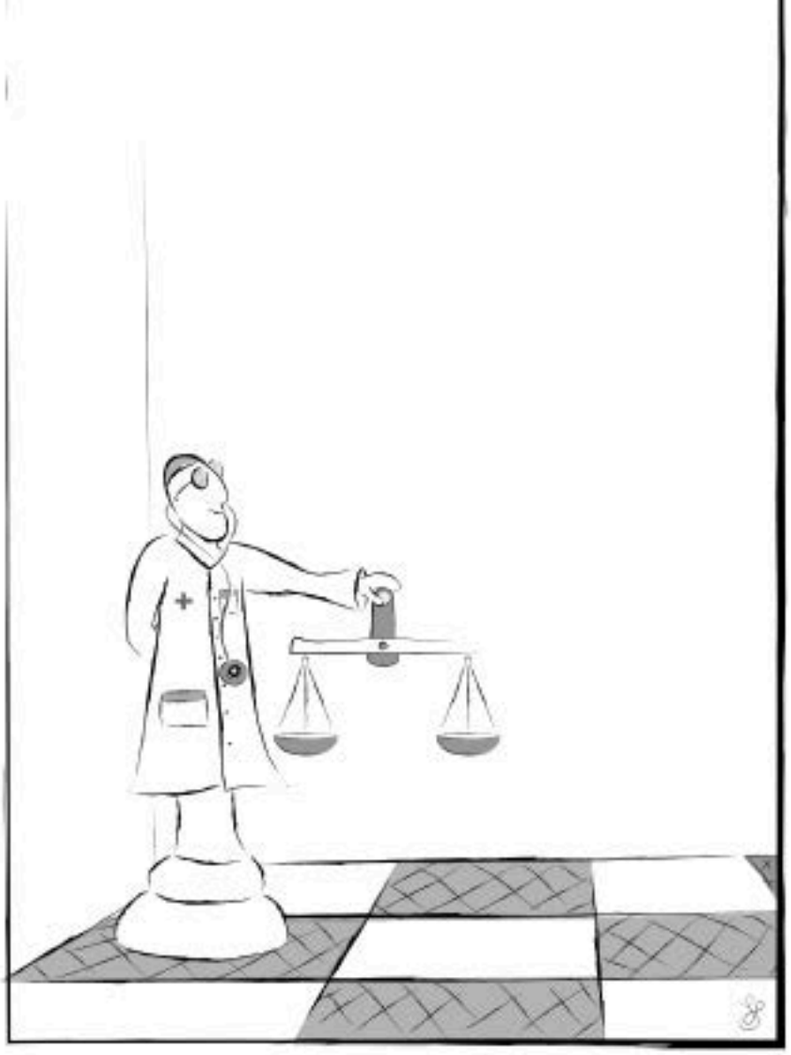

أنشطة الطب الشرعي بالمغرب

الحاجة لإصلاح شامل

المجلس الوطني لحقوق الإنسان
ⵓⵔⵔⵉⵎ ⵓⵏⵎⵙⵙⵓⵔ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ ⵏ ⵜⵎⵓⵔⵜ
Conseil national des droits de l'Homme

www.cndh.ma

Place Ach-Chouhada,
B.P. 1341, 10 001, Rabat - Maroc
Tél : +212(0) 5 37 72 22 18/07
Fax : +212(0) 5 37 72 68 56
cndh@cndh.org.ma

ساحة الشهداء، ص ب 1341،
10 001، الرباط - المغرب
الهاتف : 18/07 22 72 37 5 (0) 212+
الفاكس : 56 68 72 37 5 (0) 212+
cndh@cndh.org.ma

الإيداع القانوني: 2014MO0607
ردمك: 978-9954-606-14-8

أنشطة الطب الشرعي بالمغرب

الحاجة لإصلاح شامل

منشورات المجلس الوطني لحقوق الإنسان 2013

الفهـــرس

مقدمة ---------- 01

موضوع وأهداف المهمة ---------- 05

الطب الشرعي وحقوق الإنسان: معايير ومبادئ ---------- 05

أولا – تجارب دولية لأنشطة الطب الشرعي ---------- 10

1. نماذج تنظيمية لأنشطة الطب الشرعي ---------- 10

2. نماذج التكوين في الطب الشرعي ---------- 14

ثانيا – وضعية الطب الشرعي وأنشطة الطب الشرعي في المغرب ---------- 16

1. تاريخ الطب الشرعي في المغرب ---------- 16

2. الإطار التشريعي والتنظيمي لأنشطة الطب الشرعي ---------- 18

2-1. التأطير التشريعي والتنظيمي لخدمات الطب الشرعي ---------- 18

2-2. الإطار المؤسساتي لمقدمي خدمات الطب الشرعي ---------- 22

3. تشخيص الوضعية ---------- 26

3-1. أنشطة الطب الشرعي في مستودعات الاموات التابعة للمستشفيات و البلديات ---------- 26

3-2. أنشطة تسليم الشواهد الطبية و الشرعية في المستشفيات ---------- 36

3-3. خبرات الطب الشرعي ---------- 41

ثالثا – توصيات من أجل إصلاح أنشطة الطب الشرعي ---------- 46

1. إصلاح الإطار التشريعي والتنظيمي ---------- 46

1-1. إحداث إطار مؤسساتي وطني لنشاط الطب الشرعي ---------- 46

1-2. إحداث إطار قانوني وتنظيمي لأنشطة الطب الشرعي ---------- 47

2. وضع المرفق الاستشفائي العمومي في قلب المنظومة ---------- 48

2 - 1. مسوغات إدماج المستشفيات ضمن الطب الشرعي ---------- 48

2 - 2. مكانة مستودعات الأموات البلدية وأطباء مكاتب حفظ الصحة وأطباء القطاع الخاص في التنظيم المقترح ---------- 49

3. مراجعة شروط التسجيل في جداول الخبراء ---------- 50

4. إحداث شبكة للخدمات الطبية الشرعية على الصعيد الترابي وفق مخطط جهوي ---------- 50

4 - 1. في ما يخص أنشطة التشريح الطبي ---------- 50

4 - 2. في ما يخص النشاط السريري وفحص الجثث في مكان اكتشافها ---------- 51

5. تعزيز التكوين لفائدة كل المتدخلين ---------- 52

5 - 1. التكوين قبل التخرج ---------- 53

5 - 2. تكوين الأطباء الاختصاصيين في الطب الشرعي ---------- 53

5 - 3. التكوين الطبي المستمر ---------- 54

5 - 4. تكوين المتدخلين الآخرين غير الأطباء ---------- 54

6. ضمان تمويل عادل ودائم ---------- 55

6 - 1. التأكيد على مبدأ تمويل الطب الشرعي من خلال المصاريف القضائية ---------- 55

6 - 2. مراجعة التعريفات المستحقة برسم المصاريف القضائية ---------- 55

6 - 3. عقلنة مساطر الأداء وتبسيطها ---------- 55

خلاصة ---------- 56

أنشطة الطب الشرعي بالمغرب
الحاجة لإصلاح شامل

مقدمة

وعيا منه بالرهانات الهامة التي تمثلها أنشطة الطب الشرعي بالنسبة لحسن سير العدالة، سواء في القضايا المدنية أو الجنائية، وبالدور المتزايد الذي تلعبه العلوم الطبية لضمان الحصول على محاكمة عادلة واحترام حقوق الدفاع وحقوق الضحايا؛
وبالنظر إلى أن الطب الشرعي هو أداة هامة للكشف عن حالات انتهاك حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني؛
وفي إطار الاختصاصات المخولة له على النحو المنصوص عليه في الظهير الشريف رقم 1.11.19 الصادر بتاريخ 01 مارس 2011، ولاسيما تلك المتعلقة بحماية حقوق الإنسان وتعزيزها؛
أطلق المجلس الوطني لحقوق الإنسان استشارة بشأن أنشطة الطب الشرعي في بلادنا لتحديد العناصر العملية الكفيلة بتنفيذ إصلاح هذا القطاع المساعد للعدالة.

وتندرج هذه المهمة أيضا في نطاق متابعة تنفيذ التوصيات الصادرة عن هيئة الإنصاف والمصالحة، التي أوردتها لجنة متابعة تنفيذ تلك التوصيات في تقريرها لعام 2009، حيث أكدت اللجنة على أهمية الرقي بمصالح الطب الشرعي وتعزيز مواردها البشرية والرفع من ميزانيتها وإعادة النظر في علاقاتها التراتبية مع الوزارة المعنية بخدمات الخبرة التي تقدمها.

وتستمد هذه المهمة شرعيتها، في المقام الأول، من الرهانات ذات الطبيعة القضائية الهامة والمتعددة وثيقة الصلة بنشاط الطب الشرعي. فغالبا ما تلعب نتائج فحوص الطب الشرعي دورا حاسما في القيام بالتكييف المناسب للأفعال المرتكبة وفي تحديد تسلسلها عندما يتعلق الأمر بانتهاكات أو الاشتباه في انتهاكات تمس بحياة الأفراد أو سلامتهم البدنية من خلال ممارسة فحص الجثث أو تشريحها في حالة الوفاة وإصدار الشواهد الطبية الشرعية في حالات الضرب والجرح العمدي أو غير العمدي أو الاعتداء الجنسي. وتعد هذه المعاينات حاسمة أيضا في الكشف عن حالات تعاطي حديث للكحول أو للمخدرات أو نقل للمخدرات داخل الجسم أو في التحقيق والتحري بشأن ادعاءات التعذيب أو في الإجراءات المتعلقة بتحديد هويات ضحايا الكوارث الجماعية أو الرفات البشرية. كما تعد خبرة الطب الشرعي ضرورية أيضا عندما يتعلق الأمر بتقييم درجة مسؤولية الجاني أو شخصيته أو سنه ومدى توافق الحالة الجسمانية والنفسية للشخص مع إجراء مقيد الحرية، ولاسيما خلال فترة الوضع تحت الحراسة النظرية.

وعلاوة على الرهانات القضائية الوثيقة الصلة بحقوق الإنسان، سواء تعلق الأمر بالضحية أو بالمشتبه فيه أو بالشخص المدان، لا تخلو أنشطة الطب الشرعي أيضا من أبعاد طبية واجتماعية ونفسية ترتبط ارتباطا وثيقا بالعمل الطبي الشرعي. وبناء عليه يُشكل استقبال ضحايا العنف فرصة سانحة للاستماع إليهم ولدعمهم نفسيا ولتوجيههم نحو المصالح الطبية المختصة ونحو الفاعلين المؤسساتيين أو الجمعيات المساندة لضحايا العنف. كما يسمح فحص الأشخاص المحتجزين وضحايا العنف الجنسي بتقييم المخاطر الصحية المرتبطة بالحرمان من الحرية بالنسبة للفئة الأولى أو بالاعتداء نفسه بالنسبة للفئة الثانية (خطر الحمل والتعفنات المنقولة جنسيا ...). ولذلك، غالبا ما تشكل أعمال الطب الشرعي جزءا لا يتجزأ من التدخل العلاجي نفسه.

وأخيرا، فإن لنشاط الطب الشرعي آثارا مالية لا يستهان بها. فإذا كانت النفقات المتصلة بهذا النشاط لم يتم تقييمها من قبل، إلا أننا إذا أخذنا بعين الاعتبار النفقات برسم المصاريف القضائية، فضلا عن تلك المتعلقة بتوفير المباني والمعدات والموظفين من قبل المستشفيات والبلديات، سنلاحظ بسرعة أهمية النفقات المرتبطة بهذا النشاط والتي لا تغطي المصاريف القضائية إلا جزءا بسيطا منها.

وتتجلى الآثار المالية المرتبطة بنشاط الطب الشرعي أيضا من خلال تقييم الضرر الجسماني بهدف تعويض الضحايا إن جنائيا أو مدنيا. وقد يتأثر التوازن المالي لشركات التأمين وغيرها من الهيئات العاملة في هذا المجال، إلى حد كبير، من جراء عمليات تقييم الضرر الجسماني التي ينجزها خبراء الطب الشرعي.

وأخذا بعين الاعتبار هذه الرهانات المتعددة، تم إسناد مهمة التشاور، التي أعلن عنها المجلس الوطني لحقوق الإنسان، إلى فريق متعدد التخصصات اشتغل على ثلاث مجالات لأنشطة الطب الشرعي، وهي الأنشطة الطبية الشرعية المتعلقة بالوفيات التي تشمل عمليات التشريح والفحص الخارجي للجثث، سواء تلك التي تجرى بمستودعات الموتى التابعة للمستشفيات أو البلديات، ومجال الشواهد الطبية الشرعية من كل الأصناف، بما في ذلك الممنوحة منها لفائدة النساء أو الأطفال ضحايا العنف الصادرة أساسا عن مختلف المستشفيات، والمنجزة بالأساس داخل المستشفيات. وأخيرا مجال الخبرات الطبية القضائية التي يقوم بها أساسا الأطباء المقيدون بجداول الخبراء لدى محاكم الاستئناف.

في هذا السياق، شرع فريق العمل في دراسة النصوص التشريعية والتنظيمية التي تمكن أو تقضي اللجوء إلى خدمات الطبيب لخدمة العدالة. كما تم إنجاز دراسة مقارنة مع نماذج أجنبية في مجال تنظيم الطب الشرعي بهدف فهم أفضل لخصوصيات الوضع بالمغرب وتقديم مقترحات لإصلاح هذا الميدان. وقد همت هذه المقارنة أيضا التكوين في مجال الطب الشرعي والخبرة الطبية.

وقد أجريت أيضا، في نطاق هذه المهمة، جلسات أولية للإعلام والتنسيق عبر زيارة الإدارات المركزية المعنية وطلب الحصول على معطيات في هذا المجال. ففي وزارة الصحة، تم اللقاء مع مدير المستشفيات والعلاجات المتنقلة ومديرة التنظيم والمنازعات. وفي وزارة العدل والحريات تم اللقاء مع مدير الشؤون المدنية وفي وزارة الداخلية تم اللقاء مع مسؤولين بالمديرية العامة للجماعات المحلية. وقد مكنت هذه اللقاءات من وضع برنامج الزيارات التي تم القيام بها لاحقا للمحاكم والمستشفيات ومستودعات الأموات التابعة للبلديات. كما سمحت أيضا بطلب معلومات، على المستوى المركزي، بخصوص المؤسسات التي توفر أنشطة الطب الشرعي وعن بنياتها التحتية وتجهيزاتها وتنظيمها العام وكذا عن تمويلها وعن المستخدمين المسؤولين عن أنشطتها.

ونظرا لكون الزيارات الميدانية كفيلة وحدها بأن تعكس بدقة الظروف التي تنجز فيها أنشطة الطب الشرعي، التي تمت دراستها في نطاق هذه المهمة، أعد فريق العمل دليلا لجمع البيانات في المواقع التي تمت زيارتها أخذا بعين الاعتبار أهداف المهمة المذكورة.

وقد تم اختيار المدن التي أنجزت زيارات بها بعناية للوقوف على مدى تنوع الممارسات والنماذج التنظيمية لأنشطة الطب الشرعي، حيث همت هذه الزيارات بالنسبة لكل مدينة:

- المحكمة الابتدائية مع إجراء مقابلة مع رئيس المحكمة والقضاة ورئيس كتابة الضبط ومكتب الخبرة؛
- المستشفى الرئيسي للمدينة (المركز الاستشفائى الجامعي والمستشفى الجهوي أو المستشفى الإقليمي) مع إجراء مقابلة مع المدير والطاقم العامل معه وزيارة قسم المستعجلات ووحدة استقبال النساء والأطفال ضحايا العنف ومستودع الأموات التابع للمستشفى؛
- مكتب حفظ الصحة التابع لبلدية المدينة في حالة تقديمه خدمات الطب الشرعي مع إجراء مقابلة مع المدير وزيارة مستودع الأموات التابع للبلدية.

وقد مكنت مختلف الزيارات إلى المحاكم من جمع المعلومات عن عدد الأطباء المسجلين في جداول الخبراء وعن مؤهلاتهم وعن كيفيات تعيين الخبراء وتبليغهم بمهماتهم وأداء أتعابهم. كما تم أيضا جمع عينات من تقارير الخبرات الطبية القضائية المنجزة بالمحاكم في مختلف المجالات.

وسمحت الزيارات إلى أقسام المستعجلات في المستشفيات بتحديد المسارات المختلفة لإصدار الشواهد والوسائل المعتمدة في تسجيل وتتبع هذا النشاط. كما تم تقييم الدعم الطبي والنفسي والاجتماعي للنساء والأطفال ضحايا العنف وفقا للمعايير التي وضعتها وزارة الصحة.
وأخيرا، مكنت الزيارات إلى مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات والبلديات من معاينة وضعية البنية التحتية والمعدات المتاحة لنشاط الطب الشرعي المتعلق بالوفيات والموظفين المسؤولين عن هذا النشاط ومستوى التأهيل لديهم وعدد أعمال الطب الشرعي المنجزة وكذا عن مستوى التنسيق بين السلطات القضائية ومقدمي الخدمات الطبية الشرعية.

وقد شارك في هذه الزيارات أعضاء الفريق متعدد التخصصات وأعضاء اللجان الجهوية التابعة للمجلس الوطني لحقوق الإنسان، التي تتواجد المرافق التي تمت زيارتها ضمن نطاق تدخلها .

جدول الزيارات:

المدينة	تاريخ الزيارة	الأماكن التي تم زيارتها
طنجة	18/01/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الإقليمي محمد الخامس – مستودع الأموات التابع للبلدية بمستشفى (Duc Tovar)
الجديدة	22/01/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الإقليمي محمد خامس
آسفي	23/01/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الجهوي محمد الخامس – مستودع الأموات التابع للبلدية
خريبكة	05/02/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الإقليمي محمد خامس
الرباط	06/02/2013 و12/02/2013	المحكمة الابتدائية – مستشفى بن سينا – مستودع الأموات التابع للبلدية
فاس	07/02/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الإقليمي الغساسي
الدارالبيضاء	08/02/2013	المحكمة الابتدائية – المستشفى الجهوي مولاي يوسف – مستشفى بن رشد مستودع الأموات التابع للبلدية

بعد القيام بالزيارات الميدانية وإعداد مشروع التقرير، عُقد اجتماع عمل في 21 ماي 2013 مع الأطراف المعنية الرئيسية، تم خلاله عرض أهم النتائج والتوصيات. وقد حضر هذه الاجتماع ممثلون عن الدرك الملكي وعن مديرية المنازعات بوزارة الصحة وعن مديريات الشؤون المدنية والجنائية والعفو بوزارة العدل والحريات وعن المديرية العامة للجماعات المحلية بوزارة الداخلية وعن الشرطة العلمية بالإدارة العامة للأمن الوطني.

موضوع وأهداف المهمة

يعد هذا التقرير الأول من نوعه المخصص للأنشطة الطبية الشرعية المنجزة بالمغرب في مجملها. ويتمثل الغرض منه في مواكبة الورش المفتوح حاليا بغاية الإصلاح العميق والشامل للمنظومة القضائية.
ويتوخى المجلس من خلال إعداد هذا التقرير:

- لفت الانتباه إلى القضايا الحاسمة ذات الصلة بنشاط الطب الشرعي وعلاقتها الوثيقة بحقوق الضحية أو بالمشتبه فيه أو بالشخص المدان وذلك خلال جميع مراحل التقاضي؛
- تحليل النصوص التشريعية والتنظيمية التي تخول تعيين طبيب كمساعد للعدالة وتأطير أنشطته؛
- الإطلاع على نماذج أجنبية لتنظيم أنشطة الطب الشرعي وتجارب التكوين في هذا المجال؛
- الوقوف، من خلال ملاحظة وتتبع بنيات وهياكل الطب الشرعي ومؤهلات الأطباء المتدخلين فيه، على بعض مظاهر القصور في المنظومة الوطنية للطب الشرعي المتمثلة في عدم وجود هيكلة خاصة به، وعدم تحديد نطاق أنشطة الطب الشرعي في بلادنا بشكل جيد، إضافة إلى غياب تأطير لممارسات الطب الشرعي والنقص الحاد في تمويلها؛
- رفع مقترحات وتوصيات إلى القطاعات الوزارية المعنية بهدف توفير إطار مؤسساتي لنشاط الطب الشرعي، مع إقامة شبكة من البيانات المتجانسة والمتسقة والقابلة للتطوير تشمل أنظمة التتبع والتقييم بغرض الاستجابة لمتطلبات الفعالية والسلامة والمساواة بين المواطنين أمام العدالة؛
- التشجيع على تنسيق جيد بين الفاعلين المؤسساتيين والعاملين بالمجتمع المدني من أجل خلق فضاء للتفكير ووضع سياسات تتوخى النهوض بالطب الشرعي وبالتكوين في هذا المجال.

الطب الشرعي وحقوق الإنسان: معايير ومبادئ

ظل الطب الشرعي يعتبر دائما أداة هامة للتحري في حالات انتهاكات حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني.
وهكذا لاحظت لجنة حقوق الإنسان السابقة في قرارها 32 / 2000 [1]:

- أن الطب الشرعي هو أداة هامة لجمع الأدلة عن التعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وعن الإعدامات خارج نطاق القانون أو التعسفية أو دون محاكمة؛

1 – قرار للجنة حقوق الإنسان رقم 32/2000 : حقوق الانسان والطب الشرعي؛ الجلسة 60 بتاريخ 20 أبريل 2000.

- أن ممارسة علم الطب الشرعي تشمل فحص الأموات والأحياء على حد سواء، كما تشمل أيضا إجراءات تحديد الهوية؛
- أنه لا يتوفر في كثير من البلدان المعنية أخصائيين كافيين في الطب الشرعي والميادين ذات الصلة للتحقيق بصورة فعالة في انتهاكات حقوق الإنسان؛
- الحكومات والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية هي بحاجة إلى خبراء في الطب الشرعي للتحقيق في الوفيات أو الاختفاءات.

كما رحبت اللجنة بتزايد استخدام الطب الشرعي للتحقيق في الحالات التي تحدث فيها انتهاكات جسيمة لحقوق الإنسان والقانون الإنساني الدولي، وشجعت على زيادة التنسيق في تخطيط وإنجاز مثل هذه التحقيقات، بين الحكومات والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية. وأوصت أيضا بأن يقوم الأمين العام، سعيا لتحسين الجودة وتحقيق الانسجام، بوضع إجراءات لتقييم استخدام خبرة الطب الشرعي والمجهودات المبذولة في هذا الصدد.

وفي إطار حماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من الاحتجاز أو السجن [2] ، ينص المبدأ 24 من مجموعة المبادئ المتعلقة بهذا المجال والتي تنص عليها الأمم المتحدة، على أنه «تتاح لكل شخص محتجز أو مسجون فرصة إجراء فحص طبي مناسب في أقصر مدة ممكنة عقب إدخاله مكان الاحتجاز أو السجن». كما ينص المبدأ 25 على أنه «من حق، الشخص المحتجز أو المسجون أو لمحاميه، أن يطلب أو يلتمس من سلطة قضائية أو سلطة أخرى أن يوقع الفحص الطبي عليه مرة أخرى أو أن يحصل على رأي طبي ثان، ولا يخضع ذلك إلا لشروط معقولة تتعلق بكفالة الأمن وحسن النظام في مكان الاحتجاز أو السجن»

وتنص قواعد الأمم المتحدة بشأن حماية الأحداث المجردين من حريتهم [3] في الفقرة 50 على ما يلي: « لكل حدث الحق في أن يفحصه طبيب فور إيداعه في مؤسسة احتجازية، من أجل تسجيل أية أدلة على سوء معاملة سابقة ...».

وتشدد مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بالتقصي والتوثيق الفعالين بشأن التعذيب وغيره من ضروب العقوبة القاسية أو اللاإنسانية على أهمية إجراء تحقيقات طبية فعالة ومستقلة [4].

2 – مجموعة المبادئ لحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من الاحتجاز أو السجن، المعتمدة من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرارها رقم 173/43 الصادر في 9 دجنبر 1988.
3 – قواعد الأمم المتحدة بشأن حماية الأحداث المجردين من حريتهم، المعتمدة من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرارها رقم 113/45 الصادر في 14 دجنبر 1990.
4 – مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بالتقصي والتوثيق الفعالين بشأن التعذيب وغيره من ضروب العقوبة القاسية أو اللاإنسانية وإثبات الحقيقة، المعتمدة من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة في 4 دجنبر 2000 (قرار رقم 89/55).

كما يتضمن بروتوكول اسطنبول، الذي اعتمدته الأمم المتحدة كدليل متعلق بالتقصي والتوثيق الفعالين بشأن التعذيب وغيره من ضروب العقوبة القاسية أو المهينة [5]، مبادئ توجيهية للخبراء الطبيين لجمع الأدلة المادية والنفسية للتعذيب مع احترام قواعد أخلاقيات المهنة المطبقة في هذا المجال.

وتحتوي مبادئ الأمم المتحدة للوقاية الفعالة من عمليات الإعدام خارج نطاق القانون والإعدام التعسفي والإعدام دون محاكمة على إرشادات هامة للدول بشأن كيفية إجراء هذه التحقيقات[6]. هكذا، ينص المبدأ 12 على أنه «لا يجوز التصرف في جثة المتوفى إلا بعد إجراء تشريح واف لها بواسطة طبيب يكون، إن أمكن، خبيرا في الباثولوجيا الشرعية. ويحق للقائمين بالتشريح الاطلاع على جميع البيانات المتعلقة بالتحقيق، ودخول المكان الذي اكتشفت فيه الجثة، والمكان الذي يعتقد أن الوفاة حصلت فيه ...». كما يضيف المبدأ 13 : «تتاح جثة المتوفى لمن يجرون التشريح لفترة زمنية تكفي لإجراء تحقيق شامل. ويسعى التشريح إلى أن يحدد، على الأقل، هوية الشخص المتوفى وسبب الوفاة وكيفيتها، ويحدد، ضمن الإمكان، وقت الوفاة ومكانها. ويتضمن تقرير التشريح صورا ملونة تفصيلية للشخص المتوفى بغية توثيق ودعم النتائج التي يخلص إليها التحقيق. ويصف تقرير التشريح أي إصابات تظهر على المتوفى، وضمن ذلك أي دليل على تعرضه للتعذيب».

وقد أصدر مجلس أوروبا توصية في عام 1999 بشأن توحيد قواعد التشريح في مجال الطب الشرعي[7]، مشيرا إلى أنه خلال التشريح يجب أن تكون أساليب التحقيق ووصف الإصابات والتوثيق الفوتوغرافي وأخذ العينات متفقة مع المبادئ الأساسية للطب والعلوم، مع الأخذ بعين الاعتبار الإجراءات القانونية المعمول بها في هذا المجال.

ويؤكد المبدأ الأول من هذه التوصية على أنه: «خاصة في حالات القتل أو الموت المشبوهة، ينبغي إبلاغ الطبيب الشرعي دون تأخير، وعند الاقتضاء، الانتقال على الفور إلى مكان الحادث، والوصول الفوري إليه. وفي هذا الصدد، ينبغي وضع آلية مناسبة للتنسيق بين جميع الأطراف المعنية، وخصوصا بين الهيئات القضائية والطبيب الشرعي والشرطة». وأوضح أيضا أنه يجب إبلاغ الطبيب الشرعي دون تأخير عن كل الظروف والملابسات المحيطة بالوفاة.

5 – المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الانسان: بروتوكول اسطنبول: دليل متعلق بالتقصي والتوثيق الفعالين بشأن التعذيب وغيره من ضروب العقوبة القاسية أو المهينة؛ 2005 ;.HR/P/ PT/8/Rev.1

6 – مبادئ المنع والتقصي الفعالين لعمليات الإعدام خارج نطاق القانون والإعدام التعسفي والإعدام دون محاكمة، أوصى بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره رقم 65/1989 بتاريخ 24 ماي 1989.

7 – مجلس اوروبا، لجنة الوزراء : التوصية رقم R (99) 3 للجنة الوزراء بالدول الأعضاء والمتعلقة بموائمة قواعد التشريح في مجال الطب الشرعي، المعتمدة في 2 فبراير 1999 أثناء الاجتماع 658 لمفوضي الوزراء.

وينص المبدأ الثاني على ما يلي: «يجب أن يتم تنفيذ عمليات التشريح، ما أمكن، من قبل طبيبين، يجب أن يكون واحد منهما على الأقل طبيبا شرعيا». وتتطرق المبادئ 3 و4 و5 لإجراءات تحديد الهوية وللفحصين الخارجي والداخلي للجثة. وتختلف مسطرة أخذ العينات من حالة لأخرى، غير أنه يجب أن يشمل على الأقل عينة أساسية من الأعضاء الرئيسية بغرض إجراء الفحوصات النسيجية وعينة من الدم والبول ومن محتويات المعدة. كما تتناول التوصية بالتفصيل أيضا الإجراءات المتعلقة بتشريح الجثة عقب الوفاة في ظروف خاصة (مثل الخنق والغرق والموت المفاجئ وبواسطة السلاح الناري...).

يهتم الطب الشرعي أيضا بحقوق الضحايا الذين انتهكت سلامتهم الجسدية. فبالإضافة إلى مساعدة وتوجيه هؤلاء الضحايا، يشارك الأطباء الشرعيون في جمع الأدلة عن سوء المعاملة وفي جبر الأضرار عن طريق تقييم فعال ونزيه للأضرار الجسمانية التي لحقت بهم. وهكذا، فإن إعلان الأمم المتحدة بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة واستغلال السلطة[8] ينص في المادة 4 على أنه: « ينبغي معاملة الضحايا برأفة واحترام لكرامتهم. ويحق لهم الوصول إلى آليات العدالة والحصول على الإنصاف الفوري وفقا لما تنص عليه التشريعات الوطنية فيما يتعلق بالضرر الذي أصابهم.». ويضيف في المادة 5: «ينبغي إنشاء وتعزيز الآليات القضائية والإدارية، حسب الاقتضاء، لتمكين الضحايا من الحصول على الإنصاف من خلال الإجراءات الرسمية أو غير الرسمية العاجلة والعادلة وغير المكلفة وسهلة المنال...».

وتشمل المبادئ الأساسية للأمم المتحدة بشأن الحق في التظلم وجبر ضحايا الانتهاكات الجسيمة للقانون الدولي لحقوق الإنسان والانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني الدولي[9] مبدأ التعويض (المبدأ 20): «ينبغي دفع التعويض عن أي ضرر يمكن تقييمه اقتصاديا، حسب الاقتضاء وبما يتناسب مع جسامة الانتهاك وظروف كل حالة، ويكون ناجما عن انتهاكات جسيمة للقانون الدولي لحقوق الإنسان والانتهاكات الخطيرة للقانون الدولي الإنساني ، من قبيل:

أ) الضرر البدني أو العقلي؛

ب) الفرص الضائعة، بما فيها فرص العمل والتعليم والمنافع الاجتماعية؛

ج) الأضرار المادية وخسائر الإيرادات، بما فيها خسائر الإيرادات المحتملة؛

د) الضرر المعنوي؛

ه) التكاليف المترتبة على المساعدة القانونية أو مساعدة الخبراء والأدوية والخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية.

---

8 – إعلان الأمم المتحدة بشأن المبادئ الأساسية لتوفير العدالة لضحايا الجريمة وإساءة استعمال السلطة، المعتمد من قبل الجمعية العامة بموجب قرارها رقم 34/40 الصادر في 29 نونبر 1985.

9 – المبادئ الأساسية للأمم المتحدة بشأن الحق في الانتصاف والجبر لضحايا الانتهاكات الجسيمة للقانون الدولي لحقوق الإنسان والانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني الدولي ؛ القرار رقم 147/60 المعتمد من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة في 16 دجنبر 2005.

كما يتم توفير أعمال الطب الشرعي لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة. حيث تنص المادة 5 من إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق المتخلفين عقليا[10] على ما يلي: « للمتخلف عقليا الحق في أن يكون له وصي مؤهل عند لزوم ذلك لحماية شخصه ومصالحه». كما يتم اللجوء أيضا إلى الخبرة الطبية الشرعية لتقييم القدرات العقلية للمشتبه فيه في إطار المسؤولية الجنائية وتحديد قدرته على متابعة أطوار محاكمته بسبب الإعاقة العقلية أو البدنية.

10 – إعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق المتخلفين عقليا أقرته الجمعية العامة في 20 دجنبر 1971.

أولا - تجارب دولية لأنشطة الطب الشرعي

1. نماذج تنظيمية لأنشطة الطب الشرعي

من شأن الإطلاع الجيد على تنظيم الطب الشرعي في بعض البلدان الأجنبية أن يتيح لنا القيام بتقييم موضوعي لمنظومتنا الوطنية واستخلاص الدروس اللازمة في أفق إصلاحها.

ومن الممكن بإيجاز التمييز بين تصورين رئيسيين لتنظيم الطب الشرعي. ففي التصور الأول، يتجلى هذا التنظيم في شكل مهمة خاصة للمرفق العام للعدالة تؤدى على هذا النحو من قبل مصالح عمومية محددة، لها مواردها الخاصة ومستخدمين دائمين لهم وضعية موظفين. وفي التصور الثاني، يأخذ الطب الشرعي شكل خبرات يعهد بها إلى أطباء يتم انتقاؤهم بحسب كل حالة ويتقاضون أتعابهم حسب العمل المنجز ويزاولون نشاطهم إما خارج أي مرفق عمومي وإما ضمن مصالح عمومية أو خاصة. وفي الواقع لا يشكل أي من هذين النموذجين المؤسساتي أو الفردي في أي بلد كان مثالين نموذجيين، إذ تظل كل التشكيلات والتوليفات ممكنة، غير أن مصدر تمويل نشاط الطب الشرعي في مجمل الحالات تقريبا يستخلص من ميزانية وزارة العدل بطرق متنوعة.

وهكذا يمكن الاسترشاد بالنموذج المؤسساتي الموجود في كل من سويسرا وألمانيا وإسبانيا وهولندا ومصر والسويد والبرتغال.

في سويسرا، هناك ستة معاهد للطب الشرعي، خمسة منها جامعية (بازل، برن، جنيف، لوزان وزيورخ). أما المعهد السادس، الذي يقع في سانت غالن، فهو بداخل مستشفى. وفي الكانتونات التي لا تتوفر على معهد للطب الشرعي، يزاول خبراء مستقلون في الطب الشرعي نشاطهم بشكل حر أو كأجراء لدى إدارة الكانتون. وتوجد بهذه المعاهد المنظمة على نفس المنوال وحدة للطب الشرعي ووحدة متخصصة في تحديد مدى القدرة على قيادة العربات، ومختبرا في البحث عن السموم ومختبرا في علم البصمات الوراثية. وتمتد مدة التكوين المتخصص بها لأربع سنوات.

وفي ألمانيا، يُزاول الطب الشرعي المتعلق بالوفيات وكذا الطب الشرعي السريري وحتى البيو تكنولوجي، داخل معاهد جهوية للطب الشرعي تابعة لجامعات وينفذ من قبل أكاديميين. ويتم تمويل هذه المعاهد من قبل كليات الطب التابعة لها. ولكن هذا التمويل لا يغطي أنشطة الطب الشرعي التي تنفذ بأمر من المحكمة.

إذ أن هذه الأنشطة يؤدى عنها من قبل السلطة المعنية تبعا للعمل المنجز على أساس تعريفة محددة في القانون الفيديرالي. ويوجه جزء من المبلغ المدفوع لتغطية النفقات العامة (متوسط 30٪ من سعر عمليات التشريح)، فيما يخصص الجزء الآخر لتغطية مستحقات الطبيب. والنشاط الرئيسي لهذه المعاهد هو متعلق بالوفيات، ويتوفر معظمها على قسم للبحث عن السموم والبصمات الجينية. أما الطب الشرعي للأحياء فهو ليس متطورا بما فيه الكفاية وغالبا ما يتم تسليم نتائج المعاينات الأولية للإصابات والأضرار الجسمانية من قبل الأطباء المعالجين. ويعتبر الطب الشرعي السريري من التخصصات الفرعية للطب الشرعي في بعض الولايات فقط.

وفي إسبانيا، توجد، معاهد متخصصة تقريبا في كل منطقة ذات حكم ذاتي، وتعتبر تابعة لوزارة العدل التي تمول بشكل مباشر إنشاءها وسيرها. وبذلك فإن الأطباء الشرعيين يعملون كأجراء لدى إدارة العدل، إذ لا يترتب عن الخدمات المقدمة من قبلهم أداء أتعاب عن كل عمل ينجزونه.

وفي هولندا، ثمة معهد وحيد يقدم جميع خدمات الطب الشرعي، مع الإشارة إلى أن الأطباء الملحقين به يمكنهم التنقل لتنفيذ عمليات التشريح.

وفي مصر، ينتظم الأطباء الشرعيون ضمن هيئة تسلسلية تابعة بشكل مباشر للنيابة العامة.

ويوجد بكل من البرتغال والسويد معهد وطني للطب الشرعي يقوم بتنسيق الخدمات المحلية والإقليمية ويتمتع بالاستقلال المالي والإداري.

وأنشئ المعهد الوطني للطب الشرعي في البرتغال وسط البلاد في كويمبرا ولديه ثلاثة فروع: يقع الأول في الشمال في بورتو والثاني في الوسط بكويمبرا والثالث في الجنوب بلشبونة. ويشرف كل فرع على مراكز للطب الشرعي عددها 31 منتشرة في جميع أنحاء البلاد ومقامة داخل المستشفيات بموجب اتفاق بين هذه الأخيرة والمعهد الوطني. وتزاول مراكز الطب الشرعي جميع الأنشطة السريرية وتلك المتصلة بالوفيات (فحوص الطب الشرعي على الضحايا في حالات الطوارئ، تقييم الضرر الجسماني في سياقات مختلفة ...). وتتركز أنشطة التحاليل السمية والجينية في مقار الفروع الثلاثة.

ويضم النموذج الثاني من البلدان، المتسمة بهيكلة ضعيفة للطب الشرعي على الصعيد الوطني، كلا من إيطاليا وفرنسا. ففي إيطاليا توجد أربعة أنواع من الهياكل جنبا إلى جنب: المعاهد الأكاديمية للطب الشرعي مكرسة للبحث والتعليم، وتنجز نسبة كبيرة من عمليات التشريح. مصالح الطب الشرعي لدى شركات التأمين ومؤسسات الحماية الاجتماعية لها نشاط موجه نحو تقييم العجز عن العمل والإعاقة.

أنشطة الطب الشرعي بالمغرب
الحاجة لإصلاح شامل

أما مصالح الطب الشرعي في المستشفيات فهي قليلة. وتقدم خدمات الاستشارة في مجال الطب الشرعي للمستشفيات، كما تنجز عمليات التشريح في بعض الأحيان. وأخيرا، فإن مصالح الطب الشرعي التابعة للوحدات الصحية المحلية، التي أنشئت في عام 1978، والتي تغطي تقريبا كامل البلاد، تساهم في عمليات تشريح الجثث والخبرة القضائية وفي تحديد العجز عن العمل أو الإعاقة.

وفي فرنسا، تقرر منذ عام 1974، إدماج الطب الشرعي في مجمله ضمن المرفق الصحي الاستشفائي العمومي. وفي عام 2004 أجريت ما بين 8000 و8500 عملية تشريح، 80٪ منها نفذت في المرافق الصحية العمومية، فضلا عن أكثر من 11.000 عملية فحص للجثة في مكان اكتشافها وما يقرب من 400.000 عملية من أعمال الطب الشرعي على الأحياء، مما يمثل نفقات إجمالية بقيمة 80 مليون أورو، أي ما يعادل أكثر من 25 ٪ من إجمالي مبلغ المصاريف القضائية في القضايا الجنائية.

وعلى الرغم من هذا النشاط المكثف الذي ينطوي على رهانات هامة، فلم يكن هناك في فرنسا إطار قانوني أو تنظيمي لممارسة الطب الشرعي قبل 2010. وقد جاءت دورية 27/12/2010 المتعلقة بإصلاح الطب الشرعي لتضع إطارا قانونيا تنظيميا شاملا للطب الشرعي.

وفي غياب سياسة وطنية، غالبا ما تأخذ الجهات الفاعلة المحلية (المراكز الاستشفائية والمحاكم) زمام المبادرة لتنسيق أعمالها من خلال إبرام اتفاقيات تتعلق إما حصريا بالأنشطة الطبية الشرعية المرتبطة بالوفيات فقط بالفحوصات الطبية الشرعية القضائية أو بهما معا. وبشكل عام، يتم التمويل حسب كل عمل تم إنجازه وفي فترات متفاوتة. ويتم دفع مستحقات الأطباء بناء على تعريفات متغيرة، وتتلقى المؤسسة مبالغ مقابل توفير القاعة والمواد المستهلكة أوعن المساعدة التقنية. وفي كثير من الأحيان يتولى الأطباء، بصفتهم مستفيدين من الأداء، دفع المبلغ المستحق إلى المؤسسة. وأخيرا، تزاوج بعض المحاكم بين نظام الدفع إلى المؤسسة ونظام الدفع إلى الأطباء.

إلا أنه في مارس 2010 تم اعتماد مخطط توجيهي جديد لتنظيم نشاط الطب الشرعي من قبل وزارتي الصحة والعدل، يستند على مصالح مخصصة لأعمال الطب الشرعي على الأموات و/أو الأحياء تحتضنها المؤسسات الصحية.
ويتم التمويل بشكل سنوي وجزافي بحسب حجم النشاط المزاول من خلال تخصيص ميزانية للمؤسسة الصحية العمومية وليس على أساس كل عمل منجز كما كان الحال عليه قبل الإصلاح.

وهكذا فإن مركزا للتشريح يُشغل بدوام كامل متوسط 2.5 أطباء ومتوسط 1.5 سكرتير و3 أعوان ويجري أكثر من 300 عملية تشريح سنويا، يتلقى كل سنة حوالي 500.000 أورو. في حين أن وحدة للطب الشرعي للأحياء (ذات مستوى تنظيمي صنف 2) تتولى ليل نهار فحص الضحايا والأشخاص الموضوعين رهن الحراسة النظرية وتشغل ستة أطباء بدوام كامل و3 ممرضات حائزات على دبلوم الدولة وسكرتير واحد وعون خدمة، تتلقى سنويا حوالي مليون أورو.

وبالقرب من سياقنا، عرفت الجزائر تطورا كبيرا في هذا الميدان، حيث أحدث بموجب قرار صادر في فاتح يوليوز 1996 اللجنة الطبية الوطنية للطب الشرعي، وهي هيئة مكلفة بتقديم المشورة لوزير الصحة في مجال تطوير الطب الشرعي وتنظيمه. وقد تم دمج مصالح الطب الشرعي بشكل كامل في المستشفيات حيث أن لديها:

- إما وضع مصلحة استشفائية جامعية تؤمن التكوين لفائدة طلاب الطب والأطباء المقيمين في مجال الطب الشرعي، ويبلغ عددها 13 مصلحة موزعة على العديد من المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- أو وضع مصلحة استشفائية، ويصل عددها إلى 29 مصلحة.

وقد شغلت هذه المصالح في عام 2006 ما يقرب من 90 طبيبا شرعيا.
أما المصالح الأحسن تنظيما فهي المصالح الاستشفائية الجامعية للطب الشرعي الواقعة بالمدن الجامعية، وتضم حوالي 5 وحدات تم إحداثها بموجب مرسوم وزاري صادر عن وزارتي الصحة والتعليم العالي وهي:

- وحدة الكشف الطبي الشرعي؛
- وحدة الأنشطة الطبية الشرعية المتعلقة بالوفيات؛
- وحدة أخلاقيات المهنة والقانون الطبي؛
- وحدة استشفاء السجناء؛
- وحدة البحث عن السموم في مجال الطب الشرعي.

وتتوفر بعض المصالح الاستشفائية أيضا على وحدة للاستماع والتكفل بالمدمنين.
ويتم تمويل هذه المصالح، بشكل حصري، من قبل وزارة الصحة. غير أن الأطباء يتلقون، بشكل فردي، ، مكافأة جد «رمزية، عن كل مهمة أنجزوها لفائدة القضاء ».

وفي تونس، هناك أربع مصالح استشفائية جامعية وأربعة مراكز استشفائية جامعية (تونس، سوسة، المناستير، صفاقس). وعلى غرار الجزائر، يحظى الأطباء الشرعيون بالأولوية في التسجيل بجدول الخبراء. فوحدهم الأطباء الشرعيون والأطباء الحائزون على شهادة الكفاءة لتقييم الضرر الجسماني مخولون للتسجيل في جدول الخبراء. ويعد نمط تمويل نشاط الطب الشرعي مماثلا لنظيره في الجزائر.

2. نماذج التكوين في الطب الشرعي

فيما يتعلق بالتكوين في الطب الشرعي، تتسم الأنظمة المعمول بها في مختلف البلدان بتنوعها الكبير. فعلى المستوى الأوروبي، ثمة محاولات لتوحيد مدة ومحتوى التكوين الذي يتلقاه الطبيب الشرعي. وهكذا، فإن المجلس الأوروبي للطب الشرعي حدد في وثيقة قدمت إلى الاتحاد الأوروبي للأطباء المتخصصين بتاريخ 14 شتنبر 2011 [11] حقل الكفاءات والمعارف اللازمة للتخصص في الطب الشرعي. وتشمل هذه المعارف:

- مجال الطب الشرعي السريري، والذي يتضمن مجال تقييم وتفسير الإصابات كيفما كان أصلها وطريقة حدوثها والإدمان وقضايا الطب الشرعي المتعلقة به، ومختلف المواد السامة ذات الأهمية في الطب الشرعي، ومسائل الأهلية والمسؤولية الجنائية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية؛
- مجال الوفيات، بما في ذلك معرفة مختلف أشكال الوفيات والظواهر المتعلقة بالجثث والتقنيات العامة والخاصة خلال عمليات الفحص الخارجي والداخلي للجسم والعينات المختلفة لمزيد من التحقيقات في مجال الوفيات؛
- مجال القانون الطبي وأخلاقيات المهنة والاجتهاد القضائي ذي الصلة.

ويرى المجلس الأوروبي للطب الشرعي أن الحد الأدنى لمدة التكوين في الطب الشرعي هو 04 سنوات؛ ويظهر استعراض مختلف فترات التكوين في الطب الشرعي بأوروبا التوجه نحو توحيد مدة التكوين لجعلها 05 سنوات (مثل سويسرا وألمانيا وبلجيكا..).

ففي ألمانيا، يُطلب من المرشحين للتخصص إجراء 300 عملية تشريح على الأقل و25 تحقيقا في مسرح الجريمة و2000 فحص نسيجي و25 فحصا يهم العظام والأسنان.

وفي بلجيكا، يجب على المرشح أن يكون قد أجرى 100 عملية تشريح و600 خبرة جنائية.

وفي سويسرا، يجب على المرشح أن يقوم شخصيا بإجراء 50 تحقيقا في مسرح الجريمة و100 عملية تشريح في مجال الطب الشرعي و25 فحصا في مجال الطب السريري والقضائي و25 تقييما لنسبة الكحول في الدم. ويتعين عليه أيضا أن يشارك في تنفيذ وتقييم 10 حالات للتحليلات الكيميائية السمية و10 حالات إثبات النسب البيولوجي و10 حالات من الآثار الجينية القضائية و10 حالات أخرى من الآثار البيولوجية وكذا إنجاز 200 خبرة لإثبات علاقة السببية وإعادة بناء الوقائع وتحديد مدى الأهلية للسياقة، وتحليل بعض القضايا المتصلة بطب السجون ...

11 – وصف الطب الشرعي كتخصص طبي في الاتحاد الأوروبي. أهداف وغايات التكوين المتخصص: المجلس التنفيذي للمجلس الأوروبي للطب الشرعي ((ECLM، لفائدة المجلس الأوروبي للطب الشرعي ونيابة عنه، بعد الموافقة على الوثيقة من قبل مندوبي الدول الأعضاء في المجلس الأوروبي للطب الشرعي . 2011/09/14

وفي فرنسا، لم تعد تسلم منذ عام 1985 شهادة الدراسة المتخصصة (CES) في الطب الشرعي الذي تخول التخصص في الطب الشرعي. وتم إحداث دبلوم الدراسات المتخصصة التكميلية (DESC) في الطب الشرعي والخبرة الطبية كامتداد لدبلوم الدراسات المتخصصة لفائدة الأطباء الحائزين قبليا على شهادة تخصص، حيث تستغرق الدراسة سنتين وتعتبر السنة الأخيرة من دبلوم الدراسات المتخصصة بمثابة السنة الأولى من دبلوم الدراسات المتخصصة التكميلية.

ولكن نظرا للنقص العددي في التكوين عن طريق دبلوم الدراسات المتخصصة التكميلية، تم في عام 2000 إحداث الكفاءة في ممارسة الطب الشرعي التي تدوم سنتين، وهي تتيح أساسا لدكاترة الطب العام اكتساب مهارات في الطب الشرعي. هذه الكفاءة التي تلزم المعنيين بها بحضور ما يقارب ثلاثين عملية تشريح فقط لا تسمح للحائزين عليها بالقيام بأنفسهم بتشريح الجثة. ولكن نظرا لكون الأنشطة المتعلقة بالوفيات لا تزاول إلا داخل المراكز الاستشفائية الكبرى، في إطار نظام التأطير والمواكبة يستكمل هذا التكوين بإجراء المئات من عمليات التشريح بمعية خبراء محنكين.

وبالإضافة إلى مسالك التكوين هذه، التي تتطرق للمجالات المتصلة بالوفيات والطب الشرعي السريري، ثمة دبلومات جامعية أخرى مكرسة للتعويض عن الضرر الجسماني. هذه المسالك التكوينية أصبحت شرطا أساسيا للإدراج بجداول الخبراء، إذ أشار وسيط الجمهورية من بين المقترحات لإصلاح الخبرة الطبية القضائية[12] (08 يوليو 2009)، إلى الشرط الذي يلزم طالب التسجيل في جداول الخبراء بأن يكون حائزا على دبلوم في الطب الشرعي أو التعويض القانوني عن الضرر الجسماني.

أما في ما يخص الجزائر وتونس، فإن التكوين المتخصص في الطب الشرعي يدوم أربع سنوات ويتوخى اكتساب المعارف والمهارات في مجال الوفيات والطب الشرعي السريري وكذا في مجال القانون الطبي وأخلاقيات المهنة والمعارف في غيرها من العلوم الشرعية.

12 – وسيط الجمهورية : اقتراح يتعلق بإصلاح الخبرة الطبية القضائية، 8/7/2009

ثانيا - وضعية الطب الشرعي وأنشطة الطب الشرعي في المغرب

1. تاريخ الطب الشرعي في المغرب

إن تاريخ الطب الشرعي في المغرب لا يزال حديثا جدا، فقد كان هذا التخصص يدرس دائما لطلاب الطب خلال تكوينهم الأولي، إلا أنه لم يكن أي تكوين في السلك العالي متوفرا إلى حدود عام 1990 حيث بناء على مبادرة من جمعية للأطباء– رابطة أطباء الدار البيضاء – تم إحداث شهادتين مشتركتين بين الجامعات في مجال التعويض القانوني عن الضرر الجسماني والطب الشرعي وذلك من قبل كل من جامعة انجيه وجامعة رين لمدتي سنة وسنتين على التوالي.

وقد تخرج فوجان من الأطباء، حوالي عشرين في كل فوج، ينتمون إلى قطاعات وتخصصات مختلفة، غير أن التفاوت في سياق ممارسة هؤلاء الخريجين، وإنتماء معظمهم إلى القطاع الخاص، لم يمكن من الاستفادة من تكوينهم في النشاط المتصل بالوفيات للطب الشرعي، إذ ظل هذا الأخير محصورا في القطاع العام.
وفي عام 1993، تم إدراج الطب الشرعي ضمن التخصصات الطبية كتكوين قائم بذاته يدوم لفترة أربع سنوات[13].
وبعد عام من ذلك، سترى النور أول مصلحة جامعية للطب الشرعي داخل المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء تحت إشراف البروفيسور سعيد لواهلية.
ولكن وجب الانتظار حتى فبراير 1999 لاستقبال الفوج الأول من الأطباء المقيمين، حيث يعتبر نظام الإقامة السبيل الوحيد للتخصص في الطب في المغرب.
وإلى حد الآن، تخرج من هذه المصلحة الجامعية 13 متخصصا في الطب الشرعي، من ضمنهم أستاذان مساعدان وأستاذ مبرز، كما يتابع طبيب مقيم حاليا تكوينه في المصلحة المذكورة.

ويفسر عدم وجود إقبال من لدن الأطباء على هذا التخصص وفقا لرئيس مصلحة الطب الشرعي التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد بعدم تثمين هذا التخصص. وهو ما يتجلى من جهة، في كون أنشطة الطب الشرعي يمكن أن تنفذ من قبل أي طبيب، بغض النظر عن تخصصه، ومن جهة ثانية، لكونه لا يسمح للأطباء الشرعيين بالتسجيل في جداول الخبراء بحجة يتذرع بها المسؤولون بوزارة الصحة وهي أن الخبرة القضائية نشاط مهني حر تتنافى ممارستها مع النظام الأساسي للوظيفة العمومية. وأخيرا، فإن ظروف عمل الأطباء الشرعيين بمستودعات الأموات التابعة للمستشفيات لا تشجع بتاتا على الانخراط في هذه المهنة.

13 – المرسوم رقم 2.92.182 الصادر بتاريخ 22 من ذي القعدة 1413 (14 مايو 1993) بتحديد نظام الدراسة والامتحانات لنيل دبلوم التخصص في الطب. الجريدة الرسمية عدد 4207 بتاريخ 16 يونيو 1993.

أنشطة الطب الشرعي بالمغرب
الحاجة لإصلاح شامل

وبما أن وتيرة تكوين الأطباء المتخصصين لا تسمح بتلبية الاحتياجات العاجلة للبلاد في مجال الطب الشرعي، فقد تم التوجه نحو تلقين تكوين في مجال الوفيات لفائدة الأطباء بالمكاتب الصحية التابعة للبلديات وبالدرك الملكي، لاسيما وأنه يتم في العديد من المدن تنفيذ عمليات التشريح في المكاتب الصحية التابعة للبلديات. وبدعم من المديرية العامة للجماعات المحلية وهيئة الأركان العامة للقوات المسلحة الملكية، أحدثت شهادة للدراسات المتخصصة في الطب الشرعي بكلية الطب والصيدلة في الدار البيضاء منذ عام 2002 يتضمن برنامجها حوالي اثني عشر ورشة خلال عطل نهاية الأسبوع، موزعة على سنتين. وقد مكنت من تكوين ثلاثة أفواج يبلغ مجموعها حوالي 70 طبيبا بالمكاتب الصحية التابعة للبلديات و15 طبيبا بالدرك الملكي.

وبموازاة مع ذلك، أحدث تكوين في الخبرة الطبية وفي تقييم الضرر الجسماني في عام 1996 باعتباره شهادة جامعية تمتد الدراسة فيها لسنة مع تنظيم اثني عشر ورشة خلال عطل نهاية الأسبوع. وإلى الآن، مكنت هذه الشهادة من تكوين حوالي 300 طبيب في فن الخبرة.

وهكذا، فإن التكوين الأكاديمي في الطب الشرعي لا يزال في مراحله الأولى، مع توافر ثلاثة أساتذة في هذا التخصص عبر مجموع التراب الوطني وعدم وجود مصالح استشفائية جامعية في أربعة مراكز استشفائية جامعية من بين الخمسة مراكز التي تتوفر عليها بلادنا.

إن هيكلة نشاط الطب الشرعي ليس بأحسن حال، فهذا التخصص غير مُدرج في أي بنية منظمة على الصعيد الوطني. ولقد كانت هناك محاولة لتدارك هذا النقص عبر إصدار وزير الصحة لمنشور بتاريخ 07 مايو 2002 يُحدث بموجبه المعهد الوطني للطب الشرعي ضمن الإدارة المركزية للوزارة الوصية، أسندت له مهمة المشاركة في إعداد مخطط لتنظيم الطب الشرعي في المغرب باعتباره آلية للتصميم والتنفيذ والتكوين وتتبع جميع الأعمال ذات الصلة بأنشطة الطب الشرعي.

وللأسف، ظل هذا المنشور حبرا على ورق، ويرجح أن يكون ذلك بسبب عدم التشاور مسبقا في الموضوع مع السلطات المعنية بهذا التخصص. وهكذا، وحتى يومنا هذا، فإن هذا المعهد لا يتوفر على مقر ولا على مدير ولا حتى على النصوص التنظيمية المتعلقة به.

2. الإطار التشريعي والتنظيمي لأنشطة الطب الشرعي

2 -1. التأطير التشريعي والتنظيمي لخدمات الطب الشرعي

2 - 1 - 1. قانون المسطرة الجنائية[14]

في إطار التحقيق في تلبس بالجناية، تسمح المادة 64 لضابط الشرطة القضائية باللجوء لأي شخص مؤهل للقيام بمعاينات لا تقبل التأخير. وفي هذا السياق قد يطلب من الأطباء معاينة حالات الوفاة وإصدار شهادات الطب الشرعي لضحايا العنف البدني أو الجنسي، أو إجراء أي عمل طبي شرعي آخر مستعجل على شخص محدد. كما تتطرق المادة 77 للمسطرة الواجب سلوكها في حال العثور على جثة شخص مات بسبب عنف أو غيره، وظل سبب موته غير معروف أو يحيط به شك. ويتعين على ضابط الشرطة القضائية الذي أشعر بذلك، أن يخبر فورا النيابة العامة بذلك، وأن ينتقل في الحال إلى مكان العثور على الجثة ويجري المعاينات الأولى.

ويمكن لممثل النيابة العامة أن ينتقل إلى مكان العثور على الجثة، إذا رأى ضرورة لذلك، وأن يستعين بأشخاص لهم كفاءة في تحديد ظروف الوفاة (التحقيق في أسباب الوفاة).

وتحتم المادتان 73 و74 على ممثل النيابة العامة بأن يخضع كل مشتبه فيه لفحص طبي إذا هو طلب ذلك أو محاميه أو إذا عاين بنفسه آثارا تبرر ذلك. وإذا تعلق الأمر بحدث يحمل آثارا ظاهرة للعنف أو إذا اشتكى من وقوع عنف عليه، يجب على ممثل النيابة العامة وقبل الشروع في الاستنطاق، إحالته على فحص يجريه طبيب. يتوخى الفحص الطبي الذي يجرى في ظل هذه الظروف بالأساس تحديد مدى توافق الحالة الصحية للحدث مع استمرار اعتقاله والتحقق من وجود آثار العنف ومدى توافقها مع أقوال ومزاعم المعني بالأمر.

وتعطي المادة 88 لقاضي التحقيق إمكانية أن يأمر تلقائيا أو بناء على طلب من المتهم أو محاميه بإجراء فحص طبي أو يكلف طبيبا للقيام بفحص طبي نفسي.

وتتطرق المادة 194 وما يليها للمسطرة المتعلقة بالخبرة التي تأمر بها هيئات التحقيق أو الحكم. ويعين لإنجاز الخبرة خبير مسجل بجدول الخبراء القضائيين ما عدا إذا تعذر ذلك. ويجوز سلوك مسطرة تعيين خبير مساعد من قبل قاضي التحقيق بناء على طلب من النيابة العامة أو الأطراف إذا كانت الخبرة تنصب على علامات أو مواد أو منتوجات قابلة للتغير أو الاندثار. وإذا طلب الخبير أن توضح له مسألة لا تدخل في اختصاصه، يجوز لهذا الأخير أن يطلب تعيين تقني آخر يعد تقريره الذي يضاف إلى تقرير الخبير الأول. وأخيرا، يمكن الاستماع للخبراء في جلسة الاستماع بصفتهم مجرد شهود.

---

14 – الظهير الشريف رقم 1.02.255 الصادر في 3 أكتوبر 2002 كما تم تغييره وتتميمه بالقوانين أرقام 58.11–35.11 –37.10– 23.05–24.05–13.10–36.10 و03.03. النسخة العربية.

2 - 1 - 2. قانون المسطرة المدنية

■■ توفر المادة 55 وما يليها من قانون المسطرة المدنية[15]، بشكل خاص، الإطار القانوني للخبرة في القضايا المدنية. هكذا، يتم اختيار الخبير من بين الخبراء المسجلين في جدول الخبراء، إلا في حالات استثنائية.

وإذا لم يقم الخبير بالمهمة المسندة إليه أو لم يقبل القيام بها، عين القاضي خبيرا آخر بدلا منه وبصرف النظر عن الجزاءات التأديبية، يمكن الحكم عليه بالتعويضات والمصاريف للطرف المتضرر، كما يمكن الحكم عليه بغرامة لفائدة الخزينة ويمكن للخبير الذي عينه القاضي أن يجرح نفسه تلقائيا أو يتم تجريحه:

- للقرابة أو المصاهرة بينه وبين أحد الأطراف؛
- إذا كان هناك نزاع بينه وبين أحد الأطراف؛
- إذا عين لإنجاز الخبرة في غير مجال اختصاصه؛
- إذا سبق له أن أبدى رأيا أو أدلى بشهادة في موضوع النزاع؛
- إذا كان مستشارا لأحد الأطراف؛
- ولأي سبب آخر خطير.

يجب على الخبير، تحت طائلة البطلان، أن يستدعي الأطراف ووكلاءهم لحضور إنجاز الخبرة، مع إمكانية استعانة الأطراف بأي شخص يرون فائدة في حضوره. يضمن الخبير في تقريره جميع المعلومات المفيدة مع وجوب الإشارة إلى مصدرها. كما يجوز استدعاؤه لجلسة الاستماع لتقديم توضيحات ومعلومات إضافية. وأخيرا، لا يلزم القاضي بالأخذ برأي الخبير المعين.

2 - 1 - 3. مدونة الآداب المهنية للأطباء

تكرس المادة 22 من هذه المدونة[16] تسليم الشهادة الطبية كواحدة من الاختصاصات المسندة إلى الطبيب: «يتولى الطبيب، وفقا للمعاينات الطبية التي هو قادر على إجرائها، إصدار شهادات أو وثائق منصوص على الإدلاء بها قانونا». وتحظر المادة 8 على الطبيب إعداد تقرير متحيز أو القيام بتسليم شهادة لإرضاء للغير.

كما أن المادة 50 تحظر على الطبيب قبول إنجاز خبرة تدخل ضمنها مصالح أحد زبائنه أو أصدقائه وأقاربه أو مصالحه الخاصة، ما لم يتفق الطرفان على ذلك.

---

15 – الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.74.447 الصادر في 11 رمضان 1394 بالمصادقة على نص قانون المسطرة المدنية، كما تم تغييره وتتميمه (الجريدة الرسمية بتاريخ 30 شتنبر 1974).

16 – قرار المقيم العام بتاريخ 08 يونيو 1953 المتعلق بمدونة الآداب المهنية للأطباء؛ الجريدة الرسمية عدد 2121 بتاريخ 19 يونيو 1953؛ ص: 828.

2 - 1 - 4. النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بمساطر التعويض عن الضرر الجسماني

تجدر الإشارة في هذا السياق إلى:

- الظهير الشريف الصادر في 2 أكتوبر 1984 المعتبر بمثابة قانون يتعلق بتعويض المصابين في حوادث تسببت فيها عربات برية ذات محرك[17] والمرسوم التطبيقي المتعلق بجدول تقدير نسب العجز[18] ؛
- الظهير الشريف الصادر في 6 فبراير 1963 المغير بمقتضاه من حيث الشكل الظهير الشريف الصادر في 25 يونيو 1927 بالتعويض عن حوادث الشغل[19] ؛
- الظهير الشريف القاضي بتتميم الظهير الشريف المؤرخ في 31 مايو 1943 الذي تنطبق بموجبه على الأمراض الناشئة عن الخدمة والصناعة ومقتضيات الظهير الشريف المؤرخ في 25 يونيو 1927 المتعلق بالمسؤولية الناتجة عن النوازل الطارئة التي تصيب العملة أثناء خدمتهم وعملهم[20] ؛
- قرار لمدير الاتصالات والإنتاج الصناعي والشغل صادر في 21 مايو 1943 والمتعلق بجدول تقدير نسب العجز الذي يستخدم في تحديد الإعاقة الدائمة التي قد يصاب بها ضحايا الحوادث[21] ؛
- قرار لوزير التنمية الاجتماعية والتضامن والتشغيل والتكوين المهني صادر في 23 ديسمبر 1999 بتغيير وتتميم قرار وزير التشغيل والشؤون الاجتماعية بتاريخ 20 مايو 1967 بتطبيق الظهير الشريف الصادر في 31 ماي 1943 بتمديد مقتضيات التشريع المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل إلى الأمراض المهنية[22] ؛
- قرار لوزير الشغل والشؤون الاجتماعية صادر في 20 مايو 1967 بتحديد الكيفيات الخاصة بتطبيق التشريع المتعلق بالتعويض على الأمراض المهنية التي تصيب الرئة[23].

17 – الظهير الشريف المعتبر بمثابة قانون رقم 1.84.177 الصادر في 6 محرم 1405 (2 أكتوبر 1984) يتعلق بتعويض المصابين في حوادث تسببت فيها عربات برية ذات محرك، (الجريدة الرسمية عدد 3753، بتاريخ 3 أكتوبر 1984).

18 – المرسوم رقم 2.84.744 الصادر في 22 من ربيع الآخر 1405 (14 يناير 1985) المتعلق بجدول تقدير نسب العجز ؛ الجريدة الرسمية عدد 3768 بتاريخ 16 يناير 1985 (ص 57–55).

19 – الظهير الشريف رقم 1.60.223 الصادر في 12 من رمضان 1382 (6 فبراير 1963) المغير بمقتضاه من حيث الشكل الظهير الشريف الصادر في 25 من ذي الحجة 1345 (25 يونيو 1927) بالتعويض عن حوادث الشغل ؛ الجريدة الرسمية عدد 2629 بتاريخ 15 مارس 1963 (ص 379–357)

20 – الظهير الشريف المؤرخ في 31 مايو 1943 الذي تنطبق بموجبه إلى الأمراض المهنية ومقتضيات الظهير الشريف المؤرخ في 25 يونيو 1927 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل؛

21 – قرار لمدير الاتصالات والإنتاج الصناعي والشغل صادر في 21 مايو 1943 والمتعلق بجدول تقدير نسب العجز الذي يستخدم في تحديد الإعاقة الدائمة التي قد يصاب بها ضحايا الحوادث؛ فهرس التشريع المتعلق بالشغل، 1994، الفكاك محمد، مكتبة الوحدة العربية، الدار البيضاء، المغرب، ص. 230–183

22 – قرار لوزير التنمية الاجتماعية والتضامن والتشغيل والتكوين المهني رقم 919–99 صادر في 14 من رمضان 1420 (23 ديسمبر 1999) بتغيير وتتميم قرار وزير التشغيل والشؤون الاجتماعية رقم 100–68 بتاريخ 20 مايو 1967 بتطبيق الظهير الشريف الصادر في 26 من جمادى الأولى 1362 (31 ماي 1943) بتمديد مقتضيات التشريع المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل إلى الأمراض المهنية، الجريدة الرسمية رقم 4788، بتاريخ 20 أبريل 2000 (ص 299–242).

23 – قرار لوزير الشغل والشؤون الاجتماعية رقم 101–68 صادر في 20 مايو 1967 بتحديد الكيفيات الخاصة بتطبيق التشريع المتعلق بالتعويض على الأمراض المهنية التي تصيب الرئة، الجريدة الرسمية رقم 2899 بتاريخ 22 ماي 1968 (ص 522–519).

2 - 1 - 5. النصوص المتعلقة بأجور خدمات الطب الشرعي

يفرد القانون رقم 23.86 المتعلق بتنظيم المصاريف القضائية في الميدان الجنائي[24] المادة 14 للأتعاب عن الخدمات المقدمة في مجال الطب الشرعي على النحو الآتي:

- عن عيادة قضائية تشتمل على فحص أو أكثر للمريض أو الجريح أو على فحص مفصل لجثة من غير تشريحها مع إيداع تقرير .... 30 درهما ؛
- عن تشريح جثة قبل دفنها.... 100 درهم.
- عن تشريح جثة بعد إخراجها من القبر أو تشريح جثة في حالة تفسخ بالغ.... 150 درهما ؛
- عن تشريح جثة مولود قبل دفنها .... 50 درهما.
- عن تشريح جثة مولود بعد إخراجها من القبر أو تشريح جثة مولود في حالة تفسخ بالغ .... 80 درهما ؛
- عن فحص يتعلق بمرض عقلي .... 50 درهما ؛
- عن فحص طبي نفساني أو فحص عقلي لقاصر .... 35 درهما.

■■ قرار مشترك لوزير الصحة ووزير المالية والخوصصة رقم 10.04 صادر بتاريخ 25 مارس 2004 بتحديد تعريفة الخدمات والأعمال التي تقدمها المستشفيات والمصالح التابعة لوزارة الصحة[25] ينص في المادة 7 منه بالنسبة لأعمال تشريح الجثة على مبلغ جزافي بقيمة1000 درهم وفي المادة 10 منه ينص بالنسبة لإصدار شواهد الطب الشرعي على مبلغ جزافي بقيمة 100 درهم. ولكن في الواقع، لا يتم تحصيل هذه المبالغ من قبل المستشفيات حين تكون السلطة القضائية هي من أمرت بإجراء هذه الأعمال، أولا لأنها لا تتفق مع المبالغ المنصوص عليها في القانون المتعلق بتنظيم المصاريف القضائية في الميدان الجنائي وثانيا، لأن هذا القانون لا ينص على تقديم أي أجر للمؤسسة التي قدمت الخدمة.

■■ منشور لوزارة الصحة[26] رقم 162 صادر بتاريخ 17 دجنبر 2010 ينص على أن شهادة الطب الشرعي تسلم مجانا للنساء ضحايا العنف بعد إجراء تحقيق بهذا الشأن من قبل المساعدة الاجتماعية.

---

24 – الظهير الشريف رقم 1.86.238 الصادر في 28 من ربيع الآخر 1407 (31 ديسمبر 1986) الصادر بتنفيذه القانون رقم 23.86 المتعلق بتنظيم المصاريف القضائية في الميدان الجنائي، الجريدة الرسمية عدد 3877 بتاريخ 18 فبراير 1987 (ص 47–39).

25 – قرار مشترك لوزير الصحة ووزير المالية والخوصصة رقم 10.04 صادر بتاريخ 3 صفر 1425 (25 مارس 2004) بتحديد تعريفة الخدمات والأعمال التي تقدمها المستشفيات والمصالح التابعة لوزارة الصحة، الجريدة الرسمية عدد 5210 بتاريخ 06 ماي 2004 (ص 707–705).

26 – منشور لوزير الصحة رقم 162 صادر بتاريخ 17 دجنبر 2010 يتعلق بمجانية شواهد الطب الشرعي المسلمة لفائدة النساء ضحايا العنف.

2 - 2. الإطار المؤسساتي لمقدمي خدمات الطب الشرعي

2 - 2 - 1. الأطباء التابعون لوزارة الصحة

■■ مرسوم رقم 2.99.651 صادر في 6 أكتوبر 1999 بشأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان المشتركة بين الوزارات[27] يتضمن ضمن أنشطة التشخيص والعلاج والعناية في حالات الطوارئ التي يتكلف بها الأطباء وجراحو الأسنان التابعون لوزارة الصحة:

- إصدار الشهادات الطبية وأي عمل من أعمال الخبرة في الطب الشرعي المطلوبة منهم؛
- معاينة الوفاة وتسليم الشهادات الطبية ذات الصلة؛
- عمليات التشريح لأغراض البحث مع الامتثال للقوانين والتنظيمات الجاري العمل بها، أو لأغراض الطب الشرعي.

■■ قرار لوزيرة الصحة رقم 456.11 صادر في 6 يوليو 2010 في شأن النظام الداخلي للمستشفيات[28] لم يقم بإلحاق أنشطة الطب الشرعي السريرية وتلك المتعلقة بالوفيات بمصلحة مستقلة، لكنه أدرجها في مصلحة الاستقبال والقبول وهي مصلحة طبية تقنية مسيرة من قبل طبيب. بالإضافة إلى تسجيل أعمال الطب الشرعي وتسيير مستودع الأموات التابع للمستشفى، تدبر هذه المصلحة أيضا استقبال وتوجيه المرضى، وتنظم قبولهم وخروجهم ومواعيدهم، وتتولى إعداد الإحصاءات وفوترة الخدمات كما تدبر الاعلام الاستشفائي والتواصل الداخلي والخارجي للمستشفى، وتوفر المساعدة الاجتماعية للمرضى وتنظم السجلات الطبية. أما الشواهد الطبية التي تسلم لضحايا حوادث الشغل أو الأمراض المهنية فيقوم بإعدادها الأطباء المعينون لهذا الغرض في الوحدة المكلفة بحوادث الشغل. ووفقا لهذا النظام الداخلي أيضا يحظر دخول المستشفى على الشخص المتوفى، ما عدا في حالة عدم وجود مستودع للأموات بالبلدية، وبطلب من السلطات المختصة.

2-2-2 الأطباء المسجلون في جداول الخبراء القضائيين

يعتبر الأطباء الخبراء القضائيون من بين مساعدي العدالة الذين يجب عليهم أن يمتثلوا في أداء واجباتهم لأحكام القانون رقم 45.00 المتعلق بالخبراء القضائيين.

27 – مرسوم رقم 2.99.651 صادر في 25 جمادى الثانية 1420 (6 أكتوبر 1999) بشأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان المشتركة، الجريدة الرسمية عدد 4736 (ص 862–858)

28 – قرار لوزيرة الصحة رقم 456.11 صادر في 23 من رجب 1431 (6 يوليو 2010) في شأن النظام الداخلي للمستشفيات، الجريدة الرسمية عدد 5926 بتاريخ 17 مارس 2011 (ص 308–291).

1.2.2.2. التسجيل في جدول الخبراء

يجب على الطبيب المرشح للتسجيل أن يستوفي الشروط التالية:

- أن يكون من جنسية مغربية؛
- أن لا يقل عمره عن 30 سنة؛
- أن يكون في وضعية قانونية إزاء الخدمة العسكرية؛
- أن يكون متمتعا بحقوقه المدنية ويكون حسن السيرة والأخلاق؛
- أن لا يكون قد أدين لأجل جناية أو جنحة، باستثناء الجنح غير العمدية؛
- أن لا يكون قد سبق الحكم عليه بعقوبة تأديبية بسبب ارتكابه أعمالا منافية للشرف والنزاهة أو الأخلاق؛
- أن يستجيب لمعايير التأهيل المحددة بنص تنظيمي لكل تخصص في مجال الخبرة، وقد حددت هذه المعايير بقرار لوزير العدل رقم 1081–03 مؤرخ في 3 يونيو 2003 وهو يلزم بشكل خاص دكاترة الطب العام بمزاولة الطب فعليا لمدة 15 سنة والأطباء المتخصصين لمدة 10 سنوات. كما تسمح المادة 2 من القرار سالف الذكر، باقتراح من الوكيل العام للملك لدى محكمة الاستئناف، بتقليص مدة الخبرة المطلوبة دون أن تكون أقل من نصف المدة المطلوبة؛
- التوفر على مقر في الدائرة الترابية لمحكمة الاستئناف التي يعتزم ممارسة وظائفه ضمنها؛

لتسجيل شخص اعتباري، يجب على ممثله القانوني وعلى الأشخاص الذاتيين الذين يشرفون على عمليات الخبرة أن يستوفوا الشروط المذكورة أعلاه.

وبالتالي، يتوقف تسجيل الأطباء في جداول الخبراء القضائيين في المقام الأول على التوفر على أقدمية في ممارسة الطب. على خلاف ذلك، لا يكون مقدم طلب التسجيل ملزما بأن يثبت أنه تابع أي تكوين في الخبرة الطبية سواء من حيث معرفة القواعد والإجراءات أو معرفة تقنيات تقييم الضرر الجسماني.

ويمكن أن يتم التسجيل في جدول محكمة الاستئناف أو في الجدول الوطني أو فيهما معا مع الإشارة إلى طبيعة التخصص.

كما يمكن للخبير أن يتقدم بطلب التسجيل في الجدول الوطني بعد خمس سنوات من تسجيله في جدول محكمة الاستئناف.

وتتم دراسة طلبات التسجيل من قبل لجنة تابعة لوزارة العدل، والتي تقوم بالإضافة إلى ذلك، بوضع جداول الخبراء القضائيين ومراجعتها سنويا.

يرأس هذه اللجنة ممثل عن وزير العدل، وتتألف من الرؤساء الثلاثة الأوائل لمحاكم الاستئناف، وثلاثة وكلاء عامين للملك لدى محاكم الاستئناف واثنين من الخبراء القضائيين، بمن فيهم رئيس هيئة أو رئيس جمعية مهنية عندما يتعلق الأمر بمرشح للتسجيل في مجال من مجالات الخبرة تابعة لهيئة معينة أو ممثلة من قبل جمعية ما.
يعتبر التسجيل صالحا لمدة سنة واحدة ولا يلزم تجديد طلبات التسجيل.

2.2.2.2. حقوق وواجبات الخبراء

اكتساب واستعمال صفة خبير معتمد لدى محكمة الاستئناف أو خبير على المستوى الوطني.
الأسبقية في تنفيذ الخبرة القضائية، إذ يجب أن يظل تعيين خبير غير مسجل أمرا استثنائيا.
الحق في الأجرة:

- في القضايا المدنية، تحدد الأجرة من قبل القاضي ويتم إيداع المبلغ المسبق عن الأتعاب بكتابة الضبط، إلا في حالات المساعدة القانونية؛
- في القضايا الجنائية، تطبق التعريفات المحددة بموجب الظهير بتنفيذ القانون المتعلق بتنظيم المصاريف القضائية في الميدان الجنائي.

يجب على الخبراء أيضا:

- أداء القسم أمام محكمة الاستئناف خلال التسجيل الأول.
- المشاركة في الدورات الدراسية المتعلقة بالجوانب القانونية للخبرة والتي تنظمها وزارة العدل لفائدة الخبراء القضائيين.
- تنفيذ المهمة شخصيا في الآجال المحددة.
- عدم الامتناع، بدون عذر مقبول، عن تنفيذ خبرة، ولاسيما بسبب عدم كفاية مبلغ الأتعاب. لكن يجوز له، بعد الانتهاء من مهمته، طلب أتعاب إضافية.
- احترام القواعد والآجال المسطرية.
- القيام في نهاية كل سنة بإرسال تقرير عن النشاط المتعلق بعمليات الخبرة التي أجريت خلال السنة إلى وزير العدل.

3.2.2.2.مراقبة وتأديب الخبراء

يتولى الرئيس الأول والوكيل العام للملك لدى محكمة الاستئناف مراقبة الخبراء المسجلين في جداول تلك المحكمة، في حين أن الرئيس الأول والوكيل العام للملك لدى محكمة النقض هما من يتوليان مراقبة الخبراء المسجلين في الجدول الوطني.

ولهذه الغاية، يجرون تحقيقات سواء تلقائية أو بناء على طلب من وزير العدل أو بناء على شكاوى المتقاضين، من خلال الاستماع، عند الاقتضاء، إلى الخبير المشتكى به.
ويتم تقديم نتائج التحقيق في شكل تقرير إلى وزير العدل الذي يقوم بإحالته إلى اللجنة المذكورة أعلاه.
ويرفق هذا التقرير بوثيقة تحتوي على تقييم من قبل الرئيس والوكيل العام. كما يكون مصحوبا بالوثائق المتعلقة بالقضية.

يقوم رئيس اللجنة باستدعاء الخبير للمثول أمام اللجنة. ويجوز للخبير أن يستعين بمحام من اختياره. كما يطلع على وثائق الملف باستثناء وجهة نظر الرئيس الأول والوكيل العام للملك.

تفرض العقوبة التأديبية بقرار معلل من وزير العدل، بناء على اقتراح من اللجنة، على كل خبير خالف القوانين أو التنظيمات المتعلقة بالخبرة أو أخل بواجباته المهنية أو بخصال المروءة والشرف والنزاهة.
العقوبات التأديبية هي:

- الإنذار؛
- التوبيخ؛
- المنع المؤقت من مزاولة الخبرة لمدة أقصاها سنة واحدة؛
- التشطيب من الجدول.

ويجوز الطعن في المقررات التأديبية بسبب الشطط في استعمال السلطة أمام المحاكم الإدارية، وفقا للقواعد والإجراءات المنصوص عليها في القانون رقم 41–90 المحدثة بموجبه محاكم إدارية.

3. تشخيص الوضعية

3-1. أنشطة الطب الشرعي في مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات والبلديات

تهم هذه الأنشطة بالأساس الفحوص الخارجية وتشريح الجثث وقليلا ما يتم فحص الجثة في مكان اكتشافها. وتنفذ هذه الأنشطة تبعا للمدن التي تمت زيارتها، إما بشكل حصري في المستشفى (على سبيل المثال، الجديدة، خريبكة، فاس) أو حصريا في مستودع للأموات تابع للبلدية خارج المستشفى (مثل الرباط) أو في حالات نادرة داخل المستشفى (طنجة). وفي بعض المدن، يتم تنفيذ أنشطة الطب الشرعي المتعلقة بالوفيات أيضا في مستودع الأموات التابع للمستشفى وفي مستودع الأموات التابع للبلدية على حد سواء (مثال الدار البيضاء وآسفي).

وقد سمحت الزيارات التي تمت إلى مستودعات الأموات بالمدن المذكورة أعلاه بمعاينة حقائق مختلفة سواء من حيث البنية التحتية والمعدات، أو من حيث الموارد البشرية والكفاءات، أو من حيث كيفيات التدبير والتنسيق مع الجهات المعنية الأخرى.

3-1-1. وضعية المصالح التي تمت زيارتها

3-1-1-1. توزيع متفاوت

تتوزع ممارسة أنشطة الطب الشرعي المتصلة بالوفيات بشكل غير متساو بين مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات وتلك التابعة للبلدية. ويعكس ذلك انعدام هيكلة هذا النشاط على المستوى الوطني، مما يفسح المجال أمام تعدد المبادرات المحلية أو الاستراتيجيات غير المنسقة على المستوى المركزي بين المديرية العامة للجماعات المحلية ووزارة الصحة. وفي كثير من الأحيان، يتوقف إنشاء وتجهيز مصلحة ما وتنظيم نشاط الطب الشرعي بها على أساس شخص مدير المستشفى وديناميته أو على الاهتمام الذي توليه الجماعة المحلية أكثر منه على استراتيجية منسقة على المستوى المركزي.

وكمثال على ذلك، لاحظنا عدم وجود أي نشاط للطب الشرعي متصل بالوفيات في اثنين من المراكز الاستشفائية الجامعية في الرباط وفاس، علما أن التكوين التخصصي في الطب الشرعي يتم فقط على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية.

وبالموازاة مع ذلك، لا تحتضن مدن الجديدة وخريبكة وفاس أنشطة الطب الشرعي المتصلة بالوفيات على مستوى مكاتب حفظ الصحة التابعة لبلديتها.

3-1-1-2. تفاوتات صارخة

تتسم معظم مستودعات الأموات التي تديرها إدارة المستشفى بمبانيها المتهالكة، مع أنه من حيث المخاطر البيولوجية، يعتبر مستودع الأموات منطقة ذات مخاطر عالية جدا، الأمر الذي يتطلب الفصل بين المناطق التقنية والمناطق المخصصة للعموم. فبالمنطقة التقنية، يجب تخصيص مسارين منفصلين، أحدهم لمرور جثث الموتى والآخر للطاقم الطبي والتقني تبعا لمبدأ التقدم للأمام. ويجب أن تكون الأرضيات والجدران والسقف والأبواب مصنوعة من المواد الصلبة والسلسة وغير القابلة للتلف. كما يجب توفير نظام لمعالجة الهواء مع نظام تهوية كاف. وتعتبر المياه الناتجة عن تشريح الجثة من النفايات الطبية ذات خطورة جرثومية، يجب تدبيرها عن طريق تركيب حوض للتطهير الخاص بالنفايات السائلة قبل إلقائها في أنابيب الصرف الصحي.

لم يلاحظ احترام لأي من هذه التوصيات أو المعايير أثناء الزيارات التي تمت إلى مستودعات الأموات بالمستشفى. فالتشريح يجرى في الغالب في غرفة صغيرة قذرة مع عدم وجود جهاز لتهوية أو تكييف للهواء (الجديدة وآسفي) وعلى طاولات للتشريح من السيراميك غير مريحة في بعض الأحيان (عالية جدا قياسا لمستوى الأرض بخريبكة)، وأحيانا حتى من دون وصول المياه إلى طاولة التشريح أو حتى إلى الغرفة بأكملها (الجديدة وآسفي). ويتسبب انعدام التهوية وتكييف الهواء في انبعاث روائح كريهة بشكل دائم. أما في الجديدة فيفضل الأطباء إجراء تشريح الجثث في باحة مستودع الأموات وفي العراء وعلى نقالات من أجل تفادي مشكل تهوية غرفة التشريح الصغيرة. وفي كثير من الأحيان، داخل مستودع الأموات بالمستشفى أو بالقرب منه (الجديدة وآسفي على سبيل المثال)، يتم تكديس تجهيزات المستشفى المعطلة (الأسرة والنقالات والآليات المختلفة...).

أما مستودعات الأموات التابعة للبلديات التي تمت زيارتها فهي بحالة أفضل نسبيا، مع فصل واضح بين المناطق التقنية والمناطق المخصصة للعموم، على الرغم من ملاحظة بعض أوجه القصور المعمارية بخصوص اتجاه حركة الجثث والموظفين في المناطق التقنية. مستودع الأموات الجديد التابع للبلدية في آسفي لا يزال قيد الإنشاء مع توقف الأشغال به منذ عدة أشهر بسبب نقص في الميزانية. وبالتالي يتم تنفيذ عمليات التشريح على الأرض مباشرة من قبل طبيب واحد في المكتب البلدي لحفظ الصحة. أما مستودع الأموات التابع للبلدية في الجديدة والذي بني حديثا مع 16 خزانات مبردة فلم يبدأ العمل به بعد.

3-1-2. حالة التجهيزات

3-1-2-1. معدات التبريد متهالكة وغير صالحة

على هذا المستوى، يلاحظ نفس التفاوتات بين مستودعات الأموات التابعة للمستشفى وتلك التي تديرها البلديات. فعادة ما تكون الغرف الباردة بمستودعات الأموات التابعة للمستشفيات غير كافية من حيث العدد: غرفة باردة واحدة غير مقسمة من حجم 04 متر x04 متر بمستشفى الجديدة وخريبكة مع عدم كفاية التبريد، 6 خزانات مبردة في مستشفى آسفي، 21 خزانة مبردة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد في الدار البيضاء مع عدد وفيات وحالات وفاة عند الولادة تصل إلى أكثر من 4000 حالة سنويا، 12 خزانة مبردة بمستشفى ابن سينا في الرباط، غرفة باردة واحدة غير مقسمة و04 خزانات مبردة صالحة للاستعمال بمستشفى الغساني في مدينة فاس برمتها، نظرا لأن المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني في فاس لا يتوفر إلى الآن على غرفة باردة مشغلة.

وعندما تكون الخزانات أو الغرف المبردة في حالة جيدة، يكون على النقيض من ذلك نظام التبريد غير كاف وغير مناسب للحصول على درجات حرارة سلبية. أضف لذلك أيضا الأعطاب المتكررة لغرف التبريد بسب قدم المعدات أو عدم وجود صيانة منتظمة. كما لا يتوفر أي مستودع للأموات تابع للمستشفى تمت زيارته على غرفة باردة، معدة للاستعمال في حالة تدفق جماعي للجثث (خلال كارثة كبرى على سبيل المثال) أو لتخزين الجثث مؤقتا في حالة تعطل خزانات التبريد. كل هذا يؤدي إلى التحلل السريع للجثث في غضون بضعة أيام ولانبعاث روائح كريهة تشم أحيانا من خارج مستودع الأموات. بالنسبة للجثث التي يتم تخزينها لفترات طويلة وخاصة منها مجهولة الهوية أو تلك التي لم يطالب بها أحد من أسرة الضحية أو حين يكون التحقيق في ملابسات الوفاة ما زال مفتوحا، فإنها تتعرض بسرعة للتلف مما يجعل من الصعب التعرف عليها لاحقا من قبل أسرهم في الحالة الأولى ويعيق فرص القيام بأي تحقيق جديد على الجثة في الحالة الثانية.

وعلى النقيض من الحالة المزرية التي توجد عليها أنظمة التبريد بمستودعات الأموات التابعة للمستشفى، فإن تلك الخاصة بمستودعات الأموات التابعة للبلدية هي أفضل حالا منها وأحيانا بشكل مبالغ فيه. وهكذا، يتوفر مستودع الأموات التابع للبلدية في الدار البيضاء على 120 خزانا للتبريد و20 غرفة باردة، 4 منها تؤمن درجات حرارة سلبية. كما يحتوي مستودع الأموات التابع لبلدية طنجة على 30 خزانة مبردة توجد في حالة ممتازة.

3-1-2-2. استعمال معدات قديمة في عمليات التشريح

المعدات اللازمة لإجراء تشريح الجثة غير كافية أو في حالة سيئة. الأدوات (مثل المقص والكليبات، ...) غالبا ما تكون معدات قديمة استغني عنها من غرف العمليات (الجديدة، آسفي، فاس). المنشار الكهربائي لفتح الجمجمة هو بدوره منعدم في بعض الأحيان (غير موجود في خريبكة ومعطل في فاس منذ 08 أشهر)، مما يعني أن عمليات التشريح يتم تنفيذها دون فتح الجمجمة. وفي حالات الوفاة التي يحيط بها غموض أو غير معروفة السبب، يعد هذا الأمر غير مقبول وانتهاكا خطيرا لأبسط القواعد المتبعة في تنفيذ عمليات التشريح، وبالتالي لا ينبغي إعطاء أي مصداقية لتقارير من هذا القبيل. وأوضح الطبيب الشرعي في مستشفى خريبكة والذي تلقى تكوينا أكاديميا كاملا في الطب الشرعي، أنه في الحالات التي يراها «خطيرة»، فإنه يحيلها ببساطة إلى الدار البيضاء. ومن ثم يتعين على العائلات الثكلى مواجهة عقبات كثيرة من أجل نقل واسترجاع رفات أقاربها .

3-1-2-3. تعبئة وحفظ للعينات بشكل غير لائق

أما بالنسبة لأخذ العينات، غالبا ما تكون قارورات التعبئة المناسبة منعدمة في مستودعات الأموات سواء التابعة للمستشفيات أو البلديات على حد سواء. فعادة ما تستخدم زجاجات معدة للممارسة الطبية السريرية لا تتناسب في كثير من الأحيان مع عملية حفظها مجمدة لفترات طويلة. كما تفتقر مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات عموما لأجهزة التجميد من أجل حفظ العينات الموجهة للفحوص السمية أو اختبار الحمض النووي. إذ يتم الاحتفاظ بالعينات إما في ثلاجات عادية مليئة عن آخرها أو داخل غرف للتبريد في درجات حرارة غير كافية على الإطلاق. من ثم تتأثر جودة وفعالية اختبارات السموم بشكل سلبي لكونها تعتمد إلى حد كبير على حسن تدبير مرحلة ما قبل التحليل. وفي ما يخص العينات لغرض الفحوصات التشريحية المجهرية، فنادرا ما تؤخذ في معظم المدن التي تمت زيارتها، باستثناء الدار البيضاء وطنجة، إذ ترسل هذه الأخيرة بانتظام هذه العينات إلى مصلحة الطب الشرعي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد في الدار البيضاء، حيث تتم معالجتها بتعاون مع مصلحة التشريح المرضي التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي. ويعزى عدم اللجوء إلى الفحوص التشريحية المجهرية بعد تشريح الجثة في بعض الأحيان إلى الجهل بمزايا هذا الفحص التكميلي أو أحيانا إلى عدم وجود متخصص في هذا الميدان أو إلى عدم وجود السوائل الخاصة بحفظ العينات.

3-1-2-4. سيارات نقل الموتى

لا تتوفر سوى في مستودعات الأموات التابعة للبلديات، مما يترتب عنه الكثير من الإكراهات بالنسبة للأسر عندما تكون بحاجة لنقل الجثة إلى مدينة أخرى بغرض تشريحها. ينطبق ذلك على عمليات نقل الجثث من الجديدة وخريبكة باتجاه الدار البيضاء، التي إما تتم على متن سيارات نقل الموتى التابعة لمستودع الأموات البلدي في الدار البيضاء بعد فترة طويلة من الانتظار، أو يتم القيام بها على نفقة عائلات المتوفين بواسطة سيارات لنقل الموتى خصوصية عند عدم توفر البلدية على سيارة لنقل الموتى.

وفي فاس، يتم نقل الجثث من المركز الاستشفائي الجامعي باتجاه مستشفى الغساني على متن سيارات للإسعاف في مخالفة للنصوص التنظيمية التي تحظر استخدام سيارات الإسعاف لنقل الجثث.

3-1-3. الموارد البشرية

3-1-3-1. عدد غير كاف للأطر الطبية المؤهلة

أظهرت الزيارات وجود ثلاثة فئات من الأطباء الذين يجرون عمليات التشريح:

- أخصائيون في الطب الشرعي، تم تعيينهم حصريا في مستودعات للأموات تابعة للمستشفيات، معظمها في حالة يرثى لها (فاس، الجديدة، خريبكة). وعلى الرغم من أنهم تلقوا تكوينا أكاديميا كاملا (04 سنوات بدوام كامل)، فإنهم غالبا ما يضطرون إما لإحالة الجثث إلى الدار البيضاء بسبب النقص في أدوات التشريح – مع كونها غير مكلفة – كما هو الحال بالنسبة لخريبكة، أو بسبب عدم وجود أطباء مؤهلين آخرين لتشكيل فريق للمداومة (الجديدة على سبيل المثال)، وإما لتنفيذ عمليات التشريح بشكل غير كامل بسبب عدم وجود المنشار الكهربائي (على سبيل المثال مستشفى الغساني بفاس). كما تم تعيين خمسة أطباء آخرين متخصصين في الطب الشرعي، اثنين منهم بالرباط وثلاثة في الدار البيضاء في مستشفيات لا تحتضن نشاطا للطب الشرعي متصل بالوفيات. أربعة منهم ينجزون بعض عمليات التشريح بمصلحة الطب الشرعي التابع للمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد في الدار البيضاء لكي يظلوا على صلة بهذا النشاط المهني.

- أطباء تلقوا تكوينا في التشريح في إطار شهادة الدراسات المتخصصة في الطب الشرعي، يعملون حصريا في مستودعات الأموات التابعة للبلدية، التي هي مجهزة بشكل أفضل بالنسبة لمعظمها. البعض منهم تمكن من إكمال تكوينه الأولي – الذي لم يتمكنوا في إطاره من المشاركة إلا في عدد محدود من عمليات التشريح – من خلال مشاركته شخصيا في نشاط متعلق بالوفيات تحت إشراف زملاء له أكثر خبرة أو بتشاور مع

زملاء آخرين بالمستشفى. كما نجد أطباء آخرين ينتمون لمكاتب حفظ الصحة التابعة للبلديات يعملون في عزلة تامة عن المستشفى دون أي إشراف أو مراقبة لنشاطهم.

وفي الختام، فئة أخرى من أطباء ينتمون لمكاتب حفظ الصحة التابعة للبلديات، على الرغم من كونهم تابعوا تكوينا في ممارسة التشريح، إلا أنهم لا يرغبون في مزاولة هذا النوع من النشاط. وقد يمثل هذا في المستقبل القريب إشكالا حقيقيا في ما يتعلق بتأمين الخلف على اعتبار أن العديد من الأطباء الذين يزاولون المهنة حاليا وينتمون لمكاتب حفظ الصحة التابعة للبلديات هم مقبلون على التقاعد.

■■ الفئة الثالثة من الأطباء التي تزاول نشاط الطب الشرعي المتصل بالوفيات هم الأطباء اللذين يعملون في المستشفيات دون أن يسبق لهم أن تلقوا أي تكوين في ممارسة تشريح الجثة. فهم في معظمهم يشتغلون في أقسام المستعجلات بالمستشفيات ويتناوبون للقيام بعمليات التشريح الذي يعتبرونه حملا يثقل كاهلهم دون أن يتلقوا فيه أي تكوين ملائم (الجديدة وآسفي وخريبكة على سبيل المثال). وغالبا ما تتألف تقارير التشريح الخاصة بهم من صفحة واحدة مع معاينات ضعيفة، تمتزج في تفسيرها بعض الحقائق العلمية مع كثير من الأفكار المسبقة التي ليس لها أي أساس علمي. مثل هذه التقارير قد تؤدي ببساطة إلى أخطاء قضائية كارثية.

وعموما، يعاني نشاط التشريح من نقص في الأطباء الذين تلقون تكوينا ملائما:

- طبيب واحد تلقى تكوينا ملائما يزاول بمكتب حفظ الصحة التابع للبلدية في طنجة، يساعده اثنان من الأطباء غير مكونين؛
- اختصاصي واحد في الطب الشرعي بمستشفى خريبكة، يساعده 04 أطباء غير مكونين؛
- اختصاصي واحد في الطب الشرعي بمدينة الجديدة، يساعده طبيب مستشفى آخر غير مكون؛
- اختصاصي في الطب الشرعي وطبيب تلقى تكوينا ملائما بمستشفى الغساني بفاس؛
- خمسة أطباء غير مكونين بمستشفى آسفي وطبيب له تكوين ملائم لمكتب حفظ الصحة التابع للبلدية في آسفي، كل منهم يعمل في عزلة ضمن المؤسسة التي ينتمي إليها؛
- ثلاثة أطباء تلقوا تكوينا ملائما يزاولون في مستودع الأموات التابع لمجلس المدينة في الدار البيضاء؛
- عشرات الأطباء ينتمون لمكتب حفظ الصحة التابع للبلدية في الرباط، معظمهم تلقى تكوينا ملائما في الطب الشرعي المتصل بالوفيات.

3-1-3-2. الموظفون الإداريون والتقنيون

تسجل تفاوتات مماثلة بين مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات وتلك التابعة للبلديات من حيث عدد المساعدين الطبيين العاملين في ميدان التشريح. ففي المستشفيات، كثيرا ما نجد أعوانا متطوعين يعملون كمساعدين في مستودعات الأموات، حيث لا يستفيدون من أي تغطية للمخاطر ويتلقون أجرهم عن طريق التبرعات من العائلات الثكلى (المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد في الدار البيضاء، الجديدة، فاس). ويتألف الطاقم الإداري عموما من شخص واحد مكلف باستقبال الجثث وأسرهم كما يتولى تسجيلهم وتوجيههم لاستكمال الإجراءات الإدارية.

أما الوضع في مستودعات الأموات التابعة للبلديات فمختلف تماما. على سبيل المثال، يتوفر مستودع الأموات البلدي بمستشفى دوق دو طوفار بطنجة على ممرض رئيس وكاتبين اثنين وخمسة أعوان خدمة، كلهم ينتمون للجماعة الحضرية بطنجة بالإضافة إلى ممرض متعدد الوظائف تابع للمستشفى.

3-1-4. الخدمات المقدمة

3-1-4-1. ممارسات غير متجانسة

يعزى التفاوت الحاصل في ممارسة الطب الشرعي المتصل بالوفيات أساسا إلى عدم وجود إجراءات موحدة على الصعيد الوطني يتم تطبيقها على حالات الوفاة التي تكون موضوع تحقيقات الطب الشرعي، وأحسن مثال على ذلك هي عمليات التشريح. فقواعد الاختصاص الموضوعي ليست محددة، إذ يفضي اكتشاف جثة يكون سبب وفاتها غير معروف إلى إصدار أمر بالتشريح تارة من قبل المحكمة الابتدائية وتارة أخرى من قبل محكمة الاستئناف. أما الوفيات العرضية (الناجمة عن حوادث السير على سبيل المثال) فقد تفضي إما إلى فحص خارجي للجثة فقط أو إلى تشريح لها حسب المحاكم، وذلك حتى لو تمت معاينة الوفاة في مكان الحادث من قبل مصلحة حوادث السير أو سرية الدرك الملكي. وفي نهاية المطاف، لممثل النيابة العامة وحده صلاحية اتخاذ قرار بشأن اللجوء إلى الفحص الخارجي للجثة أو تشريحها، حتى ولو كان الطبيب يتوفر على وثائق طبية (ملف الاستشفاء على سبيل المثال...). ويمكن ملاحظة هذا التفاوت في الممارسات حتى داخل نفس المحكمة من ممثل للنيابة العامة إلى آخر. ففي الرباط، لا يخضع الأشخاص الذي قضوا في حوادث السير لأي فحص طبي شرعي.

حالات اللجوء إلى فريق من الخبراء ليست موحدة أيضا. ففي الدار البيضاء، يتم اللجوء غالبا إلى التشريح على يد لجنة من الخبراء في جميع حالات الوفاة التي تهم معتقلين أو في الحالات التي تثار فيها المسؤولية الطبية، على خلاف باقي المدن الأخرى.

كذلك معالجة حالات الأشخاص مجهولي الهوية أو الذين لم يطالب بهم أحد لا تتم بشكل موحد في كل مكان. فإذا كان على مستوى بعض النيابات العامة، يتم إصدار الإذن بالدفن بعد شهرين، ففي أخرى قد نلاحظ آجالا أطول. ومن شأن ذلك أن يتسبب في الاكتظاظ وتحلل الجثث في مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات التي لا تتوفر إلا على طاقة محدودة للتخزين والتبريد، كما يصعب ذلك عملية صيانة أنظمة التبريد.

3-1-4-2. ممارسة نادرة لعمليات فحص الجثث في مكان اكتشافها

على الرغم من أن القواعد والمعايير الدولية توصي لزاما بوجود مختص في الطب الشرعي أو طبيب له دراية بتقنيات الفحص الطبي الشرعي في مكان اكتشاف الجثة – لاسيما إذا تعلق الأمر بالقتل أو بالموت المشبوه – إلا أن اللجوء إلى الأطباء لإجراء فحص للأمكنة وللجثة هو خيار نادر جدا. ويعزى ذلك جزئيا إلى عدم توفر الأطباء الذين تلقوا تكوينا كافيا على هذه الممارسات، وثانيا لعدم وجود آلية ملائمة للتنسيق بين النيابة العامة والأطباء الشرعيين والشرطة.

الفحوص القليلة للجثث في مكان اكتشافها تتم على يد أطباء يمارسون بمكتب حفظ الصحة التابع للبلدية في طنجة والدار البيضاء. إلا أن عدم توفر الأطباء المدربين في مستودعات الأموات التابعة للبلديات (واحد في طنجة و3 في الدار البيضاء) بشكل كاف لا يسمح بجاهزيتهم في أي وقت لتلبية كافة الطلبات الصادرة عن الشرطة والسلطات القضائية. أما أطباء المستشفيات، فحتى لو كان لديهم تكوين أكاديمي أو تابعوا دراساتهم العليا في الطب الشرعي، إلا أنه لا يمكنهم أن ينتقلوا إلى عين المكان نظرا لعدم وجود أي سيارة لنقل الموتى رهن إشارتهم في مستودع الأموات.

ورغم ذلك، فإن فحص الجثث في مكان اكتشافها وفقا لتقنيات الطب الشرعي لا يمكن تعويضها بفحص خارجي أو داخلي للجثة في مستودع الأموات. على النقيض من ذلك، في كثير من الحالات، يمكن بفضل هذه العملية الاستغناء عن القيام بتشريح الجثة إن هي مكنت من تجلية الغموض عن ظروف وملابسات الوفاة.

3-1-4-3. إشراك غير كافٍ للأطباء الشرعيين في إجراءات التحقيق

بالإضافة إلى الغياب المتكرر للأطباء الشرعيين عن موقع اكتشاف الجثث، يشتكي العديد من هؤلاء الأطباء من عدم إطلاعهم على ظروف الوفاة وحيثيات التحقيق. ولعل المعلومات الوحيدة المتاحة قبل بدأ عملية التشريح هي تلك التي تقدمها عائلة المتوفى، وهو الأمر الذي يثير شكوكاً حول شموليتها وصحتها. وفي بعض الأحيان، يتم استقاء المعلومات من الجرائد والصحف التي تسرد التفاصيل والتطورات الدقيقة للبحث التي يجهلها حتى الأطباء الشرعيون الذين يتولون عملية التشريح.

وأحيانا، لا تسمح قلة المعلومات الأولية حول مختلف فرضيات الوفاة التي يطرحها البحث ببرمجة الفحوصات التكميلية الضرورية والأبحاث الطبية والشرعية اللازمة. وبذلك تنحصر خلاصات التقارير في الأسباب المباشرة للوفايات دون إبداء أي رأي حول ظروفها وملابساتها.

كما يعمل الأطباء الشرعيون أيضاً في عزلة عن التقنيين المكلفين بتحليل العينات المأخوذة أثناء التشريح سواء في إطار علم السموم أو علم التشريح المرضي أو أي تخصص ضمن العلوم الشرعية. ولا تستجيب مختبرات التحليلات إلا للطلبات التي تتقدم بها السلطة القضائية بالرغم من أنه لا يمكن لممثل النيابة أن يقوم بمفرده بقراءة التحليلات وتأويلها بل ينبغي أن يعهد ذلك للطبيب الشرعي على ضوء معطيات التشريح ومعلومات أخرى بحوزته. ولا تشكل التحريات العلمية التي تجرى على الجثة موضوع تلخيص جامع بل تسلم بطريقة جزئية لا تساعد دائما السلطات المعنية في فهم مغزاها.

3-1-4-4. تدبير غير ملائم للعينات بغرض البحث عن السموم أو الخبرة الجينية

علاوة على المشاكل المرتبطة بجودة العينات التي يتم أخذها عقب التشريح وبشروط تعبئتها والمحافظة عليها، تطرح هذه العينات مشكل طابعها الرسمي كأداة للإثبات. حيث لا تخضع هذه العينات لمسطرة وضع الأختام، وهو أمر لا يضمن أنها لن تتعرض للتغيير. وتفترض عملية وضع الأختام هذه حضور الضابطة القضائية خلال التشريح وهو أمر لم تتم معاينته إلا في حالات خاصة جدا.

ويصطدم نقل العينات إلى المختبرات المعنية في بعض الأحيان بغياب وسائل النقل المناسبة. فإذا كانت مستودعات الأموات البلدية تتغلب على هذا النقص بنقل العينات عبر سيارات نقل الموتى، فإن العديد من مستودعات الأموات التابعة للمستشفيات مازالت ترسل العينات عبر شركات الإرساليات كأية إرسالية عادية.

وقد تغير هذا الوضع منذ تعيين أطباء شرعيين بمستشفيات الجديدة وخريبكة وفاس، حيث أضحت عناصر الشرطة العلمية أو الدرك الملكي تستلم هذه العينات بأمر من ممثل النيابة العامة بناء على طلب من الطبيب الشرعي وترسلها بعد ذلك عبر وسائلها الخاصة إلى المختبرات الملائمة.

3-1-4-5. غياب تأطير وتقييم للأنشطة المتصلة بالوفيات

يمكن لأي طبيب أن يمارس الأنشطة المتصلة بالوفيات في ظل غياب هيئة وطنية تُعنى بعمليات مراقبة الجودة والإشراف على تلك الأنشطة التي يقوم بها الأطباء بناء على أمر قضائي. ولأنهم غير مسجلين في جدول الخبراء، لا يخضع هؤلاء الأطباء لنفس المراقبة والواجبات والسلطة التأديبية التي تسري على زملائهم في المهنة من بين الخبراء القضائيين.

ولعل المراقبة الوحيدة، ذات الطابع الشكلي فقط، التي يخضع لها هؤلاء الأطباء هي تلك التي يمارسها القضاة الذين عينوهم. لكن ما طبيعة هذه المراقبة الصادرة عن قاضٍ تلقى تكويناً قانونياً صرفاً وما جدواها في تقييم جودة عمل تقني للغاية لا ينجز بشكل صحيح سوى مرة واحدة كما هو الحال في عملية التشريح؟.

وتظل السلطة التأديبية الوحيدة هي تلك التي تمارس في إطار التراتبية الإدارية للطبيب الموظف. ويملك رئيس الجماعة المحلية سلطات واسعة ليمنح صفة الطبيب الشرعي أو أية صفة أخرى لأي طبيب ينتمي لمكتب حفظ الصحة التابع للبلدية. غير أنه لم توضع أية مسطرة محددة كي تتم التعيينات وفق مبادئ الكفاءة والاستحقاق.

كما لا تمارس أية رقابة على أعمال التشريح التي يقوم بها أطباء المستشفيات. ولا يمكن تصور هذه المراقبة من طرف الإدارة في ما يخص العمل التقني الصرف بحكم الاستقلال المهني الذي يعد مقوما أساسياً من مقومات الممارسة الطبية.

3 - ١ - 5. تمويل ضعيف وغير مناسب

يتم عادة أداء تكلفة عمليات التشريح الطبي التي يطلبها ممثل النيابة العامة في إطار المصاريف القضائية في الميدان الجنائي وفقا للقانون رقم 23.86 الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1-86-238 بتاريخ 31 دجنبر 1986. ولا يتحمل المرضى وعائلاتهم أية مصاريف نظير الخدمات المقدمة في هذا الإطار.

وتعد المبالغ المؤداة زهيدة ولا تعكس حتى ثمن الخدمة التقنية التي يسديها الطبيب (بما في ذلك مصاريف إعداد التقرير وإيداعه لدى المحكمة). ولا تكفي هذه المبالغ لسداد تكلفة البنية التحتية وتوفير القاعات ومعدات العمل. ويبقى الطبيب الذي قام بالعمل هو الوحيد الذي يتسلم المبلغ. كما لا تدفع أي نسبة منه لحساب المؤسسة التي تضع موظفيها ومرافقها المخصصة للنشاط الطبي الشرعي رهن الإشارة.

وقد حدد القرار المشترك بين وزارة الصحة ووزارة المالية والخوصصة رقم 10–04 بتاريخ 25 مارس 2004 التعريفة المخصصة لعملية التشريح الطبي في مبلغ جزافي قدره 1000 درهم يحسب ضمن تكاليف الاستشفاء علاوة على التعريفة الجزافية اليومية. غير أن هذه التعريفة لم تطبق قط و لم تقترحها المستشفيات على عائلات الضحايا، لأن عمل التشريح يعتبر إجراءً من إجراءات التحقيق التي تندرج في إطار مسطرة جنائية تسلكها النيابة العامة.

فضلا عن ذلك، هناك بعض المصاريف التي لا تخضع لأداء أي أتعاب حيث لا يدفع أي تعويض عن عمليات حفظ الجثامين أو الرفات لغرض تحديد هوية أصحابها أو إلى حين صدور الإذن بالدفن. والأمر ذاته ينطبق على عمليات حفظ العينات بحثا عن السموم أو للخبرة الجينية أو أية عينات أخرى علي سبيل الحفظ، لأن عملية الحفظ هذه تتم دون وضع الأختام. علما أن حفظ هذه الجثامين أو العيّنات يتم لأسابيع أو شهور بطلب من المحكمة.

ويعكس هذا المعطى الحماس الفاتر الذي تبديه بعض المستشفيات (مستشفى الجديدة ومستشفى ابن سينا بالرباط ومستشفى الغساني بفاس) إزاء تجهيز والاعتناء بمستودعات للأموات، وهي التي تسدي خدمة كبيرة للسلطات القضائية دون أي مقابل مادي.

2-3. أنشطة تسليم الشواهد الطبية والشرعية في المستشفيات

تكتسي الشواهد الطبية الشرعية أهمية بالغة في كل مسطرة قضائية، إذ يمكن للجروح المثبتة في تلك الوثائق أن تكون بمثابة دليل مادي على جريمة (ضرب أو جرح عمدي أو غير عمدي، عنف جنسي) أو تشكل الدليل على ضرر يستدعي التعويض. ويتم إنجاز هذه الشواهد عامة بطلب شخصي من الضحية ونادراً بأمر صادرٍ عن الشرطة أو القضاء.

ولقد سمحت الزيارات التي تم القيام بها لبعض المستشفيات بمعاينة الهيكلة الضعيفة لهذا النشاط، وهو ما يفتح المجال أمام جميع أشكال الانحرافات، من شواهد المحابات إلى الشواهد المزورة إلى تلقي الرشوة نظير تحرير الشواهد.

3 - 2 - 1. هيكلة غير كافية

يختلف واقع نظام تسليم شواهد الطب الشرعي من مستشفى لآخر. فبعض المستشفيات خصصت مرافق محددة لهذا النشاط مثل مستشفى محمد الخامس بطنجة والمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد ومستشفى ابن سينا ومستشفى الغساني ومستشفى آسفي. وفي المستشفيات الأخرى، تسلم شواهد الطب الشرعي ضمن قاعات الاستشارة التابعة للمستعجلات (مستشفيات مولاي يوسف بالدار البيضاء والجديدة وخريبكة). ولا يسلم المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس هذه الشواهد إلا نادراً مما يضطر معه المرضى إلى التوجه نحو مستشفى ابن البيطار أو مستشفى الغساني للحصول على هذه الوثائق. وبهذا الخصوص، يشتكي الأطباء في مستشفى الغساني من غياب الوثائق الطبية التي يمكن أن يعتمدوا عليها من أجل تحرير شواهد الطب الشرعي الخاصة بالمرضى الوافدين من المركز الاستشفائي الجامعي. وفي الغالب، يتم رفض تحرير هذه الشواهد مما يجعل المرضى في حيرة من أمرهم.

ويكون الأطباء المكلفين بهذه العملية إما أولئك الذين يتولون المداومة في قسم المستعجلات ويقومون بتقديم العلاج وتحرير الشواهد في نفس الوقت حتى في المساء وخلال أيام العطل (مستشفى مولاي يوسف ومستشفى خريبكة) وإما أطباء يعينون من بين أطباء الحراسة يتولون بالتناوب السهر على هذه العملية خلال فترات الصباح طوال أيام العمل (مستشفى ابن سينا والغساني وآسفي). وفي جميع المستشفيات التي شملتها الزيارة، باستثناء المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد، يسلم الأطباء من مختلف الاختصاصات شواهد الطب الشرعي لمرضاهم من نزلاء المستشفى وغالباً ما يتم ذلك خارج أية مسطرة واضحة المعالم.

3 - 2 - 2. تتبع غير لائق، مصدر للعديد من الانزلاقات

لا تتوفر بعض المستشفيات على سجل خاص (carnets à souches) (مستشفى آسفي) حيث يتم تحرير شواهد الطب الشرعي على أوراق منفردة تحمل ختم المستشفى ويسلمها أمين الصندوق بعد أن يؤدي الضحية ثمن الخدمة مسبقاً.

ورغم أن بعض المستشفيات الأخرى تتوفر على تلك السجلات، إلا أنها لا تعبأ بالشكل الصحيح. ففي مستشفى مولاي يوسف، يوجد السجل في حوزة أمين الصندوق الذي يسلم المطبوع وأصله للضحية بعد الأداء. وبعد ذلك يحرر الطبيب شهادته في المطبوع ويحتفظ بالأصل التي يحفظها في أرشيف سجل فارغ. ويبدو بعد الاطلاع على الأرشيف أن بعض الوصولات تم حفظها دون أي ترتيب يذكر.

ويقوم بعض الأطباء بمستشفى ابن سينا بتحرير شواهد الطب الشرعي على سجل خاص ذي وصولات بوضع فاصل بين المطبوع والوصل الذي يبقى فارغا. وقد أكد لنا مدير المستشفى أن أقل من عُشُر شواهد الطب الشرعي محررة على مستوى المستشفى يؤدى ثمنها لدى المصالح المختصة. وتحرر باقي شواهد الطب الشرعي على مستوى المصالح الاستشفائية وعلى جنبات المستشفى وتعتمدها السلطات القضائية رغم الشكايات المتعددة التي بعثتها لها إدارة المستشفى.

وباستثناء المركز الاستشفائي ابن رشد الذي تتكلف فيه مصلحة الطب الشرعي حصرياً بتحرير تلك الشواهد، لا تملك المستشفيات الأخرى سجلات خاصة بتسجيل المرضى الذين استلموا شواهد الطب الشرعي.

3 - 2 - 3. تأطير غير كاف للنشاط

تعاني عملية تسليم شواهد الطب الشرعي من غياب أي إطار مرجعي وطني محدد لمدة العجز عن العمل الشخصي أو العجز المؤقت عن العمل، إذ يتم استعمال هذان المفهومان بنفس الشكل تحت إشارة «ITT». غير أن المفهوم الأول (مدة العجز عن العمل الشخصي) ينص عليه القانون الجنائي في المادتين 400 و401 بينما المفهوم الثاني مستمد من مدونة الشغل في إطار التعويض عن الأضرار الناجمة عن حوادث الشغل ولا يهم سوى العمال لأجل المدة الضرورية لوقف عملهم المهني. لكن تم التأكيد أيضاً على المفهوم الثاني في مدونة السير الجديدة ضمن المادة 167 وهو ما أحاط الموضوع بغموض أكبر. وهذا المعطى يجعل آراء الأطباء تتباين بخصوص إصابات من نفس الطبيعة، ولو من غير سوء نية.

ويستدعي مفهوم العاهة المستديمة بعض التوضيحات في ما يخص مضمونه وحدوده. فالحالات التي لم تخلف سوى التقليص من وظيفة عضو ما أو تسببت في شلل جزئي لطرف من الأطراف لا تحظى بالإجماع لإدراجها ضمن هذا المفهوم.

ونادراً ما يشير الأطباء إلى هذا المعطى في الشهادة الطبية الأولية بالنسبة للضرب والجرح العمدي. وبالتالي يتم سلوك المسطرة أحياناً بطريقة خاطئة على أساس عنف لم ينجم عنه سوى عجز عن العمل الشخصي قبل التنبه في بعض الأحيان، بعد صدور الحكم، إلى أن الأمر يتعلق بعاهة مستديمة. وبالإضافة إلى ذلك، لا يملك ممثل النيابة العامة أية رقابة فعالة على جودة وصحة شواهد الطب الشرعي المدلي بها، إذ يمكن لأي طبيب أن يصدرها ليتم الاعتداد بها أمام المحكمة. صحيح أن مدونة السير الجديدة وضعت مسطرة لمراقبة شواهد الطب الشرعي التي تثبت عجزاً مؤقتاً عن العمل لمدة تفوق 21 يوماً أو أدت إلى عاهة مستديمة باللجوء إلى

خبرة طبية، إلا أن هذا الإجراء لا يبلور على أرض الواقع نظراً للكم الهائل من الشواهد المسلمة في إطار حوادث السير ولغياب آلية فعالة ومرنة تسمح بالتأكد من صحة تلك الشواهد.

3 - 2 - 4. مسطرة غير مناسبة من أجل الحصول على شهادة الطب الشرعي

يؤكد أطباء المستشفيات التي تمت زيارتها وجود نزاعات وشنآن مع المرضى الذين يرغبون في الحصول على شواهد الطب الشرعي التي تحدد مدة العجز في أكثر من 21 يوماً بينما حالتهم الصحية لا تستدعي تلك المدة. ولتجاوز غضب المرضى يخبر الأطباء قبل تحرير شهادة المرض بالمدة التي يرتأون تدوينها ويتركون لهم الاختيار في أن يؤدوا ثمن الشهادة أو لا. وهذا الأمر يفتح الباب أمام المريض الذي يريد شهادة تتلاءم وتطلعاته في أن يحاول مرات عديدة، وبالمجان، إلى أن يحصل على الشهادة التي يرتضيها.

وفي المركز الاستشفائي ابن رشد، تحرر شهادة الطب الشرعي في السجل الخاص ويطلب من المريض أداء ثمنها لدى المصلحة المختصة. ويتم بعد ذلك وضع رقم الوصل على شهادة الطب الشرعي، غير أنه في بعض الأحيان يمتنع المريض، بعد عدم حصوله على مدة العجز التي طلبها، عن أداء مصاريف الشهادة وينصرف باحثاً عن طبيب آخر في مستشفى آخر، تاركاً الشهادة في السجل الخاص.
وتظل الضحية، بعد تعرضها للاعتداء، متمتعة بالقدرة في أن تقدم إلى المحكمة شهادة الطب الشرعي التي تناسبها بعد حصولها عليها بالمحاباة أو الرشوة. وأمام هذه الشواهد التي تنجز في مثل هذه الظروف يصبح مفهوم العدالة خالياً من كل معنى وفاقداً لكل مصداقية.

علاوة على ما سبق، ونظراً لأن شواهد الطب الشرعي يؤدي ثمنها المريض، قد يشكل هذا المعطى تهديدا للضحايا الأكثر هشاشة من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية بمنعهم من ولوج العدالة، خاصة وأن هذه الشواهد لا تندرج ضمن سلة العلاجات التي يشملها نظام المساعدة الطبية (راميد).

3 - 2 - 5. خدمات رديئة الجودة

عاينا في إطار مهمتنا وأثناء الزيارات التي أجريناها أن عددا من شواهد الطب الشرعي المسلمة مكتوبة بخط تصعب قراءته حتى من قبل الطبيب. كما أن ظروف وملابسات الحادث لا يتم سردها كما تنقلها الضحية، ناهيك عن شكاية ومطالب الضحية لا يتم إيرادها بشكل واضح. وبالإضافة إلى ذلك تنعدم في بعض الأحيان المعاينات الموضوعية وبالمقابل تكون مدة العجز أحيانا مبالغا فيها.

وعلاوة على الدور الذي تلعبه شواهد الطب الشرعي في التكييف الجنائي للاعتداءات المسببة للجروح، تشكل هذه الوثائق قاعدة لمناقشة الآثار المترتبة بغية تعويض الضحايا. ولذلك قد تؤدي الشواهد التي تحدد فترات عجز طويلة الأمد إلى تكييف غير صحيح للوقائع وإلى الحكم بتعويض غير مستحق عن الضرر.

3 - 2 - 6. تفاوتات في اللجوء إلى الأمر بالتسخير

يتم اللجوء إلى الأمر بالتسخير من أجل معاينة أثار العنف العمدي وغير العمدي بطريقة عشوائية دون سلوك أي مسطرة متفق عليها سلفا. وتقتصر جل الأوامر بالتسخير إلى حدود الآن على معاينة أشكال العنف الجنسي. غير أن ذلك لا يتم بشكل ممنهج. وفي المستشفيات التي تتوفر على أطباء شرعيين لا يتم أخد عينات الطب الشرعي من الضحايا الذين تعرضوا حديثاً لعنف جنسي، في غياب أمر بالتسخير يسمح بتسليم تلك العينات إلى الشرطة القضائية من أجل إرسالها إلى المختبرات المختصة.

3 - 2 - 7. وحدات استقبال النساء والأطفال ضحايا العنف

يلاحظ أن أهم الجهود المؤسساتية انصبت على التكفل بالنساء والأطفال ضحايا العنف، حيث تم داخل المستشفيات الإقليمية والجهوية إحداث وحدات للاستقبال تتكفل بالنساء والأطفال ضحايا العنف. مبدئيا، تحدث هذه الوحدات على مستوى أقسام المستعجلات أو بمقربة منها وتكون تحت إشراف طبيب المستعجلات أو طبيب شرعي بوجود مساعدة اجتماعية وأخصائي نفساني.

ونادراً ما تكون هذه الوحدات بارزة بشكل واضح على مستوى المستشفيات، كما هو الحال في مستشفى مولاي يوسف ومستشفى محمد الخامس بطنجة، إذ غالبا ما تقتصر الوحدة على مكتب تشغله مساعدة اجتماعية تقوم بمهام أخرى داخل المستشفى.

وباستثناء مستشفى مولاي يوسف، لا تتوفر كل الوحدات التي تمت زيارتها على أخصائي نفساني. ونادرا ما يتم جمع المعطيات المتعلقة بالضحية وطبيعة العنف بطريقة معلوماتية. ويتم تسليم شهادة الطب الشرعي بنفس الشكل كما للمرضى الآخرين، إذ تسلم من قبل نفس الأطباء الذي يحررون شواهد الطب الشرعي الأخرى باستثناء مستشفى ابن سينا والمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد ومستشفى مولاي يوسف، حيث يسلمها مختصون في الطب الشرعي معينون لهذا الغرض. ومن جهة أخرى، تعد هذه المستشفيات الوحيدة من بين المستشفيات التي شملتها الزيارة التي تتوفر على طاولات نسائية للكشف بداخل الوحدة. وفي المستشفيات الأخرى، يجد الضحايا أنفسهم مجبرين على التنقل نحو مصالح التوليد ليخضعوا لكشف من قبل الأطباء الشرعيين أو أطباء التوليد أو هما معا.

ويبقى اللجوء إلى أخد عينات طبية شرعية بالنسبة لضحايا العنف الجنسي ممارسة نادرة أو منعدمة في بعض المستشفيات (مستشفيات طنجة وآسفي).

ومن جهة أخرى، لا تتوفر أي وحدة على أدوية لمنع الحمل أو لعلاج التعفنات المنقولة جنسياً أو للوقاية منها، على الرغم من وجود العديد من هذه الأدوية في الوحدات الخاصة بالعلاجات المتنقلة.

3 - 2 - 8. خدمات بناء على أمر بالتسخير، غير مؤدى عنها

لا يتم أداء أي أجر سواء لفائدة الطبيب أو لفائدة المؤسسة العلاجية عن خدمات الطب الشرعي المقدمة بناء على أمر بالتسخير والتي تتضمن فحص الضحايا. ويتعفف الأطباء عن استخلاص أتعابها نظرا لعددها الضئيل نسبيا في جميع المستشفيات –باستثناء المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد– وللتعقيد الذي تتسم به مسطرة استخلاص الأجر باعتباره من المصاريف القضائية في الميدان الجنائي، فضلا عن أن هذا الأجر زهيد لا يتعدى 30 درهماً.

3 - 3. خبرات الطب الشرعي

بشكل عام، يتم تنفيذ الخبرات التي تأمرها بها محاكم المملكة بمختلف درجاتها من قبل الأطباء المسجلين في جداول الخبراء لدى كل محكمة من محاكم الاستئناف. تنجز هذه الخبرات في مجالات مختلفة، إلا أن عمليات تقييم الأضرار الناجمة عن حوادث السير وحوادث الشغل والأمراض المهنية هي السائدة.

وقد كشفت هذه الدراسة أن غياب أي تكوين مسبق للخبراء القضائيين في مجال الخبرة وعدم مراقبة نشاطهم بشكل كاف سواء على مستوى المحاكم أو على المستوى المركزي، ما ينعكس سلبا على جودة الخبرات المنجزة وبالتالي على الأحكام الصادرة في هذا الشأن.

3 - 3 - 1. مسطرة تسجيل الخبراء غير لائقة

معايير التأهل للتسجيل في جداول الخبراء لا تتطلب سوى التوفر على أقدمية في ممارسة مهنة الطب لمدة 10 سنوات لجراحي الأسنان والأطباء الإختصاصيين و15 سنة لدكاترة الطب العام، في حين لا يطلب منهم أي تكوين في القواعد المسطرية وتقنيات تقييم الضرر الجسماني.

علاوة على ذلك، فإن تسجيل أطباء القطاع العام غير مرخص به من قبل المسؤولين في وزارة الصحة بحجة أن ممارسة الخبرة هو نشاط مهني حر يتنافى مع نظام الوظيفة العمومية، ما لم يتم الحصول على استثناء لهذه الغاية، موقع عليه من قبل رئيس الحكومة. هذا التأويل المثير للجدل لوظيفة الطبيب الخبير الذي يظل قابلا لنقاش مدى صحته والذي يجعل صعبا إدراج أطباء القطاع العام – وفي مقدمتهم الأساتذة الجامعيون وأخصائيو الطب الشرعي – في جدول الخبراء القضائيين، يحرم ببساطة القضاء والمتقاضين من كفاءات معترف بها في مجال الخبرة، ناهيك عن أنها تفرغ مصطلح 'خبير' من أي معنى.

وهكذا، ففي تقريره عن المهمة التي أنجزها فى المغرب (22–15 شتنبر 2012) والتي قدمها بتاريخ 28 فبراير 2013 خلال الدورة الثانية والعشرين لمجلس حقوق الإنسان، لاحظ مقرر الأمم المتحدة الخاص المعني بالتعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، « بقلق أن معظم الفحوص الطبية بشأن مزاعم التعذيب لا يجريها خبراء الطب الشرعي وإنما مجرد أطباء مدرجين في قوائم «الخبراء» لدى المحاكم. هؤلاء الأشخاص ليس لديهم أي تكوين أو مهارات خاصة في الطب الشرعي. وبالتالي، تعتبر التقارير الطبية المقدمة بشأن مزاعم التعذيب والمعاملة السيئة ذات جودة رديئة للغاية ولا تفي بالمعايير الدولية الدنيا للفحوصات الطبية الشرعية التي هي من حق الضحايا، وهي غير مقبولة كأدلة طبية شرعية». وعليه، فقد خلص إلى أن «نظام الطب الشرعي الحالي في المغرب، الذي يخضع في إطاره السجناء لفحوصات من قبل أطباء غير متخصصين في الطب الشرعي (مجرد أطباء يعملون « كخبراء » لدى المحاكم) لا يتوافق مع المعايير الدولية».

ومن الجدير بالذكر أن الأطباء الشرعيين الذين جعلوا من الخدمات القضائية نشاطا مهنيا لهم هم الأطباء المتخصصون الوحيدون الذين تحظر عليهم وزارة الصحة التسجيل في جداول الخبراء، نظرا لأنهم جميعا أطباء موظفون. فخانة «التشريح» أو «الطب الشرعي» هي ببساطة ليست واردة في جداول الخبراء. لذا، فإن أخصائيي الطب الشرعي الذين يعدون على أصابع اليد في البلاد لا ينجزون إلا نادرا الخبرات القضائية في إطار تقييم الضرر الجسماني، على الرغم من التكوين المعمق الذي تلقوه في هذا المجال.

على سبيل المثال، مصلحة الطب الشرعي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد في الدار البيضاء والتي تضم خمسة أطباء شرعيين يعملون بدوام كامل واثنين بدوام جزئي، لم تنجز خلال عام 2012 سوى 22 خبرة قضائية، همت جميعها حوادث شغل أو أمراض مهنية في إطار المساعدة القضائية. وفي معظم الحالات، تم إسناد هذه المهام التي تنجزها هذه المصلحة إلى مدير المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد وليس إلى مصلحة الطب الشرعي بصفتها تلك. وعلى الرغم من كونها المصلحة الوحيدة التي تلقن تكوينا في الطب الشرعي والخبرة الطبية، إلا أنه منذ افتتاحها في عام 1994 لم تسند لها أي خبرة في مجال تقييم الضرر الجسماني في إطار حوادث السير. وفي المقابل، قام طبيب أسنان بمفرده خلال العام 2012 ولفائدة محكمة واحدة بالدار البيضاء فقط، بتنفيذ 181 خبرة في مجال تقييم الضرر الجسماني أغلبها لا يمت بأي صلة لطب الأسنان.
وعلاوة على ذلك، في بعض المدن حيث تتركز نسبة كبيرة من الأطر الطبية في المستشفيات، هناك عدد قليل جدا فقط من الأطباء المسجلين في الجداول ومعظمهم من دكاترة الطب العام. وثمة نقص ملحوظ في التخصصات التي عليها إقبال كبير في مجال الخبرة، من قبيل جراحة العظام. فعلى سبيل المثال، لا تضم محكمة الاستئناف في ورزازات سوى خبيرين، دكتورين في الطب العام. أما محكمتي الاستئناف بالعيون والحسيمة فتضم كل واحدة منهما 6 خبراء، دكاترة في الطب العام، في حين لا تتوفر على أي طبيب متخصص واحد.

3 - 3 - 2. استغلال غير لائق لجداول خبراء

لا يتم تحديث جداول الخبراء إلا نادرا، إذ ما زال بعض الأطباء الخبراء مسجلين في تلك الجداول، رغم كونهم لم يعودوا يمارسون مهنة الطب أو توفوا أو تقدموا في السن. فيما آخرون غيروا عناوينهم والمدينة التي يقطنون بها ورغم ذلك ما يزالون مدرجين في تلك الجداول لدى محاكم الاستئناف بعناوينهم الأصلية.

كما تظهر قائمة الخبراء المسجلين إطنابا في عناوين مختلف التخصصات (مثال: أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الرئة)، مما لا يسهل الاستخدام السليم للجدول. وعلاوة على ذلك، تتسم بيانات بعض الخبراء بكونها غير مكتملة (على سبيل المثال: غياب رقم الهاتف أو عدم تدوين رقم الفاكس إلا نادرا).

وتتباين كيفية اختيار الخبير تبعا لاتجاهين: الأول يركز على سرعة تنفيذ المهام والثاني يراعي ترتيب الخبراء في الجدول.

الاتجاه الأول يؤدي إلى تركز عدد كبير من الخبرات في أيدي عدد قليل من الخبراء الذين حولوا عياداتهم الطبية إلى عيادات للخبرة وبالتالي لم يعودوا يزاولون النشاط الطبي الذي على أساسه منحت لهم صفة خبير. وغالبا ما تختزل تقارير الخبرة في صفحة واحدة، يتم تحريرها في بعض الأحيان بخط اليد وبصورة تصعب قراءتها. أما الاتجاه الثاني فلا يسمح باختيار الخبير بشكل صحيح استنادا لتخصصه. وهكذا نجد جراحين في طب الأسنان، على سبيل المثال، قد تم تعيينهم من قبل محاكم الدرجة الأولى بالجديدة والدار البيضاء لإنجاز تقييمات لا تندرج ضمن نطاق اختصاصهم.

ونتيجة لذلك، في كلتا الحالتين، يتم تنفيذ الخبرات من قبل خبراء إما يرزحون تحت ثقل العدد الكبير من المهام الموكلة إليهم، وإما لا يتمتعون بالكفاءة المطلوبة فيما يتعلق بموضوع الخبرة. وبالتالي في كلتا الحالتين لا يسع هؤلاء إلا أن يقدموا تقارير خبرة من نوعية رديئة.

3 - 3 - 3. استعمال الخبراء لصفات مشكوك فيها

تبين لنا في إطار هذه الدراسة ولدى فحص العديد من تقارير الخبرة أن بعض الأطباء الخبراء يستعملون في أوراقهم الخاصة التي تحمل العنوان والصفة (papier entête) تخصصات غير معترف لهم بها من قبل هيئة الأطباء. وهكذا نجد الكثير منهم يستعملون صفة طبيب شرعي بينما هم غير مسجلين أصلا في هذا التخصص بمجلس الهيئة، مما يشكل انتهاكا لأخلاقيات المهنة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن بعض الأطباء الخبراء يعملون في نفس الوقت كأطباء مستشارين لشركات تأمين طرف في الدعوى. وفي كثير من الأحيان، لا تكون الضحية على علم بوجود تضارب للمصالح تمس بنزاهة الخبير وبالتالي لا يلجأ إلى مسطرة تجريح هذا الأخير.

3 - 3 - 4. مساطر غير موحدة في تبليغ مهام الخبرة للخبراء

يتم تبليغ أوامر الخبرة للأطباء الخبراء بعدة طرق. وفي كثير من الأحيان، الأطباء الخبراء أو مساعدوهم هم من يتسلمون تلك الأوامر بمكاتب الخبرة لدى المحاكم عند تقديمهم لتقارير سابقة تم إعدادها. وأحيانا يتم تسليم أوامر الخبرة مباشرة إلى محامي الضحايا أو الضحايا أنفسهم الذين يتولون بدورهم تسليمها إلى الأطباء الخبراء. في هذه الحالة، غالبا ما لا يقوم الخبير المعين بإشعار المحكمة بالتوصل بالأوامر المذكورة، مما يحرم المحكمة من إمكانية التحقق من تبليغها الفعلي إلى الخبير. ومن بين وسائل التبليغ الأخرى للمهمة إلى الخبير، التبليغ بواسطة المفوض القضائي أو عون التبليغ التابع للمحكمة، إلا أن هذه الطرق غير متداولة على نطاق واسع. وقد يؤدي أحيانا غياب مساطر موحدة ومتابعة ملائمة لتبليغ مهام الخبرة للخبراء إلى تأخير يضر بمصالح الأطراف.

3 - 3 - 5. عدم توحيد مهام الخبرة

أبرزت دراسة لعينة من مهام الخبرة الطبية عدم وجود نماذج موحدة على مستوى المحاكم. وهكذا، تشير بعض النماذج فقط إلى الظهير المؤرخ في 2 أكتوبر 1984 دون أن تذكر الأضرار التي يجب على الطبيب الخبير تقييمها. كما تشير بعض النماذج الأخرى إلى بعض الأضرار دون غيرها. وهكذا وفي دائرة اختصاص محكمة ابتدائية تقع في مدينة كبرى، لا تشير نماذج أوامر الخبرة إلى تقييم الأضرار المهنية، كما لا يقوم الأطباء الخبراء في هذه المدينة بتقييم هذا النوع من الضرر في تقاريرهم تنفيذا لهذه الأوامر. كذلك، في بعض الأحيان يتم استخدام نفس النماذج لأوامر الخبرة بالنسبة لحوادث الشغل أو الأمراض المهنية على حد سواء، في حين أن نقاط المهمة تختلف حسب مصدر الضرر.

3 - 3 - 6. ممارسات متباينة للخبرة

يؤدي غياب تكوين الخبراء وتأطيرهم إلى ممارسات للخبرة غير متجانسة. وهكذا، إذا كانت الأطراف عموما تستدعى بشكل صحيح من قبل الأطباء الخبراء، إلا أن محاميهم لا يتم استدعائهم إلا نادرا. وتتسم مواقف المحاكم إزاء عدم استدعاء الخبراء للمحامين بكونها غير موحدة، وإن كان التوجه السائد هو عدم التصريح ببطلان الخبرات التي أجريت في انتهاك لتلك القاعدة.

وبالإضافة إلى ذلك، يُقَيِّم بعض الخبراء الضرر القابل للتعويض بالإشارة، في بعض الأحيان، إلى حصول اتفاق في هذا الاتجاه مع الأطباء مستشاري الشركات التأمين. ويشكل ذلك انتهاكا لمبدأ حضورية الخبرة، لأن هذا الاتفاق يتم دون علم من الشخص الخاضع للخبرة، ولأنه لا يسوغ للخبير إيجاد تسوية مع أحد الطرفين على حساب الآخر.

ولا يتم اتباع منهجية واضحة ومتسقة عند إعداد التقارير، إذ لا تصف معظمها ظروف وملابسات الواقعة المحدثة للضرر. وهكذا، ففي إطار حوادث السير، نادرا ما يتم تحديد موقع الضحية والإسعافات الفورية التي خضعت لها ونادرا أيضا ما يتم تدوين بيانات الفحص البدني بشكل مستفيض حيث تقتصر أحيانا على تسجيل الأعراض المقدمة من الضحية دون أن يكون هناك ما يعززها أو يتم تبريرها طبيا. كما لا يتم إلا نادرا، مناقشة أركان العلاقة السببية بين الآثار المعاينة والواقعة موضوع النزاع، مع أن تحديد العلاقة السببية هي حجر الزاوية في أي خبرة يكون الغرض منها تقييم الضرر الجسماني. كذلك، يتم تحديد عناصر الضرر من معاينات موضوعية من دون تعليلها بالرجوع إلى الفصول ذات الصلة في الجدول الاستدلالي لتقدير العجز والعاهة المستديمة. وبالتالي يفسح غياب التعليل هذا المجال أمام التقديرات المتباينة بين الأطباء الخبراء، حيث تلاحظ فروق غير معقولة من قبيل ٪20 أو ٪30 في تقدير نسب العجز الجزئي الدائم بين الخبراء عقب إجراء خبرة مضادة أو بعد استئناف الحكم.

3 - 3 - 7. تعويضات غير كافية للخبراء مع إجراءات للدفع معقدة

يتم تعويض الخبراء إما اعتمادا على المبالغ المودعة من قبل الأطراف، وهم الضحايا في ما يخص الخبرة الأولى، أو من قبل الخزينة العامة في إطار المساعدة القضائية. وعندما يدفع أحد الأطراف تكاليف الخبرة، فإن المبالغ تتراوح عادة ما بين 400 و600 درهم، ويتم إيداعها في صندوق المحكمة. وإذا كانت مسطرة التحصيل بسيطة نسبيا ما، فإن المبالغ تبدو غير كافية بالنظر إلى الوقت المطلوب لإنجاز الخبرة حسب القواعد الفنية المعمول بها في هذا المجال ولإعداد تقرير مفصل، علاوة على الكلفة المتصلة باستدعاء الأطراف ومحاميهم بواسطة رسائل مضمونة مع الإشعار بالتوصل. وفي ما يخص حوادث الشغل والأمراض المهنية، تدفع التكاليف من خزينة الدولة في ما يتعلق بالخبرة الأولى. وفي هذا الصدد، ينص الظهير الشريف الصادر في 6 فبراير 1963 والمتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل في المادة 239 على أن الأطباء الخبراء يتلقون أتعابهم وفقا لتعريفات الخبرة المنصوص عليها في مجال التحقيق الجنائي. وقد حدد الظهير الشريف الصادر في 31 ديسمبر 1986 والمتعلق بالمصاريف القضائية في الميدان الجنائي هذه التعريفة في 30 درهم. ومع ذلك، فإن المحاكم التي قمنا بزيارتها في إطار مهمتنا تطبق عادة تعريفات تتراوح ما بين 100 و200 درهم. وتبقى هذه المبالغ غير كافية بتاتا ومسطرة تحصيلها معقدة لدرجة أن العديد من الأطباء الخبراء يستغنون عن المطالبة بها.

ومن شأن عدم كفاية الأتعاب أن تشجع الممارسات الفاسدة وتحصيل بعض الأطباء الأتعاب مباشرة من الشخص الذي خضع للخبرة، فيما يضطر الآخرون إلى الامتناع عن تنفيذ المهمة الموكلة إليهم. ويتمثل الخطر الأكبر في أن نرى معظم الأطباء المهرة والأكثر نزاهة يتهربون من ممارسة الخبرة لفائدة أطباء أقل كفاءة وبدون ضمير مهني.

ثالثا - توصيات من أجل إصلاح أنشطة الطب الشرعي

تشهد منظومة الطب الشرعي في المغرب، اختلالات كبرى نتيجة عدم وجود أي إطار مؤسساتي وأي إشراف على هذا المجال الذي يؤدي ضريبة طابعه الأفقي، حيث تظل ممارسته في إطار مصالح ومن طرف أطباء بقطاعي الصحة والداخلية. بينما يبقى الجهاز القضائي هو المستفيد الرئيسي من خدماته.

فبالنظر للوضعية الراهنة لمنظومة الطب الشرعي وللخدمات التي تقدمها ومواكبة للورش القائم حاليا لإصلاح العدالة، أمكن صياغة بعض المقترحات التي تهدف إلى إحداث إطار مؤسساتي وطني لممارسة هذا النشاط مع تأطيره بواسطة نصوص تشريعية وتنظيمية(i)، تضع المرفق الاستشفائي العمومي في قلب هذه المنظومة (ii)، مع تنظيمها على الصعيد الترابي، وفق مستويين استنادا إلى مخطط مديري جهوي (iii)، وتعزيز تكوين الأطباء، وكل المتدخلين المعنيين (iv)، وضمان تمويل عادل ودائم اعتمادا على المصاريف القضائية مقابل خدمات مقدمة وقابلة للتقييم(v).

1. إصلاح الإطار التشريعي والتنظيمي

ا - ا. إحداث إطار مؤسساتي وطني لنشاط الطب الشرعي

تقتضي هيكلة الطب الشرعي في المغرب، الرامية إلى الاستجابة إلى متطلبات النجاعة والأمن والمساواة بين المواطنين أمام القضاء، حتما، إحداث بنية مركزية تتولى وضع وتنفيذ مخطط مديري لأنشطة الطب الشرعي ضمن شبكة من المصالح المتجانسة والمتماسكة والمتطورة إلى جانب آليات للمراقبة وللتقييم.

ويمكن أن تكون هذه البنية المركزية عبارة عن لجنة مشتركة بين الوزارات تتمحور حول الفاعلين الرئيسيين:
- مديريتا الشؤون المدنية والشؤون الجنائية والعفو التابعتان لوزارة العدل والحريات؛
- مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة التابعة لوزارة الصحة؛
- المديرية العامة للجماعات المحلية التابعة لوزارة الداخلية.

ويمكن لهذه النواة أن تتسع لتشمل متدخلين آخرين كما يمكنها أن تحمل اسم المجلس الأعلى أو المجلس الوطني للطب الشرعي الذي يشمل تكوينه، علاوة على ممثلي القطاعات المشار إليها أعلاه، الإدارة العامة للأمن الوطني وإدارة الدفاع الوطني والمجلس الوطني لحقوق الإنسان، فضلا عن مهنيي القانون والصحة

وممثلي المجتمع المدني العاملين في مجال حقوق الإنسان.
إلى جانب هذه البنية، يستحسن التوفر على بنية موازية قادرة على تشجيع أنشطة الطب الشرعي والمساعدة في تنفيذ السياسات والاستراتيجيات التي يتم وضعها على المستوى المركزي. ويمكن لهذه البنية ذات البعد الوطني أن تأخذ شكل معهد وطني للطب الشرعي يتولى:

- تأطير وتوحيد الممارسات المهنية، وذلك عبر وضع النظم والمعايير اللازمة لتنفيذ مختلف أنشطة الطب الشرعي، وصياغة تقارير الخبرة ووضع برنامج لمراقبة جودة خدمات الطب الشرعي؛
- المساهمة في التكوين في مجال الطب الشرعي وفي البحث في العلوم الطبية القضائية؛
- تقديم خدمات طبية شرعية تتطلب مهارات خاصة لفائدة السلطات القضائية أو لأي جهة أخرى عمومية أو خاصة.

وتوجد هذه المعاهد في البلدان التي تبنت خيار نموذج مؤسساتي ومهيكل للطب الشرعي مثل (البرتغال، هولندا، مصر، الأردن ...). ويمكن، من الناحية الوظيفية أو النظامية، وضع هذا النوع من المعاهد تحت وصاية قطاع العدل الذي يقوم بتمويل أنشطته، أو يمنح له استقلالية إدارية ومالية موسعة.

مهما يكن من أمر، فإن طبيعة القضايا التي يجب معالجتها ضمن أي نموذج للطب الشرعي يتم اختياره، تستوجب تعديلات تشريعية تمكن من ضمان استقرار ووضوح الإطار المؤسساتي المستقبلي. حيث إن المبادرات القطاعية لا توفر إلا أجوبة جزئية عن انشغالات تهم قطاعا ذا طبيعة أفقية ويرتبط برهانات قضائية وطبية ومجتمعية، ناهيك عن الجوانب المالية المتعلقة به.

I - 2. إحداث إطار قانوني وتنظيمي لأنشطة الطب الشرعي

يتوقف التنظيم المعقلن والفعال لمختلف أنشطة الطب الشرعي التي تستجيب لمعايير الجودة والنجاعة والقرب ومساواة المواطنين أمام القانون، على إحداث إطار قانوني وتنظيمي متين، لاسيما وأن هذه الأنشطة تهم أداء المرفق الاستشفائي العمومي وخدمات الجماعات المحلية، وقواعد المسطرة الجنائية والمدنية. ويجب أن يضمن هذا الإطار أيضا استقلالية القضاء والأطباء مقدمي الخدمات الطبية الشرعية على حد سواء.

ومن بين القضايا التي يتعين معالجتها في هذا الإطار القانوني المتعين إحداثه:
1 – تحديد المؤهلات المطلوبة من الأطباء لممارسة مختلف أنشطة الطب الشرعي، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الخبرة المكتسبة في إطار تكوين أكاديمي ينبغي أن تكون من ضمن المعايير الحاسمة بهذا الشأن؛

2 – تحديد مجالات تدخل الطبيب الشرعي مع التركيز على بعض الأنشطة التي تظل غير مفعلة بما فيه الكفاية في بلادنا، مثل فحص الجثث في مكان اكتشافها وفحص الأشخاص مسلوبي الحرية. ويمر تحقيق أفضل تحديد لأنشطة الطب الشرعي عبر تنظيم يشجع على مقاربة شمولية تأخذ بعين الاعتبار كلا من الأنشطة الطبية الشرعية المتعلقة بالوفيات والأخرى المتعلقة بالأحياء. فحص الضحايا وكذا فحص المشتبه فيهم؛
3 – تحديد المصالح المؤهلة لاستضافة أنشطة الطب الشرعي هذه من خلال تحديد ارتباطهما المؤسساتي والمعايير المطلوبة من حيث البنية التحتية والمعدات، فضلا عن كيفية تنظيمها؛
4 – وضع مواصفات ومعايير لتنفيذ مختلف خدمات الطب الشرعي بهدف توحيد الممارسات لدى الشرطة والقضاة ومهنيي الصحة على حد سواء.

2. وضع المرفق الاستشفائي العمومي في قلب المنظومة

2 - 1. مسوغات إدماج المستشفيات ضمن الطب الشرعي

تتعدد الدوافع التي تبرر إدماج المرفق الاستشفائي العمومي في قلب أي تنظيم جديد يخص الطب الشرعي.

فإدماج الطب الشرعي في المرفق الاستشفائي العمومي يمكن من وضع مقاربة شمولية لهذا التخصص، أخذا بعين الاعتبار الأنشطة المتعلقة بالوفيات والطب الشرعي للأحياء، والفحوصات التي تجرى لفائدة الضحايا وكذا المشتبه فيهم. هكذا تسمح هذه المقاربة من ممارسة الأنشطة الخاصة بالوفيات بالمشرحة فيما يمارس النشاط السريري في مكاتب خاصة بالقرب من قسم المستعجلات أو بداخله، مما يسمح بالتالي باستعادة وحدة التخصص باعتباره تخصص طبي يتم اللجوء إليه بناء على أمر قضائي من أجل إثبات الحقيقة وضمان حقوق المواطنين.

ثم إن المرفق الاستشفائي العمومي يغطي مجموع التراب الوطني وهو منظم وفق مراكز استشفائية جامعية ومراكز استشفائية جهوية أو إقليمية أو محلية. كما تعتبر متطلبات الحياد والديمومة والمساواة في المعاملة التي يتأسس عليها تنظيم هذه المؤسسات من أهم الصفات التي تتوخاها السلطة القضائية قصد ممارسة الطب الشرعي.

وتتعزز هذه الاعتبارات من خلال بعض الجوانب العملية والإنسانية. فالمؤسسات الاستشفائية تهدف إلى استقبال ضحايا العنف قصد معالجتهم، حيث إنه من مصلحة هؤلاء الضحايا أن يجدوا في هذه المؤسسات الكفاءات اللازمة للمعاينات الطبية الشرعية. أما فيما يخص الأنشطة المتعلقة بالوفيات، فمن الصعب، سيما بالنظر إلى ضرورة توفر معدات التصوير الإشعاعي وكذا القرب من مصالح قادرة على تحليل العينات المأخوذة، أن نتصور مكانا للممارسة الطبية الشرعية أكثر ملاءمة من المستشفى العمومي. من جهة أخرى، يجب أن تؤخذ شروط النظافة والسلامة الصحية في الاعتبار. إذ يعتبر تدبير النفايات الناجمة عن عمليات التشريح أكثر سهولة وأمنا في المستشفى بالنظر للطابع المنظم والمقنن لجمع نفايات المستشفيات.

وأخيرا، تعتبر المراكز الاستشفائية الجامعية الأماكن الوحيدة المخصصة لتكوين الأطباء في مجال الطب الشرعي، كما تعد المراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية الأماكن الوحيدة التي يتم فيها تعيين الأطباء الشرعيين المكونين. لذلك فإن تنظيم نشاط الطب الشرعي خارج المستشفى يعد حجر عثرة أمام تكوين الأطباء في هذا التخصص ويعيق المكونين منهم عن ممارسة تخصصهم؛ الشيء الذي يؤدي إلى صعوبة مواجهة الخصاص الحاصل في عدد الأطباء المتخصصين في الطب الشرعي بالمغرب.

نستطيع أن نقول، ختاما، أن الطب الشرعي له مهمة مرفق عمومي يدعم مرفقا عموميا آخر، ألا وهو القضاء. من هذا المنطلق، يجد الطب الشرعي مكانته الطبيعية ضمن المرفق الاستشفائي العمومي حيث تتعايش وظائفه الصحية والطبية والاجتماعية والجامعية من تدريس وبحث علمي.

2 - 2. مكانة مستودعات الأموات البلدية وأطباء مكاتب حفظ الصحة وأطباء القطاع الخاص في التنظيم المقترح

إذا كان المرفق الاستشفائي العمومي يشكل بالضرورة حجر الزاوية للمنظومة الجديدة، فإنه في الوقت ذاته لا يستطيع الإنفراد بكل أنشطة الطب الشرعي.

حيث يمكن لمستودعات الأموات التابعة للبلديات في المدن الكبرى أن تقدم دعما لمعاهد الطب الشرعي الاستشفائية الموجودة فعلا أو تلك المزمع إنشاؤها، حيث يمكن تعيين أطباء شرعيين بها مؤقتا بغية تحسين جودة أدائها. وهو أمر سيفيد مما لا شك فيه بعض المدن مثل الدار البيضاء والرباط ومراكش والقنيطرة.
أما في المدن الأخرى حيث يتم إجراء عمليات التشريح عادة في المستشفيات، فيتعين على البلديات، إذا كانت تعتزم إحداث مستودعات جديدة للأموات، أن تعمل على إحداثها داخل المستشفيات أو بالقرب منها. كما يمكن ضم أطباء مكاتب حفظ الصحة الذين تلقوا تكوينا في التشريح إلى فريق الطب الشرعي الاستشفائي. كما لا مانع من انضمام أطباء الصحة العمومية للعمل داخل مستودعات الأموات التابعة للبلديات سواء كانت تتواجد داخل المستشفيات أو خارجها.

وسيواصل أطباء القطاع الخاص المساهمة في نشاط الطب الشرعي للأحياء وخاصة عبر تحرير الشواهد الطبية الشرعية لمرضاهم من الضحايا. إلا أنه، يجب أن يظل هذا النشاط خاضعا للمراقبة، إذ لا ينبغي أن يظل القضاء رهينة بين أيدي أطباء بدون ضمير مهني حي. ولذلك يمكن اقتراح أن تتم إحالة ضحايا الاعتداء الجنسي أو المصابين الذين يحصلون على شواهد تحدد العجز عن العمل في مدة تتجاوز 20 يوما أو تثبت وجود عاهة مستديمة، بطلب من الشرطة، على وحدة استشفائية للطب الشرعي مخصصة لهذا الغرض.

3. مراجعة شروط التسجيل في جداول الخبراء

يجب القيام بمراجعة شاملة للنصوص التنظيمية التي تتحدد بموجبها المعايير المطلوبة للتسجيل في جدول الخبراء، قصد جعل معيار الكفاءة هو الفيصل مهما كان القطاع الذي يمارس فيه الطبيب، عموميا كان أو خاصا. كما يجب أن يسجل أخصائي الطب الشرعي تلقائيا بحكم مهنتهم. في حين يجب أن يحظى الأطباء الذين يدلون بما يثبت تكوينهم في الخبرة أو في مجال التعويض عن الضرر الجسماني بالأولوية في التسجيل في الجداول.
وفي انتظار التعديلات المقترحة، يجب أن يخضع الأطباء المسجلون حاليا لتكوين أكاديمي في مجال تقييم الضرر الجسماني يندرج في إطار التكوين المستمر. كما يجب ألا يكون التسجيل في الجدول لمدى الحياة، إذ يجب تجديد طلب التسجيل عند نهاية عدد معين من السنوات (خمس سنوات على سبيل المثال) بعد الإدلاء بحصيلة النشاط الممارس خلال السنوات المنصرمة في مجال الخبرة.

4. إحداث شبكة للخدمات الطبية الشرعية على الصعيد الترابي وفق مخطط جهوي

يجب أن تشمل الخدمات الطبية الشرعية مجموع التراب الوطني بحيث تستجيب لمبدأ القرب بالنسبة للحالات البسيطة ولدرجة عالية من التقنية والكفاءة بالنسبة للحالات المعقدة.
يمكن تصور هذه الشبكة وفق نمط تنظيم المستشفيات، دون ضرورة التقيد به، بحيث يتم إحداث مصالح مخصصة للطب الشرعي داخل المستشفيات ذات مستوى إقليمي أو أكثر. ويجب أن تجهز هذه المصالح على نحو جيد قصد ضمان ممارسة أنشطة الطب الشرعي المتصلة بالوفيات والأنشطة السريرية على حد سواء.

4 - 1. في ما يخص أنشطة التشريح الطبي

يجب أن تقتصر ممارسة التشريح الطبي على المستشفيات الإقليمية الكبرى والمستشفيات الجهوية والجامعية. ويجب أن تشكل المستشفيات الجامعية، وفي حال غيابها، المستشفيات الجهوية كمراكز مرجعية بالنسبة للحالات الصعبة. إذ لا يمكن للمستشفيات الأخرى، والتي بالمناسبة لا تقوم إلا بعدد ضئيل من عمليات التشريح الطبي، أن توفر على دوام الشروط المثالية المتعلقة بالسلامة الصحية والمعدات التقنية المناسبة للاستجابة للمعايير المطلوبة في التشريح الطبي.

4 - 2. في ما يخص النشاط السريري وفحص الجثث في مكان اكتشافها

ينبغي أن تكون المقاربة مختلفة عندما يتعلق الأمر بخدمات طبية شرعية للقرب. فإذا كان بالإمكان لأي طبيب أن يمنح الشواهد الطبية الشرعية إلى ضحايا العنف الجسدي أو الجنسي والإصابات بفعل الحوادث(حوادث السير، الحوادث الأخرى الخاضعة للقانون العام، حوادث الشغل...)، وذلك نظرا لعددها الهائل، فإن التبعات القضائية لهذه الشواهد تجعل من الضروري مراجعة آليات المراقبة تفاديا للخروقات وذلك لما لها من عواقب وخيمة على حسن سير العدالة.

لذا، يُقترح إحداث وحدة للطب القضائي تكرس لنشاط الطب الشرعي السريري في المستشفيات الإقليمية الكبرى والمستشفيات الجهوية والمستشفيات الجامعية. وستخضع هذه الوحدات، ما أمكن ذلك، لإشراف طبيب شرعي أو، في حال غيابه، لطبيب تابع تكوينا جامعيا في الطب الشرعي أو في مجال الخبرة الطبية؛ وستشكل هذه الوحدة، مع مستودع الأموات بالمستشفى نواة لمصلحة الطب الشرعي.

ويجب أن تكون مكاتب وحدات الطب الشرعي منفردة ومن الأفضل أن تكون قريبة من قسم المستعجلات. ويمكن ضم الوحدة المكلفة باستقبال النساء والأطفال ضحايا العنف إليها أو تخصص لها قاعات تسليم الشواهد الطبية الموجودة في بعض المستشفيات لتتولى القيام بمهامها في ما بعد.

ويجب أن يكون الطاقم الطبي لهذه الوحدة معينا ومعروفا لدى مصالح الشرطة والنيابة العامة ويمكن أن يتشكل هذا الطاقم من طبيب واحد أو طبيبين بدوام كامل بحسب حجم النشاط المنتظر وأهمية المستشفى وعدد السكان المستفيدين. كما يمكن الاستعانة بأطباء عامين بشكل يومي خلال أوقات العمل القانونية، وذلك وفق قائمة تعد مسبقا. والقيام بالخدمة اللازمة خارج ساعات العمل القانونية وأيام العطل والأعياد، في فحص الجثث في مكان اكتشافها وفحص المعتقلين الموضوعين تحت الحراسة النظرية. وعدا ذلك يمكن متابعة أنشطتهم الاعتيادية (المستعجلات والجراحة العامة وطب العظام وطب الأسنان...).

ويمكن كذلك دعوة أطباء مختصين في مجالات مختلفة (طب الأطفال والطب النفسي والتوليد وأمراض النساء ...) قصد مساهمتهم، من حين لآخر، في أنشطة الوحدة، كل حسب مجال تخصصه.
كما يمكن، في إطار الشراكة بين القطاعين الخاص والعام، الاستعانة بأطباء القطاع الخاص، إذا لزم الأمر ذلك، قصد العمل ضمن هذه الوحدات.
وأخيرا، يمكن لبعض أطباء الوحدة، خاصة أولئك الذين يقومون بفحص الجثث، أن يساهموا في أنشطة التشريح.

أما فيما يخص عمل الوحدة، فيمكن أن تتولى هذه الأخيرة، بناء على انتداب، استقبال ضحايا العنف الجنسي وضحايا حوادث السير أو ضحايا العنف الجسدي الذين حصلوا على شواهد طبية شرعية مدة العجز بها تعادل أو تفوق واحدا وعشرين يوما أو تثبت وجود عاهة مستديمة للبت في مدى واقعية هذا التقدير.

كما يمكن أن تحتكر الوحدة منح جميع شواهد الطب الشرعي الأخرى التي يتقدم بطلبها رواد المستشفى وكذا تنفيذ طلبات الفحوص لفائدة المعتقلين الموضوعين تحت الحراسة النظرية وفحص الجثث في مكان اكتشافها.
ويجب أن يكون التنظيم الداخلي للوحدة مرنا حتى يتمكن من التكيف مع التنوع الكبير للأوضاع المحلية.
كما يجب إشراك النيابة العامة والشرطة، بصفتهما المستفيدين الرئيسيين، في وضع تصور لها وفي عملها.

ويجب أن تتضمن مصلحة الطب الشرعي التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية حيث يرتفع مستوى الطلب على خدمات الطب الشرعي، وحدة علم السموم الشرعي ووحدة البصمات الجينية. حيث يلاحظ ازدياد طلب على هذين المجالين المتمركزين في المختبرات العلمية التابعة للشرطة والدرك الملكي. كما أن هناك طلب متزايد للأطباء على خدمات علم السموم وطلب متزايد للقضاء على تقنيات البصمات الجينية. حيت أن ارتفاع عدد القضايا المعروضة يتطلب نهج سياسة عدم تمركز المختبرات. وإلى جانب مسألة القرب التي تبرر احتضان المستشفيات الجامعية أو بعضها لهذه الوحدات، تنضاف ضرورة وضع، رهن إشارة القضاء، مختبرات مستقلة تشكل أرضية من أجل التكوين والبحث العلمي.

5. تعزيز التكوين لفائدة كل المتدخلين

يشكل التكوين مفتاح نجاح أي إصلاح يهم تنظيم تخصص علمي معين. كما أن النقص الهائل الحاصل في أخصائيي الطب الشرعي في بلدنا يعد سببا من الاسباب التي تفرض ضرورة إيلاء التكوين في هذا التخصص كامل الأهمية.

ينقسم هذا التكوين إلى تكوين أساسي لطلبة الطب، وتكوين الأخصائيين في الطب الشرعي وتكوين بعد التخرج من الجامعة يستهدف بعض مجالات نشاط الطب الشرعي، ناهيك عن تكوين ضباط الشرطة والقضاة.

5 - 1. التكوين قبل التخرج

أول خطوة هامة يجب القيام بها هي تعيين أساتذة بكليات الطب. ذلك أن انجذاب الأطباء الشباب، إلى حد كبير، نحو شعبة أو تخصص يرتبط بوجود أستاذ داخل كليتهم قادر على تطوير نوع من الديناميكية في مجال التدريس والبحث. ولذلك فمن الضروري أن تأخذ، على الصعيد الوطني، المشاورات بين الوزارات المكلفة بالتعليم العالي والصحة والمتعلقة بالمناصب في الجامعات الاستشفائية بعين الاعتبار الطب الشرعي ضمن أولوياته. ولعله من شأن تواجد ممارس واحد على الأقل ذي مستوى جامعي داخل كل مركز استشفائي جامعي أن يرفع من جودة التكوين الأساسي في الطب الشرعي الذي يستفيد منه حاليا طلبة السلك الثاني في الطب، حيث يتراوح عدد الساعات المرصودة بين25 و35 ساعة.

كما يجب أيضا إعادة النظر في محتوى التكوين ليشمل حقوق الإنسان ودور الطبيب في تعزيز حقوق المرضى والدفاع عنها. وتحقيقا لهذه الغاية، يمكن عقد شراكة بين كليات الطب وكليات الحقوق أو غيرها من المؤسسات أو الإدارات التي تتوفر على مهنيين في تدريس المواد المتعلقة بحقوق الإنسان، مع ما يستوجب ذلك من إعادة النظر في عدد الساعات اللازمة لتدريس الطب الشرعي.

5 - 2. تكوين الأطباء الاختصاصيين في الطب الشرعي

بإمعان النظر في تجربة مصلحة الطب الشرعي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد، التي تعد حاليا مصلحة التكوين الوحيدة في الطب الشرعي ببلادنا، يبدو من الضروري إحداث، على مستوى كل مركز استشفائي جامعي –كلما تم منح منصب أستاذ في الطب الشرعي– مصلحة استشفائية جامعية في الطب الشرعي تتوفر على الطاقم الطبي والتقني والشبه طبي اللازم والبنيات التحتية التي من شأنها أن تمكن من إجراء عمليات التشريح الطبي والفحوصات التكميلية المرتبطة بذلك في أحسن الظروف وكذا القاعات التي تشكل وحدة الطب الشرعي السريري.

ومن شأن إحداث المصالح الاستشفائية الجامعية في الطب الشرعي الرفع من عدد الأطباء الشرعيين الذين هم في طور التكوين وكذا سد الخصاص في الأطباء المتخصصين في هذا المجال.

ويجب أن تسجل، مباشرة في جدول الخبراء، المصالحُ التي سيتم إحداثها باعتبارها أشخاصا اعتبارية. ويتعين على المصلحة الاستشفائية الجامعية في الطب الشرعي خدمة القضاء، ولن يتأتى ذلك إلا إذا التزمت السلطات القضائية بإعطاء الأولوية لهذه المصلحة من أجل إنجاز كل المهام والخبرات التي من شأنها القيام بها.

5 - 3. التكوين الطبي المستمر

نظرا لطول التكوين الأكاديمي في مجال الطب الشرعي وانخفاض عدد المترشحين المهتمين بهذا الميدان في الوقت الحالي، سيكون من الأفيد استهداف بعض مجالات الطب الشرعي عن طريق تنظيم دورات في التكوين المستمر قصيرة الأمد لفائدة الأطباء العامين أو الإختصاصيين الممارسين.

لذلك يعد التكوين في مجال الخبرة وتقييم الضرر الجسماني أكثر من ضروري لتزويد المحاكم وشركات التأمين بالأطباء الخبراء المهرة. وتوفر كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء هذا النوع من التكوين منذ أكثر من خمسة عشر سنة، يدرس فيه علاوة على أساتذة الطب أساتذة في القانون وكذا القضاة.

ويجب تثمين هذا التكوين عن طريق إعطاء الاولوية في التسجيل في جدول الخبراء للأطباء المستفيدين منه. كما يجب متابعة التكوين في مجال الوفيات عن طريق استهداف الأطقم الطبية الذي يرغب في العمل داخل المصالح الاستشفائية للطب الشرعي. ولتشجيع المهنيين قصد ولوج هذا التكوين، يجب التفكير في تقديم تحفيزات مالية من قبيل التكفل بمصاريف التكوين.

5 - 4. تكوين المتدخلين الآخرين غير الأطباء

اعتبارا لكون الطب الشرعي علم يمتد بشكل أفقي وأداة تساعد العدالة، وجب العمل على نشر مبادئه ومزاياه بين المستعملين له والمستفيدين منه.
كما يجب العمل على تعزيز وتقوية إدماج التكوين في الطب الشرعي ضمن اسلاك تكوين الملحقين القضائيين بالمعهد العالي للقضاء وفي تكوين عمداء وضباط الشرطة بالمعهد الملكي للشرطة.

إضافة الى ذلك، يجب على الهيئات الرسمية تشجيع ودعم التظاهرات العلمية المتعلقة بالطب الشرعي والتخصصات ذات الصلة حيث يلتئم أطباء الطب الشرعي مع المحامين والقضاة وفاعلين آخرين من عالم القانون وحقوق الإنسان، على اعتبار أن الطب الشرعي يعاني من خصاص مهول في تمويل أنشطته العلمية، عكس باقي التخصصات الطبية الأخرى التي تستفيد من الدعم المالي الذي تمنحه شركات الصناعة الدوائية.

6. ضمان تمويل عادل ودائم

يجب أن يقترن الاهتمام بالطب الشرعي بتمويل كاف لخدماته وفق مساطر مضبوطة.

6 - 1. التأكيد على مبدأ تمويل الطب الشرعي من خلال المصاريف القضائية

لا شك أن هذا المبدأ المعمول به على نطاق واسع عبر العالم لا يقبل أي جدال. غير أنه، إضافة إلى عدم كفاية تعريفة خدمات الطب الشرعي، فإن بعض أنشطته لا يؤدى عنها أي أجر، مثل ما هو الحال بالنسبة لأوامر التسخير التي تصدرها الشرطة قصد إجراء فحص طبي لضحايا العنف وللمعتقلين وكذا المحافظة على الجثامين لأغراض طبية شرعية.

6 - 2. مراجعة التعريفات المستحقة برسم المصاريف القضائية

لقد أضحى من الضروري مراجعة هذه التعريفات قصد الرفع منها بغية ضمان استدامة منظومة الطب الشرعي وشفافيتها، على أن تتضمن مقابلا ماديا يستفيد منه المرفق الاستشفائي العمومي برسم النفقات البنيوية. ولا يمكن أن تقل تعريفة فحوصات الطب الشرعي التي يتم القيام بها، بناء على أوامر التسخير، لفائدة ضحايا العنف والمحتجزين عن تعريفة استشارة طبيب مختص مرفوقة بخدمة منح شهادة طبية شرعية.

أما بالنسبة للخبرة الطبية القضائية، فقد جرت العادة على التمييز بين تلك المنجزة في إطار المساعدة القضائية وتلك التي يؤدى مبلغها من قبل أحد أطراف الدعوى. وهكذا يجب مراجعة التعريفات المعمول بها حاليا مع الأخذ بعين الاعتبار المصاريف المرتبطة باستدعاء الأطراف وبإعداد التقرير وإيداعه، لا سيما في إطار المساعدة القضائية.

6 - 3. عقلنة مساطر الأداء وتبسيطها

يتطلب وضع منظومة مهيكلة لممارسة الطب الشرعي إحداث مساطر تمويل جديدة شاملة وآمنة.
وبما أن هذه الهيكلة تتمحور حول المؤسسات الاستشفائية التي ستلعب الدور المحوري في إنشاء شبكات للخدمات الطبية الشرعية والنهوض بها، فإنه يمكن منح المستشفيات العمومية التي تضم بنيات مكرسة للطب الشرعي (مستودعات الأموات، الوحدة الطبية القضائية، مختبرات...) اعتمادا ماليا سنويا يناسب الأجرة المرتقبة لكل خدمة يتم إنجازها واحتسابها بالنظر لنشاط الطب الشرعي المنجز خلال السنة الفائتة. ويمكن إجراء تعديلات في نهاية السنة لتصحيح أي زيادة أو عدم كفاية هذا الغلاف المالي.
هذا النمط من الأداء سيشكل عامل تبسيط واقتصاد في الوقت ذاته بالنسبة للأطباء والمحاكم، غير أنه يتطلب تعديلا جذريا في النصوص التشريعية الجاري بها العمل. كما يمكن الاستمرار في الأداء بناء على تقديم مذكرة فردية كلما تم تكليف طبيب يمارس خارج المصالح الاستشفائية المخصصة للطب الشرعي.

خلاصة

تشهد منظومة الطب الشرعي، في المغرب، اختلالات كبرى تتعلق بغياب إطار مؤسساتي وغياب أي استراتيجية لتدبير هذا المجال الذي يعاني من طابعه الأفقي: حيث تظل ممارسته، ضمن بنيات قطاعي الصحة والداخلية، مقتصرة على الأطباء التابعين لهاتين الوزارتين. بينما يظل الجهاز القضائي المستفيد الوحيد من خدماته.

وقد نتج عن عدم اهتمام القطاعات المعنية بالطب الشرعي عزوف الأطباء عن هذا التخصص.

وتتطلب إعادة الاعتبار لهذا المجال الطبي واستعادته المكانة اللائقة به التزام جميع المتدخلين في هيكلة وتنظيم الطب الشرعي وكذا الاعتراف بقيمة الأطباء سواء منهم الذين اختاروا التخصص في هذا المجال أو الذين تابعوا تكوينا فيه بعد تخرجهم.

ويصعب تقييم التأثير المالي للهيكلة المرتقبة. غير أنه من المحتمل جدا أن تؤدي إلى ارتفاع التكاليف طالما أنها ستمكن النيابة العامة من اللجوء باستمرار إلى إجراء فحوصات الطب الشرعي التي تتفادى القيام بها حاليا بسبب غياب الإمكانيات وعدم وجود مصالح وموثوق بها قصد إنجازها. إلا أن الأمر لا يتعلق بزيادة في هذه الامكانيات بقدر ما يتعلق بتحسين نظام التمويل وإصلاحه عبر تحميل ميزانية وزارة العدل التكلفة التي تثقل بشكل غير ملائم ميزانية وزارة الصحة. كما يمكن الاقتصاد في التكاليف عن طريق ممارسة مؤطرة بشكل أفضل لعمليات فحص الجثث في مكان اكتشافها مما يمكن من تجنب عمليات التشريح غير المجدية وتسليم تقارير مفيدة تعفي من اللجوء إلى خبرات مضادة تكلف المتقاضين والقضاء وقتا ومالا ثمينين.

واعتبارا لرهانات الطب الشرعي بالنسبة للأمن العام والحقوق الشخصية للأفراد الضرورية لحسن سير المرفق العمومي للقضاء، يفترض توحيد جميع المتدخلين في مجال الطب الشرعي وعلى رأسهم المسؤولين بمديرية الشؤون الجنائية والعفو ومديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة ومديرية الجماعات الترابية قصد التفكير في نموذج للطب الشرعي يسمح لبلادنا بمواجهة التحديات المتعددة التي تقف حجر عثرة أمام هذا التخصص وبالتالي أمام القضاء.

تندرج هذه الدراسة، التي تم إنجازها بطلب من المجلس، في إطار المذكرات التي أعدتها المؤسسة لمواكبة النقاش الوطني حول إصلاح العدالة (المحكمة الدستورية، الدفع بعدم الدستورية، المجلس الأعلى للسلطة القضائية، إلخ.)

وتهم الدراسة حقول أنشطة الطب الشرعي الثلاثة، وهي الأنشطة المتعلقة بالوفيات بما في ذلك التشريح والفحص الخارجي للجثث؛ مجال شواهد الطب الشرعي بكل أنواعها بما في ذلك تلك المسلمة للنساء والأطفال ضحايا مختلف أشكال العنف؛ وكذا الخبرة الطبية.

وتقف الدراسة عند الوضعية الحالية لأنشطة الطب الشرعي بالمغرب وتسلط الضوء على جملة من الاختلالات التي يعرفها الميدان.

كما تعرض الدراسة تجارب دولية للنماذج التنظيمية لأنشطة الطب الشرعي وتقترح توصيات لإصلاح شامل لهذه الأنشطة بالمغرب، كما تسلط الضوء على الحاجة إلى إحداث إطار مؤسساتي وطني لنشاط الطبي الشرعي ووضع المرفق العمومي الاستشفائي في قلب منظومة الطب الشرعي ومراجعة النصوص التنظيمية المحددة للمعايير المطلوبة من أجل التسجيل في جداول الخبراء.

المجلس الوطني لحقوق الإنسان
ⵓⵔⵔⴰⵢ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ ⵜⵉⵏⵙⴰⵏⵉⵏ
Conseil national des droits de l'Homme

Place Ach-Chouhada
BP 1341, 10 040, Rabat - Maroc
tel : +212(0) 5 37 72 22 18/07
fax : +212(0) 5 37 72 68 56

ساحة الشهداء
ص.ب. 1341، 10040، الرباط - المغرب
الهاتف: 18/07 22 72 37 5 (0)212+
الفاكس: 56 68 72 37 5 (0)212+