مسؤولية هذه التجاوزات إلى الإهمال الطبي وتجاهل الأعوان المكلفون بالنفايات والفرز، وقلة أعداد مراكز الردم والحرق. وتابع أن تقرير " تسيير النفايات الاستشفائية " الصادر عن وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، أثبت تجاوزات تستهدف الشبكة العمومية لمياه الصرف الصحي العمومي خلال الفترة من 2017 وحتى أبريل 2019، حيث وثّق صب نفايات طبية من دون أي معالجة، مع غياب طرق قانونية وشرعية للقضاء على خطر النفايات الاستشفائية الصلبة والسائلة، وخلص التقرير إلى أن تسيير النفايات الطبية في الجزائر بات كارثياً." وكالة الأنباء الجزائرية، " النفايات الاستشفائية هاجس يقلق الجزائر"، مقال منشور بجريدة " اندبندنت عربية" بتاريخ 2020/07/22.

[1] مربوح عبد القادر، مرجع سابق، ص 108.

هذه الأخيرة، إضافة إلى العاملين بها وبالأخص منهم المتعاملين المباشرين مع هذه النفايات، وهو ما يستوجب بعض التفصيل كالآتي:

I/- <u>الأشخاص الأكثر عرضة لمخاطر نفايات النشاطات العلاجية</u>:

إن أكثر ما يدعو للقلق من هذا النوع من النفايات هو الفئة الكبيرة من الأشخاص المعرضة لمخاطرها،[1] ويدخل في هذه الفئة كل من:

- أفراد الطاقم الطبي ومساعديه بالمرافق الصحية من : أطباء، ممرضين، فنيو المختبر وغيرهم،
- المرضى بالمستشفى والمؤسسات العلاجية أو الذين يتلقون الرعاية المنزلية،
- الزائرون للمرافق الصحية وأفراد عائلات المرضى،
- عمال المصالح التابعة لأقسام العلاج من: عمال النظافة والمغسلة وغيرهما،
- العمال المكلفون بجمع وإزالة النفايات بالمؤسسة الصحية،
- أعوان الشركات الخاصة والمكلفين بعملية نقل وتنقية الفضلات المنزلية المختلطة بالفضلات الصحية،
- القائمون على إعادة استرجاع نفايات النشاطات العلاجية وإعادة استخدامها،
- العاملون في مرافق التخلص من النفايات (مثل عمال المكبات أو المرمدات)،
- عامة الناس ومن بينهم: نابشي النفايات والأطفال العابثين بها، مدمني المخدرات ملتقطي الحقن الملوثة الملقاة لاستعمالها في حقن أنفسهم وكذا القاطنين بالقرب من المفرغات والمزابل الفوضوية.[2]

والجدير بالذكر في هذا المقام، ما أثبتته البحوث عن ارتفاع نسب العطل المرضية في أوساط العاملين في البيئات الملوثة مما ينعكس سلباً بالتأكيد على مردوديتهم في الإنتاج

[1] L'organisation Mondiale de la Santé, programme des nations unies pour l'environnement/SCB, Principes Fondamentaux de la gestion des déchets de soins médicaux, p 8. Visité le 16/12/2016 sur le site: www.calameo.com/books/00129651427fba671e315

[2] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 321.

مقارنة مع نظرائهم ممن يعيشون في أوساط بيئية صحية ونظيفة، إذ ينخفض معدل إنتاجهم بما يتراوح بين 20 و 38%.[1]

وفي هذا الصدد ((تضمنت المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اعترافاً بالحق في الصحة، ويرتب التزاماً مزدوجاً:

– التزام سلبي يتمثل في عدم إتيان أي سلوك قد يؤثر على صحة الإنسان.

– التزام ايجابي يتمثل في وجوب اتخاذ تدابير مناسبة لحماية والحفاظ على صحة الإنسان، بما في ذلك الوقاية من آثار الإضرار بالبيئة.))[2]

II/– <u>مخاطر نفايات النشاطات العلاجية</u>:

لا تكمن خطورة نفايات النشاطات العلاجية في نسبة الجراثيم والميكروبات التي تتضمنها، والتي وإن كانت أقل بالمقارنة مع النفايات الصلبة المنزلية التي تعد مرتعاً خصباً ووسطاً ملائماً لنمو وتكاثر الميكروبات والجراثيم ما يجعلها ذات خطورة ثابتة ومؤكدة، بل في أنها قد تتضمن مضادات الجراثيم في تركيبتها الفيزيائية وهو ما يضفي بعض الخصوصية على خطورتها،[3] والتي تتمثل أساساً في مخاطر العدوى، مخاطر التسمم والحروق، وكذا المخاطر الإشعاعية والكيميائية.

فبشأن **مخاطر العدوى**، تمثل الإصابة بمرض التيتانوس، الالتهابات الموضعية أو العامة بالجسم، فضلاً عن عدوى الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) والتهاب الكبد الوبائي (B وC) أهم المخاطر التي يمكن أن تنجم عن التسيير السيئ لنفايات النشاطات العلاجية والتي تنتج بالخصوص جراء التعامل مع النفايات المعدية التي يمكن أن تحتوي على أي من الأصناف العديدة للميكروبات المسببة للمرض، ذلك أنه وبالنظر

[1] سعيدي نبيهة، مرجع سابق، ص117. عبير عيسى، مرجع سابق، ص 8.

[2] مربوح عبد القادر، مرجع سابق، ص 109.

[3] دليل الإرشاد لإدارة متكاملة للنفايات الصلبة في لبنان، مرجع سابق، ص21.

إلى نوع وكمية هذه الكائنات الحية الممرضة التي يتم التعرض إليها،[1] بالإضافة إلى الحالة الصحية للشخص أو الأشخاص المعرضين لها، فإن عديداً من الأمراض أو الأعراض المرضية يمكن توقع حدوثها.[2]

وهناك اعتبار خاص لإمكانية حدوث العدوى بالفيروس المسبب لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة(الايدز – HIV) والفيروسات المسببة للالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي من نوعي ب و ج على وجه الخصوص،[3] وذلك عند التعرض لنفايات النشاطات العلاجية الملوثة بنفايات الدم التي تحتوي على أي من تلك الفيروسات.[4] ففي هذا الشأن أثبت

[1] " تعرف العناصر الممرضة بأنها الكائنات الدقيقة (بما في ذلك البكتريا والفيروسات والمسببات لارتخاء العظام والطفيليات والفطريات) أو الكائنات الدقيقة المعاد تجميعها (التهجين) المعروف أو من المتوقع بصورة معقولة أنها تتسبب في أمراض معدية تنطوي على مخاطر شديدة على الحيوانات أو البشر." برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية – الإحيائية والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص21.

[2] " نذكر منها: – أمراض الجهاز التناسلي الناتجة من المخلفات والعينات الملوثة بالإفرازات التناسلية للمرضى المصابين، مثل بكتيريا السيلان وفيروسات الهربس في أقسام الأمراض التناسلية، هذه الأمراض في حد ذاتها تتطلب سرعة التخلص من نفاياتها وكل ما يتعلق بها بطريقة آمنة، نظراً للأضرار التي قد تلحقها بالصحة العامة في حالة التخلص غير الآمن لها.

– الالتماس المباشر وغير المباشر مع المخلفات الملوثة بإفرازات رئة المرضى ولعابهم المحتوية على ميكروبات السل وفيروسات الحصبة في أقسام الأمراض الصدرية، مثل الكوليرا والحمى الصفراء وما شابهها: كالسل وشلل الأطفال.

– ميكروبات الالتهابات المعوية الناتجة بسبب البكتيريا الموجودة في المخلفات الطبية الملوثة ببراز وقيء المريض في أقسام الأمراض السارية والمعدية.

– التعرض لمواد ملوثة بسائل الحبل الشوكي الملوث ببكتيريا التهاب السحايا." دلال بليدي، مرجع سابق، ص62.

[3] " Chez un homme immunocompétent, une centaine de particules infectantes suffisent pour transmettre le S.I.D.A mais il suffit d'un peu moins de 8-10 millilitre de sérum pour transmettre une hépatite B. Ces doses sont sûrement plus basses pour des patients fragiles, voire certains personnels, particulièrement réceptifs qui vont développer une infection à la suite d'une contamination." Khelladi Fatima Zohra, OP. Cit, p 37- 38.

[4] وزارة البيئة المصرية، مرجع سابق، ص 13. تقرير منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص 18.

Comité international de la croix rouge, OP. Cit, p 19: " En ce qui concerne les infections virales comme le sida et Les hépatites B et C, c'est le personnel infirmier qui risque le plus d'être infecté par l'intermédiaire d'aiguilles contaminées. Avec les cultures de pathogènes, les déchets piquants et tranchants sont considérés comme les déchets médicaux les plus dangereux."

التقرير الأمريكي لوكالة حماية البيئة أن هناك حوالي (17–22) ممرضة تتعرض كل سنة للوخز بالإبر أو الخدش بالآلات الحادة.[1]

ومع الإشارة إلى أنه لا يمكن انتقال جميع الكائنات الدقيقة الممرضة عن طريق النفايات بوصفها مسلكاً لها،[2] قد تدخل بعض هذه الكائنات الحية الممرضة الموجودة في النفايات المعدية إلى جسم الإنسان بواسطة عدة طرق ومسارات،فتدخل إما من خلال ثقب أو كشط (احتكاك شديد بالجلد) أي قطع أو جرح بالجلد، أو من خلال الأغشية المخاطية، وكذا بواسطة الاستنشاق عبر الجهاز التنفسي أو عن طريق البلع عبر السبيل الهضمي.[3]

فإذا ما علمنا أن فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي يبقى معدياً داخل الحقنة لفترة لا تقل عن ثمانية أيام من اليوم الذي أخذت فيه عينة الدم، فإن احتمال انتقال العدوى جراء حوادث وخز الإبر الملوثة الملقاة في نفايات النشاطات العلاجية يبقى أكيداً، وذلك وفق ما أشارت إليه مصادر منظمة الصحة العالمية[4] بالنسب التالية:

- 0.3 % للإيدز.
- 3% لالتهاب الكبد الوبائي (B).
- من 3 إلى 5% لالتهاب الكبد الوبائي (C).

والجدير بالذكر في هذا المقام، هو ((أن فيروس التهاب الكبد (B) يعتبر مستديماً في الهواء الجاف ويستطيع أن يبقى حياً لأسابيع عدة على السطح، كما أنه يقاوم التعرض

---

[1] فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 21.

[2] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص21.

[3] " قد يسبب التماس أو وخز أو قطع الجلد بمواد حادة ملوثة أمراض والتهابات جلدية تنشأ بسبب التعرض لأنواع من البكتيريا الجلدية الموجودة بالمخلفات الطبية كالقطن والشاش الملوث بصديد جروح المرضى بعد العناية به، فهي تحتوي على عوامل معدية بما في ذلك الأدوات حادة النصل الملوثة. ويمكن لهذه الكائنات الممرضة الموجودة في النفايات المعدية أن تدخل إلى جسم الإنسان بواسطة عدة طرق، أهمها: الوخز بالإبر أو الخدش أو القطع بالآلات الحادة أو من خلال الأغشية المخاطية أو بواسطة الاستنشاق." دلال بليدي، مرجع سابق، ص 62.

[4] Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 4.

محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، المرجع السابق، ص 210.

للماء المغلي لفترة قصيرة ويمكنه أن يبقى حياً عند التعرض لبعض المطهرات والإيثانول بتركيز 70%، ويبقى حياً لغاية 10 ساعات في درجة حرارة 60م°. ولقد وجدت المنظمة اليابانية لأبحاث النفايات الطبية أن جرعة معدية من فيروس التهاب الكبد يمكنها أن تظل حية لمدة أسبوع في قطرة دم علقت داخل إبرة تحت جلدية. وبالمقارنة، فإن فيروس نقص المناعة (HIV) أقل مقاومة منه بكثير، فهو لا يبقى حياً لأكثر من 15 دقيقة عند التعرض للإيثانول بتركيز 70% ولمدة 3 – 7 أيام فقط في درجة حرارة الجو. ويكون خاملاً عند 56م°)).[1]

هذا، ويعد تفشي عدوى المستشفيات المؤدية إلى ظهور أنواع كثيرة من البكتيريا، المقاومة للمضادات الحيوية وسوائل التعقيم، الناجمة عن تلوث بيئة المستشفى جراء انتشار الجراثيم المعدية التي تحويها نفايات النشاطات العلاجية،من المخاطر المحدقة أيضاً بالفئات الأكثر عرضة لتأثيرات هذه الأخيرة بما فيهم المرضى أنفسهم وزائريهم.[2]

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 24.

[2] " حسب منظمة الصحة العالمية: " يمكن أن تساهم الكائنات الدقيقة الموجودة في مؤسسات الرعاية الصحية، من بكتيريا مقاومة للمضادات الحيوية والمطهرات الكيميائية، في المخاطر الناجمة عن الإدارة السيئة لنفايات النشاطات العلاجية. فعلى سبيل المثال، لقد ثبت أن البلازميدات من السلالات المخبرية والموجودة في نفايات النشاطات العلاجية تتحول إلى بكتيريا متأصلة عن طريق نظام التخلص من النفايات. وعلاوة على ذلك، فقد تبين أن جراثيم الأشريكية القولونية(E.coli) المقاومة للمضادات الحيوية تبقى حية في محطة الحمأة المنشطة (وهي " طريقة معالجة بيولوجية لمياه الصرف الصحي في محطات المعالجة، وتعتمد على تنشيط البكتيريا الموجودة في مياه الصرف الصحي عن طريق نفث الأوكسجين اللازم لنموها وتكاثرها في حوض تهوية موجود في محطة المعالجة. إن تكاثر البكتيريا يؤدي إلى تخليص المياه من المادة العضوية المنحلة وتحويلها إلى مادة غير منحلة قابلة للترسيب في حوض الترسيب النهائي اللاحق لحوض التهوية في محطة المعالجة. " تعريف مأخوذ بتاريخ: 2022/02/13 من ويكيبيديا على الموقع: https://ar.m. wikipedia.org) ، بالرغم من أنه لا يبدو وجود تحول هام لهذا الكائن تحت الظروف العادية لمعالجة المياه العادمة والتخلص منها." تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص28.

" Dans ce cas le rôle de la main est capital, elle abrite les flores (transitoires, résiduelles). La flore transitoire évolue quantitativement et qualitativement aux cours de la journée en absence de lavage des mains. Le contact répété des mains avec les matériels souillés permet de transporter les germes d’un malade à un autre ." Yaya SIDIBE, OP. Cit, p 12.

وتتبع خطورة الإصابة بالعدوى جراء الأدوات الحادة والمعدات الملوثة بدم وسوائل أجسام المرضى من نقص الموارد المالية الكافية، في البلدان النامية على وجه الخصوص، مما يضطر مرافقها الصحية أحياناً إلى غسل المحاقن والإبر والمشارط بالماء الفاتر فقط بعد استعمالها، إن لم يعاد استخدامها دون أي تعقيم.[1]

فالملاحظ في الواقع أن معالجة النفايات بهذا الأخير لا تتم غالباً بطريقة سليمة من طرف الجهات العاملة في مجال تدوير النفايات، مما يبقي خطر إصابة ملايين الناس بشتى أنواع العدوى قائماً في المستشفيات التي تباع لها هذه الأدوات. إذ يشير أحد التقارير إلى أن: " 40% من عمليات الحقن، في جميع أنحاء العالم، تتم بمحاقن وابر مستعملة وغير معقمة، وتصل هذه النسبة إلى 70% في بعض البلدان."[2]

وذلك في الوقت الذي يوصى فيه أنه على جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية اتخاذ الإجراءات الوقائية لمنع التعرض لإصابات نتيجة استخدام الحقن الطبية والمشارط والأدوات المسننة أو الوسائل الحادة الأخرى أثناء إجراء العمليات وعند تنظيف الأدوات المستعملة والتخلص من الحقن المستعملة، كما يجب لمنع التعرض لإصابات الوخز بالإبر الطبية، ولدى استخدام الأيدي لنقل الأدوات الحادة بعد العمليات، عدم لمسها أو ثنيها أو كسرها عن عمد أو إزالتها من المحقنة التي تطرح بعد الاستعمال أو تناقلها بواسطة الأيدي. إذ يجب بعد الاستعمال، وضع الحقن والإبر الطبية التي تطرح، وشفرات المشارط والأدوات الحادة الأخرى، داخل حاويات حصينة يتعذر ثقبها، وذلك للتخلص منها، على أن توضع هذه الحاويات الحصينة في أقرب مكان ممكن من منطقة الاستعمال.

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية –الأحيائية والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص8.

[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، تقرير المقرر الخاص، مرجع سابق، ص11.

إضافة إلى وجوب وضع جميع الإبر والحقن الطبية التي يعاد استخدامها في حاوية حصينة يتعذر ثقبها لنقلها إلى منطقة إعادة التجهيز.[1]

كما يدخل أيضاً ضمن طرق انتقال الأمراض والعدوى داخل وخارج المرافق الصحية نبش الحيوانات الأليفة لنفايات النشاطات العلاجية – المعدية على وجه الخصوص – والتي تقتات منها وتعتبر مصدراً لعيشها، سواءً كان ذلك خارج المؤسسات الصحية من النفايات المرمية على حواف الطريق أو تلك المدفونة في مدافن القمامة التابعة للبلدية، أو داخل مراكز التخزين بالمؤسسة نفسها.[2]

ويضاف إلى كل ذلك، الأمراض المتنقلة بالمخلفات الغازية والصلبة الناتجة عن ضعف إجراءات تقنيات الترميد والتفريغ.[3]

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص 8.

[2]" Les animaux domestiques en quête de nourriture au niveau du site d'entreposage peuvent ingérer des déchets issus des soins de santé, ce qui peut entrainer une propagation potentielle de maladies et de contaminants chimiques à travers la chaine alimentaire." Mahamat Nour ADOUM, OP. Cit, p 22.

[3] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 169.

" نظراً لقلة المنشآت المخصصة للتخلص من النفايات الخاصة، تتبع الجزائر بشأن ذلك أسلوبين هما أسلوب الترميد وأسلوب التطهير بالبخار، ويبلغ عدد المرامد 13 مرمداً، 03 منها مخصصة لترميد النفايات الصناعية و 10 مخصصة للنفايات العلاجية، ويبلغ عدد آلات تعقيم النفايات 07 آلات مخصصة لتعقيم النفايات العلاجية. وتلجأ الجزائر إلى تصدير النفايات الخاصة والخطرة لعدم توفر الإمكانيات المناسبة لاسترجاعها وتثمينها، حيث بلغت كمية النفايات المصدرة سنة 2019 ما قدر ب 65. 67696 طن من النفايات نحو 4 دول هي: اليونان، الهند، تركيا وفرنسا. ويتعلق الأمر ببعض أنواع النفايات الخاصة والخاصة الخطرة كنفايات الزيوت المستعملة ونفايات التجهيزات الكهربائية والإلكترونية." تقرير الوكالة الوطنية للنفايات حول حالة تسيير النفايات في الجزائر، مرجع سابق، ص 112 و117. نقلاً عن: خدير أحمد، مرجع سابق، ص 173.

جدول رقم (02): أمثلة حول قدرة بقاء بعض الكائنات الحية الدقيقة المعدية على قيد الحياة:[1]

الكائنات الحية الدقيقة المعدية	قدرة البقاء على قيد الحياة
الالتهاب الكبدي الفيروسي ب	عدة أسابيع في الهواء الجاف. أسبوع واحد على 25 درجة مئوية. عدة أسابيع في الدم المجفف. 10 ساعات على 60 درجة مئوية. يبقى يعيش على 70% من الإيثانول.
جرعة معدية من فيروس الالتهاب الكبدي ب و ج	أسبوع واحد في قطرة دم بإبرة حقن تحت الجلد.
الالتهاب الكبدي الفيروسي ج	لمدة 7 أيام في دم على 4 درجات مئوية. 3–7 أيام في الهواء المحيط. غير نشط على 56 درجة مئوية.
متلازمة نقص المناعة المكتسبة	15 دقيقة في 70% من الإيثانول. 21 يوماً في درجة حرارة الغرفة في 2 ملل من الدم. يقلل التجفيف من تركيز الفيروس بنسبة 90–99% في غضون ساعات

[1] دليل وطني حول تسيير نفايات النشاطات العلاجية، صادر عن الوكالة الوطنية للنفايات (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ وزارة البيئة والطاقات المتجددة)، طبعة 2019، ص 19.

جدول رقم 03: بعض الأمراض الناتجة عن التعرض لنفايات النشاطات العلاجية والعوامل المسببة لها وطرق انتقالها: وهي مفصلة في الجدول الآتي:[1]

نوع الالتهاب	أمثلة عن الجراثيم المسببة	طرق العدوى
انتانات الجهاز الهضمي	المكورات المعوية وسالمونيلا الكوليرا والديدان	البراز والقيء
انتانات الجهاز التنفسي	بكتيريا السل، فيروس الحصبة، الجرثومة العقدية الرئوية، سارس (متلازمة الالتهاب التنفسي الحاد)	إفرازات الاستنشاق واللعاب
التهابات العين	فيروس الهربس، القوباء	إفرازات العين
انتانات مهبلية	نيسيريا السيلان	إفرازات مهبلية
التهابات الجلد	المكورات العقدية	القيح
انتانات الجمرة الخبيثة	عصيات الجمرة الخبيثة	إفرازات الجلد/التنفس والاستنشاق/البلع
التهاب السحايا	نيسيريا السحايا	سائل النخاع الشوكي
الايدز	فيروس العوز المناعي المكتسب	الدم، والإفرازات الجنسية وسوائل الجسم الأخرى
الحمى النازفة	فيروس إيبولا	الدم وسوائل الجسم
تسمم الدم	المكورات العقدية، العصيات	الدم
إنفلونزا الطيور	فيروس H5N1	الدم والبراز
التهاب الكبد الفيروسي أ	فيروس التهاب الكبد أ	البراز
التهاب الكبد الفيروسي ب و ج	فيروس التهاب الكبد ب و ج	الدم وسوائل الجسم الأخرى

[1] دليل وطني حول تسيير نفايات النشاطات العاجية، مرجع سابق، ص19.

من جهة أخرى، تعتبر **مخاطر التسمم والحروق** تلك المخاطر التي تنجم عن بلع الأشخاص وخاصة الأطفال للأقراص والعقاقير المرمية في نفايات النشاطات العلاجية، وكذا مخاطر نفايات الأدوية الكيماوية المستعملة في علاج السرطان وأيضاً العلب أو الحاويات المعبأة تحت الضغط كعبوات الأيروسولات بمختلف أنواعها والتي قد تسبب الانفجار أو الاشتعال أو حتى التسمم،[1] وتشكل كلها أخطاراً كبيرة على صحة الأفراد والبيئة ما يجعل من جمع ومعالجة النفايات التي قد تؤدي إليها بطريقة صحيحة ضرورة حتمية.

أما عن **المخاطر الإشعاعية والكيمائية**، فتتمثل في إصابة المتعرضين لبعض نفايات النشاطات العلاجية بحروق بالغة، الإعاقة الدائمة أو المؤقتة أو حتى الوفاة، بسبب سوء تخزين النفايات المشعة أو التخلص غير السليم من معدات العلاج الإشعاعي.[2] ولذلك تلزم المستشفيات والمختبرات التي تستخدم فيها هذه المواد بإتباع نوع من الإجراءات التي من شأنها أن تقلل من أخطار العمل بالمواد المشعة إلى أدنى درجة، كما هو الشأن بالنسبة للتخزين الآمن للنفايات المشعة والتخلص منها، أين تجبر المؤسسة بتعيين شخص

[1] إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 12. دلال بليدي، مرجع سابق، ص63: " تعد العديد من المخلفات الكيميائية والصيدلانية بالمؤسسات الصحية من ضمن مصادر الضرر للعاملين والبيئة المحيطة، فبعض منها مواد كيميائية سامة ومواد محدثة للسرطانات والطفرات بالخلية البشرية والأحياء البرية؛ بالإضافة إلى وجود مواد كيميائية أخرى حارقة وسريعة الاشتعال أو الانفجار، وتعتبر المواد المطهرة بشكل خاص من أهم أعضاء هذه المجموعة: فهي تستخدم بكميات كبيرة وغالباً ما تسبب التآكل. كما يجب ملاحظة أن الكيماويات شديدة التفاعل لديها إمكانية تشكيل مركبات ثانوية عالية السمية."

[2] " أعلنت الوكالة الدولية للطاقة الذرية بخصوص الحادث الإشعاعي في غويانا بفيينا سنة 1988 عن وفاة أربعة أشخاص جراء التعرض لإشعاعات حادة وإصابة 28 آخرون بحروق إشعاعية خطيرة بسبب التخلص بصورة غير سليمة من معدات للعلاج الإشعاعي. كما شهدت كل من الجزائر سنة 1978 والمغرب سنة 1983 والمكسيك (1962 و1983) حوادث مماثلة." مذكور في: تقرير منظمة الصحة العالمية، تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 9.

أو أشخاص يعنون بضمان الامتثال للحماية من الإشعاع ويسألون عن الإدارة السليمة والآمنة للنفايات المشعة، مثلما تحددها التوصيات الدولية للوكالة الدولية للطاقة الذرية.[1]

هذا، وإضافة لكل المخاطر المذكورة أعلاه والتي قد تنتج عن التسيير السيء أو المعالجة الخاطئة لنفايات النشاطات العلاجية، يمكن لتكاثر ووجود النفايات داخل المنشآت الصحية أن يمس بالقيمة الاقتصادية لها إذ يشكل ذلك صورة تعكس تدهور الخدمات العلاجية الصحية التي تقدمها، كما يؤدي التعامل مع النفايات الخطرة منها بطريقة غير سليمة إلى المساس بالقيمة الخدماتية لتلك المنشأة.[2]

ثالثاً: التأثيرات النفسية لنفايات النشاطات العلاجية:

وتتمثل أساساً في تزعزع نفسية المرضى بالمرافق الصحية وحتى زوارهم بسبب معاينتهم لتراكم النفايات بها دون تسيير جيد، وكذا تكاثر الجراثيم نتيجة لذلك والذي إن دل على شيء فهو يدل على نقص النظافة بهذه المرافق والناجم عن تدني مستوى الخدمات المقدمة على مستواها، مما يزيد من مخاوف الإصابة بالعدوى ويساهم بشكل أو بآخر في زيادة إضعاف مناعة المرضى ومقاومتهم للمرض.[3]

---

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية – الإحيائية والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص25.

[2] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 20.

[3] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 169. دلال بليدي، مرجع سابق، ص 67: " غالباً ما تظهر هذه الآثار في أماكن إنتاج هذه النفايات وتتمثل هذه الأخطار في المساس بقيمة المنشأة الصحية سواء القيمة الخدماتية أو القيمة التي ينظر بها المجتمع إلى القيمة الاقتصادية لها، إذ أن تكاثر ووجود النفايات يشكل صورة تعكس تدهور الخدمات العلاجية الصحية التي تقدمها المنشأة من خلال انعدام أولويات النظافة التي تزيد من تخوف المرضى والمجتمع، خاصة كون المرضى في حالة مرضية تقلل من قدرتهم على مقاومة الأعراض وخلق القابلية للعدوى التي تصيبهم من جراء المخاطر الصحية التي تسببها النفايات، من جهة ومن جهة أخرى، إذا تزايدت مثل هذه التخوفات أثرت على صلابة المرضى والمجتمع وأدت إلى التخلي عن خدمات العلاج بالمنشآت الصحية التي حالها كما في الوصف، واللجوء إلى منشآت صحية تضمن وتقدم خدماتها العلاجية ضمن الشروط المثلى للنظافة والصرامة في التعامل مع مختلف مجالات تسيير النفايات بطرق سليمة وعلمية متكاملة، وهي الحالة التي تخلق فرص ضائعة استثمارية للمنشأة الصحية، بتزايد تكاليف التسيير السيء لنفاياتها التي تنتجها، وفقدان خدمات المرضى الذين كانوا محتملين لصالحها."

الفصل الثاني

مصادر نفايات النشاطات العلاجية وطرق تسييرها

تختلف مصادر نفايات النشاطات العلاجية كما تختلف طرق تسييرها ليس بين بلد وآخر فقط بل داخل البلد الواحد أيضاً،[1] وينتج هذا التباين تبعاً لعدة عوامل نذكر منها على سبيل المثال: نوع المرفق الصحي، تخصصات كل مستشفى، نسبة المرضى المعالجين يومياً، نسبة المواد المستخدمة في الرعاية الصحية والممكن إعادة استعمالها، وكذا الأساليب المقررة لإدارة النفايات...

وإذ تختلف الصفات المميزة لنفايات النشاطات العلاجية المنتَجَة داخل المشفى باختلاف الأقسام المُنتِجة لها،[2] يبقى التخلص من هذه النفايات عند نقاط إنتاجها كفيلاً بالتقليل من مخاطرها، وذلك بالنظر لمصادرها الكثيرة (المبحث الأول) والتي تختلف بحسبها طرق المعالجة والتسيير(المبحث الثاني)

المبحث الأول: مصادر نفايات النشاطات العلاجية:

لنفايات النشاطات العلاجية عدة مصادر تختلف بالنظر لتركيبها الذي يميز بعضها عن بعض، وقد وصف المشرع الجزائري هذه المصادر في المادة الثانية من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المؤرخ في 09 ديسمبر 2003، المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية على أنها: " ... مجموع الهيئات العلاجية مهما تكن الأنظمة القانونية التي تطبق عليها والتي تتضمن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، والمراكز

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 11.

2 " فعلى سبيل المثال، تنتج الأقسام المختلفة في المستشفى النفايات ذات الصفات المميزة التالية:

الأجنحة الطبية : تنتج غالباً نفايات معدية مثل: الضمادات الشرائط اللاصقة، القفازات، المواد الطبية المستهلكة، الإبر تحت الجلدية، المجموعات الوريدية المستهلكة، سوائل الجسم وإفرازاته الخارجية، مواد التغليف الملوثة وبقايا الوجبات.

غرف العمليات وأجنحة الجراحة: تنتج بشكل رئيسي نفايات تشريحية مثل: الأنسجة، الأعضاء، الأجنة، أجزاء الجسم، أدوات حادة ونفايات معدية أخرى). المرجع نفسه، ص15.

الاستشفائية الجامعية والعيادات المتعددة الخدمات والعيادات، ووحدات العلاج الأساسي والعيادات الطبية وعيادات جراحة الأسنان وكذا مخابر التحليل. "

وعليه، تكون بعض مصادر نفايات النشاطات العلاجية أساسية بالنظر إلى حجم وطبيعة النفاية التي تنتجها ستعدد في المطلب الأول، وبعضها الآخر ثانوية كون نفاياتها المنتجة عادية ولا أهمية لها ستدرج في المطلب الثاني.

المطلب الأول: المصادر الرئيسية لنفايات النشاطات العلاجية:

وتتمثل في كل المرافق الصحية من مستشفيات بكافة أنواعها الجامعية والمركزية وغيرها، العيادات المتخصصة والمصحات الخاصة المتخصصة منها أو متعددة التخصص، عيادات الولادة وأمراض النساء، المستوصفات والمراكز الصحية الأولية المتخصصة في التطعيم، عيادات الكشف الخارجية وكذا خدمات حالات الطوارئ مثل الإسعاف.

كما يدخل ضمن المصادر الرئيسية لنفايات النشاطات العلاجية المراكز المتمثلة في المراكز والعيادات المتخصصة كمراكز علاج العقم وعلاج السل وغيرها، مراكز غسيل الكلى، مراكز التشريح والطب الشرعي ومستودع الجثث، مراكز أبحاث الحيوان والكليات والمعامل البيطرية، المؤسسات والمراكز البحثية للتقنيات الحيوية، مراكز العناية بالمسنين. بالإضافة إلى بنوك ومراكز نقل الدم، معامل التحاليل الطبية وخدمات الطب العسكري.[1]

المطلب الثاني: المصادر الثانوية لنفايات النشاطات العلاجية:

يدخل ضمن فئة نفايات النشاطات العلاجية، زيادة على النفايات المفرزة من المستشفيات أو المراكز الصحية والوحدات التابعة أو الملحقة بها، النفايات التي تفرز عن أي نشاط طبي أو علاجي آخر في غير هذه المؤسسات، كالصيدليات ومذاخر الأدوية

[1] سراي أم السعد، مرجع سابق، ص54. تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص10-11.

ومختبرات التحاليل الخاصة، وكذا النفايات المفرزة من طرف كل من يقوم بممارسة مهنة المضمد الصحي والقابلات والأفراد العاديين باعتبارها أنشطة تخلف الكثير من النفايات الخطرة التي لها تأثير على صحة الإنسان والبيئة.[1]

بمعنى أنه، تعتبر مصادر ثانوية لنفايات النشاطات العلاجية كل من: مؤسسات الرعاية الصحية، الأنشطة غير الصحية التي تشمل على إدخال وريدي أو تحت الجلد، وكذا الخدمات ذات الإنتاج المحدود للنفايات.

وتشمل مؤسسات الرعاية الصحية: مؤسسات الرعاية الصحية الصغيرة، والتي يدخل ضمنها كل من مكاتب الأطباء المنفصلة عن المستشفيات والمستعملة للكشف الروتيني على المرضى وعيادات طب الأسنان الصغيرة التي تعد مصدراً ثانوياً لإنتاج نفايات النشاطات العلاجية بالنظر إلى حجم إنتاجها الضعيف أو الذي لا تأثير له مقارنةً مع باقي كمية أو أنواع النفايات المنتجة من المصادر الأخرى.[2]

كما تضم أيضاً مؤسسات الرعاية الصحية، المؤسسات المتخصصة والمنشآت ذات الإنتاج المنخفض للنفايات، والتي تختلف عن سابقتها في كونها متخصصة أي تعنى بفئة معينة من أفراد المجتمع، ويدخل ضمنها: مراكز تأهيل المعاقين، العيادات النفسية وكذا دور النقاهة التمريضية. بالإضافة إلى مراكز المعالجة بالوخز الإبري وعيادات المعالجة بالتدليك اليدوي التي تندرج أيضاً تحت هذه الفئة.

أما بالنسبة للأنشطة غير الصحية التي تشمل إدخال وريدي أو تحت الجلد، والتي تعتبر كذلك مصدراً ثانوياً لنفايات النشاطات العلاجية، نذكر دور التجميل لثقب الأذن والوشم، كما يمكن أن ينطوي تحتها أيضاً مستخدمو العقاقير المحظورة وذلك من باب أن سبيلهم لتعاطي هذه الأخيرة عادةً ما يكون عن طريق الحقن بالأوردة.

[1] زياد خلف عليوي الجوالي المفرجي ومهند بنيان صالح، مرجع سابق، ص 141.

[2] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 698.

وعن الخدمات ذات الإنتاج المحدود للنفايات، بصفتها أيضاً مصدراً ثانوياً لنفايات النشاطات العلاجية، فهي مجموع الخدمات التي وإن كان إنتاجها لهذه الأخيرة محدوداً إلا أنه لا يخلو من أن يشكل خطراً على صحة الأفراد وحتى على البيئة، وتتمثل أساساً في خدمات العلاج والإسعاف المنزلي وحتى خدمات الجنائز.[1]

المبحث الثاني: تسيير نفايات النشاطات العلاجية:

إن الوسيلة الأنجع للحد من تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية التي تلحق بالبيئة وكذا الطريقة المثلى للتقليل من مخاطرها على صحة الإنسان – وبالأخص المعدية منها – هي المعالجة الفعالة والتسيير الآمن لها،[2] الأمر الذي يدخل ضمن المساعي الحثيثة المنشودة والرامية إلى توسيع رقعة النظافة داخل المرافق الصحية والحد من العدوى الاستشفائية.[3] خاصة وأن العديد من هذه المرافق كثيراً ما تعهد بنفاياتها إلى جهة أخرى

---

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 18. دليل وطني حول تسيير نفايات النشاطات العلاجية، مرجع سابق، ص19 و 42: " يولد المرضى الذين يتلقون علاجاً ذاتياً، بمنازلهم، وغالباً على المدى الطويل، نفايات حادة تندرج في فئة نفايات النشاطات العلاجية المعدية، ويعتبر مرضى السكري هم المثال الأمثل لذلك: الإبر والحقن ومشرط وأقلام حقن الأنسولين. "

[2]" La gestion des déchets est l'ensemble des processus visant à garantir l'hygiène des structures sanitaires, la sécurité du personnel soignant et des communautés. Elle concerne le traitement des déchets de leur production à leur élimination." Yaya SIDIBE, OP. Cit, p5.

عبير عيسى، مرجع سابق، ص 62: " ولذلك، تخضع نفايات النشاطات العلاجية إلى معالجاتٍ تحوّلُها إلى مركبات مستقرة وغير مؤذية للبيئة، وذلك قبل أخذها إلى موقع التخلص النهائي، ومن هذهِ المعالجات ما يلي:

1- تطهيرُ وتعقيمُ النفايات حتى لا تكونَ مصدراً للعوامل الممرضة والفيروسات.

2- تصغيرُ حجم النفاياتِ الضخم لتخفيض متطلبات التخزين والنقل.

3- جعل عملية إعادة التدوير مستحيلة."

[3] Guide élimination des déchets, OP. Cit, p 4: " … La gestion de ces déchets s'inscrit dans une démarche d'optimisation de l'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales."

عمار سيدي دريس، مرجع سابق، ص 3: "هذا وتعد الجزائر من بين البلدان التي تعاني من تفاقم ظاهرة سوء إدارة النفايات الطبية، وذلك من خلال التشخيص الذي قامت به إحدى المؤسسات الفرنسية التي تعنى بهذا المجال، حيث لاحظت أن الهياكلّ الصحية في الجزائر لا تحترم أي قاعدة دولية في فرز المخلّفات الخطيرة، كما أشار أحد مسؤوليها أن المشكل في الجزائر مرتبط بالدرجة الأولى بالتكوين."

لتقوم بالتخلص منها، وسيتطرق لكل ذلك في هذا المبحث حيث سيعرف تسيير النفايات وفوائده في المطلب الأول ثم يذكر مسار نفايات النشاطات العلاجية وطرق تسييرها في المطلب الثاني، ليشار في المطلب الثالث إلى الهيئات المكلفة بمراقبة تسيير النفايات والمنصبة على مستوى المرافق الصحية.

المطلب الأول: تعريف تسيير النفايات وفوائده:

أثبتت التجارب أنه لا يمكن للنفايات الناتجة عن النشاطات العلاجية أن تشكل خطراً متى تمت إدارتها بطرق سليمة، شأنها شأن النفايات المنزلية أو النفايات الصناعية المعالجة بصورة ملائمة، وهو ما ينطبق أيضاً على التخلص من نفايات النشاطات العلاجية الإحيائية، كون العديد من التكنولوجيات الجديدة أضحت متوافرة لمعالجة وتطهير هذا النوع من النفايات لدرجة تمكن من التخلص منها بمخاطر قليلة بإلقائها في نهاية الأمر في مقالب القمامة.[1]

وقد تطرق المشرع **الجزائري** لتسيير النفايات في المادة الثالثة من القانون 01- 19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها،[2] فعرفه على أنه: " كل العمليات المتعلقة بجمع النفايات وفرزها ونقلها وتخزينها وتثمينها وإزالتها، بما في ذلك مراقبة هذه العمليات."

كما خصص " الباب الثاني" من القانون نفسه للنفايات الخاصة، وقد عدد في الفصل الأول منه " واجبات منتجي النفايات والحائزين لها"، فكان أن نصت المادة 18 منه على أنه:

" يجب أن تخضع النفايات الناتجة عن النشاطات العلاجية لتسيير خاص..."[3]

---

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص 15.

[2] القانون 01-19 يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، مرجع سابق.

[3] " إن إدارة نفايات الرعاية الصحية تتأثر بشكل كبير بالظروف الاجتماعية والاقتصادية، في ظل اهتمام الدولة بتطوير المرافق الصحية من أجل تحسين الخدمات الصحية، كما أن وجود نظام خاص بتسيير هذه النفايات بشكل جيد يقع على عاتق المستشفيات ومختلف منشآت الرعاية الصحية الأخرى، نظراً لما تفرزه هذه المنشآت من نفايات متنوعة بين نفايات معدية، نفايات الأجزاء البشرية، الأدوات الحادة الملوثة، نفايات الأدوية منتهية الصلاحية، الكيماويات

أما المشرع **الفرنسي** فقد قصد بتسيير النفايات: احترام طرق معالجة النفايات الواردة في المادة L541-1 من قانون البيئة، وجاء ذلك في المادة L541 -2-1 منه.[1] ويمكن للتسيير الجيد لنفايات النشاطات العلاجية أن يعود بعدة فوائد كالتقليل من مخاطر الإصابة بجروح، المخاطر الكيميائية، السمية، مخاطر العدوى، المخاطر النفسية والانفعالية. كما يمكنه المساهمة في محاربة تلوث المياه، التربة والهواء، وكذا التحكم في الكلفة الاقتصادية.[2]

وترتكز ((سياسات إدارة النفايات على الترتيب الهرمي للنفايات معطية الأولوية لمنع النفايات أو تقليلها مع المخاطر المصاحبة لها في المقام الأول، ويتبع ذلك في سلم الأولويات إعادة الاستخدام، إعادة التدوير، الاستعادة. وتشمل هذه الاستراتيجية نهجاً متكاملاً إزاء إدارة النفايات بحيث تشمل عملية منع أو تقليل النفايات إحداث تغييرات لاحقة في تصميم المنتج وتغييرات في عادات المستهلكين، كما تضمن الاستراتيجية أن

والمطهرات، النفايات المشعة التي تحتوي على جراثيم ونفايات سامة للجينات. فمثل هذه النفايات تعد من النفايات الخطرة على المجتمع وعلى الذين يتعاملون معها داخل المؤسسات والتي تتطلب تقنيات خاصة للتعامل معها." دلال بليدي، مرجع سابق، ص 57.

[1] **Article L541-2-1 du code Français de l'environnement, Modifié par Ordonnance n°2020-920 du 29 juillet 2020-art.4:** « les producteurs de déchets, outre les mesures de prévention des déchets qu'ils prennent, et les détenteurs de déchets en organisent la gestion en respectant le principe de proximité et la hiérarchie des modes de traitement définis au II de l'article L.541-1.

Article L541-1-1 : « Au sens du présent chapitre, on entend par : **Gestion des déchets :** le tri à la source, la collecte, le transport, la valorisation, y compris le tri, et, l'élimination des déchets et, plus largement, toute activité participant de l'organisation de la prise en charge des déchets depuis leur production jusqu'à leur traitement final, y compris la surveillance des installations de stockages de déchets après leur fermeture, conformément aux dispositions relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement, ainsi que les activités de négoce ou de courtage et la supervision de l'ensemble de ces opérations. »

[2] Dr. BOUHAMIDI Laila, OP. Cit, p 4.

يتم مراعاة أياً أو كلاً من الهدفين المتمثلين في تقليل النفايات المنتجة (كمية) وكذا خطورة مكوناتها (نوعية) عند الإنتاج.))[1]

وبذلك، تكون أهم أهداف التسيير السليم لنفايات النشاطات العلاجية هي التأكيد على فرز نفايات النشاطات العلاجية في مصدرها داخل المنشآت الصحية، وكذا التأكد من معالجتها نهائياً كضرورة حتمية وأولية للإدارة الجيدة لهذه النفايات كون ذلك يضمن عدم تسببها في انتشار العدوى داخل المستشفيات، توفير بيئة صحية آمنة وسليمة داخل المنشأة من خلال المحافظة على سلامة البيئة وحمايتها من التلوث، بالإضافة إلى تقييم تكاليف التخلص من نفايات النشاطات العلاجية.[2]

المطلب الثاني: مسار نفايات النشاطات العلاجية وطرق تسييرها:

يرتبط نجاح عملية معالجة نفايات النشاطات العلاجية، الخطرة منها على وجه الخصوص، والتخلص منها بشكل سليم ارتباطاً وثيقاً باستخدام معدات معالجة مناسبة نوعاً وسعةً، فضلاً عن اختيار تقنية المعالجة الأنسب من ضمن العديد من الطرق المعتمدة لذلك (حرق، ردم، تعقيم، تطهير،...) والتي تختلف من دولة إلى أخرى بالنظر إلى التكلفة الاقتصادية لكل طريقة وكذا حجم ودرجة خطورة النفايات المراد التخلص منها.[3]

[1] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مؤتمر الأطراف في اتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود، (الاجتماع السادس)، النظر في تنفيذ اتفاقية بازل ، جنيف، 9 – 13 ديسمبر 2002، ص8– 9.

[2] مصطفى زرفاوي– آدم جدي، مرجع سابق، ص 16. منى مصطفى محمد العمايرة، كفاءة وفاعلية إدارة النفايات الطبية في القطاع الصحي وأثر ذلك على البيئة في الأردن، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن، 2008، ص 3.

[3] د. الحاج عرابة و أ. نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 699.

وفي هذا الإطار، يشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية صادر في 2011 إلى ما أثبتته الدراسة التي أجريت سنة 2002 وشملت 22 بلداً سائراً في طريق النمو من أن نسبة بين 18 و64 % من المؤسسات الصحية لا تتخلص من نفاياتها بطريقة سليمة.[1]

ويقصد " بتقنيات معالجة نفايات النشاطات العلاجية " تلك الطرق التي تجعل من نقل أو جمع أو تخزين أو حتى التخلص من النفايات المذكورة غير مسبب لأي أضرار لا للأشخاص ولا للبيئة، وذلك من خلال التغيير في مميزاتها وخصائصها لجعلها غير خطرة أو أقل خطورة،[2] أو بمعنى آخر ((هي مجموع العمليات التي تجرى لتغيير الصفة الطبيعية أو التركيبة الفيزيائية أو الكيميائية أو البيولوجية للنفايات باستخدام وسائل مختلفة، قد تكون طبيعية تتمثل في عزل الملوثات الخطرة وتركيزها في كميات صغيرة الحجم وتحويلها إلى مواد صلبة غير قابلة للذوبان، أو كيميائية تتمثل في إزالة سمية مركبات النفايات الخطرة وتحويلها إلى غازات لا تحتاج إلى دفن وتثبيتها كيميائياً، أو معدلة الحموضة أو القلوية، أو بيولوجية باستخدام الكائنات الحية الدقيقة في تحليل النفايات الخطرة.))[3]

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية، الجمعية العامة للأمم المتحدة، المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، السيد كالين جورجيسكو، الدورة الثامنة عشر، البند الثالث من جدول الأعمال، 04 جويلية 2011، ص2.

[2] " المعالجة هي عملية مصممة لتغيير الميزة البيولوجية أو التركيب البيولوجي للنفايات الطبية بغية تقليل أو استئصال الكائنات الممرضة بحيث لا تعود هذه النفايات تشكل خطراً على الأشخاص الذين قد يتعرضون لها، وبعد إتمام عملية المعالجة بشكل صحيح، تصبح النفايات أو المخلفات الناتجة عنها صالحة للتخلص منها في مطمر صحي بلدي، وقد يستثنى من ذلك رماد المحارق الذي له ميزات خطرة، ويجب أن تؤول معالجة النفايات الطبية إلى تعقيمها وتدمير جميع أشكال الحياة الجرثومية فيها، بما في ذلك الفيروسات والبكتيريا والفطر والأبواغ." قداري أمال، مرجع سابق، ص149.

[3] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص 27.

كما قد تتم معالجة الكتل الصلبة، بغية التقليل من خطورتها على البيئة عند النقل، عن طريق استخدام معاملات خاصة بها، الأمر الذي من شأنه أن يسهم أيضاً في الاستفادة من المواد أو الطاقة الموجودة فيها قبل التخلص النهائي منها.[1]

وبناءًا عليه، تمر نفايات النشاطات العلاجية قبل هذا الأخير بعدة مراحل سيتم الإشارة إليها في الفرع الأول، لتُعدّد مختلف الطرق والأساليب المستعملة في تسيير هذه النفايات في الفرع الثاني، ثم يشار في الفرع الثالث إلى الجهات الأخرى التي يمكن التعهد إليها بتسيير نفايات النشاطات العلاجية.

الفرع الأول: مسار نفايات النشاطات العلاجية داخل وخارج المؤسسات الصحية:

ينطوي تحت كل ممارسة طبية من تشخيص أو علاج استخدام لمعدات وأدوات يتم بعد ذلك رمي نصفها في القمامة لعدم إمكانية استعمالها مرة أخرى إما لطبيعتها أو نظراً للمادة المصنوعة منها، وإما لنقص الإمكانيات لإعادة تدويرها وجعلها قابلة للاستعمال مرة أخرى. لذلك يجب، وبغية استرجاع وتدوير أكبر قدر ممكن من نفايات النشاطات العلاجية، أن تسعى كل المنشآت الصحية إلى أخذ جملة من الاحتياطات قبل أي مرحلة يمكن أن تمر بها هذه النفايات، بداية من محل انتاجها وكذا عند فرزها ضمن مخطط محدد ومؤطر بقواعد تهدف أساساً إلى:

أ- ضمان الانفصال التام للنفايات المعدية والخطرة عن النفايات شبه المنزلية، لأجل تقليل تكلفة المعالجة وزيادة كمية المواد القابلة للتدوير.

ب- ضمان التسيير الجيد لمخزون صيدلية المستشفى باستعمال وثائق مفصلة لحالة التسليم والمخزون.

ج- شراء تجهيزات ومعدات وأدوات مستديمة.

د- استغلال طرق التدوير خاصة للورق والبلاستيك.[1]

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص 27.

فالتخلص إذاً من نفايات النشاطات العلاجية يقتضي مراعاة الطرق الخاصة للتكفل بها،[2] مع ضرورة تطبيق إجراءات مراقبة مشددة من لحظة إنتاج النفاية إلى غاية التخلص النهائي منها. وتتمثل الطرق الخاصة للتكفل بنفايات النشاطات العلاجية في مراحل وخطوات سيتم التعرض لها ضمن بندين:

البند الأول: فصل أو فرز النفايات وجمعها:

تندرج هذه العملية تحت ((مبدأ " الإدارة السليمة بيئياً " الذي نصت عليه اتفاقية بازل والذي يتطلب اعتماد جميع الخطوات العملية لمنع توليد النفايات من المصدر أو الحد منها، وكذا معالجة النفايات والتخلص منها في أقرب موقع ممكن من مكان توليدها والتقليل إلى الحد الأدنى من الكميات التي تُنْقل عبر الحدود (الفقرة 2 من المادة 4).)) وتكمن هذه العملية اليدوية والآلية في انتقاء وعزل النفايات الخطرة عن النفايات التي لا تشكل أية خطورة على صحة الإنسان أو البيئة، وتعتبر خطوة أساسية لنجاح عملية تسيير نفايات النشاطات العلاجية[3] كونها مرحلة أولية ينبغي أن تتم في المواقع التي تنشأ

---

[1] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 172.

[2] " وفي عام 2002، اعتمد الاجتماع السادس لمؤتمر الأطراف في اتفاقية بازل المبادئ التوجيهية التقنية للإدارة السليمة بيئياً للنفايات البيولوجية الطبية ونفايات الرعاية الطبية. والغرض الرئيس من تلك المبادئ تقديم الإرشاد بشأن تدابير الحد من النفايات الطبية وضمان فصلها من المصدر والتشجيع على التعامل معها وتخزينها ونقلها بصورة مأمونة داخل وخارج مرافق الرعاية الطبية ومعالجتها والتخلص منها. وفي عام 2004، اعتمد المؤتمر السابع للأطراف ورقة إرشادات عامة بشأن خصائص خطورة النفايات (المواد المسببة للأمراض)، وكان الغرض من الورقة هو المساعدة في تحديد ما إذا كانت نفايات بعينها تنطبق عليها الخصائص المذكورة بدرجة كافية لتصنيفها على أنها خطرة. " تقرير المقرر الخاص المعني بالآثار الضارة لنقل وإلقاء المنتجات والنفايات السمية والخطرة على التمتع بحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 21.

[3] « Opération intermédiaire de traitement des déchets visant à séparer des déchets mélangés en différentes catégories ou en modifier l'état pour en faciliter la valorisation et l'élimination.» Francis BERGERON, Analyse des systèmes de gestion des déchets par l'étude du mécanisme de répartition des déchets, Déchets Sciences et Techniques, N°69, Genève, Suisse, Juin 2015, p 25.

Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 8 :« LE TRI. C'est l'étape clé de la gestion des déchets d'activités de soins.

- Il doit se faire à la source même du déchet.

فيها النفايات وهي الوحدات والأقسام المختلفة للعلاج في المنشآت الصحية ومن طرف عمال هذه المصالح، أي أنه يقع على عاتق الأطباء وأفراد التمريض ومساعديهم، بالإضافة إلى الفنيين(في المعامل/المختبرات) القيام بفرز النفايات عند مواضع تولدها،[1] مما يسمح بعزل الجزء الممكن استرداده من النفايات كالنفايات العضوية والنفايات القابلة لإعادة الاستعمال والتدوير، كما أن اعتماد مبدأ فرز النفايات عند مصدرها كفيل بأن يقلل من الجهد والوقت وكذا الآلات اللازمة للقيام بذلك لاحقاً. وينطبق ذلك على وحدات الرعاية التي توفر الرعاية والاستشفاء في المنازل التي يجب أن يتم جمع نفايات نشاطاتها العلاجية من قبلها أيضاً.))[2]

وتعتبر أبسط طريقة لضمان فرز مختلف أصناف نفايات النشاطات العلاجية هو إنشاء واستعمال نظام جمعها في صنفين من الأكياس(ذات ألوان مختلفة لتمييزها) بالإضافة إلى استعمال علب خاصة بجمع السنون والأدوات الحادة، وحاويات لجمع الكيماويات حيث يمكن التخلص فيها من نفايات يحسن عدم جمعها في الأكياس أو علب السنون لأسباب عملية.[3] وهو الأمر الذي من شأنه أن يقلل من كمية النفايات التي تحتاج إلى معالجة خاصة، كما يساهم ذلك في خفض نسبة التعرض لخطر النفايات التي تهدد الصحة العامة بوضعها في حاويات عازلة خاصة ومميزة الألوان بحسب النظام المتبع في كل دولة، والأهم من ذلك كله هو أن تؤدي العملية حتماً إلى التقليل من كلفة المعالجة والتخلص من نفايات النشاطات العلاجية.[4]

- Il doit être fiable et pérenne : respect des critères de simplicité, sécurité, cohérence, stabilité dans le temps, suivi. »

[1] " Le producteur de déchets d'activités de soins a la responsabilité d'identifier les déchets qui doivent suivre la filière d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux." Guide élimination des déchets, OP. Cit, p 6.

[1] عبير عيسى، مرجع سابق، ص 28.

[2] دليل وطني حول تسيير نفايات النشاطات العلاجية، مرجع سابق، ص42.

[3] دليل وزارة البيئة المصرية، مرجع سابق، ص 44.

[4] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص212.

وقد نص المشرع الجزائري في هذا الصدد في المادة الرابعة (04) من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المؤرخ في09 ديسمبر2003، المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية،[1] على أن: " تجمع نفايات النشاطات العلاجية مسبقاً فور إنتاجها في أكياس لهذا الغرض حسب الكيفيات المحددة في المواد 6 و9 و11 من هذا المرسوم."

وقد أكدت المادة 6 من المرسوم أعلاه على أن تجمع النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية مسبقاً في أكياس بلاستيكية ذات لون أخضر وتستعمل مرة واحدة. بينما تجمع النفايات المعدية مسبقاً في أكياس بلاستيكية يبلغ سمكها 0,1 ملم، على الأقل تستعمل مرة واحدة، ذات لون أصفر، مقاومة وصلبة ولا يتسرب منها الكلور عند ترميدها، وذلك حسب المادة 9 من نفس المرسوم. أما المادة 11 من هذا الأخير، فنصت على ضرورة أن تجمع النفايات السامة مسبقاً في أكياس بلاستيكية من لون أحمر، تستعمل مرة واحدة وتكون مقاومة وصلبة ولا يتسرب منها غاز الكلور عند ترميدها.

وفي نهاية المطاف، يبدو واضحاً وجلياً أنه وبغية خفض كمية النفايات التي تحتاج إلى معالجة خاصة، يجب تطبيق حلول محسنة لفصل النفايات داخل مرافق الرعاية الصحية وهو ما يمكنه أن يؤدي أيضاً إلى خفض تكاليف معالجة النفايات.[2]

Dr. Fabien SQUINAZI, OP. Cit, p7: « Le tri des déchets dès la production est obligatoire pour : - Garantir la sécurité des personnes.
- Respecter la santé publique et l'environnement : s'assurer que chaque déchet suit une filière adaptée.
- Maitriser les coûts. »

[1] مرسوم تنفيذي رقم 03-478، مرجع سابق، ص2.

[2] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية –الإحيائية والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص15.

جدول رقم(03): رموز الألوان المنصوح بها من قبل المنظمة العالمية للصحة لفرز نفايات النشاطات العلاجية:

صنف النفاية	لون الحاويات وعنونتها	نوع الحاويات
نفايات جد معدية	صفراء، معنونة "جد معدية" أو "خطر العدوى"	صلبة، أكياس بلاستيكية مانعة للتسربات، حاويات قابلة ومقاومة للمطهرات
نفايات التشريح والأعضاء الجسدية	صفراء[خضراء]	أكياس أو حاويات بلاستيكية
نفايات واغزة أو حادة أو قاطعة	صفراء، معنونة "حادة أو قاطعة "	حاويات مقاومة للخرق أو الثقب
النفايات الكيميائية والصيدلانية	رماديBrun [أحمر]	أكياس بلاستيكية أو حاويات
النفايات المشعة	لا توجد إلا في المستشفيات الكبيرة	صناديق رصاص مدون عليها بيانات مع رمز الإشعاع
نفايات النشاطات العلاجية العادية	سوداء	أكياس بلاستيكية

ملاحظة: كل بلد حر في توظيف نظام ترميز للألوان وعنونة خاص به، وما بين] [خاص بالتشريع الجزائري.[1]

وبالنظر إلى أهمية هذه الخطوة وما يترتب عن فرز النفايات المعدية عن غيرها كمرحلة أولى حال إنتاجها، نصت المادة 6 من قرار التخزين الصادر بفرنسا في 7

[1] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 173.

سبتمبر 1999،[1] على أنه: " متى ما اختلطت بعض نفايات النشاطات العلاجية المعدية مع غيرها من النفايات في نفس الحاوية، وجب التخلص من الكل على أنها نفايات طبية معدية."[2] وهو ما يحيلنا على التأكيد على ضرورة إجراء مراجعة بصرية لمحتويات الأكياس وأواني جمع النفايات وذلك للتأكد من سلامة فصل نفايات النشاطات العلاجية بالطريقة الصحيحة. وفي حال التأكد من احتواء أكياس جمع النفايات المنزلية وشبه المنزلية على كميات – ولو صغيرة – من النفايات المعدية أو السنون والأدوات الحادة أو نفايات كيماوية، ينبغي التعامل معها على أنها نفايات خطرة.[3]

وبمعنى آخر، يمكن القول أنه، ولتجنب النتائج الوخيمة التي قد يؤدي إليها فرز نفايات النشاطات العلاجية المعدية عن غيرها بعد الاختلاط وعلى رأسها الإصابة بالعدوى، يفضل التخلص منها جميعاً على أساس أنها معدية.[4]

أما فيما يخص **جمع النفايات**، فنص المشرع الجزائري في المادة 15 من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المذكور أعلاه، على أنه: " يجب أن تغلف أكياس الجمع المسبق لنفايات النشاطات العلاجية المنصوص عليها في المواد 6 و9 و11 أعلاه، عند امتلائها إلى الثلثين بإحكام وتوضع في حاويات صلبة، مزودة بغطاء وترسل إلى محلات التجميع."

---

[1] Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, JORF du 03/10/1999.

[2] Dr. Fabien SQUINAZI, OP. Cit, p 7.

[3] دليل وزارة البيئة المصرية، مرجع سابق، ص 45.

[4] " أشار التقرير الذي تضمن نتائج تحقيق قامت بإنجازه المفتشية العامة بوزارة الصحة ومجلس المحاسبة، فيما يخص فرز النفايات الاستشفائية قبل معالجتها، إلى فوضى كبيرة في العملية حيث لا يتم التفريق بين النفايات الناتجة عن عمليات التشريح وباقي النفايات، إذ ينص القانون في هذا الإطار على تخزين النفايات حسب درجة خطورتها في أكياس بألوان محددة لا يتم احترامها، ويتم وضعها في نفس الأكياس مع النفايات العادية، كما سجل التقرير غياب الصرامة في فرز النفايات الاستشفائية بمختلف أنواعها وما تحمله من خطر انتقال عدوى مختلف الأمراض." مقال بعنوان " تقرير مرعب حول النفايات الاستشفائية " منشور بجريدة الخير الجزائرية، العدد الصادر بتاريخ 13 يناير 2019، ص3.

كما أشار في المادة الموالية من المرسوم نفسه (المادة 16)، على أنه: " يجب أن تكون الحاويات بنفس لون أكياس الجمع المسبق وتحمل إشارة تبين طبيعة النفايات بشكل تسهل قراءته. وبعد امتلائها يجب أن تحول إلى محل التجميع قصد رفعها من أجل معالجتها."

بمعنى أنه، وبعد أن يتم فرز نفايات النشاطات العلاجية، تأتي مرحلة جمعها في حاويات متينة ومزودة بأغطية محكمة وتتطلب هذه العملية عناية خاصة بكل صنف منها،[1] إذ يجب أن تجمع المواد السامة للخلايا في حاويات قوية مانعة للتسرب ونفايات العبوات المضغوطة في حاويات نفايات الرعاية الصحية غير الخطرة وغير المعدة للحرق، كما يجب أن تجمع النفايات الحادة سواء الملوثة أو غير ذلك في حاويات خاصة غير قابلة للثقب ومحكمة الغلق – تصنع غالباً من مواد معدنية أو من البلاستيك عالي الكثافة – للحفظ الأمثل لهذه المواد الحادة ولمنع تسرب السوائل المتبقية في الحقن.

ولذلك يفضل عند التخلص من هذه الأخيرة، أي الحقن والإبر الطبية، شفرات المشارط والأدوات الحادة الأخرى التي تطرح بعد الاستعمال، أن توضع داخل حاويات حصينة يتعذر ثقبها توضع بدورها في أقرب مكان ممكن من منطقة الاستعمال. وفي نفس الوقت، توضع وجوباً جميع الإبر والحقن الطبية التي يعاد استخدامها في حاوية حصينة يتعذر ثقبها لنقلها إلى منطقة إعادة التجهيز.[2]

---

[1] « La **Collecte**. L'Ensemble des opérations consistant à enlever les déchets et à les acheminer vers un lieu de transfert, de tri, de traitement ou une installation de stockage des déchets.» Francis BERGERON, OP. Cit, p 25. Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 8 :
« **Le conditionnement.** Il a pour objectif de protéger les personnes et d'éviter la dispersion.
Les emballages sont: à usage unique, identifiés (code couleur, symbole du risque biologique), adaptés aux différents types de déchets (sacs, boites à aiguilles,…), aux conditions de leur production, aux spécificités externe et interne de la filière d'élimination ». Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 8.

[2] برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مرجع سابق، ص 8.

أما النفايات شديدة العدوى فتجمع بإحكام في حاويات لوحدها بعد أن تتم معالجتها المبدئية عن طريق تطهيرها بالمحاليل المطهرة أو تعقيمها بالأتوكلاف.[1] وهو ما جاء في المادة 8 من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 السالف الذكر والمحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، إذ نصت على أنه: " يجب أن توضع النفايات المعدية، القاطعة أو الشائكة أو الجارحة قبل جمعها المسبق في الأكياس المعدة لهذا الغرض في أوعية صلبة، مقاومة للخرق ومزودة بنظام إغلاق لا يتسرب منه الكلور عند ترميدها، وتحتوي على مادة مطهرة مناسبة."

وما يجب التنويه إليه في هذا المقام، هو وجود بطاقة تملأ من طرف منتج نفايات النشاطات العلاجية تسمى " **بطاقة التعريف**" تُذكر فيها المعلومات الأساسية المتعلقة بهذه الأخيرة كنوع النفاية والقسم المنتج لها، وهي أحد أهم الإجراءات المفروضة على المنتج بالإضافة إلى ضرورة تحديد درجة خطورة النفاية وذلك بوضع عبارة " نفايات خطرة " على الأكياس والحاويات المستعملة في جمع وتخزين نفايات النشاطات العلاجية الخطرة مع الإشارة إلى الرمز أو العلامة الدالة على الخطر البيولوجي، أما على حاويات نفايات المواد السامة للجينات والخلايا فيوضع رمز الشعار الدولي السام للخلايا وعلامة التأين الإشعاعي الدولي على حاويات النفايات الملوثة بالمواد المشعة.[2]

البند الثاني: تخزين النفايات ونقلها:

في انتظار معالجتها والتخلص منها بإحدى الطرق المتبعة في ذلك أو ريثما يتم نقلها إلى منقطة التخزين المركزية، يتم عادةً تخزين نفايات النشاطات العلاجية داخل غرفة معينة بالمؤسسة الصحية ذاتها والتي إن وجدت خصيصاً لذلك، فهي غالباً ما تفتقر للشروط المتفق عليها.[3] ولسبب من الأسباب كبعد المنطقة المذكورة – منطقة التخزين

[1] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص 212.

[2] المرجع نفسه، ص 213.

[3]« **L'entreposage.** Il se fait en deux étapes : intermédiaire, centralisé.

المركزية – عن مقر المنشأة العلاجية أو الكمية الكبيرة للنفايات المجموعة، قد يطول بقاء هذه النفايات في الغرفة المخصصة لها مما يستوجب توافرها على شروط، نذكر منها:

أ. أن تفصلها مسافة كبيرة عن غرف المرضى حفاظاً على سلامتهم.

ب. أن يتم إغلاقها بإحكام ويشار وجوباً إلى احتوائها على النفايات الحيوية الخطرة من خلال إلصاق الشعار الدال على ذلك.

ج. أن تكون منارة ومهواة بشكل جيد إضافة إلى إمكانية تنظيفها بسهولة واتساعها بشكل يسهل من عملية ولوج عربات النفايات إليها وخروجها منها.

د. أن يُتفادى وضع الأكياس على الأرض ووضعها داخل عربات أو حاويات كبيرة.

هـ. أن تحوي الغرفة ذاتها مواد التنظيف والتطهير حتى يتم تنظيفها يومياً أو حسب الحاجة.

و. أن لا تطول فترة تخزين النفايات بها قبل نقلها إلى منقطة التخزين المركزية.[1]

وقد نص المشرع الجزائري على كل هذه المراحل بقوله: " يجب أن تكون محلات التجميع مخصصة فقط لإيداع نفايات النشاطات العلاجية. ويجب أن تتوفر المحلات على التهوية والإنارة وتكون في مأمن من تقلبات الجو والحرارة ومزودة بالماء وبمنفذ للمياه القذرة وتنظف بعد كل عملية رفع للنفايات وتطهر بصفة دورية." وورد ذلك في المادة 19 من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية السالف الذكر.

وفي هذا المقام، وفيما يخص نقاط التخزين، تجدر الإشارة إلى أن ما ذكر أعلاه من شروط يجب توافرها في غرف تجميع النفايات ينطبق أيضاً على نقاط التخزين

Deux problèmes majeurs :

- l'emplacement du local n'est pas toujours prévu.
- s'il existe, il ne répond pas toujours aux normes réglementaires (accès, ventilation, sécurité, identification…). Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 9.

[1] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق ، ص 213.

المركزية التي يجب أن تكون مباني مقفلة، ذات أرضيات صلبة لا تسمح بنفوذ السوائل ومقاومة للحرق، جيدة التهوية والإنارة، تحوي مواد للتنظيف والتطهير للاستخدام اليومي ومتى ما استدعت الضرورة ذلك، كما في حالة انسكاب النفايات، مكيفة حسب مدة التخزين وذات مداخل واسعة مفتوحة على الشوارع الخارجية لتيسير عملية دخول العاملين وخروجهم.

كما يجب أن تفصل بين مباني التخزين وبين مخازن الأطعمة ومرافق إعدادها مسافة كبيرة لتجنب تسلل القوارض والحشرات لهذه المرافق، زيادة على استخدام نقاط تخزين لنفايات النشاطات العلاجية الخطرة وأخرى لغير الخطرة نظراً لخصوصية كل منها، فمثلاً ((يتم تخزين النفايات المشعة في مواقع خاصة تهيأ على أعماق بعيدة عن سطح الأرض، وغير قريبة من مصادر المياه الجوفية.

وتلجأ الكثير من الدول إلى وضع النفايات المشعة داخل كبسولات محكمة الغطاء من الرصاص لمنع تسرب الإشعاعات منها ثم دفنها على عمق كاف في باطن الأرض، كما أنه يمكن إنشاء خزانات إسمنتية تحت سطح الأرض مبطنة بالرصاص، يتم تخزين النفايات المشعة فيها فترة طويلة تتعدى فترة نصف العمر للعنصر المشع للنفايات.))[1]

هذا وينبغي المنع البات لدخول غير الموظفين المختصين لأماكن التخزين من خلال لافتات توضح ذلك.[2] وهو ما أشار إليه المشرع الجزائري في المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، المذكور آنفاً، بقوله:

" يجب أن تكون محلات التجميع مغلقة محروسة قصد منع دخول أي شخص غير مرخص له بذلك. وتوضع إشارة واضحة على الباب تبين استعمال المحل."

أما فيما يخص **نقل النفايات**، تعد الشاحنات التي ترفع وتخفض حاوياتها ذاتياً الأكثر ملائمة لنقل نفايات النشاطات العلاجية الخطرة من منطقة التخزين المركزية إلى

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص 14.

[2] Laila BOUHAMIDI, OP. Cit, p 30.

المناطق المخصصة لمعالجتها أو التخلص منها نظراً لطبيعتها التي فضلاً عن عدم تشكيلها لأية صعوبة عند التحميل والتنزيل – على عكس الشاحنات ذات الحواف أو المسطحة أو حاويات ضغط النفايات –، فهي لا تسمح بنفاذ المواد السائلة وتمنع تسربها إلى البيئة المحيطة.[1] إضافة لذلك، ينبغي أن يكون سائقي الشاحنات على دراية كافية بطريقة التصرف في حال حدوث أي تسرب، كما يبقى استصدار ناقل النفايات الطبية الخطرة لوثيقة نقل موقعة من موقع استلام النفايات أمراً ضرورياً.[2]

وتجدر الإشارة في نهاية كل هذه المراحل إلى وجوب ((أن تخضع الحاويات التي استعملت في جمع ونقل نفايات النشاطات العلاجية إجبارياً إلى التنظيف والتطهير بعد كل استعمال.))[3] كما يجب التقيد بالمدة الزمنية القصوى الموصى باحترامها بين توقيت إنتاج نفايات النشاطات العلاجية، المعدية بالخصوص، ووقت معالجتها أو التخلص منها والتي تختلف في البلدان النامية عن مثيلتها في الدول المتطورة، كما تختلف أيضاً في هذه الأخيرة حسب كمية النفايات المعدية المنتجة بحيث لا يجب أن تتعدى:

– **<u>في البلدان النامية</u>**: وهنا يجب التفرقة بين مجموعتين من هذه البلدان:

1/– <u>ذات المناخ المعتدل</u>:

72 ساعة في الشتاء.

48 ساعة في الصيف.

2/– <u>ذات المناخ الحار</u>:

48 ساعة في الفصل الشتوي.

---

[1] " **Le transport.** Il s'agit des moyens permettant d'acheminés les déchets vers les sites de traitement ou d'entreposage (final ou initial).L'évacuation périodique des déchets permet d'assurer l'hygiène recherchée. Ce transport peut être interne vers l'entreposage initial ou externe vers l'entreposage intermédiaire ou final. " Yaya SIDIBE, OP. Cit, p 9.

[2] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص 214.

[3] المادة 17 من المرسوم التنفيذي رقم 03–478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، مرجع سابق، ص4.

24 ساعة في فصل الصيف.

- **في البلدان المتطورة:** وتتم التفرقة فيها على أساس كمية النفايات المنتجة وذلك حسب القرار الفرنسي المؤرخ في 07 سبتمبر 1999:[1]

72 ساعة متى تعدت كمية النفايات المنتجة 100 كغ في الأسبوع.

7 أيام متى كانت الكمية محصورة بين 100 كغ في الأسبوع و 5 كغ في الشهر.

3 أشهر إذا كانت كمية النفايات المنتجة أقل من 5 كغ في الشهر.[2]

وبهذا الخصوص نجد أن المشرع الجزائري قد حدد آجال أو مدد للتخزين قبل المعالجة بموجب المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، وجاء فيها: " يجب ألا تتجاوز مدة تخزين نفايات النشاطات العلاجية في محلات التجميع، قبل رفعها من أجل المعالجة، أربع وعشرين (24) ساعة بالنسبة للمؤسسات الصحية التي تملك مرمداً، وثمانية وأربعين (48) ساعة بالنسبة للمؤسسات الصحية التي لا تملك مرمداً."

الفرع الثاني: طرق تسيير نفايات النشاطات العلاجية:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن لسوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية أن يؤدي إلى تعريض عاملي الرعاية الصحية، المعنيين بمناولة النفايات، المرضى وأسرهم والمجتمع لحالات عدوى وآثار سامة وإصابات يمكن تلافيها.[3] وعليه، يعتبر تسيير نفايات

[1] Arrêté du 07 Septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, JORF du 03 octobre 1999 .

[2] Guide élimination des déchets, OP. Cit, p 7. Brigitte CHARDON, OP. Cit, p 10.

[3] تقرير حول نفايات الرعاية الصحية، صادر عن منظمة الصحة العالمية، تاريخ الاطلاع: 2020/07/22، متاح على الرابط: http://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/watste/ar/

نقلاً عن: علي حماش، دور إدارة الموارد البشرية الخضراء في الحد من انتشار النفايات الطبية في ظل فيروس كورونا، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، المجلد الخامس، العدد الرابع، جامعة الجلفة، ديسمبر 2020.

النشاطات العلاجية[1] جزء من النظام الإداري البيئي الشامل الذي يمارس عملية مراقبة، جمع، نقل، معالجة، تدوير أو التخلص من هذه النفايات. وتختلف الطرق المعتمدة في معالجة النفايات حسب حالة هذه الأخيرة– أي صلبة، سائلة أو غازية–، وكذا حسب احتوائها على مواد معدية أو ممرضة أو سامة من عدمه،[2] كما تختلف أيضاً بحسب المنطقة لارتكازها على عدة اعتبارات، نذكر منها:[3]

– نوع النفايات وطبيعة الخطر الناجم عنها،

– التأثيرات الضارة المحتملة للنفايات الخطرة على البيئة،

– سهولة ونجاعة طريقة التخلص النهائي،

– مجمل التكاليف بما فيها تكاليف التخلص النهائي،

– الأخطار المهنية العامة وجملة المخاطر التي تهدد منتجي هذه النفايات ومناوليها والعاملين،

– مدى تأثير المعمل أو معدات التخلص أو التصريف على البيئة المحلية والصحة العامة.

[1] " غير أن عمليات تسيير النفايات وإن كانت سياسة وطنية إلا أنها تأخذ أبعاداً دولية تنادي بتحقيقها الخطة العالمية للتنمية المستدامة لعام 2030 المعتمدة في مؤتمر قمة التنمية المستدامة المنعقد بمقر الأمم المتحدة (نيويورك) بموجب قرار صادر عن الجمعية العامة رقم 01/70 (تحويل عالمنا) مؤرخ في25 سبتمبر2015، يدعو لضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة، قصد تحقيق الإدارة المستدامة والإدارة السليمة بيئياً للمواد الكيمائية وجميع النفايات وبالحد بدرجة كبيرة من إنتاج النفايات، من خلال المنع والتخفيض وإعادة التدوير وإعادة الاستعمال، وذلك كله للحد من تغيير المناخ وآثاره وحماية النظم الايكولوجية. هذه الخطة ترسم توجهاً عالمياً حول التسيير المستدام للنفايات من أجل تحقيق رفاهية الأجيال الحاضرة والحفاظ على حقوق الأجيال المستقبلية وكذا حماية الموارد الطبيعية بتحقيق الاستدامة المجتمعية، البيئية الاقتصادية والتكنولوجية." تواتي نصيرة، كتاب أعمال الملتقى الوطني الافتراضي حول: الإطار القانوني لتسيير النفايات وتداعياته على التنمية المستدامة، المنعقد يوم 15 جوان 2021، جامعة بومرداس، ص6.

[2] رضا عبد الحليم عبد المجيد، مرجع سابق، ص 46.

[3] مصطفى زرفاوي و آدم جدي، مرجع سابق، ص 7، 8 و 26.

ومن بين الأساليب المعتمدة في تسيير نفايات النشاطات العلاجية،[1] تبرز طرق شائعة الاستخدام منذ القدم ستذكر في البند الأول ثم يشار إلى الطرق الحديثة الاستعمال في البند الثاني.

البند الأول: الطرق التقليدية لتسيير نفايات النشاطات العلاجية:

من أهم هذه الطرق على الإطلاق، **عملية الحرق** والتي بالرغم من أضرارها الصحية والبيئية الكبيرة والتي دفعت مؤخراً بالعديد من المنظمات والهيئات العالمية إلى المناداة بوجوب استبدالها بطرق أخرى، إلا أنها طريقة استخدمت منذ عقود للتخلص من النفايات الخطرة بما فيها نفايات النشاطات العلاجية ولا تزال تستعمل أكثر من غيرها عبر العالم وفي الدول العربية على وجه الخصوص. وتنجز إما بحرق النفايات المجموعة في شكل أكوام في ساحات خارج التجمعات السكانية، وهو ما يطلق عليه بالمكبات المفتوحة،[2] أو باستخدام محارق ذات تقنية عالية.

---

[1] " من الطرق النادرة الاستعمال نظراً لخصوصيتها ومتطلبات كل طريقة منها، نذكر:

التقطير: تخص هذه الطريقة كميات قليلة من نفايات النشاطات العلاجية الكيميائية، فهي بذلك ذات نطاق ضيق جداً.

الترشيح: هي كسابقتها لا تستعمل لمعالجة إلا الكميات القليلة جداً كفصل البكتيريا من المحاليل مثل السوائل التي يراد تنقيتها ولا تتحمل الحرارة كالأمطار.

التحلل العضوي: بالرغم من مساهمة هذه الطريقة في التقليل من حجم النفايات إلى 75% عن طريق التخمر الذي تحدثه البكتيريا والكائنات الحية الدقيقة الأخرى، إلا أنه لا يفضل استعمالها مع نفايات النشاطات العلاجية بل مع أنواع معينة من المخلفات كالنفايات العضوية الصلبة التي يتخلص منها بها لكن بطريقة ايجابية تمدنا بالأسمدة العضوية المتحصل عليها عن طريق التخمر العضوي أو التحلل الحيوي لتلك النفايات العضوية الصلبة. " ميلود تومي وعديلة العلواني، مرجع سابق، ص322-323. شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص30. عبير عيسى، مرجع سابق، ص63.

[2] ميلود تومي و أ. عديلة العلواني، المرجع السابق نفسه، ص 324.

« Lorsque les déchets d'activités de soins sont brûlés en plein air ou dans un incinérateur dont les émissions ne sont pas contrôlés (ce qui est le cas dans la plupart des incinérateurs des pays en développement), il peut y avoir émission dans l'air de dioxines, de furannes et d'autres polluants toxiques qui peuvent être à l'origine des maladies graves chez le personnes qui inhalent cet air (OMS,2005).» DEBBOU Massilia et LOUICHAOUI Tassadit, OP. Cit, p 09.

فالمحارق، التي يهدف استخدامها إلى تحويل المركبات العضوية والمواد القابلة للاحتراق إلى مواد غير عضوية وغير قابلة للاحتراق ما ينتج عنه تقليل من حجم ووزن النفايات، هي عبارة عن طرق للحرق الجاف للنفايات بوجود الأكسجين بدرجات حرارة عالية. ولإنقاص تكلفة التشغيل للمحارق، يمكن إجراء عملية الحرق بطريقة تعويضية يتم فيها استرجاع قسم كبير من الحرارة وبخار الماء الناتجة عن ذلك والاستفادة منها في إنتاج الطاقة الكهربائية.[1]

بمعنى، أن المقصود بعملية حرق النفايات هو عملية أكسدة النفايات الخطرة، كالمركبات العضوية الخطرة، واختزالها إلى مركبات غير عضوية سليمة وماء وطاقة. ويطلق عليها أيضاً الترميد، ويرجى من إتباعه الوصول إلى:

أ- إتلاف العناصر والمكونات والنفايات الكيميائية الممرضة الخطيرة.

ب- التقليل قدر الإمكان من المخاطر المحتملة والتلوث.

ج- تقليل حجم وكمية النفايات ما بين 90 و 95%.

د- تحويل الرواسب الناجمة إلى مواد يعاد استعمالها أو قابلة للتفريغ في المفارغ الصحية.

هـ- استغلال واستعمال الحرارة المنبعثة.

كما يمكن الاستفادة من عملية الأكسدة لبعض نفايات النشاطات العلاجية الخطرة وتحويلها إلى مركبات غير خطرة في عمليات إعادة التدوير.[2]

لكن الملاحظ في الوقت الراهن، وبعد أن كانت عملية حرق النفايات حتى وقت ليس ببعيد أهم الطرق للتخلص من النفايات حسب ما أشار إليه أحد تقارير البنك الدولي، تشير دراسة أخرى لنفس البنك إلى اقتراب هذه التقنية من الزوال وإلى محاولة بعض

[1] رشا صلاح مهدي، دراسة كفاءة محارق النفايات الطبية في مستشفيات الحلة في محافظة بابل، مجلة جامعة بابل، العدد3، 2014، ص 564.

[2] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 699.

الشركات المصنعة لها التخلص منها بتصريف وتسويق هذه المحارق في أسواق الدول النامية.[1]

وقد ((اعتبرت المنظمات البيئية العالمية إنشاء وتشغيل محارق النفايات سمة من سمات التخلف في الإدارة البيئية والتي ينتج عنها تدمير للسماء والأرض وتحويلهما إلى مرادم للنفايات الخطرة الغازية منها والصلبة، فبدأت الكثير من دول العالم بالاتجاه إلى التكنولوجيا الصديقة للبيئة والتي تعطي الكثير من الحلول العلمية المناسبة بيئياً واقتصادياً معتمدة على التدرج في مشاريع بيئية واقتصادية تهدف إلى إزالة وإقفال محارق النفايات الطبية)).[2] ومن بين هذه الدول، الفلبين والتي تعتبر الدولة الأولى التي سنت قوانين في هذا المجال تدعو فيها إلى منع حرق النفايات العادية أو الخطرة أو الطبية وإلى الانتقال للطرق المعالجة البديلة.[3]

وتتمثل الخطورة الأكبر التي يمكن أن تشكلها تقنية حرق نفايات النشاطات العلاجية على صحة الإنسان والبيئة في الملوثات المنبعثة منها وعلى رأسها: **الدايوكسين** الذي يعرف بأنه من المواد المسببة للسرطان لدى الإنسان حيث تم ربط آثارها بعاهات خلقية وتراجع في الخصوبة وضعف جهاز المناعة وغير ذلك من خلل هرموني...، وكذا **الزئبق** الذي يتسبب بخلل في نمو دماغ الجنين وفي تسمم مباشر للجهاز العصبي

[1] محمد بن علي الزهراني و فايدة أبو الجدايل، مرجع سابق، ص 215. أمل نور الدين طاهر، مرجع سابق، ص 10: " تزايدت نسبة النفايات الخطرة في الآونة الأخيرة مما أدى إلى تفاقم مشكلات التخلص منها كونها تهدد البيئة والصحة الإنسانية، الأمر الذي ترتب عليه توجه أنظار بعض الدول الصناعية الكبرى إلى بحار وأراضي الدول النامية لتلقي فيها نفاياتها الخطرة، مما عكس على المستوى العالمي مدى استغلال الدول الصناعية المتقدمة للدول النامية، فقد اتخذت هذه الأخيرة مخزناً لاستيعاب ودفن نفاياتها الخطرة في أراضيها، أو إلقائها في مياهها، إما خلسة وإما بناءً على اتفاقيات، تحصل بمقتضاها الدول النامية على مقابل مالي، لتصحيح أوضاعها الاقتصادية والمالية، متناسية بذلك الأخطار الصحية التي يمكن أن تصيب شعوبها من جراء ذلك."

[2] رشا صلاح مهدي، مرجع سابق، ص 561.

[3] المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

المركزي والكلى والكبد، فقد حددت مرافق حرق النفايات على أنها واحدة من المصادر الصناعية الرئيسية لانبعاثات الزئبق.

وفي هذا الشأن، جاء في شرح د. بول كونيت من جامعة ساينت لورانس في كانتون بنيويورك أنه: "... يفترض بالحرق إتلاف المواد التي تتواجد فيها المواد المعدية: كالورق والورق المقوى والبلاستيك والزجاج والمعدن. وفي أثناء هذه العملية يتم توليد الغازات الحمضية (بفعل البلاستيك الكلوري الموجود) ويتم تحرير المعادن السامة (من الملونات والإضافات الموجودة في الورق والبلاستيك وغيرها) ويتكون الدايوكسين من أي مادة كلورية موجودة في النفايات.[1]

ولذلك حددت بعض الشروط والضوابط لإنشاء ونصب محارق المؤسسات الصحية حفاظاً على البيئة، وتتمثل في:

- أن يكون موقع المحرقة بعكس اتجاه الرياح السائدة.
- يجب أن يكون ارتفاع المدخنة ما بين (12-15 متر) عن سطح الأرض وأعلى ب3 متر من أعلى بناية مجاورة).
- كفاءة الاحتراق يجب أن تفحص ويجب أن تبلغ على الأقل 97% من الجودة أثناء حرق النفايات.
- يجب أن يبعد موقع المحرقة مسافة 30 متر على الأقل.
- أن لا تصدر المحرقة معدلات تلوث للهواء.
- إجراء دراسة الآثار البيئية من المحرقة بشكل إلزامي.
- الإشراف على المحارق من قبل الهيئات البيئية المختصة.
- ضرورة الفرز الدقيق للنفايات الطبية.
- وفرة الأيدي العاملة ذات الكفاءة العالية.

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص701.

- ضرورة إيجاد أرض ملائمة لإنشاء المحرقة.[1]

كما أنه، وبالرغم مما للمحارق من إيجابيات كمقدرتها الكبيرة على تقليل وإنقاص كمية النفايات المعدية الشديدة الخطورة على الصحة العامة والأفراد، إلا أن لها في نفس الوقت احتمالات كبيرة في ظهور أضرار وآثار سلبية ومدمرة للبيئة المحيطة في حالة وجود خلل أو عدم القيام بالمعالجة بوجه سليم. فقد تنتج العديد من الغازات والأبخرة السامة جداً للهواء الجوي تحت ظروف حرق ومعالجة معينة لبعض أنواع المخلفات الطبية التي تحتوي على كميات من الكلور ومواد التعقيم والمعادن الثقيلة.[2]

لذلك، نبهت العديد من الدراسات إلى أن هذه الطريقة كغيرها من طريقة ترميد نفايات النشاطات العلاجية أو رميها في القمامات العمومية، من الطرق الخاطئة لمعالجة وإزالة نفايات النشاطات العلاجية التي تؤدي لزوماً إلى تلوث الغطاء البيئي،[3] مما يؤدي حتماً إلى مخاطر استنشاق الأشخاص القاطنين قرب المحارق لتلك الغازات الملوثة للهواء الجوي والأبخرة السامة المنبعثة جراء الحرق، والتي تختلف درجة خطورتها بين القتل والإضرار بالصحة على شكل أعراض متفاوتة قد تبدأ بالتهابات جلدية، لتتعداها إلى

---

[1] رشا صلاح مهدي، مرجع سابق، ص 562.

[2] المرجع نفسه، ص 565.

Ouafa KHALFI et Ahlem Nour el houda KEBIRE, Gestion des déchets hospitaliers et leurs impacts sur l'environnement, Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'ingénieur d'Etat en Génie de porcidé, université de Boumerdes, 2016/2017, p 63 : " Le traitement par l'incinération s'accompagne avec des grands problèmes d'environnement, à savoir, les gaz émis comme CO2, CO, les dioxines et les furannes…etc. Mais avec les techniques de traitement des fumées et des gaz toxiques on peut réduire leurs concentrations au moins. Ces techniques sont variées en termes d'efficacité et de rendement, où l'absorption se fait de la manière la plus efficace et permet d'atteindre une rentabilité de 98%."

[3] " تعتمد الطريقة الحديثة في الحرق فتعتمد على وجود أفران خاصة (محارق) تلحق بالمؤسسة الصحية، وتكفي لاستيعاب كميات المتخلفة عنها، ويراعى في هذه الأفران عدم تلويثها للهواء (البيئة) حيث تزود بمكثفات لمنع انتشار الغبار الناتج عن الحرق في البيئة ولتنقية الدخان المتصاعد عن الغازات الضارة، كما تجهز هذه الأفران بالمعدات والآليات المستخدمة التي تعمل على احتراق النفايات حرقاً كاملاً عن طريق التقليب المستمر..." رضا عبد الحليم عبد المجيد، مرجع سابق، ص 48.

اضطرابات في الجهاز المناعي والغدد الصماء والجهاز العصبي، وكذا عدة تغيرات جسمية وغيرها... تسببها بالتأكيد عملية حرق النفايات التي تحوي مركب الكلور والدايوكسين.[1] وهو ما يمنع عادةً من استعمال المحارق مع النفايات التي لا يمكن الاستفادة منها أو التي لا يمكن إعادة تصنيعها.[2]

وتعد عملية **ردم أو طمر نفايات النشاطات العلاجية** من الطرق التقليدية أيضاً المستعملة للتخلص من هذه النفايات، وتطمر فيها النفايات في باطن الأرض في مدافن صحية آمنة، ولأنها تعد من أفضل الطرق من الناحية الاقتصادية والتكنيكية من وجهة نظر الإدارة البيئية فهي تتبع في العديد من مناطق العالم، ويهدف منها عزل الملوثات الخطرة عن البيئة بجميع مكوناتها والتحكم فيها، وكذا تقليل كمية المواد الضارة الناتجة من التفاعلات البيولوجية أو من محتوى المواد المدفونة إلى أدنى حد ممكن ومنع تسربها في أي اتجاه سواء إلى المياه الأرضية أو السطح.[3]

كما أنها طريقة قديمة ومثالية بالنسبة لدول العالم الثالث شريطة أن تخص النفايات الصلبة دون غيرها من نفايات النشاطات العلاجية التي تستلزم معالجتها طرقاً أكثر أماناً، وهي:[4]

- مخلفات الأدوية المستعملة في علاج الأورام (cytotoxic waste).
- المخلفات الصيدلانية والكيماوية.
- المخلفات المشعة.
- الأنسجة والأعضاء البشرية الواضحة المعالم.[5]

---

[1] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 324.

[2] رشا صلاح مهدي، مرجع سابق، ص 565.

[3] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص 34.

[4] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 702.

[5] " تعرض المشرع الجزائري في المرسوم التنفيذي 03-478 إلى كيفيات معالجة نفايات النشاطات العلاجية والتي حدد مواصفاتها تبعاً لكل نوع من هذه النفايات، فنصت المادة 22 على أن تحدد كيفيات معالجة النفايات المتكونة من

ولمنع تلوث البيئات المجاورة من مياه جوفية، مياه سطحية، هواء وتربة... أضحت النفايات القادمة والانبعاثات (الغاز الحيوي) والرشاحة... وغيرها مراقبة، بعد أن تطورت فكرة الطمر الصحي للنفايات من الرمي العشوائي إلى الرمي في مطمر صحي هندسيٍّ متطور، يُعزل بشكل كامل عن الجوار بواسطة طبقات عزل بلاستيكية وترابية.[1]

فأصبحت هذه الطريقة تطبق بعد اعتماد موقع الردم لمواصفات هندسية ودراسة جيولوجية خاصة تفادياً للإضرار بالبيئة، على رص النفايات الصلبة بشكل يُمكّن من احتواء أكبر قدر منها ثم تتم تغطيتها بطبقة من الطين العازلة غير المنفذة، على أن

الأعضاء الجسدية بقرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالبيئة والوزير المكلف بالصحة إضافة إلى الوزير المكلف بالشؤون الدينية. وقد أكد هذا الأخير الصادر في 04 أفريل 2011، في المادة الثامنة منه، على خضوع معالجة نفايات النشاطات العلاجية المتكونة من الأعضاء الجسدية البشرية للأحكام العامة للمعالجة المقررة بالمرسوم التنفيذي 03-478 وذلك مع مراعاة خصوصية هذه النفاية بوصفها بشرية أدمية. كما نص صراحة على أن معالجة النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية البشرية تتم عن طريق مسار إزالة العدوى وذلك بإضافة مواد كيماوية تهدف إلى ضمان عدم إضرار هذه النفايات التي، وبعد معالجتها، حدد القرار الوزاري المشترك – المؤرخ في 04 أفريل 2011، المحدد لكيفيات معالجة النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية، جريدة رسمية للجمهورية الجزائرية رقم 35، مؤرخة في 10 جوان 2012- طريقة التخلص النهائي من هذه النفايات عن طريق الدفن وهي معالجة خاصة تبرر حرمة النفس البشرية ومن ثمة حرمة النفايات الناتجة عن النشاط العلاجي الخاص بها. " قداري أمال، مرجع سابق، ص 150.

" كشف تقرير تضمّن نتائج تحقيق قامت بإنجازه المفتشية العامة على مستوى وزارة الصحة والمفتشين العاملين على مستوى جميع الهيئات الصحية والمستشفيات الجامعية عبر الوطن، بالتنسيق مع مجلس المحاسبة، عن خروقات بالجملة في تسيير النفايات الاستشفائية وتجاوزات خطيرة تهدد الصحة العمومية وتفضح في ذات الوقت، بأن العملية تتم خارج القانون. وقد أكد التقرير عدم احترام معايير معالجة النفايات الناتجة عن تشريح الجثث المحددة في المادة رقم 2 من القرار الوزاري المشترك الصادر في 2011/04/04، الذي يلزم بدفن هذه النفايات، عكس ما يقوم به المسؤولون عن العملية على مستوى المستشفيات، حيث يتم، حسبهم، حرقها لكن دون وجود أي أثر أو دليل مكتوب يثبت ذلك. ليس هذا فقط، فحتى الأجنة التي يتم استئصالها من الرحم ميتة وفي مختلف المراحل العمرية، لم يتم العثور على أي أثر لمصيرها، حيث تنص المادتين 7 و9 من نفس القرار الوزاري المشترك، على دفنها على غرار بقايا الجثث المشرحة، وتم تخصيص سجل على مستوى كل مؤسسة استشفائية وصحية تدوّن عليه كل المعلومات الخاصة بالعملية، لكن المفاجأة التي استغرب منها فريق التحقيق، هو أن السجل خال من أهم المعلومات التي تبيّن مصير ملايين الأجنة التي يتم استئصالها ميتة سنوياً." تقرير جريدة الخبر اليومية " تقرير مرعب حول النفايات الاستشفائية في الجزائر"، العدد الصادر يوم الأحد 13 يناير 2019م الموافق 06 جمادى الأولى 1440هـ، ص3.

[1] دليل الإرشاد لإدارة متكاملة للنفايات الصلبة في لبنان، حملة التوعية لفرز النفايات، ص 17. اطلع عليه بتاريخ 2020/11/09 على الموقع: www.databank.com.lb

تكرر هذه العملية يومياً حتى يمنع اختلاط المياه الجوفية بالسوائل المتسربة لها والناجمة عن تحلل النفايات المطمورة.[1] ومنه يمكن تلخيص متطلبات عملية الردم الآمنة في النقاط الآتية:

- وجود طبقة تحت الردم غير نفاذة لمنع تلوث الأرضية والمياه الجوفية.
- مراقبة المياه الجوفية المحيطة بمنطقة الردم من التلوث.
- تغطية الردم يومياً لمنع انتقال الميكروبات المسببة للمرض بواسطة الحشرات، والتقليل من الروائح الكريهة المنبعثة من المخلفات.
- مراقبة الغاز المنبعث من عملية الردم.
- عند عملية الردم يفضل وضع المخلفات البيولوجية ونفايات النشاطات العلاجية في الطبقة السفلى لباقي المخلفات.
- يفضل تغطية نفايات النشاطات العلاجية بطبقة صلبة من الردم بسمك لا ينقص عن متر.
- يجب أن تكون منطقة ردم نفايات النشاطات العلاجية على مسافة لا تقل عن ثلاث أمتار من حافة المكب المحددة.
- يفضل أن يكون عمق نفايات النشاطات العلاجية المردومة لا يقل عن مترين من سطح الردم.[2]

وبالمقابل، يتم التخلص من باقي نفايات النشاطات العلاجية غير الحادّةِ في مكبات خاصة بها على أن تردم بطبقةٍ عازلة سماكتها 50 سم لحمايتها من الحشرات والطيور ولمنع نثرها بواسطة الحيوانات، ويبقى من الأحسن وضع صفيحة أو شبكة فوق الحفرة لمنع الكلاب أو النباشين من الاقتراب منها. كما يُقتَرَحُ، وبغية التحكم في مشكلة

[1] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 322.

[2] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 702.

الروائح إضافة الكلس بحيث يُملأ نصف الحفرة ذات عمق 2م بالنفايات، ثم تغطى بالكلس حتى عمق 50 سم من سطح الأرض ويملأ الباقي بالتربة.[1]

لكن الملاحظ في الواقع هو عدم فحص النفايات قبل تجميعها في حفر عفنة ودون معالجة فعلية مما يشكل خطراً حقيقياً على الصحة العمومية والوسط الطبيعي،[2] كمخاطر النفايات السائلة التي يمكن التقليل منها بواسطة عملية بسيطة وهي " التطهير الكيميائي" ودون أن ننسى أيضاً النفايات التي تطرح في جوف الأرض وتدفن عشوائياً دون أن تكون محمية ومحكمة الإقفال، وهو ما يهدد المحيط والمياه الجوفية على حد السواء.

وكخلاصة، يمكن القول أن تميز طريقة ردم أو طمر نفايات النشاطات العلاجية بكونها غير مكلفة ونظيفة يجعلها تمثل حلاً مناسباً للتخلص من هذه النفايات، إن تمت إدارة العملية بطريقة جيدة. أما عند العكس، وفي حال لم تدر جيداً فستشكل مصدراً للقلق بأن تصبح النفايات مكاناً لتجمع الحشرات، وتلوث جوف الأرض بالنفايات المتسربة.

لذلك ينبغي أن تختار مواقع الحفر بعناية تامة وفق لعدة شروط، منها: أن تكون بعيدة عن مجاري المياه الجوفية أو الأراضي الزراعية أو المناطق المأهولة، وأن لا تكون في مناطق معرضة للفيضانات أو التعرية. وكذا ينبغي أن يتم التأكيد على تسجيل مواقع جميع الحفر في السجلات التي تحفظ لدى البلديات.[3]

ويشار في هذا المقام، إلى أن بعض الدول الصناعية قامت سابقاً بتصدير نفاياتها السامة إلى دول العالم الثالث ودفنها فيها مقابل بعض المساعدات بحجة

---

[1] رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مرجع سابق، ص34.

[2] " Il est recommandé que tout enfouissement des déchets en dehors de l'établissement de soins doit être précédé par un prétraitement pour garantir un transport sans risque au site d'enfouissement." Nour el houda SEDRATI et Imen SEBTI, OP. Cit, p 11.

[3] عبير عيسى، مرجع سابق، ص 64.

المعاونة، وكان ذلك بناء على التصريح الذي أصدره البنك الدولي لهذه الدول والذي تجاهل به آدمية ومستقبل أجيال العالم الثالث.[1]

البند الثاني: الطرق الحديثة لتسيير نفايات النشاطات العلاجية:

بالنظر للمساوئ العديدة للطرق للتقليدية المذكورة آنفاً وتفادياً للمخاطر الكثيرة التي يمكن أن تنشأ عنها، تستخدم عدة طرق حديثة لتسيير نفايات النشاطات العلاجية، نذكر منها **طريقة المعالجة بالبخار أو التعقيم بالحرارة الرطبة**، وتستعمل في هذه الطريقة أحواض خاصة مقفلة تسمى " الأوتوكليف Autoclave" متفق عالمياً على مواصفاتها المتمثلة في كونها مقاومة وصامدة ضد الحرارة والضغط العالي، وكذا سامحة لنفاذ البخار واختراقه لكل المخلفات الموجودة داخلها إذ يوضع بجانب هذه المخلفات في وسط الجهاز مؤشر بيولوجي لمعرفة صلاحيته في التخلص من الجراثيم وأن عملية التعقيم قد تمت،[2] مع عدم إغفال ضرورة التحكم في كل مراحل العملية من خلال مراقبة زمن التعقيم، كمية الضغط ومؤشر الحرارة بواسطة العدادات والمؤشرات المخصصة لذلك.

والجدير بالذكر في هذا المقام، أن التعقيم البخاري يتلف الجراثيم المعدية عبر استخدام حرارة البخار وضغطه، وعلى عكس المحارق فإن المواد لا تحترق ما يقلل من خطر إنتاج الدايوكسين وأحياناً يتم تقطيع النفايات قبل تعقيمها لتسهيل العملية التي يقوم فيها أفراد مؤهلين بتعريض النفايات إلى بخار متشبع تحت ضغط عال تختلف درجة حرارة جهازه بالنظر لعدة عوامل منها: الوزن الإجمالي وحجم المواد المراد تعقيمها، نوعية الميكروبات ومدى مقاومتها للبخار. وتستثنى نفايات النشاطات العلاجية البشرية من المعالجة بهذه الطريقة القليلة التكلفة والآمنة للبيئة، إذ يختص التعقيم البخاري بكونه أقل كلفة من المحارق الحديثة وأكثر منها سهولة في الصيانة والتصليح، لا يُنتِج غازات

[1] نبيلة عبد الحليم كامل، نحو قانون موحد للبيئة، دار النهضة العربية، مصر، 1993، ص 222. نقلاً عن: رضا عبد الحليم عبد المجيد، مرجع سابق، ص 62.

[2] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 700 و 702.

سامة، يُعالِج معظم أنواع النفايات، إمكانية تقليل حجم النفايات بإضافة فرامة إليه، كلفة الإنشاء والتشغيل منخفضة ولا يحتاج إلى مهارات خاصة للتشغيل والصيانة، وهو متوفر بسعات مختلفة حسب الحاجة.[1]

لكن هذه التقنية لا تلائم النفايات الباثولوجية، ولا تؤدي إلا للحصول على نفايات بوزن أقل، وذلك على الرغم من أهميتها وامتيازها بفاعلية تقليل حجم النفايات بنسبة تصل إلى 80%، بالإضافة إلى سهولة الإجراء، عدم الغلاء وعدم تسبيبها لأي تلويث للهواء.[2] كما تستثنى أيضاً النفايات الصيدلانية والكيميائية من المعالجة بهذه الطريقة لعدم إمكانية اختراق البخار لها.[3]

وتوجد أيضاً **طريقة المعالجة الكيميائية** التي يفضل عدم اعتمادها كطريقة نهائية لتعقيم نفايات النشاطات العلاجية إلا في الحالات التي لا تجدي فيها الطرق الأخرى كونها تعتمد أساساً على تعريض النفايات إلى كيماويات لها صفات قاتلة للميكروبات، الأمر الذي يستدعي استخدام الكيماويات بنفس التركيز وزمن التعرض المسموح به من قبل الشركات المصنعة. كما يجب أن تكون طبيعة الكيماويات متوافقة مع المخلفات والمواد المراد تعقيمها حتى لا يقل مفعولها أو حتى ينفى أي احتمال لإنتاج مواد خطرة سامة عند اختلاطها وتفاعلها مع الكيماويات الموجودة في نفايات النشاطات العلاجية.

بالإضافة إلى ضرورة مراعاة عدة اعتبارات في اختيار نوع الكيماويات المستخدمة، نذكر منها: فعاليتها في القضاء على الميكروب، خطورتها على العاملين والجانب البيئي ونوع

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 702.

[2] فوزي عبد القادر الفيشاوي، نفايات للصحة أيضاً، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد العشرون، مصر، 2001، ص30.

[3] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 322.

المخلفات المعالجة. هذا ويمكن القول أنه، وبصفة عامة، لا يفضل التعقيم الكيماوي عن الحراري للأضرار الكيماوية الكبيرة في النظم البيئية الحيوية.[1]

أما **طريقة التعقيم بالحرارة الجافة** فتعتمد تكلفتها على نوع الكيماويات المستعملة فيها، أما نجاعتها وفعاليتها فتعتمد بالدرجة الأولى على الصورة التي تجرى بها وذلك بالرغم من أنها غير صالحة لبعض النفايات الكيميائية ويمكن أن تسبب أضراراً عديدة للأفراد والبيئة، مما يستوجب خبرة عالية للفنيين القائمين بها وكذا معايير ومقاييس كبيرة للوقاية من أضرارها.[2]

وتستخدم أيضاً **طريقة الإشعاع** مع نفايات النشاطات العلاجية السائلة والمعدية المحتوية على السوائل فقط، فبالرغم من تكلفتها العالية سواءً عند التشغيل أو عند الصيانة، إلا أنها طريقة تعقيم مجدية وآمنة شريطة أن تستخدم بصفة صحيحة. وتحوي هذه الطريقة تقنيتين معروفتين هما: المعالجة بأشعة ڤاما أو الجيمي والمعالجة بالحزم الإلكترونية.[3]

من جهة أخرى، **لا** تصلح للتعامل **طريقة التخلص من النفايات عن طريق التغليف في كبسولات** إلا مع بعض نفايات النشاطات العلاجية الصيدلانية وكذا نفايات النشاطات العلاجية الحادة من إبر وحقن،[4] إذ تساهم بشكل كبير في منع عبث بعض الأشخاص بهذه المخلفات الملقاة في المكبات بوضعها- أي نفايات النشاطات العلاجية- في صناديق أو حاويات بلاستيكية عالية الجودة أو في براميل من حديد، ليسكب عليها

[1] الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، مرجع سابق، ص 700 و 703.

[2] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 322.

[3] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 177.

[4] " Procédé qui peut être envisagé pour les piquants et les tranchants, il consiste à neutraliser les déchets piquants ou coupants ainsi que les flacons contenant des résidus de produits chimiques et pharmaceutiques. L'encapsulation permet d'envelopper le déchet afin qu'il soit imperméable et chimiquement inerte vis-à-vis de l'extérieur. Cet emballage peut être réalisé à partir de matières plastiques (PVC, PET, résines phénoliques…) ou bitumeuses." Nour el houda SEDRATI et Imen SEBTI, OP. Cit, p12.

بعد ذلك مواد للتثبيت كالرمل أو الصلصال أو بعض الأنواع من الرغوة البلاستيكية على أن تغلق بشكل نهائي بعد جفاف المواد المضافة وترمى في المكبات.[1]

كما يمكن كطريقة أخرى، أن تلقى الإبر، والمشارط، الشفرات، المباضع وزجاجات الدم في حفرة دائرية أو مستطيلة يمكن تبطينها بالآجر أو البيتون، وتغطى ببلاطة بيتونية يخترقها أنبوب فولاذي يبرز حوالي (1,5-2م وبقطر 20سم)، وهو ما يجعل الوصول إليها صعباً على أن تحضّر حفرة أخرى كلما امتلأت الأولى.[2]

وكطرق أخرى بديلة عن الطرق التقليدية للتخلص من النفايات، توجد **طريقة إعادة التدوير** التي وزيادة عن كونها مكلفة بعض الشيء، فهي لا تصلح للعديد من نفايات النشاطات العلاجية وتعني الاستفادة من بعض هذه النفايات المراد التخلص منها عن طريق إعادة تصنيعها، الأمر الذي يستوجب عناية خاصة وإجراءات صارمة خلال عملية فرز وجمع نفايات النشاطات العلاجية عند مصدر إنتاجها.[3]

بالإضافة إلى أنه لا يحبذ استخدام **طريقة التخزين** نتيجة للأضرار التي تسببها على المدى البعيد، ويتم فيها تخزين النفايات الكيميائية (المخلفات السائلة بالتحديد) في خزانات مصنعة من مادة مقاومة للتآكل. كما تعد أيضاً طريقة **العزل الجيولوجي** من الطرق التي تخلف أضراراً على المدى البعيد مما يجعل استعمالها غير مفضل ويستلزم مراقبة حثيثة لتسرب النفايات، وترتكز – خلافاً لشبيهتها المذكورة أعلاه- على تخزين نفايات النشاطات العلاجية الخطرة ليس في خزانات مصنعة وإنما في مواقع جيولوجية طبيعية تتمثل في مناطق صخرية عميقة بعيدة عن السطح وعن المياه الجوفية.

---

[1] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 323.

[2] عبير عيسى، مرجع سابق، ص 63.

[3] " **Le recyclage** constitue sans aucun doute l'alternative la plus intéressante en pré traitements. Les établissements de soins doivent correctement trier les déchets afin de diminuer la part des déchets non recyclables (qui finiront dans un centre de stockage ou un incinérateur). " Nour el houda SEDRATI et Imen SEBTI, OP. Cit, p 12.

وبالنسبة لطريقة **استخدام الآبار العميقة**، فعلى عكس سابقتيها، يمكن أن تظهر مخاطرها عاجلاً أو آجلاً نتيجة صب النفايات الكيميائية السائلة العالية السمية في آبار عميقة. أما **طرق التثبيت**، فلا تستعمل إلا مع المخلفات الصيدلانية من الأدوية منتهية الصلاحية والتي يتم خلطها، بهدف إبطال مفعولها والحد من انتشارها في البيئة، مع الجير والإسمنت والماء بنسب معينة. وبذلك يعتبر الاستعمال غير المجدي لهذه الطرق مع المخلفات المعدية والمحتوية على الجراثيم من أهم عيوبها.[1]

بالنهاية، وإن كان الخيار الأنسب هو أن يقوم المرفق الصحي بإجراء المعالجة المناسبة لنفاياته في حال حيازته للإمكانات اللازمة مع ضرورة التقيد بجملة الخطوات المذكورة أعلاه والتي من شأنها أن تحقق دون شك نوعاً من التسيير الحسن لنفايات النشاطات العلاجية، بداية بالحرص على أن تفصل النفايات العادية عن نفايات النشاطات العلاجية الملوثة كخطوة أولى لضمان أية معالجة ناجحة ثم تصنيف النفايات الملوثة في أوان محكمة الإغلاق لضمان التخزين الأمثل قبل إجراء المعالجة المناسبة، تبقى النظافة العامة في نهاية المطاف ومهما كانت الطريقة المستعملة في إدارة نفايات النشاطات العلاجية، خطوة يومية ضرورية بعد إنهاء كل عملية معالجة أين ينبغي أن يتم غسل وتطهير والتنشيف الجيد لكل أدوات جمع ونقل النفايات، وكذا تنظيف وغسل جميع أماكن التخزين داخل منشآت المعالجة، بالإضافة إلى القيام بحمام كامل للأماكن المذكورة بالماء الساخن وبشكل يومي.[2]

---

[1] ميلود تومي و عديلة العلواني، مرجع سابق، ص 323.

[2] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 178.

" أشار التقرير الخاص بتحقيق المفتشية العامة بوزارة الصحة ومجلس المحاسبة حول النفايات الاستشفائية إلى: انعدام النظافة على مستوى الشاحنات التي تنقل النفايات بما فيها المعدية والسامة، وكذا تجاوزات لصلاحية المدة القانونية للتخزين التي تنص المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 03-178 الصادر في 2003/12/09 على أن لا تتجاوز 24 ساعة، وذلك في ظل الأعطاب المتكررة للمحرقات وكمية النفايات الهائلة المسجلة يومياً." تقرير منشور بجريدة الخبر الصادرة بتاريخ 13 يناير 2019، ص3.

كما أن التقليل من نفايات النشاطات العلاجية وانتشارها خطوة مستحبة أيضاً ويمكن تجسيدها بإتباع بعض الأساليب والطرق المحددة،[1] كاستخدام تقنيات جديدة تسمح بإعادة الاستعمال، وكذا إعادة تدوير هذه النفايات الذي من شأنه أن يساهم في تثمينها لاستعادة الطاقة في حال حرقها.

[1] علي حماش، مرجع سابق، ص 409.

جدول رقم 4: وسائل تقليل مخلفات المستشفيات:

النفاية	وسائل تقليل المخلفات
مواد العلاج الكيمياوي والمواد المضادة للأورام الخبيثة	– تقليل الكميات المستخدمة. – شراء الحجم الأمثل من عبوات الدواء –إعادة الأدوية التي انتهى مفعولها للمنتج. – تركيز إعداد العلاج الكيماوي وتركيبه في مكان واحد. – تقليل المخلفات الناتجة عن تنظيف غطاء التركيب إلى الحد الأدنى وعزل المخلفات. – توفير أدوات تنظيف الكيماويات المتساقطة (المتناثرة).
الفورمالهيد	– إعادة المطهر غير المطابق للمواصفات إلى المنتج. – تغطية أحواض المطهر والمثبت لتقليل التبخر والأكسدة.
كيميائيات التصوير الفوتوغرافي	– استعادة الفضة بكفاءة. – إعادة تدوير الأفلام والأوراق التالفة. – استخدام الممسحة المطاطية (squeege) لتقليل فاقد الحمض. – استخدام الغسيل المتزامن أو المتلافي في نقطة واحدة.
النظائر المشعة	–استخدام نظائر أقل خطورة كلما أمكن. – عزل المخلفات ووضع بطاقة عليها توضح ماهيتها وتخزين المواد المشعة ذات العمر القصير بالموقع في مكان منفصل، حتى يضمحل نشاطها ويسمح بإلقائها في القمامة.
المذيبات	– استبدال أوساط التنظيف وطرقه بأخرى أقل خطورة وذلك عند تنظيف المذيبات. – تقليل متطلبات الحجم الذي يتم تحليله (Analyse Volume) – استخدام مواد سبق مزجها في الاختبارات بما في ذلك تثبيت المذيب، مع استعمال أجهزة تحضير مغايرة لإجراء الاختبارات الدورية على المذيب– مخلفات المذيبات. – معالجة المذيبات وإعادة استخدامها بعد تقطيرها.
الزئبق	–استبدال الأجهزة الإلكترونية الحساسة الخاصة بالأجهزة المحتوية على زئبق، مع توفير أدوات لتنظيف الزئبق المتناثر وتدريب العاملين على استخدامها. –إعادة تدوير مخلفات الزئبق غير الملوثة مع استخدام أجهزة تحكم مناسبة لضمان السلامة.
غازات التخدير المختلفة	–استخدام أساليب تعطي أقل تسرب وشراء معدات مخفضة له. –إجراء الصيانة الصحيحة للمعدات لمنع التسرب.

البند الثالث: المآل الأخير لنفايات النشاطات العلاجية:

بعد أن يقوم المرفق الصحي بمعالجة نفاياته سواءً في الداخل أو خارج المؤسسة وبالطريقة التي تلائمه وتتماشى مع إمكانياته، تبدأ المرحلة النهائية وتتمثل في عملية توجيه النفايات المعالجة وغير المعالجة إلى مثواها البيئي الأخير الذي يتم فيه التخلص منها،[1] وذلك عن طريق التفريغ في مفارغ، والتي يجب أن تكون مهيأة خصيصاً لنفايات النشاطات العلاجية وفق توجيهات اتفاقية بازل وبالشروط التالية:

أ- طبقة عازلة من الصلصال و/أو بمادة مركبة من أجل تقليل تلوث المياه الجوفية.

ب- الجمع والمعالجة والتخلص البيئي الملائم للمواد المتحللة.

ج- نظام مراقبة ومتابعة المياه الجوفية المحيطة بالموقع من أجل مراقبة إتمام مقتضيات الحماية ضد التلوث عبر المواد المتحللة.

د- وضع ضمن الموقع طبقة تغطية يومية ونهائية لحصر احتمالات الأمراض وتقليل الروائح وتسربات الماء.

هـ- متابعة انبعاث الغازات في المناطق غير المشبعة في حدود الموقع، وهذا بمعايير المراقبة إذا تمت العملية.[2]

الفرع الثالث: التعهد بتسيير نفايات النشاطات العلاجية لجهة أخرى:

لا تتم معالجة نفايات النشاطات العلاجية بالضرورة من طرف الجهة المنتجة، إذ كثيراً ما تعهد المؤسسة العلاجية المنتجة للنفايات بمهمة التخلص منها كلها أو بعضها

[1] " **مجهودات للتخلص من النفايات الطبية:** أطلقت الوكالة الجزائرية للنفايات مسحاً تقييمياً للنفايات الطبية لتبني منهج تسيير يسمح بالحد من تأثيرها في البيئة. وأوضح المدير العام للوكالة كريم وامان، في حديث ل " اندبندنت عربية "، أن الخطوة تندرج في إطار استراتيجية إدارة النفايات في آفاق 2035 والتي تشمل إضافة إلى النفايات المنزلية والصناعية، نفايات النشاطات الطبية. ومن أجل مواجهة مشكلة التخلص من النفايات الطبية، منحت وزارة البيئة اعتمادات صالحة لمدة 5 سنوات لمصلحة 50 جامعاً للنفايات، وتخصيص أربعة أجهزة تعقيم في طور الاستغلال، كما منحت تراخيص لاستغلال 22 مطمراً لمعالجة النفايات الاستشفائية." تقرير وكالة الأنباء الجزائرية بجريدة " اندبندنت عربية"، مرجع سابق. علي حماش، مرجع سابق، ص 413.

[2] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 177.

إلى متعهدين خواص مختصين في ذلك، شريطة أن تبرم اتفاقية بينهما يوضح فيها المؤسسة المنتجة، الغير المتعهد إليه، الطرق المعتمدة في التخلص من هذه النفايات وتكلفة ذلك، وكذا شروط الفسخ.[1]

وفي هذا الصدد نص المشرع الجزائري في المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم09-19 المتعلق بتنظيم نشاط جمع النفايات الخاصة،[2] على أنه: " يجب على كل شخص طبيعي أو معنوي يرغب في ممارسة نشاط جمع النفايات الخاصة أن يلتزم بالأحكام المحددة في هذا المرسوم والحصول على اعتماد يسلم بمقرر من الوزير المكلف بالبيئة." كما تطرق المشرع الجزائري في المادة الثانية (2) من المرسوم 05-314 المتعلق بكيفيات اعتماد تجمعات منتجي و/أو حائزي النفايات الخاصة،[3] إلى وضع مفهوم ل" تجمع منتجي و/أو حائزي النفايات الخاصة، وذلك توضيحاً للمادة (16) من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، والتي نصت على:

" يجب على منتجي النفايات الخاصة و/أو الحائزين لها، ضمان أو العمل على ضمان تسيير نفاياتهم، على حسابهم الخاص. ولهذا الغرض، يمكنهم أن يقرروا المشاركة في تجمّعات معتمدة مكلّفة بتأدية الواجبات المفروضة عليهم.

تحدد كيفيات اعتماد هذه التجمعات عن طريق التنظيم."

وكذا تجسيداً للمادة 416 من الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر1975 المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم،[4] باعتبارها تنص على مفهوم عقد الشركة.[5]

---

[1] Guide élimination des déchets, OP. Cit, p 16.

[2] مرسوم تنفيذي رقم 09-19 المؤرخ في 20 يناير 2009، يتضمن تنظيم نشاط جمع النفايات الخاصة، ج ر ج عدد 06، 2009.

[3] مرسوم تنفيذي رقم 05-314 المؤرخ في 11 ديسمبر 2005، يتعلق بكيفيات اعتماد تجمعات منتجي و/أو حائزي النفايات، ج رج العدد 62 الصادرة بتاريخ 03 نوفمبر 2005.

[4] الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان 1395هـ الموافق 1975/09/26 المتضمن القانون المدني (المنشور في الجريدة الرسمية الجزائرية عدد 78، سنة 12، ص: 990 إلى 1055)، المعدل والمتمم.

[5] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 47.

أما المواد 4، 5، 6 و7 من المرسوم 05-314 المذكور أعلاه، فجاءت لتوضح كيفية تشكيل تجمع من خلال تقديم ملف ووثائقه من إجراء دراسة له ومن ثم منح الاعتماد من قبل وزارة البيئة لمدة 5 سنوات، ويجدد الاعتماد عند كل انتهاء للمدة المحددة.

كما تتقيد كل مؤسسة علاجية وجوباً بإبرام اتفاقية وبأن تمسك لائحة متابعة خاصة بالنفايات المعدية التي تعود لمؤسسة أو مؤسسات أخرى، والتي تأخذ على عاتقها مهمة معالجتها أو التخلص منها. كما يتوجب عليها في الحالات الخاصة التي تتكفل فيها بالنفايات المعدية لمجموعة مؤسسات علاجية أخرى، تقل كميتها أو تساوي 5 كغ في الشهر، أن تحرر لكل مؤسسة منها " وصل بالتكفل" تحدد فيه هوية المنتج وتاريخ الإيداع.... وذلك، كون المنشأة الصحية ملزمة بتسطير " **لائحة متابعة** " لضمان مسار نفاياتها التي وإن لم تكن هي التي عملت على معالجتها أو التخلص منها، فهي مسؤولة عنها، وتعتبر هذه اللائحة كإثبات لطريقة التخلص منها، وتحوي خصوصاً المعلومات التالية:- معطيات المنتج والمجمع والناقل والمرسل إليه النهائي.

- كمية النفايات المرفوعة والمنقولة والمرمدة أو المعقمة.
- تاريخ الرفع والترميد أو التعقيم/التطهير الذي يكون وفق المواعيد القانونية.[1]

المطلب الثالث: الهيئات المنصبة على مستوى المرافق الصحية لمراقبة تسيير النفايات:

بغية الحد من أخطار عملية تسيير نفايات النشاطات العلاجية الناجمة عن المؤسسات الصحية، أو على الأقل التقليل منها، يقع على عاتق إدارة هذه المؤسسات عدة مهام تتمثل أساساً في:

- تنصيب لجان مكافحة العدوى الاستشفائية والسهر على دورية اجتماعاتها.
- تخصيص الموارد اللازمة للوقاية ومكافحة العدوى المرتبطة بالعلاج.
- ضمان دعم إجراءات تدريب الموظفين.

[1] خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، مرجع سابق، ص 175.

– تفويض الجوانب الفنية للنظافة للموظفين المناسبين.

– تقييم الوضع الخاص بالعدوى المرتبطة بالعلاج ومدى فعالية التدابير المتخذة لمكافحتها بشكل دوري.

– تنفيذ السياسات المعتمدة من قبل لجان مكافحة عدوى المستشفيات.

– تمكين الوحدة المسؤولة عن النظافة بالمستشفى من تعاون جميع المصالح بالمؤسسة.

– السهر على تفعيل الوسائل اللازمة للتحقيق في تفشي الأوبئة وضمان تطبيق التوصيات الناتجة عن ذلك.

– ضمان إيصال المعلومات للزوار عن طريق نشر قواعد النظافة والسهر على تطبيقها.[1]

وبالإضافة إلى لجان مكافحة عدوى المستشفيات التي تعنى بالنظافة بالدرجة الأولى لمنع انتشار العدوى داخل الأوساط الاستشفائية (الفرع الأول) نصبت أيضاً عدة لجان على مستوى المرافق الصحية للسهر على النظافة والمحافظة على الأمن، وهي لجان النظافة والأمن (الفرع الثاني).

الفرع الأول: لجنة مكافحة العدوى الاستشفائية:

أضحت برامج مكافحة العدوى من أولويات القائمين على إدارة المرافق الاستشفائية، ذلك أن التصدي لانتقال أي نوع من أنواع العدوى داخل بيئة المؤسسة الصحية أصبح تحدياً بالنسبة لهم انطلاقاً من الهدف المرجو والمتمثل في ضمان بيئة صحية وآمنة للإنسان، سواء طالب العلاج أو المريض المقيم أو حتى زائره،[2] وهو الأمر الذي تسهر عليه **لجنة مكافحة العدوى الاستشفائية** التي أنشأت بموجب القرار الوزاري رقم 64 الصادر عن وزارة الصحة والسكان بتاريخ 17 نوفمبر 1998، المتضمن تشكيل

[1] Directives Nationales Relatives à l'Hygiène de l'Environnement dans les Etablissements de Santé Publics et Privés, Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Edition 2015, Imprimerie ANEP, ROUIBA, 2016, p13.

[2] " تحتفل منظمة الصحة العالمية بالأسبوع العالمي لمكافحة العدوى المصادف للفترة بين 16 و 22 أكتوبر من كل سنة بهدف نشر الوعي والتحسيس بكيفية مكافحة العدوى وانتقال الفيروسات."

لجنة لمكافحة عدوى المستشفيات على مستوى المنشآت الصحية.[1] وتتشكل هذه الأخيرة المرؤوسة من مسؤول المؤسسة من الأعضاء الآتية: (المادة 3 من القرار المذكور)

- رئيس المجلس العلمي أو رئيس المجلس الطبي.
- رئيس مصلحة الأوبئة والطب الوقائي.
- المسؤول المكلف بتسيير صيدلية المؤسسة.
- منسق للأنشطة شبه الطبية معين من طرف مسؤول المؤسسة.
- متمرس ممثل عن مخبر التحاليل الطبية.
- المسؤول المكلف بالمباني والتجهيزات ومسؤول المخازن.
- مدير المستشفى والمعاون الإداري والفني.
- معاون المدير لشؤون التمريض.
- رؤساء الأقسام (جراحة – باطنية – صيدلة – تخدير...الخ) ورئيس قسم الهندسة والصيانة.[2]

وأُوكِلت لهذه اللجان المهام التالية:

- اعتماد الخطة السنوية لمكافحة العدوى على مستوى المستشفى.
- اعتماد السياسة العامة لمكافحة العدوى.
- تطبيق أساليب وأنشطة مكافحة عدوى المستشفى.

---

[1] Directives Nationales Relatives à l'Hygiène, OP. Cit, p 13.

[2] Le comité est présidé par le chef de l'établissement comprend :
- Le président du conseil scientifique ou le président du conseil médical.
- Le chef de service d'épidémiologie et de médecine préventive.
- Le responsable chargé de la pharmacie de l'établissement.
- Un praticien représentant le laboratoire d'analyses médicales.
- Un praticien représentant les spécialités médicales un praticien représentant les spécialités chirurgicales un praticien représentant les explorations un praticien représentant la chirurgie dentaire et son désignés par le conseil scientifique ou le conseil médical.
- Un coordinateur des activités paramédicales désigné par le chef de l'établissement.
- Le responsable chargé des infrastructures et des équipements.
- L'ingénieur biomédical et de maintenance et l'architecte quand ils existent.

– دعم أعمال فريق مكافحة العدوى وإزالة المعوقات لتنفيذ الخطة.

– مراجعة بيانات نظام الترصد للعدوى المكتسبة داخل المستشفيات مع تحديد الأماكن التي تحتاج إلى تدخل.

– العمل على توافر المستلزمات والأجهزة اللازمة لتطبيق أنشطة مكافحة العدوى على مستوى المستشفى.

– تحضير خطة سنوية لتطبيق برنامج مكافحة العدوى داخل المستشفى وأخذ الموافقة عليها من لجنة مكافحة العدوى.

– تطبيق خطة لضمان سلامة الإجراءات الطبية.

– تقديم المشورة اللازمة لفريق العمل في كل ما يتعلق بأعمال مكافحة العدوى، مع توفير بيئة آمنة للمرضى وفريق العمل.

– وضع المعايير الأساسية (السياسات الخاصة بالإجراءات أو الأنظمة داخل المستشفى).[1]

هذا، وتجتمع اللجنة وجوباً مرة كل شهر حسب المادة الثالثة من القرار الوزاري المذكور أعلاه.

الفرع الثاني: لجنة النظافة والأمن:

أنشأت هذه اللجنة بموجب تعليمة وزارة الصحة والسكان رقم 10 الصادرة بتاريخ 2002/05/06 والمتعلقة بلجان النظافة والأمن، والتي نص موضوعها على تنصيب هذه اللجان، وتضمنت ديباجتها الإشارة إلى تطبيق للمادة 23 من القانون رقم 88–07 المؤرخ

[1] L'Article 2 de l'arrêté n°64/MSP Du 17/11/1998, portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé:
« Le comité est un organe consultatif est chargé:
-D'identifier, de surveiller les infections nosocomiales et d'en déterminer la prévalence.
-D'élaborer de proposer un programme de lutte contre les infections nosocomiales et un programme de formation.
-D'évaluer les résultats les actions entreprises et d'en faire rapport au chef de l'établissement. »

في 01/26/ 1988 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل،[1] حيث تشكل هذه اللجان، بصفتها هيئات متعادلة التمثيل، الإطار الملائم لتجسيد معايير الوقاية من الأخطار المهنية في أماكن العمل"[2]

" تحدد صلاحيات هذه اللجان وكذا تشكيلها وتنظيمها وتسييرها عن طريق التنظيم."[3]

هذا، وقد خلصت دراسة لوضعية النفايات الاستشفائية بالجزائر إلى عدم تفعيل لجان النظافة الخاصة بالمستشفيات، إضافة إلى وجود فراغ تشريعي بهذا الشأن، وهو ما أشار إليه التقرير الوطني لحالة ومستقبل البيئة.[4]

[1] القانون رقم 88-07 المؤرخ في 1988/01/26، المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل، ج ر ج عدد 04 لسنة 1988.

[2] « En application de l'article 23 de la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène à la sécurité et à la médecine du travail, une commission paritaire d'hygiène et de sécurité doit être créer auprès de l'administration centrale, de chaque institution publique et de chaque établissement ou organisme public.
Organe paritaire, la commission d'hygiène et de sécurité constitue le cadre adéquat où doivent se concrétiser les mesures de prévention des risques professionnels sur les lieux de travail. »

[3] المادة 24 من نفس القانون.

[4] وناس يحي، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة في التشريع الجزائري، مرجع سابق، ص 13: " كما خلصت الدراسة إلى ما يلي:

- تعتبر عملية تسيير النفايات غير ملائمة وعشوائية في أغلب المستشفيات.
- المبالغ المرصودة لنظافة المستشفيات زهيدة، بحيث يوجه 0.25 من ميزانية المستشفيات إلى معالجة النفايات الاستشفائية.
- الغياب شبه الكلي لتصنيف وفرز النفايات، وكذا التسيير السيء لمسارات جمع النفايات في المستشفيات.
- غياب الأغلفة الخاصة وبالألوان المتطلبة. بالإضافة إلى غياب عمليات التطهير والتنظيف لمواقع التجميع."

الباب الثاني

المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية والتعويض عنها

الباب الثاني

المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية والتعويض عنها

إن الحديث عن المسؤولية في هذا المقام يقودنا لغض النظر عن نوعها الآخر[1] والحديث مباشرة عن المسؤولية القانونية التي تنبع عن مخالفة التزام قانوني، وتقوم كلما ألزم القانون شخصاً بالتعويض عن الضرر الذي ألحقه بشخص آخر أو بالمجتمع.[2]

وإذ يمكن تعريف المسؤولية من وجهة النظر القانونية بأنها:

« جزاء قانوني عن تصرف مولد للضرر»

« Une sanction juridique d'un comportement dommageable »

---

[1] " اقترنت المسؤولية بالقاعدة الأخلاقية، إذ أن قيام المسؤولية يفترض اعتداء على النظام الأخلاقي المتمثل في الإخلال بواجب يقع على الفرد، لذلك فإن الفرد لا يلتزم بالتعويض إلا بناءً على عمل غير مشروع صدر منه. ومن المسلم به في نظر الفقه التقليدي هو أن المسؤولية المدنية لا تقوم إلا على خطأ، وهذا ما انتهى إليه القانون الفرنسي القديم الذي يعتبر المصدر التاريخي للقانون الجزائري. كما وُجِد في كتب فلاسفة القرن الثامن عشر في إنجلترا أثراً لمصطلح المسؤولية مما بعني أنه حين تم استعماله أو لمرة على ضفتي الأطلسي أواخر القرن السابع عشر، كان ينتمي– أي المصطلح– إلى الميدان السياسي، قبل أن يصبح استعماله عملياً في القرن التاسع عشر." آمال بكوش، نحو مسؤولية موضوعية عن التبعات الطبية (دراسة في القانون الجزائري والمقارن)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية،2011، ص 60 . عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، "دراسة تأصيلية، تحليلية، مقارنة"، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، 2004، ص11. عز الدين الديناصوري، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء، بدون دار نشر، 1988، ص5. لحسين بن شيخ آث ملويا، دروس في المسؤولية الإدارية، الكتاب الأول، المسؤولية على أساس الخطأ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2007، ص 6.

[2] منصور عمر المعايطة، المسؤولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الأكاديميون للنشر والتوزيع / دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2014، ص 34: "تدخل المسؤولية القانونية ضمن دائرة القانون، ويترتب عليها جزاء قانونياً، وذلك في حالة إتيان الشخص فعلاً يشكل خروجاً أو مخالفة لأحكامها، فإذا كانت القواعد التي جرى الخروج عنها أو مخالفتها من قواعد القانون الدستوري وصفت المسؤولية هنا بأنها مسؤولية دستورية، وإذا كانت من قواعد القانون المدني وصفت بأنها مسؤولية مدنية، أما إذا كانت من أحكام القانون الجنائي وصفت بأنها مسؤولية جنائية، والتشريعات الجنائية هي التي تحدد ماهية الأفعال والتصرفات التي تعد غير مشروعة ومعاقباً عليها انطلاقاً من مبدأ ((لا جريمة ولا عقوبة... إلا بناء على قانون)) الذي يعد دستور التشريع الجنائي لدى غالبية الدول، من هنا يتبين أيضاً أن المسؤولية الجنائية لا تتحقق إلا بإتيان الشخص أفعالاً يجرمها القانون أو الامتناع عن أفعال يوجب القانون القيام بها."

إلا أنه، ((حتى بالبقاء في مجال القانون الأكثر تحديداً فإن عبارة المسؤولية لا تزال ذات مراجع متعددة، وتعدد الدلالات يفرض إضافة صفة للمصطلح لكي يكون مفهوماً. فالمسؤولية هي سياسية، تأديبية، جنائية أو مدنية والمعنى الوحيد المشترك لكل استعمالات المصطلح هو فكرة بسيطة، هي أن شخصاً ما عليه أن يجيب عن عواقب فعل، سلوك أو واقعة وأن يتحمل النتائج والعبء وفيما وراء ذلك يختلف الأمر.))[1]

ومنه، يمكن إعطاء تعريف للمسؤولية القانونية يعبر عن تعدد مراجعها بأنها:

« التزام تحمل المسؤولية عن حدث أو فعل مولد للضرر أمام العدالة وتحمل نتائجه المدنية، الجزائية، التأديبية وغيرها.» [2]

ولأن إلحاق الضرر بالغير يرتب مسؤولية المتسبب فيه، فإن ذلك ينطبق أيضاً على الأضرار العديدة التي يمكن أن تنجم عن نفايات النشاطات العلاجية وتُنشِأ مساءلة المتسبب في الضرر لتلزمه بجبره، إما بإعادة الحال إلى ما كان عليه أو – عند الاستحالة– بدفع تعويض للمضرور أو ذوي حقوقه عن كل ما أصابه أو لحقهم من أضرار جراء عجزه أو

---

[1] " ففكرة المسؤولية (la Responsabilité) التي تفهم اليوم بأنها إلزامية الإجابة وتحمل نتائج السلوك ليست في أصلها مفهوماً قانونياً ولكن موجب ديني وأخلاقي يلزم الشخص بالإجابة عن أخطائه أمام الله أو ضميره. وإن أصبح استعمال المصطلح في العبارات اليومية شائعاً فإنه لم يدرج في مفردات اللغات الغربية إلا في زمن متأخر، فحين ظهرت صفة responsabilité لأول مرة في فرنسا في القرن الثالث عشر كان ظهورها يعود للغة الأخلاق وارتبطت بفكرة الذنب.
Giles Darcy, la Responsabilité de l'Administration, Paris : Dalloz, 1996, pp7-8.
نقلاً عن: بن عبد الله عادل، المسؤولية الإدارية للمرافق الاستشفائية (شروط الفعل المولد للضرر)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الحقوق – تخصص: قانون عام–، جامعة محمد خيضر بسكرة، السنة الجامعية: 2010 /2011، ص 7.

[2]" يقول العلامة " بلانيول" أن مفهوم المسؤولية كما كان مجمعاً عليه قد زال تماماً بفعل الاجتهاد من التقنين المدني الفرنسي، ذلك أنه استخرج من نص المادة 1384 من التقنين المدني الفرنسي قواعد جديدة للمسؤولية، وهذا بوضع قاعدة عامة للمسؤولية المدنية طبقاً لواجباتها من جهة ولأساسها تبعاً لوظيفتها من جهة أخرى. وباعتبار أن المسؤولية القانونية تأثرت بادئ ذي بدء باهتمام الفلسفة، وهذا ما أشار إليه Husson إذ اعتبر أنه ينبغي على القانون أن يلتزم بالمقومات الفلسفية الهادفة إلى إقرار المسؤولية الأدبية La Responsabilité Morale." مروان كساب، المسؤولية عن مضار الجوار، دون دار نشر، طبعة أولى، بيروت، 1998، ص90. نقلاً عن: لعموري بومدين، المسؤولية المدنية ومبدأ الحيطة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير (تخصص: قانون مقارن)، جامعة تلمسان، السنة الجامعية: 2014/2013، ص10.

وفاته،[1] وذلك وفقاً لنص المادة 124 من القانون المدني الجزائري،[2] المنشئة للمسؤولية المدنية والتي تنص على أنه:

" كل فعل أياً كان يرتكبه الشخص بخطئه، ويسبب ضرراً للغير يلزم من كان سبباً في حدوثه بالتعويض"، وهو ما يسري على الشخص الطبيعي أو المعنوي.

وبناء على ذلك، سيخصص الفصل الأول من هذا الباب للمسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، ليهتم الفصل الثاني بالتعويض عن هذه المسؤولية وآلياته.

---

[1] " قد يصيب الضرر ذوي المريض بحيث لو أصاب شخصاً ضرراً وكان هذا الشخص يعول شخصاً آخر، فهذا المضرور يرجع بالتعويض على المتسبب في الضرر بعد أن يثبت أن المجني عليه كان يعوله وقت وفاته أو عجزه على نحو مستمر ودائم." طاهري حسين، مرجع سابق، ص 50.

[2] الأمر رقم 75-58 المتضمن القانون المدني، مرجع سابق.

الفصل الأول

المسؤولية عن الأضرار الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية:

إن كانت لنفايات النشاطات العلاجية، زيادة على النفايات العادية، الكثير من الأضرار الخاصة خصوصيتها كنوع من النفايات، كما سلف الذكر، كون العديد منها قد تلحق بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان فتؤثر لا محالة على صحته ونفسيته أو تلحق به مباشرة، فإن أهم هذه الأضرار على الإطلاق هي العدوى بما فيها العدوى الاستشفائية التي تصيب الأفراد في المرافق الصحية،[1] باعتبار هذه الأخيرة مصدراً مباشراً لإنتاج النفايات المذكورة.

وسواء كان الشخص المصاب بالعدوى مريضاً أو ممرضاً، عاملاً بالمشفى أو زائراً، فإن عدوى المستشفيات تخلف أضراراً معنوية كثيرة فضلاً عن الأضرار المادية المتمثلة في إصابة الشخص في جسمه أو اكتسابه لمرض جديد غير المرض الذي أدخل بسببه إلى المرفق الصحي، مما قد يسبب له عجزاً جسدياً سيؤثر حتماً على ذمته المالية من خلال توقفه عن العمل ومكوثه في المستشفى لتلقي العلاج وما ينجر عنه من أدوية وتحاليل وأشعة... وغيرها، كما يمكن أن يؤدي ذلك إلى الوفاة في كثير من الأحيان، إما بسبب نقص المناعة لدى الشخص المصاب كأن يكون طفلاً أو عجوزاً أو غيرهما، وإما بسبب خطورة المرض بحد ذاته.

وفي كل الحالات، تقوم مسؤولية المتسبب في ذلك ويلزم وفقاً للقاعدة العامة بتعويض المضرور، وهو ما ينطبق أيضاً على الإدارة بصفتها شخص معنوي فتكون بذلك مسؤولية

[1] " Les patients hospitalisés dans les établissements de soins sont parfois victimes de contaminations microbiennes, généralement nommées infections nosocomiales. Elles constituent en France, une réalité importante et inquiétante. Le comité des ministres du conseil de l'Europe les définit comme étant : toute maladie contracté à l'hôpital, due à des micro-organismes, cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissables, qui affecte soit le malade du fait de son admission à l'hôpital ou des soins qu'il a reçus en tant que patient hospitalisé ou en médecine ambulatoire, soit le personnel hospitalier, du fait de son activité, que les symptômes de la maladie apparaissent ou non pendant que l'intéressé se trouve à l'hôpital."

إدارية.[1] وعليه، سيخصص هذا الفصل للمسؤولية المدنية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية (المبحث الأول) وللمسؤولية الجزائية عنها (المبحث الثاني).[2]

المبحث الأول: المسؤولية المدنية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

تثار المسؤولية المدنية عن نفايات النشاطات العلاجية متى ما تسببت هذه الأخيرة بمختلف أنواعها في أضرار للبيئة أو الأشخاص المذكورين سابقاً من طاقم طبي وفنيين،

[1] " تعرف المسؤولية الإدارية بأنها الحالة القانونية التي تلتزم فيها الدولة ومؤسساتها والهيئات العامة الإدارية نهائياً بدفع تعويض عن الضرر أو الأضرار التي تسببت فيها للغير بفعل أعمالها الإدارية الضارة سواء كانت هذه الأعمال الإدارية الضارة مشروعة أو غير مشروعة، وذلك على أساس الخطأ الإداري أو على أساس نظرية المخاطر وفي نطاق النظام القانوني لمسؤولية الدولة." عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، مرجع سابق، ص 24. نقلاً عن: بوالطين ياسمينة، التعويض عن الأضرار الناجمة عن الأخطاء المرفقية والشخصية في القضاء الإداري، مذكرة تخرج مقدمة لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الموسم الدراسي: 2006/2005، ص4.

[2] " Lorsque l'on parle de responsabilité, il est important de savoir quelle responsabilité est concernée. Il peut s'agir d'une **responsabilité source de sanction** (telle la responsabilité pénale ou la responsabilité disciplinaire) ou d'une **responsabilité source d'indemnisation** (responsabilité civile ou administrative). La première consiste à sanctionner des comportements que la société réprouve; la seconde consiste à faire indemniser la victime d'un dommage causé par un tiers." Docteur Clotilde ROUGE-MAILLART, la responsabilité médicale, visité le 25/02/2017 sur le site : sfml-asso.fr.

" لم يكن هناك تمييز بين المسؤولية المدنية والمسؤولية الجزائية في العصور القديمة، فكان جزائهما واحد وهو العقوبة الخاصة والتي كان لها دور ووظيفة مزدوجة تهدف من وراءها إلى تحقيق الردع من جهة، وترضية المضرور من جهة أخرى. وكانت فكرة الثأر والانتقام هي السائدة في المجتمعات البدائية، فكان المجني عليه هو نفسه أو بمعاونة قبيلته يتولى هذا الانتقام.

ومع التطور التاريخي تطورت فكرة الانتقام إلى أن تم هجرها، وظهر نظام الدية الذي يمثل مبلغ من المال يدفعه الجاني أو قبيلته إلى المجني عليه ترضية للمضرور وجبراً لخاطره. وبصدور القانون الفرنسي سنة 1804 تم الفصل بصورة قاطعة بين المسؤولية المدنية والجنائية، وذلك نتيجة للجهود التي حمل لواءها الفقه والقضاء في فرنسا، وتم حينها طرح النزعة الشخصية التي تتملك المضرور وتظهر رغبته في الانتقام. ومنذ ذلك الوقت والمسؤولية المدنية في تطور مستمر إلى يومنا هذا. وقد اعترفت كافة التشريعات بأن نظام المسؤولية المدنية يعد القانون العام للتعويض، لذلك أصبحت المسؤولية المدنية هي نقطة الارتكاز في القانون وعلى الأخص القانون المدني." طه عبد المولى طه، التعويض عن الأضرار الجسدية، دار الكتب القانونية، مصر، 2002، ص 27– 6. نقلاً عن: بحماوي الشريف، التعويض عن الأضرار الجسمانية بين الأساس التقليدي للمسؤولية المدنية والأساس الحديث، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، جامعة تلمسان، الموسم الجامعي: 2008/2007، ص 1.

مرضى، زائرين، عمال نظافة وغيرهم من المكلفين بجمع ونقل هذه النفايات. وسيتم تناول هذه المسؤولية من حيث نطاقها وضوابط تحديد المسؤول عن أضرارها في المطلب الأول، ثم أساس المسؤولية عن هذه النفايات وأركانها في المطلبين الثاني والثالث على التوالي.

المطلب الأول: نطاق وضوابط تحديد المسؤول عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

قبل البحث عن الأساس التي تقوم عليه المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، يتوجب تحديد نطاق هذه المسؤولية (الفرع الأول) وضوابط تحديد المسؤول عن أضرار النفايات المذكورة (الفرع الثاني)

الفرع الأول: نطاق المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

حسب القواعد العامة، فإن المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية إما تكون ذات طبيعة عقدية إذا توفرت أركانها(البند الأول) أو طبيعة تقصيرية في غياب أي عقد يربط بين المضرور ومسبب الضرر خاصة في مجال الضرر البيئي،[1] (البند الثاني).

البند الأول: المسؤولية العقدية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

مصدرها عقد صحيح يربط بين المرفق الصحي المسؤول عن إنتاج النفايات والمضرور الذي أصابه ضرر جراء التخلص من هذه النفايات أو التسيير الخاطئ لها في أي مرحلة من المراحل التي تعالج بها بدءاً من فرزها وجمعها إلى غاية التخلص النهائي منها، وتنشأ هذه المسؤولية عند إخلال المتسبب في الضرر بالالتزام الملقى على عاتقه سواء كان إخلالاً تاماً بعدم تنفيذه أصلاً للالتزام، أو جزئياً بتنفيذه لهذا الأخير بغير الطريقة المتفق عليها في العقد.

وعلى هذا الأساس تكون المؤسسات الصحية مسؤولة عن الأضرار التي تصيب المرضى المعالجين لديها بناءاً على عقد العلاج أو الاستشفاء الذي يربطها بهم، وكذا التي تصيب الأشخاص الذين تربطهم بحكم عملهم داخل المؤسسات الصحية علاقة مباشرة بنفايات

[1] سوالم سفيان، مرجع سابق، ص 361.

النشاطات العلاجية، كعمال النظافة أو المكلفين بجمعها ومعالجتها، حين لا تمكنهم المؤسسة من الدورات التدريبية والتحسيسية عن كيفية التعامل مع النوع الخطر من هذه النفايات تجنباً لأضرارها وحين لا توفر لهؤلاء العمال وسائل الوقاية الضرورية لمباشرة عملهم دون خطر الإصابة بالعدوى، وهو ما نص عليه المشرع الجزائري في المادة 29 من المرسوم التنفيذي 03-478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية،[1]

كما أقر المشرع في نفس المجال بأن ثمة جملة من المخاطر المهنية التي قد تلحق بمستخدمي الصحة العمومية ومنح بموجب المرسوم التنفيذي رقم 03-52 المؤرخ في 04 فبراير 2003 تعويضاً شهرياً عن خطر العدوى لفائدة بعض المستخدمين الممارسين في هذه الهياكل.[2] وللتنويه، قام المشرع بإلغاء المرسوم المذكور بموجب المرسوم التنفيذي رقم 13-194 المتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة،[3] وهدف بموجبه، وفي مادته الأولى، إلى تحديد الأحكام المطبقة على التعويض الشهري عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة الذين يمارسون بصفة دائمة نشاطات تشكل خطر عدوى وكذا الذين يمارسون نشاطات مكثفة وذات خطر عال.

والملاحظ باستقراء مواد هذا المرسوم، أنه تضمن ملحق خاص قُسِم فيه الخطر إلى ثلاث مستويات بحسب درجة العدوى، ويضم كل مستوى منها قائمة المصالح والنشاطات المعنية بها وكذا كل المستخدمون المصنفون ضمن كل مستوى والمبلغ المستفاد منه.

---

[1] " يجب أن يزود المستخدمون المكلفون بالجمع المسبق لنفايات النشاطات العلاجية ونقلها ومعالجتها عند تداول هذه النفايات بوسائل الوقاية بوسائل الوقاية الفردية المقاومة للوخز والجروح. وينبغي ان يتم إعلامهم بالمخاطر الناجمة عن تداول النفايات وتكوينهم على الطرق الملائمة لتداول هذه النفايات. "

[2] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية بدون خطأ، مرجع سابق، ص 50.

[3] مرسوم تنفيذي رقم 13-194 المؤرخ في 20 ماي 2013، يتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة، ج رج العدد 24 الصادر بتاريخ 22 مايو 2013، يلغي المرسوم رقم 03-52 المؤرخ في 2003/02/04.

وقد تضمن المستوى الثالث، وهو ذو خطر عدوى متوسط، ثلاثة أصناف يخص الصنف الأول منها كل من: مصلحة الحفظ وتنظيف المصالح، حفظ الجثث، الترميد وجمع النفايات بحيث يستفاد مستخدموها المعينون من المبلغ المحدد كتعويض عن خطر العدوى، وهم: الموظفون المنتمون للأسلاك المشتركة، الأعوان المتعاقدون، العمال المهنيون وسائقو السيارات.

وإذا كان المشرع الجزائري صنف هؤلاء ضمن آخر مستوى (الثالث) واعتبر درجة الخطورة فيه متوسطة، فإننا نرى عكس ذلك تماماً، ذلك أن التدقيق في المصالح المعنية ومستخدميها المدرجين في كل من المستوى الأول والثاني باعتبارهما ذوو خطر عدوى مرتفع، نجد أن كل الأشخاص المذكورين ذوو مستوى تعليمي عال وبإمكانهم اتخاذ كافة الإجراءات الوقائية والضرورية، والتي هم على علم تام ودراية بها، لوقاية أنفسهم من خطر العدوى كون ذلك يدخل ضمن البرامج التعليمية والتكوينية التي تلقوها خلال مسيرتهم الدراسية، في حين أن الفئة البسيطة المصنفة في المستوى الثالث محدودة المستوى التعليمي، وهي الأكثر عرضة لخطر العدوى لجهلها بالأساليب الوقائية اللازمة، بالإضافة إلى قلة أو انعدام الدورات التكوينية والتحسيسية في مجال الوقاية والموجهة لهذه الفئة بالذات.

من جهة أخرى، وفي الحالة التي يتعاقد فيها الطبيب الخاص أو المؤسسة العلاجية مع متعهد خاص ليتكفل بالتخلص من نفاياتهما أو يُتعهَد بها إلى مؤسسة صحية أخرى، تنشأ مجموعة من الالتزامات على عاتق كلا الطرفين. فيسأل الطبيب أو المؤسسة الصحية وفقاً لقواعد المسؤولية العقدية عن فعل كل شخص استعان به في تنفيذ الالتزام العقدي،[1] في حدود المسؤولية عن فعل الغير. وينطبق الأمر كذلك على المستشفيات الخاصة.[2]

[1] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 179.

[2] " تقوم مسؤولية المستشفيات الخاصة عن نفاياتها الطبية إذا سببت هذه الأخيرة ضرراً للإنسان أو البيئة، فإذا قامت إحدى المستشفيات الخاصة باستخدام أشخاص للتعامل مع نفاياتها، فإن مسؤوليتها تقوم في هذه الحالة إذا سببت هذه النفايات ضرراً للأشخاص أو البيئة على اعتبار أن المستشفى الخاص مسؤول عن جميع الأشخاص الذين يستخدمهم والنفايات التي تنتج عن نشاطه." شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 60.

بمعنى آخر، في الحالة التي يتعاقد فيها الشخص المفرز للنفايات أو المؤسسة الصحية المنتجة لها مع شخص أو مؤسسة أخرى تتعهد بالقيام بجمع ونقل وحتى معالجة هذه النفايات بطريقة سليمة، فإنه يمكن قانوناً أن يتحمل المنتج كل مخاطر الأعباء المالية التي قد تسببها هذه النفايات إذا تضمن العقد بنداً بذلك، وسواء تمثلت هذه الأعباء في تعويض الغير عما يلحقهم بسببها من أضرار، أو تمثلت في التزامات مالية تفرضها السلطة الإدارية من أجل اتخاذ الاحتياطات الضرورية لمنع انتقال الإصابة إلى الموقع، أو إعادة الحال إلى ما كانت عليه.[1] ويمكن ذلك شريطة أن يصاغ هذا البند أو أية بنود أخرى في العقد بعناية ودقة بالغة حتى يمكن أن يعرف المحيل ما يلتزم به المحال إليه، وكذا لكي لا تثار أية إشكالية بشأنها في وقت لاحق.[2]

البند الثاني: المسؤولية التقصيرية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

ويتمثل مصدر هذا النوع من المسؤولية في العمل غير المشروع وكان أساسها في البدء الخطأ والخطأ الواجب الإثبات على وجه التحديد، إذ تعد المسؤولية القائمة على هذا النوع من الخطأ القاعدة العامة في المسؤولية التقصيرية،[3] وذلك حسب نص المادة 1382 من القانون المدني الفرنسي والتي تقابلها المادة 124 من القانون المدني الجزائري.[4]

وتنشأ هذه المسؤولية جراء الإخلال بالتزام قانوني سابق، فهي تنطبق على مجال التلوث البيئي الذي يلحق بالبحار بفعل النفايات، كما في حالة قيام صاحب المشروع أو

[1] علي سعيدان، الحماية القانونية للبيئة من التلوث بالمواد الخطرة في التشريع الجزائري، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2008، ص 333. نقلاً عن: شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 78.

[2] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، الصفحة نفسها.

[3] بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 60.

[4] الأمر رقم 75- 58 المؤرخ في 20 رمضان 1395هـ الموافق 1975/09/26 المتضمن القانون المدني الجزائري، معدل ومتمم.

المستغل له بإلقاء النفايات وإغراقها في البحر إما عمداً أو إغفالاً وإهمالاً منه في الأخذ بالاحتياطات اللازم إتباعها لمنع التلوث والحيلولة دون انتشاره.[1]

وإذ لا يختلف الأمر بالنسبة للمرافق الاستشفائية، فإنه يمكن القول بأنممارسة النشاط الاستشفائي والمسؤولية التي يولِدها ليست سوى مسؤولية مدنية تقصيرية عن فعل الغير وعن فعل الأشياء، الهدف الأساسي منها هو دفع تعويض مالي كجبر للضرر اللاحق بالأشخاص.[2]

ولقد وجد القضاء الفرنسي في تأسيس المسؤولية عن الأضرار البيئية على أساس فعل الأشياء ما يحقق العدالة التعويضية حيث اعتبرت منازعات التلوث البيئي مجالاً شاسعاً وخصباً للمسؤولية عن هذه الأخيرة، ذلك كون أغلب الأضرار البيئية تنجم عن نشاطات المنشآت الصناعية، وهو ما يجعل من مستغل المنشأة الصناعية حارساً لمختلف الانبعاثات الصادرة من منشأته كالغازات والأدخنة ...وغيرها، كما يعتبر حارساً للنفايات التي يخلفها نشاطه، وهو ما ينطبق أيضاً على نفايات النشاطات العلاجية التي تخلفها المؤسسات الصحية.

وبشأن ذلك، ((قضت المحكمة الإدارية في Dijon بانعقاد المسؤولية عن الأضرار التي لحقت بالجيران بسبب الأدخنة الكثيفة التي تؤثر على الإنتاج الزراعي نتيجة حرق النفايات ومخلفات المستشفيات في مستودع القمامة العمومي والتي تحدث عمليات تلوث في الجو، على

[1] بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 58: " يقدر الفقه الفرنسي أن المادتين 1382 و 1383 من القانون المدني بعموميتهما، تكونان قابلتان للتطبيق على الأضرار البيئية بوجه عام، بل أنه من الممكن أن يتزايد دورهما في المستقبل. ويردون على النصوص الخاصة الواردة ضمن أنظمة جديدة ومتعددة تفرض التزامات محددة بهدف حماية البيئة مثل تلك التي تقع على عاتق منتجي وحائزي النفايات، والتي من شأنها أن تجعل هؤلاء الآخرون في مركز المخطئين أكثر من قبل، ويستشهدون في هذا الصدد بالعبارات الصارمة التي وردت في المادة الثانية من قانون 1975/07/15 المتعلق باستبعاد النفايات، فالقانون يشير إلى: " كل شخص ينتج أو يحوز نفايات، في ظروف من شأنها أن تولد آثاراً للأرض أو الحيوان أو النبات، أو تؤدي إلى تدهور الموقع أو المزارع أو تلوث الهواء أو الماء، أو تولد ضوضاء أو روائح. وبطريقة عامة، بأن تحدث ضرراً لصحة الإنسان والبيئة، ويكون ملزماً بأن يكفل له أو يؤمن له استبعادها طبقاً لنصوص القانون الحالي، وفي الظروف التي من شأنها تجنب مثل هده الآثار."

[2] بن عبد الله عادل، مرجع سابق، ص 10.

أن يشمل التعويض كل الأضرار المدعاة مثل الألم الجسماني، هلاك الحيوانات، إفساد نوعية الألبان، نقص إنتاج الحيوانات من الماشية نتيجة عمليات الإجهاض وتكاليف البيطرة.))[1]

وبالتالي يكون الدليل على قيام المسؤولية المدنية نتيجة مخالفة التزامات محددة في قانون البيئة أو قانون الصحة هو وقوع انتهاك من جانب صاحب العمل لنص قانوني، أو مجرد تعليمات إدارية، كإلقاء النفايات الخطرة في مياه النهر.[2]

كما أقرت معظم التوجيهات الأوروبية بأن يسري على الأضرار الناجمة عن النفايات القابلة للتدوير ما يسري على الأضرار الناجمة عن أي منتوج معيب، وذلك بعد أن اعتبرتها منتجاً كونها قابلة للبيع ولإعادة التدوير وللاستعمال في مجالات عديدة، وبالتالي يخضع منتج النفايات ومنتج المنتوجات الأخرى المعيبة لنفس الأحكام في التشريعات الأوروبية.[3]

وعليه، فمسؤولية المرافق الصحية عن نفايات نشاطاتها العلاجية تنبع من مخالفتها للقوانين السارية المفعول وللالتزامات الملقاة على عاتقها بضرورة التخلص من نفاياتها بطريقة سليمة لا تشكل ضرراً لا للبيئة ولا للأشخاص.[4]

الفرع الثاني: ضوابط تحديد المسؤول عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

إن تحديد المسؤول عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية يقتضي البحث عن مدى مسؤولية كل من المؤسسات الصحية بصفتها منتجاً لها،[5] إن كانت عمومية (البند الأول) أو

---

[1] Trib. Adm. Dijon, 14 nov. 1969, J.C.P. 1970, 11, 16533.

نقلاً عن: عطا سعد محمد حواس، دعوى المسؤولية عن أضرار التلوث، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2012، ص 179.

[2] أمل نور الدين طاهر، مرجع سابق، ص 28.

[3] زليخة لحميم، مرجع سابق، ص 224.

[4] " يتمثل الخطأ في هذه الحالة في محالفة القوانين واللوائح التي تنظم نشاطاً معيناً، أو التي تفرض واجبات قانونية معينة، كقوانين حماية البيئة التي تفرض بطريق مباشر وبنصوص خاصة واجبات معينة تلزم الشخص بالقيام بأعمال معينة أو بالامتناع عن أعمال محددة، فإن لم يلتزم بها الشخص – سواء كان شخصاً طبيعياً أو اعتبارياً – كان قد ارتكب خطأ يستوجب مسؤوليته عن الأضرار التي تمس الغير أو البيئة." سليمان مرقس، محاضرات في المسؤولية المدنية في تقنينات البلاد العربية، القسم الأول، الأحكام العامة، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة ، 1958، ص 62 وما بعدها (في معنى قريب). نقلاً عن: أمل نور الدين طاهر، مرجع سابق، ص 28.

[5] Alain Brunot, Céline Thompson, OP. Cit, p 605: " Une enquête transversale auprès d'un échantillon de 278 professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, dentistes,

خاصة (البند الثاني)، وكذا حدود مسؤولية الدولة ممثلة في الجماعات المحلية بصفتها مسؤولة أيضاً عن جمع النفايات وتسييرها أو عن النظافة بشكل عام (البند الثالث).

البند الأول: مسؤولية المرافق الصحية العامة عن أضرار نفايات نشاطاتها العلاجية:

أكدت محكمة باريس في 1938/03/18 على أن المسؤولية التي تتعرض لها المستشفيات – بصفتها مؤسسات صحية عمومية–[1] ذات طابع تقصيري بصفة عامة لانعدام حرية المريض باختيار الطبيب.[2]

هذا، وبالنسبة لحالة عدوى المستشفيات التي تعد الوجه الأبرز للأضرار التي قد تنشأ جراء التسيير السيء لنفايات النشاطات العلاجية، يعد قرار كوهن (Cohen)[3] الاجتهاد

---

kinésithérapeutes et infirmiers) en cabinet libéral à Paris a étudié, en 2004, la production et le traitement des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI). À l'exception des kinésithérapeutes, la plupart des professionnels produisaient des DASRI (72 % à 96,2 % selon les professions), avec un volume mensuel médian de 3 litres (interquartile 1-15 litres). 100 % des déchets piquants et coupants étaient triés, puis 91 % éliminés via une filière spécifique. Ces pourcentages étaient, respectivement, de 84 % et 69 % concernant les déchets souillés non piquants ni coupants. 48 % rapportaient l'existence de documents de traçabilité de l'élimination des DASRI. Pour améliorer les pratiques, les professionnels ont cité en premier lieu la collecte au cabinet (74 %) et la fiabilité du prestataire (59 %). L'étude a montré un besoin d'information des professionnels de santé sur la réglementation relative aux DASRI, concernant la traçabilité de l'élimination, et relevé l'imprécision de la définition du risque infectieux : 31,7 % des professionnels déclarant ne produire que des déchets piquants et coupants n'ont pas précisé de critère d'un risque infectieux."

[1] " تعتبر المؤسسة الصحية العمومية التي تدعى القطاع الصحي ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلالية القانونية وهي خاضعة للقانون الإداري فيما يتعلق بقواعد تنظيمها وتسييرها. وتمتد قواعد للقانون الإداري إلى المنازعات الناشئة بفعل النشاط الذي تمارسه والمسؤولية التي تقام عليها. وهو ما نصت عليه المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 97–466 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها: (القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. ويوضع تحت وصاية الوالي). ومنه نستخلص أن القطاع الصحي يدخل ضمن المؤسسات ذات الطابع الإداري المنوه عليها بالمادة 07 من قانون الإجراءات المدنية." طاهري حسين، مرجع سابق، ص 13 و 14.

[2] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 166.

[3]CE. Sect., 09 décembre 1988 ; A.P. Paris c/Cohen, R,P 431: « vu la requête sommaire et mémoire complémentaire, enregistrés le 07 janvier 1985 et le 11 avril 1985 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour M. Henri X…, Demeurant …D 3 à Paris (75013), et tendant à ce que le conseil d'état:1°) annule le jugement du 07 novembre 1984 par lequel le tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande tendant à ce que l'administration générale de l'assistance publique à Paris soit condamnée à lui verser diverses indemnités en réparation du

القضائي الذي كشف العلاقة بين السبب المجهول والخطأ المفترض من جانب المصلحة أو المرفق. إذ يعتبر أول قرار لمجلس الدولة يتعلق بحالة خاصة (typique) ومثال عن العدوى الاستشفائية،[1] أصيب فيها المريض بالتهاب السحايا.[2]

---

préjudice qu'il a subi lors d'une intervention et de soins subis à l'hôpital de la Pitié en Aout 1976;
Sur le principe de la responsabilité:
Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise, que l'infection méningée compliquée d'une lésion de la moelle dorsale dont M. X…a été victime a eu pour cause l'introduction accidentelle dans l'organisme du patient d'un germe microbien lors de la sacco-radiculographie qu'il a subi le 18 aout 1976 au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris ou de l'intervention chirurgicale de cure de la hernie discale confirmée par cet examen qu'il a subi le 19 aout 1976 dans le même établissement, alors qu'il résulte des constatations des experts qu'aucune faute lourde médicale, notamment en matière d'asepsie, ne peut être reprochée aux praticiens qui ont exécuté cet examen et cette intervention, que le fait qu'une telle infection ait pu néanmoins se produire, révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier à qui il incombe de fournir au personnel médical un matériel et des produits stériles ; que, dès lors, M.X… est fondé à demander à l'administration générale de l'assistance publique à Paris, réparation du préjudice qu'il a subi du fait de cette faute et à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande d'indemnisation de ce préjudice. »

[1] " خلال إحدى العمليتين اللتين أجريتا على العمود الفقري للمريض، ودون شك، تم دخول جرثومة مجهرية تسببت في التهاب خطير للسحايا، ولأنه لم يثبت علمياً أي خطأ في تعقيم الأدوات المستعملة خلال مجرى التدخل الطبي المذكور، لم يتمكن المريض الضحية من إثبات ولو خطأ بسيط. ففي هذه الحالة، وبالرغم من عدم تحديد المصدر الأصلي للضرر l'origine rationnelle، إلا أن مجلس الدولة شخّص بصفة الحكم سبب محدد ورئيسي لالتهاب السحايا الذي أصاب المريض حين اعتبره راجع للجرثومة المجهرية التي نفذت لجسم المريض خلال عملية تقويم العمود الفقري، ورأى أن حدوث الضرر الجسماني يعني خطأ مفترض.

وحتى لو لم يمكن إثبات أي خطأ طبي جسيم في جانب الفريق الذي أجرى العملية (ولا حتى في مسألة التعقيم)، إلا أن مجرد الإصابة بالعدوى المذكورة ينشئ خطأ أو خلل في تنظيم أو سير المرفق الاستشفائي الذي تعود إليه مهمة توفير أدوات وأجهزة معقمة للطاقم الطبي."

[2] **التهاب السحايا(Méningite)** هِو التِهاب حادّ للأغشية الواقية التي تُغطّي الدّماغ والنُّخاع الشوكيّ، والتي تعرف باسم السَّحايا. وتَتَعدّد أسباب الالتهاب لتشمل العَدوى الفيروسات أو البكتيريا أو غيرها من الكائنات الدقيقة، وأقل شيوعًا عن طريق بعض الأدوية. قد يكون التهاب السحايا مهدّدًا للحياة بسبب قربه من الدماغ والحبل الشوكي؛ من هُنا، يُصنَّف التهاب السحايا كحالة طبية طارئة.

وتتمثل **الأعراض الأكثر شيوعاً** في التهاب السحايا هي الصداع وتيبُّس العنق المرتبط بالحمّى، والارتباك أو اضطراب في الوعي، والتقيُّؤ، وعدم تحمُّل الضوء (رُهاب الضوء) أو الأصوات العالية (رُهاب الصوت). أما لدى **الأطفال** فغالبًا ما تظهر فقط **أعراض** غير مُحدّدة مثل التهَيُّج والنعاس. أما إذا تواجد الطفح، فقد يشير ذلك إلى سبب معين لالتهاب السحايا، على سبيل

وبالتالي فإن افتراض الخطأ انطلاقاً من الضرر المعاين من شأنه أن يقيم حاجزاً أمام نظام المسؤولية التقليدية على أساس الخطأ كون التحول من الخطأ المجهول إلى الخطأ المفترض يثير مسألة إحلال مسؤولية الإدارة مكان لا مسؤوليتها الأولية.[1]

ولأن المشرع الجزائري أشار صراحة إلى مسؤولية المرافق الصحية عن نفاياتها،[2] بأن نصت المواد 116-117-118 من قانون الصحة[3] على أنه: " يجب أن يتم جمع النفايات ونقلها ومعالجتها قصد حماية صحة المواطنين والمحافظة على البيئة، طبقاً للمقاييس المحددة في التشريع والتنظيم المعمول بهما." (المادة 116)

وأنه: " يتعين على هياكل ومؤسسات الصحة اتخاذ التدابير الخاصة المتعلقة بمعالجة وإزالة نفاياتها طبقاً للمقاييس المحيَنة في هذا المجال، والمحددة عن طريق التنظيم." (المادة 117)

وكذا أنه: " يجب على هياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة أن تسهر بداخلها على احترام مقاييس حفظ الصحة الاستشفائية ومقاييس إزالة نفايات النشاطات العلاجية ذات خطر العدوى، قصد تفادي العدوى المرتبطة بها." (المادة 118)

المثال: التهاب السحايا الناجم عن بكتيريا المكورات السحائية قد تكون مصحوبة بطفح جلدي مميز. مأخوذ من الموقع:/https://ar.wikipedia.org/wiki بتاريخ 2019/02/23.

[1] " La faute présumée à partir de la constatation du dommage permet de "verrouiller" le système de la responsabilité pour faute traditionnelle puisque la transformation de la cause inconnue en présomption de faute provoque subséquemment la substitution de la responsabilité de l'administration à son irresponsabilité initiale." Patrick GROSIEUX, OP. Cit, p 140.

[2] " تعتبر مسألة تسيير النفايات الطبية من الأمور التي يتوجب على المرافق الصحية تسييرها وتنظيمها، أي أن تسيير النفايات الطبية يرتبط بموضوع نشاطات سير مرفق الصحة كونه ملزم بحماية البيئة والصحة، وهذا ما أكد عليه المشرع الجزائري في قانون الصحة عندما ألزم الهياكل والمؤسسات الصحية بأن تجمع النفايات وتعالجها قصد المحافظة على البيئة، وكذلك بأن تتخذ التدابير الخاصة المتعلقة بمعالجة وإزالة نفاياتها الناتجة عن العمل الطبي طبقاً لمقاييس إزالة نفايات النشاطات العلاجية. فالمرافق والمؤسسات الصحية المنتجة أو الحائزة للنفايات الطبية ملزمة بضمان أو بالعمل على ضمان إزالة هذه النفايات بطريقة عقلانية بيئياً، وذلك على نفقتها وفقاً للمواد 8 و16 من القانون رقم 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومعالجتها ومراقبتها." قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 913.

[3] القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018 يتعلق بالصحة العامة، ج ر ج عدد 46 الصادر بتاريخ 2018/07/29.

فإنه بناء على ذلك، يمكن أن تطبق على المرافق الصحية العامة، بالنسبة لنفايات النشاطات العلاجية، قواعد " المسؤولية الناشئة عن الأشياء"، بحيث يسأل المرفق على هذا الأساس عن كل الأضرار التي قد تنتج عن نفاياته الخطرة المطروحة، والتي حددها المشرع الجزائري كما يلي:

- نفايات التشريح وجثث الحيوانات والمخلفات العفنة.
- أي شيء أو غذاء أو مادة ملوثة أو وسط تنمو فيه الجراثيم التي قد تتسبب في أمراض، مثل: الأدوات الطبية ذات الاستعمال الوحيد والجبس والأنسجة الملوثة غير قابلة للتعفن.
- المواد السائلة والنفايات الناجمة عن تشريح الجثث.[1]

وذلك في حالة الخطأ في اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة للحيلولة دون أن تتسبب هذه النفايات بضرر للغير أو للبيئة، على اعتبار أن نفايات النشاطات العلاجية الخطرة من الأشياء التي تحتاج إلى عناية خاصة،[2] وفق ما نصت عليه المادة 138 من القانون المدني الجزائري بقولها: " كل من تولى حراسة شيء وكانت له قدرة الاستعمال، التسيير والرقابة، يعتبر مسؤولاً عن الضرر الذي يحدثه ذلك الشيء. ويعفى من هذه المسؤولية الحارس للشيء إذا أثبت أن ذلك الضرر حدث بسبب لم يكن يتوقعه مثل: عمل الضحية، أو عمل الغير، أو الحالة الطارئة، أو القوة القاهرة."

ولأن هذا النوع من المسؤولية يقوم على أساس الخطأ الواجب الإثبات، يتكفل المضرور بإثبات الخطأ أو الإهمال الذي نشأ عنه الضرر، وذلك باستثناء الحالات التي لا يلزم فيها إثبات الخطأ كما في حالة إصابة عمال المؤسسة الصحية بأمراض انتقلت إليهم جراء تعاملهم

[1] المادة 13 من المرسوم التنفيذي رقم 84-378 المتعلق بشروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها، مرجع سابق.

[2] " تعتبر النفايات الطبية من النفايات التي لا يمكن تثمينها بإعادة رسكلتها أو بيعها أو بأي طريقة تمكن من الحصول عليها لاستعمالها كمواد قابلة لإعادة الاستعمال أو الحصول على أي طاقة أخرى، فتعتبر مواد لا قيمة لها كمنتوج يمكن تثمينه، وبهذا الوصف تدخل في حكم الأشياء غير الحية. ويقصد باصطلاح الشيء كل شيء منقولاً كان أو جامداً أو سائلاً يحتاج بسبب طبيعته أو ظروفه إلى عناية خاصة من طرف من كانت له سلطة الاستعمال والتسيير طبقاً للقواعد العامة الواردة في المادة 138 من القانون المدني الجزائري." هاجر مايدي و علي مراح، مرجع سابق، ص 344.

مع هذه النفايات، حيث يعد الخطأ في هذه الحالة خطأً مفترضاً من جانب المؤسسة الصحية كون الواجب عليها صرف أمصال ولقاحات للعاملين لديها لحمايتهم من الإصابة بالأمراض الخطرة التي قد تكون معدية.[1]

كما يمكن أن تسأل المؤسسة الصحية العامة المنتجة لنفايات النشاطات العلاجية، شأنها شأن الطبيب، وفقاً لقواعد المسؤولية العقدية عن فعل كل شخص طبيعي كان أو معنوي استعانت به في تنفيذ الالتزام العقدي في إطار المسؤولية عن فعل الغير، متى ما عهدت إليه بالتخلص من نفاياتها المذكورة وسبب ذلك ضرراً أو أضراراً للغير.[2] ففي هذه الحالة، قد يكون المتعهد شخصاً عاماً (هيئة نظافة) أو خاصاً (شخصاً طبيعياً أو معنوياً) ويكون موضوع العقد إما التخلص من النفايات في مقابل مادي يدفع من المستشفى، وإما جمع ونقل هذه النفايات مقابل بعض المبالغ المالية التي يدفعها المتعهد متى كانت لهذه النفايات قيمة مالية أو استخدامات تجارية مربحة.[3]

ويرى الفقه الحديث بضرورة وجود نوع من الالتزام أيضاً في مجال الاتفاقات المتعلقة بمعالجة ونقل النفايات، يقع على عاتق من يعهد إلى متعاقد آخر بنفايات نشاطاته العلاجية لنقلها أو معالجتها، ويتمثل في التزام بالإعلام وكذا بالنصيحة بحيث تنشأ المسؤولية العقدية للأول إذا أُثبِتت مخالفة هذا الالتزام أو أصيب الناقل أو الغير بضرر.[4]

بالإضافة لذلك، يمكن أيضاً أن تثار مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع في إطار المسؤولية المدنية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، فانطلاقاً من كون المتبوع مسؤول

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 61.

[2] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 179.

[3] " الكل يتصارع على الربح، لأن هناك بعض أنواع نفايات الرعاية الصحية، كالمحاقن والإبر التي يعاد استخدامها أو تدويرها في العديد من البلدان النامية دون أي نوع من التعقيم." دلال بليدي، مرجع سابق، ص 68.

[4] شارف عبد الكريم، المرجع السابق نفسه، ص 65.

عن الأعمال التي يؤديها التابع أثناء خدمته ولمصلحته، يسأل المستشفى العمومي عن أي ضرر يصيب عماله المتعاملين مع نفايات نشاطاته على اعتبار أنهم تابعين له.[1]

وينطبق ذلك على كل العمال المكلفين بجمع، معالجة والتخلص من نفايات النشاطات العلاجية كونهم أكثر فئة يمكن أن تتعرض للمخاطر الصحية الناجمة عن تعاملهم اليومي مع عدة أنواع من هذه النفايات، بحيث تقوم المسؤولية العقدية لمنتج النفاية في حالة الإهمال أو التسيير غير المتكامل والمستدام لهذه الأخيرة، وذلك عن أي ضرر يلحق بهؤلاء العمال المتعاقدين.

البند الثاني: مسؤولية المرافق الصحية الخاصة عن أضرار نفايات نشاطاتها العلاجية:

أثبت الواقع أنه، ليس من السهل إثبات الضرر من جانب المرافق الخصوصية، شأنها شأن العمومية، كون مسؤولية هذه المرافق وكأي مرفق آخر دائماً مشروعة، فهي تقوم بتزويد الخدمات للمواطنين ومثالها استفادة المريض من هذه الخدمات العلاجية ومن العمل الطبي الذي يدار بواسطة الأطباء في المؤسسات الصحية العامة والخاصة.[2]

وبالنظر لجملة المخاطر المذكورة سابقاً والتي تشكلها نفايات النشاطات العلاجية على البيئة وعلى صحة الأفراد، نجد أنه وزيادة على خطر التسمم واختناق الأفراد جراء الغازات المنبعثة من عملية حرق هذه النفايات كطريقة للتخلص منها، تبقى العدوى الاستشفائية الأكثر خطورة وأهمها على الإطلاق والتي اعتبرت محكمة النقض الفرنسية الإصابة بها في المستشفى الخاص، كقرينة على وجود خطأ في جانب هذا الأخير خلال تواجد المريض به.[3]

---

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 60.

[2] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 217.

[3] Cass. Civ. 21/05/1996, 94-16.586 : « … Mais attendu qu'une clinique est présumée responsable d'une infection contractée par un patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération, à moins de prouver l'absence de faute de sa part ; que la cour d'appel a constaté qu'à l'époque des faits l'emploi de la technique dite du « flux laminaire » n'était pas obligatoire et que les divers moyens de stérilisation et d'aseptisation notamment par appareil « paragerm » au formol, utilisés par la clinique et décrits par l'expert étaient conformes aux normes en vigueur ; que de ces constatations et énonciations elle a pu déduire que la clinique n'avait pas commis de faute dans l'aseptisation de la salle d'opération ; qu'ainsi sans avoir à rechercher quel

وكان الأمر يقتصر بداية، عند إقرار محكمة النقض لمسؤولية المستشفى الخاص في هذه الحالة، على العدوى التي تنتقل إلى المريض أثناء إجراء عملية جراحية له، مع إمكانية نفي الخطأ المفترض في جانب المستشفى الخاص بإثباته للعكس، وهو ما كانت تقبله محكمة النقض الفرنسية.[1]

غير أن ذات المحكمة عادت وتخلت عن اشتراط انتقال العدوى إلى المريض أثناء إجراء الجراحة له، فعممت بموجب حكمها الصادر بتاريخ 1999/06/29[2] القرينة المذكورة –أي افتراض الخطأ في جانب المستشفى الخاص بمجرد انتقال العدوى للمريض– لتطبق على جميع الحالات التي تنتقل إليها العدوى أثناء تواجدها بالمستشفى الخاص. كما قررت المحكمة بأن الالتزام بتحقيق نتيجة هو الالتزام الملقى على عاتق هذا الأخير في هذه الحالة، وهو ما يجعل

---

facteur étranger aux soins donnés en clinique serait à l'origine de l'infection, la cour d'appel a également justifié sa décision ; d'où il suit qu'en aucune de ses branches le moyen n'est fondé ;

[1]" أخذت المحكمة بفكرة الخطأ المضمر عند استخلاصها لخطأ المستشفى الخاص من مجرد انتقال العدوى للمريض أثناء إقامته به معتبرة أن إصابة المريض في هذه الحالة لا يمكن تفسيرها إلا بارتكاب خطأ ما من قبل المستشفى. وقد أكدت المحكمة ذلك بقضائها أن العيادة الخاصة يفترض مسؤوليتها عن العدوى التي أصابت المريض أثناء القيام بالعملية الجراحية بغرفة عمليات العيادة، ما لم تتمكن الأخيرة من إقامة الدليل على عدم توافر الخطأ من جانبها." محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص 97.

[2] Cass. Civ. 29/06/1999, 97-55.818: « Attendu qu'une intervention chirurgicale pratiquée le 19/09/1989, dans un établissement de santé dénommé Clinique Saint-Louis, par le docteur X… sur le genou droit de M.Y… n'ayant pas eu le résultat escompté, ce praticien a procédé, le 22/11/1989, dans le même établissement, à une arthroscopie sous anesthésie générale ; que, quarante-huit heures après, M. Y… a présenté un état infectieux de son genou, dont le traitement a nécessité plusieurs interventions chirurgicales entre le 3 décembre 1989 et le 25 juillet 1991 et qu'il a conservé des séquelles ; que l'arrêt confirmatif attaqué (Montpellier, 27 Mars 1997), retenant que M. Y… avait été victime d'une infection nosocomiale consécutive à l'introduction dans l'articulation du genou de staphylocoques dorés lors du passage de l'arthroscopie, a retenu la responsabilité du médecin et de la clinique, qui ont été condamnés in solidum ;

Sur le moyen unique du pouvoir principal du M. X… :

Attendu que celui-ci fait grief à la cour d'appel d'avoir retenu sa responsabilité alors que le chirurgien n'est tenu qu'à une obligation de moyens, de sorte qu'il appartient au patient, qui recherche sa responsabilité, de démontrer l'existence d'une faute commise par le praticien ; qu'en décidant néanmoins qu'il appartenait au docteur X… de rapporter la preuve qu'il n'avait pas commis de faute lors de l'intervention, la cour d'appel a violé l'article 1147 du Code civil ;

Mais attendu que, contrairement à l'affirmation du moyen, un médecin est tenu, vis-à-vis de son patient, en matière d'infection nosocomiale, d'une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère; que le moyen est, dès lors, sans fondement;..»

افتراض الخطأ غير قابل لإثبات العكس ولا يترك مجالاً لتخلص المستشفى من المسؤولية إلا بإثبات السبب الأجنبي.

كما أصبح الطبيب أيضاً ملزماً بتحقيق نتيجة هي عدم انتقال العدوى إلى مريضه أثناء تردده عليه، وذلك بعد أن مدت محكمة النقض الفرنسية ذات الالتزام إلى الطبيب.[1]

أما بالنسبة لنفايات النشاطات العلاجية، فيسأل عنها الطبيب في عيادته الخاصة شأنه شأن المستشفيات العامة، وكذلك الأمر بالنسبة للصيدلي الذي يسأل أيضاً عن نفاياته بصفتها نفايات طبية، من أدوية تالفة أو منتهية الصلاحية، متى ما سببت هذه الأدوية ضرراً للإنسان أو البيئة. ولكون هذا النوع من النفايات يستوجب العناية والحرص على جمعها وفرزها عند مصدر إنتاجها- أيداخل المؤسسة الصحية ذاتها-، فذلك ما نص عليه التشريع الجزائري والمقارن أيضاً.

فبالنسبة للمشرع الجزائري، تقوم مسؤولية المستشفيات الخاصة عن نفايات نشاطاتها العلاجية إذا سببت هذه النفايات ضرراً للإنسان أو البيئة، كما لو قامت إحدى المستشفيات الخاصة باستخدام أشخاص للتعامل مع نفاياتها، فإن مسؤوليتها تقوم في هذه الحالة إذا سببت هذه النفايات ضرراً للأشخاص أو البيئة، على اعتبار أن المستشفى الخاص مسؤول عن جميع الأشخاص الذي يستخدمهم والنفايات التي تنتج عن نشاطه.[2]

وبخصوص ذلك، نجد أن المشرع الجزائري تطرق للحديث عن نفايات النشاطات العلاجية بدايةً في المادة 90 من القانون 83-03 المتعلق بحماية البيئة،[3] أين عدّد مختلف أوجه الضرر التي يمكن أن تُنشِئ مسؤولية منتجي النفايات بقوله:

" يجب على كل شخص طبيعي أو اعتباري ينتج النفايات أو يملكها في ظروف من شأنها أن تكون لها عواقب مضرة بالتربة أو النبات أو الحيوان أو تسبب تدهوراً للأماكن

[1] محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص 112.

[2] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 60.

[3] القانون رقم 83-03 المتعلق بحماية البيئة، الملغى، مرجع سابق.

السياحية والمناظر الطبيعية أو تلويث المياه أو الهواء أو إحداث سحب وروائح، وبصفة أعم قد تضر بصحة الإنسان والبيئة أن يضمن أو يعمل على ضمان إزالتها في ظروف كفيلة باجتناب العواقب المذكورة."

ثم حدد في المرسوم التنفيذي رقم 84-378 المتعلق بشروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها،[1] نفايات النشاطات العلاجية التي تقع مسؤوليتها على المستشفيات وذكرها كما يلي:

- نفايات التشريح و جثث الحيوانات والمخلفات العفنة.
- أي شيء أو غذاء أو مادة ملوثة أو وسط تنمو فيه الجراثيم التي قد تتسبب في أمراض مثل: الأدوات الطبية ذات الاستعمال الوحيد والجبس والأنسجة الملوثة غير قابلة للتعفن.
- المواد السائلة والنفايات الناجمة عن تشريح الجثث.

بعد ذلك، فصّل المشرع الجزائري في القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها،[2] في مراحل تسيير نفايات النشاطات العلاجية انطلاقاً من عزلها وفصلها عن النفايات الأخرى إلى غاية التخلص منها بطريقة آمنة، وكذا مسؤولية مخالفة ذلك والإضرار بصحة الإنسان وبيئته.

وقد جاء في نص المادة 18 منه ما يحمل مدلول أن إزالة النفايات الناتجة عن النشاطات العلاجية تقع على عاتق المؤسسات المنتجة لها، ويجب أن تمارس عملية الإزالة بطريقة يتفادى من خلالها المساس بالصحة العمومية و/أو البيئة.[3]

[1] المادة 13 من القانون رقم 83-03 المتعلق بحماية البيئة، الملغى، مرجع سابق.

[2] قانون رقم 01 - 19، يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، مرجع سابق.

[3]" Les hôpitaux ont la responsabilité des déchets qu'ils produisent. Ils doivent s'assurer que la manipulation, le traitement et l'élimination de leurs déchets n'auront aucune conséquence néfaste sur la santé ou l'environnement." Comité international de la croix rouge, Manuel de gestion des déchets médicaux, OP. Cit, p: 8.

أما في الحالة التي تعهد فيها المرافق الصحية الخاصة بنفاياتها إلى مؤسسة أخرى أو إلى المتعهدين الخواص للتخلص منها، فالمادة 7 من المرسوم التنفيذي رقم 09-19 المذكور آنفاً،[1] نصت على أنه: " يتعين على الجامع لممارسة نشاطه اكتتاب تأمين يغطي مسؤوليته عن كل النتائج التي قد تلحق ضرراً بالغير وتكون ناتجة عن نشاطه."

وفي نفس السياق، تطبق المادتين 17 و 19 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها على الشخص أو الجهة التي عهد إليها المرفق الصحي بنفاياته لإزالتها، بحيث منعت المادة الأولى خلط النفايات الخاصة الخطرة مع النفايات الأخرى كالنفايات المنزلية وما شابهها، في حين يحظر حسب المادة الثانية على منتج النفايات المذكورة أن يسلمها لأي شخص آخر غير مستغل لمنشأة مرخص لها معالجة مثل هذا النوع من النفايات،[2] وقد جاء نصيهما على التوالي كالآتي:

" يحظر خلط النفايات الخاصة الخطرة مع النفايات الأخرى." و " يمنع كل منتج للنفايات الخاصة الخطرة و/أو الحائز لها من تسليمها أو العمل على تسليمها إلى:

- أي شخص آخر غير مستغل منشأة مرخص لها بمعالجة هذا الصنف من النفايات.
- أي مستغل لمنشأة غير مرخص لها بمعالجة النفايات المذكورة. "

[1] مرسوم تنفيذي رقم 09-19 المتضمن تنظيم نشاط جمع النفايات الخاصة، مرجع سابق.

[2] مخنفر محمد، الآليـات القانونية لتسيير النفايات المنزلية في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في القانون العام (فرع قانون البيئة)، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف، السنة الجامعية: 2015/2014، ص56.

أما في التشريع الفرنسي، فقد جاء في المادة L541-2 من قانون البيئة أن: " منتج النفايات ملزم بضمان الإزالة الأمثل لنفايات النشاطات العلاجية أو أن يعمل على تحققها في إطار الشروط التي تحفظ الصحة العامة والبيئة."[1]

وهو ما أكده مجلس الدولة في قراره الصادر في 26 جويلية 2011، وجاء فيه أن: " كل شخص ينتج أو يحوز نفايات يمكن أن: تسبب بحكم طبيعتها أضراراً للتربة، الكائنات الحية من نباتات وحيوانات، أن تقلل من أهمية المواقع والمناظر الطبيعية، أن تلوث الهواء والمياه، أن تحدث ضجيجاً وروائح كريهة. وبصفة عامة، يمكن أن تمس بصحة الإنسان وسلامة البيئة ملزم بالتخلص أو ضمان التخلص منها وفق الإجراءات المنصوص عليها في القانون وبالضوابط الجديرة بتجنب كل الآثار المذكورة."[2]

كما حددت المادة R1335-2 من القانون الفرنسي للصحة العامة،[3] مجموع الأشخاص المسؤولين والتي تعود إليهم مهمة التخلص من هذه النفايات، وهم:

- المؤسسة المنتجة.

---

[1] Dr. Fabien SQUINAZI, OP. Cit, p 4.

[2] (CE, 26 juillet 2011, Commune du Palais-sur-Vienne, n° 328651 : à paraître aux tables du Recueil Lebon, cf. Repère 9 par Christian Huglo, « Droit des sols pollués : fin des polices parallèles? » Environnement n° 10, octobre 2011) : "toute personne qui produit ou détient des déchets, dans des conditions de nature à produire des effets nocifs sur le sol, la flore et la faune, à dégrader les sites ou les paysages, à polluer l'air et les eaux, à engendrer des bruits et des odeurs et d'une façon générale à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination conformément aux dispositions prévues par la présente loi, dans des conditions propres à éviter les dits effets". Elisabeth Jayat, Lavoisier | « Revue juridique de l'environnement »2012/1 Volume 37 | pages 134.

[3] **Article R.1335-2 du code de la santé publique Modifié par Décret N° 2010-1263 du 22/10/2010-art.1 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les patients en auto-traitement (JORF n° 248 du 24 octobre 2010) :**

« Toute personne qui produit des déchets définis à L'article R.1335-1 est tenue de les éliminer. Cette obligation incombe :

1° A l'établissement de santé,

L'établissement de l'enseignement,

L'établissement de recherche ou L'établissement industriel, lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement ;

2° A la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets (ex: hospitalisation à domicile);

3°dans les autres cas, à la personne physique qui exerce à titre professionnel l'activité productrice de déchets (ex : médecins et infirmières d'exercice libérale…)

- الشخص المعنوي الحرفي الذي يمارس نشاطه لحسابه (كالاستشفاء المنزلي).
- الشخص الطبيعي الذي يمارس نشاطاً منتجاً للنفايات (المريض المداوي لنفسه، الطبيب، الممرضين...).[1]

أما نص المادتين L.1142-2-1 و R.1335-8- 1 من نفس القانون – قانون الصحة العامة الفرنسي–، فجاء موسعاً لنطاق المسؤولية لتشمل حتى المرضى المعالجين لأنفسهم والملزمين بإزالة نفايات النشاطات العلاجية المنتجة من طرفهم.[2]

وفي الحالة التي تعهد فيها المؤسسة الصحية بنفاياتها إلى متعهد خاص أو إلى مؤسسة أخرى من أجل معالجتها والتخلص منها، فقد أشارت المادة R.1335-3 إلى أنه باستطاعة الأشخاص المذكورين في المادة R.1335-2 القيام بذلك، لكن بموجب اتفاقية مكتوبة.[3]

كما نصت المادة L541-10 من قانون البيئة الفرنسي على أن:

" يدفع المنتجون التزاماتهم بإنشاء منظمات بيئية معتمدة بشكل جماعي يضمنون لها الحوكمة وينقلون إليها التزاماتهم مقابل مساهمة مالية يدفعونها. يمكن التنازل عن مبدأ الحوكمة هذا بمرسوم في حالة عدم إنشاء منظمة بيئية معتمدة من قبل المنتجين."[4]

---

[1] Guide élimination des déchets, OP. Cit, p5. KHALFI Ouafa et KEBIRE Ahlem Nour el houda, OP. Cit, p10.

[2] « Application du principe de la responsabilité élargie du producteur pour les DASRI des patients en auto-traitement. » Dr. Fabien SQUINAZI, OP. Cit, p 4.

Article R.1335-8-1 du code de la santé publique: « Les articles R.1335-8-2 à R.1335-8-4 s'appliquent aux déchets d'activités de soins définis au 2° de l'article R.1335-1 produits par les patients en auto-traitement dans le cadre d'un traitement médical mis en œuvre hors structure de soins et sans l'intervention concomitante d'un professionnel de santé. »

[3] **Article R.1335-3 :** « les personnes mentionnées à l'article R.1335-2 peuvent, par une convention qui doit être écrite, confier l'élimination de leurs déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations. Un arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé fixe les stipulations que doivent obligatoirement comporter ces conventions. »

[4] **Article L541-10 du code de l'environnement (Modifié par Loi n° 2020-105 du 10 février 2020-art.62(V)) :** « les producteurs s'acquittent de leur obligation en mettant en place collectivement des éco-organismes agréés dont ils assurent la gouvernance et auxquels ils transfèrent leur obligation et versent en contrepartie une contribution financière. Il peut être dérogé à ce principe

ولعل الجدير بالذكر، وما يستشف من استقراء القوانين الفرنسية، هو الأساس الذي بنيت عليه جل المواد المذكورة أعلاه سواء من قانون البيئة أو قانون الصحة العامة، والتي ما جاءت إلا تأكيداً لما نص عليه القانون رقم 75- 633 المؤرخ في 15 جويلية 1975 المعدل والمتعلق بإزالة النفايات واسترداد لوازم البناء، والذي تم بعد ذلك إسقاطه على نفايات النشاطات العلاجية بموجب الأمر رقم97-1048 الصادر بتاريخ 06 نوفمبر 1997،[1] لتتوالى بعده الأوامر التي اختصت بنفايات النشاطات العلاجية وطرق معالجتها أو التخلص منها.

ولقد كان للقانون المذكور(رقم 75-633) الفضل في تحديد مفهوم مصطلح" النفايات" وكذا الفضل في التأسيس لمبدأ " الملوث يدفع" الذي يقضي بأن " كل منتج مسؤول عن إزالة النفايات التي ينتجها".

البند الثالث: مسؤولية الدولة عن التخلص من نفايات النشاطات العلاجية:

هي مسؤولية مدنية تقصيرية تنشأ جراء خطأ إخلال المؤسسات والهيئات الحكومية بواجباتها بصفتها أشخاص معنوية يقع على عاتق الدولة التزام حمايتها عند قيامها بتلك الواجبات،[2] وذلك حسب نص المادة الثالثة من مشروع تقنيين المسؤولية الدولية الذي أعدته

---

de gouvernance par décret lorsqu'aucun éco-organisme agréé n'a été mis en place par les producteurs. »

[1] Loi n°75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, J.O.R.F du 16/07/1975.

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique.

La loi du 15 juillet 1975 concerne l'élimination de tous les déchets pouvant porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement.

La loi fixe les principes (notamment du " pollueur-payeur") sur lesquels repose le système juridique de l'élimination des déchets et de la récupération des matériaux.

Principe « POLLUEUR-PAYEUR »:" Toute personne qui produit ou détient des déchets, dans des conditions de nature à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination, dans des conditions propres à éviter les nuisances. " Vade – mecum- chap2.pdf consulter sur le site: www.cercle-recyclage-asso le 02 Février 2021.

[2] " يتمثل الخطأ في هذه الحالة في مخالفة القوانين واللوائح التي تنظم نشاطاً معيناً، أو التي تفرض واجبات قانونية معينة، كقوانين حماية البيئة التي تفرض بطريق مباشر وبنصوص خاصة واجبات معينة تلزم الشخص بالقيام بأعمال معينة أو بالامتناع عن أعمال محددة، فإن لم يلتزم بها الشخص – سواء كان شخصاً طبيعياً أو اعتبارياً – كان قد ارتكب خطأ يستوجب مسؤوليته عن الأضرار التي تمس الغير أو البيئة. " سليمان مرقس، محاضرات في المسؤولية المدنية في تقنينات البلاد

اللجنة الأمريكية للقانون الدولي، والتي تنص على أن: " تسأل الدولة عندما توجد درجة واضحة من الخطأ الحكومي يرجع لعمل أو إهمال الموظفين القائمين على تطبيق القانون."[1]

وقد تراجع الفقه والقضاء عن تأسيس المسؤولية المدنية للدولة –أي مسؤولية هياكلها الحكومية – على عنصر الخطأ نظراً لصعوبة تحديده وبالتالي صعوبة تحديد المسؤول عن الأضرار التي تسببها النفايات الطبية لصحة الإنسان وللبيئة، فقد قضى مجلس الدولة الفرنسي في قرار له بأن تسأل الدولة بدون أي خطأ يمكن نسبته إليها[2] عن الأخطار التي يتعرض لها عمالها بحكم طبيعة نشاطهم في إطار المرافق العامة، وذلك ارتكازاً على واجب الضمان الذي يقع على عاتقها اتجاههم.[3]

العربية، القسم الأول، الأحكام العامة، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة ، 1958، ص 62 وما بعدها (في معنى قريب). نقلاً عن: أمل نور الدين طاهر، مرجع سابق، ص 28.

[1] بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 58.

[2] " يعرف الفقه القانوني المسؤولية دون خطأ بأنها: " هي التي تتحقق نتيجة الضرر الذي لحق بالمضرور واستقلالاً عن وجود خطأ ثابت أو مفترض في جانب من ينسب إليه العمل الذي أدى إلى إحداث هذا الضرر". والمسؤولية دون خطأ هي نمط من أنماط المسؤولية المدنية التي أخذ بها القضاء الإداري الفرنسي أيضاً بشأن قيام مسؤولية المستشفيات العامة في فرنسا وذلك من خلال حكم صادر عن محكمة ليون الإدارية عام 1990، ثم تبعه القضاء المدني في فرنسا أيضاً وذلك عام 1999."خالد بن النوى، ضوابط مشروعية التجارب الطبية وأثرها على المسؤولية المدنية، رسالة ماجستير، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، مصر، 2010، ص205.

[3] " كان ذلك بمثابة التحول من الخطأ كأساس للتعويض إلى مجرد تغطية هذه الأخطار، فبناءً على اقتراح مفوض الحكومة السيد (Romieu) وفي سابقة قضائية نشأت بموجبها المسؤولية بدون خطأ أو ما يطلق عليها بالمسؤولية الموسعة للدولة، اعترف مجلس الدولة الفرنسي لأول مرة بإمكانية قيام مسؤولية الدولة عن الأضرار الناجمة عن نشاطاتها المشروعة بغير أن يثبت أي خطأ في حقها (على أساس المخاطر)، وكان ذلك بموجب قرار (cames) الصادر بتاريخ 21 جوان 1895. وتتلخص وقائع القضية في أن السيد كام كان عاملاً بمصنع حربي تابع للدولة و تعرض لجروح ناجمة عن تطاير شظايا الحديد مما نتج عنه ضمور يده اليسرى و بالتالي عجزه عن العمل (و لم يكن هناك في ذلك الوقت ضمان اجتماعي) ، فقرر وزير الحرب منحه تعويضاً وجده العامل غير كاف فرفع أمره إلى مجلس الدولة مطالباً بتعويض أكبر.

في هذه الحالة لم يرتكب العامل أي خطأ، و لكن مستخدمه أيضاً – أي الدولة – لا يمكن أن ينسب له أي خطأ. واعتماداً على خصوصية القانون الإداري في باب المسؤولية التي أكدها قرار بلانكو بتاريخ 08 فبراير 1873، اقترح محافظ الدولة روميو Romieu تقرير مسؤولية الدولة على أساس أنه يجب عليها ضمان عمالها ضد المخاطر الناجمة عن الأعمال التي تطلب منهم أداءها في إطار المرافق العامة، وباعتماد هذا التحليل فإن مجلس الدولة أقر بوجود مسؤولية من أجل المخاطر لم تكن المحاكم العادية قد قبلت بها بعد. وبعد مدة وجيزة تابع المشرع الفرنسي هذا التحليل بإصداره قانون 09 أبريل 1898 المتعلق بحوادث الشغل، الذي تم تعويضه حالياً بأحكام قانون الضمان الاجتماعي.

وبالرغم من أن المشرع الجزائري منع، بموجب القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، خلط النفايات الخطرة بنفايات أخرى وحظر تسليمها إلى جهة غير مرخص لها القيام بمعالجة النفايات، إلا أن المؤسسات الصحية قد تتملص من مهمة التخلص من نفايات نشاطاتها العلاجية أو تهمل في ذلك بحيث تختلط بعض النفايات الخطرة مع غير الخطرة ويتخلص من الكل على أساس أنها نفايات منزلية. ومع أن ذلك يفترض أن لا ينفي عن المرافق الصحية مسؤولية التخلص من نفاياتها المنتجة بطريقة لا تمس بسلامة البيئة والأفراد، إلا أن هذه الحالة تدرج تحت نص المادة 140 مكرر1 من القانون المدني الجزائري والتي أقر فيها المشرع مسؤولية الدولة عن الأضرار الناجمة عن ذلك، بقوله:

" إذا انعدم المسؤول عن الضرر الجسماني ولم تكن للمتضرر يد فيه، تتكفل الدولة بالتعويض عن هذا الضرر."

وهنا يثار التساؤل عن ممثل الدولة الذي تعود إليه مهمة تسيير وإدارة هذه النفايات.

وبهذا الشأن، نص المشرع الجزائري في المادة 113 من قانون الصحة المذكور آنفاً،[1] على أنه: " يجب على الدولة والجماعات المحلية أن تعمل على احترام قواعد الوقاية من مساوئ الأضرار الصوتية أو أي نوع آخر من الضرر، طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما."

وقد عرفت نظرية المسؤولية بناءً على المخاطر توسعاً هاماً وأصبحت تطبق خصوصاً عندما يولد نشاط الإدارة مخاطر خاصة بسبب اللجوء إلى الآليات أو المواد أو الأساليب الخطرة، و كذا عندما يكون هناك ضحايا للأشغال العامة من الغير، فجاءت هذه النظرية لتأسيس مسؤولية الدولة اعتماداً على فكرة انقطاع المساواة أمام الأعباء العامة.

وقد تولد عن هذا المبدأ نظرية ذات تطبيقات متسعة تشمل كافة المجالات التي يشكل فيها النشاط الإداري مظهراً خاصاً من الخطورة (risque spécial)، بفعل اعتماد آلات (engins) أو مواد (produits) أو طرق وتقنيات خطرة (méthodes dangereuse)، إذ باتت تشكل جسراً للعبور نحو إقرار مسؤولية للإدارة في جميع هذه الحالات، وهي مسؤولية متأصلة في القانون العام، وتجد تبريراتها في الإخلال بمبدأ المساواة أمام الأعباء العامة."

Naissance de la responsabilité sans faute, analyse de l'arrêt Cames, disponible sur le site du Conseil d'Etat Français, à l'adresse suivante: http://www.conseil-etat.fr

نقلاً عن: أمال بكوش، مرجع سابق، ص 85.

[1] القانون 18-11 المتعلق بالصحة، مرجع سابق.

كما أكد في القانون01-19 السالف الذكر والمتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها على أنه، إذا كانت معالجة النفايات تشكل خطراً أو تمثل عواقب سلبية على الصحة العمومية أو على البيئة، فإن السلطة الإدارية المختصة تلزم مستغل المنشأة باتخاذ الإجراءات الضرورية فوراً لإصلاح هذه الأوضاع. وفي حالة عدم امتثاله لذلك تتخذ السلطات الإدارية تلقائياً الإجراءات التحفظية الضرورية على حساب المسؤول.

ولأن نفايات النشاطات العلاجية تحوي في جزء منها نفايات عادية غير خطرة أو شبيهة بالنفايات المنزلية، والتي غالباً ما يتم رميهما معاً، فإنها تصبح ضمن **الاختصاص الإقليمي للبلدية** حيث تتحمل مسؤولية جمع النفايات المنزلية وما شابهها ونقلها ومعالجتها عند الاقتضاء. كما يمكنها –أي البلدية –، وحسب دفتر شروط نموذجي، إسناد مهمة تسيير كل النفايات أو جزء منها إلى أشخاص طبيعية أو معنوية خاضعة للقانون العام أو الخاص.[1]

وعلى هذا الأساس نصت المادة 32 من القانون رقم 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، على أنه: " تقع مسؤولية تسيير النفايات المنزلية وما شابهها على عاتق البلدية طبقاً للتشريع الذي يحكم الجماعات المحلية."[2]

وكان قد نص على ذلك قبلاً في المرسوم التنفيذي رقم 84-378 المتعلق بشروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها، حيث جاء في مادته الثانية (2):

[1] مصطفاوي عايدة، تسيير النفايات المنزلية في الجزائر بين النص القانوني والواقع العملي، مجلة آفاق للعلوم، العدد الثامن، الجزء الثاني، جامعة الجلفة، جوان 2017، ص 173.

[2] "جاء هذا القانون الجديد رقم 11-10 المؤرخ في 22 جوان 2011 المتعلق بالبلدية (معدل ومتمم) محل القانون القديم (الملغى) رقم 90-08 المؤرخ في 07 أفريل 1990، وتضمن في طياته وبالتحديد نص المادة 31 أن: مسؤولية تسيير النفايات المنزلية على عاتق لجنة الصحة والنظافة وحماية البيئة، إضافة إلى ذلك مسؤولية البلدية في السهر على احترام التشريع والتنظيم المعمول به المتعلق بحفظ الصحة والنظافة العامة في مجال جمع النفايات الصلبة ونقلها ومعالجتها. كما تطرق الباب الثالث من هذا القانون إلى المرافق العمومية للبلدية التي تتكفل باحتياجات المواطنين في مجال تسيير النفايات المنزلية والفضلات الأخرى المشابهة لها، وإلى عقود الامتياز التي يمكن للبلدية أن تبرمها مع الخواص في مجال تسيير النفايات المنزلية، ويخضع هذا الامتياز إلى دفتر شروط نموذجي يحدد عن طريق التنظيم." هنية شريف، التنظيم القانوني لتسيير النفايات في الجزائر، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد 09، العدد 01، السنة 2020، ص118.

" تحدد مسؤولية المجلس الشعبي البلدي بتنظيم نفسه أو بواسطة هيئات بلدية مشتركة أو بإحدى المصالح على جمع النفايات الحضرية الصلبة المتمثلة في النفايات المنزلية وما شابهها في النوع والحجم مثل:

- نفايات التشريح أو التعفن التي ترميها المستشفيات والعيادات أو مراكز العلاج.
- النفايات التي ترميها المسالخ.
- جثث الحيوانات. "

كما نصت المادة 12 من المرسوم نفسه على أن: " تعتبر النفايات الصلبة التي تشبه النفايات المنزلية التي تنتجها المنشآت الاستشفائية من بين أصناف النفايات التي تتحمل البلدية مسؤولية رفعها."

أما بالنسبة **للولاية**، فتنشأ مسؤوليتها عن التخلص من النفايات بما فيها نفايات النشاطات العلاجية انطلاقاً من القانون 12-07 المؤرخ في 21 فيفري 2012 المتعلق بالولاية،[1] والذي نص على إنشاء مصالح عمومية مهمتها الرئيسية هي التكفل بالنظافة، على أن يطبق ذلك عن طريق التنظيم.

هذا، ولأن تسيير النفايات المنزلية وما شابهها وبالأخص التخلص منها تحكمه عدة نصوص تشريعية وتنظيمية، فبالنسبة للتشريع الفرنسي، رتبت القوانين والأوامر والتنظيمات شروط ممارسة المصالح العمومية عملية التخلص من النفايات المنزلية التي تعود للبلدية، وقد عاد ذات المشرع بعدها وأدرج جل التنظيمات القانونية المهمة والخاصة بالنفايات في القانون البيئي الصادر عنه سنة 2000.[2]

[1] القانون رقم 12-07 المؤرخ في 21 فيفري 2012 المتعلق بالولاية، ج ر ج عدد 12 الصادرة في 29 فيفري 2012.

[2] « La gestion des déchets et en particulier l'élimination des déchets municipaux est encadrée par de nombreux textes législatifs et réglementaires.
Au niveau européen, les directives s'attachent à définir les grandes orientations et obligations qui doivent être transposées dans le droit national de chaque Etat membre : responsabilité du producteur, priorité à la prévention et à la valorisation, prévention du cadre de vie, etc.
Au niveau français, les lois, décrets et règlements organisent pour les déchets municipaux les conditions de l'exercice du service public d'élimination qui incombe aux communes.

وتجدر الإشارة في هذا المقام، إلى أن مسؤولية التخلص من نفايات النشاطات العلاجية قد تلقى على **هياكل أخرى بالدولة**، حيث حدد المشرع الفرنسي صراحة في قانون البيئة الجهة التي تؤول إليها مسؤولية التخلص من النفايات، وذلك متى ما قام المنتج بالتخلي عن هذه الأخيرة أو قام بإزالتها بطريقة مخالفة لأحكام هذا القانون أو للتنظيمات المحددة لتطبيقه، فجاء نص المادة L.541-3 من قانون البيئة الفرنسي مشيراً إلى أنه، يمكن للجهة الوصية في جهاز الشرطة أن تعمل على رفع تلك النفايات والتخلص منها على نفقة المسؤول، بعد أن تقوم بإعذاره.[1]

أما بالنسبة للمشرع الجزائري، فقد سمح للجهات القضائية بالتدخل في الحالة التي تشكل فيها معالجة النفايات خطراً أو تمثل عواقب سلبية على الصحة العمومية أو على البيئة ولم يلتزم مستغل المنشأة باتخاذ الإجراءات الضرورية لإصلاح هذه الأوضاع. وهو ما نصت عليه المادة 23 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها بقولها: " في حالة إهمال النفايات أو إيداعها أو معالجتها خلافاً لما تنص عليه أحكام هذا القانون ونصوصه التطبيقية، يمكن للجهة القضائية المختصة أن تأمر، بعد إعذار المخالف، بإزالة هذه النفايات تلقائياً على حسابه الخاص."

المطلب الثاني: أساس المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

يقصد بعبارة أساس المسؤولية أو أساس الالتزام بالتعويض- من حيث هو جزاء لتحققها- السبب الذي من أجله يضع القانون على عاتق المتسبب بالضرر تعويض المضرور.[2]

Il est à noter que l'essentiel des dispositions des lois sont aujourd'hui reprises par le Code de l'Environnement (partie législative) paru au Journal Officiel le 21 septembre 2000 et plus particulièrement dans son titre IV consacré aux déchets. » Vade – mecum, OP. Cit.

[1] **L'article L.541-3 du Code de l'environnement :** "au cas où les déchets sont abandonnés, déposés ou traités contrairement aux dispositions de la présente loi et des règlements pris pour leur application, l'autorité titulaire du pouvoir de police peut, après mise en demeure, assurer d'office l'élimination des dits déchets aux frais du responsable". Elisabeth Jayat, OP. Cit, p 134.

[2] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 61.

بمعنى أنه، إذا كانت المسؤولية هي الالتزام بتعويض الضرر الذي لحق بالغير، فإن البحث عن أساسها معناه تحديد الأسباب التي دعت القانون لتكريس هذا الالتزام،[1] وليست المسؤولية في الحقيقة سوى توزيع للأضرار التي تقع من الجماعة على بعض الأفراد، نتيجة لاتساع حاجاتهم ولتشابك مصالحهم، وتزداد هذه الأضرار على مر الزمن، بزيادة النشاط الاقتصادي والصناعي وكثافة السكان.[2]

فبعد أن أدى التطور الصناعي الذي شهدته البشرية، وبالأخص ظهور الآلات واستخدامها في مختلف الأنشطة اليومية إلى تزايد ملحوظ للأضرار التي باتت تلحق بالأفراد، وشمل ذلك أيضاً التطور والتقدم العلمي في المجال الطبي الذي وإن ساهم من جهة، في تحسين نوعية الأساليب العلاجية وجودة الخدمات المتاحة للمرضى، إلا أنه أثر بالمقابل وفي

---

[1] "سواء المدنية بصفتها: إخلال الشخص بموجب يقع عليه ومفروض عليه تنفيذه إما قانوناً أو التزاماً، أو التي تقوم نتيجة إخلال الفرد بالتزام بين طرفين نتج عنه ضرر، وهذا الضرر يقابله التعويض. فهي تعني وجوب إصلاح الضرر الذي لحق بالغير إما بإعادة الحال إلى ما كان عليه أو بتعويض المضرور بمقابل مادي عند استحالة ذلك، وتؤسس على الخطأ أو على الضرر حسب الحالة. وكذا الإدارية، ذلك لأنه، وإن كانت الإدارة أو الجهاز الإداري على نحو أدق هو الهيئة التي تعمل على أداء الخدمات وإشباع الحاجات العامة، فإن مسؤوليتها هي مسؤولية عن فعل الغير أو عن الأشياء. ولكون الإدارة شخص معنوي، ولا يمكن أن تنطبق عليها قواعد المسؤولية عن العمل الشخصي، فقد انسلخت عن المسؤولية المدنية، وأصبحت لها قواعدها الخصوصية والمتميزة والتي ابتكرها القضاء الإداري."منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 37.
لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 8. زياد خالد يوسف المفرجي، المسؤولية الإدارية عن الأعمال الطبية (دراسة مقارنة)، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2016، ص 69: " إنه من الثابت القول بأن الإدارة شخص معنوي لا تستطيع أبداً أن ترتكب خطأ مادياً بنفسها وفي هذا الصدد يقول الفقيه الفرنسي laubadere: " الخطأ لا يمكن أن ينسب إلى الإدارة نفسها والتي هي ليست سوى شخصية معنوية وعليه يصبح من الصعب تصور أنها يمكن أن ترتكب خطأ، فالخطأ يكون فعلاً واحداً أو أكثر من المستخدمين سواء كانوا معروفين أو مجهولين. يقسم الخطأ في القانون الإداري إلى "خطأ الخدمة" وهو عمل ضار ذو طابع مغفل ينم عن تنظيم سيء أو سير عمل سيء للخدمة يوجب مسؤولية الإدارة، و"خطأ شخصي" وهو عمل موجب للتعويض يرتكبه مأمور عمومي خارج الخدمة، أو يمثل رغماً عن كونه مرتكباً في مناسبة الخدمة إما طابع خطأ عمدي، أو طابع خطأ بالغ الخطورة، والعرف الحديث فرق بين الخطأين وسلم بإمكان وقوعهما في آن واحد، وهناك خطأ الإدارة العامة وهو الذي تبنى عليه مسؤولية الإدارة المالية غير التعاقدية بسبب الضرر الذي يقع في سوء النظام الإداري إذا كان خطيراً. ومن خلال تلك المقدمات نصل إلى نتيجة اختلاف الخطأ المتعلق بالمسؤولية الإدارية عن الخطأ في المسؤولية المدنية."

[2] عز الدين الديناصوري و عبد الحميد الشواربي، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء، الفنية للنشر، ط 7، الإسكندرية، 2000، ص55. نقلاً عن: بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص 225.

نفس الوقت على مسؤولية مقدمي هذه الخدمات في المجال الطبي والصيدلاني بشكل أضحت نتائجه، وعلى رأسها الأضرار التي تنجم عن سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية، تؤثر سلباً على البيئة وصحة الإنسان سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وقفت القواعد التقليدية للمسؤولية عاجزة أمامها.[1]

وبالتالي كان لزاماً البحث عن قواعد قانونية أخرى مكملة لتلك القواعد التقليدية في المسؤولية،[2] التي بإمكانها أن تضفي في نفس الوقت بعض الحماية لمقدمي الخدمات العلاجية وتضمن للمضرورين الحق في عدم تحمل تبعات التقدم العلمي والتقني وحدهم.[3]

وعليه، سيتناول هذا المطلب الخطأ كأساس للمسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية (الفرع الأول)، ثم المسؤولية بدون خطأ عن أضرار هذه النفايات (الفرع الثاني).

---

[1] " مما لا شك فيه أن العلوم الطبية قد شهدت تطوراً مذهلاً في العقود الماضية فظهرت أعمال طبية لم تكن معروفة من قبل كنقل الدم واستئصال وزراعة الأعضاء البشرية والاستعاضة عن بعض الأعضاء البشرية بأعضاء صناعية وعمليات الإنجاب الصناعي وغيرها، كما أفرز هذا التطور استخدام وسائل وعقاقير طبية مبتكرة وهذا التطور بلا جدال قدم منافع كبيرة للإنسانية لا يمكن إنكارها بل ولا يسع المرء إلا أن يقف أمام هذا التطور بإجلال فكم من أمراض أصبح شفاؤها ممكنا بعد أن كان مستعصياً وأمراض غدا الكشف عن مسبباتها والوقاية منها في متناول الأطباء بعد أن كان بعيداً عنه، بالإضافة إلى أن هذا التطور قد أدى إلى إمكان السيطرة على الكثير من المخاطر المصاحبة لبعض الأعمال الطبية لم يكن في استطاعة الأطباء قبل ذلك السيطرة عليها. ولكن في مقابل المنافع التي قدمها التطور العلمي في مجال الطب فإن هذا التطور وما أفرزه من استخدام وسائل وأدوات طبية بالغة التعقيد وظهور أدوية وعقاقير ذات تأثيرات جانبية خطيرة على جسم الإنسان، فإنه يمكن القول أن المنافع التي قدمها هذا التطور قد صاحبها أيضاً مخاطر لا يستهان بها إذ خلفت هذه المخاطر مآسي لكثير من البشر. " أنور يوسف حسين، ركن الخطأ في المسؤولية المدنية للطبيب، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 2014، ص 6.

[2] " تنافرت آراء الفقه بشأن أسس المسؤولية، فهناك من يؤسسها على الخطأ والمخاطر، وهناك من يرجعها إلى مبدأ المساواة أمام الأعباء العامة أو إلى فكرة التضامن الاجتماعي، وجعلها الأستاذ " أحمد محيو" تقوم على فكرة المساواة أمام الأعباء العامة بقوله: " وبالتالي فإنه من غير الممكن أن يشكل الخطأ أساساً للمسؤولية، فهو شرط فقط لترتيب المسؤولية، وأن أساس الالتزام بإصلاح الضرر، أي المبدأ العام والوحيد للتفسير، يكمن في فكرة مساواة الجميع أمام الأعباء العامة..." وإذا رجعنا إلى التطبيقات القضائية، فإننا نؤسس المسؤولية تبعاً لكل حالة على حدى، فهناك مسؤولية خطئية أساسها الخطأ، وهناك مسؤولية تقوم بدون خطأ على أساس مبدأ المساواة أمام الأعباء العامة أو على المخاطر."لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 14.

[3] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 20.

الفرع الأول: المسؤولية على أساس الخطأ عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

إن افتقار وعدم تضمن قانون البيئة الجزائري، شأنه شأن القوانين ذات الصلة بنفايات النشاطات العلاجية، لأي قواعد خاصة بالمسؤولية المدنية عن الأضرار التي يمكن أن تلحقها هذه الأخيرة بالإنسان أو بالبيئة، يدفعنا حتماً للرجوع للقواعد العامة الواردة في القانون المدني.[1]

وهو ما انطلق منه أنصار" النظرية الذاتية " التي تقيم المسؤولية المدنية على أساس الخطأ برجوعهم للقاعدة المستمدة من نص المادة (124) من القانون المذكور أعلاه،[2] والتي تنشئ مسؤولية صاحب كل فعل خطأ ألحق ضرراً بغيره وتلزمه بتعويض ذلك المضرور عما لحقه، ويستوي في ذلك كل المتسببون في الضرر سواء كانوا أشخاصاً طبيعيين أم معنويين.

وبناء عليه، وإن كان الخطأ لا يزال يشكل أساساً لقيام المسؤولية المدنية بصفة عامة والمسؤولية الطبية بصفة خاصة، فسيتم التطرق في هذا الفرع إلى تطور المسؤولية الخطئية بشكل عام (البند الأول) ثم الإشارة إلى المسؤولية في المجال الطبي (البند الثاني).

البند الأول: تطور المسؤولية الخطئية:

شهد عنصر الخطأ في المسؤولية الإدارية تطوراً سريعاً مقارنة مع نظيره في المسؤولية المدنية،[3] وذلك انطلاقاً من كون المسؤولية الإدارية قد نشأت بصورة عامة نتيجة لاجتهادات

---

[1] عز الدين عثماني، مرجع سابق، ص 651.

[2] تقابلها المادة (1382 سابقاً) من القانون المدني الفرنسي:

Art. 1382 du c.civ dispose : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ».

[3] " يبقى النقاش قائماً حول مدى استقلالية المسؤولية الإدارية عن المسؤولية المدنية، فحسب جانب كبير من الفقه الفرنسي فإن استقلالية القواعد التي تحكم المسؤولية الإدارية وقع تكريسها بصورة مبكرة من قبل مجلس الدولة الفرنسي منذ قرار روتشيلد الصادر في 6ديسمبر 1855، غير أن تأكيد هذه الاستقلالية حصل مع قرار بلانكو الشهير بتاريخ 08 فبراير 1873، كون هذا الأخير قداستبعد نصوص القانون المدني كأساس لتنظيم المسؤولية الإدارية التي لم تتقرر إلا بعد رفض فكرة سيادة الدولة وانعدام الخطأ من جانبها خاصة حينما تمارس السلطة، بالإضافة إلى تأسيس حكم بلانكو للمسؤولية الإدارية كنظرية مستقلة يرجع إلى القضاء فضل صياغتها وتنظيمها من خلال وضع القواعد المنظمة لها دون التقيد بنصوص معينة."

G. Vedel et P. Délvolvé, «Droit administratif », Tome1, édition 1990, p545.

وبالمقابل، نجد أن بعض الفقهاء الفرنسيين تمسكوا بالتقارب الكبير بين نظام المسؤولية العامة ونظام المسؤولية الخاصة، ولعل أكثر من يمثل هذا الاتجاه الفقيه **René Chapus** الذي يقول: إن الصيغة المستقلة للحكم بلانكو تهيمن بالتأكيد على نظام

القضاء الفرنسي حيث نُسِجت أول خيوط هذه النظرية نتيجة للوقائع التي كانت تفرض على القضاء الإداري، فحصل الانتقال من الجزئيات إلى النظريات لا العكس.

وإذ يبدو أن القضاء الإداري أكثر ارتباطاً بالواقعية من القضاء المدني كون نظرية المسؤولية الإدارية قامت على مرتكزات الواقعية، فإن ذلك الارتباط هو الذي أدى إلى القول بأن القانون الإداري هو من إبداعات القضاء الإداري. ذلك أن الفضل كله يرجع لمحكمة التنازع الفرنسية بموجب حكمه الشهير في قضية بلانكو Blanco بتاريخ 08 فبراير 1873،[1] أين ربطت بإحكام ومهارة بين المسؤولية والمرفق العام،[2] وقررت من جهة مسؤولية الدولة عن الأضرار

مسؤولية السلطة العامة (أو المسؤولية العامة)، لكن لا ينبغي أن يؤدي ذلك إلى الاعتقاد بأن هذا النظام ليس له أي علاقة مع نظام المسؤولية بموجب القانون الخاص (أو المسؤولية الخاصة)." زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 53 و 57.

René Chapus, « Droit administratif général », Tome 1, 15ème édition, Montchrestien, Paris, 2001, p 1229: « La formule autonomiste de l'arrêt Blanco domine certainement le régime de la responsabilité de la puissance publique (ou de la responsabilité publique). Mais elle ne doit pas inciter à croire que ce régime n'a rien de commun avec celui de la responsabilité selon le droit privé (ou responsabilité privée) ».

عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، مرجع سابق، ص 24.

[1] تتمثل وقائع القضية في كون الطفلة " أجينيس بلانكو" وأثناء سيرها بين مبنيين تابعين لمصنع التبغ صُدمت وجُرحت بفعل عربة تابعة لنفس شركة التبغ التي تستغلها الدولة الفرنسية عن طريق الاستغلال المباشر، فرفع والد الطفلة دعواه أمام المحاكم العادية للمطالبة بتحميل الدولة المسؤولية المدنية عن الضرر اعتماداً على المواد 1382 إلى 1384 من القانون المدني الفرنسي. ورفع الأمر إلى محكمة التنازع التي أسندت الاختصاص إلى القضاء الإداري للفصل في النزاع.

TC, 8 février 1873, Arrêt Blanco: La responsabilité qui incombe à l'Etat, puissance publique, «pour les dommages causés aux particuliers par le fait des personnes qu'il emploie dans le service public ne peut être régie par les principes qui sont établis dans le code civil, pour les rapports de particulier à particulier ; que cette responsabilité n'est ni générale, ni absolue ; qu'elle a ses règles spéciales qui varient suivant les besoins du service et la nécessité de concilier les droits de l'Etat avec les droits privés. »

نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 57.

[2]" في هذا المضمار، يجب أن لا ننخدع بالاستعمال القضائي والفقهي لعبارة " خطأ المرفق العام" لأنه لا يمكن أن يرتكب خطأ إلا من الأعوان (المتعرف عليهم أم لا) للمرفق العام وليس هذا الأخير، ويجب أن تعتبر تلك العبارة كاختصار لقاعدة "الخطأ المرتكب في تسيير مرفق عام." " لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 23.

الناجمة عن المرافق العامة (مسؤولية مرافق الدولة)، ومن جهة أخرى اختصاص القضاء الإداري بالفصل في المنازعات المتعلقة بها.[1]

وعليه، اعتبرت المسؤولية الإدارية على أساس الخطأ الإطار العام للمسؤولية الإدارية، لتميزها عن باقي الأسس الأخرى لقيام المسؤولية نتيجة الفرق بين طبيعة الخطأ والنتائج المترتبة عنه في كل من القانون المدني والقانون الإداري.[2] وقد فتح التطور الكبير في نظرية الخطأ المقيم لها المجال للحديث عن التمييز بين الخطأ الشخصي والخطأ المرفقي، وبين الخطأ البسيط والخطأ الجسيم.فنشاطات الإدارة (سواء كانت قانونية أو مادية) وإن كانت تهدف لتحقيق المصلحة العامة، إلا أنه بإمكانها أن تسبب أضراراً للغير تسأل عنها بعد أن يثبت المضرور وجود الخطأ الذي ينبغي أن يكون على قدر من الجسامة.

ورغم أن القرارات الأولى للغرفة الإدارية للمجلس الأعلى سابقاً، كانت تقول بقواعد خصوصية للمسؤولية الإدارية أسوة بقرار " بلانكو"، وهو ما نجده في قرار المجلس الأعلى بتاريخ 1966/12/14 في قضية فريق باردي Bardies ضد الدولة، الذي صرح ب: " حيث أن

[1] " مبدئياً تعتبر مسؤولية السلطة العامة، مسؤولية قائمة على الخطأ، بمعنى أنه يشترط وجود خطأ من جانب الشخص العام أو من في حكمه لقيام مسؤوليته صادر عن أحد ممثليه على الأقل، عوناً كان أو متبوعاً، لأن الشخص الاعتباري (الذي هو افتراض) لا يمكن أن تصدر عنه إرادة أو سلوك ولا ارتكاب خطأ. وبالنتيجة تظهر المسؤولية الخطئية للأشخاص العموميين (على الخصوص) كمسؤولية عن فعل الغير مشابهة لمسؤولية المتبوعين عن أفعال تابعيهم المنصوص عليها في المادة 5/1384 من القانون المدني الفرنسي، والمادة 136 من القانون المدني الجزائري بقولها: " يكون المتبوع مسؤولاً عن الضرر الذي يحدثه تابعه بعمله غير المشروع، متى كان واقعاً منه في حالة تأدية وظيفته أو بسببها."" لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص23.

[2]" إن كان ربط مجلس الدولة في البداية للمسؤولية الإدارية بوجود الخطأ إقتداءً باشتراط الخطأ في المسؤولية المدنية، فإن فقه قضاء مجلس الدولة سرعان ما تطور ليكرس في مرحلة أولى فكرة الخطأ المفترض أو قرينة الخطأ تسهيلاً على المتضرر وتماشياً مع فكرة العدالة باعتبار صعوبة الإثبات في بعض حالات المسؤولية المبنية على الخطأ. ثم سرعان ما تفطن فقه قضاء مجلس الدولة إلى عدم كفاية نظرية المسؤولية المبنية على قرينة الخطأ والتي تبقى في النهاية مرتبطة بوجود خطأ من جانب الطرف المسؤول، فاتجه نحو تمشي اكثر جرأة من خلال تكريس حالات للمسؤولية الإدارية بدون خطأ وهي مسؤولية موضوعية يكفي فيها إثبات حصول الضرر والعلاقة السببية لاستحقاق التعويض، وهذا ما سار في اتجاهه فقه القضاء الفرنسي بخصوص نشاط المرفق العام الإستشفائي وتبعه في ذلك فقه قضاء المحكمة الإدارية ولو بصورة محتشمة." معتز القرقوري، مرجع سابق، ص 138.

مسؤولية الدولة عن الأضرار التي تلحق الأفراد بسببها لا يمكن أن تحكمها قواعد القانون المدني، وأن هذه المسؤولية الإدارية ليست بالعامة ولا بالمطلقة بل لها قواعدها الخاصة التي تتغير حسب الضرورة"، إلا أنه ينبغي الإشارة إلى أن بعض قرارات مجلس الدولة في الجزائر وكذا المحكمة العليا سابقاً كانت تطبق قواعد القانون المدني على المسؤولية الإدارية.[1]

وقد واجه الفقه الإداري عدة عقبات في التمييز بين الأخطاء تمثلت بداية في صعوبة إيجاد تعريف لكل نوع من أنواع الخطأ المطلوب لقيام مسؤولية الإدارة، فكانت الحلول المعطاة من قبله أكثر تمايزاً واختلافاً في الواقع جعلت القضاء يميز بحسب درجة الجسامة لوضع نوع من التدرج بين الخطأ البسيط والخطأ الجسيم وجعله لصيقاً دائماً بطبيعة الأنشطة الإدارية، بحيث تترتب المسؤولية الإدارية على أساس الخطأ البسيط في تلك الأنشطة التي تقوم بعمل عادي وسهل الأداء، بينما لا تقيم تلك المعقدة والصعبة منها أو ذات الخطورة مسؤولية الإدارة إلا على أساس الخطأ الجسيم لتبقى مسؤولية الإدارة، وفي كل الأحوال، لا تقوم إلا بإثبات المضرور للخطأ الذي سبب له الضرر، وإيجاد علاقة سببية بين خطأ الإدارة والضرر الذي أصاب الضحية.

البند الثاني: <u>المسؤولية في المجال الطبي</u>

يقصد بالمسؤولية في المجال الطبي الأعمال الإيجابية والسلبية التي يرتكبها الأطباء أو القائمون بالعمل الطبي،[2] أثناء الممارسة التي تستوجب المؤاخذة والمساءلة المنصوص عليها في التشريعات والقوانين عند حدوث الضرر للمريض، التي تتمثل غالباً في جبر ذلك الضرر

[1] " السبب في تطبيق قواعد القانون المدني على المسؤولية الإدارية هو أن بعض قضاة مجلس الدولة والغرفة الإدارية للمحكمة العليا سابقاً، كان لهم مسار مهني في غرف مدنية أو جزائية ولم يمارسوا في الغرفة الإدارية للمجالس القضائية، لهذا تأثروا بقواعد القانون المدني." لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 14.

[2] " من خلال ذلك المفهوم للمسؤولية المدنية للطبيب يتضح أنه لا يشترط أن يكون الأمر الذي يستوجب المساءلة فعلاً إيجابياً وإنما قد يكون امتناعاً سلبياً، وتنهض المسؤولية الطبية المدنية من الناحية القانونية عند الإخلال من الطبيب أو القائم بالعمل الطبي بهذا الالتزام المقرر في ذمته ويلحق ضرراً جسدياً بالمريض أو كيانه الاعتباري أو ذمته المالية." منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص37.

بالتعويض.[1] وتعد المسؤولية الإدارية عن الأعمال الطبية أحد تطبيقات المسؤولية الإدارية التي تشكلت بعد نشوء قواعد هذه الأخيرة واستقلالها بنظرية مستقلة عن قواعد المسؤولية المدنية،[2] تبعاُ للوتيرة السريعة التي سار بها تطور الخطأ في المسؤولية الإدارية مقارنة مع هذه الأخيرة.

وإذا كان إقرار المسؤولية الطبية من ناحية المبدأ قد استغرق وقتاً طويلاً حتى بدايات القرن التاسع عشر،[3] وذلك بعد أن كان قد ((ظهر في فرنسا مدافعون عن الأطباء على عدم

---

[1] " إن المسؤولية الطبية في العصر الحديث تجد مرجعها في صدور العديد من القوانين المدنية في البلاد العربية والغرب متأثرة بالقانون الفرنسي وبأحكام الفقه الإسلامي. وهذه القوانين ليست فيها أحكاماً خاصة بالمسؤولية الطبية وإنما هي تطبق على أي شخص إذا لم يسلك سلوكاً جيداً ولم يبتعد عن الاستهتار والرعونة والإهمال في عمله أو مهنته وسبب لغيره إلحاق الضرر. وفي هذه الحالة يكون ملتزماً بالتعويض، لأن الواجب القانوني يقضي بعدم الإضرار بالغير.

وعليه نجد من ارتفاع درجة الوعي القانوني وعدم التسامح اتجاه الأطباء المقصرين وزيادة الأخطاء الطبية، تدخل المشرع القانوني في بعض بلدان العالم بإصدار التشريعات التي تنظم هذه المهنة النبيلة عند ممارستها، وبينت شروط مزاولة مهنة الطب وأصدرت المدونات الخاصة التي تتعلق بسلوك وآداب وأخلاق المهنة." لقمان فاروق حسن، المسؤولية القانونية في العمل الطبي(دراسة مقارنة بين القانون والشريعة)، الطبعة الأولى، منشورات زين الحقوقية، دون بلد نشر، 2013، ص 78.

[2] " منذ أن جمعت المسؤولية التقصيرية للدولة، وإدارات الحكم المحلي أمام جهة القضاء الإداري عام 1908، وقبلها حكم (Pelletier) الذي أوجد تمييزاً بين خطأ الخدمة (الخطأ المرفقي) والخطأ المنفصل عن الخدمة، تقرر اختصاص المحاكم الإدارية في نظر نزاعات المسؤولية الطبية الناتجة عن أفعال موظفي الإدارة، والمساعدين الطبيين للمشافي العامة، وذلك بموجب القواعد العامة للمسؤولية الإدارية."زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 59.

[3] " يذكر الفقه الفرنسي عادة أن حكم محكمة Domfront في 1830/09/28 هو أول حكم قرر مبدأ المسؤولية الطبية (التقصيرية في ذاك الوقت). ففي الدعوى التي انتهت بصدور هذا الحكم، رأت المحكمة استشارة الأكاديمية الطبية للوقوف على مدى خطأ الطبيب، فشكلت الأكاديمية لجنة انتهت في تقريرها (بتاريخ 1828/02/21) إلى أنه لا يعود إليها النظر في مدى مسؤولية الطبيب، غير أن الأكاديمية رأت تشكيل لجنة أخرى لذات الغرض، فخلصت هذه إلى نفي مسؤولية الطبيب (رغم فظاعة ما قام به والذي تمثل في بتر ذراعي ويد السيد foucault لاعتقاده – على غير الحقيقة– بوفاته) تأثراً برأي مقرر هذه اللجنة، الدكتور Double، والذي عرف عنه عداءه لتطبيق قواعد المسؤولية المدنية على الأطباء بخصوص ما يباشرونه من أعمال مهنتهم، غير أن المحكمة لم تأخذ بما انتهى إليه تقرير اللجنة الثانية وقضت بإلزام الطبيب المدعى عليه بدفع تعويض لصالح الطفل يتمثل في إيراد مرتب مقداره 100 فرنك سنوياً لحين بلوغه عشر سنوات، تم مائتي فرنك سنوياً طوال حياته."
(T. Civ. Domfront, Foucault C. /Dr. Héli 28/09/1830, CF. A. Trébuchet, Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France, Paris, J.-B. Baillière 1834, P. 195-201).
نقلاً عن: محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي (دراسة فقهية وقضائية مقارنة في ضوء التطورات المعاصرة لأحكام المسؤولية الطبية)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2016، ص 3.

أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص 22: "ومع ذلك، فإن حكم محكمة النقض الفرنسية في 18 يونيو 1835 في قضية Thouret noroy هو الذي يذكر عادة باعتباره حجر الزاوية لتقرير المسؤولية المدنية للأطباء بالنظر إلى كونه أول حكم لمحكمة النقض."

مساءلتهم عن الخطأ الطبي لأن ذلك يعرقل البحث العلمي وتقدم الطب، حيث أصدرت الأكاديمية الطبية الفرنسية تقريراً عام 1829، دونت فيه بأن الطبيب وحده عنده الكفالة بتحقيق مصالح المريض، على اعتبار أنه كـالقاضي لا يسأل عن أخطائه التي يرتكبها بحسن النية، وأن الضمان الوحيد للمريض هو ضمير الطبيب وأخلاقه، ولا يسأل إلا عن حالات الغش والتدليس.))[1]

فإنه، وتأكيداً على أن أساسها هو الخطأ، أضاف قانون 303-2002 مواد جديدة إلى قانون الصحة العامة في فرنسا،[2] ومن هذه المواد المادة L.1142-1 التي تنص على أنه: " لا يسأل محترفو الصحة، وهم الأطباء والصيادلة والممرضون، وكذلك كل مؤسسة يتم فيها انجاز الأعمال الفردية المتعلقة بالوقاية أو التشخيص أو بالعلاج، عن النتائج الضارة لتلك الأعمال إلا في حالة الخطأ، وذلك باستثناء الحالة التي تقوم فيها مسؤوليتهم على عيب في مادة أو منتج صحي. وتلزم المؤسسات والأقسام والهيئات المنصوص عليها في الفقرة الأولى بتعويض الأضرار الناجمة عن انتانات المشافي، باستثناء إذا أثبتت أنها ناجمة عن سبب أجنبي لا يد لها فيه."[3] وهو الحال بالنسبة للمرافق الإدارية الصحية[1] التي تسأل عن أضرار نفايات نشاطاتها العلاجية المنتجة كما سبق الذكر.

---

[1] طلال عجاج قاضي، المسؤولية المدنية للطبيب، المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان، 2004، ص 48. نقلاً عن: لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 79.

[2] " الواقع أن إصلاح نظام التعويض في الحوادث الطبية، لم يكن بالأمر الجديد في فرنسا، فقد بدأ المناداة به منذ مؤتمر الأخلاق الطبية المنعقد في باريس عام 1966، وإلى غاية 2002 حيث توجت هذه الاقتراحات بصدور قانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي، بتاريخ 2002/03/04.حيث مثل هذا القانون مرحلة هامة في تاريخ المسؤولية الطبية في فرنسا، وقد صدر هذا القانون متضمناً لأربعة أبواب، الأول يتعلق بالتضامن اتجاه الأشخاص المعاقين (Solidarité envers les personnes handicapés)، والثاني خاص بالديمقراطية الصحية (La démocratie sanitaire)، والثالث يتعلق بجودة النظام الصحي (Qualité du système de santé) أما الرابع فيتعلق بتعويض نتائج المخاطر الصحية (Réparation des conséquences des risques sanitaires)." بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص 278.

[3] **L'article L.1142-1de code de la santé publique, crée par la loi n° 303 du 04 Mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité du système de santé en France :**" hors le cas ou leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie de présent code ainsi que tout établissement, service ou organisme dans les quels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de

وإن كان الحديث عن المسؤولية الإدارية كنظام أو كمؤسسة قانونية يحيل، من جهة، إلى الطرف المتحمل لهذه المسؤولية وهو بالضرورة طرف إداري، فإن عبارة المسؤولية الإدارية تحيل من جهة ثانية إلى شيء متلازم مع ما سبق ذكره، وهو كونها نظام للمسؤولية يختلف عن نظام المسؤولية المدنية بدون أن يكون مستقلاً استقلالاً تاماً عنه.[2]

ومن حيث معيار الخطأ فإنه يكفي تحقق الخطأ البسيط لتحقق المسؤولية الإدارية عن للنشاطات الطبية والجراحية، وكذلك الأمر فيما يتعلق بتنظيم المرافق الاستشفائية، وهذا بعد أن تخلى مجلس الدولة الفرنسي عن شرط الخطأ الجسيم المعمول به وفقاً للاجتهاد القضائي بموجب الحكم الشهير في قضية Epoux v الصادر في 04/10/ 1992،[3] حيث أصبحت الإدارة

---

soins ne sont responsable des conséquences dommageables d'un actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de fauté. Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infection nosocomials, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère."

[1] المرفق العام هو كل مشروع يهدف إلى تحقيق المصلحة العامة بحيث يظل أثناء نشاطه خاضعاً للسلطة التي أنشأته أو من ينوب عنها، وبذلك تتلخص مواصفاته في: المشروع ثم المصلحة العامة ثم النية في كونه مرفقاً عمومياً ثم الخضوع للسلطة الوصية. ويأخذ المرفق العمومي عدة أشكال: المرافق المركزية ثم المؤسسات العمومية ثم الشركات العمومية ثم الشركات الخاصة." مأخوذ من الموقع: http://ar.m.wikipedia.org بتاريخ: 2021/04/22.

[2] معتز القرقوري، مرجع سابق، ص 137: " إن خصوصية المسؤولية الإدارية لا تكمن فقط في طبيعة النشاط الذي يؤدي إلى قيام المسؤولية(نشاط إداري) وإنما تكمن خاصة حسب جانب كبير من الفقه الفرنسي في تميز النظام القانوني الذي تخضع له المسؤولية الإدارية وهو نظام فقه قضائي بالأساس وضع أولى لبناته مجلس الدولة الفرنسي صلب قرار روتشيلد حيث انتقد المحاكم المدنية باعتبار أنها كانت تؤسس اختصاصها للنظر في دعاوى المسؤولية الإدارية على عمومية الفصول 1382 وما يليه من المجلة المدنية وعدم الاعتراف بالتالي بخصوصية المادة الإدارية، ثم جاء قرار بلانكو الشهير الصادر عن محكمة التنازع الفرنسية والذي أكدت فيه المحكمة صلب حيثية شهيرة بأن مسؤولية الدولة كسلطة عامة لا تخضع لنفس القواعد التي تخضع لها المسؤولية المدنية. فقرار بلانكو يعتبر نقطة تحول هامة باعتبار أنه كرس الإنفصال بين نظام المسؤولية الإدارية ونظام المسؤولية المدنية وهو الانفصال الذي أسس لجملة الحلول الفقه قضائية التي استنبطها القاضي الإداري في مادة المسؤولية الإدارية."

[3]" الخطأ الجسيم كانت تقتضيه صعوبة العمليات الطبية سواء تعلقت بتشخيص المرض أو وصف العلاج أو العمليات الجراحية، والقاضي الإداري كان يميز بين العمليات غير الطبية، مثل تنظيم المصلحة، التي يكفي لقيام المسؤولية بشأنها وجود خطأ بسيط، والعمليات الطبية بالمعنى الضيق التي تستوجب الخطأ الجسيم."

« En réalité, il convient de remonter à l'arrêt CE 12 février 1954 Administration générale de l'assistance publique de Paris c/Sieur Aumain qui avait posé un double régime de responsabilité hospitalière en fonction de l'origine du dommage :

مسؤولة عن كل خطأ مرتكب في ممارسة هذه النشاطات، وبالطبع شريطة وجود خطأ،[1] وقد تبنى الاجتهاد القضائي الجزائري موقف الاجتهاد القضائي الفرنسي وأقام مسؤولية المستشفى عن سوء التنظيم والسير المعيب للمرفق على أساس الخطأ البسيط.[2]

هذا، وإن كانت مسؤولية المرفق العام الاستشفائي تندرج تحت الإطار العام للمسؤولية الإدارية، إلا أنها تتميز بخصوصيتها تبعاً للمفارقة التي تحكم المادة الطبية بصفة عامة كونها تسعى من جهة لضمان تعويض المتضررين من الأنشطة أو الأعمال الطبية عن الأضرار اللاحقة بهم، ومن جهة أخرى، وبغية ضمان تطور العلوم الطبية وابتكار طرق جديدة للعلاج، إلى الحفاظ على حد أدنى من الحرية سواء للطبيب أو للإطار الطبي في ممارسة مهامه. وتضفي هذه المفارقة خصوصية على طبيعة المسؤولية في المجال الطبي، وذلك سواء تعلق الأمر بالممارسة الشخصية للطب أو بممارسة هذه المهنة صلب المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة.[3]

- Si le dommage résultait d'un acte médical, la victime devait prouver la faute lourde de l'hôpital afin d'obtenir une indemnisation ;
- Si le dommage résultait d'une mauvaise organisation ou fonctionnement du service ou d'une admission défectueuse de soins non médicaux, la faute simple de l'hôpital devait être rapportée par la victime. »

visité le: 23/10/2021 sur le site: http:// www.conseil-etat.fr/

[1] زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 118.

« Les juridictions ont donc limité les critères de gravité et ont qualifié de « lourde » toute faute médicale, la vidant de son sens. C'est pourquoi, en 1992 (arrêt V. du 10 avril 1992), la faute médicale non qualifiée est devenue source de responsabilité. En effet, le juge administratif abandonne l'existence de la faute lourde, pour indemniser une patiente, victime de diverses erreurs commises par un anesthésiste lors d'une césarienne. A côté de ce revirement de jurisprudence, des décisions ont présumé la faute de service quand il n'était pas possible de la prouver. » Duguet Anne Marie, Thomas Agnès, Responsabilité Médicale, p 04. Visité le 22/04/2021 sur le site: thomas@cict.fr.

[2] طيب ابراهيم ويس، ايراين نوال، مسؤولية الدولة في مجال نقل وانتقال فيروس فقدان المناعة المكتسبة، دفاتر البحوث العلمية، المجلد9، العدد1، سنة 2021، ص 198.

[3] معتز القرقوري، مسؤولية المرفق العام الإستشفائي اتجاه المرضى، مقال منشور اطلع عليه بتاريخ: 2016/04/18 على الموقع: al3loom.Com/? p=2069، ص 135. منير رياض حنا، النظرية العامة للمسؤولية الطبية في التشريعات المدنية ودعوى التعويض الناشئة عنها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية،2011، ص 494: " المستشفيات الخاصة– على عكس المستشفيات العامة– وإن كانت تتمتع بالشخصية المعنوية كمؤسسة من المؤسسات العلاجية، وإن وضعت تحت رعاية الدولة،

هذا وقد عرف الخطأ تطوراً ملحوظاً، خاصة وأنه يمكن أن يكون في بعض المجالات خطأ مفترضاً ولا يكون على المضرور عبء إثباته كما هو الحال في مسؤولية المستشفيات أين تفتح الأضرار التي تلحق المستخدمين أو المعنيين بخدمات هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية مجالاً لقيام مسؤوليتها على أساس الخطأ البسيط المثبت أو المفترض،[1] ويعد هذا الأخير أي- افتراض الخطأ- مسألة تقنية من اقتراح القاضي تقوم على فكرة أنه: متى كان العمل الطبي للمقدم للمريض سبباً لأضرار غير متوقعة وغير عادية، فإن هذه الأضرار لا يمكن أن تكون سوى نتيجة لخطأ في تنظيم وسير المرفق الصحي، وهي الآلية التي تقلب ميزان عبء الإثبات كونها تعفي المضرور تماماً من إثبات الخطأ لينتقل العبء إلى المرفق الصحي لينفي أي خطأ من جانبه.

ويطبق الاجتهاد القضائي هذا النظام في وضعيات وحالات جد محددة بحيث ثبت عملياً إقامته في العديد من المرات لقرينة وجود خطأ في تنظيم وسير المرفق الصحي، أي افترض وجوده وكان ذلك في الحالات التي يصاب فيها المريض بداء جديد خلال علاجه من مرض آخر مختلف تماماً عن الذي نتج بفعل العلاج، فيقيم القضاء في هذه الحالة علاقة سببية بين التسيير المعيب للمرفق والضرر الناجم.[2] ومثاله: قرار مجلس الدولة الفرنسي المؤرخ

إلا أنها ما تزال- في التكييف السليم لوضعها القانوني- ما تزال تعمل كمؤسسة خاصة، غير مندمجة في الإدارة، وليست فرعاً من فروعها، كما أن أموالها ما تزال أموالاً خاصة، ومستخدموها مستخدمون خصوصيون. وأيضاً فإن الهيئات التي تقوم على إدارة هذه المستشفيات، هي هيئات خاصة، ولا تتمتع بالصفة الإدارية، وهي تديرها وفقاً للأساليب المتبعة في القانون الخاص. ويترتب على هذه السمات، أن مسؤوليتها تخضع مباشرة لأحكام القانون الخاص."

[1] « La jurisprudence a fait des contaminations en milieu hospitalier la véritable terre d'élection de la responsabilité pour faute présumée qu'il a appliquée dès 1960 (CE, 18 novembre 1960, Savelli, n° 27844 : Rec 640 ; RDP 1961.1068, note M. Waline), puis généralisée en 1988, à l'occasion d'une infection méningée compliquée d'une lésion de la moelle dorsale consécutive à une sacco-radiculographie. »

[2] " أخذ القضاء الإداري الفرنسي بفكرة الخطأ المحتمل أو المضمر، بل والملاحظ كذلك توسعه في استخدام هذه الفكرة للقول بانعقاد مسؤولية المستشفى العام، فقد بدأ مجلس الدولة الفرنسي بالأخذ بفكرة افتراض الخطأ في جانب المستشفى العام في مجالات محددة انحصرت بصفة خاصة في نطاق الحوادث الناشئة عن التطعيمات الإجبارية، وبعض حالات انتقال العدوى أثناء التواجد بالمستشفى العام، وكذلك في حالة الأضرار الجسيمة التي تصيب المريض والمنقطعة الصلة بعلته الأصلية. وفي الآونة الأخيرة وسع هذا القضاء نطاق استخدام فكرة افتراض الخطأ ومده إلى مجالات جديدة منها حالة الإصابة الناشئة عن

في1999/03/31 والقاضي بأنه: " في حال لم يتم العلاج بوسائل حقن وحيدة الاستعمال، مع الأخذ بعين الاعتبار المدة الفاصلة بين الاستشفاء وظهور أعراض عصيات "التهاب الكبد الوبائي ب "، فإن قضاة الدرجة الأولى بإمكانهم ربط هذه الأخيرة بالعلاج المنفذ في المستشفى، والمشكل بالتالي لحق في تنظيم وتسيير مرفق المستشفى."[1]

كما ثبت أن القضاء لا يعمل هذا المنهج في جميع الأحوال، إذ أنه لا يلجأ إلى افتراض قرينة الخطأ إلا إذا كان هناك استحالة أو شبه استحالة في جلاء الظروف الدقيقة المحيطة بوقوع الضرر، ودليل ذلك رفض مجلس الدولة الفرنسي إقامة مسؤولية المستشفى في حالة طفل تم استشفاؤه نتيجة حادث مرور فأصيب بشلل، وقد استبعدت مسؤولية المستشفى لغياب دليل على وجود خطأ في تنظيم المرفق.

عيوب الأدوات والأجهزة المستخدمة بالمستشفى العام، والأضرار المنسوبة إلى عدم احتراز القائمين بالعمل داخل المستشفى، وكذلك حالات الإصابة بالعدوى داخل المستشفى." محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص98.

[1] Conseil d'Etat, 5/3 SSR, du 31 mars 1999, 181709, publié au recueil Lebon:" considérant qu'il ressort des pièces du dossier et notamment des rapports d'expertise que, trois mois après l'intervention qu'il a subi le 23 novembre 1977 à l'hôpital Sainte-marguerite de Marseille, M.X… a présenté les symptômes d'une hépatite B ; que le bilan préopératoire pratiqué à l'hôpital démontre que M.X… n'était pas porteur du virus de l'hépatite B avant l'intervention ; que la contamination par ce virus peut se produire à l'occasion de traitements par injections, lorsque ces injections ne sont pas effectuées à l'aide d'un matériel jetable à usage unique et alors même que le matériel utilisé aurait été préalablement stérilisé ; qu'il n'est pas contesté que les traitements que M.X… a reçus à l'hôpital Sainte-Marguerite n'ont pas été effectués à l'aide de matériel jetable à usage unique ; que si l'ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE soutient que la contamination de M.X… peut être imputée aux piqûres de calciparine effectuées, après l'hospitalisation au domicile de l'intéressé, il ressort d'une attestation de l'infirmière responsable de ce traitement dont l'exactitude n'a pas été mise en doute par l'ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE que les piqûres en cause ont été exclusivement faites à l'aide de matériel jetable à usage unique ; que, dès lors, compte tenu du délai entre l'hospitalisation de M.X… et l'apparition des symptômes de l'hépatite B, et en l'absence de tout autre élément invoqué par l'ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE et ayant pu concourir à la réalisation du dommage, la contamination dont M.X… a été victime doit être imputée aux traitements effectués à l'hôpital Sainte-Marguerite, que cette contamination révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier ; que, dès lors, l'ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Marseille a retenu sa responsabilité dans la contamination par le virus de l'hépatite B subie par M.X… en 1977.

وبناءً على ذلك، فإن معيار الخطأ البسيط يعد كافياً لقيام مسؤولية المؤسسات العمومية المنتجة أو الحائزة عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، وذلك لكون مسألة تسيير هذه النفايات تدخل ضمن نشاطات سير المرفق العام، أي أنها تتعلق بالسير العادي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.[1] ومثالها المسؤولية عن العدوى الاستشفائية الناجمة عن سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية والتي تعد مسؤولية مرفقية أو مصلحية بالرغم من أن الأخطاء المرتكبة هي أخطاء شخصية، فتسأل إدارة المرفق الصحي عن أخطاء وتقصير العاملين لديها وعن الإهمال في إشرافها ورقابتها لهم أو سوء اختيارهم بصفتهم تابعين لها.[2]

كما تقوم مسؤولية إدارة المستشفى أيضاً على أساس الخطأ البسيط في تنظيم وسير المرفق عند إغفال موافقة صاحب العلاقة أو ممثليه القانونيين بشأن العلاج المزمع إعطاؤه له أو في الحالة التي لا يجري إعلامه فيها عن المخاطر الخاصة التي تنتج عن هذا العلاج.[3] وقد

[1] كفيف الحسن، النظام القانوني للمسؤولية الإدارية على أساس الخطأ، دار هومة، الجزائر، 2017، ص 141. نقلاً عن: قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 917.

[2] كشناوي نصيرة و أزوا عبد القادر، آليات التعويض عن أضرار العدوى الاستشفائية، مقال منشور بمجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، المجلد 4، عدد 2، المركز الجامعي آفلو، الجزائر، ديسمبر 2020، ص 165.

[3] Un arrêt du conseil d'Etat en date du 10 octobre 2012 a consacré l'existence d'un « préjudice d'impréparation « qui ouvre au patient mal informé des conséquences prévisibles d'un acte médical le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaine dispositions personnelles. La reconnaissance d'un tel préjudice reste liée à la réduction des risques dont le patient n'a pas été informé. Il est toutefois détaché de toute appréciation de la nécessité médicale de l'intervention pratiquée.

محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص171 وما يليها: «... لا يقتصر رضا المريض من الناحية العقدية، على إبرام العقد الطبي، فهو ضرورياً كذلك في مرحلة تنفيذه بالنسبة لكل عمل علاجي لا يمكن أن يشكل مساساً بسلامته الجسدية. فضرورة الرضاء تجد في الواقع تبريرها في الكرامة الإنسانية والاحترام الواجب للجسد البشري. لذلك فإن رضاء المريض بالعمل الطبي يعتبر ضرورة سواء كانت علاقة الطبيب بالمريض علاقة عقدية، أم خارج هذا الإطار العقدي، ويقصد بذلك حالة المريض الذي يتلقى العلاج في إحدى المستشفيات العامة. ويجمع الفقه على أن حالة الضرورة أو الاستعجال تؤدي إلى إعفاء الطبيب من الحصول على رضاء المريض، ولا يعتبر بالتالي مسلكه في ذلك خطأ يؤدي إلى قيام مسؤوليته، غير أن إعفاء الطبيب من الحصول على رضاء المريض في هذه الحالة يلزمه توافر شروطها والتي يمكن تلخيصها فيما يلي: – أن يكون العمل الطبي الذي أجراه المريض دون الحصول على رضاء المريض ضرورة لا تحتمل التأخير. وتطبيقاً لذلك قضى بعدم مسؤولية الطبيب

قضى بخصوص ذلك مجلس الدولة الفرنسي في 2000/01/08 أنه: " بخلاف حالات الاستعجال وعدم الإمكانية، يجب أن يكون المريض عالماً بصفة قانونية وواضحة عن المخاطر الناجمة عن العلاج المقترح، حتى ولو كانت طفيفة أو استثنائية."[1]

وهو ما ينطبق على واجب الإعلام والتنبيه أو النصح الذي يقع على عاتق إدارة المرفق الصحي اتجاه من يتعامل مع النفايات التي ينتجها سواء من حيث نقلها أو معالجتها،[2] إذ يرى الفقه الحديث ضرورة وجود التزام بالإعلام وبالنصيحة أيضاً في مجال الاتفاقات المتعلقة بمعالجة النفايات، حيث يقع هذا الالتزام على عاتق من يعهد إلى المتعاقد الآخر بهذه النفايات لمعالجتها أو نقلها، وتنعقد المسؤولية متى ثبتت مخالفة هذا الالتزام، أو أصيب الناقل أو الغير بضرر.[3]

الذي شرع في إجراء عملية إزالة قرحة بمعدة المريض فتبين له أن الأمر لا يتعلق بذلك وإنما بورم خبيث فقام بإزالته دون الحصول على رضاء المريضة، واستندت المحكمة في عدم مسؤولية الطبيب إلى أن العمل الذي أجراه لم يكن يحتمل التأخير."

[1] محمد رياض دغمان، القانون الطبي (دراسة مقارنة)، المؤسسة الحديثة للكتاب، الطبعة الأولى، لبنان، 2017، ص 53:

« Le médecin est tenu d'une obligation particulière d'une information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation. »

" ذهب الاجتهاد الفرنسي في قرار مبدئي صدر عن محكمة التمييز الفرنسية في 25 شباط 1997، قررت بموجبه نقل عبء الإثبات على عاتق الطبيب في قيامه بموجب إعلام المريض. إذاً، فالالتزام بموجب الإعلام هو التزام بتحقيق نتيجة، وهو عبارة عن نقل المعلومات الصادقة والكاملة قبل التدخل العلاجي إلى المريض أو من ينوب عنه، وبالتالي فإن إهمال الطبيب لموجب الإعلام، يعرضه للمسؤولية في حال حدوث ضرر للمريض، إلا في الحالات الطارئة أو في حال الاستحالة."

Duguet Anne Marie, Thomas Agnès, Responsabilité Médicale, op.cit., p 03: « Les tribunaux ont institué une présomption de faute. Elle a conduit notamment au développement de l'obligation d'information (arrêts du 25 février 1997 [perforation colique post polypectomie], du 14 octobre 1997 et du 27 mai 1998 mettent à la charge du médecin l'obligation de prouver qu'il a bien donné à son patient cette information) et de la théorie de la perte de chance (le défaut d'information constitue une perte de chance de prendre une décision éclairée). Le médecin qui omet d'informer un patient d'un effet indésirable grave pouvant survenir lors d'un examen prive ce dernier de l'opportunité de refuser cet examen. »

[2] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 60.

[3] زياد خلف عليوي الجوالي المفرجي و مهند بنيان صالح، مرجع سابق، ص 141.

الفرع الثاني: المسؤولية دون خطأ عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

إذا كان تعريف المسؤولية دون خطأ ينشئ من كونها تلك المسؤولية التي يستوجب تحققها ضرراً يلحق بالمضرور وبغض النظر عن وجود خطأ ثابت أو مفترض يمكن نسبته إلى القائم بالعمل الذي أدى إلى إحداث هذا الضرر، فإن أكثر ما يستشف من ذلك هو الأهمية الكبرى للأخذ بمثل هذا النوع من المسؤولية في المجال الطبي، إذ يشكل غياب الخطأ فيها سبباً للتخطي النهائي للحديث عن صعوبات إثباته من طرف المريض المضرور الذي أزيح عن عاتقه عبء الإثبات الملقى على عاتقه بحسب الأصل، مثلما أزيح في نفس الوقت عن القاضي وبموجب هذا النوع من المسؤولية عبء البحث عن الوقائع لاستخلاص الخطأ أو اللجوء إلى قرينته، لتنتفي مع ذلك كله صعوبة التحقق من الضرر الذي بقِي العمل المسبب له وحده محل اعتبار.[1]

وفي هذا الشأن، يرى الدكتور عبد الرزاق أحمد السنهوري أن أساس المسؤولية المدنية يجب أن يكون الضرر الذي يستوجب التعويض لا الخطأ الذي يقتضي العقوبة، وذلك لأنه لم يعد هناك معنى لاستبقاء الخطأ أساساً للمسؤولية المدنية مادامت قد انفصلت عن المسؤولية الجزائية وأصبح التعويض لا دخل للعقوبة فيه.[2] وقد أوجد التشريع الفرنسي حالات للمسؤولية المدنية دون خطأ في جوانب مختلفة من الأنشطة.[3]

---

[1] محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص 118.

[2] عبد الرزاق أحمد السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد، المجلد الثاني، نظرية الالتزام بوجه عام، مصادر الالتزام، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الثالثة الجديدة، بيروت، لبنان، 2000، ص 869. نقلاً عن: لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص196.

[3] نذكر منها " **قانون 09 أبريل 1898 المتعلق بإصابات العمل:** مع اتجاه التطور التشريعي نحو التخلي عن فكرة الخطأ كأساس للمسؤولية عن إصابات العمل، تم إصدار هذا القانون الذي أسس التعويض عن إصابات العمل لا على فكرة الخطأ واجب الإثبات وإنما على فكرة المخاطر المهنية، فأصبحت إصابات العمل تعوض بغض النظر عن ثبوت الخطأ في مواجهة رب العمل أو عدم ثبوته. وبالمقابل، لم يكن العامل يحصل على تعويض كامل عن إصابته وإنما على تعويض جزاف يحدد على أساس ما يتقاضاه، وليس على أساس مدى الضرر الذي أصابه.

- **قانون 10 ديسمبر 1917 الخاص بالمحال الخطرة:** وقد أقام هذا القانون مسؤولية أصحاب هذه المحال لا على فكرة الخطأ وإنما على فكرة المخاطر.

أما بالنسبة للمسؤولية الإدارية، وإذا كانت مِيزة القضاء الإداري في البداية تتمثل في غياب الطابع العام والمطلق لمسؤولية الدولة، فإن هذه الأخيرة قد توسعت شيئاً فشيئاً إلى غاية إقرار المسؤولية دون خطأ، فظهر نظام مناسب للضحايا أكثر من القانون المدني.[1] فبالرغم من كون الثابت أو القاعدة العامة هي قيام مسؤولية السلطة الإدارية على الخطأ، انطلاقاً من عدم إمكانية إجبار الإدارة على تعويض الضرر أو جبره إلا بناءً على خطئها، غير أنه في بعض الحالات نكون بصدد مسؤولية بدون خطأ إما لكون الضرر صادر عن فعل الإدارة بالرغم من كونها لم ترتكب خطأ ونكون آنذاك بصدد وجود إخلال بمبدأ المساواة أمام الأعباء العامة، أو لكون نشاط الإدارة ذو مخاطر خصوصية والذي تنتج عنه أضرار لا يمكن أن تبقى دون تعويض، فبما أن الإدارة تستفيد من ذلك النشاط فإنها في مقابل ذلك تتحمل التعويض عن الأضرار الناشئة عنه.[2]

ومنه يمكن القول أن المسؤولية الإدارية لا تعدو أن تكون سوى شكلاً من أشكال المسؤولية المدنية بمعناها الواسع كونها تسعى لجبر الضرر المسبب للغير، وليس لتسليط عقوبة الجزاء على المتسبب فيه. بمعنى أن المسؤولية الإدارية تشكل التزاماً يرتبط بذمة هذا الأخير، الهدف منه إصلاح الضرر اقتصادياً، فلا تكون بذلك سوى " مسؤولية مدنية للإدارة " أو بالأحرى مسؤولية مدنية للمرافق الاستشفائية إذا ما طبقت على المنشآت الصحية كمسؤولة

- **<u>قانون 27 ماي 1977 الخاص بالتلوث البحري</u>**: أقر هذا القانون مسؤولية موضوعية عن التلوث البحري بغض النظر عن إثبات الخطأ أو عدم إثباته.

- **<u>قانون 05 جويلية 1985 الخاص بحوادث السيارات</u>**: أُعفِي المضرور بموجب هذا القانون من إثبات الخطأ حتى يحصل على التعويض، فأصبحت المسؤولية موضوعية. "القمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص210.

[1] بن عبد الله عادل، المرجع السابق، ص 11.

[2] محمد السيد الدسوقي، التعويض عن الأضرار الأدبية المتعلقة بحياة وسلامة الإنسان، دراسة مقارنة بين الفقه الإسلامي والقانون المقارن، رسالة دكتوراه، جامعة المنصورة، مصر، 2006، ص332. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص67.

عن تسيير وإدارة نفايات النشاطات العلاجية موضوع هذه الدراسة، ذلك أنه، وإن كانت المسؤولية الناتجة عن ممارسة النشاط الطبي قد تكون مسؤولية جزائية أو تأديبية، كما يمكن أن تكون مسؤولية مدنية خاصة أو عامة، فإن مسؤولية المرفق العام الإستشفائي، ورغم خصوصيتها المرتبطة بصبغتها المرفقية، تبقى مسؤولية مدنية بالأساس باعتبار صبغتها التعويضية.[1]

وسيتم التفصيل في هذه المسؤولية دون خطأ في هذا الفرع بدايةً من تطورها وخصائصها في البند الأول ثم مقوماتها في البند الثاني.

البند الأول: تطور وخصائص المسؤولية بدون خطأ:

من بين الأفكار السائدة حتى نهاية القرن التاسع عشر، مبدأ سيادة الدولة الذي كان يتنافى ومسؤوليتها عن أعمالها الضارة، فلم تكن الدولة تسأل آنذاك لأنها كانت تعتبر بمثابة الملك الذي لا يمكن أن يخطئ لأنه كان بمثابة تجسيد للإله في الأرض.[2]

[1] معتز القرقوري، مرجع سابق، ص 148.

[2] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 9. عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية "دراسة تاصيلية تحليلية ومقارنة"، ديوان المطبوعات الجامعية، طبعة 1998، الجزائر، بدون سنة نشر، ص35: " هناك أسباب وعوامل أدت أو ساعدت على سمو مبدأ عدم مسؤولية الدولة، وتتمثل فيما يلي:

1- طبيعة الدولة قديماً وظروفها الإجتماعية، السياسية والإقتصادية، إذ كانت في معظمها دول دكتاتورية بوليسية لا تخضع لمبدأ الشرعية ولا لرقابة القضاء، وهو ما ساعد على انتشار وتوسع دائرة عدم مسؤولية الإدارة عن أعمالها غير المشروعة الضارة.

2- طبيعة العلاقة القانونية التي كانت تربط الموظف بالدولة والتي عرفت بالتعاقدية، وبالتالي فإن الإدارة لا تسأل عن الأضرار التي يسببها موظفوها للغير، على أساس أن هذه الأضرار تعد خارجة عن نطاق حدود العقد المتعلق بالوظيفة ويتحملون المسؤولية المدنية أمام القاضي العادي.

3- الإهتمام بقضايا حقوق الإنسان والدولة القانونية والعدالة الإجتماعية بصفة نظرية بغض النظر عن أساليب وفنيات تطبيقها.

4- إنعدام الأساليب القانونية والإجرائية اللازمة لإخضاع الإدارة للرقابة القضائية.

5- عدم بروز وبلورة فكرة التفرقة بين الخطأ المرفقي والخطأ الشخصي ونظرية المخاطر، وهو ما ساعد على عدم تحديد الخطأ الإداري.

كما أعتبر للدولة في القانون الفرنسي القديم إرادة تسمو على الأفراد وبالتالي لا يمكن مساءلتها لأن من خصائص السيادة أن تلزم الدولة الجميع دون أن تلتزم هي بالتعويض، وإن حدث وقامت بذلك – أي التعويض–، فلا يكون إلا على سبيل التسامح والتبرع.[1]

بعدها تم رفض فكرة سيادة الدولة وانعدام الخطأ من جانبها بفضل القضاء، فأصبحت الدولة تسأل عن أعمالها الضارة شريطة وجود خطأ مرفقي ينسب لأحد مؤسساتها أي هياكلها الإدارية،[2] ويقع على عاتق المضرور عبء إثبات ذلك حتى يمكنه الحصول على التعويض.

لكن، وبعد أن شكلت صعوبة إثبات الخطأ عائقاً حقيقياً أمام حصول الضحايا على التعويض عن الأضرار اللاحقة بهم نتيجة فعل الإدارة، ونظراً لاتساع رقعة أنشطة هذه الأخيرة

6- سمو مبدأ سيادة الدولة، إذ كان ينظر إليه على أنه يتنافى مع مبدأ المسؤولية ولا يلتقيان، فالدولة شخص معنوي تتمتع بكافة الحقوق والإمتيازات وأساليب السلطة العامة، وتتمتع بالسيادة وبالتالي فإنه لا يمكن مساءلتها عن أعمال سلطاتها بما فيها التنفيذية."

[1] " وهي الفكرة التي عبر عنها الأستاذ " لافريير" وفحواها:"أن خصوصية السيادة هي فرض نفسها على الجميع، دون استطاعتنا أن نطلب منها أي مقابل"، ويترجم ذلك بغياب الحق في التعويض سواءً بالنسبة للأضرار التي تسببها القوانين أو تلك التي تسببها القرارات الإدارية " السلطوية " أو المتعلقة بالسلطة العامة، ولا ترتب مسؤولية الأشخاص العموميين، ولا النتائج الضارة للتدابير المتخذة من طرفها في علاقتها مع موظفيها، ولا تلك المتمثلة في تدابير الشرطة الإدارية.

فكان أن وقفت فكرة السيادة عقبة أمام الاعتراف بحق الأفراد المتضررين من نشاط الدولة في المطالبة بالتعويض عن ذلك، فلم يكن حينها للمتضرر سوى الحق في بعض التعويضات التي أقرها المشرع بنصوص شكلية خاصة لم يقصد منها أبداً تقرير مسؤولية الدولة، وتمثلت أساساً في: حق الأفراد في التعويض عن الأضرار التي تصيبهم بسبب الحرب، وكانت مجرد مساعدات تقدمها الدولة، كما أن للمتضرر من خطأ ينسب لموظف لدى الدولة الحق في أن يقاضي هذا الأخير بصفة شخصية وفي ماله الخاص لكن المتضرر كان عادة ما يفاجأ بإعسار الموظف، بالإضافة إلى تدخل المشرع لحماية موظفي الدولة بحيث لم يسمح بمقاضاتهم إلا بعد الحصول على إذن مسبق من الإدارة بذلك." لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 10.

[2]" تدخل القضاء العادي وأقر مسؤولية الدولة عن نشاطها الضار، مطبقاً عليها قواعد القانون المدني، وفي القرار الصادر في 1843/01/30 رأت محكمة النقض الفرنسية بأن المادة 1384 من القانون المدني تطبق على الإدارات العمومية، بسبب الأضرار التي يسببها أعوانها وتابعيها خلال قيامهم بوظائفهم. غير أن مجلس الدولة اعترض على هذا الموقف مرتكزاً على مبدأ الدولة المدينة، مستنداً في ذلك على ما جاء في قانون 08 غشت 1790 من كون " كل دين على الدولة يسوى إدارياً "." لحسين بن شيخ آث ملويا، المرجع نفسه، ص10.

وتطورها باستخدام وسائل مختلفة لتغطي عدد أكبر من مجالات تدخلاتها، اضطر القاضي الإداري للبحث عن أسس قانونية أخرى لتبرير أحقية الضحايا في التعويض دون إثبات لخطأ الإدارة، فأقر مسؤوليتها حتى ولو لم ترتكب أي خطأ بل وحتى في حال عدم القدرة على تحديده، وهكذا وجد نوع آخر من المسؤولية والذي لا يستند إلى الخطأ بل إلى أسس أخرى، فنشأت المسؤولية بدون خطأ بعد أن ظلت المسؤولية على أساس الخطأ هي المسيطرة في القانون الإداري إلى غاية سنة 1895.[1]

وكما سلف الذكر، ((كان الفقه أول من استجاب لنداء التطور الحاصل في مجال الخطأ،[2] فقد بدأ في تحوير نصوص القانون المدني وبخاصة نص المادتين 1382- 1383 من التقنين المدني الفرنسي ولم يكن ذلك إلا محاولة لتيسير إثبات الضرر على المتضرر، بل إنهم اعتمدوا فوق ذلك على صياغة نظرية فقهية كاملة سموها " نظرية تحمل التبعات المستحدثة " أو" النظرية الموضوعية "، يقابلون بها " النظرية الشخصية " القائمة على الخطأ، وقالوا إن النظرية الشخصية لم تعد تتفق مع المنطق ولا مع التطور الاقتصادي.))[3]

[1] " تقوم مسؤولية الإدارة في فرنسا على أساس الخطأ، بحسب الأصل، وبجانب ذلك أنشأ مجلس الدولة الفرنسي نوعاً آخر من المسؤولية لا علاقة له بفكرة الخطأ حيث أقام المسؤولية على ركنين فقط هما الضرر وعلاقة السببية بينه وبين تصرف الإدارة. وأساس تلك المسؤولية مساواة الأفراد أمام الأعباء والتكاليف العامة. وقد اصطلح على تسمية هذا النوع من المسؤولية "المسؤولية على أساس المخاطر"." عطا سعد محمد حواس، مرجع سابق، ص 166.

[2] " وكانت الدعوة إلى ذلك من طرف فقهاء القانون المدني ومنهم "جوسران وسالى "Josserand et Saleilles"، وهذا بهدف إعفاء العمال ضحايا حوادث العمل من إثبات خطأ صاحب العمل والذي يعتبر مستحيلاً في أغلب الأحيان. وبعد ذلك تبنى القضاء الإداري هذه المسؤولية، وأقامها على أساس فرضيتين وهما المخاطر ومبدأ المساواة أمام الأعباء العامة." لحسين بن شيخ آت ملويا، دروس في المسؤولية الإدارية، الكتاب الثاني(المسؤولية بدون خطأ)، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2007، ص 5.

[3] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 196.

وتنص المادتان 1382 و1383 من القانون المدني الفرنسي على التوالي، على أن:

"كل عمل من أحد الناس ينجم عنه ضرر للغير، يجبر من حصل بخطئه على التعويض" و "يسأل كل شخص عن الضرر الذي سببه، ليس فقط بفعل ارتكابه، بل أيضاً بإهماله وعدم تبصره."

وكانت الفكرة الأساسية في كل ذلك، أنه إذا كان نشاط السلطة العمومية يهدف إلى تحقيق مصلحة عامة، يستفيد منها الكافة، فليس من العدل أن يتحمل آثاره السيئة شخص واحد أو مجموعة معينة لوحدهم، فينبغي إذن التمسك بمسؤوليتها ولو لم يوجد أي خطأ يمكن أن ينسب إليها، وانطلاقاً من هذا الرأي، فلمن يدعي ضرراً صادراً عن الإدارة أن يثبت تحقق هذا الضرر والعلاقة السببية بينه وبين فعل الإدارة.[1]

فمثلاً، وبعد أن أدت بعض المصانع التي تستعمل مواد ضارة إلى تلويث المحيط مسببة بذلك أضراراً للسكان وكان من الصعب إثبات الخطأ، أصبح من الضروري البحث أن أسس جديدة للمسؤولية تكون أكثر حماية للضحايا، فانتهى الاجتهاد القضائي إلى اعتبار المسؤولية المترتبة على الحارس بسبب فعل الشيء مسؤولية بقوة القانون، بعيدة كل البعد عن فكرة الخطأ. فكان ذلك من أهم أسباب تراجع هذه الأخيرة.[2]

وتكمن أهم خصائص ومميزات المسؤولية الإدارية دون خطأ في كونها ذات **طبيعة موضوعية** تنبع من قيامها في غياب الخطأ، وبالتالي نجدها تعنى بدراسة وتقدير الضرر بغية الوصول إلى إمكانية جبره من خلال تعويض الضحايا بغض النظر عن سلوك المرفق العام المتسبب فيه.

وقد دفعت هذه الفكرة بالقضاء الإداري ليجعل من هذا النظام للمسؤولية نظاماً استثنائياً أو احتياطياً في مقابل نظام المسؤولية الإدارية عن الخطأ الذي يشكل القانون العام،[3] أي أنه لا يتم اللجوء لهذا النظـام إلا في الأوضاع التي يتعذر فيهـــا على المضرور إثبات الخطأ أين

---

[1] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص21.

[2] ثابت دنية، التوجه الموضوعي للمشرع الجزائري في المسؤولية المدنية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، جامعة المسيلة، 2022/2021، ص 75.

[3] " تعتبر المسؤولية المدنية بصورتها التقليدية (المسؤولية التقصيرية) حجر الزاوية في النظام القانوني، إذ أنها تقوم على ثلاثة أركان، لابد من توافرها: اذ تستوجب عنصر الخطأ الذي يعتبر أساس المسؤولية عن العمل الشخصي، وأن هذا الخطأ نجم عنه ضرر أصاب المضرور، ولابد من ربط هذا الضرر بالفعل الخاطئ المولد له." موفق حمدان الشرعة، المسؤولية المدنية عن تلوث البيئة، أمواج للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2014، ص7.

لا يعقل أن يترك الضحية في مثل هذه الحالات دون تعويض رغم عدم ثبوت الخطأ، وهو ما اتجهت المحاكم مؤيدة بآراء الفقه إلى تجسيده – في ظل كل التطور التكنولوجي الحاصل– حماية للمتضررين العاجزين عن إثبات خطأ إلى جانب محدث الضرر. فكان أن لجأت، ومن أجل تمكينهم من الحصول على التعويض، إلى البحث عن معيار موضوعي للحكم بهذا الأخير، وبذلك تبلورت المسؤولية الموضوعية بعد أن أصبحت المسؤولية تترتب بحكم القانون وتقوم بمجرد وقوع الضرر وإن لم يرتكب المسؤول أي خطأ.[1]

كما أن الطبيعة الموضوعية للمسؤولية دون خطأ تجعل منها لا تولي أية أهمية للفعل المولد للضرر بل ينصب اهتمام القاضي كله على الضرر المتميز الذي أصاب الضحية والذي يستوجب حكمه له بالتعويض، دون أن يهتم بإسناد أي عتاب لسلوك الإدارة. وبذلك تكون المسؤولية دون خطأ ذات طابع تعويضي بحت، وهو ما يجعل منها مسؤولية موضوعية.

من جهة أخرى، تدخل المسؤولية الإدارية دون خطأ ضمن **إطار النظام العام** نظراً لطابعها الاستثنائي الذي يقف موقفاً حيادياً أمام عمل الإدارة، ليحقق بذلك امتيازاً للضحية على حساب هذه الأخيرة،[2] ذلك أنه، وإن كانت مهمة القاضي هي النظر في ما قدم له من عناصر وأسباب وعدم تخطيها لما لم يثره أحد الأطراف، وان كان نطاق الدعوى يحدد في المنازعات الإدارية بطلبات هؤلاء الأطراف، فالأمر يختلف تماماً عندما يتعلق بعنصر أو بمسألة من النظام العام أين يحق للقاضي إثارة أية نقطة تتعلق بموضوع النزاع من تلقاء نفسه، حتى ولو لم ينتبه لها أو يتمسك بها أي طرف من الأطراف. وهو ما ينطبق على المسؤولية دون خطأ سواء في المجال الإجرائي أو في مسار المنازعة، كونها – أي المسؤولية– مسألة من النظام العام.

[1] موفق حمدان الشرعة،مرجع سابق، ص 109.

[2] دهنون فوزية، المسؤولية الإدارية للمرافق الاستشفائية في التشريع الجزائري، مذكرة مكملة من متطلبات نيل شهادة الماستر في الحقوق– تخصص: قانون إداري– جامعة بسكرة، الموسم الجامعي: 2014/2013، ص 30.

وقد يبدو القول بأن تحقيق نظام المسؤولية دون خطأ أفضلية للضحية والمرفق العام معاً أمراً غريباً نوعاً ما، لكن تفسير ذلك يكمن في إعطائه كلا طرفي المنازعة امتيازاً واضحاً يتجلى من جهة في إعفاء الضحية من عبء إثبات الخطأ وهي نقطة تصب في مصلحتها مباشرة، في حين يعفي أيضاً فالجهة الأخرى المرفق العام من تقدير صحة سلوكه المولد للضرر. وهو ما يعد من مفارقات نظام المسؤولية دون خطأ، وان كان مركز الضحية أكثر ايجابية على أساس أن هذا النظام يرتب المسؤولية المباشرة بالنظر إلى الضرر.[1]

البند الثاني: مقومات المسؤولية الإدارية دون خطأ:

تُقرّرُ المسؤولية الإدارية دون خطأ، سواء في التشريع الفرنسي أو الجزائري إما على أساس المخاطر كالمخاطر الناجمة عن الأنشطة المختلفة للإدارة[2] من أشغال تقوم بها، أو عن الأضرار التي تصيب المجاورين لها، أو الأضرار التي تنتج عن استخدامها لوسائل وأشياء خطيرة (أولاً)، وإما على أساس الإخلال بمبدأ المساواة أمام الأعباء العامة، إذ يقع على السلطة العمومية واجب التعويض عن ما يلحق المتضررين نتيجة الإخلال بهذا المبدأ والمستمد أصلاً من مبدأ آخر هو مساواة الجميع أمام القانون (ثانياً)، كما قد تقوم المسؤولية الإدارية دون خطأ على مبدأ الحيطة بصفته أساساً حديثاً لها (ثالثاً).

[1] دهنون فوزية، مرجع سابق، ص 30-31.

[2] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 32: " ينجم الخطر غالباً عن الخطأ، وإن كان قد يعزى في حالات أخرى للقدر أو المصادفة، وهو ما يوضح الخلط الكبير- على حد قول البروفيسور(G.GRAPPIN)- بين مدلول الخطر والخطأ، لما بينهما من تداخل، بل إنه قد اعتمد في تعريف الخطأ ذاته على فكرة الخطر، معتبراً أن الخطأ هو عدم اتخاذ كافة الاحتياطات التي من شأنها الحد من جسامة هذه المخاطر."

Le professeur (Grappin) propose une intéressante définition de la faute, basée sur le risque: (la faute est de ne pas prendre toutes les précautions pour limiter la fréquence et la gravité du risque.)

أولاً: المسؤولية الإدارية القائمة على أساس المخاطر:

ويطلق عليها أيضاً المسؤولية المطلقة،[1] والتي تجدر الإشارة إلى أنها ترجع تاريخياً إلى قانون الألواح الاثني عشر الرومانية ضمن ما عرف بدعوى (الضرر غير المتعمد) في إقامة المسؤولية عن الضرر الذي تسببه الحيوانات. كما وجدت أيضاً في نظرية الضمان في الفقه الإسلامي، حسب أقدم وثيقة قانونية تثبت ذلك.[2]

ويلجأ القضاء الإداري عادة إلى بناء المسؤولية الإدارية دون خطأ على أساس فكرة المخاطر خاصة عند صعوبة إثبات الخطأ أو صعوبة تحديده،[3] إلى جانب أن مبادئ العدالة والإنصاف تقتضي أن لا تبقى الضحية بدون تعويض عن ما لحقها من ضرر ناتج عن المخاطر التي قد تنتج عن نشاط الإدارة، لمجرد أنه ليس بمقدورها إثبات خطأ هذه الأخيرة،[4]

---

[1] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص206: " يتناول فقهاء القانون الدولي الإداري هذه النظرية بتسميات مختلفة، منها المسؤولية المطلقة (Absolute Liability) والمسؤولية المشددة (Strict Liability) والمسؤولية غير الخطئية (Liability without Fault) باعتبارها ترتكز على أساس قانوني واحد يتمثل بانتفاء وجود خطأ بجانب الشخص المسؤول، كما وشاعت المسؤولية الموضوعية أو المسؤولية على أساس تحمل التبعة– بصورتيهما المطلقة والمقيدة – في مجال القانون المدني، والمقصود بالصورة المطلقة لتحمل التبعة مساءلة الشخص عن النتائج الضارة لأي نشاط يقوم به دون حصر، بينما الصورة المقيدة لها تعني مسؤولية الشخص فقط عن النتائج الضارة لنشاطه في الحالات التي يربح منه أي الغرم بالغنم."

[2] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص206.

[3] " إذا كان لفظ "خطر" من الاتساع بمكان حيث يشمل كل عارض أياً كانت أسبابه، من شأنه إخراج الشيء عن الأصل من النفع إلى الضرر، فإن اعتمادها في مجال الضمان يفرض قصر دلالتها على ما يلازم تقنيات العمل أو المنتجات أو الخدمات من عوارض ضارة، وبصفة أساسية ما كان منها ماساً بصحة وسلامة المستهلك، وإن لم تعز بالضرورة إلى مظاهر عدم الكمال الفني وإنما لمخاطر التقدم العلمي ذاتها (les risques de développement). وبهذا المفهوم يبدو مفهوم الخطر أكثر دلالة على ما تضمره التكنولوجيا من احتمال تحقق الضرر وأكثر خدمة لمصالح المضرورين." حسن عبد الرحمن قدوس، مدى التزام المنتج بضمان السلامة في مواجهة مخاطر التطور العلمي، دار النهضة العربية، بدون سنة نشر، ص 2. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 100.

[4] " تثبت الوقائع التاريخية والقانونية أن أحد مصادر مسؤولية المخاطر ورد في نص المادة 13 من إعلان حقوق الإنسان والمواطن الفرنسي في 1789/08/26. ومقتضى هذا المبدأ في خصوص نشاط المرافق العامة، أن هذه المرافق تنشأ لخدمة جميع المواطنين وجميعهم مساهمين في نفقاتها وتكاليفها، فليس من العدل أن يتحمل بعضهم فقط تبعات النتائج الضارة لهذا النشاط وما انتفت علاقة هذه النتائج بأي خطأ من جانبهم، أي حرمان المتضررين من أنشطة المرافق العامة من التعويض عما لحقهم من أضرار سيعني أنهم يمولون في واقع الحال منافع لغيرهم بما يجاوز نصيبهم في تكلفة هذه المنافع، وغيرهم بالمقابل

حتى أن البعض من الفقهاء يرى أن فكرة المخاطر تعد أساساً لكل حالات المسؤولية بدون خطأ، فإذا كان نشاط الإدارة يهدف إلى تحقيق مصلحة عامة، فإنه قد يؤدي إلى إحداث أضرار لبعض الأفراد، يكون من الواجب التعويض عنها، فعلى الإدارة إذن أن تتحمل نتيجة هذه المخاطر الناجمة عن نشاطاتها.

أما البعض الآخر من الفقهاء فيرى بأن فكرة المخاطر هي أساس المسؤولية على الأقل في بعض حالات المسؤولية بدون خطأ، فليس للإدارة أن تجني أو تستفيد من نتائج نشاطها دون أن تتحمل مغارمه، وهذا المبدأ مكن من تفسير الحالات التي أقر فيها القضاء مسؤولية الإدارة بدون خطأ، والتي طبقت فيها فكرة المخاطر.

وعن تطبيق هذه النظرية كأساس للمسؤولية في المجال الطبي، ما جاء في مجال التبرع بالدم أين نص المشرع الفرنسي على القواعد الخاصة بتعويض المصابين بفيروس الإيدز استناداً لفكرة الخطر محل فكرة الخطأ، التي تعتبر محور القواعد العامة للمسؤولية الإدارية بافتراض أن الحوادث الناتجة عن نقل الدم تمثل خطراً استثنائياً. حيث أقر قانون الصحة العامة الفرنسي في 1991/12/31 بالتعويض عن الإصابة بفيروس الإيدز بسبب نقل الدم الملوث.[1]

فالمشرع الفرنسي هنا ربط الضرر الاستثنائي بالخطر الاستثنائي. وساعد في ذلك، ابتداع القضاء الإداري الحلول الأفضل لمنتفعي المرفق الطبي العام وتوجت بقانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي الصادر في 2002/03/04.[2]

مستفيد منها بأكثر من قدر مساهمته. ومن ثمة ميلاً لكفة الميزان لصالح البعض إزاء المرافق العامة وهو ما تنفر منه مبادئ العدالة والمساواة." محمد فؤاد عبد الباسط، تراجع فكرة الخطأ – أساساً لمسؤولية المرفق الطبي العام– الاتجاهات الحديثة لمجلس الدولة الفرنسي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 2003، ص 8. نقلاً عن:

André Hauriou, Jean Gicquel, Droit constitutionnel et Institutions politiques, 7ed, annexe II, 1980, pp 1159-1161. نقلاً عن: لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص 205.

[1] " امتدت المسؤولية بدون خطأ لتشمل حالات العدوى بالأمراض أثناء التواجد بالمستشفيات والأضرار الجسيمة الناشئة عن أعمال العلاج ومنها الأضرار الناتجة عن عمليات نقل الدم، فيلتزم المستشفى إزاء المرضى بنقل دم سليم من أي تلوث، وتثور المسؤولية في هذا الصدد عند التعرض لخطر انتقال فيروس فقدان المناعة المكتسبة مثلاً لأحد المرضى سواء كان ذلك جراء تلوث الدم بالفيروس أو من تلوث الوسائل المستعملة لذلك الغرض." طيب ابراهيم ويس، ايراين نوال، مرجع سابق، ص 200.

[2] لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص212.

وتجدر الإشارة إلى أن القضاء الإداري الفرنسي اتجه مؤخراً إلى إقرار المسؤولية بدون خطأ للمرافق الطبية العامة، وعلى أساس المخاطر، وهو ما يعد خطوة كبيرة خطاها هذا القضاء نحو التخلي عن اشتراط الخطأ لمساءلة المستشفى العام، وذلك بعد أن كان إلى عهد قريب يشترط الخطأ الجسيم لمساءلة المستشفى العام عن أخطاء الأطباء، وقد كانت باكورة الأحكام في هذا الاتجاه حكم مجلس الدولة الفرنسي في 09 أبريل 1993.[1]

وقد قرر هذا الحكم المبدأ التالي: " العمل الطبي الضروري لتشخيص أو علاج المريض عندما ينطوي على مخاطر معروفة من حيث وجودها لكن تحققها يعد أمراً استثنائياً ولا يوجد أي سبب يدعو للاعتقاد بأن المريض قد تعرض لها بالحالة الأولية للمرض، ولا مع التطور المتوقع لهذه الحالة وتنطوي على طابع الجسامة المفرطة يكون المرفق الطبي مسؤولاً عن هذه المخاطر دون حاجة إلى ثبوت الخطأ..."[2]

---

[1] أحمد محمد صبحي أغدير، المسؤولية الإدارية عن أضرار المرافق العامة الطبية (دراسة مقارنة)، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، 2009، ص 427 وما بعدها. نقلاً عن: أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص364.

CE. Ass.09/04/1993, n° 138653.

Duguet Anne Marie, Thomas Agnès, Responsabilité Médicale, op.cit., p 05: « Une décision du Conseil d'État du 9 avril 1993, crée un nouveau cas de responsabilité d'un établissement non pas sur la faute mais sur le risque (tétraplégie à la suite d'une artériographie). Tout en reconnaissant l'absence de faute, les juges condamnent néanmoins l'hôpital à indemniser la victime du fait des conséquences gravissimes de l'acte médical qu'il a subi. Il s'agit de réparer le grave préjudice consécutif à un acte médical dont le risque est exceptionnel mais connu, quand ce risque survient chez un patient qui n'y est pas exposé du fait de sa pathologie. Son application reste de portée limitée car elle sous-entend l'existence : d'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement ; cet acte doit présenter un risque dont l'existence est connue (le risque de développement qui est inconnu ne peut pas donner lieu à réparation) ; ce risque doit se réaliser de façon exceptionnelle (on écarte à priori l'indemnisation des risques sériels) ; il doit être directement responsable du dommage ; le patient ne doit pas être prédisposé au risque ; et le dommage doit être d'une exceptionnelle gravité et sans rapport avec l'état initial. Elle vise en fait à indemniser le patient qui "n'a pas de chance" : le "cas sur un millier" qui va développer l'effet indésirable rare et grave. »

[2] " الواقع أنه في دعوى السيد بيونشي لم يكن الأمر يتعلق بتقنية علاجية جديدة فالمريض كان قد دخل المستشفى لإجراء تصوير بالأشعة لشرايين العمود الفقري وهو فحص تقليدي ، وإن كان لا يخلو من المخاطر، وقد ترتب على هذا الفحص شلل المدعو Bianchi. هذه الحادثة لم تكن، وفقاً لرأي الخبراء، نتيجة أي خطأ وإنما نتيجة ما استخدم من أدوات لإجراء هذا الفحص أو نتيجة الأدوية التي حقن بها المريض واللازمة لإجراء هذا النوع من الأشعة، مما أدى بمحكمة مارسيليا إلى رفض دعوى المضرور ونفي مسؤولية المستشفى. وبالرغم من ذلك فقد أقر مجلس الدولة مسؤولية المستشفى وقضى بتعويض المضرور. " محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص 121.

وعليه، يمكن أن يستخلص من خلال هذا الحكم، أنه ولإعمال المسؤولية دون خطأ للمرفق الطبي العام ينبغي توافر الشروط الآتية:

1- وجود عمل طبي ضروري.

2- تعرض المريض لمخاطر استثنائية غير معروفة.

3- عدم وجود استعداد سابق لدى المريض يكون هو سبب التعرض لهذه المخاطر.

4- أن ينطوي الضرر على جسامة استثنائية مفرطة.

غير أن البعض من فقهاء القانون المدني يرون أن المسؤولية على أساس المخاطر لا يمكن أن تكون إلا مسؤولية احتياطية، وأنه لا يجب أن يفرضها المشرع إلا في ميادين محدودة، ومن بين هؤلاء الفقهاء الأستاذ " روني سافاتييه René Savatier".[1]

هذا، ويعد قرار مجلس الدولة الفرنسي بتاريخ 28 مارس 1919 – قضية رونيو دزروزيي Regnault-Desroziers القرار الذي شكل مرحلة هامة في تطور الاجتهاد القضائي الذي يقر مسؤولية الدولة دون خطأ وبناءً على المخاطر(المسؤولية عن فعل الأشياء الخطيرة).[2]

---

[1] " وقد قام القضاء الفرنسي ومن بعده الجزائري بتطبيق نظرية المخاطر بصورة تدريجية، أين طبقها على المخاطر الاستثنائية للجوار (كانفجار مخزن للمواد المتفجرة بثكنة، أدى إلى وقوع أضرار في الأموال والأرواح بالنسبة للمناطق الآهلة المجاورة لهذه الثكنة)، ثم طبقها أيضاً على الأضرار الناجمة عن استعمال الوسائل والتقنيات الخطيرة من طرف السلطة العمومية أو بعض المرافق (كالأسلحة النارية التي تستخدمها الشرطة مثلاً،...)، بالإضافة إلى توسع القضاء في تطبيق هذه الفكرة في عدة مجالات أخرى جراء تزايد تدخل الإدارة بنشاطاتها في مختلف الميادين. " لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية بدون خطأ، مرجع سابق، ص 7.

[2] " وتعود وقائع القضية لسنة 04 مارس 1916 أين انفجر حصن يحوي مخزون من الذخيرة الحربية والذي تسبب في وفاة 23 شخصاً وجرح 81 وتدمير عدد من المساكن لأن السلطات العسكرية كانت قد جمعت فيه كميات كبيرة من القنابل اليدوية والقنابل الحارقة. واستجاب مجلس الدولة لطلب التعويض التي تقدم بها أحد المتضررين معتبراً أن تنظيم مثل هذه العمليات في ظل ظروف الحرب قد انطوى على مخاطر تتجاوز حدود المخاطر العادية للجوار، وأن من شأن هذه المخاطر في حالة وقوع المكروه أن تقيم مسؤولية الدولة دون النظر إلى وجود أي خطأ. وجاء تسبيبه للقرار كما يلي:" إن تلك العمليات المجراة... تشتمل على مخاطر تتجاوز حدود تلك الناتجة عادة عن الجوار، ومن طبيعة مثل تلك المخاطر في حالة حادث حصل خارج

وبناء على ذلك، تسأل المستشفيات عن الأضرار التي تنجم عن أطنان النفايات التي تنتج عن نشاطها، شأنها شأن الطبيب الذي يسأل كذلك عن النفايات التي تطرحها عيادته الخاصة متى ما سببت أضراراً للإنسان أو البيئة، وذلك على اعتبار أن هذه النفايات تعد مواد وأشياء خطرة يجب التعامل معها بدقة وعناية لكي لا ينتج عنها ضرر. وهو ما ينطبق بالأخص على النفايات السامة التي توصف غالباً بالأشياء الخطرة التي تستوجب عناية خاصة في حراستها وحفظها، مما جعل جانب من الفقه الفرنسي يثير فكرة المسؤولية الشيئية عن الأضرار التي تسببها وفقاً للمادة 1384 الفقرة الأولى من القانون المدني الفرنسي.[1]

ومن الأمثلة التي طبقت فيها نظرية المخاطر أيضاً كأساس للمسؤولية الطبية في التشريع الفرنسي، نذكر قانون 1961/08/02 المتعلق بمجال التبرع بالدم والذي جاء ليشمل الأضرار اللاحقة بالمتبرع في حال تغيرت خصائص دمه عن ما كانت عليه قبل ذلك، ليوسع بعدها المشرع الفرنسي من نطاق التعويض بقانون 1993/01/04 الذي يشمل كافة المتبرعين بالدم بغير ارتهان بحالة تغير خصائصه.[2]

كل واقعة للحرب أن تقيم خارج كل خطأ مسؤولية الدولة. ونظراً لأنه من غير المتنازع فيه بأن انفجار حصن La Double Couronne الحاصل في 04 مارس 1916، كان نتيجة للعمليات المذكورة أعلاه، فإن العارض مؤسس في إصراره على أنه يجب على الدولة إصلاح الأضرار الناتجة عن ذلك الحادث...". وقد شكل ذلك اعترافاً لمجلس الدولة بأحقية الضحايا في التعويض على أساس المخاطر غير العادية للجوار الناشئة عن تجميع كمية كبيرة من القنابل اليدوية بالقرب من منطقة سكنية، على خلاف رأي محافظ الحكومة الذي التمس الحكم بالتعويض على أساس أخطاء السلطة العسكرية في تسيير المرفق." لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية بدون خطأ، مرجع سابق، ص 25 و 26.

[1] شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص60-61. لقمان فاروق حسن، مرجع سابق، ص211: " وبهذا، يكون القضاء قد توسع في تعويض الضحايا عندما تتسبب الإدارة في وجود أخطار متميزة؛ مثل الأشياء الخطرة Des objets dangereux في القضية السابقة أو الأسلحة النارية Les armes à feu بالنسبة للأضرار التي تحصل للأشخاص الغرباء عن عمل الشرطة، والمنشآت العامة الخطرة والمواد الخطرة Les produits dangereux كحقن الدم الملوث بفيروس السيدا."

[2] " من صور المسؤولية بدون خطأ المتعلقة بالمرفق الطبي العام، التي ترتبط بتصوير المشرع الفرنسي، ومن جزئيات هذه الصورة:

أ. مسؤولية الدولة عن الأضرار الناجمة عن عمليات التطعيم الإجباري، وهذا ما نصت عليه المادة L10.1 من قانون الصحة العامة الفرنسي، على أن هذا النظام لا يشمل عمليات التطعيم التي لا يفرضها المشرع إجباراً، حتى وإن فرضتها السلطات الإدارية.

هذا، ((ويحث على وجوب أن تكون المنتوجات الدموية مصدراً للمسؤولية بدون خطأ، بسبب خطر العدوى (بالخصوص فيروس السيدا) والذي يكون عرضة له الأشخاص المحقونين. وتعتبر مسؤولة مراكز نقل الدم والتي تحتكر جمع الدم " حتى في غياب خطأ عن النتائج الضارة للنوعية السيئة للمنتوجات التي توردها " بالنسبة للمهمة المسندة إليها من طرف القانون بقدر ما هي راجعة إلى المخاطر التي يشكلها توريد المنتوجات الدموية.))[1]

وقياساً على ذلك يمكن القول بأنه لا يشترط الخطأ بالنسبة للمسؤولية الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية، على أساس خطر العدوى الذي قد ينجم عن بعض أنواعها كالأدوات الحادة أو الواخزة الملوثة أو الحاملة لفيروسات معدية، خاصة بالنسبة لجامعيها والمكلفين بمعالجتها والتخلص منها، أو ذلك الذي ينجم عن إعادة استعمالها من طرف المتعاطين النابشين في حاوياتها. بالإضافة لذلك، يبقى الخطر الأكبر قائماً إذا ما علمنا أن بعض الدول النامية الفقيرة تقوم بشراء هذا النوع من النفايات لإعادة استعماله دون أدنى حد من التطهير أو التعقيم، كما يشار في هذا المقام إلى التخلص السيء وغير الآمن لمراكز نقل الدم من منتجاتها الدموية وأكياس الدم غير الصحية يشكل بدوره خطراً على الإنسان و البيئة.

كما يرتبط ذلك بنفايات النشاطات العلاجية على أساس أنه قد يتخلص من أكياس المنتوجات الدموية الملوثة بطريقة غير صحيح، كرميها مثلاً في المكبات والمفارغ المفتوحة مما

ب. الأضرار التي يتعرض لها المتبرع بالدم في الحالة التي يتم فيها تعديل خصائص الدم قبل سحبه، فقد ألقيت هذه المسؤولية على المؤسسة التي تولت مجموع العمليات المتعلقة بهذا الأمر بموجب المادة L.664-al.4.

ج. الأضرار الناجمة عن البحوث التي تجرى دون منفعة طبية علاجية مباشرة لمن يخضع لها، فمثل هذه البحوث والتجارب التي تجريها مؤسسة الاستشفاء العامة تؤدي إلى قيام مسؤولية تلك المؤسسات دون أن تستطيع الأخيرة أن تحتج في مواجهة المضرور بفعل الغير، ولا بانسحابه الإرادي بعد أن قبل الخضوع لتلك التجربة قبل البدء بها، وهذا ما نصت عليه المادة L.209-7, al.1 من قانون الصحة العامة.

د. المسؤولية عن الإصابة بالإيدز، فقد اشترط القانون الصادر في 31 ديسمبر 1991 أن يكون انتقال عدوى الإيدز نتيجة نقل منتجات الدم أو الحقن بمشتقاته على أراضي الجمهورية الفرنسة، وبالتالي لا يستفيد من أحكام القانون من يصاب بالإيدز بأي طريق آخر مثل العلاقات الجنسية." محمد محمد عبد اللطيف، قانون القضاء الإداري، الكتاب الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004، ص364 و365. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 116.

[1] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية بدون خطأ، مرجع سابق، ص 31.

قد يشكل خطراً على جامعي النفايات أو نابشيها متى ما ثقبت الأكياس وتعرضت أجسامهم الحاملة لخدوش أو جروح للدم الملوث.

كما طبقت أيضاً نظرية المخاطر كأساس للمسؤولية في المجال الطبي في التشريع الفرنسي في عدة أوضاع، نذكر منها قانوني 1964/07/01 و 1975/05/26 اللذين ضمت بموجبهما حوادث التطعيم الإجباري إلى نطاق المسؤولية بدون خطأ. ثم بعدها، وُسِّع نطاق التعويض بقانون 1988/12/20 للأشخاص الذين يتطوعون للتجارب الطبية.[1] وقد تم تناول تنظيم هذا الموضوع الأخير من طرف المشرع الفرنسي بمقتضى القانون رقم 88-1138 المتعلق بحماية الأشخاص المشاركين في الأبحاث البيولوجية الطبية، والذي أدخلت نصوصه بعد ذلك في تقنين الصحة العامة في المواد من 209-1 إلى 209-23.[2]

وعليه، يكون الأمر قد استغرق طويلاً حتى أقر مجلس الدولة الفرنسي إمكانية مساءلة سلطات الصحة العامة عن أضرار التشخيص والعلاج التي تتسبب فيها في الظروف

---

[1]" ميز قانون 20 ديسمبر 1988 بموجب المادة 7/209 من قانون الصحة العامة الفرنسي بين الأبحاث الطبية التي لا تحقق منافع فردية مباشرة للمتطوع والتي تثار بصددها مسؤولية الإدارة بدون خطأ، وبين تلك التي يطبق بصددها نظام المسؤولية على أساس الخطأ المفترض." أمال بكوش، مرجع سابق، ص 177.

[2]" وقد ميزت نصوص القانون الفرنسي بين نوعين من التجارب هما: التجارب التي تنتظر منها فائدة مباشرة للشخص الخاضع لها، والتجارب الأخرى التي تجرى على أشخاص من المرضى أم لا، وتسمى بالأبحاث البيولوجية الطبية، دون فائدة فردية مباشرة. ويقصد بهذا النوع الثاني من التجارب التي تجرى بقصد تحقيق غاية علمية طبية، كاكتشاف علاج جديد، أو تحسين علاج قائم، فالتجربة في هذه الحالة الأخيرة لا تستهدف لأي غرض علاجي بالمعنى الصحيح لمن تمارس عليه التجربة بهدف حماية الأشخاص الخاضعين لتجارب من النوع الأخير، فقد اشترطت المادة 209-14 من تقنين الصحة العامة ألا تتضمن هذه التجارب أي خطر متوقع وجاد على صحة الخاضعين لها." سهير منتصر، المسؤولية المدنية عن التجارب الطبية في ضوء قواعد المسؤولية المدنية للأطباء، دار النهضة العربية، بدون سنة نشر، ص 29. نقلاً عن: محمد حسن قاسم، مرجع سابق، ص195.

Les recherches biomédicales sans bénéfice individuel direct né doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes que s'y prêtent.

" وفيما يتعلق بمسؤولية القائم بالتجربة عن إصابة الخاضع لها بضرر، فقد ميز المشرع الفرنسي بين النوعين من التجارب المشار إليها فيما تقدم. ففي حالة التجارب دون فائدة فردية مباشرة أي دون غاية علاجية مباشرة للخاضع للتجربة، افترض المشرع خطأ القائم بالتجربة، ولكنه جعل له إمكانية التخلص من المسؤولية بنفي الخطأ عن نفسه مع ملاحظة أنه لا يمكنه نفي هذه المسؤولية استناداً إلى أن الضرر يعود إلى فعل الغير، أو إلى أن ذلك مرجعه الانسحاب الإرادي للخاضع للتجربة." نقلاً عن: محمد حسن قاسم، المرجع السابق نفسه، الصفحة نفسها.

الاستثنائية دون إثبات الخطأ، وهو ما أكده، كما سلف الذكر، سنة 1993 بموجب قرار Bianchi الذي يعد خطوة حاسمة في إقرار المسؤولية دون خطأ في المجال الطبي.[1]

وقد بنى مجلس الدولة قراره هذا ((على اعتبار إمكانية تحقق الخطر الناجم عن العمل الطبي الضروري بصورة استثنائية، بدون سبب يسمح بالاعتقاد بأن المريض سيتعرض له بشكل خصوصي، لذا فإن مسؤولية مؤسسة الاستشفاء العامة تقوم إذا كان تنفيذ هذا العمل هو السبب المباشر لأضرار لا علاقة لها مع الحالة السابقة للمريض، ولا مع التطور المتوقع لهذه الحالة، وتتصف بدرجة قصوى من الجسامة.))[2]

وعلى هذا الأساس، اعتبرت هذه المسؤولية الإدارية القائمة على المخاطر الطبية أو مخاطر العلاج والتي أوجدها مجلس الدولة الفرنسي لأول مرة وربطها بالضرر الاستثنائي، ونظراً لهذه الخصوصية، مسؤولية استثنائية أو تكميلية. بمعنى أنها نظرية تكميلية استثنائية تهدف إلى خلق توازن بين امتيازات الإدارة وحقوق الأفراد، وهي مسؤولية تنجر عن ضرر غير عادي واستثنائي ولا تقوم إلا بالشروط الآتية:

– لا يعوّض الضرر فيها إلا إذا وصل درجة معينة من الخطورة.

---

[1] " تتلخص تفاصيل القضية في أن " السيد بيانشي" الذي كان يعاني من نوبات أعصاب، وبخاصة في القسم الأيمن من وجهه، جراء خلل في الفقرات، أدخل المستشفى في أكتوبر 1978 لإجراء تصوير بالأشعة لشرايين العمود الفقري. وقد تم ذلك بالفعل بعد عدم تبيين عملية الأشعة والسكانر لأي شيء يذكر، وبالرغم من غياب أي خطأ في التشخيص بحسب الخبرة، بقي مشلولاً بعد خضوعه لذلك الفحص التقليدي الذي لم يكن أبداً خطيراً. والسبب وفقاً لرأي الخبراء دوماً، يعود إلى الأدوات المستخدمة لإجراء هذا الفحص أو نتيجة الأدوية التي حقن بها المريض، واللازمة لإجراء هذا النوع من الأشعة. فبعد أن رفضت محكمة مرسيليا الإدارية دعوى المضرور ونفت المسؤولية عن المستشفى لعدم إثباته وجود خطأ في جانبها، رفض المجلس في 1988/09/23 كل ما أثاره المضرور ضد المستشفى، سواء ما تعلق بما يشوب الخدمة الطبية من خلل، أو لعدم تحذير المريض عن المخاطر المتصلة بتلك الفحوصات أو بعدم فاعلية العناية الطبية بعد إجراء الفحوصات. غير أن المجلس طلب تقرير خبرة تكميلي، لتحديد الدور المحتمل للمنتج المستخدم في إجراء الأشعة المجهرية، ولم يستطع الخبراء في تقريرهم، وبعد مضي كل هذه المدة، من تحديد أي فعل أو امتناع خاطئ في جانب المستشفى، الأمر الذي دفع بمفوض الدولة (S.DAEL) إلى دعوة الجمعية العامة للمجلس، لبحث إمكانية مساءلة المستشفى على أساس المسؤولية دون خطأ، فكان ذلك وألزم المستشفى بتعويض المضرور." عميري فريدة، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون– فرع: قانون المسؤولية المهنية–، جامعة تيزي وزو، 2011، ص 39.

[2] زياد خالد يوسف المفرجي، المرجع السابق، ص 67.

– ينبغي فيها على الضحية المضرور إثبات وجود علاقة سببية بين الضرر وعمل الإدارة.

– مسؤولية لا تعفى ولا تخفّف إلا في حالتي القوة القاهرة أو خطأ الضحية – أي مسؤولية الإدارة في نظام المسؤولية بدون خطأ– بينما تضاف إليها حالتي خطأ الغير والظرف المفاجئ أو الطارئ في حالة المسؤولية الإدارية على أساس الخطأ.[1]

– مسؤولية قضائية.

هذا، وقد ساعد القضاء الإداري في ابتداع الحلول الأفضل لمنتفعي المرفق الطبي العام فتُوّج ذلك بقانون حقوق المرضى وجودة النظام الصحي الصادر في 2002/03/04.[2]

[1] طاهري حسين، مرجع سابق، ص 54.

[2] عميري فريدة، مرجع سابق، ص 38. مأمون عبد الكريم، رضا المريض (الأعمال الطبية والجراحية)، دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2009، ص 299: " ومن بين الأسباب التي عجلت بصدور هذا القانون " قرار بيروش" (Arrêt Perruche)، الذي تتلخص وقائعه في حصول الطفل Nicolas Perruche ووالديه على تعويض بسبب ازدياد هذا الأخير وهو مصاب بمرض Syndrome de Gregg سببه داء الحميراء الذي كانت مصابة به الأم وهي حامل. وقد استندت السيدة Perruche في دعواها على خطأ الطبيب ومخبر التحاليل الذين عجزا عن اكتشاف الداء في الوقت المناسب لتمكينها من إجهاض الجنين." نقلاً عن: بحماوي الشريف، التعويض عن الأضرار الجسمانية، مرجع سابق، ص 279.

ثانياً: المسؤولية الإدارية على أساس المساواة أمام الأعباء العامة:

تقوم المسؤولية في هذه الحالة على مبدأ المساواة –المنشق من "المبدأ العام للمساواة أمام القانون" المنصوص عليه في القانون الدستوري– وتعد من المبادئ العامة للقانون الإداري التي يطبقها القضاء الإداري حتى في غياب النص، ويتمثل الدور الرئيسي لهذا المبدأ في إعطاء أساس للمسؤولية دون خطأ للأشخاص العموميين عند وضعهم لتكاليف خاصة على عاتق بعض أعضاء الجماعة، وهو بذلك يسهم في تبرير التعويض المستحق والمدفوع كمقابل عن المساواة المقطوعة.

فعلى العكس من المسؤولية القائمة على أساس المخاطر التي تتعلق بأضرار حدثت وكان من الممكن أن لا تحدث، أي أضرار ذات طابع استثنائي أو عرضي (Accidentel)، تنظم المسؤولية بدون خطأ على أساس قطع المساواة أمام الأعباء العامة فرضيات تتعلق بأضرار هي النتيجة الطبيعية وحتى الضرورية والمتوقعة بصفة مؤكدة لبعض الوضعيات أو التدابير أين يتم التضحية، لأجل المصلحة العامة، ببعض أعضاء الجماعة.[1]

بالإضافة لذلك، يرتكز تجذر المسؤولية على أساس الإخلال بالمساواة أمام الأعباء العامة على عنصر آخر يتمثل في ارتباط الحق في التعويض بضرر خصوصي (spécial) وغير مألوف (anormal)، بمعنى أنه لا يكفي أبداً تحقق الضرر وحده للمطالبة بالتعويض بل يجب أن يكون الضرر خاصاً مس بعض أعضاء الجماعة فقط، وكذا أن يكون غير مألوفاً ببلوغه درجة معينة من الأهمية والتي لولاها لما كنا أمام قطع لمساواة الجميع أمام الأعباء العامة، ذلك أنه ((من واجب أعضاء الجماعة أن يتحملوا دون مقابل (تحت طائلة عدم

[1] " يقصد بالمسؤولية الإدارية على أساس مبدأ المساواة أمام الأعباء العامة أن يؤدي نشاط الإدارة إلى حصول ضرر يتمثل في تحميل شخص أعباء مالية، مع استفادة الجميع منه نظراً لكونه يدخل في إطار المصلحة العامة، وتتميز هذه المسؤولية بكون الضرر المطالب بتعويضه ليس ناجماً عن حادث كما في المسؤولية على أساس المخاطر، وإنما هو نتيجة طبيعية وحتمية لبعض الأوضاع والتدابير التي تكون سبباً في الإضرار بالبعض جراء التضحية بمصالحهم لمتطلبات المصلحة العامة. " أحمد محيو، المنازعات الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الخامسة، الجزائر، 1989، ص221.

إمكانية وجود حياة اجتماعية ممكنة) المضايقات والمساوئ العادية للحياة في المجتمع.))[1]

ويشترط في الضرر المقيم للمسؤولية على أساس المساواة أمام الأعباء العامة، حسب مجلس الدولة الفرنسي، أن يكون خاصاً غير عادي بالنظر لدرجة الجسامة والخطورة التي يجب أن يبلغها بحيث تفوق كل الصعوبات والمضايقات العادية للحياة داخل المجتمع.[2]

ثالثاً: مبدأ الحيطة كأساس للمسؤولية الموضوعية:

أدى التوسع في استخدام التكنولوجيا المتطورة والمواد الخطيرة إلى ظهور مبدأ الحيطة كتطور جديد يهدف إلى حماية المجتمع من الأخطار غير المعروفة، طالما تعلق الأمر بالمخاطر الناتجة عن التطور العلمي خاصة في المجال الصناعي، ولأن ذلك قد أثر بأضراره غير المتيقن منها علمياً بالنسبة للجيل الحالي والمستقبلي في مجال البيئة والصحة على الخصوص، أصبحت فكرة المسؤولية المدنية تدور حول ميكانيزمات جديدة إذ أصبح من الضروري تجاوز الصراع التقليدي في البحث عن توازن بين حقوق الضحية ومركز المسؤول، وذلك من خلال البحث عن آليات وقائية تجدي نفعاً للبشرية جمعاء كأساس مستقل وجديد للمسؤولية المدنية،[3] وهو ما يعرف أيضاً ب " مبدأ الاحتياط".

ويعد هذا المبدأ ألماني المنشأ كون انتهاجه لأول مرة كان من طرف الحكومة الألمانية في مجال حماية البيئة سنة 1974، ودلك بعد مصادقتها على مشروع أولي لضمان الهواء النقي طرح سنة 1970 في مؤتمر vor sorgeprinzhp.[4]

فمنذ أن تخطى القانون الدولي للبيئة، بفضل التطور الملحوظ الذي عرفه مطلع السبعينيات، مرحلة كونه مجرد قانون يلجأ إليه عادة في حالات الاستعجال لمواجهة الكوارث،

---

[1] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية بدون خطأ، مرجع سابق، ص 78.

[2] عدو عبد القادر، المنازعات الإدارية، دار هومة للطباعة والنشر، الجزائر، 2012، ص361. نقلاً عن: خدير أحمد، مرجع سابق، ص194.

[3] لعموري بومدين، المسؤولية المدنية ومبدأ الحيطة، مرجع سابق، ص5.

[4] عمارة نعيمة، الاتجاه نحو التأسيس للمسئولية المدنية على أساس مبدأ الحيطة، مقال منشور بمجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد 9، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة لبنان، جوان 2013، ص 179. نقلاً عن: ثابت دنية، مرجع سابق، ص106.

أصبح مسايراً لمختلف وأغلب الأخطار المستحدثة والمتزايدة، خاصّة البيئية منها، كونها ذات طابع إقليمي وشامل. وهو الأمر الذي استدعى تعاون دولي مستمر دفع لتبنّي مجموعة من النّصوص الملزمة وغير الملزمة كالمواثيق والبروتوكولات المكرّسة لمبدأ الحيطة.[1]

فقد كان ظهور مبدأ الحيطة نتيجة دخول القانون الدولي لمرحلة جديدة أصبح فيها قانوناً موجهاً نحو المستقبل في إطار التنمية، فجاء ملزماً للدول بضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لاستدراك تدهور البيئة، حتى في حالة غياب اليقين العلمي القاطع حول الآثار التي يمكن أن تنجم عن الأنشطة المزمع القيام بها. وهو بذلك، موجهاً كلياً أو جزئياً نحو المستقبل ومتصفاً بميزة التسبيق والتوقع، وهو المبدأ غير الوحيد الذي يخاطب المجتمع – بناء لطّبيعته العملية – بإعطائه توجيهات وخيارات وطرق مختلفة خاصّة بالتدّابير الواجب اتّخاذها للحدّ من الأضرار الواقعة على البيئة. فهو لا يهدف إلى إزالة الأخطار لأنّ هذه الأخيرة ملازمة للحياة ولكل نشاط، إنما يحاول أن يضمن للإنسان وقدر الإمكان، حقه في التّمتّع ببيئة نظيفة.[2]

ويتأتى مصطلح الحيطة (précaution) من الكلمة اللاتينية (la praecautio) المركبة من مصطلح (prae) وتعني" قبلاً " ومصطلح (Cautio) وتعني " الحرص"، ويقصد لغوّياً بكلمة الحيطة أو الاحتياط تلك التّدابير المتخذّة لاستدراك أو تجنّب الضّرر والحدّ من آثاره المحتملة، فهي قبل كل شيء تصرّف أخلاقي يهدف إلى احترام وحماية البيئة. مما يعني أنها قاعدة عامة ونظرية مسبقة من أجل حماية هذه الأخيرة.[3]

---

[1] البعيدي سهام، مساهمة مبدأ الحيطة في تطوير القواعد التقليدية للمسؤولية المدنية (دراسة مقارنة)، مقال منشور في المجلة الإفريقية للدراسات القانونية والسياسية، المجلد 3، عدد 1، جامعة أحمد دراية، أدرار، الجزائر، 2019، ص 92. نقلاً عن: ثابت دنية، المرجع السايق، ص107.

[2] P. MARTIN - BIDOU, « le principe de précaution en droit international de l'environnement», RGDIP, octobre – décembre – 1999 – N° 3, p 633.

Patrick GROSIEUX, le principe de précaution et sécurité sanitaire, presses universitaires d'Aix-Marseille, 2003, p 61 : " En rupture avec le droit traditionnel, le principe de précaution a pour effet de généraliser l'inversion de la charge de la preuve puisque l'incertitude se met à éclipser la certitude comme élément à la base de l'éventuelle reconnaissance d'une responsabilité juridique."

[3] لعموري بومدين، المسؤولية المدنية ومبدأ الحيطة، مرجع سابق، ص 71.

أما من الناحية القانونية، فالحيطة هي ما نُصّ عليه في المبدأ الخامس عشر من "إعلان ريو" حول البيئة والتّنمية لسنة 1992، الذي يدخل ضمن الاتفاقيات الموقّعة بمناسبة أو بعد انعقاد مؤتمر « قمّة الأرض». ويشير هذا المبدأ إلى معنى أوّلي مفاده أنّه لا يحتجّ بالافتقار إلى اليقين العلمي، كسبب لتأجيل اتخاذ تدابير احتياطية لحماية البيئة.[1]

وقد عرف مجلس الدولة الفرنسي مبدأ الحيطة، بعد أن طبقه في مجال الصحة العامة سنة 1998، على أنه: " الالتزام الواقع على صاحب القرار سواء العام أو الخاص بالامتناع عن التصرف أو رفضه بسبب المخاطر الناتجة عن هذا التصرف ولا يكفي أن تؤخذ المخاطر المعروضة والممكنة، بل لابد أيضاً إحضار الدليل العلمي الذي يؤكد غياب كل خطر ممكن."[2] غير أن فكرة تطبيق مبدأ الحيطة في مجال الأخطار الصحية، وفي المجال الطبي تحديداً، نوقشت لأول مرة في فرنسا بموجب قضية الدم الملوث التي أثيرت سنة 1987، حيث تم الإجماع على ضرورة إخضاع جميع مجالات المسؤولية الطبية لهذا المبدأ.[3]

ولعل من أهم تطبيقات هذا المبدأ في مجال نفايات النشاطات العلاجية، تطبيقه فيما يتعلق بالنفايات الملوثة بالمواد المشعة نظراً لخصوصيتها التي سبقت الإشارة إليها في الفصل الأول من الباب الأول من هذه الدراسة.[4]

---

[1] M. TURPIN, « le principe de précaution, le cas des faibles doses », in Responsabilité et environnement, Avril 1996, N° 2, p 99.

" من أجل حماية البيئة تتخذ الدول على نطاق واسع تدابير احتياطية حسب قدراتها، في حالة ظهور خطر جسيم، أو أخطار لا سبيل إلى عكس اتجاهه، لا تستخدم الافتقار إلى اليقين العلمي الكامل سبباً لتأجيل اتخاذ تدابير تتسم بفعالية التكاليف لمنع تدهور البيئة، وقد ارتقى هذا المبدأ من بعده الأخلاقي لبعده القانوني المعياري." ثابت دنية، مرجع سابق، ص 107.

[2] فكيري آمال، احتضان مبدأ الاحتياط في مجال الأخطار الصحية " المسؤولية الطبية"، مقال منشور بمجلة البحوث والدراسات القانونية والسياسية، العدد السابع، جامعة البليدة، دون سنة نشر، ص 76.

[3] " أثيرت هذه القضية سنة 1987 والتي تم من خلالها توزيع دم ملوث بالسيدا على العديد من المستشفيات، فأدى ذلك إلى إصابة عدد كبير من المرضى (مرضى الهيموفيليا) المتلقين للدم بهذا الفيروس، وقد تبنى المشرع الفرنسي بصدد هذه القضية مبدأ الاحتياط، أين تم بذلك إطلاق تطبيقه في المجال الطبي، فتم الإجماع على إخضاع جميع مجالات المسؤولية الطبية لهذا المبدأ. " فكيري آمال، المرجع نفسه، ص66.

[4] تراجع الصفحة 51 وما يليها.

وبالنسبة لمبدأ الحيطة في التشريع الجزائري، فقد أشار المشرع إلى هذا المبدأ في المادة 03 من قانون رقم 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة،[1] بوصفه من المبادئ العامة التي يتأسس عليها هذا القانون، وجاء فيها: " مبدأ الحيطة، الذي يجب بمقتضاه، ألا يكون عدم توفر التقنيات نظراً للمعارف العلمية والتقنية الحالية، سبباً في تأخير اتخاذ التدابير الفعلية والمتناسبة، للوقاية من خطر الأضرار الجسيمة المضرة بالبيئة، ويكون ذلك بتكلفة اقتصادية مقبولة."

كما نص عليه ضمنياً في المادة 22 من نفس القانون، بقوله: " تنجز دراسة التأثير أو موجز التأثير وعلى نفقة صاحب المشروع من طرف مكاتب دراسات، أو مكاتب خبرات، أو مكاتب استشارات معتمدة من الوزارة المكلفة بالبيئة."

وكان هذا بعد أن أشار في المادة التي سبقتها (المادة 21) إلى الهدف من دراسة أو موجز التأثير، فجاء نص المادة كالآتي: " يسبق تسليم الرخصة المنصوص عليها في المادة 19 أعلاه، تقديم دراسة التأثير أو موجز التأثير، وتحقيق عمومي ودراسة تتعلق بالأخطار والانعكاسات المحتملة للمشروع على المصالح المذكورة في المادة 18 أعلاه. وعند الاقتضاء، بعد أخذ رأي الوزارات والجماعات المحلية المعنية."

وقد نصت المادة 18 على ما يلي: " تخضع لأحكام هذا القانون المصانع و...و...و... وبصفة عامة المنشآت التي يستغلها أو يملكها كل شخص طبيعي أو معنوي، عمومي أو خاص، والتي قد تتسبب في أخطار على الصحة العمومية والنظافة والأمن والفلاحة والأنظمة البيئية والموارد الطبيعية والمواقع والمعالم والمناطق السياحية، أو قد تتسبب في المساس براحة الجوار."

ويستشف من خلال عبارة المنشآت المستغلة أو المملوكة للأشخاص الطبيعية أو المعنوية، العمومية أو الخاصة، أن نص هذه المادة ينطبق أيضاً على المنشآت الصحية

[1] قانون رقم 03-10 يتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، مرجع سابق.

المنتجة للنفايات إن كانت مستشفيات، عيادات خاصة أو عامة، بالإضافة إلى كل منشأة تعنى بجمع ومعالجة نفايات النشاطات العلاجية الخطرة.

أما في القانون رقم 04-20 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة،[1] فقد أشار المشرع الجزائري إلى مبدأ الحيطة باعتباره من المبادئ الأساسية التي تقوم عليها قواعد الوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث، فجاء نصه كالآتي: " مبدأ الحذر والحيطة " الذي يجب، بمقتضاه، ألا يكون عدم التأكد، بسبب عدم توفر المعارف العلمية والتقنية حالياً، سبباً في تأخير اعتماد تدابير فعلية ومتناسبة ترمي إلى الوقاية من أي خطر يتهدد الممتلكات والأشخاص والبيئة على العموم، بتكلفة مقبولة من الناحية الاقتصادية.

وعليه، يمكن القول أن الحيطة تستمد مكانتها من سلسلة التّدابير العامّة والهادفة إلى مقاومة خطر الأضرار المحتملة، وقد أصبحت تمثّل أكثر صفة مميزة لسلوك يبحث عن إبعاد الأخطار المفاجئة وغير المنتظرة التي قد تؤدّي إلى حدوث أضرار غير قابلة للإصلاح أحياناً، وهي أضرار يستعصي على المعرفة العلمية المتاحة أن تؤكد وقوعها أو تحدد آثارها ونتائجها على البيئة في حال وقعت، أي أن هناك انعدام تام ليقين علمي فيما يتعلق بماهية الضرر.[2]

بمعنى أن قيام مبدأ الحيطة يستوجب شرطين: أولهما **احتمال حدوث الخطر** حيث يتميز هذا الأخير في مبدأ الحيطة بكونه خطر محتمل يهدد بوقوع أضرار جسيمة لا رجعة فيها أي تصعب مقاومتها. أما الشرط الثاني فيتمثل في **غياب اليقين العلمي (الشك العلمي)** بما

[1] قانون رقم 04-20 مؤرخ في 13 ذي القعدة 1425 الموافق 25 ديسمبر 2004، يتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث في إطار التنمية المستدامة، ج رج عدد 84، صادر بتاريخ 29 ديسمبر 2004.

[2] " من بين التشريعات التي تعلقت بالتلوث، ما نص على سن رسوم أو ضرائب على المتسببين في ذلك، ونذكر منها:

-مرسوم تنفيذي رقم 09-336 مؤرخ في 20 أكتوبر 2009، يتعلق بالرسم على النشاطات الملوثة أو الخطرة على البيئة.

- منشور رقم 1648 المؤرخ في 18 سبتمبر 1993 الذي يفرض ضريبة على الأنشطة الملوثة.
- المنشور الوزاري المشترك رقم 01 الصادر في 2002/05/08 بشأن الضرائب البيئية.

معناه عدم الإحاطة العلمية التامة بكل أو ببعض الجوانب المتعلقة بالخطر بناءً على غياب المعطيات العلمية لدى الخبراء مما يحول دون التثبت من هذا الخطر المحتمل على البيئة.[1]

وفي مجال المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، ومجال العدوى الإستشفائية على وجه الخصوص كونها الوجه الأبرز لسوء تسيير هذه النفايات، يبقى الرأي الراجح الذي يحقق مصلحة المرضى هو الذي أسس مسؤولية المرافق الصحية العمومية على أساس فكرة المخاطر الاستشفائية Risques hospitaliers.[2]

وقد تم إقرار هذا النظام القانوني الجديد للمسؤولية الطبية في مجال عدوى المستشفيات من قبل القوانين الفرنسية لاسيما قانون 04 مارس 2002 المذكور سابقاً، المتعلق بحقوق المرضى وجودة النظام الصحي والمعروف بـKouchner Loi، وكذا قانون 30 ديسمبر 2002 المتعلق بالمسؤولية المدنية الطبية، وذلك كونه جاء متكيفاً ومتلائماً مع الهياكل الصحية وهو ما يدل على أن المسؤولية الطبية في مجال عدوى المستشفيات لم تبقى في حدود الاجتهاد القضائي، بل امتدت إليها يد التقنين وأخرجتها من نطاق القواعد العامة للمسؤولية المدنية ليصبح لها نظام قانوني خاص بها.[3]

[1] عمارة نعيمة، مبدأ الحيطة ومسؤولية المهنيين، أطروحة دكتوراه في القانون الخاص، كلية الحقوق، جامعة تلمسان، 2012، ص 150. نقلاً عن: ثابت دنية، مرجع سابق، ص 111.

[2] " تقوم هذه المسؤولية لهدف تخفيف وتسهيل عبء الإثبات عن المريض المضرور، فكثيراً ما يحدث وأن يتجه المريض للمستشفى للتخفيف من علة ويجد نفسه في علة أكبر وما يزيد الوضع تأزماً هو استحالة أو صعوبة الحصول على تعويض وذلك في غياب خطأ من الطاقم الطبي أو المستشفى، ففكرة المسؤولية بدون خطأ جاءت لتخفيف عبء الإثبات على المضرور." طيب ابراهيم ويس، إيراين نوال، مرجع سابق، ص 200.

[3] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 302.

المطلب الثالث: أركان المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

في غياب أي نصوص خاصة بالمسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، سيتم الرجوع إلى القواعد العامة للمسؤولية التي تقوم على ثلاثة أركان هي الخطأ والضرر وعلاقة السببية بين الاثنين، والتي سيتطرق لها تباعاً من خلال ثلاث فروع.

الفرع الأول: الخطأ

لا زالت المسؤولية المدنية مقيدة من حيث أساسها بفكرة الخطأ،[1] الذي((يشكل بشكل عام خروج شخص في سلوكه وتصرفاته عن النطاق الذي رسمه القانون أو الذي يلتزمه الرجل المتوسط شعوراً وتبصراً في مثل الظروف الخارجية التي وجد فيها هذا الشخص))،[2] ويعتبر تحقق الخطأ ركناً جوهرياً لقيام المسؤولية المدنية أو الإدارية عن الأعمال الطبية، على الرغم من اتساع مجال المسؤولية الموضوعية.[3] ويحوز الخطأ عدة تعريفات وعدة صور سيشار إليها على التوالي في البند الأول والثاني مما يلي:

---

[1] " قليل هي صور المسؤولية التي تقوم على أساس الضرر أو تحمل التبعة، ومن هنا ووفقاً للأصل العام في هذه المسؤولية فإن المضرور وهو يطالب بتعويض الضرر الذي أصابه من نشاط شخص آخر يقع عليه عبء إثبات خطأ وقع من الشخص المطالب بتعويض الضرر ما لم يكن المشرع قد أقام قرينة قانونية على هذا الخطأ فيعفى المضرور من عبء الإثبات." أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص7.

[2] خليل جريج، النظرية العامة للموجبات، الجزء الثالث، المنشورات الحقوقية، بدون بلد نشر، 2004، ص 137. نقلاً عن: محمد رياض دغمان، القانون الطبي (دراسة مقارنة)، المؤسسة الحديثة للكتاب، الطبعة الأولى، لبنان، 2017، ص 93.

[3] زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 68. محمد الشنقيطي، أحكام الجراحة الطبية، مكتبة الصديق، الطائف، 1993، ص454. نقلاً عن: منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص43: "يقال أخطأ إذا سلك سبيلاً مخالفاً للمسلك الصحيح عامداً أو غير عامد."

أنور يوسف حسين، المرجع السابق نفسه، ص 264: " نقول أخطأ الطريق: عدل عنه، وأخطأ الرامي الغرض لم يصبه. ويستعمل لفظ الخطأ بمعنى الإثم أو الذنب ويوصف مرتكبه بالمذنب أو الخاطئ."

" وقد عرف بعض الفقهاء الخطأ بقولهم: " هو ما ليس للإنسان فيه قصد، فانتفاء قصد الشيء لفاعله موجب لوصفه مخطئاً"، كما اتفق الفقهاء في تحديد معنى الخطأ بصورة عامة بأنه: " إخلال بالتزام موجود وقائم في ذمة الشخص وجد أثره ومكانه في نطاقه المادي والمعنوي للمتضرر." سعد أحمد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، دار الطبجي، بدون سنة نشر، ص 371. نقلاً عن: منصور عمر المعايطة، المرجع السابق نفسه، الصفحة نفسها.

البند الأول: تعريف الخطأ:

الخطأ لغة ضد الصواب، ويعرف على أنه «الإخلال بالتزام سابق»،[1] وهو تعريف "بلانيول" له والذي انتقد لأنه لم يوضح ما هي الالتزامات التي يعتبر الإخلال بها خطأ.[2] ويقول عنه الأستاذ شابي Chapus: " نكون مرتكبين لخطأ عندما لا نتصرف كما كان علينا أن نفعله: أي عندما يكون الفعل أو الامتناع عن فعل من طبيعته تبرير لوماً ما ".[3]

ويعرف الخطأ أيضاً بأنه: " عمل أو امتناع عن عمل عمداً أو سهواً يعود إلى عدم تنفيذ التزام متعاقد عليه، أو عدم إطاعة أحكام قانونية، أو عدم القيام بالواجب الذي يقضي على المرء أن يتعامل بالصدق والإخلاص مع الناس"، أما في القانون الجنائي فهو " إخلال بالواجب يعزى إلى أن من عمل عملاً أو امتنع عن العمل وعد سلوكه جريمة، وبمعنى آخر يكون الخطأ جنائياً إهمالاً أو من عدم التبصر."[4]

وهناك من عرفه بأنه: ((" العمل الضار غير المشروع أي العمل الضار المخالف للقانون، أو غير الجائز." ولكن هذا التعريف كما يقول الأستاذ السنهوري لا يقدمنا كثيراً في تحديد معنى الخطأ، إذ يبقى أن نعرف ما هي الأعمال التي تلحق ضرراً بالغير وينهى عنها

---

[1] زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 69: " لم يرد تعريف للخطأ في النصوص القانونية المتعلقة بالمسؤولية المدنية، سواء في التشريع الفرنسي أو المصري أو العراقي، فالقانون المدني الفرنسي في المادة 1383، والقانون المدني المصري في المادة 163 قدما تصويراً عاماً مفاده أن كل خطأ يؤدي إلى الضرر يلزم من قام به بتعويضه، وكذلك القانون المدني العراقي فقد نص في المادة 204 منه على تصوير عام يجعل كل تعد يصيب الغير بأي ضرر موجباً للتعويض."

[2] "... ويثور التساؤل عن هذه الالتزامات التي يعتبر الإخلال بها خطأ، وقد حاول بلانيول أن يحصر هذه الالتزامات في أربعة أصول هي: الامتناع عن العنف، الكف عن الغش، الامتناع عن مزاولة كل ما يتطلب قدراً معيناً من المهارة واليقظة، وتأدية واجب الرقابة على الأشخاص والأشياء. وقد اعترض البعض على هذا التعريف بأنه قد بلغ من التعميم حداً جعله أقرب إلى التجهيل منه إلى التوضيح، كما قيل بأنه مجرد تقسيم لأنواع الخطأ وليس تعريفاً له يمكن به التمييز بين ما يعتبر وما لا يعتبر من الأفعال خطأ، فهو لم يبين الإخلال بالالتزام الذي يعتبر خطأ." أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص 265.

[3] لحسين بن شيخ آث ملويا، المسؤولية على أساس الخطأ، مرجع سابق، ص 25.

[4] عبد الفتاح مراد، المعجم القانوني رباعي اللغة، مصر، بدون سنة الطبع واسم المطبعة، ص 192-193. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، المرجع السابق نفسه، ص 68.

القانون، فإذا كانت هناك نصوص تعين بعض الأعمال فإن الكثرة الغالبة منها لم يرد فيها نص.))[1]

كما أن هناك من يحلل الخطأ إلى عنصرين: فهو اعتداء على حق يدرك المعتدي فيه جانب الاعتداء كما يقول ديموج، أو هو إخلال بواجب يتبين من أخل به أنه أخل بواجب كما يقول سافتيه. وهناك من عرفه بأنه (مخالفة للنهي عن الإضرار بالغير).[2]

أما في القانون الإداري، وإن كانت القاعدة العامة في القانون المدني الجزائري تقضي بحسب المادة 124 منه أن (كل خطأ يسبب ضرراً للغير يؤدي إلى مسؤولية مرتكبه ويلزمه بالتعويض)،[3] فإن هذه القاعدة المطلقة لا تجد نفس القوة في قانون المسؤولية الإدارية بحيث لا تكون الإدارة مسؤولة عن كل خطأ ارتكب من أحد موظفيها أو أحد مرافقها.

---

[1] " وفي الاتجاه نفسه، يرى الأستاذ الدكتور عبد الفتاح عبد الباقي عدم كفاية هذا التعريف عند مواجهته لحقيقة الوضع في القانون سواء الفرنسي أو المصري من حيث عدم تضمنهما تعداد أو حصر أو حتى تحديد الأفعال غير المشروعة، بالإضافة إلى ذلك فإن القانون عندما يتدخل لحظر بعض الأعمال فإن حظره لها لا يكون مطلقاً وإنما فقط يقتصر على ما يتصف منها بالرعونة أو الإهمال أو عدم التبصر في إتيانها، وإذا ما جاء الحصر على هذا النحو فإنه يبقى دائماً معرفة متى نكون قد وقعنا في المحظور." عبد الفتاح عبد الباقي، تحديد الخطأ التقصيري كأساس للمسؤولية في ظل القانون الكويتي والقانون المصري، مع المقارنة بأحكام الشريعة الإسلامية، بحث في مجلة المحامي الكويتية، السنة 2، عدد 4-5، سبتمبر- أكتوبر 1978، ص26. نقلاً عن: أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص 265.

[2] سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب والجراح وطبيب التخدير ومساعديه، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004، ص33. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 69.

[3] " اعتبر القانون المدني الفرنسي الخطأ أساساً للمسؤولية في نص المادة (1240) بقوله: " كل فعل أياً كان يقع من الإنسان ويسبب ضرراً يلتزم من أوقع ذلك الفعل الضار بخطئه أن يعوض هذا الضرر." وإذا كان هذا النص يشكل أساساً للمسؤولية المدنية التي قننها التشريع الفرنسي نقلاً عن الفقيهين دوما وبوتييه، فإنه أتبعها وكرسها بنصوص أخرى، وهي المادة (1241) التي تقرر مسؤولية الشخص حتى عن خطئه الناجم عن إهماله وعدم تبصره فضلاً عن الفعل العمدي، وكذا المادة (1242) التي تتناول مسؤولية الآباء والأمهات وذوي الحرف والمؤسسات ومسؤولية المتبوع عن أعمال تابعه. ولا شك أن هذا يكشف حرص التشريع الفرنسي على التشبث بما اعتنقه واقتنع به من مبدأ عام وهام، وهو قيام المسؤولية على أساس الخطأ بشقيها العقدية والتقصيرية رغم تعديلاته الحديثة للقانون المدني." بن صغير مراد، توجيه فكرة التأمين عن أضرار العلاج في المجال الطبي(دراسة مقارنة بين نظامي المسؤولية في التشريعين الجزائري والإماراتي، مجلة كلية القانون الكويتية العالمية، العدد3، السنة السابعة، العدد التسلسلى27، الكويت، سبتمبر 2019، ص 487.

فالقول البديهي باستحالة ارتكاب الإدارة لخطأ مادي بنفسها ينبع من كونها – أي الإدارة – شخص معنوي، وهو ما يقول بصدده الفقيه الفرنسي " laubadere": ((الخطأ لا يمكن أن ينسب إلى الإدارة نفسها والتي هي ليست سوى شخصية معنوية، وعليه يصبح من الصعب تصور أنها يمكن أن ترتكب خطأ، فالخطأ يكون فعلاً واحداً أو أكثر من المستخدمين سواء كانوا معروفين أو مجهولين)).[1]

أما بالنسبة للخطأ في مجال الأعمال الطبية، فقد عرف الفقهاء الخطأ الطبي بأنه:

" كل مخالفة أو خروج من الطبيب في سلوكه على القواعد والأصول الطبية التي يقضي بها العلم، أو المتعارف عليها نظرياً وعملياً وقت تنفيذه للعمل الطبي وإخلاله بواجبات الحيطة والحذر واليقظة التي يفرضها القانون وواجبات المهنة على الطبيب، متى ترتب على فعله نتائج جسيمة في حين كان في قدرته وواجباً عليه أن يكون يقظاً وحذراً في تصرفه حتى لا يضر بالمريض."[2] وبصيغة أخرى، هو " إخلال من الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية اليقظة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة."[3] أو أنه: " تقصير في مسلك الطبيب لا يقع من طبيب يقظ وجد في نفس الظروف الخارجية للطبيب المسؤول."[4]

غير أن ما يؤخذ على هذين التعريفين، اقتصارهما على الخطأ المرتكب من قبل الطبيب، مما يجعلهما لا يجمعان كافة جزئيات الخطأ المتعلق بالمسؤولية الإدارية عن الأعمال الطبية. وعليه، فإن " العمل الضار الذي يرتكبه الموظف القائم بالعمل الطبي عندما لا يكون مجرداً من رباط الوظيفة أو الذي ينجم عن تنظيم سيء للخدمة التي يقدمها المرفق الطبي العام" هو ((التعريف الذي يمكن إعطاؤه للخطأ الناجم عن العمل الطبي الذي يقوم به المرفق

[1] زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 69.

[2] أسامة قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990، ص 224. نقلاً عن: منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 43.

[3] أحمد حسن عباس الحياري، المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني والنظام القانوني الجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 105. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، المرجع السابق نفسه، ص 70.

[4] السيد عبد الوهاب عرفة، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، دون سنة نشر، ص17. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، المرجع السابق نفسه، الصفحة نفسها.

الطبي العام، كون المهم هو خطأ الوظيفة الذي يرتكبه القائم بالعمل الطبي، وهو الخطأ المنسوب إلى موظف أو أكثر، وليس له طابع الخطأ الشخصي القابل للانفصال عن الخدمة، ويرتكز خطأ الوظيفة على التقصير في موجبات الخدمة.))[1]

البند الثاني: صور الخطأ في مجال نفايات النشاطات العلاجية:

يتخذ خطأ الإدارة أو المرفق الصحي فيما يخص نفايات النشاطات العلاجية صورتين أساسيتين بحيث قد يكون خطأ سلبياً أو خطأ ايجابياً حسب العمل المنسوب للمرفق.[2]

وينتج **الخطأ السلبي** أو ما يعرف بعدم سير المرفق العام عندما تمتنع إدارة المرفق الصحي عن اتخاذ الإجراءات القانونية والاحتياطات اللازمة للوقاية من الأخطار التي قد تنجم عن نفايات النشاطات العلاجية سواء على البيئة أو على صحة الإنسان، فتسأل على أساس الخطأ إذا امتنعت عن تصرف يمليه عليها القانون كتخلفها عن جمع النفايات ونقلها وتخزينها بالطريقة التي نص عليها قانون الصحة. ومثال ذلك امتناع المرفق عن أداء عمله وإهماله في ربط النفايات السائلة بشبكات التدوير والمعالجة مما أدى إلى تسرب هذه النفايات إلى النهر قبل المعالجة، فتتحمل إدارة المرفق في هذه الحالة المسؤولية على أساس الخطأ عن كل ضرر لحق بالأفراد لامتناعها عن القيام بالأشغال العامة.[3]

وينطبق ذلك أيضاً عند عدم اتخاذ المرافق الصحية للتدابير المتعلقة بجمع ومعالجة وإزالة نفايات النشاطات العلاجية طبقاً لمقاييس الإزالة الواردة في المرسوم 03-478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، وكذا عند عدم امتثالها لقواعد القانون البيئي بعدم اتخاذ القرارات الإدارية اللازمة لحماية البيئة، كعدم قيام المرفق الصحي الحائز على النفايات العلاجية الخطرة بالتصريح للوزير الأول المكلف بالبيئة بالمعلومات المتعلقة بطبيعة وكمية

[1] جورج فودال، بيار دلفولفيه، القانون الإداري، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، ط1، دون بلد نشر، 2001. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 70.

[2] طارق كهلان الأبيض، مرجع سابق، ص 239.

[3] المرجع نفسه، ص 340.

وخصائص هذه النفايات وفقاً لما نصت عليه المادة 21 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها.[1] وتقوم أيضاً مسؤولية إدارة المرفق الصحي على أساس الخطأ عند تخليها عن أحد أهم الامتيازات الممنوحة لها، وهي القيام بواجب الرقابة والتوجيه اتجاه الأعوان المكلفة بجمع ومعالجة نفايات نشاطاتها العلاجية.[2] أما **الخطأ في صورته الإيجابية** فقد يتجلى في الأعمال القانونية وحتى في الأعمال المادية التي تقوم بها إدارة المرفق الصحي. فتسأل هذه الأخيرة عن قراراتها الإدارية غير المشروعة التي يؤدى تنفيذها إلى الإضرار بالبيئة بدلاً من سلامتها كما في حال التلوث بفعل نفايات نشاطاتها العلاجية والناتج عن إصدار قرار مخالف للقانون يقضي بتسليم هذه النفايات إلى شخص آخر غير مستغل لمنشأة مرخص لها بمعالجة هذا الصنف من النفايات، فتقوم مسؤوليتها حينها لمخالفة المادة 19 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها السالف ذكره.[3] وتقوم أيضاً المسؤولية الإدارية للمرفق الصحي على أساس الخطأ الإيجابي عند وجود خلل في تنظيم المرفق أو عند تقديمه لخدمات سيئة. فالمرفق ملزم، زيادة على مواصلة تقديمه للخدمات باستمرارية وانتظام، أن تكون هذه الخدمات جيدة، ولا تتحقق هذه الأخيرة على سبيل المثال عند عدم مواكبته للتطور والمتغيرات العلمية والتقنية المستجدة في مجال معالجة وتدوير نفايات نشاطاته العلاجية بالشكل الذي يقلل من حدة التلوث الذي قد يلحق بعناصر البيئة المختلفة، إن كانت ماء أو هواء أو تربة، نتيجة نفاياته الصلبة، السائلة أو الغازية. فحين لا يستخدم المرفق الصحي الآلات التي يكون ضررها قليلاً على البيئة يكون قد أدى عمله على وجه سيء يقيم مسؤوليته ويلزمه بالتعويض.[4]

وكمثال آخر عن السير السيء للمرفق الصحي، نذكر قيامه برفع نفايات نشاطاته العلاجية ونقلها للمعالجة بعد أسبوع من تخزينها في أماكن التجميع خلافاً للمدة المحددة في

[1] قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 918- 919.

[2] طارق كهلان الأبيض، مرجع سابق، ص 240.

[3] قارة تركي إلهام، المرجع نفسه، ص 919.

[4] طارق كهلان الأبيض، المرجع نفسه، ص 241.

المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المتعلق بكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية المذكور آنفاً – إن كانت 24 أو 48 ساعة حسب الحالة– فتقوم مسؤولية المؤسسة الصحية متى أدى ذلك التخزين إلى تلويث أو إضرار بالبيئة.[1]

الفرع الثاني: الضرر

لا يختلف الضرر في مسؤولية المرافق الصحية عن نفايات نشاطاتها العلاجية عن القواعد العامة في المسؤولية المدنية، إذ لا وجود لها دون وجود ضرر، بل ويجب إثباته أولاً حتى قبل إثبات الخطأ والعلاقة السببية كون تحققه ينشأ حق المضرور في المطالبة بالتعويض عما أصابه. بمعنى أن التعويض لا يمكن أن يمنح إلا بوجود خلل يتم السعي لتسويته، فالضرر ليس ركناً فقط لقيام المسؤولية الإدارية بل هو الأساس المعتمد لحساب التعويض الذي تستحقه الضحية،[2] وهو ما يبرز حسب نظرهم الأهمية الكبيرة التي يحوزها الضرر لقيام المسؤولية.[3]

[1] قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 919

[2] " الضرر عنصر وجوبي وقوام المسؤولية المدنية وركنها الركين، الذي لا تقوم إلا لجبره حتى يتمكن المضرور من المطالبة بالتعويض، ولأن ذلكما يميزها عن قواعد الأخلاق التي تشجب الخطيئة وتدينها نظراً لكون المسؤولية الأخلاقية تقوم لمجرد النوايا السيئة ولو لم تبرز نتائجها للوجود، وعن المسؤولية الجنائية التي قد تعاقب على بعض الجرائم الشكلية دون اشتراط وقوع الضرر أو حتى على مجرد الشروع في القيام بجناية، قيل أنه – أي الضرر– روح المسؤولية المدنية والعنصر الأساس فيها "L'essence de la responsabilité civile"." آمال بكوش، مرجع سابق، ص 76.

[3] " يعتبر الضرر (الذي يقع عبء إثباته على الضحية) شرطاً لإقامة المسؤولية، ويرتبط وجوبه بكون هذه المسؤولية هي مسؤولية تعويضية وليست عقابية. وتعتبر مسؤولية السلطة العامة بالفعل من نفس طبيعة المسؤولية المدنية للقانون الخاص، وهي نفسها مسؤولية مدنية، بصفتها معارضة للمسؤوليتين الجزائية والتأديبية، فهي تهدف إلى إصلاح الضرر والتعويض، وليس إلى توقيع العقوبة. وفي الوقت نفسه يعتبر الضرر هو قياس التعويض الواجب ضمانه، في حين أن العقوبات المنطوق بها تبعاً للمسؤوليتين الجزائية والتأديبية تقدران حسب خطورة الجرائم والأخطاء المرتكبة، وليس تبعاً لأهمية الأضرار الناتجة." لحسين بن شيخ آث ملويا، دروس في المسؤولية الإدارية، الكتاب الثالث (نظام التعويض في المسؤولية الإدارية)، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2007، ص 54.

وجاء في التعريف المستقر عليه لدى غالبية الفقهاء حول الضرر أنه: " حالة نتجت عن فعل إقداماً أو إحجاماً مست بالنقص أو بما يعنيه قيمة مادية أو معنوية أو كلتيهما للشخص المتضرر".[1]

وبناءً على هذا التعريف كونه الأقرب والأنسب لمعنى الضرر في المجال الطبي، يمكن تحديد هذا الأخير على أنه: " حالة نتجت عن فعل طبي مست بالأذى المريض، وقد يستتبع ذلك نقصاً في حال المريض أو في معنوياته أو عواطفه".[2]

[1] " اختلف الفقهاء في إعطاء تعريف للضرر كل حسب وجهة نظره، فجاء تعريف العلامة الشيخ الزرقا له بأنه: " كل ما يؤذي الشخص في نواحي مادية ومعنوية "، وعرفه مازو بأنه: " الأذى الذي يصيب الإنسان في جسمه أو شرفه أو عواطفه"، في حين قال عنه آخرون بأنه: " المساس بحق من حقوق الإنسان"." منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 55.

" كماعرف بعض الفقهاء الضرر على أنه: " المساس بحق أو بمصلحة مشروعة لشخص، مساساً يترتب عليه جعل مركزه أسوأ مما كان قبل ذلك، لأنه انتقص من المزايا أو السلطات التي يخولها ذلك الحق أو تلك المصلحة لصاحبها"." سعيد عبد السلام، التعويض عن ضرر النفس في المسؤولية التقصيرية في القانون الوضعي والفقه الإسلامي، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق بجامعة القاهرة، 1988، ص 13. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 78.

" الضرر هو " الخسارة المادية أو المعنوية التي تلحق بحق الضحية نتيجة التعدي الذي وقع عليه." "علي فيلالي، الالتزامات " العمل المستحق للتعويض"، المؤسسة الوطنية لفنون الطبع، الجزائر، 2002، ص 244. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 78.

مساعدي عمار، المسؤولية الدولية للاستعمار الأوروبي، رسالة ماجستير في القانون الدولي والعلاقات الدولية، معهد العلوم القانونية والإدارية، الجزائر، 1986، ص 19. نقلاً عن: بشيري طارق، تعويض الضرر في القانون الدولي الإنساني، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق (فرع: القانون العام)، جامعة الجزائر1، السنة الدراسية: 2011/2010، ص8: "عرف الضرر في شتى القوانين الداخلية بأنه الأذى الذي يصيب شخصاً في حق من حقوقه، أو في مصلحة من مصالحه المشروعة، سواء في جسمه أو عاطفته أو شرفه أو عرضه أو ماله أو حريته أو غيره. أما في القانون الدولي العام، فيقصد بالضرر المساس بحق أو بمصلحة مشروعة لأحد أشخاص القانون الدولي (دول ومنظمات دولية). وفي هذا الصدد يذهب الدكتور محمد حافظ غانم للقول باختلاف معنى الضرر في القانون الداخلي عن معناه في القانون الدولي، حيث أن هذا الأخير غالباً ما يحمي مصالح سياسية يترتب على الاعتداء عليها التزام بالمسؤولية حتى ولو لم ينتج عن الفعل غير المشروع ضرراً مادياً، ولهذا كانت لنظرية الضرر المعنوي أهمية فائقة في القانون الدولي العام."

منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 55. أنس محمد عبد الغفار، الالتزام بالتبصير في العقد الطبي، دار الكتب القانونية، ط1، القاهرة، 2013، ص 333. نقلاً عن: عيساوي فاطمة، مرجع سابق، ص 90: الضرر الطبي هو: "حالة ناتجة عن فعل طبي أدى إلى المساس بجسم الشخص بالأذى، والضرر المقصود هنا ليس مجرد عدم الشفاء أو عدم نجاح العملية الجراحية، فذلك لا يكوّن في حد ذاته ركن الضرر."[2]

وينطبق هذا التعريف في جزئه الأخير على المتضررين من أخطار نفايات النشاطات العلاجية، ذلك أن الأذى الذي يصيبهم وإن كان لم تنتج عن أي فعل طبي إلا أنه ينشئ أيضاً نقصاً في حال المريض أو في معنوياته أو عواطفه.

ولا يختلف الضرر في المسؤولية الإدارية للمرافق الصحية عن الأضرار البيئية الناتجة عن نفايات نشاطاتها العلاجية عنه في المسؤولية الإدارية بصفة عامة،[1] ويشترط في الضرر أن يكون **محققاً** وهو ذلك الضرر الأكيد الذي حصل فعلاً وتحققت كل أثاره في الواقع،[2] وأن يكون **مباشراً** بأن ينتج مباشرة عن ممارسة النشاط الطبي ذاته، على نحو يسمح بالقول في إطار تعريف الضرر المباشر، أنه: " ما كان نتيجة مباشرة لنشاط المسؤول، بحيث لا يمكن

[1] يشترط في الضرر أن يكون: – منسوباً لنشاط الإداري أي أن يعزى الفعل الضار للأشخاص العاملين تحت سلطة الإدارة أو مرتبطاً بالأشياء التي تملكها أو التي تستعملها أو الموجودة تحت إشرافها وفي حوزتها.

– أن يكون الضرر خاصاً أي أن يصيب فرداً معيناً أو أفراداً محدودين على وجه الخصوص. أما إذا كان عاماً يصيب عدداً غير محدود فإنه يعدمن الأعباء العامة الواجب على الأفراد تحملها دون تعويض.

– أن يكون محققاً أما الضرر المحتمل فلا يعوض عنه.

– أن يكون الضرر قد وقع على حق مشروع للفرد.

– أن يكون الضرر ممكن التقدير نقداً." طارق كهلان الأبيض، مرجع سابق، ص 242.

[2] " كأن يموت المضرور أو يصاب بتلف في جسمه أو في ماله أو في مصلحة مالية له. غير أن الطابع المحقق للضرر قد يطال حتى الضرر المستقبلي طالما أن أمر وقوعه أكيد، فهو ذلك الضرر الذي تحققت أسبابه غير إن نتائجه تراخت إلى المستقبل ومثاله: إصابة شخص بإعاقة حركية نتيجة حادث تسببت فيه مركبة تابعة للدولة، فهو ضرر محقق يتولد عنه ضرر مستقبلي محقق يتمثل في حرمان هذا الشخص من العمل، وإن كان تحديد مقدار العجز وقت حدوث الإصابة أمر ليس بالسهل.

فالاحتمال الذي يخالط التبعات الطبية لا ينال من شرط تحقق الضرر الذي تقتضيه القواعد العامة، ذلك أن هذه الأضرار وإن كانت تكتسي الطابع الاحتمالي ابتداء من حيث هي نادرة الحدوث لدرجة لا يمكن معها في أطوار كثيرة التنبؤ بتحققها في حالة بعينها، بالرغم من كونها معروفة ومتوقعة مسبقاً على الصعيد النظري. وينبني على ذلك ألا تكون تلك الأضرار نتيجة غير محققة لما يهيمن على العمل الطبي عموماً من احتمال." ثروت عبد الحميد، تعويض الحوادث الطبية (مدى المسؤولية عن التداعيات الضارة للعمل الطبي)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007، ص 20. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص107.

" فواقعة أن الضرر سوف يحدث لا محالة في المستقبل، تحول دون إمكانية تقديره فوراً، لكن لا يمنع بمبدأ الاعتراف في التعويض." لحسين بن شيخ آث ملويا، نظام التعويض في المسؤولية الإدارية، مرجع سابق، 55.

للمضرور توقيه ببذل جهد معقول، وهو ما يطلق عليه **بالضرر المجرد"**،[1] كما يشترط في الضرر أن يكون **شخصياً** بأن يمس **مصلحة مشروعة** أو **حق مشروع.**[2]

غير أنه، وزيادة على ذلك، للضرر المقيم للمسؤولية الموضوعية أو غير الخطئية خصائص أخرى ينفرد بها، تتمثل في كونه: **ضرر مجرد** ينشأ في غياب الخطأ.[3] بالإضافة لكونه **ذو صفة غير عادية،**[4] **ومتوقع.**[1]

---

[1] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 131. منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 56 : " إن الضرر المباشر هو ما يكون نتيجة طبيعة للفعل الخطأ، وهذا الضرر هو الذي يكون بينه وبين الخطأ المنشئ له علاقة سببية وفقاً للقانون، والقول بالضرر المباشر كإحدى الشرائط العامة للضرر القابل للتعويض التي اعتبرها الفقهاء مما يقتضيه المنطق وأطلق عليها تسمية الشرائط الفنية، وفي مؤلف الالتزام للدكتور سليمان مرقس جاء أن الضرر يجب أن يكون مباشراً، أي نتيجة طبيعة لعدم الوفاء بالالتزام، وأردف أن هذا الشرط وإن كان قد أثار خلافاً في الفقه فيما يتعلق بالمسؤولية التقصيرية، فإنه كان دائماً محل إجماع فيما يتعلق بالمسؤولية العقدية، واشتراط كون الضرر مباشراً ليس شرطاً خاصاً بل هو نتيجة حتمية لاشتراط ركن السببية."

[2] منصور عمر المعايطة، المرجع نفسه، ص 57.

[3] " بمعنى أنه ينشأ في غياب الخطأ كون المسؤولية الموضوعية تتجاوز فكرة الخطأ لعدم ارتباطها بخطأ القائم بالعمل الطبي، وإنما تقوم على أساس فكرة المخاطر التي تحيط بهذا الأخير، مما يجعل الضرر بذلك متميزاً عن باقي الأضرار التي تستند إلى خطأ في العلاج أو التشخيص أو الإدارة والتي تثير المسؤولية التقليدية للقائم بأعمال الرعاية الصحية–أو المسؤول عنها.– "أمال بكوش، المرجع نفسه، ص78.

[4] " نادى مجلس الدولة الفرنسي بضرورة اشتراطها لانعقاد مسؤولية المخاطر أو المسؤولية الموسعة للدولة، وإن كان اشتراطه للصفة الاستثنائية لجسامة الضرر الطبي يؤدي للتساؤل عن المعيار المحدد لذلك، وهو ما دفع الاتجاه السائد من الفقه إلى الأخذ بالمعيار الكمي الذي يصف الخطر الجسيم بأنه ((الخطر الذي يجاوز العادة أو الخطر ذو الطبيعة الاستثنائية غير المألوفة، والحقيقة أن الإجابة لا تقتصر على إعمال معيار واحد كونها تشمل عدة أبعاد بالنظر إلى حالات مختلفة:

أولها: مقارنة الضرر الراهن للمريض بنظيره في الحالات المماثلة السابقة.

ثانيها: بالنظر إلى خصوصية الضرر ذاته بالنسبة للمريض نفسه.

ثالثها: بالنظر إلى العمل الطبي المقصود ودرجة خطورته.))

" دأب مجلس الدولة الفرنسي على اشتراط أن يكون الضرر الحاصل جسيماً ومأساوياً (d'une extrême gravité)، أو على حد تعبيره جسيماً بدرجة استثنائية– (complications exceptionnelles et anormalement graves من بين ما يشترطه– لإقامة المسؤولية الطبية على أساس المخاطر، ومرد ذلك في رأي الفقه إلى كون المسؤولية الطبية بدون خطأ هي في المقام الأول مسؤولية استثنائية (responsabilité exceptionnel en premier lieu). "

V. Edouard Bourgin ; responsabilité médicale et aléa thérapeutique, article de doctrine publié le vendredi 24 avril 2009, disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.net-iris.fr

" وبينما لاقى اشتراط الضرر الجسيم كفكرة ضابطة لحدود المسؤولية الموضوعية في الحقل الطبي استحساناً وافراً من الفقه والقضاء، فقد لاقى نقداً لاذعاً من البعض الآخر على اعتبار أنه يضيف شرطاً يجهله القانون وهو أمر لا سابقة له في مجال القانون الخاص. فجسامة الضرر وإن لعبت دوراً في تحديد مقدار التعويض فإنها لا تصلح أن تكون أساساً لقيام المسؤولية في

وفي مجال نفايات النشاطات العلاجية تتجسد كل صور الضرر، إن كان مادياً[2] متى ما أصيب الشخص بعدوى أو بجرح جراء الأدوات الحادة والواخزة الناتجة عن نشاط المرافق

المطلق، كما أن إقرار هذا الشرط يؤدي إلى اعتماد شكل من التدرج في أنواع الضرر مما يعكس مخالفة للمبادئ القانونية السائدة في مجال تعويض الأضرار، والتي تحظر أي تحديد للتعويض عن الأضرار الجسمانية. فالقول بقصر التعويض في نطاق الحوادث الطبية عن الأضرار التي بلغت درجة معينة من الجسامة وإقصاء ما لم يبلغ منها ذلك القدر لا يجد أساساً له بل هو أمر يخالف المنطق، ذلك أن الحق في التعويض إما أن يوجد عن كل اعتداء وإما أن يتخلف بالمطلق.

وإذا كان الأصل أن المساس بأي حق من حقوق الشخص أياً كانت درجته تستوجب تعويضاً عادلاً بقدر الضرر ذاته، فإن اعتماد معيار الجسامة الاستثنائية للأضرار كأساس لقيام المسؤولية عن التبعات الضارة للأعمال الطبية، يناقض مبدأ التعويض الكامل للضرر. "

V.(P) Sargos, Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la cour de cassation en matière de la responsabilité médicale, Dalloz,1196, Chron, p 365 ;V.(Chr). Larroumet, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Dalloz, 1990, Chron, p 06.

نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 93 و94.

[1] " خلافاً للقواعد السائدة في مجال المسؤولية المدنية، تحوز الأضرار الناجمة عن المسؤولية الموضوعية أو غير الخطئية طبيعة خاصة تجعلها تضم بين ثناياها خاصيتين متناقضتين، تكمن الأولى في كونها أضراراً معروفة سلفاً في الأوساط المتخصصة ومتوقعة من الناحية الإحصائية، غير أن ندرتها الاستثنائية تجعل من الجزم بتحققها تطبيقياً في حالة معينة مستحيلاً، وهو ما ينفي توقع حصولها على الصعيد الشخصي." آمال بكوش، مرجع سابق، ص 108.

[2] يعرف الضرر المادي بأنه: " الضرر الذي يمس الشخص في جسمه أو في ماله، فيتمثل في الخسارة المالية التي تترتب عن المساس بحق أو بمصلحة سواءً كان الحق حقاً مالياً أو غير مالي." العربي بلحاج، النظرية العامة للالتزام في القانون المدني الجزائري، الجزء الثاني (الواقعة القانونية)، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الرابعة، الجزائر، 2007، ص 145. نقلاً عن: عباشي كريمة، الضرر في المجال الطبي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون، فرع: قانون المسؤولية المهنية، جامعة تيزي وزو، 2011، ص 12.

" ويشترط أن يكون الضرر المادي محقق الوقوع بأن يكون وقع فعلاً أو سيقع حتماً، ويعرّف على أنه إخلال بمصلحة ذات قيمة مالية للمضرور والتي قد تكون إما حقاً من حقوقه أو مجرد مصلحة مالية له، ومثال الأولى: حق كل شخص في الحياة والحق في سلامة جسمه من كل تعدي أو اعتداء بالضرب أو بإتلاف للأعضاء بشكل قد يؤدي إلى نقص قدرته على العمل أو يفقده إياها، أو إصابته بجروح يكلفه الشفاء منها نفقات مالية معتبرة. أما الثانية فمثالها أن يصيب المسؤول مصلحة مالية لرب العمل الذي يجبر على دفع معاش للعامل الذي يصاب لديه. "عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، المجلد الأول، شركة الجلال للطباعة، الإسكندرية، 2004، ص713. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجي، مرجع سابق، ص 80.

" الضرر المالي هو الذي يمس بحقوق أو مصالح مالية للشخص أي أنه يصيبه في كيانه المالي فيمس بمصالح له ذات صفة مالية أو اقتصادية كخسارة تحصل أو مصاريف تنفق أو تفويت فرصة، أو ضياع كسب. وفي المجال الطبي هو الخسارة التي تصيب الذمة المالية للشخص المضرور، ويشمل هذا الضرر ما لحق المريض من خسارة مالية كمصاريف العلاج والأدوية، أو إجراء عملية جراحية، كذلك دفع مبالغ مالية أخرى مقابل إقامته في المستشفى، وما فاته من كسب نتيجة تعطله عن العمل خلال فترة خضوعه للعلاج وإصلاح الخطأ الطبي. "عاطف النقيب، النظرية العامة للمسؤولية الناشئة عن الفعل الشخصي – الخطأ والضرر–، منشورات عويدات (بيروت–باريس) وديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، 1984،

الصحية والتي تم التخلص منها بطرق غير سليمة،[1] أو معنوياً ويأتي غالباً مصاحباً للأضرار المادية وقد ينفصل أحياناً عنها،[2] فيلحق أموراً أخرى غير ذات طبيعة مالية كالعقيدة الدينيــة أو الأفكار[3] كما في الحالة التي يؤدي فيها تراكم النفايات داخل المؤسسة الصحية وعلى مرأى من المرضى وطالبي العلاج إلى اشمئزازهم وتذمرهم من تدني مستوى النظافة بمؤسستهم العلاجية، وكذا خوفهم من الإصابة بأمراض أخرى مما يضعف درجة مناعتهم كما سلف الذكر.

ص258. نقلاً عن: مقال تقدير التعويض في المسؤولية المدنية، منشور على الموقع (www. droit.1fr1.net) ، اطلع عليه بتاريخ:2020/02/24. عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات (المدنية والجنائية والتأديبية)، منشأة المعارف، الطبعة الثانية، الإسكندرية، 2004، ص92. نقلاً عن: عباشي كريمة، مرجع سابق، ص19.

[1] " قد تسبب الإصابة بالعدوى ضرراً جسدياً غير مميت فتؤدي إلى تعطيل كلي أو جزئي في بعض وظائف الجسم أو التعطيل عن العمل، كما قد ينشأ عنها ضرراً جسدياً مميتاً عندما تترتب عنها الوفاة، فتكون بذلك إزهاقاً للروح ناتج عن خطأ المستشفى ومثالها ما حدث لابن السيد " سافاي savelli" سنة 1960 الذي انتقل إليه مرض " الجذري" بسبب وضعه بغرفة إلى جانب أحد المرضى الذي توفي نتيجة إصابته بهذا الأخير، ليتبين من ظروف إقامة الطفل داخل المستشفى أنه لم يكن مصاب بمرض الجذري قبل إقامته بها، وأن الوفاة نتجت عن خطأ في تسيير المرفق العام الطبي."علي عصام غصن، الخطأ الطبي، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الثانية، لبنان، 2010، ص180. نقلاً عن: عباشي كريمة، المرجع نفسه، ص 17.

CE, 18 novembre 1960, n°27844, savelli : « considérant [..] qu'il résulte de l'instruction que S., atteint de rougeole et admis à l'hôpital de la Conception à Marseille le 14 Février 1952 a, faute de lit disponible dans les pavillons réservés aux enfants, été hospitalisé dans une salle pour adulte où se trouvait un malade suspecté de variole et qui, le lendemain, est mort de cette maladie ; que, compte tenu de ce qu'il n'y avait pas encore à Marseille au milieu de Février 1952 que quelque cas isolés de variole, l'apparition de cette maladie chez le jeune S. huit jours après son séjour dans la salle d'hôpital où un adulte est mort de cette maladie et son propre décès doivent être imputés à ce jour ; que, dans les circonstances de l'affaire, les conditions où S. a été hospitalisé révèlent dans le fonctionnement du service public hospitalier une faute de nature à engager la responsabilité de ce dernier.» Disponible sur le site: https://www.lexbase.fr visité le 31/03/2021.

[2] محمد صديق محمد عبد الله و سارة أحمد حمد، قواعد المسؤولية التقصيرية الشخصية بين القوانين العراقية والقوانين المعاصرة، مجلة الرافدين للحقوق، المجلد 15، العدد 52، العراق، بدون سنة، ص161: " ... وقد يتبادر إلى الذهن بأن الضرر الأدبي هو الذي لا يقع تحت الحواس فلا يمكن رؤيته أو لمسه لأنه خاص بالعواطف غير المادية، غير أن هذا ليس المعنى الحقيقي للضرر الأدبي لأن بعض الأضرار المحسوسة كالآلام الجسمية الناشئة عن الإصابة والتشويه الناتج عن الجروح تعد أضراراً أدبية. لذلك فهو الضرر الذي لا يلحق بالمضرور أي ضرر مالي ولا يؤدي إلى أي نقص في ذمته المالية، فهو يعرف بالضرر غير المالي. "

[3] مقدم السعيد، التعويض عن الضرر المعنوي في المسؤولية المدنية (دراسة مقارنة)، دار الحداثة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1985، ص 52. نقلاً عن: مقال تقدير التعويض في المسؤولية المدنية، المرجع السابق.

كما قد يكون الضرر الناتج عن نفايات النشاطات العلاجية عبارة عن تفويت فرصة حتى وإن كانت تدخل ضمن صور الضرر المعنوي،[1] كأن ينتج الضرر جراء خلل في الإعلام يكيف على أنه تفويت فرصة التخلص أو تجنب الخطر الذي وقع بالفعل، وهو الحال عند عدم إعلام المريض، الأمر الذي يفقده إمكانية الاختيار التي قد تقوده إلى رفض العمل الذي أدى إلى نشوء الضرر من الأساس.[2]

وينطبق الأمر في هذه الحالة على العمال المستخدمين لجمع نفايات نشاطات العلاجية في المؤسسات الصحية العامة والخاصة، والذين يتوجب إعلامهم بكافة المخاطر المحدقة بالعمل الموكل إليهم، بالإضافة إلى ضرورة السهر على تكوينهم في هذا المجال وفيما يخص كيفية التعامل مع النفايات المذكورة، والخطرة منها على وجه الخصوص.

وبخصوص الإعلام أيضاً، وتحديداً في إطار الحق في الإعلام البيئي والاطلاع في مجال التلوث بالنفايات، نصت المادة 34 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها المشار إليه سابقاً، أنه يقع على عاتق البلدية في مجال الخدمات العمومية المقدمة من طرفها إنشاء جهاز دائم لإعلام السكان وتحسيسهم بآثار النفايات المضرة بالصحة العمومية و/أو بالبيئة والتدابير الرامية إلى الوقاية من هذه الآثار.[3]

---

[1] " ويقصد بها إقعاد الفعل الضار للضحية عن تحقيق مصلحة هدفت إليها مما يلحق الضرر بها، وتتجلى الفرصة بالنسبة للمريض في عدة أوجه منها ما يتعلق بفرص الكسب أو النجاح في الحياة العامة، ومنها ما يتعلق بسعادته وتوازنه كزواج الفتاة إذا كان ما أصابها متمثلاً في تشوهات أو غير ذلك من اعتبارات يقدرها قاضي الموضوع. وبالتالي، فإنه وإن كانت الفرصة أمراً محتملاً، فتفويتها أمر محقق يجب التعويض عنه. وفي هذه الحالات يعوض بصفته ضرراً قائماً بذاته كونه قابل للتقدير حين حصوله باعتباره ضرر حال وليس مستقبلياً." طاهري حسين، مرجع سابق، ص 50. محمد رياض دغمان، مرجع سابق، ص 109.

[2] Abdelkader KHADIR, la Responsabilité médicale à l'usage des praticiens de la médecine et de droit, Houma éditions, Alger, 2014, p 89: " Le préjudice est… . Comme il peut résulter d'un défaut de l'information qui s'analyse comme la perte d'une chance de se soustraire à un risque qui s'est réalisé; ainsi le fait de ne pas délivrer l'information au patient l'a privé de la possibilité d'un choix qui aurait pu le conduire à renoncer à l'acte qui, lui-même, a provoqué la réalisation du dommage."

[3] خدير أحمد، مرجع سابق، ص 156.

ولأن نفايات النشاطات العلاجية تسبب كغيرها من النفايات أضراراً للإنسان والبيئة، سيتم التطرق لصور الضرر في الحالتين ضمن بندين.

البند الأول: أضرار نفايات النشاطات العلاجية التي تصيب الأشخاص:

يسأل منتج النفايات على أساس الخطأ لمخالفته وإخلاله بنصوص تشريعية أو تنظيمية انطلاقاً من الالتزامات التي وضعتها على عاتقه التشريعات الوطنية والدولية بصفته حارساً للأشياء، ويستوي في ذلك إن كان شخصاً طبيعياً أو معنوياً، بمعنى أن هذا المنتِج يسأل على أساس الأضرار الناجمة عن فعل الأشياء متى ما تسببت نفاياته في إلحاق أضراراً بالأشخاص أو الأموال سواء عند إنتاجها أو نقلها من مكان لآخر أو عند معالجتها، وهو ما أخذ به القضاء الفرنسي في عدة قضايا تتعلق بأضرار النفايات.[1]

فالإهمال أو التسيير غير المتكامل والمستدام لنفايات النشاطات العلاجية، قد يلحق أضراراً متباينة بالأشخاص تتمثل في:

- الإصابات: وقد تكون عبارة عن جروح تنشأ جراء التعامل المباشر مع نفايات النشاطات العلاجية، وبالأخص النفايات الحادة منها، مع إمكانية تلوث هذه الجروح واحتمال الإصابة بمرض التيتانوس. كما قد يصاب هؤلاء العمال بكسور نتيجة حوادث الطريق التي يتعرضون لها أثناء تأدية مهامهم لنقل أو فرز النفايات.
- الأمراض: كمرض الربو، التهابات الجلد مثل: الإكزيما والبثور والتقيحات، والإصابة بالأمراض المعدية والمعوية مثل: التيفوئيد والالتهاب الكبدي الوبائي والطفيليات.

[1] زليخة لحميم، مرجع سابق، ص 234. شارف عبد الكريم، مرجع سابق، ص 60: " خطأ منتج النفايات يتمثل في مخالفته للقوانين والأنظمة المعمول بها بخصوص حماية البيئة واللازمة لمنع حدوث أضرار للإنسان والبيئة من جراء هذه النفايات التي تفرز عن نشاطه، وهذه المخالفة قد تكون قصدية أو غير قصدية. فالمستشفيات التي تنتج عن نشاطها أطنان من النفايات الطبية تكون مسؤولة عن الأضرار التي تنتج عن هذه النفايات، وكذلك فإن الطبيب يسأل عن النفايات التي تطرحها عيادته إذا ما سببت أضرار للإنسان أو البيئة على اعتبار أنه يقوم بنشاط طبي، وهذه النفايات تعد مواد وأشياء خطرة يجب التعامل معها بدقة وعناية لكي لا ينتج عنها ضرر."

- التسمم: وينتج عن التخلص غير السليم من نفايات النشاطات العلاجية التي من شأنها أن تؤدي إلى عملية التسمم، سواء عن طريق عملية الدفن أو بالحرق بالنسبة للمواد الكيماوية أو الأدوية الذي يؤدي تداول بقاياها إلى ذلك.[1]

البند الثاني: الضرر البيئي الناجم عن سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية:

أدى تزايد حجم النفايات المطروحة إلى تضاعف خطورتها التي لا تؤثر على صحة وسلامة جسد الإنسان فقط، مثلما سلف التوضيح، بل يتعدى تأثيرها حتى إلى البيئة التي يعيش فيها هذا الأخير.[2] كما أدى سوء تسييرها إلى تفاقم الأوضاع ودق نواقيس الخطر على المستوى الدولي ما تمخض عنه تسارع الدول للتفاعل فيما بينها، تجسيداً للمادة 12 من الميثاق الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966، والتي تنص على أن: " تقر كل الأطراف بحق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية، مع اتخاذ كافة التدابير اللازمة لتأمين هذا الحق." فجاءت التدابير المذكورة متمثلة في رسم خطط لطرق آمنة لإدارة هذه النفايات عبر العديد من الاتفاقيات التي تمخضت عن الجهود المبذولة والتي تعكس رؤية المجتمع الدولي للدخول في عصر جديد من التنمية المستدامة."[3]

ففي هذا السياق، جاء في كتاب منظمة الصحة العالمية أنه:

" يقع على عاتق المستشفيات ومنشآت الرعاية الصحية الأخرى " واجب الرعاية " للبيئة والصحة العامة، وعليها مسؤوليات خاصة فيما يتعلق بالنفايات الصادرة عنها. كما تقع

---

[1] عزي سهام و عباشي كريمة ، مرجع سابق، ص 234.

[2] " يشمل الضرر البيئي ما يصيب الإنسان في جسمه نتيجة الملوثات البيئية، كمن يستنشق غازات منبعثة من مصنع للكيماويات فيصاب بمرض رئوي أو يتوفى، أو كمن يتعرض للإصابة بالأمراض الناتجة عن شربه مياه ملوثة بفعل تسرب مواد ضارة من محطة تصريف مجاري إلى المياه الجوفية، أو كمن يصاب بحروق نتيجة تعرضه لإشعاعات نووية من مواد مشعة. وقد يصيب الضرر البيئي الإنسان بشكل مباشر، في بدنه أو ماله، مثل تلويث طعامه أو شرابه. ويشمل الضرر المقصود أيضاً الضرر المعنوي أو ما يسمى بالضرر الأدبي الذي يصيب الإنسان نتيجة التعرض للتلوث، ويتحقق بطريقة غير مباشرة نتيجة تأثر جسمه بالتلوث وما يصاحبه من آلام جسدية أو معاناة نفسية، أو حرمانه من متع معينة فقدها نتيجة التلوث. " أنور جمعة علي الطويل، دعوى المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية (دراسة مقارنة)، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 2014، ص41 و42.

[3] بوفلجة عبد الرحمان، مرجع سابق، ص3.

المسؤولية على هذه المنشآت لضمان عدم وجود نتائج صحية وبيئية معاكسة لأنشطة مناولة ومعالجة النفايات والتخلص منها."

والملاحظ هنا أن المسؤولية عن نفايات النشاطات العلاجية، بغض النظر عن نوعها أو كميتها، قد ألقيت على عاتق منشآت الرعاية الصحية بصفتها المنتجة لها. وهو أمر طبيعي كون ((المسار السليم لتسيير النفايات بشتى أنواعها يقتضي بأنه يجب على منتجها أن يضمن بطريقة أو بأخرى إبادتها بشروط تحول دون إلحاقها أي ضرر بالصحة العمومية وبالبيئة، وهذا الواجب يمثل أساس مبدأ " الملوث يدفع" أحد مبادئ التصدي للتلوث وحماية البيئة.))[1]

وحيث لم يضع المشرع البيئي الجزائري أي أحكام خاصة بالمسؤولية الإدارية عن الضرر البيئي، يتوجب الرجوع إلى الأحكام الواردة في القانون المدني إما على أساس المسؤولية عن الأفعال الشخصية أو على أساس المسؤولية الناشئة عن الأشياء.

فتسأل المرافق الاستشفائية عن الأضرار التي تصيب البيئة بفعل نفايات نشاطاتها العلاجية متى قامت بتسليمها لشخص لا يملك ترخيصاً بمعالجة تلك النفايات، وذلك على أساس المسؤولية عن الأفعال الشخصية تطبيقاً لأحكام المادة 124 من القانون المدني باعتبار أن المشرع لم يميز فيها بين مرتكب الفعل إن كان شخصاً طبيعياً أو معنوياً (عاماً أو خاصاً)، وهو ما أخذت به أيضاً المادة 19 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها السالف الذكر.[2]

[1] العابد رشيدة، مرجع سابق، ص 33.

[2] " يمنع كل منتج للنفايات الخاصة الخطرة و/أو الحائز لها من تسليمها أو العمل على تسليمها إلى:

– أي شخص آخر غير مستغل منشأة مرخص لها بمعالجة هذا الصنف من النفايات.

– أي مستغل لمنشأة غير مرخص لها بمعالجة النفايات المذكورة.

يتحمل من سلم أو عمل على تسليم النفايات الخاصة الخطرة وكذا من قبلها، مسؤولية الأضرار والخسائر المترتبة على مخالفة أحكام هذه المادة."

كما تقوم مسؤولية المرافق الصحية أيضاً على أساس المسؤولية الناشئة عن الأشياء طبقاً لنص المادة 138 من القانون المدني متى ما ألحقت نفايات نشاطاتها العلاجية أضراراً بيئية، وذلك كونها المسؤولة عن تسييرها بصفتها المنتجة لها.[1]

وقد عرف المشرع الجزائري منتج النفاية في المادة الثالثة (3) من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها بأنه: " كل شخص طبيعي أو معنوي يتسبب نشاطه في إنتاج النفايات... "، في حين لم يعرفه المشرع المصري.

أما المشرع الفرنسي فقد عرفه في المادة L541-1-1 من قانون البيئة بأنه:

" كل من ينتج أو يحوز نفايات في ظروف قد تكون ضارة بالطبيعة والمناظر الطبيعية، وتؤدي إلى تلويث الماء والهواء وإلى نشر روائح كريهة وبصفة عامة كل ما هو ضار بالإنسان والبيئة.[2]"

وقد وسع المشرع الفرنسي من مفهوم منتج النفايات في المادة L541-10 عندما اعتبر كل منتج بغض النظر عن نوعية منتوجه مسؤولاً عن الأضرار التي تسببها نفايات منتوجاته. ولا يوجد في قانون البيئة الجزائري والمصري ما يقابل هذا التوسع في مفهوم المنتج.[3]

---

[1] قارة تركي إلهام، مرجع سابق، ص 920.

[2] **Article L541-1-1 du code Français de l'environnement modifié par Ordonnance n°2020-920 du 29 juillet 2020 – art.3 :** Au sens du présent chapitre, on entend par: « **Producteur de déchets** : toute personne dont l'activité produit des déchets (producteur initial de déchets) ou toute personne qui effectue des opérations de traitement des déchets conduisant à un changement de la nature ou de la composition de ces déchets (producteur subséquent de déchets). »
Article L541-10 modifié par Loi n°2020-105 du février 2020-art.62(v):« En application du principe de responsabilité élargie du producteur, il peut être fait obligation à toute personne physique ou morale qui élabore, fabrique, manipule, trait, vend ou importe des produits générateurs des déchets ou des éléments et matériaux entrant dans leur fabrication, dite producteur au sens de la présente sous-section, de pourvoir ou contribuer à la prévention et à la gestion des déchets qui en proviennent ainsi que d'adopter une démarche d'éco-conception des produits, de favoriser l'allongement de la durée de vie desdits produits en assurant au mieux à l'ensemble des réparateurs professionnels et particuliers concernés la disponibilité des moyens indispensables à une maintenance efficiente, de soutenir les réseaux de réemploi, de réutilisation et de réparation tels que ceux gérés par les structures de l'économie sociale et solidaire ou favorisant l'insertion par l'emploi, de contribuer à des projets d'aide au développement en matière de collecte et de traitement de leur déchets et de développer le recyclage des déchets issus des produits.»

[3] زليخة لحميم، مرجع سابق، ص 232.

وباستقراء نصوص مواد القانون 01-19 السالف الذكر، نجد أن المشرع الجزائري قد وضع على عاتق منتج النفايات عدة التزامات أهمها:

-إن منتج أو حائز النفايات ملزم باتخاذ الإجراءات اللازمة لتفادي إنتاج النفايات بأقصى قدر ممكن.

- منتج النفايات أو حائزها ملزم بضمان أو بالعمل على ضمان تثمين نفايات المنتجات التي يصنعها أو يسوقها أو يستوردها.

- منتج النفايات أو حائزها ملزم بإزالتها على حسابه الخاص في حالة عدم تثمينها.

ومن بين صور الضرر الذي يمكن أن يلحق بالبيئة جراء التسيير السيء لنفايات النشاطات العلاجية، نجد ما يمس بالتربة أو بالماء، وكذا التلوث الهوائي الذي تم التفصيل فيه آنفاً وسابقيه في الفصل الأول من الباب الأول تحت بند تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة على البيئة.

الفرع الثالث: العلاقة السببية بين الخطأ والضرر:

تعرف العلاقة السببية في المجال الطبي على أنها العلاقة المباشرة بين الضرر الذي يصيب المريض والخطأ الطبي المرتكب من طرف الطبيب أو المستشفى، وهي الركن الثالث والضروري لقيام مسؤولية كل منهما ((إذ لا يكفي لقيام المسؤولية في مجال الخطأ الطبي وقوع الضرر، بل لابد أن يكون ما لحق بالمريض من ضرر نتيجة مباشرة للخطأ الطبي الذي أحدثه الطبيب، وأن يرتبطا ببعضهما ارتباط العلة بالمعلول والسبب بالمسبب، بحيث لا يمكن تصور حصول الضرر للمريض لو لم يقع الخطأ من الطبيب.))[1]

ويعد تحديد العلاقة السببية بين الخطأ والضرر الناجم عنه بالمجال الطبي من المسائل الدقيقة والعسيرة لارتباطها بالجسم البشري وتعقيداته الفيزيولوجية والتشريحية والوظيفية، وكذا بالنظر لتغير حالاته المرضية.[2] ولذلك، يعود أمر إقامة الصلة السببية لمحاكم الأساس التي

[1] منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 61.

[2] المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

تستقل به ويخضع لتقديرها المطلق كونه لا يشكل مسألة قانون بل مسألة واقع شريطة أن يكون معلل بصورة كافية من طرف هذه الجهة وإلا نقضته المحكمة العليا التي تملك سلطة الرقابة على قرارات محكمة الأساس.[1] وفي هذا الإطار، وبالنسبة للمستشفى، حملت المحكمة العليا المسؤولية لمستشفى مصطفى باشا الجامعي في قضية بينه وبين (ب) في قرارها المؤرخ في 1979/01/29.[2] وتتلخص وقائع القضية في أن الشاب (ب) أدخل المستشفى بسبب كسر في يده اليسرى وقدم له بعض العلاج الأولي إثر قبوله، غير أنه أهمل فيما بعد ولم تقدم له أي علاجات وبقي دون مراقبة، وبعد مضي أربعة أيام أصيب بتعفن مما لزم بتر يده.

كما حملت المحكمة العليا أيضاً مسؤولية الإهمال في العلاج للمرفق الصحي في قرارها الصادر في 1992/04/26، وبنت الغرفة الإدارية بالمحكمة العليا قضاءها على أساس تفويت فرصة الحياة أو الشفاء. وقضت الغرفة الإدارية مجلس قضاء قسنطينة بتحمل المستشفى المسؤولية بسبب سوء وضع الجبس الذي أدى إلى بتر رجل المريض بسبب التعفن الذي أصابها، وذلك في قرارها الصادر في 1988/02/03.[3]

وفي مجال نفايات النشاطات العلاجية أو النفايات عامة وفيما يخص التلوث الناتج عنها بصفة خاصة، لا مجال للحديث عن المسؤولية المدنية عن هذا التلوث والتعويض عن أضراره ما لم يثبت المتضرر العلاقة السببية المباشرة بين الضرر الذي لحقه في شخصه أو ماله أو بالبيئة وبين نشاط أو الخطأ المرتكب من قبل الملوث، إلا إذا أثبت هذا الأخير الحادث الفجائي أو خطأ الغير أو المضرور ذاته.[4]

[1] طلال عجاج، مرجع سابق، ص383. نقلاً عن: محمد رياض دغمان، مرجع سابق، ص 110.

[2] طاهري حسين، مرجع سابق، ص 51.

[3] المرجع نفسه، ص 52.

[4] خدير أحمد، مرجع سابق، ص 217.

المبحث الثاني: المسؤولية الجزائية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

تمثل المسؤولية الجزائية النوع الثاني من المسؤولية القانونية، وهي ((المسؤولية التي تقوم عند مخالفة الشخص لقاعدة قانونية آمرة أو ناهية، يرتب عليها القانون عقوبة في حال مخالفتها، وهذا يعني قيامه بفعل يشكل جريمة هي أصلاً منصوص عليها في القانون تعريفاً وعقوبةً)).[1] وتهدف هذه المسؤولية الجزائية إلى ردع التصرف غير المشروع المرتكب من طرف الفرد على أساس الخطأ الذي تحدد عقوبته وفقاً للقانون الذي ينص على تجريمه،[2] تطبيقاً لمبدأ الشرعية، ويسأل هذا الفرد في الأصل عن فعله الشخصي والإرادي بصفته فاعلاً أصلياً أو شريكاً. لكن، وفي إطار الجريمة البيئية، ومع التطور الذي تشهده حياة الأفراد بظهور مختلف الأنشطة الزراعية، الاقتصادية، التجارية، الاجتماعية وكذا الخدماتية، برز توجه نحو التوسع في المعايير الأصولية التي تحكم المسؤولية الجزائية الشخصية فيما يخص الفاعل الأصيل أو

---

[1] منصور عمر المعايطة، مرجع سابق، ص 39.

[2] " إن إقامة الخطأ أساساً للمسؤولية الجزائية هو ما أدى إلى غياب الطبيعة الخاصة للمسؤولية المدنية عن الأعين بعد أن شكلت السبب الرئيس في انسلاخ المسؤوليتين عن بعضهما، ذلك أنه مادامت المسؤولية المدنية تهدف لجبر الضرر وحماية المضرور وليس لعقاب محدث الفعل الضار، وهو ما جعل لزوم الخطأ لقيامها دون مبرر، فكان منطقياً تجردها – أي المسؤولية المدنية – من كل ما كان يربطها بالمسؤولية الجزائية خاصة من حيث وحدة الأساس. فعلى مشارف قيام الثورة الفرنسية – في أواخر القرن الثامن عشر– استقلت المسؤولية المدنية تماماً عن الجنائية، عن طريق استبعاد أي أثر لفكرة العقوبة من نطاق التعويض المدني وبات الأمر متعلقاً بجبر الضرر دون غيره من الاعتبارات المتعلقة بجسامة الخطأ، كما صقلت فكرة الخطأ كأساس للمسؤولية المدنية، وهو ما استلهمه قانون نابليون وقننه فيما يظهر جلياً في نص المادة (1382) وما بعدها منه، وقد توارث رجال القانون في فرنسا هذا النهج، واستمروا ردحاً من الزمن يستلهمون مبادئ المسؤولية المدنية من أحكام المادتين (1382) و (1383) من القانون المدني، ويكلفون المدعي بإثبات خطأ المدعى عليه للحصول على تعويض ما أصابه من ضرر، غير أن تقدم الصناعات قد أدى إلى تضاعف الحوادث، وتعذر إثباتها، حتى بات من نتائج هذه المبادئ أن يتحمل المصاب دون سواه عواقب الضرر."

P. Jacomet, Essai sur les sanctions civiles de caractère pénal en droit français, thèse, Paris, 1905, p 09.

نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 67– 68. بن عبد الله عادل، مرجع سابق، ص 8: " ورغم تمييز المسؤولية المدنية عن الجزائية فإنه لا يمكن إنكار العلاقة بينهما، فقد يشكل فعل ما خطأ مدنياً يستدعي جبر الضرر المسبب وجريمة في نفس الوقت، وهي حالة التكييف المزدوج التي نجدها في سلوك الأفراد. فالضحية تستطيع رفع شكوى تطلب فيها مباشرة الدعوى الجزائية لإقامة المسؤولية الجزائية وتوقيع العقوبة على الفاعل، وتتأسس في ذات الوقت كطرف مدني أمام القضاء الجزائي لطلب جبر الضرر بدفع تعويض."

القواعد الخاصة بالمشاركة الجزائية. ويتجسد العقاب المرتبط بهذه الأخيرة إما في صورة غرامة مادية أو عقوبة جسدية (السجن أو الحبس) تسلط بنص القانون على المتسبب في الضرر بفعله أو بامتناعه المكيف قانوناً كجريمة. وفي مجال الأضرار التي تسببها نفايات النشاطات العلاجية، يعتبر التخلف عن التسيير الجيد لها مخالفة لالتزام قانوني يقضي بوجوب التخلص منها بطريقة آمنة لا تمس بسلامة الإنسان ولا بالبيئة التي يعيش فيها. وعلى الرغم من عدم وجود نصوص خاصة بتجريم سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية، إلا أنه يمكن توقيع الجزاءات المتعقلة بسوء تسيير النفايات الخطرة على أساس أن نفايات النشاطات العلاجية تعد صنف من أصنافها. وقد حدد المشرع الجزائري الجزاءات المترتبة عن سوء تسييرها والموقعة على الأشخاص الطبيعية (المطلب الأول) وعلى الأشخاص المعنوية على حد سواء (المطلب الثاني)

المطلب الأول: مسؤولية الأشخاص الطبيعية:

لم يغفل المشرع الجزائري بعد تعداده لأصناف النفايات والواجبات الواقعة على منتجيها ومنشآت معالجتها، التطرق إلى جملة الجزاءات التي يمكن أن يتعرض لها منتجوها أو المكلفون بإزالتها والتخلص منها(بما فيها النفايات الخاصة الخطرة – ومن ضمنها نفايات النشاطات العلاجية–)، فجاء نص المادة 62 من القانون رقم 01-19[1] دالاً على عقوبة تسليم نفايات خاصة خطرة، فكانت صياغتها كالآتي:" يعاقب بالحبس من ستة أشهر (6) إلى سنتين (2) وبغرامة مالية من أربعمائة ألف دينار(000 400 دج) إلى ثمانمائة ألف دينار(000 800 دج) أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، كل من سلم أو عمل على تسليم نفايات خاصة خطرة بغرض معالجتها إلى شخص مستغل لمنشأة غير مرخص لها بمعالجة هذا الصنف من النفايات." في حالة العود، تضاعف العقوبة."

[1] قانون رقم 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، مرجع سابق.

أما المادة 64 من نفس القانون فنصت على أنه: " يعاقب بالحبس من سنة (1) إلى ثلاث سنوات (3) وبغرامة مالية من ستمائة ألف دينار(000 600 دج) إلى تسعمائة ألف دينار(000 900 دج) أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، كل من قام بإيداع النفايات الخاصة الخطرة أو رميها أو طمرها أو غمرها أو إهمالها في مواقع غير مخصصة لهذا الغرض.
في حالة العود، تضاعف العقوبة."

وقد أقر المشرع الجزائري صراحة على معاقبة كل مخالف للقواعد القانونية المنصوص عليها في هذا المجال، ونص على جملة من الجزاءات التي تطبق على الجرائم التي تلحق بالبيئة، والتي تقسم وفق المادة 27 من قانون العقوبات، إلى جنايات، جنح ومخالفات، وذلك حسب خطورة الفعل المرتكب. ففي صنف الجنايات، وزيادة على نص المادة 87 مكرر من قانون العقوبات الجزائري والتي جرم فيها المشرع الاعتداء على المحيط بأن أدرجه تحت عنوان " الجرائم الموصوفة بأفعال إرهابية أو تخريبية"، نجد نص المادة 66 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها،[1] والتي تنص على أن:" يعاقب بالسجن من خمسة (5) إلى ثمانية (8) سنوات وبغرامة مالية من مليون دينار (1.000.000 دج) إلى خمسة ملايين دينار (5.000.000 دج) أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، كل من استورد النفايات الخاصة الخطرة أو صدرها أو عمل على عبورها مخالفاً بذلك أحكام هذا القانون."

أما فيما يخص الجنح والمخالفات، فوردت عقوباتها في المادة 55 من نفس القانون الأخير (01-19) وجاء فيها: " يعاقب بغرامة مالية من خمسمائة (500 دج) إلى خمسة آلاف دينار (5000 دج) كل شخص طبيعي قام برمي أو بإهمال النفايات المنزلية وما شابهها أو رفض استعمال نظام جمع النفايات و فرزها الموضوع تحت تصرفه من طرف الهيئات المبينة في المادة 32 من هذا القانون. في حالة العود تضاعف العقوبة."

[1] القانون رقم 01-19 يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، مرجع سابق.

ويمكن أن تطبق هذه المادة على نفايات النشاطات العلاجية غير الخطرة كونها شبيهة بالنفايات المنزلية، فيعاقب بعقوبتها كل من أتى بالأفعال المذكورة فيها.

المطلب الثاني: مسؤولية الأشخاص المعنوية:

لقد اقتصرت المسؤولية الجزائية منذ زمن بعيد على الأشخاص الطبيعية، قبل أن تمتد بمرور الوقت إلى الأشخاص الاعتبارية.[1] فلم يكن متوقعاً أن تسأل الإدارة جزائياً عن الأضرار التي تلحقها بالغير جراء ممارستها لنشاطاتها،[2] كون المسؤولية الجزائية تبنى على أساس الخطأ الشخصي ولا يمكن للإدارة كشخص معنوي أن ترتكب أخطاء شخصية، ولذلك لم يكن يتصور سوى المسؤولية الجزائية للعون على الرغم من أن المسؤولية الإدارية كالتزام جبر الضرر هي في حقيقتها تحمل الإدارة لنتائج خطأ العون الذي تستخدمه، فارتكاب الموظف لخطأ كيّف جريمة يمكن أن يقيم إلى جانب المسؤولية الجزائية للعون مسؤولية مدنية بجبر الضرر.[3]

---

[1] " لقد كان الشخص الطبيعي منذ العصور القديمة هو من يتحمل المسؤولية الجزائية، فيتحمل نتيجة سلوكه والمحاسبة عليه، لتميزه عن سائر المخلوقات الأخرى بالعقل الذي من خلاله يستطيع أن يضبط تصرفاته وسلوكياته. والأصل في المسؤولية الجزائية أنها شخصية، لا يسأل الجاني إلا عما اقترفه من أفعاله الشخصية الإرادية، المخالفة لأحكام قانون العقوبات ونواهيه أو القوانين الخاصة، سواء كان فاعلاً أصلياً أو شريكاً، إلا أن الملاحظ في إطار الجريمة البيئية هو وجود توجهاً نحو التوسع في المعايير الأصولية التي تحكم المسؤولية الجزائية الشخصية فيما يتعلق بمفهوم الفاعل الأصيل أو القواعد الخاصة بالمشاركة الجزائية، ويرجع سبب هذا التوجه إلى تطور الحياة وظهور الأنشطة الاقتصادية والتجارية والاجتماعية والزراعية والخدماتية. حسام محمد سامي جابر، الجريمة البيئية، بدون طبعة، دار الكتب القانونية، القاهرة، 2011، ص 147. عباد قادة، دور القضاء الجزائي الجزائري في حماية البيئة (دراسة مقارنة)، الجزء الأول، الجانب الموضوعي، دار هومة، الجزائر، 2018، ص 129. نقلاً عن: خدير أحمد، مرجع سابق، ص271.

[2] " أثير نقاش فقهي بين الفقهاء حول المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية وانقسم الفقه بين مؤيد ومعارض، إلا أن الممارسة القانونية وما هو موجوداً واقعاُ ومعاشاً، أخرجت هذا الموضوع من محل النقاش إلى محل الاعتراف، فترتب عن الاعتراف بالشخصية المعنوية اعتراف وإقرار بالمسؤولية الجزائية للشخص المعنوي عن الجرائم التي ترتكب لحسابه أو لمصلحته من طرف الأشخاص المكونين له، لا سيما تلك الجرائم التي يرتكبها ويخالف فيها أحكام القوانين التي تعنى بحماية البيئة والصحة. كما أن الأشخاص المعنوية وبالرغم من أنها تقوم بأعباء يعجز الأشخاص الطبيعيين عن القيام بها، إلا أنها قد تكون مصدراً للجريمة والانحراف والخطورة ما يجعلها تشكل تهديداً يمس بأمن وسلامة المجتمع." طه عثمان أبو بكر المغربي، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية في جريمة تلوث البيئة، مؤتمر القانون والبيئة، كلية الحقوق، جامعة طنطا، 23-24 أبريل 2018، ص 29. نقلاً عن: خدير أحمد، المرجع السابق نفسه، ص 272.

[3] Gilles darcy, la responsabilité de l'administration, OP. Cit, p 6.

ففي فرنسا وإثر تعديل قانون العقوبات بالقانون رقم 92-683 الصادر في 22 يوليو 1992، تم قبول المسؤولية الجزائية لأشخاص القانون العام عدا الدولة، لأنه باسم الدولة أصلاً تفرض العدالة الجزائية، وبالتالي لا يمكن تصور فرضها عليها، ويتعلق الأمر بالجماعات المحلية أو المؤسسات العمومية التي يمكن أن يحكم عليها بعقوبة الغرامة مثلاً.[1] فإذا ارتكب الموظف خطأ كُيِّف جريمة يكون للضحية الحق ليس فقط بجبر الضرر مدنياً بمطالبة الإدارة أو العون حسب طبيعة الخطأ، بل يمكنها رفع شكوى ضد الإدارة للوصول إلى استصدار حكم جزائي ضدها، وبالتالي لم تعد المسؤولية الإدارية بعيدة عن المسؤولية الجزائية، كما أن المسؤولية الجزائية للإدارة لا تبعد المسؤولية الجزائية للموظف.

وكان ذلك بموجب المادة 02/121 التي نصت على أن: " الأشخاص المعنوية- عدا الدولة- مسؤولة جزائياً وفقاً للقواعد المنصوص عليها في الفقرات (04/121 حتى 07/121) وفي الحالات المنصوص عليها في القانون أو اللائحة عن الجرائم المرتكبة لحسابها بواسطة أعضائها أو ممثليها، ومع ذلك فإن التجمعات المحلية لا تسأل جزائياً إلا عن الجريمة التي ترتكب عند ممارسة نشاط يمكن أن يكون محل اتفاقات تفويض عام ولا تستبعد المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنويين مسؤولية الأشخاص الطبيعيين أو الشركاء عن ذات الأفعال."[2]

---

[1] " يفسر بعضاً من الفقه هذا الموقف الذي يأخذ به العديد من المشرعين بما فيهم المشرع الفرنسي والجزائري، بأنه لا يمكن مساءلة الدولة وما عليها من إدارات لأنه إذا تردت إلى هاوية الإجرام فإنها تصبح غير جديرة بالبقاء، من هنا ظهر اتجاه يميز بين مرافق الدولة العامة بوصفها من أشخاص القانون العام والتي لا تستهدف سوى تحقيق النفع العام، وبناء على ذلك لم يجز مساءلتها جنائياً لعدة اعتبارات سياسية وقانونية واعتبارات الملائمة على الرغم من إمكانية مساءلتها مدنياً وإدارياً." نوار دهام مطر الزبيدي، الحماية الجنائية للبيئة (دراسة مقارنة)، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2014، ص 438. نقلاً عن: خدير أحمد، المرجع نفسه، ص 275.

[2] ART. 121-2 du code Pénal Francais: « Les personnes morales, à l'exclusion de l'Etat, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7 des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants.
Toutefois, les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont pas responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de convention de délégation de service public.
La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celles des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits. » Code pénal, 14 Mai 1993, Dalloz, le nouveau droit pénal français, p 1990.

أما بالنسبة للتشريع الجزائري، فقد أشير للمسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية بصدور القانون رقم 04-15 المعدل والمتمم لقانون العقوبات[1]والذي أضيفت بموجبه المادة 51 مكرر، وتنص على أنه:" باستثناء الدولة والجماعات المحلية والأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون العام، يكون الشخص المعنوي مسؤولاً جزائياً عن الجرائم التي ترتكب لحسابه من طرف أجهزته أو ممثليه الشرعيين عندما ينص القانون على ذلك.

إن المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي لا تمنع مساءلة الشخص الطبيعي كفاعل أصلي أو كشريك في نفس الأفعال.[2]"

هذا وقد حدد المشرع الجزائري الأشخاص المعنوية أو الاعتبارية في المادة 49 من القانون المدني[3] (المعدلة بموجب القانون رقم 05-10 المؤرخ في 20 يونيو 2005، ج ر ج عدد 44 لسنة 2005، ص21)، وهي:

- الدولة، الولاية، البلدية.
- المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري.
- الشركات المدنية والتجارية.
- الجمعيات والمؤسسات.
- الوقف.
- كل مجموعة من أشخاص أو أموال يمنحها القانون شخصية قانونية.

وقد قسمها تقسيماً رئيسياً إلى أشخاص معنوية عامة يحكمها القانون العام مثل الدولة، الولاية، البلدية والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري كالمستشفيات، وأشخاص معنوية خاصة

[1] القانون 04- 15 المؤرخ في 1027 رمضان عام 1425 الموافق 10 نوفمبر 2004 المعدل والمتمم للأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات، (ج ر ج عدد 71 لسنة 2004 ص9)

[2] " وإذا كان يحمد للمشرع مواكبته للتطور في مجال إقرار المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية، فإنه يعاب عليه أنها جاءت محدودة، تنحصر فقط في الحالات التي ينص عليها القانون، وهو ما يستفاد من عبارة " عندما ينص القانون على ذلك"، الأمر الذي يجعل من نص هذه المادة معطل التنفيذ إلى حين، خاصة عندما يتعلق الأمر بالجرائم البيئية." خدير أحمد، المرجع السابق، ص 275.

[3] الأمر رقم 75-58 يتضمن القانون المدني، معدل ومتمم، قانون سابق.

يحكمها القانون الخاص مثل الشركات المدنية والتجارية، الجمعيات، المؤسسات وكل مجموعة من أشخاص أو أموال يمنحها القانون شخصية قانونية.[1]

وتضفي الانتهاكات التي تمس السلامة البيئية، وعلى رأسها جرائم التلوث الذي قد ينجم عن النفايات بما فيها نفايات النشاطات العلاجية، أهمية خاصة لموضوع المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية انطلاقاً من كون الجرائم التي تقع على البيئة غالباً ما ترتكب من قبل الأشخاص المعنوية متجسدة في منشآت اقتصادية كبرى صناعية، زراعية... وخدماتية كالمرافق الصحية، خلافاً لما يمكن أن يرتكبه الأشخاص الطبيعيون.

ففي التشريع الجزائري، نجد المادة 56 من القانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، وهي النص الوحيد الذي كرس المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي عن جرائم تلويث البيئة بالنفايات، ونصت على أن: " يعاقب بغرامة مالية من عشرة آلاف دينار (000 10 دج) إلى خمسين ألف دينار (000 50 دج) كل شخص طبيعي أو معنوي يمارس نشاطاً صناعياً أو تجارياً أو حرفياً أو أي نشاط آخر، قام برمي أو بإهمال النفايات المنزلية وما

[1] " ففي إطار هذه الأشخاص المعنوية تنعقد الاختصاصات وتتشابك على نحو يصعب معه تحديد مساهمة المخالفين في النشاط الإجرامي وإسناد النتيجة مادياً أو معنوياً إلى فرد أو مجموعة أفراد بعينهم، مما يساعد في إفلات الفاعلون للجريمة من الإدانة والعقاب، فلا يبقى من متحمل لها سوى الشخص المعنوي الذي يمثلونه ويرتكبون الجريمة في سياق نشاطه ولحسابه. لذا كان من الضروري تطوير قواعد المسؤولية الجزائية وشروطها لتكون على درجة من الشمول، بحيث يخضع لها فضلاً عن الشخص المعنوي الأشخاص الطبيعيين القائمين على إدارته وتسييره. ويحدد البعض من الفقهاء شروط ثلاثة لتحقق المسؤولية الجزائية للشخص المعنوي عن الجرائم التي يرتكبها أحد أعضائه أو ممثليه القانونيين، وهي:

1- أن يكون مرتكب الجريمة ممثلاً قانونياً للشخص المعنوي، أو أحد مستخدميه شريطة أن يكون مفوضاً بالسلطة من قبل أعضاء وممثلي هذا الشخص المعنوي، وهو الاتجاه الموسع لنطاق المسؤولية الجزائية الذي تبنته محكمة النقض الفرنسية بخصوص الأشخاص الطبيعيين المرتكبين لجرائم باسم ولحساب الشخص المعنوي رغبة منها في توفير حماية أكبر للمصالح المحمية قانوناً.

2- أن يكون تصرف هذا الممثل القانوني في حدود السلطة الممنوحة له وفقاً للنظام الأساسي للشخص المعنوي.

3 _أن يكون ارتكاب الجريمة قد تم لمصلحة هذا الأخير ولحسابه بغض النظر عن ما إن كانت فائدته عليه مباشرة أو غير مباشرة. رضا عبد الحليم عبد المجيد، مرجع سابق، ص 212. عبدلي نزار، المسؤولية الجزائية للعيادات الخاصة عن سوء تسيير النفايات الطبية، مجلة الندوة للدراسات القانونية، العدد06، ديسمبر 2015، ص33. نقلاً عن: خدير أحمد، مرجع سابق، ص 273.

شابهها أو رفض استعمال نظام جمع النفايات وفرزها الموضوع تحت تصرفه من طرف الهيئات المبينة في المادة 32 من هذا القانون. في حالة العود تضاعف العقوبة."[1]

إضافة لذلك، وفي القانون 03-10 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، خصت المادة 84 مجال حماية الهواء والجو ونصت على ما يلي: " يعاقب بغرامة من خمسة آلاف (5000دج) إلى خمسين ألف دينار (000. 15 دج) كل شخص خالف أحكام المادة 47 أعلاه من هذا القانون وتسبب في تلويث جوي.

وفي حالة العود يعاقب بالحبس من شهرين (2) إلى ستة (6) أشهر، وبغرامة من خمسين ألف (000 50 دج) إلى مائة وخمسين ألف دينار (000 150 دج) أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط."

[1] " غير أن هذا النص اتسم بالتضييق من حيث نطاق تطبيقه، فاقتصرت مسؤولية الأشخاص المعنوية في ضوء هذه المادة على جرائم محددة من جرائم تلويث البيئة بالنفايات وعلى صنف واحد يتمثل في النفايات المنزلية وما شابهها. وبالتالي لا مساءلة للأشخاص المعنوية في ضوء القانون 01-19 عن إخلالها بالالتزامات الواردة في هذا القانون، مما يطرح التساؤل حول مصير مسؤولية الأشخاص المعنوية بالنسبة للالتزامات الأخرى، كالتصريح بالنفايات الخاصة الخطرة، وتقديم المعلومات الخاصة بمعالجة هذه النفايات، ناهيك عن الالتزامات المتعلقة بحركة النفايات الخاصة الخطرة وإجراءات التخلص الآمن بيئياً منها، وكذا حظر إعادة استعمال مغلفات المواد الكيماوية لاحتواء مواد غذائية مباشرة، وخلط النفايات الخاصة الخطرة مع بقية النفايات الأخرى..." خدير أحمد، مرجع سابق، ص277.

الفصل الثاني:

التعويض عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية

يمثل التعويض الأثر المترتب عن تحقق المسؤولية عن ضرر ما، والذي يناله المتضرر بموجب حقه في رفع دعوى المطالبة به.[1] فالتعويض إذاً كجزاء مدني تنفيذي هو دفع مبلغ من النقود لمن لحقه ضرر من جراء الفعل أو النشاط المخالف للقانون،[2] وسيتم التفصيل أكثر في مفهومه في المبحث الأول ثم يتم التطرق في المبحث الثاني إلى الاتجاهات الحديثة للتعويض.

المبحث الأول: مفهوم التعويض:

بعد أن ظل الالتزام بالتعويض عن الضرر مرتبطاً بفكرة عقاب المخطئ لمدة عصور طويلة، في ظل الشرائع البدائية والقانون الروماني والقانون الفرنسي القديم، تحول بعدها – أي الالتزام بالتعويض – وفق ما خلص إليه هذا الأخير وكذا في ظل فقه الشريعة الإسلامية إلى

[1] " إن كانت المسؤولية المدنية تهدف إلى تعويض المتضرر عن الأضرار اللاحقة به، فإن الجرم الذي تقوم عليه المسؤولية الجزائية يحدث أيضاً أضراراً بالضحية مما ينشئ لها حقاً بطلب التعويض عن الأضرار التي نزلت بها بسبب الجرم الواقع عليها. لذلك أتاح لها القانون الانضمام إلى دعوى الحق العام المساقة أمام المحكمة الجزائية طلباً لهذا التعويض. وقد منحها القانون سلطة تحريك الدعوى العامة مباشرة باتخاذها صفة الادعاء الشخصي أمام قاضي التحقيق أو المحكمة الجزائية فيما إذا تقاعست أو تخلفت النيابة العامة عن تحريكها." محمد رياض دغمان، مرجع سابق، ص 83.

[2] جدي وفاء، صور الحماية الجزائية البيئية في القانون الجزائري، مقال منشور بمجلة الندوة للدراسات القانونية، العدد السادس(6)، قسنطينة، ديسمبر 2015، ص 152 وما بعدها.محمد رياض دغمان، مرجع سابق، ص 59-60:

" المبدأ الذي يحكم الموضوع هو وجوب تعويض المتضرر عن كامل الأضرار التي لحقت به من جراء العمل غير المباح الذي أتاه المدعى عليه، فيشمل الأضرار المادية والمعنوية، المباشرة وغير المباشرة، الحالية والمستقبلية إذا أمكن التحقق منها بصورة أكيدة وتقدير قيمتها الحقيقية مقدماً. فالتعويض يرمي إلى إعطاء المتضرر ما يشكل بنظره إرضاء لنفسه، أو ما يمكنه من إعادة الحال إلى ما كانت عليه قبل حصول الضرر، أو يشكل مالاً يمكنه من مواجهة الأعباء أو الخسارة التي حلت به من جراء الفعل الضار. فالتعويض لا يمحو الضرر لأن ما حصل قد حصل، ولكنه يساعد على إصلاح ما حصل قدر المستطاع."

الوظيفة الإصلاحية التي تهدف إلى جبر الضرر، لتصبح في الأخير الوظيفة الوحيدة للتعويض وتساهم في فصل المسؤولية المدنية عن المسؤولية الجزائية بعد وضع التقنين المدني الفرنسي.[1]

فزيادة على الفصل بين المسؤولية المدنية والجزائية، كان تأثير الفقه الكنسي في ربط المسؤولية المدنية بالفكرة الأخلاقية باعثاً أيضاً وراء إفراد التعويض المدني بالوظيفة الإصلاحية، فكان أن أدت بساطة الحياة في البداية إلى تقبل هذا المنطق ومنه إلى قيام الأفكار التقليدية للمسؤولية التي قيدت الالتزام بالتعويض عن الأضرار بإثبات الخطأ بمعناه الأخلاقي كانحراف في السلوك واعتبرت أن جبر الضرر لا يكون إلا من خلال التعويض الكامل دون أدنى اعتبار لجسامة الخطأ.[2] وسيخصص المطلب الأول من هذا المبحث لتعريف التعويض والمطلب الثاني لكيفية تقدير هذا الأخير.

المطلب الأول: تعريف التعويض:

يجد مصطلح التعويض أساساً له في الفعل "عوّض" الذي اشتق منه ويعني دفع بدل الذي ذهب، وهو ما يعطى للمرء مقابل الضرر الذي لحق به.

ويعرّف بأنه: " جبر الضرر الذي لحق بالمصاب، وهو يختلف في ذلك عن العقوبة، لأن هذه يقصد بها مجازاة الجاني على فعلته وردع غيره، ويترتب على هذا الفرق أن التعويض يقدر بقدر الضرر، في حين أن العقوبة تقدر بقدر خطأ الجاني."[3]

فبعد أن استقر فكر المشرع الفرنسي بأن وظيفة التعويض هي الإصلاح لا عقاب المخطئ، أقر المشرع الجزائري بذلك اقتداء بنظيره السالف الذكر بالرغم من أن مصطلح "التعويض" المشار إليه من خلال المواد من 124 إلى 133 من التقنين المدني الجزائري وكذا المواد من 182 إلى 187 التي خصصت للتعويض، لا يتضح في الاصطلاح العربي المخصص لفكرة جبر الضرر، على عكس مصطلح "Réparation " باللغة الفرنسية والذي

[1] نقلاً عن مقال " تقدير التعويض في المسؤولية المدنية"، مرجع سابق، ص1.

[2] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 62.

[3] سليمان مرقس، مرجع سابق، ص 182. نقلاً عن: زياد خالد يوسف المفرجى، مرجع سابق، ص 204.

يترجم إلى العربية " بالإصلاح"، لا يدع باستعماله مجالاً للشك حول نية المشرع من تقرير التعويض.[1]

وانطلاقاً من نص المادة 164 من القانون المدني الجزائري التي تنص على أنه:

" يجبر المدين بعد اعذاره طبقاً للمادتين 180 و 181 على تنفيذ التزامه تنفيذاً عينياً، متى كان ذلك ممكناً." يفهم أن التعويض، الذي يهدف أساساً إلى إعادة التوازن الذي اختل، يجب أن يكون عيناً بإصلاح الضرر الحاصل وبإرجاع حالة المضرور إلى ما كانت عليه قبل وقوع الضرر، متى أمكن ذلك. وفي حال استحال ذلك، يكون التعويض بمقابل.

وبذلك يكون التعويض في إطار المسؤولية المدنية قد شرّع في المقام الأول لجبر الضرر وإقامة نوع من التوازن بإعادة الحال إلى ما كانت عليه قبل حصول الضرر بقدر الإمكان، غير أنه من الصعب تحقق وظيفة التعويض هذه – أي إصلاح الضرر بإعادة المضرور إلى الحالة التي كان عليها قبل وقوع الاعتداء– في مجال الأضرار الجسمانية (كما في حال الإصابة بالعدوى الاستشفائية) التي تستوجب تغطية كافة جوانبها، البحث عن معايير دقيقة يستنير بها القاضي للحكم بتعويض كامل.[2]

وقد قنن المشرع الجزائري أحكام التعويض في المواد من 124 إلى133 ثم من المادة 182 إلى 187 من القانون المدني مستمداً إياها من التقنين الفرنسي، ناقلاً بذلك الفكر الذي استقر عليه هذا الأخير، باعتبار وظيفة التعويض هي الإصلاح لا عقاب المخطئ.[3] كما نص على نوع التعويض المذكور أعلاه – أي التعويض بمقابل– في قوله: يجبر المدين بعد إعذاره طبقاً للمادتين 180 و 181 على تنفيذ التزامه تنفيذاً عينياً، متى كان ذلك ممكناً.[4]

[1] مقال " تقدير التعويض في المسؤولية المدنية "، مرجع سابق، ص 1.

[2] بحماوي الشريف، التعويض عن الأضرار الجسمانية، مرجع سابق، ص 5. آمال بكوش، مرجع سابق، ص 100.

[3] مقال " تقدير التعويض في المسؤولية المدنية "، المرجع السابق نفسه، ص 1.

[4] المادة 164 من القانون المدني، مرجع سابق.

المطلب الثاني: تقدير التعويض:

يعتبر التعويض جزاءً للمسؤولية كونه يمثل ما يلتزم به المسؤول في المسؤولية المدنية اتجاه من أصابه ضرر، ذلك أنه متى ما وقع عمل غير مشروع وسبب ضرراً، نشأ عن ذلك حق في تعويض هذا الأخير، على أن يتناسب هذا التعويض مع الضرر الذي يقابله.[1] وفي مجال نفايات النشاطات العلاجية، ونظراً لعدم وجود أية نصوص خاصة، فإن الرجوع للقواعد العامة في المسؤولية المدنية يعد أمراً محتوماً. وسيقسم هذا المطلب إلى فرعين يعنى كل منهما على التوالي بتحديد التعويض (الفرع الأول) ثم المختص في تحديد هذا الأخير(الفرع الثاني)

الفرع الأول: تحديد التعويض

تطلق يد القاضي في تقدير التعويض وفقاً لضوابط معينة بموجب الحرية المطلقة التي يمنحه المشرع إياها، متى ما زال النص أو الاتفاق المحدد له، وهو ما يعرف بالتقدير القضائي للتعويض. أما التقدير الملزم للقاضي فيشمل التقدير القانوني والتقدير الاتفاقي، فحين يقوم المشرع بتقدير التعويض بنص صريح أو عن طريق تحديد المسؤولية بحد أقصى، نكون في حالة التقدير القانوني للتعويض، أما حين يترك الحرية للأطراف للاتفاق على التعويض وفق ما يبدو لهم من ظروف المعاملات وملابساتها، فذلك هو التقدير الاتفاقي للتعويض، وفي كلا الحالتين الأخيرتين يكون القاضي ملزماً بهذا التحديد.[2]

وبصيغة أخرى، يلزم القاضي بما يحدده المشرع من تعويض دون أي تعديل لا بالزيادة ولا بالنقصان، وذلك في الحالات التي يتدخل فيها المشرع ويضع نظاماً خاصاً بتقدير التعويض كما فعل المشرع الفرنسي بشأن التعويضات الخاصة، مثل تعويضات المخاطر العلاجية وتعويضات مرضى الإيدز،[3] وكتعويضات حوادث المرور في الجزائر.

---

[1] محمد رياض دغمان، مرجع سابق، ص60.

[2] مقال " تقدير التعويض في المسؤولية المدنية "، مرجع سابق، ص 2.

[3] " نظراً لانتشار داء الإيدز في فرنسا فقد أصدر المشرع الفرنسي القانون رقم 91-1406 المؤرخ في 1991/12/31، من خلاله أنشأ صندوقاً لتعويض المضرورين من هذا المرض، معبراً من خلاله عن روح التضامن والتكافل الاجتماعي التي يجب أن تسود داخل المجتمع. وهذا الصندوق عبارة عن هيئة ذات شخصية اعتبارية تموله الدولة وشركات التامين، ولا يعوض إلا

بمعنى أنه، وعلى خلاف الأصل الغالب بأن يتم تقدير التعويض بمعرفة القاضي، يمكن أن يقدر التعويض بموجب القانون كأن يتدخل المشرع لوضع أحكام وقواعد يسمح تطبيقها بالوصول إلى مبلغ جزافي يكون هو التعويض، وهو ما قام به المشرع فعلاً بالنسبة لبعض القوانين الخاصة كقانون التعويض عن حوادث السيارات وقانون حوادث العمل. أو كأن يعمد المشرع أحياناً إلى تحديد المسؤولية، فيقوم بطريقة غير مباشرة، بوضع أسس لتقدير التعويض وذلك بتحديد سقف لهذا الأخير لا يمكن تجاوزه حتى في الحالة التي يفوق فيها الضرر الواقعي ذلك القدر. فللقاضي في هذه الحالة كل الحرية لتقدير التعويض بما يتناسب مع الضرر ووفقاً للقواعد العامة ما لم يصل الضرر أو يفوق الحد من الجسامة الذي يتناسب مع الحد الأقصى الذي حدده المشرع للتعويض، فنكون حينها أمام تقدير قانوني للتعويض. ولا يحق للمضرور طلب استبعاد هذا النظام الخاص بالتعويض حتى في الحالة التي لا يغطي فيها كل الضرر الذي لحقه.[1]

هذا، ولا يؤثر وجود قصور أو عيب من عدمه على استحقاق التعويض في نطاق المخاطر الطبية ما دام السبب المنشئ لا يستغرق مضمون الالتزام بوسيلة، أو إلى ما يخالط العمل الطبي على إطلاقه من مخاطر. وهو ما ينطبق على حالة العدوى (contamination) التي قد تصيب الشخص إما على إثر إقامته في مستشفى أو عيادة، وإما إثر ارتياده لمرفق صحي، والتي قد تنتقل إليه إما بفعل المستلزمات الطبية أو التجهيزات بالرغم من كل العناية الطبية التي قد يحظى بها والتي تتوافق مع ما يقره القانون من ضوابط، وإما جراء التسيير السيء لنفايات هذا المرفق موضوع هذا البحث. كما يصدق القول السابق أيضاً على حالة الأضرار مجهولة المصدر أو تلك التي يصعب تحديد مصدرها الحقيقي من بين عدة مسببات.

فئة من ضحايا عمليات نقل الدم الملوث، وهي الفئة التي أصيبت بفيروس الإيدز. ولا يستفيد من هذا الصندوق المصاب بالفيروس عن طريق الاتصال الجنسي أو غير ذلك، ويشترط أن تكون عملية نقل الدم الملوث التي سببت العدوى تمت في فرنسا، وإلا فلا تعويض من الصندوق." طه عبد المولى طه، مرجع سابق، ص 420. نقلاً عن: بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية (دراسة مقارنة)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر، 2019، ص236.

[1] مقال تقدير التعويض في المسؤولية المدنية، مرجع سابق، ص 5. بحماوي الشريف، المرجع نفسه، ص310.

ولكون هذه الأضرار لا تستلزم بالضرورة أن تكون هذه المنتجات مشوبة بعيب أو خلل أو قصور، ولأنه لا ينال من استحقاق التعويض وفقاً لمقتضياتها وجود هذا الأخير، كرس المشرع هذه القرينة البسيطة ضماناً لتعويض المضرور، والتي مفادها أنه مادام الضرر خارجاً عن نطاق القصور في بذل العناية المطلوبة، فيفترض ارتباطه بسبب آخر مستقل عنه ما لم يثبت العكس.[1]

[1] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 102.

" وفي هذا الإطار، نذكر قرار مجلس الدولة الفرنسي الصادر في 2018/03/23 والمتعلق بقضية سيدة مريضة تبلغ من العمر آنذاك 76 عاماً أدخلت في 14 يناير2003 لقسم الطوارئ في منشأة صحية عامة لتلقي العلاج بعد إصابتها بسكتة دماغية، وبعد 11 يوماً عانت من ضائقة تنفسية ناتجة، وفقاً لتقرير الخبير، عن عدوى أصيبت بها أثناء إقامتها في المستشفى ونجمت عن ارتجاع سوائل في المعدة والتي دخلت القصبات الهوائية بسبب اضطراب في البلع بعد السكتة الدماغية. وعلى الرغم من أن المريضة نجت من هذه النوبة المَعِدِية الأولى، إلا أنها خضعت بعد ذلك للاستشفاء نتيجة تعرضها للعديد من المضاعفات المَعِدِية حتى وفاتها في 06 مايو2005، فرفعت ابنتها " السيدة د" دعوى أمام القاضي الإداري ضد المركز الاستشفائي وضد المكتب الوطني للتعويض عن الحوادث الطبية، والالتهابات علاجية المنشأ والتهابات المستشفيات (ONIAM) مطالبة بالتعويض عن الأضرار التي تعرضت لها والدتها، وكذا عن الضرر الذي ألم بها جراء فقدانها لعاطفتها. وبحسب ما خلصت إليه الخبرة، قضت المحكمة الإدارية في حكم صادر في 19 مارس 2015، أن المريضة كانت ضحية لعدوى مستشفيات تقيم مسؤولية المركز الاستشفائي، والتي وإن لم تكن في الأصل سبب وفاتها ولكنها تسببت في عجز وظيفي مؤقت، وأمرت المحكمة مركز المستشفى بدفع مبلغ مالي لمقدمة الطلب بصفتها المستفيدة من والدتها ورفضت باقي الطلبات بحيث برأت ONIAM فيما يتعلق بالتعويض عن تلك الأضرار.

فكان هذا الحكم موضوع استئناف " السيدة د" واستئناف عرضي من المركز الاستشفائي، وبموجب قرار صادر في 21 يونيو 2016، قبلت محكمة الاستئناف الإدارية الاستئناف العرضي وألغت حكم المحكمة الذي أدان المركز الاستشفائي بدفع تعويض " للسيدة د "، رافضة استنتاجات هذه الأخيرة التي طعنت بالنقض ضد هذا القرار لدى مجلس الدولة، مطالبة ب:

1/- إلغاء قرار المحكمة الإدارية للاستئناف.

2/- الفصل في القضية من حيث الموضوع، للموافقة على استئنافه.

3/- فرض مبلغ 4000 يورو على المستشفى بموجب المادة L.761-1 من قانون القضاء الإداري.

فكان قرار مجلس الدولة كالآتي: بالنظر إلى أنه بموجب الفقرة الثانية من المادةL.1142-1 من قانون الصحة العامة، " يكون المهنيون الصحيون والمؤسسات أو المصالح أو الهيئات التي تقوم فيها إجراءات فردية للوقاية أو التشخيص أو العلاج مسؤولين عن الضرر الناجم عن عدوى المستشفيات، ما لم يقدموا دليلاً على وجود سبب خارجي." فالعدوى التي يجب اعتبارها،

الفرع الثاني: الاختصاص في تحديد التعويض:

انطلاقاً من كون المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية تقع على المرفق الصحي ذاته المنتج لها، فإن اختصاص الفصل في دعاوى التعويض على أساس المسؤولية المدنية، المرفوعة ضد المؤسسات الصحية يعود إلى الغرفة الإدارية المختصة محلياً في دائرة المجلس القضائي الواقع بدائرته القطاع الصحي المدعى عليه.

هذا بالنسبة للاختصاص النوعي، أما فيما يتعلق بالاختصاص المحلي أو الإقليمي، فخروجاً عن القاعدة العامة التي تقضي باختصاص المحكمة التي يقع في دائرتها موطن المدعى عليه، ترفع الدعوى في مادة الخدمات الطبية وجوباً أمام المحكمة الإدارية التي يقع في دائرة اختصاصها مكان تقديم الخدمات، وهو ما تنص عليه المادة 804 من نفس القانون

بالمعنى المقصود في هذه الأحكام، ذات طبيعة مستشفى هي العدوى التي تحدث أثناء أو بعد علاج المريض ولم تكن موجودة ولا في الحضانة في بداية هذا العلاج.

– على أساس أن العدوى لم تكن نتيجة لأفعال تم تنفيذها في إطار رعاية المريضة أو إقامتها في بيئة المستشفى، ولكن بسبب الحالة المرضية التي تطلبت دخولها إلى المستشفى. فبالنسبة لمحكمة الاستئناف، لم يكن الضرر ناتجاً عن عدوى المستشفيات بالمعنى المقصود.

بعدها طعنت " السيدة د " بالنقض أمام مجلس الدولة مطالبة بالآتي:

–بالنظر، من ناحية، إلى أن محكمة الاستئناف الإدارية قد احتفظت بشكل سيادي، وفقاً لاستنتاجات تقرير الخبير، بأن العدوى التي أصيبت بها المريضة في يناير 2003، أثناء إقامتها بالمستشفى بسبب ارتجاع سائل في المعدة، دخل القصبات الهوائية بسبب اضطراب في البلع بعد السكتة الدماغية التي كانت ضحية لها، وبأن خلاصة هذه الاستنتاجات أن العدوى لم تكن نتيجة لأفعال تم إجراؤها في إطار رعاية المريضة أو إقامتها في بيئة المستشفى ولكن الضرر بسبب المرض الذي استلزم دخولها إلى المستشفى.

–من ناحية أخرى، وعلى اعتبار أن المحكمة رفضت طلب " السيدة د" على أساس أنه على الرغم من أن هذه العدوى كانت ذات طبيعة عدوى المستشفيات، إلا أنها لم تكن خطيرة بشكل خاص، وقد تم علاجها بشكل فعال ولم تسبب أي عواقب، فإن النطق بهذه الطريقة، دون التحقيق فيما إذا كانت هذه الإصابات المتكررة قد انطوت على الضحية بمتاعب ومعاناة تفتح لها الحق في الإصلاح، يجعل المحكمة مرتكبة لخطأ قانوني.

Conseil d'Etat, Section, 23/03/2018, 402237, Publié au recueil Lebon.

السالف الذكر بقولها: " خلافاً لأحكام المادة 803 أعلاه، ترفع الدعوى وجوباً أمام المحاكم الإدارية في المواد المبينة أدناه:

5/- في مادة الخدمات الطبية، أمام المحكمة التي يقع في دائرة اختصاصها مكان تقديم الخدمات...."

المبحث الثاني: الاتجاهات الحديثة للتعويض:

بعد أن كان ارتباط التعويض وثيقاً بإثبات الخطأ ومرتكبه والعلاقة بينه وبين الضرر الحاصل، شكل عجز القواعد التقليدية للمسؤولية الفردية عن تحقيق الحماية الكافية للمضرورين دافعاً أساسياً في ظهور أنظمة التعويض الجماعية التي جاءت نتيجة للمناداة بضرورة الحماية الفعالة لضحايا المخاطر المستحدثة،[1] وشكلت بذلك أبرز مظاهر التحولات الحديثة للمسؤولية المدنية والتي نقلت عبء التعويض من على عاتق الشخص المسؤول لتلقيه على عاتق ذمة الجماعة. ((فالمسؤولية الجماعية لا تعدو أن تكون التزاماً بالتعويض يقوم استقلالاً عن فكرة الخطأ وتستند إلى مفاهيم أخرى كتحمل التبعة أو الحراسة أو الملكية أو الضمان أو التضامن الاجتماعي، وتجلت هذه الأنظمة ذات الطبيعة الاجتماعية في صور متنوعة ابتداء من تأمين الأضرار وتأمين المسؤولية، مروراً بالتأمينات الاجتماعية وانتهاءً بظهور الصناديق القومية للضمان.))[2]

ويقصد بالمخاطر المستحدثة، حسب تعريف تقرير لجنة روزا لها:[3] " تلك الأضرار المالية التي تنشأ من تعهدات تعاقدية تعهد بها المحترف المستأمن لعميله." أو بمعنى آخر،

---

[1] أنور يوسف حسين، مرجع سابق، ص 246-247: " بجانب الصورة التي ظهرت عليها نظرية تحمل التبعة في البداية، وهي صورة تحمل تبعة المخاطر المتكاملة التي كان يجب في نظر أنصارها تعميم النظرية وعدم قصرها على نطاق معين من المخاطر، فكل شخص يجب أن يتحمل مخاطر فعله وتصرفه بصرف النظر عن كون الفعل خاطئاً أو غير خاطئ إذ يكفي توافر علاقة سببية بين الفعل والضرر، ظهرت صورة أخرى هي تحمل تبعة المخاطر المستحدثة، فمن استحدث خطراً بنشاطه يجب عليه أن يتحمل تبعات ونتائج هذا الخطر بصرف النظر عن وقوع خطأ من جانبه أم لم يقع. "

[2] آمال بكوش، مرجع سابق، ص312.

[3]" شكلت هذه اللجنة سنة 1966 ونسبت إلى رئيسها السيد اندريه روزا، بهدف دراسة مشاكل التأمين والتجارة الخارجية، وقد تشكلت من ممثلين عن شركات التأمين وشركات صناعية أخرى." آمال بكوش، المرجع السابق نفسه، ص 101.

هي " الجزاءات أو التعويضات أو المصاريف الإضافية التي يمكن أن يتعرض لها المستأمن إذا قامت مسؤوليته العقدية في مواجهة عميله نتيجة الإخلال بالالتزامات المتعهد بها."

وفي إطار المسؤولية في المجال الطبي بالتحديد، ولاستحالة التعويض العيني أي إعادة الحال إلى ما كان عليه،[1] سمي التعويض ب " ثمرة المسؤولية " ويكون غالباً بمقابل أي البدل النقدي الذي يدفع للمضرور تعويضاً له عن الضرر الذي لحق به، وهو ما أشار إليه المشرع في الفقرة الثانية من المادة 132 من القانون السالف الذكر، وجاء فيها:

" ويقدر التعويض بالنقد...."، مما يعني أن التعويض في المسؤولية الطبية يكون في الغالب تعويضاً نقدياً، تعود للقاضي كل السلطة في تقديره.[2]

أما في مجال الأضرار البيئية، فعلى عكس الأصل العام للتعويض أصبح التعويض العيني هو الأصل والتعويض النقدي هو الاستثناء، وذلك بناء على تبريرات أخذت بها التشريعات المقارنة الحديثة تدور حول الغرض الجوهري من المسؤولية البيئية التي تقوم في الغالب على أضرار يصعب تقديرها نقداً، إضافة إلى أن مصلحة المضرور والبيئة لا تقتضي فقط دفع مبالغ نقدية للمضرور بل إعادة تأهيل البيئة أيضاً عن طريق إزالة التلوث ومعالجة التدهور بإعادة الحال إلى ما كان عليه.[3]

---

[1] " الملاحظ أن المشرع الجزائري يتحدث عن إزالة الضرر والرجوع إلى الحالة الأصلية بمفهومه الكلاسيكي، ولنا في ذلك عدة نصوص تجسد موقف المشرع منها ما نص عليها في قانون حماية البيئة في إطار التنمية المستدامة مثلاً: المادة 08/03 في حديثه عن مبدأ الملوث الدافع، والمادة 01/46 في حالة الانبعاثات الملوثة، والمادة 02/85 والمادة 02/86 الخاصتين بالعقوبات المتعلقة بحماية الهواء والجو، والمادة 03/100 في حالة تلويث الأوساط المائية، وكذلك ما نص عليه في قانون المياه رقم 05-12لسنة 2005 في المادة 02/49 المتعلقة بإزالة مصادر التلوث الدائم." الوكالة الموضوعاتية للبحث في العلوم والتكنولوجيا، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة، مرجع سابق، ص219.

[2] محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2001، ص 187.

[3] به شيمان فيض الله عمر، مرجع سابق، ص 158. عطا سعد محمد حواس، مرجع سابق، ص 10: " فالتلوث يضر في أغلب الأحوال بالذمة المالية الجماعية للمجتمع والمتمثلة في العناصر والثروات الطبيعية، وهذا الضرر تبدو الحاجة ملحة لتعويضه وتقرير مسؤولية محدثه، فإذا كان من الضروري اللجوء أولاً إلى أسلوب الحماية أو الوقاية من التلوث، فإنه عندما تعجز تدابير وإجراءات الوقاية عن بلوغ هدفها وهو حماية البيئة من التلوث، تثور حينئذ مسألة تعويض الأضرار الناجمة عنه وبالتالي فإنه يكون هناك ما يدعو لمواجهة آثار التلوث في إطار المسؤولية المدنية عن أضرار تلوث البيئة."

ويعتبر النظام الفرنسي نظاماً مزدوجاً، يتم فيه تعويض الأضرار في حالة ثبوت الخطأ المهني وفق المادة (L.1142) من قانون الصحة العامة المضافة بموجب القانون رقم 303 في 04 مارس 2002،[1] والتي نصت على إجراءات التعويض في إطار التسوية الودية عن طريق اللجنة الإقليمية للمصالحة (التوفيق) وتعويض الحوادث الطبية (CRCI)، والتي يعود إليها الاختصاص في النظر في المنازعات المتعلقة بالحوادث الطبية والإصابات الناتجة عن العمل الطبي وكذلك بالعدوى التي تحدث في المستشفيات.[2] وقد استحدثت اللجنة المذكورة بمقتضى المرسوم رقم 886-2002، المؤرخ في 03 ماي 2002، المتعلق باللجان الإقليمية للمصالحة وتعويض الحوادث الطبية والأمراض الناجمة عن فعل الأدوية والالتهابات والأمراض الناجمة عن العدوى المكتسبة في مؤسسات الرعاية الصحية.[3]

هذا، ((وتتشكل هذه اللجنة من قاض رئيساً، وممثلين عن المرضى، وممثلين آخرين عن أصحاب المهن الصحية والمسؤولين عن المستشفيات والجهات التي تقدم خدمات صحية، وممثل عن المكتب الوطني للتعويض عن العدوى، وممثل عن شركات التأمين. ويحق لكل

[1] قانون رقم 2002-303 الصادر في 04 مارس 2002، والمتعلق بحقوق المرضى وجودة النظام الصحي في فرنسا، الجريدة الرسمية الفرنسية الصادرة بتاريخ 05 مارس 2002. ويعد هذا القانون أول من وحد أساس المسؤولية الخطئية في المسائل الصحية بحيث أصبح الخطأ البسيط كافياً لقيام مسؤولية الصادر عنه سواء كان من (ممتهني الطب أو مؤسسة صحية عمومية أو خاصة...).

[2] " أرسى هذا القانون نظاماً جديداً للتسوية الودية يضمن تعويض المضرورين في إطار التضامن الوطني، ينعقد الاختصاص بالفصل في منازعاته لجهاز حكومي يطلق عليه "**الديوان الوطني لتعويض أضرار الحوادث الطبية** "، حيث لم يعد هناك من مجال للجوء إلى الطريق القضائي إلا في حالات نادرة على المستوى العملي، وان كان القانون قد كرس الطابع الاختياري لهذا القانون، حيث يحق للضحايا الاختيار بحرية بين الطريقين الودي أو القضائي. وإنما عليه التوجه إلى اللجان الإقليمية للصلح التي تختص بتمحيص طلبات التعويض وإبداء رأيها فيها قبولاً أو رفضاً قبل أن تحيل الملف في حال قبول طلب التعويض- لاستيفائه الشروط القانونية- للديوان الوطني لتعويض الحوادث الطبية." أمال بكوش، مرجع سابق، ص295.

[3] Décret n° 2002—886 du 03 mai 2002 relatif aux " commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à l'article L.1142-5 du code de la santé publique".

مضرور أو لورثته، في حال وفاته طبقاً للمادة L.1142-7، رفع النزاع إلى اللجنة، ويجب أن يكون الطلب مرفقاً بالأدلة وبخاصة تقرير طبي يبين فيه بدقة، الأضرار التي لحقته.))[1]

كما يتم التعويض أيضاً في النظام الفرنسي على أساس الضمان في حالة انعدام الخطأ، استناداً لنفس المادة من القانون المذكور أعلاه، والذي استحدثت بموجبه وسيلة ودية لضمان مخاطر التبعات الطبية الضارة في حال صعوبة إثبات الخطأ أو انعدامه (كما في حالة أضرار نفايات النشاطات العلاجية – وبالأخص منها العدوى الاستشفائية–)،[2] وقد أسندت مهمة تطبيق ذلك ومنه التعويض عن الأضرار المترتبة عن الحوادث الطبية والأضرار التي تنجم عن العلاج والعدوى التي تحدث في المستشفيات إلى المكتب الوطني للتعويض عن الأضرار التي تحدث أثناء العلاج أو عن العدوى في المستشفيات **(ONIAM)**،[3] وذلك في

---

[1] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 287.

L'article L.1142-7 dispose que : « la commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. »

[2] أمال بكوش، مرجع سابق، ص 302.

[3] Il s'agit de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Organiser par le Décret N° 2002-638 du 29 avril 2002 (J.O.R.F du 30 avril 2002) relatif à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

" والواقع أن المكتب الوطني (ONIAM)، وبمجرد أن تقدر اللجنة الإقليمية للتوفيق أن الضرر الذي لحق بالمضرور قابل للتعويض وفقاً لأحكام هذا القانون، يلتزم في خلال أربعة أشهر من تاريخ إخطاره برأي اللجنة، أن يقدم عرضاً بالتعويض الكامل للمضرور أو لخلفه. ويتخذ هذا العرض شكل عرض مؤقت إلى أن يتسلم المكتب إخطاراً بمقدار الضرر النهائي الذي استقر عليه وضع المضرور، حيث يلتزم بمجرد تلقيه ذلك الإخطار، بتقديم عرض نهائي خلال مدة لا تتجاوز الشهرين للمضرور، ويلتزم بدفع قيمة التعويض خلال شهر من تاريخ استلامه رد هذا الأخير بالموافقة على العرض المقدم له.

وبعد تلقي الطلب المقدم من طرف المضرور أو ورثته في حالة وفاته، تقوم اللجنة بالتحقق من شرط جسامة الضرر، بالاستعانة بخبير، فإما إن تنتهي اللجنة إلى وجود خطأ، مما يستوجب مسؤولية القائم بالعمل الطبي. وعلى اللجنة في هذه الحالة إخطار المضرور بذلك، مع إعلامه بإمكانية اللجوء إلى التسوية الودية، أي دعوة المؤمن الضامن للمسؤول عن الضرر. وإما أن ترى اللجنة أن الضرر ينتمي إلى نطاق الأضرار الناجمة عن المخاطر العلاجية، المنصوص على تعويضها بعنوان التضامن الوطني، فعلى اللجنة رفع الأمر إلى الهيئة المكلفة بذلك، وهي المكتب الوطني لتعويض الحوادث الطبية." بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص290.

إطار التضامن الوطني أو ما يعرف بصناديق الضمان(المطلب الثاني) والتي استحدث المشرع قبلها وسيلة أخرى لضمان المخاطر المذكورة وهي نظام التأمين من المسؤولية (المطلب الأول).

المطلب الأول: التأمين من المسؤولية المدنية:

شكل تفاقم الأخطار التي باتت تلحق بالأفراد جراء الثورة الصناعية والتقدم في المجال الطبي من جهة، وعجز القواعد التقليدية للمسؤولية المدنية عن إنصاف المتضررين وحصولهم على التعويض المناسب إما لإعسار المسؤول أو لعدم معرفته من جهة أخرى، دافعاً كبيراً وراء البحث عن نظام بديل من شأنه أن يضمن للمضرور حقه في التعويض دون أن يثقل ذلك كاهل المسؤول عن الضرر، فاتجهت جهود الفقهاء ومعهم القضاء إلى التحول شيئاً فشيئاً عن الفكرة التقليدية التي تعتد بالخطأ كأساس للمسؤولية المدنية ليسفر بحثهم عن أساس جديد يتماشى وهذه التطورات عن تبني نظام التأمين من المسؤولية،[1] والذي قال عنه البعض أن فيه تشجيع على الخطأ نظراً لحلول المؤمن محل المسؤول عن التعويض.[2]

وإن كان التأمين هو تحمل هيئة (شركات التأمين) عبء الخطر مقابل تحمل المتضرر أقساط التأمين، فالهدف منه إذاً هو تقديم الضمان والأمان SECURITE للأشخاص

[1] " لا شك أن المسعى الحقيقي من وراء اعتماد أسلوب التأمين أو صناديق التعويض الخاصة، إنما يكمن في توفير تعويض عادل للمريض المضرور وإعفائه من عبئ إثبات خطأ الطبيب. ولذلك لا يستبعد أن يكون للتأمين مكانة معتبرة في تطوير أنظمة المسؤولية الموضوعية، بل إن البناء القانوني لأنظمة المسؤولية القانونية، أصبح يأخذ بعين الاعتبار العلاقة الوطيدة بينها وبين التأمين. لذلك وإن كان التأمين الإلزامي عن المسؤولية الطبية يعد ضمانة حقيقية للمريض المتضرر تكفل له تعويض الأضرار، في ظل اعتناق فكرة الخطأ كأساس للمسؤولية كما هو شأن التشريع الفرنسي أو الجزائري أو المصري أو المغربي وغيرها، الأمر الذي يدفعنا للقول أن هذا التوجه صار يحكمه التركيز على نظام التعويض بدل الحديث عن نظام المسؤولية المدنية، إلا أن ذلك في اعتقادنا يجعل التأمين وحده وسيلة غير كافية، فضلاً عن عدم مناسبته لنظام المسؤولية الشخصية."

Gérard Mémeteau, La Responsabilité Civile Médicale en Droit Comparé Français et Québécois, Centre de Recherche en Droit Privé et Comparé du Québec, Montréal (canada), 1990, p197-281-285.

نقلاً عن: بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 494.

[2] منير رياض حنا، المسؤولية المدنية للأطباء والجراحين، في ضوء القضاء الفرنسي والمصري، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، الإسكندرية، 2008، ص 51. نقلاً عن: بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص232.

ضد الأخطار التي لا يمكن لهم توقعها.[1] وهو ما سيتم التفصيل فيه في هذا المطلب من خلال التطرق لمفهوم التأمين من المسؤولية بشكل عام في الفرع الأول، وبعدها للتأمين عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية في الفرع الثاني.

الفرع الأول: ماهية التأمين من المسؤولية:

يعد ارتباط ظهور نظام التأمين من المسؤولية والحيز الذي حظي به وثيقاً جداً باتساع رقعة المسؤولية الموضوعية، مما ساهم في تبني نظرية تحمل التبعة التي أسفرت نتائجها عن تسهيل حصول المصاب على التعويض، أين بات الفرد مسؤول عن تابعيه وحتى عن الأشياء التي قد تخرج عن سيطرته، فكان أن أدى هذا التوسع في مسؤولية الفرد إلى البحث عن السبيل الأمثل لتجنب انعقاد المسؤولية وهو التوجه نحو التأمين.[2] وقد كان لذلك دوراً بارزاً في التأكيد على أهمية دور التأمين من المسؤولية المدنية للمهنيين، كما أدى الانتشار الكبير لهذا التأمين حتى بلوغه درجة الإجبار إلى التقييد من حرية الاتفاقات في هذا المجال.[3]

ومما لا شك فيه، أن تفعيل أي نظام متكامل إنما يبدأ بفكرة تتبلور معالمها شيئاً فشيئاً حتى تنضج وتتحقق الأهداف المرجوة منها، وهو ما ينطبق على التأمين الذي سيشار في هذا الفرع إلى مفهومه ثم إلى نشأته ضمن بندين.

---

[1] بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص220.

[2] " ولقد اتسع نطاق التأمين نتيجة للتطور الذي شهدته المسؤولية المدنية، وذلك لظهور النظريات التي تنادي بتأسيس المسؤولية على فكرة المخاطر، وظهور المسؤولية اللاخطئية، حيث تطور الأمر في صالح المضرور فلم تعد المسؤولية تقام على الخطأ الواجب الإثبات وحده. وبناء على هذا التطور أضحت هناك علاقة وطيدة بين التأمين والمسؤولية، تتمثل هذه العلاقة في سباق بينهما، إذ أنه كلما اتسعت دائرة المسؤولية اتسع نطاق التأمين، أين يمكن للمؤمن له أن يتحصن خلف المؤمن ليدرأ عنه خطر الالتزام بالتعويض. ومن جهة أخرى كلما اتسع نطاق التأمين فإن القضاء يجد في هذا خير مبرر للاتساع في المسؤولية. ومما زاد التأمين انتشارا تعقد الحياة الحديثة وزيادة مخاطرها، واتجاه التشريع إلى الانتقال بالمسؤولية المدنية من أساسها التقليدي إلى أساس حديث تقوم فيه على فكرة تحمل التبعة." طه عبد المولى طه، مرجع سابق، ص 329. سعيد مقدم، التأمين والمسؤولية المدنية، كليك للنشر، الطبعة الأولى، الجزائر، 2008، ص33. نقلاً عن: بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 234 وما بعدها.

[3] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 331.

البند الأول: مفهوم التأمين من المسؤولية:

قبل الخوض في التعاريف، تجدر الإشارة إلى أن التأمين يؤكد المسؤولية ولا ينفيها أو يعفي منها مطلقاً، فمتى تسبب الطبيب في إحداث الضرر أو كان هذا الأخير بسبب لا يد للطبيب فيه، تحصل المريض المضرور على التعويض من شخص آخر وهو المؤمن (شركة التأمين) بدل الطبيب، وذلك بموجب عقد التأمين المبرم بينهما. كما قد يحدث الأمر حتى في ظل غياب تام لأي خطأ طبي،[1] وسيتم في هذا البند تعريف التأمين وتبيان شروط صحته.

أولاً: تعريف التأمين من المسؤولية:

يعرّف التأمين من المسؤولية المدنية على أنه: "عقد بموجبه يؤمن المؤمن له، من الأضرار التي تلحقه من جراء رجوع الغير عليه"،[2] فهو إذاً "عقد بين طرفين المؤمن والمؤمن له، يلتزم فيه المؤمن بأن يؤدي إلى المؤمن له مبلغاً في حالة تحقق الخطر، مقابل دفع هذا الأخير لأقساط التأمين"،[3] وبذلك تُعفِي– بموجب هذا العقد– شركة التأمين بصفتها المؤمن المؤمن له المخطئ من المسؤولية المالية اتجاه الشخص الذي وقع عليه الضرر، وهو الأمر الذي يبعث شيئاً من الطمأنينة في نفس هذا الأخير.

وقد عرف الفقيه PLANIOL التأمين على أنه:

"عقد بمقتضاه يتحصل المؤمن له على تعهد من المؤمن بأن يقدم له مبلغاً من المال في حالة وقوع خطر معين مقابل دفع قسط أو اشتراك مسبق."

---

[1] بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 501.

[2] عبد الرزاق السنهوري، الوسيط "شرح القانون المدني"، الجزء السابع، المجلد الثاني، عقود الغرر، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، مصر، 1990. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص 324. جلال محمد إبراهيم، التأمين: دراسة مقارنة بين القانون المصري والقانون الكويتي والفرنسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1994، ص 112. نقلاً عن: بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 492.

[3] جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة 5، الجزائر، 2007، ص 06. نقلاً عن: بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص224.

وعرفه أيضاً الفقيه SUMIEN بأنه:

" عقد يلتزم بمقتضاه شخص يسمى المؤمن بالتبادل مع شخص آخر يسمى المؤمن له، بأن يقدم لهذا الأخير الخسارة المحتملة نتيجة حدوث خطر معين مقابل مبلغ معين من المال يدفعه المستأمن إلى المؤمن ليضيفه إلى رصيد الاشتراك المخصص لتعويض الأخطار."[1]

أما المشرع الجزائري فقد عرف التأمين في المادة 619 من القانون المدني،[2] وجاء نصها كالآتي: " التأمين عقد يلتزم المؤمن بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو إيراداً أو أيعوض مالي آخر في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين في العقد وذلك مقابل قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن."

وقد أعاد المشرع نفس هذه الصياغة تقريباً في تعريفه للتأمين في المادة الثانية من قانون التأمينات الصادر بالأمر 95-07،[3] حيث نصت على:

" إن التأمين في مفهوم المادة 619 من القانون المدني، عقد يلتزم المؤمن بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤمن له أو الغير المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال، أو إيراداً أو أي أداء مالي آخر في حالة وقوع الحادث، أو تحقق الخطر المبين في العقد، وذلك مقابل أقساط، أو أية دفوع مالية أخرى."

إضافة إلى أحكام الفقرة الأولى من هذه المادة، يمكن تقديم الأداء عينياً في تأمينات "المساعدة" و" المركبات البرية ذات محرك"."

[1] جديدي معراج، مرجع سابق، ص 10.

[2] الأمر رقم 75-58 يتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، مرجع سابق.

[3] الأمر رقم 95-07 المؤرخ في 1995/01/25، يتعلق بالتأمينات، الجريدة الرسمية العدد 13 لسنة 1995، المعدل والمتمم بالقانون رقم 06-04 مؤرخ في 21 محرم 1427 الموافق 20 فبراير 2006، ج ر ج العدد 15 الصادرة في 2006/03/12. وقد تممت بموجبه المادة 2 من الأمر 95-07 بإضافة فقرة ثانية لها.

كما نص في نفس القانون – قانون التأمينات – وفي القسم الخامس منه المخصص لتأمينات المسؤولية على أن: " يضمن المؤمن التبعات المالية المترتبة على مسؤولية المؤمن له المدنية بسبب الأضرار اللاحقة بالغير"، وجاء ذلك في المادة 56 منه.[1]

ثانياً: شروط صحة التأمين من المسؤولية المدنية:

حتى يغطي التأمين من المسؤولية كل أنواع المسؤولية المدنية سواء كانت عقدية أو تقصيرية وسواء كانت مهنية أو شيئية، وحتى يضمن المؤمن مسؤولية المؤمن له، يجب توافر الشروط التالية:

1/- وجود عقد من عقود التأمين من المسؤولية.

2/- تحقق مسؤولية المؤمن له.

3/- مطالبة المضرور بالتعويض ودياً أو قضائياً (هذه المطالبة هي الخطر المؤمن منه).

هذا، ويتميز عقد التأمين من المسؤولية المدنية، فضلاً عن تميزه بالخصائص والأركان العامة لعقد التأمين، ببعض السمات الخاصة تتمثل في كونه يتضمن اشتراط لمصلحة الغير ولا يستفيد من الضمان إلا الغير وهو المضرور الذي يهدف التأمين أساساً لحماية حقوقه، بالإضافة إلى كونه إلزامي أعطت بموجبه بعض التشريعات التي نصت على إلزاميته للمضرور الحق في الرجوع على المؤمن لتقاضي التعويض المستحق كاملاً متى ما تعذر حصوله عليه- أي التعويض- أو على جزء منه من قبل المؤمن له ولأي سبب كان.[2]

البند الثاني: نشأة فكرة التأمين من المسؤولية:

بداية، يمكن القول أن التأمين من المسؤولية جاء ليعكس حتمية التطور نحو تفعيل ضمان حق المضرور في التعويض بغض النظر عن وجود المسؤول، وكذا لتجسيد طموح

[1] " في هذا النوع من التأمين من الأضرار يكون الضرر الذي يصيب الذمة المالية للمؤمن له غير مباشر، بمعنى أنه يجب أن يكون هناك أولاً ضرراً يصيب شخصاً من الغير سواء في جسده أو في ماله، وهذا الضرر هو الذي يتحمل المؤمن له، بطريقة غير مباشرة، نتائجه المالية حين يلزم بتعويض هذا الغير." بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 301.

[2] عيساوي فاطمة، مرجع سابق، ص 109.

المشرعين والفقهاء نحو التحرر من قيود القواعد والمفاهيم التقليدية للقانون.[1] فقد أدى تفاقم الأخطار إلى ظهور التأمين من المسؤولية وازدهاره، فنشأ ارتباطهما الوثيق نتيجة لذلك بحيث ما ازدادت التأمينات وانتشرت إلا لازدياد الأخطار.[2]

وتجدر الإشارة إلى أن ((التأمين لم يظهر بشكله الحالي إلا في بداية القرن 19 حينما صدرت في أوروبا عدة قوانين خصوصاً في سويسرا وألمانيا سنة 1908، وفي فرنسا، صدر أول قانون للتأمين سنة 1930 في مجال النقل البحري لمواجهة مخاطر الرحلة البحرية، لينتشر بعدها ويشمل المجال البري والجوي. أما في الجزائر، فنشأ التأمين سنة 1980 كفكرة تعاونية، حيث تقوم مجموعة من الأفراد يجمعهم هدف واحد بالتعاون فيما بينهم لمواجهة بعض الأخطار التي قد تلحق بهم، فيقومون بدفع مبالغ تكون مبلغ التعويض)).[3]

ومع تطور التأمين أكثر، اتسع مجاله ليشمل جميع المخاطر، فظهرت شركات التأمين في فرنسا ثم الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن وصل الأمر أن أصبح الشخص يؤمن ضد

[1] " ... إن هذا الأمر قد دفع بكثير من الفقه القانوني المتمسك بفكرة الخطأ إلى ضرورة إعادة النظر ومراجعة آرائه بشأن أساس مسؤولية الأطباء، من خلال تحوير فكرة الخطأ في حد ذاتها من خطأ ثابت إلى خطأ مفترض كأساس بديل لهذه المسؤولية في عدة جوانب منها. ورغم افتراض القانون للخطأ في بعض الحالات، والتي يقصد منها أن الطبيب رغم عدم ارتكابه أي خطأ، أو بتعبير أدق لم يثبت خطأه، إلا أنه مع ذلك قد ألزمه القانون بتعويض أضرار معينة متى وقعت من شخص تابع له، طبقاً لنص المادة (134) من القانون المدني الجزائري فيما يتعلق بالمسؤولية عن فعل الغير، أو متى وقع الضرر بفعل شيء للطبيب السيطرة عليه، على أساس المسؤولية عن فعل الأشياء، وفقاً للمادة (138) من القانون المدني الجزائري، المطابقتين للمادة (1242) من القانون المدني الفرنسي، غير أن عبء الإثبات ظل مع ذلك ثقيلاً للغاية على عاتق المريض للمضرور. ولأجل تفادي النتائج الوخيمة والآثار السلبية الناجمة عن ذلك، والمتمثلة في عدم إمكانية حصول المريض المضرور على التعويض، سارع الفقه للبحث عن أساس آخر تقوم عليه المسؤولية المدنية لا يعتمد على المفاهيم الأخلاقية أو الاعتبارات النفسية، كي يكون أكثر مرونة وأكثر قدرة على تحقيق حماية أكبر للمتضررين، من خلال اعتماد فكرة الضرر كأساس للمسؤولية الموضوعية للطبيب، بالموازاة مع اعتماد آليات مناسبة على غرار التأمين، تضمن حق المرضى المتضررين في تعويض عادل، مع الإبقاء على حرية الأطباء وإبداعاتهم في ممارستهم المهنية." بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 500.

[2] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 237.

[3] محمود الكيلاني، الموسوعة التجارية والمصرفية، المجلد السادس، (عقود التأمين من الناحية القانونية)، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2009، ص 13. نقلاً عن: بحماوي الشريف، المرجع نفسه، ص 222.

الأضرار التي تلحق ماله نتيجة تحقق مسؤوليته اتجاه الغير، وهو ما يطلق عليه بتأمين المسؤولية.

فالتأمين من المسؤولية المدنية، بصفته عقد كسائر عقود التأمين من حيث طبيعته، هو تأمين من الأضرار وتأمين لدين في ذمة المؤمن له أي أن الهدف منه هو ضمان المؤمن له من الأضرار التي تلحق به جراء رجوع الغير عليه، فهو بذلك، وزيادة على جعل المؤمن في مواجهة المؤمن له، يقوم عقد التأمين من المسؤولية المدنية بإدخال شخص ثالث في هذه العلاقة وهو المضرور الذي يمكنه الحصول على حقه كاملاً من المؤمن ما لم يقم المؤمن له بتمكينه منه.[1]

ويرجع جانب من الفقه، وعلى رأسهم الفقيه روني سافاتييه (René Savatier)، أن توجه غالبية التشريعات الحديثة إلى تبني نظام التأمين الإجباري عن المسؤولية ناجم عن كون التوسع في التأمين من المسؤولية أدى إلى قلب قواعد المسؤولية رأساً على عقب، بحيث فقدت كل معنى جزائي لها، لتصبح قاعدة ضمان للمضرور تضمن له الحصول على التعويض بمجرد وقوع الضرر، ومن أمثلة ذلك: التأمين من المسؤولية عن حوادث السيارات، حوادث العمل، الأمراض المهنية، وغيرها من المجالات.[2]

هذا، وتعود بوادر فكرة التأمين في المجال الطبي إلى سنة 1930 بناءً على اقتراح الفقيهين (HENRI- Desoille) و (V. Crouzon) بأن يقوم المريض بتأمين نفسه من مخاطر العمليات الجراحية بحيث تغطي شركات التأمين كل المخاطر الناجمة عن خطأ الطبيب، وهو الأمر الذي بإمكانه أن يجعل كل من المريض والطبيب في مأمن، فلا تثني الأول عن خضوعه للتدخل الطبي مخاوفه من المخاطر التي قد تقع عليه جراء ذلك، وفى نفس الوقت، لا

[1] عيساوي فاطمة، مرجع سابق، ص 109.

[2] بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 491.

تثني الثاني – أي الطبيب – عن عمله مخاوفه من المسؤولية التي قد يتحملها تجاه المريض الخاضع لجراحته في حال أخطأ فيها.[1]

ثم ناقش الفقيه (Brisard) فكرة تأمين المريض المقدم على الخضوع لتدخل جراحي علاجي أو تجميلي، ضد الخطر الناجم عن ضعف مقاومة جسمه لظروف مجهولة. فكان ذلك أصل وبداية ظهور فكرة التأمين من مخاطر التبعات الطبية الضارة الناتجة عن الحوادث الطارئة.[2]

بعدها حاول الأستاذ (Tunc) وضع صيغة توفيقية بين حرية العمل الطبي وضمان تعويض المضرورين من خلال اقترحه لنظام التأمين من كل المخاطر الطبية وهو نظام عام للتأمين الملزم لا يتحقق إلا بإعفاء الأطباء من مضايقات المتابعات القضائية، الأمر الذي يستوجب، حسب ما دعى إليه الفقيه، التخلي عن نظام المسؤولية المبنية على أساس الخطأ، وإقامة أساس آخر للتعويض يقوم على الأقساط التي يدفعها الأطباء ويتكون من التأمين الطبي التعويضي الذي يغطي كل النتائج غير العادية للعلاج وكذلك التدخل الجراحي.[3]

---

[1] " بعد أن ضاعفت عدة عوامل من الدعاوى المرفوعة من المرضى ضد الأطباء مما أدى إلى بث الرعب في نفوس مقدمي الرعاية الصحية، وفي ظل هذه المعضلة التعويضية كان لابد من إيجاد نظام قانوني يصلح كبديل لنظام المسؤولية التقليدية المهترئ الذي أثبت عجزه عن كفالة حماية للطرفين ومن ثمة وجب استبداله بنظام أكثر تطوراً، مما جعل الأنظار تتجه نحو البحث عن حلول أخرى توفر للأطباء قدراً من الاطمئنان وتضمن في الوقت ذاته تعويضاً عادلاً للضحايا، يقوم على أساس فكرة التأمين. ويمكن القول بأن نظام التأمين بات ضرورة تمليها الاعتبارات العملية، ففي جميع الحالات التي تقوم فيها مسؤولية القائم بالرعاية الصحية يحتاج المضرورون من خطأهم أو نشاطهم إلى ضمان الحصول على التعويض المناسب لجبر ما لحقهم من أضرار، لذلك يكون من مصلحة الطبيب والمريض على حد سواء البحث عن ذمة مالية تقدم ذلك الضمان، ولذلك يتعين على كل طبيب إبرام عقد تأمين لدى إحدى شركات التأمين تحل محله في مطالبة المضرور بالتعويض." عثمان عبد المجيد، التطور وأزمة الفكر القانوني في مسؤولية الأطباء، مجلة العدالة، الصادرة عن وزارة العدل والشؤون الإسلامية والأوقاف، أبو ظبي، العدد 17، السنة الخامسة، يناير 1978، ص17. نقلاً عن: آمال بكوش، مرجع سابق، ص323.

[2] آمال بكوش، المرجع السابق نفسه، ص326.

[3] Tunc, rapport présenté au 11ém congrès international de morale médicale, 1966, p 33

نقلاً عن: آمال بكوش، المرجع نفسه، ص 327.

Martine carcenac, de la responsabilité Sans Faute à la faute objective, R.V.D.A n°01, France, 1998, p 36. René Savatier, Traité de la Responsabilité civile en Droit Français, T2, 2ème édition, L.G.D.J ,Paris, 2016, p 377.

حسان شمسي باشا، محمد على البار، مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون، دار القلم، ط1، دمشق، 2004، ص 113-114.

ومنه، ((كان لزاماً مع التقدم الهائل في المجال الطبي وكذا التغيير الجذري الذي لحق أساس المسؤولية المدنية وقواعد إثباتها، أن يقوم التأمين بجوار تلك المسؤولية ليسهم في تحقيق جانب من الحماية للمريض المضرور وضمان حصوله على حقه في التعويض، فنشأ تبعاً لذلك سباق وتنافس بين التأمين والمسؤولية، ذلك أنه أصبح حيثما وجد التأمين كان دافعاً للقضاء إلى التوسع في المسؤولية ومحو كل أهمية للخطأ، والغاية طبعاً في جميع الأحوال هي حماية المريض المضرور.))[1]

أما بالنسبة للمشرع الجزائري، فقد بادر سنة 1974 إلى إصدار الأمر 74-15 المؤرخ في30 جانفي1974، الذي حدد بموجبه قواعد التعويض الجزائي لحوادث المرور، المعدل والمتمم بالقانون 88-31 المؤرخ في 29 جويلية 1988، المتعلق بإلزامية التأمين على السيارات وبنظام التعويض عن حوادث المرور.[2] وبشأن حوادث العمل والأمراض المهنية، فقد صدر القانون رقم 83-13 المؤرخ في 02 جويلية 1983، المتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية. وكذا القانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983،[3] المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المتمم بالقانون رقم 08-01 المؤرخ في 23 يناير 2008.[4]

الفرع الثاني: التأمين من المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية:

يعرف عقد التأمين من المسؤولية الطبية المدنية على أنه: "عقد بموجبه تلتزم شركة التأمين بأن تؤدي للمريض المضرور مقدار التعويض المحكوم به جبراً للضرر الناجم عن فعل الطبيب، مقابل أقساط أو دفعات مالية أخرى يؤديها الطبيب أو غيره من الممارسين الصحيين أو المؤسسات الصحية، حال تحقق الخطر المؤمن منه."[5]

---

[1] سهيل يوسف الصويص، مسؤولية الطبيب بين حقوق المريض ومتطلبات القانون الحديث، دار أزمنة للنشر، ط1،عمان، الأردن، 2004، ص 218 وما يليها. نقلاً عن: بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 490.

[2] الجريدة الرسمية الجزائرية رقم 29 لسنة 1988.

[3] الجريدة الرسمية الجزائرية رقم 28 لسنة 1983/ الجريدة الرسمية الجزائرية رقم 4 لسنة 2008.

[4] بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 492.

[5] آمال بكوش، مرجع سابق، ص 239.

مما يعني ((أن مسؤولية المؤمن (شركة التأمين) بموجب عقد التأمين تنعقد وجوداً وعدماً بقيام مسؤولية الطبيب المؤمن له تجاه المريض المضرور أي أن ثبوت مسؤولية الطبيب عن الضرر الذي أصاب المريض، يوجب التزام شركة التأمين بالتعويض بنفس القيمة التي يلتزم بها الطبيب المؤمن له – طبعاً ضمن حدود سقف مبلغ التأمين، أما في حال عدم ثبوت مسؤولية الطبيب، فإن المؤمن لا يعد ملزماً بأداء مبلغ التعويض تبعاً لذلك.))[1]

وبصيغة أخرى، يقصد بالتأمين من المسؤولية الطبية "عقد تتحمل بموجبه هيئة أو شركة التأمين الطبي المسؤولية عن الأضرار التي تلحق بالأشخاص(المرضى) بسبب خطأ من الأخطاء المهنية الناشئة عن ممارسة المهن الطبية أو المهن المرتبطة بها، نظير أقساط محددة قانوناً تدفع من المؤمن له (الطبيب)."[2]

وعليه، فالشروط الثلاث الضرورية لقيام التأمين ضد مخاطر المهنة تتمثل في:

1/- حصول المريض على حقوقه الكاملة والتعويض المادي عن الضرر الذي لحق به من جراء عمل طبي أو إهمال أثبت القضاء بأن مسؤوليته تقع على الطبيب.

2/- توفير الحماية الكاملة للطبيب من خلال تحمل شركة التأمين دفع التعويض الذي تسبب فيه.

3/- ضمان استمرار شركة التأمين في التعاطي مع الأطباء بالتزام تام بتطبيق جميع بنود عقد التأمين المبرم بينهما.[3]

ويستشف من كل ما سبق، الاختلاف الذي يميز بين تأمين الأضرار بما فيه التأمين من المسؤولية وتأمين الأشخاص من حيث الصفة التعويضية، إذ يحدد التعويض في الأول بعد أن يقع الخطر ويقدر التعويض مما يعني أن المؤمن له لن يتقاضى مبلغ التعويض إلا بحلول

[1] بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 492.

[2] سعد سالم العسبلي، المسؤولية المدنية عن النشاط الطبي في القانون الليبي، ط1، منشورات جامعة قار يونس، بنغازي، 1994، ص 344. نقلاً عن: بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 492.

[3] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 303.

الضرر وبالقدر الذي يتناسب معه، بينما في التأمين عن الأشخاص الذي يفتقر للصفة التعويضية، على خلاف سابقه، يحصل المستفيد على المبلغ المؤمن منه والمحدد سلفاً عند إبرام عقد التأمين بمجرد وقوع الخطر وبغض النظر عن تحقق الضرر من عدمه.[1]

ولأن الظروف تحتم أحياناً الخروج عن القاعدة والعمل بالاستثناء، أدت كثرة وانتشار الأضرار، باعتبارها ظروف خاصة، إلى جعل التأمين عن المسؤولية إجبارياً بنص القانون بالرغم من كونه في الأصل اختيارياً يتوقف على إرادة ذوي الشأن.[2] وإذ ينطبق ذلك على الأطباء الذين صار تأمينهم عن المسؤولية إلزامياً في أغلب التشريعات مهما كان نظام المسؤولية المعتمد لديها، ومن بينها التشريعات الجزائرية والإماراتية والفرنسية، فإن أهمية فكرة التأمين تبرز هنا من حيث بيان ما إذا كان يسهم فعلياً في تحقيق حماية أكبر للمرضى، أم أن الأمر لا يعدو كونه يصب في مصلحة الأطباء الذين تحرروا بشكل أكبر من وطأة المسؤولية.[3]

وفيما يخص منتجي نفايات النشاطات العلاجية، برزت رغبة المشرع الفرنسي في تحقيق الهدف السامي المتمثل في ضمان تعويض كل مريض مضرور تعويضاً مناسباً، وكذا حماية ممارسي المهنة الطبية من خلال المادتين 98 و100 من قانون 04 مارس 2002

---

[1] أشرف جابر مرسي، التأمين من المسؤولية المدنية للأطباء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999، ص 16. نقلاً عن: بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 493.

[2] محمد حسين منصور، المسؤولية عن حوادث السيارات والتأمين الإجباري عنها، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، بدون سنة طبع، ص22. نقلاً عن: بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص 234.

[3] René Savatier, Traité de la Responsabilité civile, OP. Cit, p 326. George Boyer Chamardé, Paul Monzein, la Responsabilité Médicale, P.U.F, Paris, 1974, P 112.

نقلاً عن: بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 482 و 491.

" على الرغم من إلزامية التأمين التي نص عليها التشريع الجزائري بموجب قانون التأمينات، إلا أن ذلك لم يغير من المعادلة غير المتكافئة بين الطبيب والمريض، إذ ظلت قواعد المسؤولية التقصيرية خصوصاً بل وحتى العقدية عاجزة عن توفير الحماية القانونية لحق المريض في التعويض، ذلك أن مسألة إثبات خطأ الطبيب من جانب المريض، غالياً ما تصطدم – برأينا– بعقبتين رئيسيتين تحولان دون حصوله على التعويض وهما: صعوبة وعجز المريض عن الإثبات لتعلق الأمر بأمور فنية وتقنية لمهنة الطب، أما العقبة الثانية فتتمثل في إشكالية الخبرة الطبية وعدم كفاية الاعتماد على طبيب خبير واحد، وما يشوبها من شبهة وقصور." بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 495.

المتعلق بحقوق المرضى وجودة النظام الصحي في فرنسا،[1] اللتين جاءتا لتفرضا التزاماً على كل من: المؤسسات الصحية، ممتهني الطب ومنتجي الأدوية الصحية، عموميين كانوا أو خواصاً بضرورة التأمين عن المسؤولية، ويعاقب غير الملتزم بغرامة 45000 أورو.

وقد دخلت هذه القاعدة حيز التنفيذ بموجب القانون رقم 2002-1577 الصادر في 2002 والمتعلق بالتأمين من المسؤولية المدنية الطبية، وبناء عليه يستفيد المريض في فرنسا من نظام مزدوج للتعويض عن الأخطاء الطبية، والتعويض عن الحوادث التي لا يمكن نسبتها إلى خطأ الطبيب على أساس التضامن الوطني.[2]

كما نصت المادة L.1142-2 من قانون الصحة العامة الفرنسي على الأمر ذاته، وجاء فيها مما معناه: يلزم باكتتاب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية والإدارية التي يحتمل أن تقوم جراء الإضرار بالأشخاص الخاضعين لأنشطة كل من: ممتهني الطب الخواص، المؤسسات الاستشفائية، المصالح الصحية والهياكل التي تقدم: خدمات وقائية، تشخيصية أو حتى علاجية، وكل شخص معنوي آخر غير الدولة يمارس الأنشطة المذكورة، وكذا كل من: منتجي، مستغلي أو موزعي الأدوية الصحية بصفتها منتجات نهائية والمذكورة في المادة L.5311-1 باستثناء رقم 5، ومع مراعاة الإجراءات المنصوص عليها في المادة L.1222-9 و11، 14 و 15 المستعملة بمناسبة تلك الأنشطة.[3]

[1] قانون رقم 2002-303، مرجع سابق.

[2] بحماوي الشريف، مرجع سابق، ص 290.

[3] Sabin GIBRT, guide responsabilité médicale et hospitalière (Quelle indemnisation du risque médical aujourd'hui ?), Berger-Levrault, Paris, mai 2011, p 76.

L'article L.1142-2 du code de la santé publique énonce : « les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L.1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitant et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L.5311-1 à l'exclusion des 5°, sous réserve des dispositions de l'article L.1222-9 (11°,14°, et 15°), utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. »

ويقابل ذلك في التشريع الجزائري المادة 167 من قانون التأمينات،[1] والتي نص فيها المشرع على أنه: " يجب على كل المؤسسات الصحية المدنية وكل أعضاء السلك الطبي وشبه الطبي والصيدلاني الممارسين لحسابهم الخاص، أن يكتتبوا تأميناً لتغطية مسؤوليتهم المدنية اتجاه مرضاهم واتجاه الغير."

وكذا المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 09-19 المؤرخ في 20 يناير 2009 المتضمن تنظيم نشاط جمع النفايات الخاصة، والتي تنص على أنه: " يتعين على الجامع لممارسة نشاطه اكتتاب تأمين يغطي مسؤوليته عن كل النتائج التي قد تلحق ضرراً بالغير وتكون ناتجة عن نشاطه."

كما نجد في نفس الصدد، ومما يدل على تبني المشرع الجزائري لإلزامية التأمين، ما نصت عليه المادة 169 من نفس القانون المذكور أعلاه بقولها: " المؤسسات التي تقوم بنقل الدم البشرى و/أو تعديله بغرض العلاج، يجب عليها الاكتتاب في تأمين على النتائج الضارة التي يمكن أن تنتج للمتبرعين أو المستقبليين للدم.

ومنه يستشف، مجموع الأشخاص الملزمين بالتأمين،[2] وهم:

- المؤسسات الصحية المدنية (مستشفيات، قطاع صحي، عيادات خاصة)

-أعضاء الجهاز الطبي الممارسين بصفة حرة (أطباء، جراحون، أطباء تخدير، جراحو الأسنان)

-أعضاء الجهاز الصيدلاني الممارسين بصفة حرة (صيدليين، مخابر التحاليل)

-مؤسسات نقل الدم أو/ و تغييره (مخابر التحاليل، بنك الدم)

وفى سياق تعميم أولوية التأمين عن المسؤولية الطبية، نجد أن المشرع الجزائري نص طبقاً للمادة 167 من القانون رقم 95-07 المتعلق بالتأمينات، أن تحمل تبعة التعويض المادي تقع على عاتق المؤمّن، الأمر الذي يزيل مسبقاً اشتراط خطأ المسؤول، لاسيما بعدما أصبحت

[1] عيساوي فاطمة، مرجع سابق، ص 112.

[2] المرجع والصفحة نفسهما.

المسؤولية مجرد دعامة للتأمين. وبذلك يبرز مدى تأثير التأمين على المسؤولية الطبية من خلال تقليص الدور الممنوح للخطأ الشخصي باعتباره شرطاً للمسؤولية المدنية عموماً.[1]

ويجب أن نشير في هذا الصدد أن دعوى التعويض على أساس خطأ مرفقي لا تحتاج إلى إدخال شركة التأمين، لأن العقد المبرم بين هذه الأخيرة والإدارة المؤمنة عبارة عن عقد مدني يخضع للقانون الخاص، وهو ما أقره مجلس الدولة في قراره الصادر بتاريخ 2006/03/26[2] بخصوص قضية الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين (وكالة برج بوعريريج) ضد القطاع الصحي لرأس الوادي، وجاء فيه:

في الشكل: حيث أن العريضة مستوفية لأوضاعها الشكلية القانونية والاستئناف وارد في الأجل القانوني المحدد له بمقتضى المادة الضرورية من قانون الإجراءات المدنية والاستئناف الفرعي مستوفي لأوضاعه القانونية لذا يتعين قبولهما من حيث الشكل.

في الموضوع: – حيث يهدف الاستئناف إلى إلغاء القرار المستأنف فيه والقضاء من جديد برفض الدعوى لعدم الاختصاص النوعي واحتياطياً بتعديل القرار جزئياً بإخراج ممثل الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين (وكالة برج بوعريريج) رمز 510 من الخصام.

– حيث ثابت من الوثائق المقدمة بالملف خاصة الخبرة الطبية القضائية المأمور بها بموجب القرار التمهيدي أن الأضرار اللاحقة بابن المستأنف عليه ناتجة عن خطأ طبي.

–حيث أن القرار المستأنف حمل مرفق القطاع الصحي مسؤولية الأضرار وألزمه بالتعويض وجعل ذلك تحت ضمان جهة التأمين الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين (وكالة برج بوعريريج) رمز 510 المستأنفة الحالية.

[1] بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 493.

[2] " قرار صادر عن الغرفة الثالثة ومنشور بمجلة مجلس الدولة، العدد رقم 2006/8، ص 209 وما بعدها." نقلاً عن: عبد القادر خضير، قرارات قضائية في المسؤولية الطبية (لفائدة السادة: المحامين، الأساتذة الجامعيين، الموظفين وطلبة الحقوق) ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 88.

-حيث أن الاختصاص للفصل في موضوع النزاع ينعقد للغرفة الإدارية طبقاً لأحكام المادة 7 من قانون الإجراءات المدنية على أساس المعيار العضوي، ودفع المستأنفة بغير ذلك مردود.

-حيث أن العقد الطبي الذي يربط المستشفى بجهة التأمين هو عقد خاص مدني.

-حيث أن اختصاص الغرفة الإدارية يدور حول مدى مسؤولية جهة الإدارة عن الأضرار التي يمكن أن تسببها للغير وبالتالي اختصاصها لا يتعدى هذه المسألة.

-حيث أن البحث والقضاء على جهة الضمان يعد تجاوزاً للاختصاص.

-حيث أن القرار المستأنف بقضائه يجعل مبلغ التعويض المحكوم به على القطاع الصحي لرأس الوادي لم يقدر النزاع التقدير السليم في هذا الجانب، لذا يتعين على مجلس الحال الاستجابة لطلب المستأنفة فيما يتعلق بإخراجها من الخصام.

لهذه الأسباب، يقضى مجلس الدولة علنياً حضورياً ونهائياً:

في الشكل: قبول الاستئنافين الأصلي والفرعي.

في الموضوع: تأييد القرار المعاد مبدئياً، وتعديلاً له القضاء بإخراج الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين من الخصام.[1]

المطلب الثاني: صناديق الضمان:

بادر المشرع الفرنسي سنة 2002 إلى سن قانون حماية المرضى وتحسين نظام الصحة، بهدف تلبية حقوق المرضى المتضررين من الحوادث الطبية، والذين لم يكن لهم الحق بالحصول على التعويض طبقاً لأحكام المسؤولية الطبية لانعدام الخطأ، وذلك إحساساً منه بضرورة إيجاد مخرج قانوني سليم لأزمة المسؤولية الطبية خصوصاً والمهنية عموماً.[2]

[1] سايس جمال، الاجتهاد الجزائري في القضاء الإداري (قرارات المحكمة العليا، قرارات مجلس الدولة)، الجزء الثالث، منشورات كليك، الطبعة الأولى، الجزائر، 2013، ص 1455.

[2] بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 494: " وبالمناسبة فقد تم تأسيس أول جمعية " اللجنة الوطنية للدفاع عن ضحايا الأخطاء الطبية " في الجزائر يوم 14 جويلية 2009 تحت لواء الرابطة الجزائرية للدفاع عن حقوق الإنسان. جريدة الخبر اليومية، العدد 5717، الأربعاء 15 جويلية 2009م الموافق 22 رجب 1430هـ، السنة التاسعة عشرة، ص 17. وقد جاء

وقد تجسد تكريسه لهذا المسعى بوضعه نظاماً خاصاً للتعويض على أساس مبدأ التضامن الوطني استجابة لمطالبات جمعيات ضحايا الحوادث الطبية، وكان ذلك من خلال المادة (1142-1) من قانون الصحة العامة. وعليه سوف يتناول هذا المطلب مبررات استحداث نظام التعويض عن طريق المبدأ المذكور في الفرع الأول، ثم إمكانية تعويض أضرار نفايات النشاطات العلاجية عن طريق هذه الصناديق في الفرع الثاني.

الفرع الأول: مبررات استحداث صناديق الضمان:

أدى عجز المسؤولية المدنية بأركانها الثلاثة عن تعويض المرضى ضحايا الحوادث الطبية، إما لعدم ارتكاب الأطباء أخطاء طبية أو عدم قدرة شركة التأمين عن دفع كل التعويض المقدر لجبر الضرر بسبب محدودية قسط التأمين، إلى أن أضحى الحديث عن الكيفية والأساس القانوني لتعويض هذه الفئة من المضرورين الشغل الشاغل لكل من الفقه والقضاء، وأصبح ضرورياً البحث خارج إطار الحدود التقليدية للمسؤولية المذكورة عن بديل أو آلية قانونية مناسبة، وبالأخص بعد أن اعتبر كثيراً من الفقه الفرنسي أن المسؤولية المدنية الشخصية في حالة احتضار، وأن الخطأ أوشك على الانتحار.[1] فكان أن نتج عن ذلك تبني نظام التعويض استناداً لمبدأ التضامن الوطني، وهو ما سيتم بحثه تحت بندين بالنسبة للمشرع الفرنسي (البند الأول) ثم المشرع الجزائري (البند الثاني)

تأسيس هذه اللجنة من واقع ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية بشكل كبير ولافت. تقرير جريدة الخبر اليومية بشأن الأخطاء الطبية في الجزائر، العدد 8377، الاثنين 09 يناير 2017م الموافق 10 ربيع الآخر 1438هـ، السنة السابعة والعشرون، ص 13."

[1] " إن معادلة الجمع بين المسؤولية الشخصية للطبيب القائمة على أساس الخطأ وفكرة التأمين الإجباري من هذه المسؤولية الذي تقضي به غالبية التشريعات، يعد من الصعوبة بمكان تطبيقه، نظراً لما ينطوي عليه الأمر من تناقض واضح بين طرفي المعادلة، الأمر الذي جعل تأمين الأطباء عن مسؤولياتهم المهنية القائمة على أساس الخطأ غير ذي جدوى بالنسبة للمريض المضرور، لا سيما في ظل انتفاء أي خطأ من الطبيب، أو حتى في ظل عجز المريض عن إثبات الخطأ الطبي رغم وقوعه فعلاً، وهو ما يفسر – بحسب رأينا– لجوء التشريع الفرنسي إلى إنشاء الصندوق الوطني لتعويض ضحايا الحوادث الطبية، استناداً لاعتماد فكرة التضامن الوطني كأساس لتعويض بعض الحالات وفقاً لشروط معينة." بن صغير مراد، مرجع سابق، ص495 و 500.

البند الأول: مبررات استحداث صناديق الضمان في التشريع الفرنسي:

انطلاقاً من كون الاستثناء غير قابل للتوسع أو التعميم، لم يأتي إقرار التعويض استناداً لمبدأ التضامن الوطني على إطلاقه في قانون الصحة الفرنسي، فهو يشكل استثناء عن القواعد العامة المقررة في المسؤولية والتعويض معاً، والتي تقضي بعدم مسؤولية الطبيب في حالة عدم ارتكابه للخطأ، أو حتى حالة ارتكابه لخطأ طبي في ظل عجز المريض المضرور عن إثباته.[1]

ومن أهم ما استحدثته القوانين الفرنسية هو أن أصبح تعويض ضحايا عدوى المستشفيات من اختصاص المكتب الوطني للتعويض عن الحوادث الطبية ONIAM[2] مع ما أثاره هذا النظام التعويضي الجديد من جدل في فرنسا، بمعنى هل يعتبر هذا النظام نظاماً استثنائياً يقوم إلى جانب القواعد العامة في المسؤولية المدنية لتعويض ضحايا عدوى المستشفيات، أم هو صورة من صور المسؤولية الجماعية التي نادى بها الفقيه "سافتيه" والتي مفادها أن التعويض هو من اختصاص الدولة عن طريق الميزانية العامة أو الصناديق المخصصة لذلك أو ما يعرف بالتعويض على أساس فكرة التضامن الوطني Solidarité Nationale.[3]

ويشار هنا إلى أن النظام الجديد الذي تم استحداثه من قبل المشرع الفرنسي لتعويض المخاطر العلاجية يمتاز بكونه نظام مستقل عن أي بحث في المسؤولية وفق مفهومها

---

[1] " وبناء عليه، أسند قانون 4 مارس لسنة 2002 في فرنسا، تعويض المرضى المتضررين إلى المكتب الوطني للتعويضات الطبية في إطار صندوق تعويض الحوادث الطبية طبقاً لفكرة التضامن الوطني مقيداً بحالات معينة وضمن شروط خاصة." بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 496.

[2] **L'article L.1142-22/01 Dispose que:**" l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est un établissement publique à caractère administrative de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, il est chargé de l' indemnisation au titre de la solidarité nationale, dans les conditions définies au II de l'article L.1142-1 et l'article L.1142-17, des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogènes ou d'une infection nosocomiale, ainsi que des indemnisations qui lui incombent, les cas échéant, en application des articles L.1142-15 et L.1142-18.

[3] أمال بكوش، مرجع سابق، ص 302.

التقليدي، كما أنه نظام تعويضي جماعي ويقصد به التعويض الذي لا يؤسس على أساس الخطأ، بل على أساس التضامن القومي كونه يتم من خلال صناديق وطنية تتحمل الدولة تبعاته.[1]

وبشأن ذلك، نصت الفقرة الثانية المضافة للمادة L.1142-1 بموجب القانون رقم 2004-806 الصادر بتاريخ 2004/08/09 المتعلق بسياسة الصحة العامة في فرنسا والمعدل للنظام القانوني للبحوث الطبية الحيوية،[2] على أنه:

" عندما لا تقوم مسؤولية مهني أو قسم أو إحدى الهيئات المشار إليها في الفقرة الأولى، أو صانع منتجات صحية، فإن أي حادث طبي أو إصابة أو التهاب يعطي الحق للمضرور، أو لورثته بعد وفاته، في التعويض باسم التضامن الوطني،[3] عندما تكون هذه الأمراض ناجمة مباشرة عن أعمال متعلقة بالوقاية أو التشخيص أو العلاج، وتكون قد أدت بالنسبة للمريض إلى نتائج استثنائية بالنظر إلى حالته الصحية وكذلك التطور المتوقع لها، وأن تبرز هذه النتائج طابعاً جسيماً يحدده مرسوم يصدر بذلك، ويقدر طابع الجسامة بالنظر إلى فقدان القدرة الوظيفية، ونتائجها على الحياة الخاصة والمهنية."[4]

---

[1] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 285.

[2] Loi n°2004-806 du 09/08/2004 relatif à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11/08/2004.

[3] يتكون هذا المجلس من 20 عضواً منهم ستة يمثلون المرضى ومستخدمي النظام الصحي وطبيبين يمارسون نشاطهم المهني بشكل حر، من بينهم طبيب يعين بعد أخذ رأي النقابة التي ينتمي إليها ومتمرس معين بنفس الطريقة ومسؤول مؤسسة صحية عامة ومسؤولين لمؤسسات صحية خاصة وممثلين عن الهيئة الوطنية للتعويض عن الحوادث الطبية وممثلين عن شركات التأمين وأربعة أشخاص لديهم الكفاءة في تقييم الأضرار الجسدية ، ويتم تعيين هؤلاء الأعضاء لمدة 3 سنوات قابلة للتجديد ويتم ترأس المجلس بواسطة قاض إداري أو مدني. (المادة R 1142-5 والمادة R 1142-6 من قانون الصحة الفرنسي)." مركز جيل البحث العلمي، مجلة جيل الأبحاث القانونية المعمقة، العدد 7، أكتوبر 2016، ص 21.

[4] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق ، ص 282.

L'article L.1142-1.II : " Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titré de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de

البند الثاني: مبررات استحداث صناديق الضمان في التشريع الجزائري:

تبنى المشرع الجزائري هو الآخر النظام التعويضي الجديد في نص المادة 140 مكرر1 من القانون المدني التي تنص على أنه: " إذا انعدم المسؤول عن الضرر الجسماني ولم تكن للمتضرر يد فيه، تتكفل الدولة بالتعويض عن هذا الضرر."

وفعلاً تدخل المشرع الجزائري في بعض الحوادث التي تنجم عنها أضرار جسمانية وبين كيفية التعويض وإجراءاته والجهة المكلفة بذلك لاسيما في مجال حوادث العمل وحوادث المرور ومخاطر المظاهرات والتهجمات وأعمال العنف، أما ضحايا عدوى المستشفيات بصفتها الوجه الأبرز للعدوى الناجمة عن سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية، فلا زالت محكومة في القانون الجزائري بالقواعد العامة في المسؤولية المدنية.[1]

الفرع الثاني: إمكانية تعويض أضرار نفايات النشاطات العلاجية عن طريق صناديق الضمان:

تبنى المشرع الفرنسي تعويض الحوادث الطبية في إطار التضامن الوطني كأصل عام، وهو ما يبرزه نص المادة (II.1-L.1142) من قانون الصحة،[2] التي حددت نطاق هذا التعويض (البند الأول) ، وكذا الشروط الضرورية لذلك (البند الثاني)

---

son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail. Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret."

[1] أمال بكوش، مرجع سابق، ص 302.

[2]" إن نطاق التعويض استناداً لمبدأ التضامن الوطني الذي تبناه التشريع الفرنسي كأصل عام بشأن الحوادث الطبية، يعكس الرغبة الحقيقية في ضمان أوسع لحق المريض في التعويض عما يصيبه نتيجة تنفيذ الاعمال الطبية، وهو ما سعى إلى تكريسه فعلاً بموجب المادة (II.1–L.1142) من قانون الصحة، خلافاً للتشريع والقضاء الجزائريين اللذين لا يزالان يقيمان المسؤولية المدنية للأطباء على أساس فكرة الخطأ بنوعيه الثابت والمفترض بحسب الأحوال، في عجز تام عن مواكبة تطلعات المرضى بهدف حصولهم على حقهم في تعويض عادل، رغم تبنيه لفكرة صندوق تعويض ضحايا الإرهاب استناداً لمبدأ التضامن الوطني في مواجهة آثار حوادث وجرائم الإرهاب. وهذا ما نصت عليه المادة (2) من المرسوم التنفيذي رقم 47–99 المؤرخ في 13 فبراير 1999، والمتعلق بمنح تعويضات لصالح الأشخاص الطبيعيين ضحايا الأضرار الجسدية أو المادية التي لحقت بهم نتيجة أعمال إرهابية أو حوادث وقعت في إطار مكافحة الإرهاب وكذا لصالح ذوي حقوقهم. كما نصت المادة

البند الأول: نطاق التعويض طبقاً لمبدأ التضامن الوطني:

يندرج تحت نطاق التعويض عن المخاطر العلاجية أو التبعات الطبية الضارة ثلاثة طوائف، نذكرها فيما يلي:

1- الحوادث الطبية: ويقصد بها الحادثة غير المتوقعة، المسببة لضرر طارئ، والناشئة عن الأعمال الطبية والتي لم يثبت أن تحققها يرجع للخطأ.

2-الأضرار التي تحدث نتيجة تعاطي الأدوية المقررة: وتشمل جميع الأدوية بمفهومها التقليدي أو غيرها من وسائل الرعاية والعلاج.

3-العدوى التي تصيب المضرور أثناء تواجده بالمستشفى: بشرط أن لا يكون مصاب قبل دخوله.[1]

---

(2) من المرسوم الرئاسي رقم 93-6 المؤرخ في 29 محرم 1427هـ، الموافق 28 فبراير 2006، المتعلق بتعويض ضحايا المأساة الوطنية بأنه: " يعتبر ضحية المأساة الوطنية، كل شخص مفقود في إطار الأحداث المذكورة في الميثاق، وكان موضوع معاينة فقدان تعدها الشرطة القضائية على إثر عمليات البحث التي قامت بها". وتضيف المادة (3) من ذات المرسوم بأنه: " يخوِل حكم التصريح بوفاة ضحية المأساة الوطنية الحق لذوي حقوقه في التعويض في مفهوم هذا المرسوم." " بن صغير مراد، مرجع سابق، ص495.

[1] " هذه المخاطر الثلاثة هي التي يتم التعويض عنها على أساس التضامن القومي، حيث تتسع الأعمال المذكورة لتشمل كافة صور العمل الطبي، بشرط أن تكون ناتجة مباشرة عن اعمال الوقاية أو التشخيص أو العلاج. هذا وقد اشترط القانون في المخاطر التي يشملها التعويض، أن ترتب أضراراً لها مواصفات معينة." بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص285.

بن صغير مراد، المرجع السابق نفسه، ص 497: " بالنسبة لحالات استحقاق التعويض طبقاً لنص المادة (L-1142-1.II) من قانون الصحة الفرنسي سالفة الذكر، يمكن حصر حالات التعويض في ثلاث حالات:

الحالة الأولى: تشمل التعويض عن الأضرار الناجمة عن الحوادث الطبية عند عدم إمكانية إثبات أي خطأ أو حتى افتراضه في حق المؤسسة الصحية أو ممارسي الصحة عن الحوادث الطبية أو العدوى الناشئة داخل المستشفيات. وتعد هذه أبرز حالات تعويض الصندوق باعتبارها تشكل العائق الأكبر أمام المرضى والمتضررين من الحوادث الطبية، لا سيما فيما يتعلق بالإثبات.

الحالة الثانية: الأضرار الناجمة عن تدخل ممارسي الصحة والمشتغلين بالمؤسسات الصحية في ظروف استثنائية وخارج نطاق نشاطهم المتعلق بأعمال الوقاية والتشخيص أو العناية.

الحالة الثالثة: حالات الأضرار الطبية الناجمة عن عدوى داخل المستشفيات أو المؤسسات الصحية، حيث شكلت ولا تزال قضية العدوى الناشئة داخل المستشفيات الدافع الأكبر لإقرار صندوق التعويض، ذلك أن أبرز القضايا التي عالجتها محكمة النقض الفرنسية ومجلس الدولة على حد سواء في مجال الحوادث والمسؤولية الطبية في السنوات الأخيرة ارتبطت بهذه الحالة."

وتقسم المحاكم الفرنسية التعويض، حسب توجهاتها بشأن الأضرار الجسمية، إلى: قسم يعوض الأضرار الأدبية كالآلام الناشئة عن التشويه والضرر الجمالي، ويقدم دفعة واحدة. أما القسم الثاني، فهو تعويض عن العجز الدائم أو الجزئي ويدفع في شكل إيراد مرتب.[1]

ويستشف مما سبق، أن المشرع الجزائري ورغم تبنيه لفكرة التعويض عن طريق صناديق الضمان إلا أن أضرار نفايات النشاطات العلاجية، سواءً الأضرار التي تحق بالأشخاص أو الضرر البيئي بقيت خارج نطاق هذه الصناديق، وهو ما يتطلب تداركاً من المشرع.

البند الثاني: شروط التعويض عن طريق صناديق الضمان:

يستفيد من التعويض تحت إطار التضامن الوطني كل متضرر من المخاطر السابقة بتوافر الشروط الآتية:

1- أن تكون الأضرار التي لحقت بالمريض أضراراً غير عادية، وذلك بالنظر إلى حالته الصحية وتطورها المتوقع، ويهدف هذا الشرط إلى التمييز بين ما ينتج من إخفاق العلاج وتطور الحالة المرضية للمريض، وبين ما ينجم عن الحادث الطبي.

2- يجب أن تكون هذه الأضرار على قدر من الجسامة من حيث آثارها على المريض، بالنسبة للأضرار التي لا يتوافر فيها هذا الشرط، لا يمكن للمضرور المطالبة بالتعويض عنها. وقد حدد القانون نسبة العجز الدائم الذي يسمح بالتعويض ب 25 %.[1]

L'arrêt récent de la Cour de cassation – première chambre civile. Cass. 1re civ: 08/02/2017, n°175, (15-19.716), ECLI:FR:CCASS:2017:C100175. http://www.courdecassation.fr. Mise à jour le: 19/06/2018 :

« Attendu qu'il ressort des dispositions de l'article L.1142-1.I, alinéa 2, et L.1142-1-,1°, du code de la santé publique précitées, que, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère, les établissements, services et organismes mentionnés à l'article L.1142-1, I, alinéa 1er, sont tenus, sur le fondement de leur responsabilité de plein droit, de réparer l'ensemble des dommages résultant d'infections nosocomiales, qu'ils aient été subis par les victimes directes ou indirectes ; que, lorsque les dommages résultant de telles infections atteignent le seuil de gravité fixé par l'article L.1142-1-1,1°, leur réparation incombe, dans les mêmes conditions, à l'ONIAM en leur lieu et place. » نقلاً عن: بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 497.

[1] ئاسؤس نامق براخاس، قبول المخاطر الطبية وأثره في المسؤولية المدنية (دراسة تحليلية مقارنة)، دار الكتب القانونية/ دار شتات للنشر والبرمجيات، مصر – الإمارات، 2013، ص 176.

وبخصوص ذلك، انتقد هذا الشرط الأخير بشدة من طرف الفقه الفرنسي كونه يشكل نوعاً من التمييز بين ضحايا الحوادث الطبية، بالإضافة إلى أن نسبة 25 في المئة، حسب رأي الفقه دوماً، نسبة عالية يمكن أن تؤدي إلى حرمان الكثير من المضرورين – من الذين لم يصل العجز لديهم هذه النسبة– من نظام التعويض باسم التضامن الوطني.[2]

[1] " استخلاصاً من نص المادة (L.1142-1.II) من قانون الصحة الفرنسي، لتمكين المرضى المتضررين من حقهم في التعويض استناداً لمبدأ التضامن الوطني، يمكننا تحديد الشروط التالية الواجب توافرها، وهي:

– أن يتعلق الضرر بمباشرة أعمال الوقاية أو التشخيص أو العناية، سواء أثناء القيام بفحوصات أو إجراءات وقائية كالتطعيمات، أو أثناء مباشرة الكشوفات والتشخيصات وما يرافقها من إجراء التحاليل الطبية المطلوبة، أو حتى أثناء الشروع في العلاج وما يستلزمه من أعمال العناية والرعاية.

– أن تكون نتائج الضرر غير عادية مقارنة بالحالة الصحية للمريض والتطور المتوقع لها، الأمر الذي يعني أن نتائج الضرر كانت استثنائية ومفاجئة وغير متوقعة، وهذا لا شك يبين بوضوح أن حق المريض في الحصول على التعويض من قبل صندوق تعويض الحوادث الطبية، إنما يشكل استثناء ليشمل الأضرار غير الطبيعية وغير المتوقعة، بالنظر لحالة المريض والتي تقع بشكل مفاجئ.

– أن تنطوي هذه الأضرار على درجة من الخطورة وفقاً لتقدير الجهات الطبية المختصة، قد يترتب عنها مثلاً فقدان المريض المضرور القدرة على العمل والكسب." بن صغير مراد، مرجع سابق، ص 498.

[2] بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية، مرجع سابق، ص 286.

الخاتمة

خاتمـــــــــــــــــة

تشكل نفايات النشاطات العلاجية موضوع دراستنا هذه – بوصفها كل ما تنتجه مرافق الرعاية الصحية بمناسبة ممارستها لنشاطاتها اليومية من تشخيص للأمراض أو الوقاية منها، تقديم للعلاج أو رعاية للأشخاص، تخفيف للإعاقة أو حتى القيام بأبحاث ذات صلة بالطب الشرعي– أخطاراً عديدة على البيئة وعلى صحة الإنسان، وعلى رأسها الأمراض المعدية التي قد تلحق به داخل المرفق الصحي أين تصنف كعدوى استشفائية أو كإصابة خارج المؤسسات الصحية نتيجة تخلص هذه الأخيرة من نفاياتها بطرق غير سليمة معرضة الوسط الخارجي للعديد من المخاطر.

ومع التزايد الهائل لكمية النفايات والأضرار الناجمة عنها والمرتبط أساساً بارتفاع عدد السكان وتوسع نشاطاتهم اليومية، بدا اهتمام المشرع الجزائري بهذه الظاهرة وتأثيرها على الإنسان والبيئة على وجه الخصوص بسنه للقانون 83-03 المتعلق بحماية البيئة، والذي وإن كان تدخلاً متأخراً نوعاً ما، إلا أن المشرع حاول من خلاله مواكبة الأوضاع بتطرقه إلى موضوع النفايات– بما فيها نفايات النشاطات العلاجية– وكل ما يتعلق بها لكن دون تجسيد فعلي على أرض الواقع، وهو الأمر الذي حاول تداركه فيما بعد سنة 2001 باستصداره لقانون 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، اتبعه بغية التجسيد الفعلي للقواعد البيئية التي تضمنها بالعديد من المراسيم التنفيذية.

وأهم ما يستخلص في نهاية هذه الدراسة وما يستنتج بداية من خلال استقراء مواد القانون01-19 المذكور آنفاَ، أن المشرع قد سعى جاهداً إلى حصر المفاهيم الأساسية وضبط أطر ونطاق التعامل مع النفايات، وبالأخص نفايات النشاطات العلاجية التي تطرق إليها بإسهاب كبير في هذا القانون تعرض فيه إلى مختلف طرق تسييرها والالتزامات الواجب اتخاذها والملقاة على عاتق المرافق الصحية – عامة كانت أو خاصة– وغيرها باعتبارهم منتجين لها والمسؤولين المباشرين عن الأضرار التي قد تخلفها. فأقام مسؤوليتهم التقصيرية لإخلالهم بالتزام

أساسي يتمثل في التخلص من النفايات التي ينتجونها أو ضمان التخلص منها بطريقة لا تمس بصحة الإنسان ولا بالبيئة التي يعيش فيها، كما في حالة التلوث أو عند الإخلال بواجب الإعلام والتنبيه أو تكوين العمال المباشرين المكلفين بنقل ومعالجة نفايات النشاطات العلاجية الخطرة، كما أقام مسؤوليتهم العقدية أيضاً في الحالة التي يتعاقد فيها منتج النفاية مع متعهد آخر (طبيعي أو معنوي) أو مؤسسة صحية أخرى للتخلص من نفاياته.

وضمن نفس الإطار، فالأصل أن تقوم المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية على أساس الخطأ كونها مسؤولية شخصية أو ذاتية، في حين أن المسؤولية القائمة عن الأضرار التي تلحق بالبيئة تحت ما يسمى بالضرر البيئي أو التي تصيب الأشخاص وعلى رأسها العدوى الاستشفائية، هي مسؤولية موضوعية تقوم على أساس الضرر بعيداً عن أن أي خطأ يمكن أن ينسب للمتسبب فيه.

وعليه، نخلص بشأن المسؤولية عن الأضرار الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية إلى أن مسؤولية المرافق الصحية مسؤولية إدارية تسأل فيها إدارة المرفق على أساس الخطأ الواجب الإثبات في تسيير نفاياتها متى سببت ضررا للإنسان أو البيئة، وذلك لمخالفتها للالتزامات القانونية الملقاة على عاتقها بموجب القانون 01- 19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها وكذا المرسوم التنفيذي 03 -478 المحدد لكيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية. غير أنها قد تسأل أيضاً – أي إدارة المرافق الصحية- دون أي خطأ ينسب إليها إما على أساس مبدأ تحمل الأعباء العامة أو على أساس المخاطر الناجمة عن الأنشطة الخطرة التي تقوم بها أو الأشياء الملوثة التي تنتجها كنفايات النشاطات العلاجية المعدية السبب الرئيس في مخاطر الإصابة بالعدوى الاستشفائية على وجه الخصوص.

وهنا يشار إلى التوجه الجديد الذي يقضي بالمساءلة الادارية للمرافق الصحية على أساس مبدأ الحيطة أو الاحتياط والذي يطبق غالباً في مجال الأضرار الناجمة عن النفايات الملوثة بالمواد المشعة، أين يتوجب على منتج هذا النوع من النفايات الامتناع عن التصرف أو رفضه بسبب المخاطر الناجمة عنه، ويقصد بالتصرف " التخلص من هذه النفايات المشعة

تحت رقابة صارمة من قبل هيئات رسمية على درجة عالية من الكفاءة" كما تم توضيحه سابقاً وبالتفصيل ضمن الفصل الأول من الباب الثاني من هذه الدراسة.

من جهة أخرى، خلصت الدراسة إلى عدم ورود أي نص خاص يحدد وينظم قواعد المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية عامة، وعن الأضرار الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية خاصة، لا في قانون البيئة الجزائري ولا في القانون المتعلق بتسيير النفايات، مما يستوجب الرجوع إلى القواعد العامة للمسؤولية الواردة في القانون المدني والقانون البيئي، والتي تصلح للتطبيق على الضرر اللاحق بالشخص في جسده أو ماله دون أن تصلح للتطبيق على الضرر البيئي المحض. أما فيما يخص المسؤولية الجزائية عن أضرار النفايات بما فيها نفايات النشاطات العلاجية، فقد أقر المشرع الجزائري كمحاولة منه لمواكبة التطورات مسؤولية الأشخاص المعنوية جزائياً من خلال تعديله لقانون العقوبات سنة 2004 أين نص صراحة في المادة 51 مكرر منه على المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية الخاضعة للقانون الخاص. وبذلك تخضع المخالفات المتعلقة بالتخلص من نفايات النشاطات العلاجية وتسييرها إلى قواعد قانون البيئة والقواعد العامة للقانون الجزائي.

وفي مجال التعويض، خلصنا إلى أن القواعد المعتمدة في التعويض عن الأضرار التي تصيب الأشخاص جراء سوء التخلص من نفايات النشاطات العلاجية، أو التي تنتج عن أي إهمال أو تقصير يضر بالبيئة، هي قواعد لقانون المدني. كما قد خص المشرع الجزائري بعض مستخدمي القطاع الصحي بتعويض شهري عن خطر العدوى التي قد تصيبهم جراء تعاملهم المباشر مع نفايات النشاطات العلاجية، وكان ذلك بموجب المرسوم التنفيذي 03-52 الملغى بموجب الرسوم التنفيذي رقم 13-194 المتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة، إلا أن الملاحظ أن التفاتة المشرع لهذه الشريحة من الأشخاص المعرضين لمخاطر العدوى لم تكن عادلة، ذلك أن فئة العمال المهنيين على وجه الخصوص وهم الفئة الأكثر تضرراً حسب رأينا الشخصي لم تحظى بالتعويض الكافي

والملائم بحكم مستواهم الدراسي المحدود وتكوينهم شبه المنعدم في مجال التعامل مع النفايات الخطرة أو المعدية.

إضافة لذلك، خلصت الدراسة إلى أنه، ورغم تبني المشرع الجزائري لإلزامية اكتتاب المؤسسات الصحية وممارسي الصحة لتأمين شامل عن أضرار نفاياتهم، وكذا تبنيه لنظام صناديق الضمان في عدة مجالات، إلا أنه لم ينتهج نهج المشرع الفرنسي بخصوص المخاطر الطبية وتعويضها عن طريق هذه الصناديق، وبالأخص العدوى الاستشفائية التي تعد نفايات النشاطات العلاجية مصدراً مباشراً لها، ليبقى التعويض عنها مجهول المصدر.

وفي النهاية، من بين أهم التوصيات التي يمكن أن تسدى بناءً على ما تم التطرق إليه خلال هذه الدراسة، تتأتى في البداية ضرورة تدارك المشرع الجزائري للنقص القانوني انطلاقاً مما يؤخذ على القانون 01-19 السالف الذكر الذي بالرغم من تضمنه لقواعد قانونية كانت لتتجسد عن طريق الآليات التنفيذية الموضوعة بعده كمراسيم من طرف المشرع الجزائري، إلا أن ذلك لم يكن كافياً لتصدي هذا القانون للتلوث البيئي الناجم عن النفايات ولا لتوفير الحماية اللازمة للبيئة ومكوناتها على وجه التحديد.

ويتجسد تدارك النقص القانوني في مجال نفايات النشاطات العلاجية من خلال فرض عقوبات رادعة على المؤسسات الصحية المخلة بمسؤولياتها فيما يخص التسيير الآمن لنفايات النشاطات العلاجية أو ضمانه، وذلك عن طريق تدعيم قانون البيئة بمواد ونصوص خاصة وصريحة يرتكز عليها في إقامة المسؤولية عن التلوث البيئي وعن الأضرار الناجمة عن هذه النفايات. بمعنى إدراج أحكام خاصة بالمسؤولية الإدارية عن نفايات النشاطات العلاجية وعدم الاكتفاء بأحكام المسؤولية الجزائية.

وموازاة مع ذلك، ينبغي تشديد الرقابة على منتجي نفايات النشاطات العلاجية والوقوف على الطرق الآمنة لتخلصهم منها من خلال التفعيل الفعلي لمهام اللجان المنصبة على مستوى المرافق الصحية والمكلفة بمراقبة تسيير نفايات هذه المرافق، مع وجوب دعم هذه الأخيرة بميزانية خاصة لإدارة وتسيير نفايات نشاطاتها العلاجية والخطرة منها على وجه الخصوص

بغية التقليل من آثارها الفتاكة ومضارها البيئية، مع ضرورة إشراك مختصين في المجال البيئي في الإشراف على تسيير نفايات النشاطات العلاجية.

كما تبدو الضرورة ملحة إلى إشراك القطاع الخاص في تسيير نفايات النشاطات العلاجية من خلال التشجيع والتحفيز على إنشاء المؤسسات الخاصة المؤهلة التي تعنى بمعالجة والتخلص من هذه النفايات، وتدويرها على وجه التحديد، ولعل اعتماد نهج الشراكة الأجنبية في مجال تثمين ورسكلة النفايات، سواء في القطاع العام أو الخاص، هو الحل الأمثل للاستفادة من الخبرات لتعزيز الموارد الاقتصادية الناجمة عنها وكذا لمواكبة الآليات الحديثة لإنشاء المكبات أو الحفر المخصصة لردم نفايات النشاطات العلاجية وفق المعايير العالمية المعتمدة لمنع شتى أشكال التسريبات.

وفي الأخير، تستوجب مسألة التقليل من نفايات النشاطات العلاجية والتحكم في تسييرها التظافر الجدي للجهود كونها تبقى مرهونة بتدخل السلطات المختصة من جهة، من خلال وضع استراتيجيات فعالة في مجال التسيير والتدوير والتثمين، وبين وعي المواطن وإدراكه لخطورة الوضع من جهة أخرى، مما يستدعي القيام بحملات وندوات علمية تحسيسية على مستوى المرافق الاستشفائية أو مديرية الصحة، بالشراكة مع مديرية البيئة لنشر الوعي الصحي والثقافة القانونية في أوساط عمال هذه المرافق وكذا تطوير أدائهم في مجال إدارة ومعالجة هذه النفايات.

و يبقى الحق في السلامة والعيش في بيئة آمنة، الممنوح للمواطنين بموجب الدستور الدافع الأساسي المشجع للجوء المتضررين إلى القضاء للمطالبة بالتعويض عما لحقهم من أضرار جراء التسيير السيء لنفايات النشاطات العلاجية.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1/-المصادر

- **النصوص القانونية والتنظيمية:**

أولاً: باللغة العربية:

- القانون رقم 83- 03 المؤرخ في 05 فبراير 1983، يتعلق بحماية البيئة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية،عدد 06 الصادرة بتاريخ 1983/02/08. (ملغى)
- القانون رقم 01- 19 المؤرخ في 27 رمضان 1422 الموافق 12 ديسمبر 2001، يتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها، ج ر ج الصادرة في 2001/12/15 عدد 77.
- القانون رقم 03-10 المؤرخ في 2003/07/19 المتعلق بحماية البيئة في إطار التنمية المستدامة، ج ر ج عدد 43 الصادرة في 20 جويلية لسنة 2003.
- القانون رقم 04- 15 المؤرخ في 1027 رمضان عام 1425 الموافق 10 نوفمبر 2004 المعدل والمتمم للأمر رقم 66-156 المتضمن قانون العقوبات، (ج ر ج عدد 71 لسنة 2004 ص9)
- القانون رقم 11-10 المؤرخ في 22 جوان 2011 المتعلق بالبلدية، ج ر ج عدد 37 الصادرة في 03 جويلية 2011، المعدل والمتمم بموجب الأمر 21-13 المؤرخ في 31 أوت 2021، ج ر ج عدد 67 الصادرة في 31 أوت 2021.
- القانون رقم 12-07 المؤرخ في 21 فيفري 2012 المتعلق بالولاية، ج ر ج عدد 12 الصادرة في 29 فيفري 2012.
- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018، يتعلق بالصحة العامة،ج ر ج عدد 46 الصادرة بتاريخ 2018/07/29.

- الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان 1395هـ الموافق 1975/09/26 المتضمن القانون المدني (المنشور في الجريدة الرسمية الجزائرية عدد 78، سنة 12، ص: 990 إلى 1055) المعدل والمتمم.

- الأمر رقم 95-07 المؤرخ في23 شعبان 1415 الموافق 1995/01/25، يتعلق بالتأمينات، الجريدة الرسمية العدد 13 لسنة 1995، المعدل والمتمم بالقانون رقم 06-04 المؤرخ في 21 محرم 1427 الموافق 20 فبراير 2006، ج ر ج عدد 15 الصادرة في 2006/03/12.

- المرسوم الرئاسي رقم 53-96 المؤرخ في 1996/01/22 والمتضمن تصديق الجزائر على اتفاقية الأمم المتحدة لقانون البحار، ج ر ج رقم 09 المؤرخة في 24 جانفي 1996.

- المرسوم الرئاسي رقم 03-90 المؤرخ في 03 مارس 2003، المتضمن تصديق الجزائر على بروتوكول الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن المحكمة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، المعتمدة بواقادوقو(بوركينافاسو) في جوان 1998، ج ر ج عدد 15 الصادرة بتاريخ 05 مارس 2003.

- المرسوم الرئاسي رقم 06-170 المؤرخ في 22 ماي 2006 يتضمن التصديق على تعديل اتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود بجنيف في 22 سبتمبر2005.

- المرسوم الرئاسي رقم 06-206 المؤرخ في 07 جوان2006 والمتضمن التصديق على تعديل اتفاقية ستوكهولم بشأن الملوثات العضوية الثابتة، المعتمدة في ستوكهولم بتاريخ 22 سبتمبر 2001.

- المرسوم التنفيذي رقم 84- 378 المؤرخ في 15 ديسمبر 1984، يحدد شروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها،ج ر ج عدد66 لسنة 1984. (15 ديسمبر)

- المرسوم التنفيذي رقم 02-175 المؤرخ في 02 ماي 2002، المحددِ لاختصاصات الوكالة الوطنية للنفايات، تشكيلها وكيفية عملها، ج ر ج عدد37 لسنة 2002.

- المرسوم التنفيذي رقم 02-372 الصادر في 11 نوفمبر 2002، المتعلق بنفايات التغليف، ج ر ج عدد 74 لسنة 2022.

-المرسوم التنفيذي رقم 03 - 478 المؤرخ في09 ديسمبر 2003، يحدد كيفيات تسيير نفايات النشاطات العلاجية، ج ر ج عدد78 الصادر بتاريخ 14 ديسمبر2003.

- المرسوم التنفيذي رقم 04 - 409 المؤرخ في 14 ديسمبر 2004، يحدد كيفيات نقل النفايات الخاصة الخطرة ج ر ج عدد 81 لسنة 2004.

- المرسوم التنفيذي رقم 05-314 المؤرخ في 10 سبتمبر 2005، يتعلق بكيفيات اعتماد تجمعات منتجي و/أو حائزي النفايات الخاصة، ج ر ج عدد 62 لسنة 2005.

- المرسوم التنفيذي رقم 05 - 315 المؤرخ في 10 ديسمبر 2005، يحدد كيفيات التصريح بالنفايات الخاصة الخطرة ج ر ج عدد 62 لسنة 2005.

- المرسوم التنفيذي رقم 06 - 104 المؤرخ في 28 فيفري 2006، المحدد لقائمة النفايات بما في ذلك النفايات الخاصة الخطرة، ج ر ج عدد 13 لسنة 2006.

- المرسوم التنفيذي رقم 09 - 19المؤرخ في 20 يناير 2009، يتضمن تنظيم نشاط جمع النفايات الخاصة، ج ر ج عدد 06 لسنة 2009.

3/-القرارات:

12- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 04 أفريل 2011 ،المحدد لكيفيات معالجة النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية، جريدة رسمية للجمهورية الجزائرية رقم 35، مؤرخة في 10 جوان 2012.

ثانياً: باللغة الفرنسية:

- Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 05 mars 2002.

- Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique(deuxième partie: Décrets en Conseil d'état), jorf n° 267, du 18 novembre 1997.
- Décret n° 2002—886 du 03 mai 2002 relatif aux "commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à l'article L.1142-5 du code de la santé publique".
- Décret n° 2003-314 du 04 Avril 2003, relatif au caractère de gravité, publié au journal official français n° 81 du 05 avril 2003.
- Décret n° 2016-1590 du 24 novembre 2016 modifiant le code de la santé publique et relatif aux déchets assimilés à des déchets d'activités de soins à risques infectieux et aux appareils de prétraitement par désinfection. JORF n°0275 du 26 novembre 2016 (texte n° 31).
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, jorf n° 230 du 03 octobre 1999.
- Décision du 8 février 1873, Blanco, n° 00012, Tribunal des conflits.
- Décision du Conseil d'Etat, 21 juin 1895, Cames.
- Décision du Conseil d'État, 28 mars 1919, Regnault-Desroziers, Responsabilité pour risque.
- Décision du Conseil d'Etat, 26 juillet 2011, Commune du Palais-sur-Vienne, n° 328651

2/-المراجع:

أولاً: باللغة العربية:

1. ابن منظور جمال الدين محمد بن مكرم الأنصاري، لسان العرب، الجزء العشرون، الدار المصرية للتأليف والترجمة، مصر، دون سنة نشر.
2. ابراهيم سليمان عيسى: تلوث البيئة أهم قضايا العصر: المشكلة والحل، دار الكتاب الحديث، ط2، القاهرة، 2002.
3. أحمد حسن عباس الحياري، المسؤولية المدنية للطبيب في ضوء النظام القانوني الأردني والنظام القانوني الجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
4. أحمد محيو، المنازعات الإدارية، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الخامسة، الجزائر، 1989.
5. أيمن سليمان مزاهره، علي فالح الشوابكة، البيئة والمجتمع، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط4، عمان، 2003.
6. الهادي مقداد، قانون البيئة، مطبعة النجاح، الطبعة الأولى، الدار البيضاء، المغرب، 2012.
7. السيد عبد الوهاب عرفة، الوجيز في مسؤولية الطبيب والصيدلي، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، دون سنة نشر.
8. العربي بلحاج، النظرية العامة للالتزام في القانون المدني الجزائري، الجزء الثاني(الواقعة القانونية)، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الرابعة، الجزائر، 2007.
9. أمال بكوش، نحو مسؤولية موضوعية عن التبعات الطبية (دراسة في القانون الجزائري والمقارن)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2011.
10. أمل نور الدين طاهر، خصوصية المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية للنفايات الخطرة (دراسة مقارنة)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2018.

11. أنور جمعة علي الطويل، دعوى المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية (دراسة مقارنة)، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 2014.

12. أنور يوسف حسين، ركن الخطأ في المسؤولية المدنية للطبيب، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 2014.

13. أنس محمد عبد الغفار، الالتزام بالتبصير في العقد الطبي، دار الكتب القانونية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2013.

14. أسامة أحمد بدر، ضمان مخاطر المنتجات الطبية (دراسة مقارنة)، دار النهضة العربية، مصر، بدون سنة نشر.

15. أسامة قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.

16. اسماعيل نجم الدين زنكنة، القانون الإداري البيئي (دراسة تحليلية مقارنة)، الطبعة1، منشورات الحلبي الحقوقية، دون بلد نشر، 2012.

17. أشرف جابر مرسي، التأمين من المسؤولية المدنية للأطباء، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.

18. به شيمان فيض الله عمر، المسؤولية المدنية عن أضرار التلوث بالنفايات، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية، مصر، 2016.

19. بحماوي الشريف، التعويض عن الأخطاء الطبية العلاجية (دراسة مقارنة)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية، مصر، 2019.

20. جديدي معراج، مدخل لدراسة قانون التأمين الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة 5، الجزائر، 2007.

21. جورج فودال، بيار دلفولفيه، القانون الإداري، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، ط1، دون بلد نشر، 2001.

22. جلال محمد إبراهيم، التأمين: دراسة مقارنة بين القانون المصري والقانون الكويتي والفرنسي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1994.

23. وهبة الزحيلي، نظرية الضمان أو أحكام المسؤولية المدنية والجنائية في الفقه الاسلامي (دراسة مقارنة)، دار الفكر، سوريا، 1998.

24. وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية الطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2011.

25. وناس يحي، رباحي أحمد، ثامري عمر، بوصفصاف خالد، وباحماوي عبد الله، المعالجة القانونية للمواقع الملوثة في التشريع الجزائري، الحصيلة النهائية لمشروع البحث PNR، جامعة ادرار، الوكالة الموضوعاتية للبحث في العلوم والتكنولوجيا، دار الكتاب العربي للطباعة، النشر، التوزيع والترجمة، الطبعة الأولى، الجزائر، 2014.

26. زياد خالد يوسف المفرجي، المسؤولية الإدارية عن الأعمال الطبية (دراسة مقارنة)، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2016.

27. حسان شمسي باشا، محمد على البار، مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون، ط1، دار القلم، دمشق، 2004.

28. حسن عبد الرحمن قدوس، مدى التزام المنتج بضمان السلامة في مواجهة مخاطر التطور العلمي، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون سنة نشر.

29. طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة (دراسة مقارنة: الجزائر– فرنسا)، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.

30. طارق كهلان الأبيض، النظام القانوني لمعالجة النفايات الطبية، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، لبنان، 2020.

31. طه عبد المولى طه، التعويض عن الأضرار الجسدية، دار الكتاب القانونية، مصر، 2002.

32. طلال عجاج قاضي، المسؤولية المدنية للطبيب، المؤسسة الحديثة للكتاب، الطبعة الأولى، لبنان، 2004.

33. كفيف الحسن، النظام القانوني للمسؤولية الإدارية على أساس الخطأ، دار هومة، الجزائر، 2017.

34. لحسين بن شيخ آث ملويا، دروس في المسؤولية الإدارية، الكتاب الأول(المسؤولية على أساس الخطأ)، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2007.

35. لحسين بن شيخ آت ملويا، دروس في المسؤولية الإدارية، الكتاب الثاني(المسؤولية بدون خطأ)، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر، 2007.

36. لقمان فاروق حسن، المسؤولية القانونية في العمل الطبي(دراسة مقارنة بين القانون والشريعة)، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، دون بلد نشر، 2013.

37. ماجد راغب الحلو، قانون حماية البيئة في ضوء الشريعة، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2015.

38. مأمون عبد الكريم، رضا المريض (الأعمال الطبية والجراحية)، دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2009.

39. موفق حمدان الشرعة، المسؤولية المدنية عن تلوث البيئة، أمواج للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2014.

40. محمد إبراهيم دسوقي، تقدير التعويض بين الخطأ والضرر، مؤسسة الثقافة الجامعية، الاسكندرية، بدون سنة نشر.

41. محمد السيد عامر، المشاركة الشعبية لحماية البيئة من منظور الخدمة الاجتماعية (تقديم علي ليلة)، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2002.

42. محمد الشنقيطي، أحكام الجراحة الطبية، مكتبة الصديق، الطائف، 1993.

43. محمد حسين منصور، المسؤولية عن حوادث السيارات والتأمين الإجباري عنها، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، بدون سنة طبع.

44. محمد حسن قاسم، إثبات الخطأ في المجال الطبي (دراسة فقهية وقضائية مقارنة في ضوء التطورات المعاصرة لأحكام المسؤولية الطبية)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2016.

45. محمد محمد عبد اللطيف، قانون القضاء الإداري، الكتاب الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004.

46. محمد فؤاد عبد الباسط، تراجع فكرة الخطأ – أساساً لمسؤولية المرفق الطبي العام– الاتجاهات الحديثة لمجلس الدولة الفرنسي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 2003.

47. محمد رياض دغمان، القانون الطبي (دراسة مقارنة)، المؤسسة الحديثة للكتاب، الطبعة الأولى، لبنان، 2017.

48. محمود الكيلاني، الموسوعة التجارية والمصرفية، المجلد السادس، (عقود التأمين من الناحية القانونية)، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2009.

49. محمود صالح العادلي، موسوعة حماية البيئة، دراسة مقارنة، دار الفكر الجامعي، 2003.

50. منير رياض حنا، المسؤولية المدنية للأطباء والجراحين، في ضوء القضاء الفرنسي والمصري، دار الفكر الجامعي،ط1، الإسكندرية، 2008.

51. منير رياض حنا، النظرية العامة للمسؤولية الطبية في التشريعات المدنية ودعوى التعويض الناشئة عنها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2011.

52. منصور عمر المعايطة، المسؤولية المدنية والجنائية في الاخطاء الطبية، الأكاديميون للنشر والتوزيع/دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، الأردن، 2014.

53. مصطفى كمال طلبة، إنقاذ كوكبنا، التحديات والأمل، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1992.

54. مروان العطية، معجم المعاني الجامع–معجم عربي عربي–، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، 2018.

55. مروان كساب، المسؤولية عن مضار الجوار، بدون دار نشر، طبعة أولى، بيروت، 1998.

56. ناسؤس نامق براخاس، قبول المخاطر الطبية وأثره في المسؤولية المدنية (دراسة تحليلية مقارنة)، دار الكتب القانونية/ دار شتات للنشر والبرمجيات، مصر– الإمارات، 2013.

57. نبيلة عبد الحليم كامل، نحو قانون موحد للبيئة، دار النهضة العربية، مصر، 1993.

58. نوار دهام مطر الزبيدي، الحماية الجنائية للبيئة (دراسة مقارنة)، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2014.

59. سايح تركية، حماية البيئة في ظل التشريع الجزائري، مكتبة الوفاء القانونية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، 2014.

60. سايس جمال، الاجتهاد الجزائري في القضاء الاداري (قرارات المحكمة العليا، قرارات مجلس الدولة)، الجزء الثالث، منشورات كليك، الطبعة الأولى، الجزائر، 2013.

61. سهيل يوسف الصويص، مسؤولية الطبيب بين حقوق المريض ومتطلبات القانون الحديث، ط1، دار أزمنة للنشر، عمان، الاردن، 2004.

62. سلافة طارق عبد الكريم الشعلان، الحماية الدولية للبيئة من ظاهرة الاحتباس الحراري في بروتوكول كيوتو 1997، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، 2010.

63. سليمان مرقس، محاضرات في المسؤولية المدنية في تقنينات البلاد العربية، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة، 1958.

64. سمير عبد السميع الأودن، مسؤولية الطبيب والجراح وطبيب التخدير ومساعديه، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2004.

65. سعد أحمد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، دار الطبجى، بدون سنة نشر.

66. سعد سالم العسبلى، المسؤولية المدنية عن النشاط الطبي في القانون الليبي، ط1، منشورات جامعة قار يونس، بنغازي، 1994.

67. سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.

68. سعيد مقدم، التعويض عن الضرر المعنوي في المسؤولية المدنية (دراسة مقارنة)، دار الحداثة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1985.

69. سعيد مقدم، التأمين والمسؤولية المدنية، كليك للنشر، ط 1، الجزائر، 2008.

70. عاطف النقيب، النظرية العامة للمسؤولية الناشئة عن الفعل الشخصي- الخطأ والضرر-، منشورات عويدات (بيروت-باريس) وديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالثة، الجزائر، 1984.

71. عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الاطباء والصيادلة والمستشفيات(المدنية والجنائية والتأديبية)، منشأة المعارف، الطبعة الثانية، الاسكندرية، 2004.

72. عبد الله عطوي، الإنسان والبيئة، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، 1993.

73. عبد الفتاح مراد، المعجم القانوني رباعي اللغة، مصر، بدون سنة الطبع واسم المطبعة.

74. عبد القادر خضير، قرارات قضائية في المسؤولية الطبية (لفائدة السادة: المحامين، الاساتذة الجامعيين، الموظفين وطلبة الحقوق)، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.

75. عبد الرزاق أحمد السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، المجلد الأول، شركة الجلال للطباعة، الإسكندرية، 2004.

76. عبد الرزاق أحمد السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد، المجلد الثاني، نظرية الالتزام بوجه عام، مصادر الالتزام، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الثالثة الجديدة، بيروت، لبنان، 2000.

77. عبد الرحمن المهنأ ابا الخيل و محي الدين محمود قواس، النظم البيئية والانسان، دار المريخ، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2005.

78. عدو عبد القادر، المنازعات الإدارية، دار هومة للطباعة والنشر، الجزائر، 2012.

79. عز الدين الديناصوري ، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء، بدون دار نشر، 1988.

80. عز الدين الديناصوري و عبد الحميد الشواربي، المسؤولية المدنية في ضوء الفقه والقضاء، الفنية للنشر، ط 7، الإسكندرية، 2000.

81. عطا سعد محمد حواس، دعوى المسؤولية عن أضرار التلوث، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2012.

82. علي سعيدان، الحماية القانونية للبيئة من التلوث بالمواد الخطرة في التشريع الجزائري، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2008.

83. علي فيلالي، الالتزامات " العمل المستحق للتعويض"، المؤسسة الوطنية لفنون الطبع، الجزائر، 2002.

84. عمار عوابدي، نظرية المسؤولية الإدارية، " دراسة تأصيلية، تحليلية، مقارنة "، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، 2004.

85. عصام أحمد الخطيب، إدارة النفايات الطبية في فلسطين – دراسة في الوضع القائم–، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين، 2003.

86. فاتن صبري سيد الليثي، قانون تسير النفايات، الطبعة 1، مؤسسة الكتاب القانوني للنشر والتوزيع، الجزائر، 2021/2020.

87. صالح محمد بدر الدين، المسؤولية عن نقل النفايات الخطرة في القانون الدولي، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون تاريخ نشر.

88. رضا عبد الحليم عبد المجيد، المسؤولية القانونية عن النفايات الطبية (دراسة مقارنة بالقانون الفرنسي)، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.

89. رضا عبد الحليم عبد المجيد، المسؤولية القانونية عن النفايات الطبية، دار النهضة العربية، الطبعة الثانية، القاهرة، 2015.

90. ثامر مصطفى محمد، المواجهة القانونية والأمنية للتداول غير المشروع للمواد والنفايات الخطرة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2015.

91. ثروت عبدالحميد، تعويض الحوادث الطبية (مدى المسؤولية عن التداعيات الضارة للعمل الطبي)، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2007.

92. خالد السيد المتولي محمد، نقل النفايات الخطرة عبر الحدود والتخلص منها في ضوء أحكام القانون الدولي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005.

93. خالد السيد متولي، ماهية المواد والنفايات الخطرة في القانون المصري، د د ن، ط1، 2008.

94. خالد مصطفى فهمي، الجوانب القانونية لحماية البيئة من التلوث في ضوء التشريعات الوطنية والاتفاقيات الدولية–دراسة مقارنة–، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، مصر، بدون سنة نشر.

95. خليل جريج، النظرية العامة للموجبات، الجزء الثالث، المنشورات الحقوقية، بدون بلد نشر، 2004.

ثانياً: باللغة الفرنسية:

1/- André Hauriou, Jean Gicquel, Droit constitutionnel et Institutions politiques, 7ed, annexe II, 1980.
2/- George Boyer Chamardé, Paul Monzein, la Responsabilité Médicale, P.U.F, Paris, 1974.
3/- G. Vedel et P. Délvolvé, « Droit administratif », Tome1, édition 1990.
4/- Martine Carcenac, de la responsabilité Sans Faute à la faute objective, R.V.D.A n°01, France, 1998.
5/- René Chapus, « Droit administratif général », Tome 1, 15ème édition, Montchrestien, Paris, 2001.
6/- René Savatier, Traité de la Responsabilité civile, en Droit Français, T2, 2ème édition, L.G. D.J, Paris, 2016.

3/-الرسائل والمذكرات:

أولاً: باللغة العربية:

1. أحمد محمد صبحي أغدير، المسؤولية الادارية عن أضرار المرافق العامة الطبية (دراسة مقارنة)، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، 2009.
2. بوفلجة عبد الرحمان، المسؤولية المدنية عن الأضرار البيئية ودور التأمين، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون الخاص، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، السنة الجامعية: 2016/2015.
3. بن عبد الله عادل، المسؤولية الإدارية للمرافق الاستشفائية(شروط الفعل المولد للضرر)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الحقوق (تخصص: قانون عام)، جامعة بسكرة، السنة الجامعية: 2010 /2011.

4. حسونة عبد الغني، الحماية القانونية للبيئة في إطار التنمية المستدامة، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في الحقوق (تخصص قانون أعمال)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الموسم الجامعي 2013/2012.
5. محمد السيد الدسوقي، التعويض عن الأضرار الأدبية المتعلقة بحياة وسلامة الانسان، دراسة مقارنة بين الفقه الاسلامي والقانون المقارن، رسالة دكتوراه، جامعة المنصورة، مصر، 2006.
6. محمد بواط، حماية البيئة من النفايات الخطرة في ضوء أحكام القانون الدولي العام، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في القانون العام، جامعة تلمسان،السنة الجامعية 2016/2015.
7. سعيد عبد السلام، التعويض عن ضرر النفس في المسؤولية التقصيرية في القانون الوضعي والفقه الإسلامي، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق بجامعة القاهرة، 1988.
8. عيساوي فاطمة، أثر الأعمال الطبية المستحدثة على الحق في السلامة الجسدية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم" تخصص قانون "، جامعة مولود معمري بتيزي وزو، الموسم الجامعي: 2019/2018.
9. علواني امبارك، المسؤولية الدولية عن حماية البيئة (دراسة مقارنة)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في الحقوق، تخصص: قانون العلاقات الدولية، جامعة بسكرة، الموسم الجامعي: 2017/2016.
10. علي سعيدان، الحماية القانونية للبيئة من التلوث بالمواد الخطرة في التشريع الجزائري، أطروحة دكتوراه دولة في الحقوق: قسم القانون العام، جامعة الجزائر، 2007.
11. ثابت دنية، التوجه الموضوعي للمشرع الجزائري في المسؤولية المدنية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، جامعة المسيلة، الموسم الجامعي: 2022/2021.

12. خدير أحمد، آليات حماية البيئة من التلوث بالنفايات في التشريع الجزائري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في الحقوق، جامعة أدرار، السنة الجامعية 2022/2021.

13. العابد رشيدة، تسيير النفايات الصلبة الحضرية، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، السنة الجامعية 2008/2007.

14. بحماوي الشريف، التعويض عن الأضرار الجسمانية بين الأساس التقليدي للمسؤولية المدنية والأساس الحديث، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون الخاص، جامعة تلمسان، الموسم الجامعي: 2008/2007.

15. وليد عايد عوض الرشيدي، المسؤولية المدنية الناشئة عن تلوث البيئة (دراسة مقارنة)، رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في القانون الخاص، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2012.

16. كشناوي نصيرة، الحماية القانونية لضحايا العدوى الاستشفائية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة أدرار، السنة الجامعية: 2015/2014.

17. لعموري بومدين، المسؤولية المدنية ومبدأ الحيطة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير (تخصص: قانون مقارن)، جامعة تلمسان، السنة الجامعية: 2014/2013.

18. محمود محمد محمود ضيفة، إدارة نفايات الرعاية الصحية بمستشفى السلاح الطبي بأم درمان، بحث لنيل درجة الماجستير في إدارة الصحة، السودان، 2015.

19. منى مصطفى محمد العمايرة، كفاءة وفاعلية ادارة النفايات الطبية في القطاع الصحي وأثر ذلك على البيئة في الأردن، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن، 2008.

20. مربوح عبد القادر،حق الإنسان في بيئة صحية و نظيفة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام تخصص: حقوق وحريات أساسية، جامعة وهران2، السنة الجامعية: 2016/2015.

21. مخنفر محمد، الآليــات القانونية لتسيير النفايات المنزلية في التشريع الجزائري، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في القانون العام (فرع قانون البيئة)، جامعة سطيف، السنة الجامعية: 2015/2014.

22. سراي أم السعد، دور الإدارة الصحية في التسيير الفعال للنفايات الطبية في ظل ضوابط التنمية المستدامة – بالتطبيق على المؤسسة الاستشفائية الجزائرية–، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف، السنة الجامعية 2012/2011.

23. عباشي كريمة، الضرر في المجال الطبي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في القانون (فرع: قانون المسؤولية المهنية)، جامعة تيزي وزو، 2011.

24. عميري فريدة، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون– فرع: قانون المسؤولية المهنية–، جامعة تيزي وزو، 2011.

25. فيلالي محمد الأمين، التسيير المستدام لنفايات النشاطات العلاجية (دراسة تطبيقية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة)، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة متنوري قسنطينة، السنة الجامعية:2007/2006.

26. خالد بن النوى، ضوابط مشروعية التجارب الطبية وأثرها على المسؤولية المدنية، رسالة ماجستير، دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع، مصر، 2010.

ثانياً: باللغة الفرنسية:

1/-SIDIBE Yaya, Problématique de la Gestion des déchets Biomédicaux en commune IV du district de Bamako, thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat), Faculté

de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, Mali, Année Universitaire 2010-2011.

2/-KHALFI Ouafa et KEBIRE Ahlem Nour el houda, Gestion des déchets hospitaliers et leurs impacts sur l'environnement, Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'ingénieur d'Etat en Génie de porcidé, université de Boumerdes, 2016/2017.

4/- **المقالات والدوريات:**

أولاً: باللغة العربية:

1- أزوا عبد القادر و كشناوي نصيرة، آليات التعويض عن أضرار العدوى الاستشفائية، مقال منشور بمجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية، المجلد 4، عدد 2، المركز الجامعي آفلو، الجزائر، ديسمبر 2020.

2- البعيدي سهام، مساهمة مبدأ الحيطة في تطوير القواعد التقليدية للمسؤولية المدنية (دراسة مقارنة)، مقال منشور في المجلة الإفريقية للدراسات القانونية والسياسية، المجلد 3، عدد 1، جامعة أحمد دراية، أدرار، الجزائر، 2019.

3- بحماوي الشريف، دور التأمين في تعويض المضرورين جسمانياً- دراسة مقارنة- ،مجلة الحقيقة، العدد 29، جامعة أدرار- الجزائر، جوان 2014.

4- بن صغير مراد، توجيه فكرة التأمين عن أضرار العلاج في المجال الطبي (دراسة مقارنة بين نظامي المسؤولية في التشريعين الجزائري والإماراتي، مجلة كلية القانون الكويتية العالمية، العدد3، السنة السابعة، العدد التسلسلى27، الكويت، سبتمبر 2019.

5- دلال بليدي، النفايات الطبية والمسؤولية العقدية المترتبة عنها، مجلة روافد، العدد الثالث، جامعة سيدي بلعباس، ديسمبر 2017،

6- هاجر مايدي و علي مراح، المسؤولية التقصيرية لمنتجي النفايات الطبية، مجلة الدراسات القانونية المقارنة، المجلد06، العدد02، 2020.

7- هنية شريف، التنظيم القانوني لتسيير النفايات في الجزائر، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد 09، العدد 01، السنة 2020.

8- زليخة لحميم، المسؤولية المدنية لمنتج النفايات، حوليات العدد 27، الجزء الأول، جامعة ورقلة، 2015.

9- حبشي لزرق، معتوق أم الخير، الإطار القانوني للتخلص من النفايات الطبية في الجزائر، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، العدد8، 2017.

10- طيب ابراهيم ويس، ايراين نوال، مسؤولية الدولة في مجال نقل وانتقال فيروس فقدان المناعة المكتسبة، دفاتر البحوث العلمية، المجلد9، العدد1، سنة 2021.

11- محمد الأمين فيلالي وخالد بوجعدار، إنتاج وتسيير نفايات المؤسسات الصحية (دراسة مقارنة لحالة الجزائر مع بعض الدول العربية)،مجلة العلوم الإنسانية، عدد46، المجلد أ، جامعة قسنطينة، ديسمبر 2016.

12- محمد حسين محمود، التكريس القانوني لحق الإنسان في البيئة، مجلة جامعة البعث، المجلد 39 العدد 53، دمشق، 2017.

13- محمد طاهر قاسم، الأساس القانوني للمسؤولية عن الأشياء الخطرة أمام القضاء العراقي، مجلة الرافدين للحقوق، المجلد 13، العدد 49، السنة 16، جامعة الموصل، نوفمبر 2009.

14- محمد صديق محمد عبد الله و سارة أحمد حمد، قواعد المسؤولية التقصيرية الشخصية بين القوانين العراقية والقوانين المعاصرة، مجلة الرافدين للحقوق، المجلد 15، العدد 52، العراق، بدون سنة.

15- ميلود تومي و أ. عديلة العلواني، تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد العاشر، جامعة محمد خيضر، بسكرة، نوفمبر 2006.

16- م.م. زياد خلف عليوي الجوالي و م. مهند بنيان صالح المفرجي، المسؤولية المدنية عن النفايات الطبية، مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية، جامعة كركوك، العراق، بدون تاريخ.

17- مصطفاوي عايدة، تسيير النفايات المنزلية في الجزائر بين النص القانوني والواقع العملي، مقال بمجلة آفاق للعلوم، العدد الثامن، ج2، جامعة الجلفة، جوان 2017.

18- سوالم سفيان، المسؤولية المدنية التقصيرية عن نفايات النشاطات العلاجية في التشريع الجزائري، مقال منشور في مجلة دراسات وأبحاث، المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد25 ، السنة الثامنة، جامعة محمد الشريف مساعدية، سوق اهراس، ديسمبر 2016.

19- عبد الفتاح عبد الباقي، تحديد الخطأ التقصيري كأساس للمسؤولية في ظل القانون الكويتي والقانون المصري، مع المقارنة بأحكام الشريعة الإسلامية، بحث في مجلة المحامي الكويتية، السنة 2، العدد 4-5، سبتمبر-اكتوبر 1978.

20- عبدلي نزار، المسؤولية الجزائية للعيادات الخاصة عن سوء تسيير النفايات الطبية، مجلة الندوة للدراسات القانونية، العدد06، ديسمبر 2015.

21- عز الدين عثماني، المسؤولية القانونية المترتبة عن سوء تسيير النفايات الطبية في التشريع الجزائري، مجلة القانون العقاري والبيئة، المجلد 10، العدد 01، جامعة تبسة،2022.

22- علي حماش، دور إدارة الموارد البشرية الخضراء في الحد من انتشار النفايات الطبية في ظل فيروس كورونا، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، المجلد الخامس، العدد الرابع، جامعة الجلفة، ديسمبر 2020.

23- عمار حداد/ خير الدين جمعة/ دريدي أحلام، إدارة نفايات الرعاية الصحية وفق التشريع الجزائري، مجلة الإبداع، المجلد 09، العدد 01، 2019.

24- عمار سيدي دريس، اتجاهات موظفيّ الصحة نحو إدارة النفايات الطبية في المستشفيات الجزائرية (دراسة ميدانية بمستشفى: ابن رشد وابن سينا بولاية عنابة)، مجلة دراسات وأبحاث، العدد 25، السنة الثامنة، جامعة الجزائر، ديسمبر 2016.

25- عمارة نعيمة، الاتجاه نحو التأسيس للمسئولية المدنية على أساس مبدأ الحيطة، مقال منشور بمجلة دفاتر السياسة والقانون، عدد 9، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة لبنان، جوان 2013.

26- عثمان عبد المجيد، التطور وأزمة الفكر القانوني في مسؤولية الأطباء، مجلة العدالة، الصادرة عن وزارة العدل والشؤون الإسلامية والأوقاف، العدد 17، السنة الخامسة، أبو ظبي، يناير 1978.

27- فوزي عبد القادر الفيشاوي، نفايات للصحة أيضاً، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد العشرون، مصر، يناير 2001.

28- فكيري آمال، مخاطر نفايات النشاطات الطبية على الصحة في المجتمع – إشارة إلى حالة الجزائر–، مجلة المفكر، العدد الثالث عشر، جامعة بسكرة، دون سنة نشر.

29- فكيري آمال، احتضان مبدأ الاحتياط في مجال الأخطار الصحية " المسؤولية الطبية"، مقال منشور بمجلة البحوث والدراسات القانونية والسياسية، العدد السابع، جامعة البليدة، دون سنة نشر.

30- قارة تركي إلهام، المسؤولية الإدارية الخطئية للمرافق الاستشفائية عن التلوث بفعل النفايات الطبية، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، المجلد 15، العدد 01 لسنة 2022.

31- رشا صلاح مهدي، دراسة كفاءة محارق النفايات الطبية في مستشفيات الحلة في محافظة بابل، مقال بمجلة جامعة بابل، العدد 3، 2014.

32- خالد بوجعدار و فيلالي محمد الأمين، التسيير المستدام لنفايات النشاطات العلاجية، دراسة حالة المستشفى الجامعي بن باديس بقسنطينة، مقال بمجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 5، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، 2008.

33- مجلة دار المنظومة، عدد 25، جامعة الجلفة، ديسمبر 2016.

ثانياً: باللغة الفرنسية:

1/- Abdelkader KHADIR, la Responsabilité médicale à l'usage des praticiens de la médecine et de droit, Houma éditions, Alger, 2014.

2/- Alain Brunot, Céline Thompson « La gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux par les professionnels de santé libéraux: étude de pratiques», Santé Publique 2010/6 (Vol. 22).

3/- Brigitte CHARDON, Déchets Hospitaliers: Typologie, Risques Sanitaires et Environnementaux, traitement et règlementation, France, Juillet 2002.

4/- Comité international de la croix rouge, Manuel de gestion des déchets médicaux, Genève, Suisse, 2011.

5/- Delphine Corteel, Stéphane le lay, Introduction, Travailler aux abords des déchets : un clair-obscur contemporain.

6/- Elisabeth Jayat, Lavoisier | « Revue juridique de l'environnement » 2012/1, Volume 37.

7/- Fabien SQUINAZI, Déchets d'activités de soins à risque infectieux: pour une gestion optimale, sans payé, sans année.

8/- Francis BERGERON, Analyse des systèmes de gestion des déchets par l'étude du mécanisme de répartition des déchets, Déchets Sciences et Techniques, N°69, Genève, Suisse, Juin 2015

9/-Gestion des déchets, guide pour les établissements publics d'enseignement supérieur ou de recherche, centre national de recherche scientifique, Paris, France, 2002

10/- Gérard Mémeteau, La Responsabilité Civile Médicale en Droit Comparé Français et Québécois, Centre de Recherche en Droit Privé et Comparé du Québec, Montréal (canada), 1990.

11/- Giles Darcy, la Responsabilité de l'Administration, Paris : Dalloz, 1996.

12/- Hueber D, Manuel d'information sur la gestion et l'élimination des déchets solides urbains, GTZ coopération technique, Allemande, Alger, Février 2003. 13/- L'organisation Mondiale de la Santé, programme des nations unies pour l'environnement/SCB, Principes Fondamentaux de la gestion des déchets de soins médicaux.

14/- Laila BOUHAMIDI, Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, Ministère de la Santé, ROYAUME DU MAROC, sans année.

15/- M. TURPIN, « le principe de précaution, le cas des faibles doses», in Responsabilité et environnement, Avril, 1996, N° 2.

16/-Patrick GROSIEUX, le principe de précaution et sécurité sanitaire, presses universitaires d'Aix- Marseille, 2003.

17/- P. MARTIN - BIDOU, « le principe de précaution en droit international de l'environnement », RGDIP, octobre – décembre – 1999 – N° 3.

18/- Sabin GIBRT, guide responsabilité médiale et hospitalière (Quelle indemnisation du risque médial aujourd'hui ?), Berger-Levrault, Paris, mai 2011.

19/- Secrétariat d'Etat auprès du ministère de l'Energie, des mines, de l'Eau et de l'Environnement, « gestion intégrée des déchets

dangereux », rapport provisoire, royaume du Maroc, Février 2009. Visité le 15/10/2018.

20/- V. (R) Saury, Le point de vue du médecin sur l'indemnisation des accidents médicaux, acte de colloque du 24 avril 1997, L.G.D.J.

21/- V. Edouard Bourgin ; responsabilité médicale et aléa thérapeutique, article de doctrine, Avril 2009.

22/- V. (P) Sargos, Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la cour de cassation en matière de la responsabilité médicale, Dalloz, 1196.

23/- V. (Chr). Larroumet, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, Dalloz, 1990.

5/- <u>الملتقيات:</u>

1-الحاج عرابة و نور الدين مزهودة، التخلص الأمثل من المخلفات الطبية الخطرة كأداة لتحقيق أداء بيئي فعال، مجمع مداخلات الملتقى الدولي الثاني حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، الطبعة الثانية: نمو المؤسسات والاقتصاديات بين تحقيق الأداء المالي وتحديات الأداء البيئي، المنعقد بجامعة ورقلة يومي 22 و 23 نوفمبر 2011.

2-أمنة تيطراوي، تطبيق آلية إعادة تدوير النفايات في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة ودورها في تحقيق الاستدامة البيئية – دراسة حالة مجموعة من المؤسسات الصغيرة والمتوسطة (Algal+Tindal مطاحن الحضنة) -بالمسيلة، مداخلة ملقاة بالملتقى الوطني حول إشكالية استدامة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة الشهيد حمه لخضر، يومي 06 و 07 ديسمبر 2017، الوادي.

3-طه عثمان أبو بكر المغربي، المسؤولية الجنائية للأشخاص المعنوية في جريمة تلوث البيئة، مداخلة ملقاة بمؤتمر القانون والبيئة، كلية الحقوق، جامعة طنطا، 23-24 أبريل 2018.

4-ليزه عبد العزيز أحمد محمود، المسئولية المدنية الناشئة عن الأضرار البيئية للنفايات الطبية، مداخلة ملقاة في مؤتمر القانون والبيئة، كلية الحقوق، جامعة طنطا، المنعقد في الفترة من 23 إلى 24 أفريل2018.

5- محمد مسلم و عبد القادر مسعودي، إسهامات رسكلة النفايات في تحقيق التنمية المستدامة، مداخلة تندرج ضمن المحور الثاني: أبعاد وآفاق التنمية المستدامة، مداخلة ملقاة بالملتقى الدولي الخامس(استراتيجيات الطاقات المتجددة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة)، أيام 13 إلى 24 أفريل 2018، جامعة البليدة 02.

6- سامي زعباط و عبد الحميد مرغيت، آليات حماية البيئة ودورها في تحقيق التنمية المستدامة في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار فعاليات الملتقى الدولي الأول حول: علاقة البيئة بالتنمية (الواقع والتحديات)،المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ،جامعة محمد الصديق بن يحي، جيجل، الجزائر، يومي 29/28 أفريل2015.

7- رانا مصباح عبد المحسن عبد الرازق، مشكلة النفايات الخطرة ومعالجتها في ضوء التشريع المصري، بحث مقدم في المؤتمر العلمي الخامس " القانون والبيئة "، يومي 23 و24 أفريل 2018، كلية الحقوق، جامعة طنطا، مصر.

6/- مراجع أخرى:

1/-إدارة نفايات الرعاية الصحية في مصر، دليل إرشادي، وزارة البيئة المصرية، مصر، 2015.

2/- الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، عمان، الأردن، 2006.

3/-دليل المعلم" تدبير نفايات أنشطة الرعاية الصحية"، منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة)، عمان، الأردن، 2003.

4/-دليل اعلامي حول تسيير ومعالجة النفايات الحضرية الصلبة، وزارة البيئة والإقليم، بدون بلد نشر، أفريل 2003.

5/- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مؤتمر الأطراف في اتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود، (الاجتماع السادس)، مبادئ فنية بشأن الإدارة السليمة بيئياً للنفايات الطبية–الإحيائية والرعاية الصحية، جنيف، 9- 13 ديسمبر 2002.

6/- برنامج الأمم المتحدة للبيئة، مؤتمر الأطراف في اتفاقية بازل بشأن التحكم في نقل النفايات الخطرة والتخلص منها عبر الحدود، (الاجتماع السادس)، النظر في تنفيذ اتفاقية بازل ، جنيف، 9 - 13 ديسمبر 2002.

7/- شتيفان شيننا خ–ايمري سوار- أوريت زواريتز-إبراهيم أبو عياش، مشروع تقرير " لنقم بها"، الجمعية البرلمانية للاتحاد من اجل المتوسط (لجنة الطاقة والبيئة والمياه)، بدون بلد، بدون سنة.

8/-الطاهر إبراهيم الثابت، المخلفات الطبية والكيميائية بعيادات الأسنان، ليبيا، بدون سنة.

9/- تقرير وزارة البيئة، الوكالة الوطنية للنفايات، تقرير حول حالة تسيير النفايات في الجزائر لسنة 2020، منشور على الرابط:

https://and.dz/site/wpcontent/uploads/Rapport%20RND%20Arabe.pdf

10/- وثيقة تقنية صادرة بتاريخ 1995/09/12 تحت رقم 1958/398 والمتعلقة بتسيير نفايات النشاطات العلاجية- الدليل التقني للنظافة الاستشفائية الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية في الوثيقة رقم03/09.

11/- Ministère de l'environnement et de la protection de la nature, STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS, république du Cameron, 2007.

12/- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction Générales de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Directives Nationales Relatives à l'Hygiène de l'Environnement dans les Etablissements de Santé Publics et Privés, Edition 2015, Imprimerie ANEP,ROUIBA, 2016.

محتويات الرسالة

محتويات الرسالة

مقدمـــــــــة.....ص 6

الباب الأول

النفايات الطبية، التصنيف والتسيير

الباب الأول: النفايات الطبية، التصنيف والتسيير.....ص 12

الفصل الأول: التصنيف القانوني للنفايات وللنفايات الطبية.....ص 14

المبحث الأول: مفهوم النفايات.....ص15

المطلب الأول: تعريف النفايات وخصائصها.....ص16

الفـــرع الأول: تعريف النفايات.....ص16

الفـرع الثاني: خصائص النفايات.....ص 19

المطلب الثاني: تصنيف النفايات.....ص 20

الفرع الأول: تصنيف النفايات حسب المرسوم التنفيذي رقم84-378 المتعلق بشروط التنظيف وجمع النفايات الصلبة الحضرية ومعالجتها.....ص 20

الفرع الثاني: تصنيف النفايات حسب القانون رقم 01-19 المتعلق بتسيير النفايات ومراقبتها وإزالتها.....ص 21

المطلب الثالث: الإطار المؤسساتي لتسيير النفايات لدى المشرع الجزائري.....ص24

المبحث الثاني: مفهوم النفايات الطبية.....ص 26

المطلب الأول: تعريف نفايات النشاطات العلاجية وتصنيفاتها.....ص 27

الفرع الأول: تعريف نفايات النشاطات العلاجية.....ص 28

الفرع الثاني: تصنيفات نفايات النشاطات العلاجية.....ص 35

البند الأول: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على أساس نوع النفاية.....ص 35

أولاً: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على المستوى العالمي وفي بعض الدول العربية.....ص36

ثانياً: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على المستوى الوطني.....ص 37

البند الثاني: تصنيف نفايات النشاطات العلاجية على أساس المصدر.....ص 41

المطلب الثاني: أنواع نفايات النشاطات العلاجية، تقسيم وتأثيرات الخطرة منها.....ص42

الفرع الأول: أنواع نفايات النشاطات العلاجية.....ص 43

البند الأول: نفايات النشاطات العلاجية العادية أو غير الخطرة.....ص 43

البند الثاني: نفايات النشاطات العلاجية الخطرة.....ص 44

الفرع الثاني: تقسيمات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة وتأثيراتها.....ص 46

البند الأول: تقسيمات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة.....ص 46

أولاً: النفايات المعدية.....ص 49

ثانياً: النفايات الحادة.....ص 51

ثالثاً: النفايات الكيميائية.....ص 53

رابعاً: النفايات الصيدلانية.....ص 55

خامساً: النفايات الملوثة بالمواد المشعة.....ص56

سادساً: النفايات الممرضة (الباثولوجية) أو نفايات الأجزاء وبقايا الأعضاء البشرية والحيوانية.....ص58

سابعاً: نفايات عبوات الغاز المضغوطة.....ص 60

ثامناً: نفايات المواد السامة للجينات والخلايا.....ص 60

تاسعاً: النفايات ذات المحتوى العالي من المعادن الثقيلة.....ص 62

البند الثاني: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة.....ص 63

أولاً: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة على البيئة.....ص 46

ثانياً: تأثيرات نفايات النشاطات العلاجية الخطرة على الصحة العامة.....ص 77

I/-الأشخاص الأكثر عرضة لمخاطر نفايات النشاطات العلاجية.....ص 78

II/- مخاطر نفايات النشاطات العلاجية.....ص 79

ثالثاً: التأثيرات النفسية لنفايات النشاطات العلاجية.....ص88

الفصل الثاني: مصادر نفايات النشاطات العلاجية وطرق تسييرها.....ص 89

المبحث الأول: مصادر نفايات النشاطات العلاجية.....ص 89

المطلب الأول: المصادر الرئيسية لنفايات النشاطات العلاجية.....ص 90

المطلب الثاني: المصادر الثانوية لنفايات النشاطات العلاجية.....ص 90

المبحث الثاني: تسيير نفايات النشاطات العلاجية.....ص92

المطلب الأول: تعريف تسيير النفايات وفوائده.....ص 93

المطلب الثاني: مسار نفايات النشاطات العلاجية وطرق تسييرها.....ص 95

الفرع الأول: مسار نفايات النشاطات العلاجية داخل وخارج المؤسسات الصحية....ص 97

البند الأول: فصل أو فرز النفايات وجمعها.....ص 98

البند الثاني: تخزين النفايات ونقلها.....ص 104

الفرع الثاني: طرق تسيير نفايات النشاطات العلاجية.....ص 108

البند الأول: الطرق التقليدية لتسيير نفايات النشاطات العلاجية.....ص 110

البند الثاني: الطرق الحديثة لتسيير نفايات النشاطات العلاجية.....ص 119

البند الثالث: المآل الأخير لنفايات النشاطات العلاجية..... ص 126

الفرع الثالث: التعهد بتسيير نفايات النشاطات العلاجية لجهة أخرى.....ص 126

المطلب الثالث: الهيئات المنصبة على مستوى المرافق الصحية لمراقبة تسيير النفايات..ص128

الفرع الأول: لجنة مكافحة العدوى الاستشفائية.....ص 129

الفرع الثاني: لجنة النظافة والأمن.....ص 131

الباب الثاني

المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية والتعويض عنها

الباب الثاني: المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية والتعويض عنها...ص 134

الفصل الأول: **المسؤولية عن الأضرار الناجمة عن نفايات النشاطات العلاجية**...ص 137

المبحث الأول: المسؤولية المدنية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 138

المطلب الأول: نطاق وضوابط تحديد المسؤول عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية ..ص139

الفرع الأول: نطاق المسؤولية المدنية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص139

البند الأول: المسؤولية العقدية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 139

البند الثاني: المسؤولية التقصيرية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 142

الفرع الثاني: ضوابط تحديد المسؤول عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 144

البند الأول: مسؤولية المرافق الصحية العامة عن أضرار نفايات نشاطاتها العلاجية.....ص145

البند الثاني: مسؤولية المرافق الصحية الخاصة عن أضرار نفايات نشاطاتها العلاجية...ص150

البند الثالث: مسؤولية الدولة عن التخلص من نفايات النشاطات العلاجية.....ص 157

المطلب الثاني: أساس المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص162

الفرع الأول: المسؤولية على أساس الخطأ عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية..ص165

البندالأول: تطور المسؤولية الخطئية.....ص 165

البند الثاني: المسؤولية في المجال الطبي.....ص 168

الفرع الثاني: المسؤولية دون خطأ عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 177

البند الأول: تطور وخصائص المسؤولية بدون خطأ..... ص 179

البند الثاني: مقومات المسؤولية الإدارية دون خطأ.....ص 184

أولاً: المسؤولية الإدارية القائمة على أساس المخاطر.....ص 185

ثانياً: المسؤولية الإدارية القائمة على أساس المساواة أمام الأعباء العامة.....ص 194

ثالثاً: مبدأ الحيطة كأساس للمسؤولية الموضوعية.....ص 195

المطلب الثالث: أركان المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 201

الفرع الأول: الخطأ.....ص 201

البند الأول: تعريف الخطأ.....ص 202

البند الثاني: صور الخطأ في مجال نفايات النشاطات العلاجية.....ص 205

الفرع الثاني: الضرر.....ص 207

البند الأول: أضرار نفايات النشاطات العلاجية التي تصيب الأشخاص.....ص 214

البند الثاني: الضرر البيئي الناجم عن سوء تسيير نفايات النشاطات العلاجية.....ص 215

الفرع الثالث: العلاقة السببية بين الخطأ والضرر.....ص 218

المبحث الثاني: المسؤولية الجزائية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص220

المطلب الأول: مسؤولية الأشخاص الطبيعية.....ص 221

المطلب الثاني :مسؤولية الأشخاص المعنوية.....ص 223

الفصل الثاني: التعويض عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 228

المبحث الأول: مفهوم التعويض.....ص 228

المطلب الأول: تعريف التعويض.....ص 229

المطلب الثاني: تقدير التعويض.....ص 231

الفرع الأول: تحديد التعويض.....ص 231

الفرع الثاني: الاختصاص في تحديد التعويض.....ص 234

المبحث الثاني: الاتجاهات الحديثة للتعويض.....ص 235

المطلب الأول: التأمين من المسؤولية المدنية.....ص 239

الفرع الأول: ماهية التأمين من المسؤولية .....ص 240

البند الأول: مفهوم التأمين من المسؤولية.....ص 241

أولاً: تعريف التأمين من المسؤولية .....ص 241

ثانياً: شروط صحة التأمين من المسؤولية المدنية.....ص 243

البند الثاني: نشأة فكرة التأمين من المسؤولية..... ص 243

الفرع الثاني: التأمين من المسؤولية عن أضرار نفايات النشاطات العلاجية.....ص 247

المطلب الثاني: صناديق الضمان.....ص 253

الفرع الأول: مبررات استحداث صناديق الضمان.....ص 254

البند الأول: في التشريع الفرنسي.....ص 255

البند الثاني: في التشريع الجزائري.....ص 257

الفرع الثاني: إمكانية تعويض أضرار نفايات النشاطات العلاجية عن طريق صناديق الضمان..... ص257

البند الأول: نطاق التعويض طبقاً لمبدأ التضامن الوطني.....ص 258

البند الثاني: شروط التعويض عن طريق صناديق الضمان.....ص 259

خاتمـــــــــــة.....ص 262

قائمة المصادر والمراجع.....ص268

محتويات الرسالة.....ص 296

ملخص

تنتج المرافق الصحية جراء أنشطتها اليومية العديد من القمامة والمخلفات التي يختلف حجمها حسب نوع المرفق ونوع الرعاية الصحية المقدمة من طرفه، وان كان أغلب هذه النفايات عادية شبيهة بالنفايات المنزلية التي لا تشكل أية خطورة، إلا أن بعضها الآخر أو القليل المتبقي منها يشكل خطراً حقيقياً يهدد البيئة والصحة العامة على السواء. فبالرغم من وجود الكثير من القوانين التي تحكم نقل وتسيير وإدارة النفايات الطبية الخطرة، إلا أن العديد من المخالفات المرتكبة أثناء التخلص من هذه الأخيرة لا تزال السبب الرئيس في الإضرار بالإنسان وتلوث البيئة التي يعيش فيها، إن كانت ماءً أو هواءً أو تربةً.

من أجل ذلك، تستوجب النفايات الطبية اهتماماً كبيراً لمعالجتها والتخلص منها تفادياً للعديد من الأخطار التي يمكن أن يسببها التسيير السيء لهذه النفايات... وعليه جاءت هذه الرسالة للتطرق إلى أنواع النفايات الطبية ومخاطرها، طرق تسييرها، المسؤولية عن أضرارها والتعويض عنها.

الكلمات المفتاحية: نفايات طبية– ضرر – مسؤولية– تعويض.

Abstract:

As a result of their daily activities, health facilities produce many garbage and waste, the size of which varies according to the type of health care providded by it, al though most of these wastes are ordinary, similar to house hold waste that does not pose any danger but a few or the rest of them pose a real danger to the environnement and public health alike. Al though there are many laws governing the transport and management of hazardous médical waste, many violations committed during the disposal of the latter are still the main cause of harm to humans and pollution of the environnement in which they live, wherther water, air or soil.

For this reason, medical waste requires great attention to its treatment and disposal in order to avoid many of dangers that can be caused by the poor management of this waste.

Accordingly, this letter came to address the types of medical waste and its risks, methods of management, responsability for damages and compensation.

Keywords : medical waste- damage- liability- compensation.