

Université Claude Bernard Lyon 1



*MASTER 1 Épistémologie, éthique et philosophie du corps et
de l'activité médicale*

Rapport de recherche présenté par M. Armengaud Fabien

Conflits éthiques et médecin militaire?

Sous la direction de Mr Perru Olivier

Année universitaire 2019/2020

ARMENGAUD Fabien

Conflits éthiques et médecin militaire

Remerciements

Un grand merci à Olivier PERRU, mon maître de mémoire, pour ses conseils,

Merci aux médecins militaires qui ont accepté de répondre à mon questionnaire,

Merci à mes proches pour leur relecture, leurs avis et leur réflexion,

Merci à tous mes amis et à ma famille qui m'ont soutenu durant la réalisation et l'écriture de ce mémoire.

Table des signes et des abréviations

AMM : Association médicale mondiale

AMP : Aide médicale à la population

BSPP : Brigade de Sapeur Pompiers de Paris

CDU : Commandant D'Unité

CEFOS : Centre de Formation Opérationnelle Santé

DIH : Droit International Humanitaire

ESA : École de Santé des Armées

EPPA : École du Personnel Paramédical des Armées

EVASAN : Évacuation Sanitaire

EXOSAN : Exercice Opérationnel Santé

IRBA : Institut de Recherche Biomédical des Armées

MGF : Mutilation Génitale Féminine

OTAN : Organisation du Traité Atlantique Nord

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SNLE : Sous-Marin Nucléaire Lanceur d'Engin

SSA : Service de Santé des armées

UE : Union Européenne

Table des matières

1	<i>Introduction</i>	6
2	<i>Contexte théorique du « Médecin militaire »</i>	8
2.1	Médecin et militaire, deux cultures proches	8
2.2	Singularité de l'éthique du médecin militaire face à un réel différent.....	12
2.3	Dilemme éthique propre au médecin militaire de par son appartenance à l'armée.....	18
3	<i>Analyse d'étude</i>	21
3.1	Ambivalence entre métier de médecin et de militaire	21
3.2	Conditions d'exercice	26
3.3	Formation et réglementation.....	32
4	<i>Mise en perspective : un jeu d'influence</i>	35
4.1	L'organisation militaire ne laisse pas de place au paradoxe apparent.....	35
4.2	Le contexte influence les décisions du médecin militaire sans modifier ses principes éthiques.....	38
5	<i>Conclusion</i>	43

1 Introduction

Les Conventions de Genève de 1949 déclarent que le médecin doit en tout temps et en tous lieux se référer à son code de déontologie¹. Pourtant, un article paru dans la revue *Miles* en 2004 a dévoilé l'implication de certains médecins militaires américains dans des interrogatoires hostiles sur des prisonniers de guerre. Ce comportement était alors tout à fait contraire aux règles énoncées par le code de déontologie médicale. Cette révélation a créé un débat sur les devoirs éthiques du médecin militaire ainsi que sur le bien-fondé de son existence. L'Association Médicale Mondiale (AMM) a déclaré en 2004 que « l'éthique médicale devait être la même en temps de paix et en temps de guerre »². Cependant, le médecin des armées doit jongler dans sa pratique avec la réalité du terrain, les contraintes de l'armée, le stress, les contraintes médicales, les lois humanitaires et les codes d'éthiques et de déontologie. En effet, les opérations extérieures confrontent les médecins à des situations typiques de la médecine de guerre telles que le triage, l'aide médicale à la population, le traitement des prisonniers de guerre et le soutien opérationnel des forces alliées. Pendant ces pratiques, les praticiens se retrouvent dans une situation de double allégeance à la fois envers l'éthique médicale et l'institution. Cette double allégeance amène le médecin des armées à devoir trancher dans certaines situations entre la continuité de la mission et l'apport de soins à quiconque le demande. Il se retrouve alors tiraillé entre « impératifs militaires » de par son côté guerrier et « exigences éthiques » de par son côté médecin. Cette double identité peut paraître paradoxale. En effet, comment un Homme peut-il être celui qui sauve et celui qui tue ? Comment peut-il fusionner deux cultures qui paraissent antinomique ?

Vivienne Nathanson définit l'Éthique médicale « comme un contrat entre les professionnels de santé et les sociétés qu'ils servent dont les limites ne sont pas fixées par les seules professions concernées mais elles sont négociées avec la société en tenant compte des mœurs et des valeurs sociales, de la loi, des systèmes de croyances, mais aussi des craintes, des espoirs et des attentes exprimées par la société. »³ Cela insinue que l'éthique médicale du médecin militaire est en accord avec les principes fondamentaux de l'armée, partie prenante de notre société.

¹Les conventions de Genève du 12 août 1949. Genève : Comité International de la Croix Rouge, 1989.

² AMM, Manuel d'éthique médicale, 2005

³ Nathanson V. L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension. Revue Internationale de la Croix Rouge 2013

Toutefois, les impératifs militaires sont les évènements que subit le médecin de par son appartenance à l'armée. Ces derniers dépendent du contexte et sont plus marqués en opérations extérieures à cause des pressions politiques et économiques.

Ainsi, on peut légitimement s'interroger : Dans quelle mesure, l'organisation militaire peut-elle influencer l'éthique du médecin des armées depuis la fin de la guerre froide en opérations extérieures ? Cette question de recherche sera approfondie dans ce mémoire. Pour cela, nous nous baserons sur un ensemble d'œuvres littéraires, d'articles scientifiques et de textes de droit. Nous inclurons aussi des interviews de médecin militaire sur leur ressenti quant à l'influence de l'institution sur leur pratique médicale. (voir Annexes)

Nous cherchons tout au long de notre travail à analyser les préjugés sur l'apparente antinomie du métier de médecin militaire. Nous voulons ainsi faire comprendre à nos lecteurs les enjeux de la pratique du médecin en contexte de guerre, tout en étudiant les mécanismes psychologiques de raisonnement et d'apprentissage qui la permettent. Nous étudierons ici uniquement, la pratique des médecins de l'armée de terre française.

Dans un premier temps, nous analyserons d'un point de vue théorique, grâce à la littérature, le contexte et la culture du médecin militaire. En effet, nous verrons que le médecin militaire se crée un éthique différente du fait des pressions qu'il subit. Ensuite, nous étudierons les facteurs qui influencent la pratique du médecin militaire en nous appuyant sur leurs témoignages. Enfin, nous terminerons en mettant en perspective le jeu d'influence que subit le médecin militaire de la part de l'institution et de l'éthique médicale.

2 Contexte théorique du « Médecin militaire »

2.1 Médecin et militaire, deux cultures proches

Le métier de médecin militaire combine deux cultures, la culture militaire et la culture médicale. Cette cohabitation est possible par la proximité de ces dernières. La première similitude se situe au niveau de l'individu, les médecins comme les militaires sont des métiers de vocation individuelle fortement influencée par les histoires familiales. En effet, il existe de nombreuses lignées d'officiers et de docteurs, où le sens de l'honneur et de la gloire sont des principes fondamentaux de leur éducation. Cette proximité intergénérationnelle permet un apprentissage du métier spécifique et propre à sa culture car seul le médecin sait et peut instruire le médecin et seul le militaire enseigne au militaire. Le second point commun de ces métiers réside dans le rôle tutorial des aînés ou le compagnonnage. père et fils de tradition à l'armée ou externe et interne à l'hôpital.

La motivation professionnelle les rassemble. Tous deux ont un devoir de protection envers leur concitoyen de par les pouvoirs que la société leur a octroyé. Pour le militaire, il doit protéger la vie des citoyens, quitte à utiliser la force ou la violence protectrice. Le médecin, lui doit protéger, porter secours à l'Homme qui souffre. Pour cela il peut lui aussi user de gestes forts tels que la chirurgie ou l'amputation pour sauver le malade. « Médecins et militaires, s'appliquant sans relâche à déjouer thanatos, sont de perpétuels Sisyphe en quête d'un idéal inatteignable. »⁴ (Godart, Militaire et Médecin, 2009).

Cette proximité est aussi présente dans la pratique professionnelle, en effet médecin et militaire exercent tous deux des professions qui ne demandent pas un savoir-faire mais plutôt un savoir-être. On parle d'art médical quand le médecin confronte la situation pathologique au moyen dont il dispose (les traitements). Le militaire pratique quant à lui le « métier des armes » qui n'est pas un métier au sens banal du terme. Lorsqu'il élabore une stratégie on ne parle plus de métier des armes mais plutôt « d'art de la guerre ». Militaire et médecin ont une pratique professionnelle qui consiste à être et réfléchir avant d'agir et de pratiquer leur art.

⁴ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

Cette prise de recul et cette réflexion avant mais aussi pendant l'action témoignent de la capacité d'adaptation nécessaire à ces deux métiers.

La guerre est un domaine où l'incertitude et le hasard ont une place prépondérante et où la réalité est toujours différente, ce qui impose au militaire une prise de décision rapide. La médecine peut être comparée avec la guerre. En effet le corps est le champ de bataille contre la maladie. Comme toutes les guerres, elle impose une réalité et des réactions du corps différentes face à la même pathologie et donc une capacité d'adaptation du médecin pour sauver les patients. Lyautey a défini cette méthode pour le militaire « Il n'y a pas de méthode, il y en a dix, il y en a vingt, ou plutôt si, il y a une méthode qui a un nom souple, élasticité, conformité aux lieux, aux temps, aux circonstances »⁵. Cette définition s'applique aussi au médecin. C'est pourquoi le militaire et le médecin ont un cheminement de pensée similaire. Il est structuré et méthodique pour ne pas perdre pied face aux aléas du conflit ou de la maladie. Ils analysent tous les deux la situation en examinant le terrain ou le malade, puis l'ennemi ou pathologie, les forces alliées ou les traitements et enfin les modes d'actions possibles. Après cette réflexion, ils vont prendre des décisions pour faire leur travail et gagner le conflit.

Outre l'individu ou la pratique professionnelle, le point commun le plus frappant entre les deux est la proximité avec la mort, le sang ou la souffrance humaine. Cette proximité avec des événements peu connus par l'Homme élève ces derniers à des réalités quasi mystique qui conjurent cette réalité trop obscène, trop dure pour l'Homme normal. Selon Godart, « cela renforce l'image du soldat invulnérable et du médecin immortel »⁶ (Godart, Militaire et Médecin, 2009).

Les métiers de médecin et de militaire sont tous deux dans une optique de protection, et plus particulièrement de la vie du citoyen ou de la population. Cette posture professionnelle impose à ces deux pratiques d'être fortement encadrées. En effet, les pouvoirs détenus par les militaires et les médecins sont conférés par la loi et encadrer par différents codes : code d'éthique du soldat, code d'éthique du médecin, code de déontologie médicale...

⁵ Lyautey, Lettres du Tonkin et de Madagascar, cité par Pierre Garrigou-Granchamp, « Pourquoi une culture militaire ? », site web du coFat, 2007

⁶ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

La présence de ces questionnements éthiques est renforcée par la proximité de la vie et de la mort des deux professions mais aussi par le fait de voir ses concitoyens dans des situations préoccupantes en entrant dans leur intimité. Nous apparaît alors un nouveau rapprochement qui est le principe du secret. Le secret médical comme le secret défense ont tous deux pour but de protéger autrui. Le secret défense protège la Nation alors que le secret médical protège le patient.

Paradoxalement, médecin et militaire ont aussi un rôle d'information, tous deux combattent contre la guerre et la maladie pour « entretenir « deux non évènements subjectifs » que sont la paix et la santé »⁷ (Godart, Militaire et Médecin, 2009). En effet, la présence des militaires dans les lieux publics dans le cadre de la mission Vigipirate nous rappelle-t-elle que la paix est un équilibre fragile pour lequel ils luttent. Tout comme la présence de médecins durant l'épidémie de COVID-19 ne nous a-t-elle pas rappelé leur combat permanent contre la maladie.

La notion de groupe est très présente dans ces deux milieux. Ces derniers se créent par l'apprentissage d'une culture commune et la transmission de traditions très fortes. Ces rites qui se traduisent par les chants militaires pour honorer ses anciens ou par les paillardes apprises en faculté de médecine permettent une hyper homogénéisation du groupe. Cette homogénéité est renforcée par le port d'un uniforme : le treillis pour les militaires et la blouse blanche pour les médecins.

Il y a aussi des rites de passage qui marquent notre entrée dans la communauté comme les baptêmes de promotion pour les militaires ou le serment d'Hippocrate pour les médecins à la fin de leurs études. Ces traditions et rites permettent la création d'une hiérarchie. Cultures militaire et médicale sont donc très hiérarchisées, ce qui permet de faire appliquer les règles et les interdits demandés aux membres du groupe. La hiérarchie joue aussi un rôle éminemment protecteur. En effet, elle permet que la défaillance individuelle d'un de ses membres ne soit pas attribuée à un seul mais répartie à l'ensemble du groupe. Ainsi, se crée la hiérarchie de contact avec des cadres de proximité qui servent de noyaux de sécurité pour le groupe dont les instances dirigeantes sont très lointaines.

⁷ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

Enfin, comment ne pas parler des emprunts réciproques de vocabulaire. Le médecin pratique un « traitement d'attaque », il « combat » l'infection, propose une « stratégie thérapeutique »... Le militaire lui « traite » la cible, « sonde » la profondeur du théâtre « d'opérations », « disloque » un dispositif en réalisant une frappe « chirurgicale »...

Même si ces deux cultures sont relativement proches, cette proximité ne suffit pas à permettre leur fusion. En effet, il faut aussi une acculturation réciproque de ses acteurs. Le médecin commence cette dernière dès sa formation. En parallèle de son cursus médical à la faculté, il fait des formations militaires pour connaître les contraintes, les besoins et les codes de l'armée. Ces formations lui permettent de comprendre qu'être guerrier doit être indissociable d'être médecin car il est officier et doit se comporter comme un cadre opérationnel dès son arrivée en unité.⁸ (Godart, Militaire et Médecin, 2009).

Seul l'arme peut poser problème, comme dans le film « Tu ne tueras point » où l'infirmier refuse de porter l'arme car elle peut tuer ce qui est interdit au médecin. Les conventions de Genève ont identifié ce potentiel conflit éthique et ont autorisé aux soignants de porter une arme à usage défensif. Cela prouve que la fonction médicale est une fonction exclusive, on ne peut pas soigner et combattre ne même temps.

Le militaire s'acculture lui aussi. En effet, les soldats s'imprègnent de la culture médicale lors de formation de sauvetage au combat. En tant que premier intervenant, ils se doivent d'être formés pour se sauver ou sauver leurs camarades au combat durant les premières minutes en attendant les médecins. Cette acculturation s'illustre par l'attention qu'ils portent à ses formations (certains disent qu'ils sont aussi sérieux que lors de leur apprentissage du maniement de leur arme) mais aussi par le fait qu'en plus de leur arme, ils aient leurs trousse de secours individuelles sur eux en OPEX. Le chef militaire lui s'inspire du médecin dans la gestion de l'individualité pour le préservation de son groupe. Il sait qu'une situation individuelle mal gérée peut avoir un effet nocif sur le groupe. Il veut préserver le potentiel humain du groupe. C'est pour cela qu'il utilise le médecin comme conseiller au commandement. Il apprend dès sa formation à répondre aux questions humaines des besoins d'un groupe par une approche quasi médicale. Cette acculturation réciproque est nécessaire pour avoir une compréhension mutuelle qui mène à un efficacité opérationnelle.

⁸ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

La cohabitation de ces cultures n'est pas l'unique chose à rendre la pratique et l'éthique du médecin militaire différente. En effet, le réel ou contexte que subit le praticien des armées pendant sa formation mais aussi sa carrière sont tout aussi important.

2.2 Singularité de l'éthique du médecin militaire face à un réel différent

L'éthique médicale repose sur des croyances personnelles venant de son éducation et de ses expériences. L'éthique du médecin militaire est renforcée par des traditions à la fois médicales et militaires. Ces derniers sont dès leur engagement nourris par les principes éthiques de la médecine et la morale militaire. Cette éthique ou plutôt ces croyances se résument en plusieurs refrains⁹.

Le premier est le discours du Baron de Percy, chirurgien en chef de la grande armée de Napoléon 1er, prononcé aux chirurgiens sous aides¹⁰ : « Allez où la Patrie et l'humanité vous appellent, soyez y toujours prêts à servir l'une et l'autre ». Cette phrase illustre l'engagement total pour son pays dont doit faire preuve le médecin militaire. Elle permet aussi de montrer aux praticiens des armées la double allégeance qu'ils vont devoir accepter en s'engageant dans l'institution. Ils serviront à la fois les intérêts des armées et donc de la Nation et en même temps en tant que médecin ils devront servir l'humanité sans distinction.

Le second est la devise de l'École de santé des armées, issue de la fusion des devises des anciennes Écoles du Service de Santé de Bordeaux et de Lyon : « Mari transve mare, pro patria et humanitate, hominibus semper prodesse » (Sur mer et au-delà des mers, pour la patrie et l'humanité, toujours au service des Hommes). Cette devise appuie l'allocution du Baron de Percy. En effet, elle exprime aux élèves praticiens la disponibilité du service de santé des armées pour soutenir les forces. Le concept de double allégeance est de nouveau présent. Le « toujours au service des Hommes » peut être interprété comme un principe moral à suivre. Cela représente sans doute une consigne si le médecin avait à trancher entre l'aspect stratégique et humain de son métier.

⁹ Le médecin militaire entre impératifs militaires et exigences éthiques, Barbier O., Racle M., De Montleau F., Revue Ethique et Santé, 2015

¹⁰ sous aides : grade de l'armée napoléonienne

Le troisième est issue du chant traditionnel de l'École de santé des armées : « Dans l'Afrique infernale, portez la science au pays des Bantous ». L'idée véhiculée par ces paroles est l'importance de l'aide médicale aux populations, AMP, dans le métier de praticiens des armées. Même si ce n'est pas la mission première du médecin pendant un conflit, ce dernier doit aider les plus démunis, mission fondamentale dans ce métier.

Le quatrième est le slogan du service de santé des armées : « Votre vie, notre combat. » Cet adage évoque pour les soignants que le combat ne se traduit pas seulement par la prise des armes. En effet, il rappelle que le soin de ses camarades blessés est un engagement tout aussi important que celui de se battre face à l'ennemi. Il démontre sa participation à l'effort de guerre. Mais c'est aussi un engagement au profit des civils. En apportant le soin et l'aide aux populations locales démunies, le médecin militaire combat pour la vie de ces civils.

Comment ne pas parler du Serment d'Hippocrate prononcé par le médecin à la fin de ses études. Ce passage obligatoire marque son entrée dans le monde médical et son adhésion aux valeurs qu'il impose. « Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé (...) sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions (...) Je donnerai mes soins à l'indigent (...) Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission(...) »¹¹. Ce serment est le texte fondateur de la médecine. Il peut être défini comme les dix commandements du monde de la santé. Il dicte les principes à suivre pour réaliser une « bonne » pratique médicale d'un point de vue moral. Cette éthique particulière, de par ces croyances différentes, amène le médecin militaire à une pratique différente.

Pour chaque intervention médicale, les médecins doivent prendre des décisions lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes éthiques. En situation de guerre, les décisions peuvent être différentes à cause du contexte et donc générer des tensions éthiques. En effet dans une pratique normale, les cliniciens ont le temps de réfléchir aux décisions qu'ils vont prendre pour sauver un patient. Le temps de l'urgence est différent, la temporalité est déterminée par un contexte hostile ou tout devient vital. A rythme du temps s'ajoute l'isolement dans la décision. Les médecins civils en temps de paix peuvent faire appel à des collègues.

¹¹ Ordre des Médecins, Serment d'Hippocrate, 2012

La décision collégiale permet de conforter leur choix alors qu'en temps de guerre sous le feu ennemi, les possibilités de réflexion seront moindres. Cette hostilité permanente contraint les médecins militaires dans leur réflexion et dans leur prise en charge, pouvant les pousser à faire des choix controversés.

L'hostilité est parfois présente lorsque les médecins militaires réalisent de l'Aide Médicale à la Population, (AMP). Dans ce cas, le médecin responsable de l'équipe peut décider d'arrêter cette aide. Cette décision est compliquée.

Les populations civiles dans les pays en guerre ayant très peu accès aux soins ne comprennent pas les tenants et les aboutissants de ces choix stratégiques. Cependant le médecin militaire est obligé de se protéger et de protéger son équipe. Si le climat devient moins hostile, il pourra continuer à faire profiter les populations de ses capacités. L'hostilité des populations locales n'est pas le seul facteur différent de la pratique en métropole.

Le triage est une spécialité des médecins militaires qui consiste à prioriser les blessés les plus graves lors d'un afflux massif d'accidentés. Les médecins civils peuvent être de même confrontés à des situations de triage lors de carambolages ou d'épidémies. Ils peuvent prendre en charge toutes les victimes car l'utilisation des ressources n'est pas restreinte et contingentée. Dans un contexte de guerre en revanche, il y a outre la gravité de la catastrophe, un problème d'épuisement des ressources. Le médecin militaire sait que les décisions qu'il prend, peuvent être des décisions de vie ou de mort. Il peut alors subir une influence pour prioriser un groupe par rapport à un autre (les alliés par rapport aux civils...) ou dans un même groupe, un homme par rapport à un autre (en fonction du grade, un ami par rapport à un inconnu...). C'est pour cela que le processus de triage est un processus extrêmement réglementé pour ne laisser aucune place au doute et à la subjectivité de chacun. Lors du tri, le médecin peut être amené à faire le choix de ne pas sauver un blessé car il sait que les soins nécessaires sont impossible à pratiquer avec les moyens dont il dispose. La gestion maîtrisée des ressources intervient systématiquement dans ses choix et le pousse à ne pas « gaspiller » le stock médical disponible. Le praticien est dans l'obligation de soulager le blessé pour l'accompagner dans sa fin de vie. Ces situations, ne sont pas contraires à l'éthique médicale. En effet, donner la priorité à celui ayant le plus besoin et ne pas donner de ressources aux condamnés à mort permet de sauver le plus grand nombre. Lors de batailles difficiles où l'afflux de blessés est continu et important, l'épuisement peut s'emparer des équipes médicales. Si l'épuisement est aussi possible dans la pratique civile, rares sont celles qui sont aussi longues et aussi soutenues.

Dans ces situations, vaut-il mieux arrêter les soins le temps de se reposer pour être meilleur plus tard ou faut-il tout donner jusqu'à l'épuisement complet quitte à être moins performant.

Au cours de ses nombreuses missions, le médecin militaire doit s'adapter au contexte dans lequel il est projeté. En effet, le professionnel de santé peut se retrouver dans des zones sous équipées médicalement pour les populations civiles. Il se retrouve alors dans des situations où il doit adapter ses traitements pour que le patient puissent trouver les médicaments nécessaires à sa guérison dans les pharmacies locales.

En effet, un médecin face à un patient grièvement blessé à la jambe réaliserait dans des conditions normales une amputation, le traitement adéquate. Cependant, dans un pays dévasté par la guerre, le patient ne pourra pas suivre une rééducation ou trouver des prothèses. Le médecin décide alors de conserver la jambe et de faire un traitement plus risqué et plus long pour que le patient ne doivent plus trouver que des antibiotiques à sa sortie de l'hôpital. Autrement dit, lorsqu'il sélectionne un traitement, le médecin doit penser aux conséquences et aux besoins à long termes qu'il engendrera pour le patient.

Les médecins ou chirurgiens militaires sont amenés à partir n'importe où dans le monde. Ils peuvent se retrouver dans des pays culturellement différents pour des mission de quatre à six mois. Dans ces pays, les mœurs y sont différentes, et leur vision de l'éthique y est aussi changée. Le médecin doit s'adapter à cette culture différente de la culture occidentale. Dans cette adaptation, il peut faire face à des situations qu'il considère lui-même contraire à sa propre éthique ou aux droits de l'Homme. En Afghanistan, par exemple, les médecins militaires occidentaux ne pouvaient ausculter une femme qu'avec l'autorisation de son père ou de son mari. Pour prescrire un traitement à une femme, il faut que le chef local ou le chef de famille l'accepte. Cette privation d'autonomie dans les prises de décisions pour sa santé est contraire aux valeurs de l'éthique médicale occidentale. Cela va à l'encontre du principe d'autonomie et d'intérêt du patient.

Le médecin peut aussi faire face à des situations où une norme locale lui demande d'accomplir un acte éthiquement répréhensible. Dans certaines parties d'Afrique du Nord, il est courant de pratiquer la mutilation génitale féminine (MGF) ce qui est interdit en Europe. Dans le cadre d'un conflit armé, un médecin propose des soins aux populations locales d'Afrique du Nord, il est courant qu'on lui demande de pratiquer la mutilation génitale féminine. Les acteurs locaux pensent préférable que cela soit effectué par un médecin avec un bon matériel, des antiseptiques et des antihémorragiques plutôt que par le chef de tribu.

Le médecin se retrouve alors dans une situation où on lui demande de faire un acte éthiquement condamnable parce que cela est moins dangereux pour la femme. Dans ce cas, la meilleure solution peut être d'engager un dialogue pour expliquer à ces tribus que cet acte n'a aucun intérêt médical et nuit seulement à la personne concernée.¹² (Natahnson, L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix, 2013)

Dans une situation de conflit armé, le consentement peut parfois poser problème. Dans notre société, c'est un principe éthique fondamental de la prise en charge du patient.

Cependant, les sociétés n'ont pas toutes la même vision du consentement. On a vu précédemment que le patient peut être habitué ou forcé à ce qu'on décide à sa place ou être habitué à une relation médecin patient de type paternaliste. C'est donc difficile de faire comprendre aux patients que c'est mieux pour eux car c'est culturellement différent. Il arrive aussi que le patient soit dans l'impossibilité de donner son consentement à cause de la gravité de sa blessure. Une personne inconsciente suite à une explosion ne pourra pas donner son consentement mais l'urgence de la situation obligera le médecin à agir pour sauver la personne. Dans ce cas, le médecin doit maintenir le patient en vie pour qu'il retrouve sa capacité à prendre des décisions. Lorsque c'est le cas, il faut l'informer de ce que le médecin lui a fait pour le maintenir en vie et lui exposer les possibles traitements futurs pour qu'il puisse les choisir.

Après de gros traumatismes, il arrive aussi que le patient refuse les traitements que le médecin lui propose pour lui sauver la vie et parfois lui demander de mettre fin à ses jours. Ces idées peuvent survenir dans le cadre d'un syndrome post traumatique pour des soldats qui ont été choqués par les atrocités de la guerre. Dans ces cas-là, il faut que le médecin explique au patient que c'est le mieux pour lui. Si le patient refuse, le praticien peut s'opposer à mettre fin à la vie de ce dernier car personne, patient compris, ne peut forcer le médecin à proposer des soins qu'ils jugent contraires à l'intérêt du malade. Les syndromes post traumatiques peuvent aussi se traduire par des envies de suicide ou de meurtre. Le problème est que le soldat a accès à des armes. Dans ce cas, le médecin se retrouve dans une situation où il doit briser le secret médical. Pour le rompre, il faut qu'il y ait un danger pour autrui ou pour lui-même. Cependant le médecin doit veiller et être attentif de ne pas se laisser influencer par ses chefs dans la décision de rupture du secret médical.

¹² Natahnson V., L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix, 2013

Dans les situations de conflits, certaines personnes sont vulnérables, c'est le cas des combattants ennemis blessés ou les civils d'un État vaincu. Le médecin se doit de veiller à ce que leurs droits soient respectés afin d'éviter les abus, par exemple éviter l'expérimentation humaine. Dans un contexte de guerre, le praticien est confronté sur un temps court à énormément de blessures semblables, typiques de ce type de conflit. Il est alors possible que les médecins pensent à de nouveaux traitements. Il faut faire attention à développer ces nouveaux protocoles de soin avec les mêmes méthodes qu'en temps de paix et ne pas recourir au traitement expérimental par manque de moyens.

L'environnement culturellement différent peut aussi poser un problème de confiance. Tout traitement médical s'appuie sur la relation de confiance qui se noue entre les patients et les médecins. Les médecins font confiance à leurs patients pour leur dire la vérité et coopérer au traitement qui leur est proposé. Les souffrants font confiance aux praticiens pour faire tout ce qui est en leur pouvoir pour les aider sans aucune discrimination à cause de ses opinions ou ses croyances. En situation de conflit armée, patient et médecin peuvent venir de deux camps opposés. La confiance est alors minée par la suspicion et la peur pour le patient. Il faut alors que le médecin le gère dès les premières communications pour lui expliquer qu'il ne va pas lui faire de mal. Le langage peut aussi être une barrière à une bonne pratique médicale.

Dans certaines situations de conflit, la communication sera empêchée par des difficultés linguistiques. Les interprètes peuvent être utiles, mais ils ne sont pas toujours disponibles. C'est pourquoi, il arrive qu'on recrute des proches de la victime. Cependant, les médecins ne peuvent pas savoir si l'interprétation est fidèle, ni si le patient se sent véritablement à l'aise pour s'exprimer par l'intermédiaire de ces personnes. Une patiente qui consulte un médecin après une agression sexuelle est une situation fréquente dans les conflits. Dans de nombreuses sociétés non occidentales, le reproche peut être fait à la victime autant qu'à l'agresseur et l'agression peut couvrir sa famille de honte. Dans ces circonstances, demander aux parents d'interpréter les échanges n'est pas possible, ces derniers refuseront de traduire la vérité au médecin occidental pour préserver leur réputation. Il est donc nécessaire d'avoir des interprètes professionnels formés pour garantir leur capacité à traduire correctement les propos du médecin.

Les médecins militaires peuvent être amenés à pratiquer une médecine de guerre et exercer des fonctions moins traditionnelles dans des domaines considérés comme spécialisés en temps de paix et pour lesquels ils ne sont pas formés. Le devoir du médecin est d'intervenir uniquement dans le cadre de ses compétences et de ne pas accomplir des actes qu'il ne maîtrise pas.

Si le médecin ne se sent pas suffisamment compétent pour accomplir le geste mais reconnaît que la blessure nécessite une intervention immédiate pour sauver la vie du patient et qu'il est la seule personne présente dans les délais. Il peut décider que son intervention moyenne est mieux pour le patient que l'absence d'intervention. Cette décision repose sur une évaluation honnête du médecin de ses compétences et des besoins du patient.

2.3 Dilemme éthique propre au médecin militaire de par son appartenance à l'armée

Le médecin militaire peut faire face à des situations exceptionnelles de par son appartenance à l'armée. En effet, ce dernier est médecin dans une organisation dont le but premier n'est pas de soigner. Dans un contexte de guerre, il va faire face à des situations inconfortables vis à vis de l'éthique médicale. Malgré la proximité des deux cultures dans leurs intentions, leur finalité n'est pas la même. Le médecin a beau être guerrier et le guerrier médecin, tous deux à leur façon, on ne peut combattre et soigner en même temps comme l'eut fait Machaon pendant la guerre de Troie. « C'est la raison pour laquelle, les affaires de la guerre sont de l'ordre du chef militaire alors que celles de la santé sont de l'ordre du médecin »¹³. (Patrick Godart, *médecins et militaires*, 2009) Même si les différentes formations permettent d'échanger en fonction des circonstances les compétences des uns et des autres, il est logique que chacun reste souverain dans son domaine. Les décisions du chef ou du médecin s'accompagnent nécessairement de la confiance dans leurs choix respectifs de l'autre parti et, de la renonciation de toute ambition de contrôle de l'activité de l'autre. C'est pour cela que le médecin doit faire face à son commandement si ce dernier lui demande quelque chose qui va contre les valeurs de l'éthique médicale. Nous avons parlé précédemment de la possibilité ou non de rompre le secret médical. Nous avons vu que le médecin ne le rompt que si la sécurité des autres soldats est en danger. Cependant, il ne peut pas user de son rôle de médecin pour obtenir des informations pour le commandement sur l'état des ennemis ou des civils locaux. Cette notion de double allégeance consiste pour le médecin à avoir des devoirs envers ses employeurs mais aussi et surtout envers ses patients.

¹³ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

L'Association Médicale Mondiale (AMM) définit cette double allégeance de la façon suivante : « Lorsque les médecins ont des devoirs et des responsabilités à la fois envers leurs patients et des tiers et que ces devoirs et ces responsabilités sont incompatibles, ils se trouvent dans une situation de double allégeance. ». ¹⁴ Ainsi, avec cette définition, des dilemmes pourraient surgir à cause de son appartenance à l'armée.

Les principes militaires visent le maintien de la force de combat pour la réussite de la mission et l'obéissance aux ordres sont en désaccord avec les principes de primauté du patient et les principes de non malversation. Face à cette antinomie apparente, certains concluent qu'il est immoral pour un médecin de servir dans l'armée.

En situation de conflit, le devoir de confidentialité du médecin peut être moindre car il est dans un contexte hostile où les soldats doivent être au maximum de leurs capacités. Il se doit donc d'informer le commandement de l'état des troupes. Cependant, aucun employeur ne peut obliger un médecin à violer la loi et l'éthique médicale.

Dans le cadre des conflits, le médecin peut être amené à soigner des combattants ennemis ou des prisonniers. De ce fait, le médecin se doit de veiller contre les abus qu'ils peuvent subir. Il ne faut pas oublier que les combattants ennemis fait prisonnier sont protégés par le Droit international humanitaire ¹⁵ (DIH), qui stipule que ces derniers jouissent des droits fondamentaux. Il est donc interdit de faire des actions inhumaines telles que la torture à ces personnes. Si lors d'un examen, le médecin voit des signes de torture ou d'abus, il ne doit pas seulement le soigner mais il doit aussi intervenir pour faire cesser les abus. A la notion de confidentialité, il y a aussi celle de la temporalité comme variable d'influence sur le respect de l'éthique.

Le temps d'action du médecin et du militaire est décalé. En effet, c'est un « temps de l'avant avec la préparation des guerriers, du pendant avec la relève des blessés et surtout de l'après avec la récupération et le soin de ces derniers » ¹⁶. La mission du médecin vise au sauvetage et à la récupération des blessés. Par son action, le médecin menace de paralyser les autres temps opérationnels. En effet, il prive le guerrier de son autonomie en lui enlevant des membres de son groupe.

¹⁴ AMM, Manuel d'éthique médicale, 2005

¹⁵ Les conventions de Genève du 12 août 1949. Genève : Comité International de la Croix Rouge, 1989.

¹⁶ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

C'est la raison pour laquelle sa mission ne concorde pas avec la mission du guerrier. Cette mission, le guerrier l'exécute dans le temps du « pendant »¹⁷. Dans ce temps du pendant, la mission médicale doit se confondre et se faire une place dans la mission militaire sans trop la paralyser. Le médecin est le seul à pouvoir borner et limiter l'action du militaire avec ces principes éthiques et thérapeutiques pour sauver un soldat du groupe et le protéger du feu ennemi.

En effet, même si le militaire doit continuer la guerre et reconstituer son groupe, le médecin peut lui faire stopper temporairement la mission pour l'aider à mettre à l'abri un blessé dans un contexte hostile. On s'aperçoit que l'objectif du militaire n'est pas seulement la réussite de la mission mais aussi la bien portance de ses hommes.

Le médecin lui, qui se soucie assez peu de l'objectif opérationnel et qui est là pour sauver les blessés permet en soignant et en évacuant les blessés un meilleur déroulé de la mission. En effet, un blessé soigné et évacué ne ralentit pas la progression de l'unité.

« Sur ces fondements se constitue le service de santé des armées, groupe militaire dont l'essence est en tout temps et en tout lieu d'assister le guerrier. Fondé à la fois sur la confiance en des actes de soins éthiquement et scientifiquement irréprochables, et sur une acculturation profonde à son environnement opérationnel, ce service garantit au guerrier la certitude d'une prise en charge optimale et matérialise le juste devoir d'assistance de la nation, vis-à-vis de ceux qui exposent leur vie pour la défendre. »¹⁸

¹⁷ Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009

¹⁸ *Ibid*

3 Analyse d'étude

3.1 Ambivalence entre métier de médecin et de militaire

Le terme de médecin militaire paraît antinomique au premier abord. En effet, le médecin est celui qui soigne alors que le militaire est celui qui tue. Le médecin place l'intérêt de son patient au-dessus de tout alors que la culture militaire, elle place le groupe avant tout. Cependant, malgré cette ambivalence apparente, le métier de médecin militaire existe. Lors de mes interviews, plusieurs questions portaient sur la possibilité ou non de concilier ces métiers et sur leur hiérarchisation. Les réponses étaient unanimes, il faut regarder plus loin.

Alors, on se rend compte que cette ambivalence n'est que de façade, qu'elle est purement théorique. « C'est une pure question rhétorique ». En analysant les réponses fournies, on voit que les missions du médecin et du militaire ne sont pas si différentes et qu'il ne faut pas tomber dans les préjugés selon lesquels le militaire est un sanguinaire sans émotions et que le médecin est une personne candide qui ne fait que soigner sans se soucier des objectifs opérationnels où financier. « Au premier abord, on pense que c'est inconciliable. Le médecin est là pour soigner alors que le militaire est là pour tuer. Mais dans la pratique, le militaire ne tue pas ou ne tue qu'en dernier recours. La mission du militaire est protéger les populations civiles. »

La notion d'ambivalence théorique est très importante, ils soutiennent pour la plupart que pour pouvoir être dans les meilleures conditions pour faire des soins médicaux en situation de catastrophe, il faut que le militaire puisse agir pour nous protéger et sécuriser la zone. Cette protection et cette sécurisation est primordiale à la médecine dans le pratique « Vous êtes médecin devant le bataclan pendant les attentats de 2015. La chose théoriquement raisonnable est de dire aux colonnes d'assaut de tout arrêter pour que vous puissiez monter votre poste de secours et soigner vos blessés dans les meilleures conditions. Cependant, au fond de vous-mêmes, vous savez que vous allez devoir vous débrouiller avec ce que vous avez car les colonnes d'assaut doivent avancer pour neutraliser les ennemis pour arrêter les flux de blessés. C'est ce qu'on fait les médecins du SAMU. Il faut aussi se rendre compte que cet apparent conflit entre l'intérêt collectif qui est la poursuite de la mission et l'intérêt individuel, lorsqu'il se heurte à la réalité des faits est quelque chose qui n'existe plus».

Pour d'autre, cette question de soutien des forces armées ne se pose pas dans la pratique dans le sens où on soigne des personnes qui sont prêts à donner leur vie pour une cause qui les dépassent. Ils voient ça comme un service minimum pour ces hommes et ces femmes. « Dites à ces personnes d'aller soutenir des hommes et des femmes qui sont prêts à donner leur vie pour préserver leurs droits et leurs libertés. « On va voir s'ils ne feront pas le maximum pour les soigner. Mais aussi pour sauver les populations civiles qui sont dans la misère et sans accès aux soins primaires à cause de la guerre. La réflexion théorique c'est bien mais dans la pratique c'est différent. »

De plus, cette opposition n'est pas présente dans les codes d'éthiques respectifs des deux professions. Le code du soldat pour les militaires et le code international d'éthique médicale pour les médecins posent les fondements d'une bonne pratique de ces métiers. « Il doit y avoir des désaccords sur des détails mais dans les grands fondements, c'est pareil car c'est basé sur du bon sens. » « Ils respectent deux éthiques qui arrivent à se concilier. »

Pour d'autre, la comparaison n'a pas lieu d'être dans le sens où les notions que sont la médecine et la militarité ne sont pas du tout dans le même domaine. En effet, la médecine peut être qualifiée de prestation alors que la militarité est une appartenance. « Sans objet. La médecine est un service rendu au profit de celui qui est en situation de vulnérabilité. Être militaire c'est un état. Les deux peuvent être dissociés. » « En effet, car la médecine est une fonction alors qu'être militaire c'est un mode de vie. » Alors pourquoi un homme ne pourrait-il pas concilier deux notions qui n'empiètent pas l'une sur l'autre ? Dans d'autre domaine on a vu des personnes avoir plusieurs casquettes alors pourquoi pas en médecine ? On peut être garagiste et militaire ou aumônier et militaire, cela ne pose pas de problème.

Certains confortent cela en définissant l'armée comme une société comme une autre avec ses mœurs, ses droits, ses devoirs et ses habitudes. Ils insistent aussi sur le fait que tous les médecins appartiennent à une société avec des obligations différentes les uns des autres. L'armée est une société basée sur l'obéissance ce qui peut accentuer cette appartenance mais elle ne peut en aucun cas imposer à ses membres de faire des actions contraire à leurs principes. « Tout médecin est dépendant d'une structure hiérarchique et financière. Le médecin militaire vit cette dépendance de façon plus claire et sans doute plus marquée »

Ce qu'il veut avancer c'est que tous les médecins doivent rendre des comptes à une structure dont le but premier n'est pas forcément de faire des soins de santé. Cette structure aura une éthique propre. Un médecin en clinique privée sera confronté à une éthique de la finance dans son action, et devra peut-être la limiter pour être dans les budgets. Il faut se rendre compte qu'il n'y a pas que le médecin militaire qui a des contraintes autre que le soin.

Ces contraintes que l'armée représente ne sont pas toujours dans l'objectif de réussir la mission. En effet, la plupart du temps si un soldat se blesse pendant une mission, la mission s'arrête pour sauver ce dernier. Les médecins interviewés sont unanimes ; le militaire est une des personnes pour qui la vie à la plus grande valeur. C'est sans doute à cause de cette proximité constante avec la mort qui fait qu'il est si bien qualifié pour parler de la vie. Lui qui dans des situations extrêmes peut donner la mort, peut voir son camarade mourir sous ses yeux ou peut tout simplement mourir sait à quel point une vie est précieuse. « Durant ma carrière, je me suis rendu compte que pour mes camarades issues des armes, la vie d'un homme est quelque chose de sacré et cela même si ce n'est pas un allié. Nous les médecins avons un raisonnement plus scientifique et objectif que les chefs militaires. Nous voyons les ressources et le temps que coutent un blessé et si on ne peut pas le sauver c'est plutôt nous qui allons convaincre le commandement que ça ne sert à rien. Nous avons cette capacité, car nous avons banalisé la souffrance et la mort pendant notre carrière et ça nous permet de nous détacher plus vite. » « Je pense qu'ils ont une plus haute image de la vie d'un homme que nous. » Ces témoignages nous montrent que les décisions prises par les militaires et les médecins en temps de crise dépend fortement du contexte. On voit même que parfois les rôles peuvent être inversés entre médecin et militaire dans la priorisation de l'individu ou non.

Ce présupposé selon lequel la priorité du médecin est l'intérêt du patient et la priorité du militaire est le groupe peut s'avérer faux. Nous venons de le voir précédemment lorsque les militaires arrêtent toute une manœuvre pour un blessé ou lorsque le médecin soigne son blessé dans des conditions précaires pour permettre la réussite de la mission. Dans des situations extrêmes, lorsque le mental du groupe est fragile est qu'un des Hommes se blesse, le chef militaire préfère arrêter la mission le temps de soigner et d'évacuer le blessé. Il fait cela car il sait que dans ces moments, les situations individuelles mal gérées peuvent détruire l'équilibre du groupe nécessaire au bon déroulé de la mission.

Il assume son rôle de chef et notamment le côté humain qui est primordial. « Le commandement sera généralement prêt à prendre en compte l'intérêt individuel. L'impact d'une situation individuelle mal gérée peut être majeur sur le groupe. » Cela démontre qu'agir dans l'intérêt du groupe nécessite parfois de prendre en compte les intérêts individuels. Inversement, certains soulignent que le médecin n'agit pas uniquement pour son patient. En effet, il a un but de protection de la société pendant les épidémies ou un rôle de prévention avec les vaccins. On appelle cela de la santé publique. « l'intérêt du médecin n'est pas l'intérêt individuel. Il protège le groupe dans les épidémies et en général. Il a un intérêt de santé publique. On l'a vu récemment avec le COVID-19 » Donc si le médecin vise au bien-être collectif et le militaire aussi. On se rend compte que le médecin militaire n'est pas tiraillé entre deux priorisation lors de missions sur le terrains.

Le dernier point soulevé en faveur de cette ambivalence est la neutralité du médecin face à l'engagement du militaire. Cependant, le médecin est avant d'être un médecin un citoyen. Le devoir de ce dernier est notamment de défendre la Cité, l'État ou la société dans laquelle il vit. Les réponses sont unanimes dans le sens où le médecin est un citoyen est qu'il se doit de défendre sa cité car il a des devoirs de citoyen comme tous ces compatriotes. « Le médecin est dans une société en tant que citoyen. Le devoir du citoyen depuis la nuit des temps est de protéger sa cité. Pourquoi le médecin devrait-il se soustraire à ce devoir ? » La neutralité aussi pose problème car dès lors que nous appartenons à une société nous ne sommes plus neutre mais nous luttons pour les intérêts de cette société. Donc seul ceux qui vivent éloignés de toute société peuvent être neutre car il compose à lui seul sa société. Cependant, la plupart des ermites sont schizophrènes. Cela ne sert-il pas composer une société en ayant plusieurs personnalités qui débattent avec différents points de vue ? Car une société est un ensemble d'être avec des point de vue différent qui permettent des débats constructifs pour créer ou réviser des règles sociétales. Vouloir qu'un citoyen soit neutre revient à vouloir faire de lui quelque chose de contre nature. En effet, car rien dans la nature n'est neutre. La nature est un ensemble d'éléments avec des propriétés non neutres qui s'équilibrent. Le médecin est un élément de la nature avec ses propriétés, ses opinions et ses engagements. Prétendre le contraire serait mentir.

« seul les ermites peuvent rester neutre car ils n'ont aucune appartenance. Être neutre est antinomique d'appartenir à une société. Donc pourquoi vouloir que le médecin soit hors normes en l'empêchant de se soumettre aux normes sociétales. Pourquoi vouloir faire de lui un antihumain ? (...) Et puis être neutre ça n' a jamais fonctionné dans un groupe. La Suisse est neutre mais du coup elle n'appartient à aucun ensemble. Elle n'est pas dans l'UE ou l'OTAN car la neutralité ne mène à rien. La nature n'est pas neutre donc pourquoi le médecin devrait être neutre et donc antinaturel ? » Cette notion d'antihumain est reprise par plusieurs médecins militaires. En effet, quand on leur demande s'il est possible de concilier médecin et militaire, il nous répondent que oui. Ils avancent qu'un médecin peut bien avoir d'autres centres d'intérêts que la médecine. C'est vrai, il existe des médecins qui font de la philosophie, des médecins qui font de la politique, des médecins qui sont écrivains. Être médecin ne doit pas être antinomique d'avoir un autre métier ou un autre centre d'intérêt pour rendre notre pratique différente. Alors pourquoi ne pourrait-on pas être médecin et militaire ? Un médecin est avant tout un Homme donc il a des droits fondamentaux qu'on ne peut lui retirer sous prétexte qu'il appartient à un corps de métiers avec des pouvoirs. C'est cette diversité de pratique médicale qui permet au médecin de prouver qu'il n'est pas neutre. « Les médecins peuvent être politiques, philosophes donc pourquoi pas militaires ? » « On a vu des médecins hommes politiques (Georges Clémenceau), des médecins prendre les armes quand il le fallait comme les médecins résistants (Médecin colonel Fruchaud ou Che Guevara). Opposer les deux c'est un peu comme si on disait qu'un médecin ne peut pas être citoyen ou qu'ils doivent faire un vœu de chasteté. Le médecin est juste un citoyen avec des responsabilités et des devoirs. »

L'arme peut paraître la personnification de ce paradoxe. En effet, le militaire depuis la transformation des conflits est contraint de porter une arme pour se protéger. Cette arme est destinée à un usage purement défensif. Elle ne peut pas être utilisée à destination offensive car blesser ou tuer un Homme est contraire aux principes éthiques de la médecine. Il est fréquent qu'un médecin ne tire aucune cartouche durant ces missions en opérations extérieures. Cette arme à surtout un but dissuasif pour les populations civiles dans des contextes hostiles. « Si c'est l'arme qui peut poser problème, le médecin n'a pas le droit de l'utiliser sauf si c'est en cas de légitime défense. Elle est surtout là pour dissuader les populations civiles de s'en prendre au médecin pendant l'AMP ».

L'ambivalence du métier de médecin militaire n'est pas le seul facteur qui influence la pratique médicale. En effet, les conditions d'exercices aussi ont un rôle à jouer dans cette influence.

3.2 Conditions d'exercice

L'influence de l'armée sur le médecin n'est pas le seul facteur qui différencie la pratique civile et militaire. En effet, les conditions d'exercice sont réellement différentes entre le monde civil et militaire. En opération extérieure, le médecin militaire doit faire face à un réel qui est foncièrement différent. Il se retrouve dans des pays détruits par la guerre et gangrénés par la corruption. Les populations civiles y sont démunies et tentent de se réfugier dans des zones moins touchées par les conflits. En effet, les conflits ethniques et armés, ainsi que le terrorisme, engendrent de nombreuses victimes civiles. Souvent le système de santé local est instable. Il ne parvient plus à assurer ces différentes fonctions. L'environnement socio-médical des habitants devient dramatique. Les enfants ne sont plus soignés de leurs diarrhées et de leur paludisme et les victimes collatérales de bombardements sont abandonnées à leur sort. Le médecin militaire fait face à cette misère humaine et à ces désastres humanitaires. D'un point de vue éthique, ils se doit de prodiguer des soins à ces populations qui nécessitent une assistance. Mais cette obligation éthique est difficile à concilier avec le soutien des forces françaises engagées dans ces pays. Il peut alors essayer de faire de l'humanitaire avec les ressources que lui donne le commandement sans affecter la capacité de maintien des unités opérationnelles. Les médecins interrogés nous expliquent que face à des situations pareilles, le médecin fait son maximum pour les aider seulement il se retrouve impuissant à cause d'un manque de moyen.

Les ressources logistiques sont très importantes pour permettre un accès aux ressources médicales. Malheureusement, les ressources logistiques arrivent à manquer lors d'opérations sur des territoires très vastes. « Je me souviens au Tchad, nous étions très isolés (le premier hôpital était à 1700KM). Une petite fille qui avait une appendicite, (...) le diagnostic ne faisait aucun doute. D'autant plus que la thérapeutique locale consistait à faire des lames de feu (planter une lame chauffer a blanc a l'endroit de la douleur). J'ai demandé d'être ravitaillé plus tôt (nous étions ravitaillés toutes les 3 semaines) pour pouvoir l'opérer et on m'a répondu que non ce qui est normal car je ne pouvais pas sauver toutes les péritonites appendiculaires du Tchad et encore moins demander le décalage du ravitaillement de toute la base pour un patient. Finalement la petite fille a pu survivre jusqu'au ravitaillement et a été soignée avec succès. »

Les ressources logistiques, peuvent aussi manquer pour le soutien des forces françaises. En effet, lors d'un afflux de blessés dans des zones peu accessibles, les transports jusqu'à la base ou jusqu'à l'hôpital de campagne se font rares. Dans ce cas, il va falloir l'utiliser avec efficacité. Celui qui a besoin de soins en urgence ne survivra peut-être pas jusqu'à l'hôpital. Donc on priorisera quelqu'un qui supportera le transport et on fera attendre ceux dont la vie n'est pas menacée immédiatement. « Par exemple : un seul hélicoptère disponible et une nécessité de tri. » Ce manque de ressources logistiques pousse le médecin militaire à ne pas faire tout ce qu'il sait pour sauver un patient car il n'en a pas les moyens. Il accepte de faire son maximum avec des moyens réduits. « Il faut effectivement être capable d'accepter de ne pas faire tout ce que l'on sait faire, en prenant en compte les aspects logistiques : existe-t-il des lits de réanimation, une table de coronarographie, un service de maxillofacial dans la ville où je me trouve ? Est-il licite de proposer une évacuation à des milliers de kilomètres pour un patient « local » ? ».

Ce contexte où les ressources manquent et les blessés afflux en nombre est un contexte de catastrophe. Mais les ressources logistiques ne sont pas les seules à poser problème, il y a aussi une pénurie de ressources financières. En effet, la guerre est responsable d'une désorganisation des moyens sanitaires locaux. Cela engendre une forte demande sanitaire pour les populations civiles. Le médecin militaire peut alors aider mais la question d'allocation des ressources se pose. En effet, il jouit de ressources payées par l'état français, et donc par les impôts des français, dans le but de soutenir les forces françaises. Utiliser ces dernières pour faire de l'AMP peut être perçu comme un gaspillage des ressources ou comme une désobéissance envers son employeur. Il peut par la mise en place d'aide à la population utiliser ses ressources puis ne plus en avoir assez en cas d'afflux de blessés avant le ravitaillement ou au contraire ne pas les utiliser et ne pas avoir de blessés puis devoir les jeter. Ceci est un réel questionnement éthique sans bonne ou mauvaise solution. « Les problèmes sont plutôt quand j'étais spécialiste, question d'allocation des ressources : l'état donne des ressources pour soutenir des hommes qui sont des ressortissants français. On fait de l'aide médicale à la population, dans quelle mesure on peut consacrer une partie de ces ressources qui est une mission qui n'est pas notre mission opérationnelle même si elle est totalement défendable.

Surtout les ressources périssables, vaut-il mieux ne pas les utiliser et les laisser pourrir au cas où un soldat serait blessé au front juste avant le ravitaillement ou bien en utilisé pour faire de la chirurgie hémorragique sur les populations locales et risquer de ne pas en avoir assez s'il y a un afflux de blessé. C'est une question éthique vis à vis des contribuables car tous ces équipements sont le fruit de nos impôts. »

En admettant que le médecin militaire est le droit de consacrer ses ressources à la réalisation d'AMP. Comme dit précédemment, les soignants manquent, les médicaments sont rares et coûteux, les structures de soins sont pour la plupart inaccessibles. Les besoins sanitaires, eux, ne décroissent pas. Au contraire, les ceux qui découlent des évènements de guerre s'additionnent aux besoins « ordinaires » du temps de paix. Ces derniers ne peuvent être couverts par les restes du système de santé local. C'est pour cela que le médecin militaire doit seulement subvenir aux besoins médicaux les plus urgents et ce dont le soin leur permettra de pouvoir travailler pour subvenir aux besoins de sa famille. En effet, les blessés sont nombreux, le médecin se doit d'utiliser ses ressources à bon escient. Il va alors privilégier un agriculteur père de famille avec une hernie inguinale qui l'empêche de travailler plutôt qu'un vieil homme avec une fracture du col du fémur qui réduit seulement sa mobilité. Cependant, un jour le médecin se retrouvera face à deux jeunes agriculteurs avec des hernies inguinales. Il risque de ne pas avoir assez de ressources pour deux opérations alors qui devra-t-il choisir ? Lequel mérite le plus de nourrir sa famille ? Là encore, c'est un questionnement éthique sans bonne ou mauvaise solution. « Inversement, cette AMP (en prenant l'hypothèse de donner tous les moyens que j'ai à ma disposition) est-ce qu'elle a un sens ? Je ne peux pas pratiquer comme en hôpital. Je ne peux pas faire des examens immuno-hématologiques au patient donc je l'expose à un danger à cause des anticorps irréguliers. J'ai une banque de sang limitée alors qu'en France je peux toujours faire appel à un ami. Surtout est-ce que ma chirurgie hémorragique correspond aux besoins de la population ? dois-je plutôt opérer un paysan d'une hernie pour qu'il puissent continuer à nourrir sa famille ou bien un autre d'une fracture du col du fémur ? lequel mérite le plus de sauver sa famille ? il faut bien se rendre compte que je ne peux pas traiter tous les goitres du Tchad ou tous les boiteux du Kosovo et d'Afghanistan. Les plus grand problèmes éthiques viennent de l'aide médicale à la population et non pas des conflits armées » La personne soulève aussi le problème d'absence de moyen de prévention. En effet, soigner un patient pour son confort en sachant qu'on lui fait courir le risque de mourir est-il éthique ?

Il introduit aussi la pénurie de ressources humaines dans ces régions. En effet, le médecin militaire peut se retrouver dans des zones extrêmement isolées. Le premier hôpital disponible se retrouve alors à des milliers de kilomètres de ce dernier. Il se retrouve alors seul pour procurer les soins nécessaires aux soldats et aux populations. Cette situation engendre souvent des dépassements de fonction. Lorsque ses hommes sont blessés et nécessitent une opération en urgence, le médecin qui est alors le seul présent peut décider d'effectuer cette opération. Il va alors essayer de joindre un spécialiste par radio pour être guidé dans ses gestes. Cette pratique de médecine de guerre dans des situations d'extrême urgence est dépendante du contexte. Il est absolument inconcevable que le médecin militaire effectue le dépassement de fonction lorsqu'il est en métropole.

Cette absence de ressources humaines s'accompagne alors inévitablement d'une absence de ressources matérielles. « La deuxième situation a été mon CDU (commandant d'unité) tchadien qui avait sauté sur une mine et la question a été la même « est-ce que je peux avoir un avion tout de suite » et la réponse a été la même : « Non. ». Alors, j'ai dû lui couper la jambe. Je n'étais ni chirurgien, ni réanimateur. J'ai emprunté la scie à métaux du garagiste que j'ai stérilisé, puis j'ai dû l'endormir et mon assistant pendant l'opération n'était que mon chef de poste qui n'avait aucune formation médicale. C'est malheureusement ça la médecine de l'extrême avant. Et si ça allait mal je me voyais pendu au bout d'une branche dans le village voisin. Car on ne peut tuer un tchadien sans représailles même si j'avais fait tout mon possible. » Dans ces situations, il faut avoir à l'idée que vous êtes dans un pays étranger où la plupart du temps le système de santé est détruit par la guerre. Vous êtes le seul médecin présent à ce moment-là et vous êtes donc peut-être leur seule chance de survie. « Quand vous êtes dans un pays étranger et que vous êtes le seul médecin à disposition pour les blessés civils. Même si vous n'êtes pas expert dans tous les domaines, il faut se rappeler que vous êtes la seule chance de ces personnes. Il ne faut pas avoir peur de faire du dépassement de fonction ou d'entreprendre des soins mêmes si nos moyens sont limités. Ça sera toujours mieux que rien. »

Néanmoins, les médecins interviewés insistent sur la formation reçue pour pouvoir effectuer ce dépassement. « Mais on a des formations supplémentaires qui nous permettent de faire face à des situations d'urgence. On a un mec qui a un pneumothorax ou un traumatisme thoracique bah on a été formé (..) à faire une déflation. Ce n'est pas le cas de tout le monde. » « J'ai des camarades qui sont partis sur des SNLE, ils étaient médecins généralistes mais ils ont eu une légère formation de dentiste pour pouvoir assumer ce rôle dans le sous-marin. »

Les ressources ne sont pas seules à influencer les décisions du médecin militaire en opérations extérieures. Le contexte est aussi un facteur déterminant. Le praticien militaire doit souvent effectuer ses missions dans un environnement hostile. En effet, ils font partis de l'armée et sont donc des cibles potentielles pour les ennemis. Depuis la transformation des guerres en conflits asymétriques, ils doivent faire face à des ennemis qui visent spécifiquement les professionnels de santé pour affaiblir l'armée.

Ces derniers estiment, à juste titre qu'une armée sans soignants est une armée paralysée. « On peut aussi se considérer comme des cibles de choix. En mission, lorsque les ennemis ne sont pas des États, ils ne respectent pas les conventions de Genève et tirent en priorité sur les soldats avec des croix rouges pour neutraliser la capacité de soin de l'armée. ». Dans des conflits contre les États, les médecins sont amenés à pratiquer aussi dans des situations hostiles. Lorsqu'ils sont sous le feu pendant un accrochage, ils soignent les blessés à couvert mais les balles sifflent et les bombes explosent pas loin. Ces situations génèrent un stress hors du commun et peut influencer sa prise de décision. « Car le jour j on aura pas le temps de réfléchir à l'éthique où je ne sais quel autre principe moral. On agira pour sauver le maximum de personnes possibles avec le minimum de ressources probablement caché derrière un rocher à essayer des tirs de mitraillettes. »

Parfois, ce n'est pas les ennemis mais la population civile qui est hostile envers nous. Cette hostilité peut être présente dès notre arrivée ou a pu s'installer pendant notre mission. Les professionnels de santé doivent alors faire extrêmement attention lorsqu'ils entreprennent une action. Ils doivent réfléchir aux conséquences de leurs actes. « Il faut aussi veiller à ne pas concurrencer le système de santé local. Nous sommes là pour les aider à gérer l'afflux mais certainement pas pour prendre tous les patients. Cela peut alors être vu par les populations civiles comme de l'ingérence et le climat peut alors vite devenir hostile. » « La deuxième situation a été mon CDU tchadien qui avait sauté sur une mine (...). Et si ça allait mal je me voyais pendu au bout d'une branche dans le village voisin. Car on ne peut tuer un chef tchadien sans représailles même si j'avais fait tout mon possible. »

La météo est une circonstance qui agit comme facteur de stress opérationnels. En effet, une évacuation de blessés peut être annulée à cause de cette dernière. C'est un facteur comme un autre à prendre en compte. « Si vous êtes avec des blessés dans le désert et que vous demandez une EVASAN, elle peut être impossible à cause d'une tempête de sable qui empêche les hélicoptères de décoller. »

Le temps est aussi un stresser opérationnel. Il peut influencer les décisions des médecins en opération. En effet, lors de certaines missions, le timing étant très serré le médecin ne peut pas faire d'AMP. Cela retarderait l'avancée de la mission et pourrait mettre tout le groupe en danger. « Le facteur temps peut aussi être compliqué à gérer (...). Certaines de mes missions en tant que parachutistes consistaient à être projeté derrière les lignes ennemis pour faire de la reconnaissance ou prendre un point stratégique pour permettre l'assaut des troupes françaises. Donc la réussite de toute la manœuvre dépendait de nous. Si un de nous était blessé, on faisait en sorte qu'il puisse suivre le rythme ou qqn restait avec lui pour le surveiller et le soigner pendant que les autres terminaient la mission avant de venir le chercher pour gérer l'extraction. »

Outre le temps dans le sens timing de mission, le temps qu'il reste au blessé bouleverse aussi sa prise en charge. Dans des situations où son évacuation prendrait trop de temps, le médecin doit changer de stratégie thérapeutique pour le maintenir en vie et le stabiliser sur place avec les moyens du bord. « Le temps qu'il reste au blessé est important. Un mec qui a pris une balle au niveau de l'artère ne survivra pas le temps du transport pour se faire ligaturer proprement sans poser de garrot. Poser un garrot entraîne des risques si le transport est trop long mais bon il faut faire des concessions pour sauver le soldat. C'est pas des situations rencontrées à l'hôpital ça. ».

Le dernier facteur de stress qui ressort des entretiens est la solitude. Ces derniers expliquent que la solitude ne se rencontre pas en milieu civil, ou beaucoup plus tard. Dans le monde militaire, les jeunes capitaines projetés pour leur première missions peuvent se retrouver dans des postes totalement isolés. Cette solitude dans sa pratique médicale a pour résultat une amplification des responsabilités. Ces responsabilités impliquent alors une réflexion plus approfondie des décisions qu'ils vont prendre. « Dans cette situation, avant d'amputer j'ai longuement réfléchi à ma décision car c'était une des premières décisions que je prenais seul et je savais que je serais seul pour assumer les conséquences »

Avant même que les conditions d'exercice influencent la pratique du médecin militaire, cette dernière est formatée par l'armée. En effet, la formation et la réglementation de l'exercice du médecin des armées est très importante.

3.3 Formation et réglementation

La formation occupe une part importante dans la construction des choix des médecins militaires. Elle permet de mieux appréhender les conflits éthiques présents pendant les opérations extérieures. Toutefois, cette éducation n'a pas toujours été aussi importante. En effet, les médecins interviewés ayant été instruits dans les années 80 expliquent qu'ils ont été très peu formés à faire face aux défis éthiques. « Il faut bien se rendre compte que les questionnements éthiques c'est tout nouveau dans la médecine militaire. En effet, le code de déontologie des pratiques médicales dans les armées date de 2007. A notre époque, c'était un concept encore très peu développé, donc nous étions très peu formés dans ce domaine. ». Sinon, ils expliquent avoir été formés à faire face à ses défis avec une autre méthode. Pour eux, l'entraînement reposait surtout sur du drill. Ils répétaient les gestes d'urgences encore et encore pour que cela deviennent du réflexe. « C'est pour cela que le drill était primordial dans notre formation. Ce drill nous apprenait à prioriser les blessés en fonction de la blessure et non pas en fonction de son grade. Il nous permettait de ne pas réfléchir pendant qu'on exécutait les gestes. Grâce à ce drill on enregistrait des comportements réflexes à exécuter le jour j. » Le drill n'était pas le seul outil pour bien pratiquer la médecine en milieu hostile.

Le compagnonnage était primordial. Tout médecin qui arrivait sur un poste écoutait les conseils de son prédécesseur. Les nouveaux médecins, fraîchement sortis d'école d'application, écoutaient les conseils de leurs anciens. C'était d'après eux la meilleure partie de la formation. « Non pas vraiment, ce qui m'a aidé c'était le contact avec les anciens qui m'ont prévenu de manière informelle. Par exemple pour la scie à métaux, c'était celui qui été là avant moi qui m'avait dit que c'était la meilleure chose à faire que sinon il ne survivrait pas. » « Le compagnonnage est la méthode d'apprentissage de choix. L'aide et la disponibilité des anciens et/ou des chefs est importante. » Ces conseils si précieux des anciens pour les nouveaux sont le fruit d'expériences diverses.

Cette notion d'expérience est aussi citée comme formation pour faire face à ces défis éthiques. Cela n'est pas propre à la médecine des armées. En effet, dans n'importe quel métier l'expérience est très importante pour parfaire la formation d'un travailleur. « Oui pour la pratique, car l'expérience est la meilleure des enseignantes pour un médecin et encore plus un médecin militaire. » « Ma façon de penser et d'aborder les défis éthiques a évolué tout au long de ma carrière et évoluera encore car mes différentes expériences me permettent de parfaire ma pratique et mes choix. »

« Oui parce que quand on débute la médecine, on est très jeune et que l'expérience est une impérieuse maîtresse d'école. Alors vous dire si ça aurait plus ou moins changé dans des circonstances différentes je suis incapable de vous répondre. Probablement parce qu'après coup je m'étais fait cette réflexion après les attentats de 2015 lorsque les civils se sont tournés vers nous pour une formation en triage. Je me suis aperçu qu'un certain nombre de chose qui allait de soi pour nous n'allait pas de soi pour eux. Et que l'expérience accumulé faisait que l'on pouvait résoudre des conflits plus vite (je n'ai pas dit mieux) car après avoir vécu des situations similaires des dizaines ou des centaines de fois nous permettait d'avoir un meilleur temps de réactions mais pas forcément une meilleure réaction. Exemple du triage et du damage control on sait que ça ne sert à rien de faire un long conciliabule. »

Les méthodes d'enseignement citées précédemment ont été renforcées. La formation des futurs médecins militaires pour se préparer à une pratique en temps de conflits jouit de nombreux ateliers de simulations, de retour d'expérience ou encore de protocoles stricts pour des situations données. La mise en place de ces exercices permet une dédramatisation des conflits éthiques. En effet, un médecin qui part en opération extérieure en ayant déjà simulé des situations de catastrophe aura une certaine expérience. Cette expérience lui permettra d'agir le plus vite et le mieux possible en conditions réelles. Les protocoles sont aussi importants car ils sont un repère, une marche à suivre pour le médecin pour que tout se passe bien même en situation de stress extrême. « Il faut travailler nos réflexes. La mise en place de simulation de catastrophe ou le SAFE MARCHÉ RYAN suffisent amplement à la préparation opérationnelle. » « Il y a des outils qui existent comme l'enseignement du triage et du damage control. Former les gens à la gestion d'une banque de sang. Ce sont des outils techniques de démystification mais il n'y a pas d'atelier qui amène à avoir une réflexion standardisé devant toutes les situation possibles et imaginables. » « Les protocoles tels que le SAFE MARCHÉ RYAN¹⁹ ou le Damage control. Les simulations aussi sont importantes (EXOSAN). Le médecin peut aussi passer le Brevet des médecine des forces au CEFOS avant de partir en opération. »

¹⁹ Cf. Annexe n°2

Cette formation est maintenant plus complète avec des simulations, des protocoles et des conférences de retour d'opération mais aussi le compagnonnage. Cependant, l'expérience elle ne peut pas s'apprendre sur les bancs de l'école car elle est différente pour chaque médecin militaire.

Outre la formation, le service de santé des armées aide les médecins militaires dans leurs choix en réglementant leur pratique. Une codification de l'éthique du soldat et de la pratique médicale dans les armées a été effectuée. Ces deux codes sont en accord dans les grands fondements éthiques, cela permet au médecin militaire de ne pas avoir à assister à des pratiques immorales de la part de ses camarades des armes sans pouvoir réagir « (...) les grands fondements, c'est pareil car c'est basé sur du bon sens. » « Les prisonniers sont pris en charge par le SSA, quelques fois hospitalisés et opérés. Je n'ai jamais été sollicité pour participer aux interrogatoires. Il est licite de refuser (code de déontologie du médecin militaire). » « Oui on peut et doit refuser ! Des choses font partir sur ceux pourquoi on a des compétences et ça on en a pas. C'est la même question que la convergence entre le code d'éthique du militaire et celui du médecin. Si on sert dans une force où le code d'éthique prévoit la torture du prisonnier, la question n'est pas le code d'éthique du soignant mais pourquoi il sert dans un corps où il sait qu'il va être en conflit avec ses valeurs. »

Le fait que l'institution militaire soit basée sur un concept d'obéissance permet aussi une aide/ une protection du médecin vis à vis des conflits éthiques. En effet, les médecins peuvent être limités dans leur action par le commandement et les choix difficiles seront toujours pris par ce dernier. « Et si notre opération rate on aura toujours l'institution pour nous aider en cas de coup dur. » « Les choix difficiles ont souvent été dictés par la faisabilité et le position des décideurs (les chefs de santé ou le Poste de Commandement). » « L'action du médecin sera toujours subordonnée aux limites imposées par le commandement. C'est le commandement qui donnera notamment le feu vert pour une action en sécurité. »

Cependant, cette réglementation a ses limites. En effet, les médecins interviewés expliquent qu'on ne peut pas réglementer toutes les situations possibles et imaginables auxquelles pourrait faire face le médecin militaire durant sa pratique en opérations. « C'est très compliqué de faire des réflexions éthiques ou morales. On ne peut pas retranscrire toutes les situations dans tous les contextes. Alors, il faut ériger de grands concepts fondamentaux à ne pas transgresser. Les médecins militaires pratiqueront alors avec ces concepts en tête mais prendront certainement des décisions différentes en fonction du contexte. Mais ces décisions seront en accord avec les grands concepts. »

4 Mise en perspective : un jeu d'influence

4.1 L'organisation militaire ne laisse pas de place au paradoxe apparent

Dans la littérature sur la médecine militaire, les conflits éthiques sont souvent exposés comme le fruit de pressions, provenant de l'institution militaire. Le médecin militaire, subit une double allégeance professionnelle, ce qui le rend victime de contradictions compliquées à gérer. En servant les intérêts de l'institution, il se trouve éloigné de sa responsabilité envers son patient. Le malade se retrouve en opposition avec l'État qui préconise l'intérêt collectif au profit de l'intérêt individuel. Le médecin se retrouve aussi contre l'institution, afin de confronter les impératifs militaires à la liberté du médecin.

Cependant, dans nos interviews, cette idée selon laquelle c'est l'institution qui crée les conflits a été réfutée à de nombreuses reprises. La notion qui en ressort est que l'institution militaire met tout en place pour lutter contre ce paradoxe. En effet, les codes d'éthiques des deux professions sont extrêmement proches d'après nos répondants. « Il doit y avoir des désaccords sur des détails mais dans les grands fondements, c'est pareil car c'est basé sur du bon sens. » Cette proximité a pour but de ne pas confronter le médecin à des défis éthiques. L'institution est même allée plus loin en créant un code de déontologie des pratiques médicales dans les armées pour répondre aux défis les plus courants rencontrés par les praticiens des armées. Cette création a pour objectif de rappeler au médecin les principes moraux fondamentaux à respecter pour chaque situation et à l'aiguiller dans sa prise de décision.

Parallèlement, l'organisation crée des exercices de simulation pré déploiement pour « dédramatiser » la pratique de la médecine dans ces conflits. Durant ces manœuvres, les situations simulées engendrent souvent des conflits éthiques. L'objectif des Exercices Opérationnels Santé (EXOSAN) est d'être le plus proche possible de la réalité pour mettre le médecin dans une situation de stress. Cette recherche du stress lors des simulations fait suite à une étude au sein de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) expliquée dans l'article « Apprentissage par la simulation des compétences de gestion de crise en médecine d'urgence » paru dans la revue Médecine et armée en 2017. Les résultats démontrent que la simulation de situations d'urgence très stressantes permettait une progression plus complète de la pratique.

En effet, les élèves qui ne subissaient pas ce facteur stress pendant les simulations géraient moins bien les situations réelles et cela même s'ils étaient de meilleurs élèves. Cela montre que les compétences médicales ne suffisent pas à une bonne pratique. C'est pour cela que l'armée forme ces praticiens aux aspects de la gestion du stress et des ressources pour banaliser des situations spéciales.

Cette banalisation est renforcée par la mise en place et l'utilisation de protocole internationaux dans la prise en charge de blessés de guerre. Ces protocoles sont appris dès leurs années de formation à l'école de santé des armées pour permettre une « aliénation » plus importante des praticiens. Le triage, le Damage Control et le SAFE MARCHÉ RYAN²⁰ permettent de guider le médecin militaire dans ses gestes et ses choix dans la prise en charge d'un blessé.

Grâce à ses démarches, les médecins militaires interviewés ne ressentent plus la prise en charge des blessés même lors d'un afflux massif comme un conflit éthique. Prenons l'exemple du triage, lorsque le médecin prend la décision de ne pas soigner un blessé, il le fait parce que c'est le protocole à suivre. Cela permet alors au médecin de se « décharger » de ses décisions de vie ou de mort au profit de l'institution. « Devant des situations où les choix sont difficiles, le médecin va trancher grâce aux protocoles mis en place qui indiquent la solution de l'institution ».

Il faut cependant nuancer. En effet, même si la plupart de ces protocoles ont été institutionnalisés pendant les années 2000, avant les médecins ont été aussi préparés à faire face à ces défis mais grâce à du compagnonnage. Ils n'étaient pas largués en mission sans aucun bagage. Ce n'est que plus tard que l'organisation a pris acte de ces problèmes et institutionnalisé tout cela.

L'AMP est plus vu comme un conflit éthique par nos répondants que la prise en charge de blessé. « question d'allocation des ressources : l'état donne des ressources pour soutenir des hommes qui sont des ressortissants français. On fait de l'aide médicale à la population, dans quelle mesure peut-on consacrer une partie de ces ressources à une mission qui n'est pas notre mission opérationnelle même si elle est totalement défendable ».

²⁰ Cf. Annexe n°2

En effet, les questions d'allocation de ressources mais aussi celle de la priorisation des patients avec les mêmes besoins ainsi que celle de disponibilité pour les forces se posent. Le Service de Santé des Armées en réponse à ces interrogations a adopté une méthode rationnelle pour préserver son efficacité tout en respectant les principes éthiques cher aux médecins militaires²¹. Cette méthode repose sur cinq principes fondamentaux :

- la dualité : le soutien «santé» s'exerce en priorité au profit des forces et peut être employé au profit de la population civile sur une décision du commandement qui tiendra compte des impératifs opérationnels.
- la maîtrise des contributions : l'AMP ne doit pas altérer les capacités du SSA au profit des forces
- la pertinence sur les effets attendus au profit des forces armées sans gêner l'action politique consubstantielle
- l'exemplarité : l'AMP doit valoriser l'action de la force en étant organisée dans une finalité de santé publique en s'appuyant sur des principes éthiques rigoureux
- et la non-ingérence : sans entrer en concurrence avec le système de santé local. L'AMP résulte de l'absence d'alternative accessible ou doit s'intégrer dans le réseau de soin local.

En plus de ces exercices, protocoles, simulations et codes, l'institution a décidé en créant un groupe de réflexion philosophique à l'Institut de Recherche Biomédical des Armées (IRBA) d'intégrer la pratique de la philosophie à la formation des futurs professionnels de santé des armées. Depuis 2011, les élèves de l'École de Santé des Armées (ESA) et de l'École du Personnel Paramédical des Armées (EPPA) simulent des situations engendrant des conflits éthiques. Une fois la simulation terminée, ces derniers réalisent une réflexion philosophique sur la situation exposée et sur leur réaction. Cet apprentissage de la réflexion philosophique permet de bien cerner les principes moraux fondamentaux de la pratique médicale. Mais elle permet aussi de faire comprendre qu'il n'existe pas de solution parfaite face à de telles situations, et que cela dépend de quel principe est le plus important pour nous.

²¹ Projet de service SSA 2020, 2013

Ainsi, l'objectif est de réduire les états de stress post-décisionnel grâce au repérage, à la formulation et à la gestion des problèmes éthiques.

La création de ces ateliers, est un changement brutal dans l'approche de ces conflits de la part de l'armée. Cela démontre les efforts fait par l'institution pour permettre au médecin une pratique plus agréable. En effet, elle acculture le médecin pendant ses formations militaires en lui apprenant les contraintes, les habitudes et les besoins de l'armée. Mais en parallèle, elle s'acculture elle-même pour donner au soldat une certaine liberté d'action dans son domaine. Cette acculturation mutuelle est réussie car nos interviewés ne ressentent pas de contradictions ou d'obligations durant leur exercice. Ils expliquent même avoir la totale cofinance du commandement pour les décisions médicales.

4.2 Le contexte influence les décisions du médecin militaire sans modifier ses principes éthiques

Lors de nos interviews, nous avons observés que l'éthique est identique en temps de guerre et en temps de paix. Cela ne veut pas dire que les médecins prendront les mêmes décisions. En fait, les dilemmes, auxquels ils sont confrontés, seront souvent identiques mais le contexte les rendra différents. Cependant, malgré cette différence contextuelle, les médecins utiliseront les mêmes principes moraux pour résoudre ces dilemmes.

La situation peut influencer les choix du médecin sans qu'il bouleverse son éthique car ce dernier a une obligation de moyen contrairement au militaire qui lui a une obligation de résultat. Cette obligation de moyen signifie que le résultat n'est pas important, mais qu'il doit faire tout son possible avec les moyens qu'il a pour sauver son patient. Pour le militaire en revanche seul le résultat compte, la manière elle importe peu. De ce fait, le manque de ressources impactera l'obligation de résultat du militaire qui par exemple ne pourra pas réussir sa mission s'il n'a pas assez d'Homme ou de matériel. Mais, il n'impactera pas l'obligation de moyen du médecin. Un de nos interviewés nous le démontre lorsqu'il sauve une jeune tchadienne.

« Une petite fille qui avait une appendicite comme on n'en voit plus en France, elle est arrivée avec un énorme plastron au point de Mac Burney, le diagnostic ne faisait aucun doute. D'autant plus que la thérapeutique locale consistait à faire des lames de feu (planter une lame chauffée à blanc à l'endroit de la douleur). J'ai demandé à être ravitaillé plus tôt (nous étions ravitaillé toutes les 3 semaines) pour pouvoir l'opérer et on m'a répondu que non. Ce qui est normal car je ne pouvais pas sauver toutes les péritonites appendiculaires du Tchad et encore moins demander le décalage du ravitaillement de toute la base pour un patient. Finalement la petite fille a pu survivre jusqu'au ravitaillement et a été soignée avec succès. ». Nous nous apercevons que le médecin fait tout ce qu'il peut pour sauver la petite fille avec les moyens dont il dispose. Dans ce cas cela suffit, mais parfois cela ne suffit pas. Ce n'est pas pour autant que ce dernier a transgressé les principes fondamentaux de l'éthique médicale.

Cependant, le médecin des armées est à la fois médecin et militaire. Il subit donc en théorie en même temps l'obligation de moyen du médecin et l'obligation de résultat du militaire. Ce qui ressort des interviews est qu'il est possible de concilier les deux. En effet, les décisions du médecin prennent en compte les obligations du militaire mais cela ne va jamais à l'encontre de l'éthique comme le montre ce témoignage recueilli dans les interviews. « Certaines de mes missions en tant que parachutiste consistaient à être projeté derrière les lignes ennemis pour faire de la reconnaissance ou prendre un point stratégique pour permettre l'assaut des troupes françaises. Donc la réussite de toute la manœuvre dépendait de nous. Si un de nous était blessé, on faisait en sorte qu'il puisse suivre le rythme ou quelqu'un restait avec lui pour le surveiller et le soigner pendant que les autres terminaient la mission avant de venir le chercher pour gérer l'extraction. » On voit bien que la réussite de la mission est primordiale, donc le médecin lorsqu'il a un blessé le soigne et le stabilise pour pouvoir finir la mission sans perdre ce dernier. Dans ce cas, il prend le temps de soigner et privilégie la vie du plus grand nombre ce qui est en accord avec l'éthique.

La question de l'allocation des ressources renforce l'obligation de moyen du médecin des armées. En effet, l'état donne des ressources au Service de Santé des Armées pour assurer ses missions. Si les missions du SSA ne sont pas remplies, l'état les confiera à un autre service ou prestataire. Pour pouvoir continuer à pratiquer la médecine, le médecin militaire doit atteindre des objectifs en lien avec la mission du SSA qui n'est rien d'autre que le soutien des forces armées. Cela est large et laisse au médecin une liberté d'action pour l'usage de ses ressources.

Certains choix des médecins militaires peuvent être vu comme contraire à l'éthique médicale. En effet, lorsque ces derniers décident d'arrêter de faire de l'AMP car le contexte est trop dangereux, nous sommes amenés à penser que cela va à l'encontre du principe qui stipule que le médecin doit porter assistance à quiconque le sollicite. Cependant, l'hostilité du contexte entraîne une prise de risque permanente de ce dernier. Décider de mettre fin à l'AMP n'est rien d'autre qu'une décision qui vise la protection du plus grand nombre. Cela s'inscrit dans une démarche de continuité des soins. En effet, il vaut mieux arrêter et soigner quand la tension sera redescendue plutôt que de prendre le risque de mourir et de ne plus pouvoir soigner personne. De plus, le professionnel de santé ne peut pas réaliser une pratique convenable dans un contexte de peur et de méfiance perpétuelle. Dans certaines situations, le médecin n'aura pas la possibilité de faire de l'AMP car en tant que praticien engagé au profit des forces armées, il représente l'ennemi ou l'envahisseur pour certaines populations. Cette décision s'inscrit elle aussi dans un objectif de préservation du plus grand nombre. Cette idée selon laquelle la priorité du médecin n'est pas l'intérêt individuel mais l'intérêt collectif est reprise par nos répondants. « L'intérêt du médecin n'est pas l'intérêt individuel. Il protège le groupe dans les épidémies et en général. Il a un intérêt de santé publique. »

Ce contexte de guerre oblige parfois le médecin militaire à faire des choix de vie ou de mort en fonction des ressources disponibles. Cependant, malgré cet aspect intolérable, ces décisions sont mûrement réfléchies. Le militaire est tellement confronté à la mort pendant ces missions que la valeur d'une vie est beaucoup plus élevée que pour un citoyen lambda. Dans les interviews, cette importance de la vie pour ceux qui ont un pouvoir dessus ressort aussi. Les répondants insistent sur le fait que s'ils décident de ne pas sauver un Homme, c'est que ce dernier est condamné. Malgré ça, ils soulageront ce dernier pendant sa fin de vie pour respecter le principe de toujours soulager le patient. Cette proximité et ce pouvoir sur la vie font du médecin et du militaire des gardiens de la paix plutôt que des ambassadeurs de la guerre.

Le contexte amène souvent le praticien à se retrouver seul professionnel de santé présent face à une situation d'urgence. Cette solitude dans la décision influence aussi la pratique du médecin. En effet, ce dernier malgré les protocoles institutionnels se retrouve isolé pour décider du traitement entrepris pour les soldats. Cette solitude confronte le médecin à un doute car il sera tenu pour seul responsable si son traitement échoue. Cette notion de solitude dans la décision est très présente dans les interviews. Ces derniers insistent sur le poids de la décision lorsqu'on en est l'unique responsable.

« C'est la solitude de la décision. Plus tard dans ma carrière j'ai eu les mêmes conflits éthiques en métropole à l'hôpital mais ils sont dilués dans un cadre général. On peut toujours faire appel à un collègue pour un avis mais pas quand on est au fin fond du Tchad ou du Kosovo. En métropole, on peut demander à des gens, à notre chef. Cela ne changera certainement rien mais on aura l'impression de s'être agité et on se sentira moins seul si ça va mal. » Dans ce cas, le médecin suit les mêmes principes moraux pour faire ses choix quel que soit le contexte.

La notion de temporalité influence aussi les choix du praticien militaire. Selon Godart, pendant le temps de l'action, l'objectif du médecin n'est pas l'objectif militaire mais le soin des blessés. Cependant, les médecins interviewés expliquent que l'urgence de la situation au niveau de la mission mais aussi au niveau du blessé sont des éléments à prendre en compte dans la démarche de soin. Ils changent leurs décisions thérapeutiques mais l'éthique médicale reste la même pour ces derniers, ils s'adaptent juste au contexte.

L'obligation de moyen et de résultat, le contexte hostile ou de guerre, la solitude de la décision et une temporalité d'urgence sont des variables du contexte du médecin militaire en opération extérieure. Effectivement, la situation modifie les choix des médecins militaires dans la prise en charge des blessés. Cependant, ces adaptations ne bouleversent en rien les principes éthiques auxquels adhère le praticien.

Des codes, des exercices et des protocoles ont aussi été mis en place pour permettre au médecin militaire de ne pas perdre de vue les grands principes moraux lors de soins dans un état de stress extrême. Ces outils permettent aussi au clinicien de se dire lorsqu'il est face à un choix compliqué que c'est la solution institutionnelle. Les autres aussi auraient agi de la même façon. Ils déchargent le médecin de la responsabilité au profit de l'institution.

Toutefois, l'institution n'est pas une garantie morale. Même si cette dernière adoucit les mœurs et rassure les médecins, elle ne peut pas empêcher tous les problèmes éthiques. En effet, elle ne peut pas lister toutes les situations possibles et imaginables. Il se peut alors que le médecin se retrouve seul face à lui-même pour faire un choix.

Cette création d'outils pour accompagner le médecin militaire dans sa pratique fait sans doute suite à une prise de conscience de la part de l'armée du possible tiraillement qui existe entre la qualité de médecin et la qualité de militaire sur un théâtre d'opération. En effet, à partir du moment où l'armée a essayé d'accompagner et d'encadrer ce paradoxe, cela signifie qu'il peut exister entre les deux fonctions.

Cela démontre aussi que l'armée n'a pas essayé de nier ce dernier en balayant l'éthique médicale au profit des exigences militaires. En effet, avec la mise en place de tous ces outils, elle essaie d'accompagner le médecin militaire dans son rapport avec l'éthique en contexte de guerre.

Toutefois, malgré la volonté de l'institution de rendre la pratique du médecin plus facile, pour que le métier de praticien des armées puisse exister, il y a eu une acculturation du médecin. Cette acculturation du médecin est due à sa présence des théâtres d'opération. En effet, le médecin n'est pas sur son terrain, il est sur le terrain du militaire. Ce perpétuel côtoiement de la culture militaire transforme le médecin en médecin militaire en l'imprégnant des valeurs et des normes à tenir sur un champ de bataille. Cela permet à ce dernier de ne plus voir les problèmes éthiques comme tels mais seulement comme des choix normaux en contexte de guerre. Cela ne les empêche pas mais les atténue aux yeux du médecin.

5 Conclusion

Pour conclure, la pratique des médecins militaires est modifiée en contexte de crise. Cette modification est fondamentale et universelle car le médecin doit savoir adapter sa façon d'agir à la situation.

Les causes de cette modification sont nombreuses. Elles dépendent surtout du contexte qui est différent d'une pratique en métropole. En effet, nous avons vu que les ressources et les conditions d'exercice impactent fortement la pratique. Cependant, nous avons vu que l'institution militaire faisait son maximum pour ne pas influencer la pratique des médecins en opérations extérieures. En effet, l'institution s'acculture à la pratique médicale et écoute les médecins dans le domaine de la santé pour les mettre dans les meilleures conditions possibles pour exercer. Malgré cela, nous avons saisi que les médecins pouvaient être limités dans leur pratique des soins humanitaires par l'institution si cela n'est pas stratégiquement efficient.

Nous avons aussi démontré que malgré ce bouleversement de la pratique du médecin, les principes éthiques de ces derniers restaient inchangés. Cette possibilité d'adaptation de la pratique tout en restant en accord avec l'éthique est possible pour le médecin car ce dernier a une obligation de moyen. Il faut qu'il fasse tout ce qui est en son pouvoir pour soulager le patient avec les ressources qu'il a à disposition.

De plus, l'armée en reconnaissant que le médecin n'est pas sur son terrain mais sur le terrain du militaire, elle essaie d'accompagner le médecin militaire et plus particulièrement ces choix éthiques en contexte de guerre.

Le fait que l'armée ait mis en place une réflexion, un accompagnement et permis une pratique réflexive des praticiens militaires sur leur éthique démontre qu'elle a saisi le possible paradoxe mais n'a pas essayé de le cacher. Elle a essayé de le combattre.

Nous pouvons donc avancer que la pratique du médecin militaire en opération n'est rien d'autre que ce qui est médicalement possible et stratégiquement souhaitable

Mais la stratégie est impactée par la dimension politique. Par exemple, pendant l'épidémie de COVID 19 bien que les médecins étaient les plus qualifiés pour prendre les décisions pour faire face à l'épidémie. Ils n'ont eu qu'un rôle de conseiller vis à vis de l'État. Cela pose la question de l'influence de la politique sur l'action des praticiens civils et militaires et donc indirectement sur leur éthique. L'action politique ne serait-elle finalement pas le plus gros obstacle à une pratique médicale en symbiose avec l'éthique ?

Bibliographie

- Andrieu De Levis P., Éthique de la médecine des armées
- Rochon C., La bioéthique et les conflits armés : la réflexion éthique des médecins militaires
- Martineau Océane, Un semestre en médecine d'urgence préhospitalière aide-t-il l'interne à devenir un bon team-leader? (étude préliminaire) Thèse de médecine. École du Val-de-Grâce: Université Paris XI-Faculté de médecine Paris-Sud; 2015
- Apprentissage par la simulation des compétences de gestion de crise en médecine d'urgence, O. Martineau, B. Frattini, S. Dubourdiou, F. Béguec, C. Bay, J.-P. Tourtier, Revue Médecine et Armées 2017
- Damage control préhospitalier et organisation des secours en situation d'attentats. Retour d'expérience des événements parisiens de 2015 B. Frattini, M. Franchin, I. Klein, L. Alhanati, C. Ernouf, S. Travers, M. Bignand, J.-P. Tourtier Revue Médecine et Armées 2018
- Gross ML. Bioethics and armed conflict: mapping the moral dimensions of medicine and war. Hastings Cent Rep 2004
- Darre E. Médecin militaire et droit des conflits armés : entre juridique et éthique. Revue Int Service Sante Forces Armée 2003
- Nathanson V. L'éthique médicale en temps de guerre et en temps de paix : pour une meilleure compréhension. Revue Internationale de la Croix Rouge 2013
- Darre E. Évolution éthique du service de santé des armées face aux problèmes posés par les nouvelles formes de guerre.
- Les différents visages du risque en milieu militaire. F. De Montleau, G. Southwell, É. Mèle, S. Minvielle, V. Horne, D. Coulot
- Godart P. Militaires et médecins. CAIRN, Revue Inflexions 2009
- Buosi S. Quelle éthique opérationnelle pour la Défense biomédicale? Revue médecine et Armées 2015
- Caractérisation de stressés opérationnels utilisables en simulation de poste médical C. Verdonk, J. Albentosa, M. Trousselard, S. Ramade, F. Canini, M.-H. Ferrer, Revue Médecine et Armées 2017

- Aspects actuels du triage, du combat à la catastrophe, essai de synthèse H. Julien, A. Allonneau, O. Bon, H. Lefort
- Manuel des droits et devoirs du personnel sanitaire lors des conflits armés. Genève : Comité international de la Croix Rouge et la ligue des Sociétés de la Croix Rouge, 1982.
- Barr N.I, Zunin L.M, Clarification of the psychiatrist's dilemma while in the military service 1971
- Droit international régissant la conduite des hostilités. Collection de conventions de La Haye et de certains autres traités. Genève : Comité International de la Croix Rouge, 1990.
- Les conventions de Genève du 12 août 1949. Genève : Comité International de la Croix Rouge, 1989.
- Les protocoles additionnels aux conventions de Genève du 12 août 1949. Genève : Comité International de la Croix Rouge, 1977.
- BENNER P. - Éthique du médecin militaire en mission extérieure. Thèse 1995
- Code de déontologie des pratiques médicales dans les armées, 2007
- AMM, Manuel d'éthique médicale, 2005
- Le médecin militaire entre impératifs militaires et exigences éthiques, Barbier O., Racle M., De Montleau F., Revue Ethique et Santé, 2015
- Lyautey, Lettres du Tonkin et de Madagascar, cité par Pierre Garrigou-Granchamp, « Pourquoi une culture militaire ? », site web du coFat, 2007
- DCSSA, Projet de service SSA 2020 , 2013
- Lebleu Ch., Prise en charge des blessés en contexte hostile SAFE MARCHE RYAN zone non protégée
[\(https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prise en charge des blessés en contexte hostile- SAFE MARCHE RYAN zone non protegee Dr Ch- Lebleu .pdf\)](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_des_blesses_en_contexte_hostile- SAFE MARCHE RYAN zone non protegee Dr Ch- Lebleu .pdf)

Annexes

Annexe 1

Entretiens retranscrits

Retranscription de l'entretien n°1

Fabien : Quel est votre déroulé de carrière ? Études/expérience de travail.

Enquêté 1 : 1983 → Santé navale → major de promo en Paces + Brevet d'Alpinisme Militaire + brevet commando + Brevet de Parachutisme Militaire

1990 → École d'application du val de grâce car choix de l'armée de terre

1992-1997 → troupes françaises stationnées en Allemagne → TCHAD et Liban

1997-2002 → 1^{er} RCP → Ex Yougoslavie (x2), Gabon (x2), Kosovo, Liban, Tchad et Cote d'Ivoire

2002-2005 → 126^e RI (Brive) → Cote d'Ivoire, Tchad et Kosovo

2005-2009 → Tarn et Garonne Caylus → Cote d'Ivoire et Afghanistan

Quitte l'armée à cause de la mobilité géographique permanente.

Beaucoup de décorations → ordre national du mérite, croix du combattant, légion d'honneur, médaille d'honneur européenne, médaille libanaise...

Fabien : Pourquoi avoir choisi la médecine, et la médecine militaire en particulier?

Enquêté 1 : Je pense que toutes les personnes qui choisissent la médecine le font après un événement particulier. Ce qui m'a motivé c'est la mort de mon père quand j'avais 3 ans. Je voyais cela comme une revanche sur la vie. J'ai choisi l'armée pour avoir un cadre pendant les études car j'étais un peu laxiste.

Fabien : A quel type de mission avez-vous participé? Quand et pendant combien de temps? Quelles étaient vos fonctions ? Comment était organisé votre travail ? Décrivez votre expérience.

Enquêté 1 : Plus de 5ans à l'étranger. Les missions étaient des missions de guerre. La plupart du temps en alerte 12h donc possibilité de partir à n'importe quel moment. Il y avait beaucoup de médecine d'urgence et de médecine de guerre. Dans les missions de maintien de paix, j'ai fait beaucoup d'AMP. A Kandar en 2007, j'étais médecin de l'armée de terre détaché au

soutien des pilotes de l'air car j'ai une capacité de médecine aéronautique. Les missions duraient 6 mois la plupart du temps, ça pouvait parfois être long. Certaines missions étaient dans une coopération internationale, d'autre dans un cadre secret ou sinon des missions de soutien de gouvernement avec l'armée française seulement.

Fabien : Certains pensent qu'il est difficile de concilier deux professions, d'être à la fois militaire et médecin, qu'en pensez-vous ?

Enquêté 1 : Dites à ces personnes d'aller soutenir des hommes et des femmes qui sont prêts à donner leur vie pour préserver leurs droits et leurs libertés. On va voir s'ils ne feront pas leur maximum pour les sauver. Mais aussi pour sauver les familles civiles qui sont dans la misère et sans accès aux soins primaires à cause de la guerre. La réflexion théorique c'est bien mais dans la pratique c'est différent. Si c'est l'arme qui peut poser problème, le médecin n'a pas le droit de l'utiliser sauf si c'est en cas de légitime défense. Elle est surtout là pour dissuader les populations civiles de s'en prendre au médecin pendant l'AMP.

Fabien : Si vous aviez à hiérarchiser les professions, soit la profession médicale et la profession militaire, laquelle placeriez-vous en premier pour vous définir ?

Enquêté 1 : Cela ne se hiérarchise pas. Mais c'est vrai que suivant nos choix de spécialité, le côté militaire est plus ou moins présent. Mes collègues de promotion qui ont pris des spécialités hospitalières non projetables ou ceux qui ont fait de la recherche auront moins d'influence que moi lors de mes missions extérieures. Dans le service de santé, il y a des postes qui sont des copié collé du monde civil et d'autre où le côté militaire est bien présent.

Fabien : Comment voyez vous votre rôle de médecin dans un conflit armé ?

Enquêté 1 : On est un peu comme un chef d'entreprise quand on gère nos hommes de l'infirmerie et pour gérer les aspects techniques. On fait du management humain donc il faut se connaître chacun et se faire confiance et s'aider les uns les autres pour bien travailler en équipes. On est aussi conseiller du commandement. Conseiller veut dire éclairer mais pas imposer. La plupart des chefs militaires ne suivent pas trop nos conseils sauf si c'est sur de la santé pure et dure. Il ne faut aussi pas faire de commandement car ce n'est pas notre domaine. Chacun son rôle et chacun sa place. Vis à vis de la population locale, le médecin ne doit pas

se prendre pour le médecin de la croix rouge. En effet, l'AMP n'est pas le but premier du médecin, son but premier est de soutenir les hommes. Souvent on a pas trop de temps et de ressources pour faire de l'AMP car on est en contexte de catastrophe. On peut aussi se considérer comme des cibles de choix. En mission, lorsque les ennemis ne sont pas des États, ils ne respectent pas les conventions de Genève et tirent en priorité sur les soldats avec des croix rouges pour neutraliser la capacité de soin de l'armée.

Fabien : Y a-t-il selon vous des situations particulières aux missions qui peuvent engendrer des défis éthiques ? Si oui : Pouvez-vous donner des exemples de situations représentant un défi éthique, ou une situation qui représente bien les défis éthiques auxquels peuvent être confrontés les médecins travaillant dans un contexte d'opérations militaires ? Pourquoi cela constituait-il un défi ? Comment vous sentiez-vous (frustration, colère, détresse....)? Comment avez-vous réagi ? Comment avez-vous abordé le problème, quels ont été les facteurs qui vous ont mené à répondre de la façon que vous avez choisie (insistez sur les valeurs, principes etc.)

Enquêté 1 : Il faut d'abord définir ce que sont les règles éthiques. On peut penser que c'est les conventions de Genève mais que faire quand nous sommes face à des gens qui ne les respectent pas. Chaque conflit a des règles éthiques différentes car elles dépendent des cultures locales. La seule chose qui peut être universelle ce sont les principes moraux tel que les 10 commandements. Quand vous êtes dans un pays étranger et que vous êtes le seul médecin à disposition pour les blessés civils. Même si vous êtes pas expert dans tous les domaines il faut se rappeler que vous êtes la seule chance de ces personnes. Il ne faut pas avoir peur de faire du dépassement de fonction ou d'entreprendre des soins mêmes si nos moyens sont limités. Ca sera toujours mieux que rien. J'ai des camarades qui sont partis sur des SNLE, ils étaient médecins généralistes mais ils ont eu une légère formation de dentiste pour pouvoir assumer ce rôle dans le sous-marin. Le contexte nous donne cette dérogation de dépassement de fonction. Mais on a des formations supplémentaires qui nous permettent de faire face à des situations d'urgence. On a un mec qui a un pneumothorax ou un traumatisme thoracique bah on a été formé à mettre un « pneumocat » ou faire une déflation. Ce n'est pas le cas de tout le monde. Et si notre opération rate on aura toujours l'institution pour nous aider en cas de coup dur. Aujourd'hui, je n'ai pas peur de travailler seul et sans aucune ressources grâce à mon expérience de médecin militaire.

Fabien : Vous êtes vous déjà retrouvé dans une situation où l'institution militaire vous a empêché de sauver quelqu'un car ce n'était pas stratégique ? si oui était-ce en conflit avec votre éthique médicale ?

Enquêté 1 : Non ça ne m'est jamais arrivé mais si cela avait été le cas ça aurait été normal. Il ne faut pas oublier que l'armée est une société bâtie sur l'obéissance. Donc quand on reçoit un ordre on obéit sauf si c'est illégal ou immoral. Le médecin ne doit pas oublier qu'il est militaire. Durant ma carrière, je me suis rendu compte que pour mes camarades issues des armes, la vie d'un homme est quelque chose de sacré même si ce n'est pas un allié. Nous les médecins avons un raisonnement plus scientifique et objectif que les chefs militaires. Nous voyons les ressources et le temps que coutent un blessé et si on ne peut pas le sauver c'est plutôt nous qui allons convaincre le commandement que ça ne sert à rien. Nous avons cette capacité, car nous avons banalisé pendant notre cursus la souffrance et la mort et ça nous permet de nous détacher plus vite.

Fabien : Quelles sont les particularités propres à ce type de situation qui ne se retrouvent pas dans un contexte clinique habituel ? Y a-t-il selon vous des conflits éthiques particuliers aux médecins militaires? Quels sont-ils ?

Enquêté 1 : Le contexte est différent de par l'hostilité des ennemis, mais aussi le manque de ressources humaines et logistiques. Il y a aussi le fait que les soins de santé ne sont pas l'objectif prioritaire de l'unité. En effet, il y a une mission qui a été définie avant qu'il faut réaliser dans les délais sinon on peut mettre d'autre unité dans la merde. Le facteur temps peut aussi être compliqué à gérer. La solitude peut aussi être compliqué. Certaines de mes missions en tant que parachutistes consistaient à être projeté derrière les lignes ennemis pour faire de la reconnaissance ou prendre un point stratégique pour permettre l'assaut des troupes françaises. Donc la réussite de toute la manœuvre dépendait de nous. Si un de nous était blessé, on faisait en sorte qu'il puisse suivre le rythme ou qqn restait avec lui pour le surveiller pendant que les autres terminaient la mission avant de venir le chercher pour gérer l'extraction.

Fabien : Étiez-vous préparé pour faire face à ces défis éthiques ? (session de formation, support pour y faire face, directives utiles pour décider de la manière d'agir...)

Enquêté 1 : Oui et non, parce qu'on peut faire autant de simulation que l'on veut, on ne sait pas ce qu'est l'état de catastrophe avant de le vivre. L'état de catastrophe c'est un état où c'est

la faillite de partout. On a beaucoup de blessés mais peu de ressources, peu de professionnels de santé et où le contexte est hostile. Dans les simulations on ne risque pas sa vie donc on a moins de facteur stress que dans la vraie vie. Cependant les entraînements au triage peuvent aider pour gérer les ressources de façon optimale. Ces entraînements peuvent nous faire acquérir des réflexes qui permettront de plus réfléchir et d'agir le jour j. Car le jour j on aura pas le temps de réfléchir à l'éthique où je ne sais quel autre principe moral. On agira pour sauver le maximum de personnes possibles avec le minimum de ressources probablement caché derrière un rocher à essayer des tirs de mitraillettes. C'est pour cela que le drill est primordial. Ce drill nous apprend aussi à prioriser les blessés en fonction de la blessure et non pas en fonction de son grade.

Fabien : Votre façon de penser et votre éthique médicale ont-elles changé après votre première affectation sur une OPEX ?

Enquêté 1 : Oui pour la pratique, car l'expérience est la meilleure des enseignantes pour un médecin et encore plus un médecin militaire. Mon éthique quant à elle n'a pas changé car l'éthique est quelque chose d'ancré en nous dès notre plus jeune âge.

Fabien : Le code d'éthique de l'Association Mondiale Médicale dit que l'éthique de la médecine en temps de conflit est le même qu'en temps de paix. Qu'en pensez-vous ?

Enquêté 1 : Oui, les principes éthiques ne changent pas. En revanche, les décisions que nous prenons peuvent changer à cause du contexte. C'est vrai. Notre morale ne change pas juste, vous êtes en situation où il va falloir prioriser les gens en fonction des blessures. Ce n'est pas contre l'éthique.

Fabien : L'institution militaire a un code d'éthique et la médecine aussi. Voyez-vous des similitudes et des différences dans ces codes ? Vous est-il déjà arrivé d'avoir à trancher entre les deux ? Dans quelle circonstance ?

Enquêté 1 : Il doit y avoir des désaccords sur des détails mais dans les grands fondements, c'est pareil car c'est basé sur du bon sens. Je n'ai jamais eu à trancher non car les chefs militaires nous écoutent quand c'est des domaines médicaux ou psychologiques.

Fabien : La préoccupation d'un médecin est l'intérêt d'un patient, alors que la mission militaire vise l'intérêt collectif (la sécurité des troupes). Y a-t-il des situations où, selon vous, ces deux visées sont en conflit lors de mission sur le terrain ? Si oui lesquelles, et en tant que médecin militaire comment arrivez-vous à résoudre ce dilemme ?

Enquête 1 : Déjà votre question est fautive, l'intérêt du médecin n'est pas l'intérêt individuel. Il protège le groupe dans les épidémies et en général. Il a un intérêt de santé publique. On l'a vu récemment avec le COVID-19. Donc voilà vous avez ma réponse ils visent à la même chose.

Fabien : Les professionnels de la santé au sein de l'armée américaine ont fait l'objet d'une controverse au cours de ces dernières années, ceci pour avoir participé à des interrogatoires auprès de prisonniers. Qu'en pensez-vous ? Selon vous, comment peut-on prévenir ce genre de comportement ?

Enquête 1 : Ça se fait depuis que le temps est monde ça. Ça fait partie de notre contrat de militaire. Il faut essayer de faire preuve d'humanité mais si c'est une question de sécurité nationale bah faut agir dans l'intérêt public. Un mec qui fait un attentat quand on l'attrape on lui soutire des informations pour déjouer des deuxièmes lames. On est en état de guerre donc il faut agir. Cependant on a des moyens sophistiqués qui font qu'on peut éviter la pratique barbare quand même.

Fabien : Certains croient qu'un médecin doit être neutre, voire même pacifiste et qu'il ne devrait participer d'aucune façon à l'effort de guerre, alors que d'autres disent qu'au contraire, il est du devoir du médecin de participer à la guerre et qu'il en va également de son devoir de citoyen. Qu'en pensez-vous ?

Enquête 1 : Le médecin est dans une société en tant que citoyen. Le devoir du citoyen depuis la nuit des temps est de protéger la société. Pourquoi le médecin devrait-il se soustraire à ce devoir ? Seul les ermites peuvent rester neutre car ils n'ont aucune appartenance. Être neutre est antinomique d'appartenir à une société. Donc pourquoi vouloir que le médecin soit hors norme en l'empêchant de se soumettre aux normes sociétales. Pourquoi vouloir faire du médecin un antihumain ? Les médecins peuvent être politiques, philosophes donc pourquoi pas militaire ? Le médecin avant d'être médecin est un homme donc il peut faire ce qu'il veut

et n'a pas à être imputé de certains droits des hommes. Et puis être neutre ca n'a jamais fonctionné dans un groupe. La suisse est neutre mais du coup elle n'appartient à aucun ensemble. Elle n'est pas dans l'UE ou l'OTAN car la neutralité ne mène à rien. La nature n'est pas neutre donc pourquoi le médecin devrait être neutre et donc antinaturel ? C'est absurde !

Fabien : Y a-t-il des outils (politiques, codes ou modèles) qui sont utiles pour faciliter votre réflexion éthique ? Selon vous, est-ce que l'institution a mis ou peut mettre en place des éléments qui faciliteraient la réflexion et/ou le comportement éthique ?

Enquêté 1 : Faciliter la réflexion éthique c'est pas possible. Existe-t-il des manuel d'éthique ou de morale ? Mais l'armée peut nous aider à driller les gestes encore et encore pour pouvoir être plus performant le jour de la catastrophe. Il faut travailler nos réflexes. La mise en place de simulation de catastrophe ou le SAFE MARCHE RYAN suffise amplement à la préparation opérationnelle.

Retranscription de l'entretien n°2

Fabien : Quel est votre déroulé de carrière ? Études/expérience de travail.

Enquêté 2 : Entrée santé navale → 1984

École d'application → 1992

Médecin d'unité 1993-1997

Assistanat → 1997-2001

Clinicat → 2001_2003

Percy → 2003-2009

Agrégation val de Grace → 2009

Arrivée EMSLB → 2019

Fabien : Pourquoi avoir choisi la médecine, et la médecine militaire en particulier?

Enquêté 2 : Mon frère et ma sœur était déjà à santé navale. La médecine m'a toujours attirée notamment les études très intéressantes. Mais le problème c'est que la seule vision de médecin civil que j'avais été mon médecin généraliste qui faisait la même chose depuis 30 ans n'était pas envisageable. J'ai découvert l'exercice de la médecine militaire quand ma sœur est sortie de santé navale et qu'elle a eu son premier poste en Afrique. Je suis allé passer mon été chez elle en Afrique et j'ai découvert une facette de la médecine moins monotone que la médecine civile que je percevais à l'époque. Je devais partir en maths sup mais j'ai changé de voie et j'ai passé le concours de santé navale.

Fabien : A quel type de mission avez-vous participé? Quand et pendant combien de temps? Quelles étaient vos fonctions ? Comment était organisé votre travail ? Décrivez votre expérience.

Enquêté 2 : Déployé 2 fois en tant que généraliste:

- casque bleu pendant le siège de Sarajevo (janvier-mai 1995) → tableau de dotation de temps de guerre (pacte de Varsovie) : 1 poste de secours par compagnie de combat. J'étais médecin d'une compagnie d'infanterie à Sarajevo. Mission de soin et de prévention en tant que médecin mais aussi mission opérationnelle intégré à mon unité en tant que militaire. Pendant 4 mois j'ai vu que 800 mètres de ligne d'attaque.

-Tchad auprès du ministère de la coopération après avoir passé l'assistantat mais je ne l'avais pas encore commencé (4mois et demi). Intégré dans l'armée tchadienne/ très isolé. Encadrer un régiment d'infanterie tchadienne avec une mission de déminage au niveau de la frontière libyenne. 1 million de mines environ sur cette portion. Le plus gros du travail militaire été le soutien des opérations déminages et en tant que coopérant c'était le soin à la population et la formation des infirmiers tchadiens.

Déployé 3 fois en tant que spécialiste :

2 fois au Kosovo : déployé dans une antenne chirurgicale de l'avant. Pas seul médecin militaire une équipe de 10 personnes entre médecins et infirmier. J'ai fait beaucoup d'aide à la population.

1 fois en Afghanistan : idem que Kosovo.

Fabien : Certains pensent qu'il est difficile de concilier deux professions, d'être à la fois militaire et médecin, qu'en pensez-vous ?

Enquêté 2 : De mon point de vue c'est une pure question rhétorique. C'est vrai qu'au premier abord on pense que c'est inconciliable. Le médecin est là pour soigner et le militaire pour tuer. Mais dans la pratique, le militaire ne tue pas ou ne tue qu'en dernier recours. La mission du militaire est de protéger les populations civiles. On a vu des médecins hommes politiques (Georges Clémenceau) des médecins prendre les armes quand il le fallait comme les médecins résistant (MC Fruchaud) par exemple Che Guevara (sans défendre ses opinions). Opposer les deux c'est un peu comme si on disait qu'un médecin ne peut pas être citoyen ou qu'ils doivent faire le vœu de chasteté. Le médecin est juste un citoyen avec des responsabilités et des devoirs.

Fabien : Si vous aviez à hiérarchiser les professions, soit la profession médicale et la profession militaire, laquelle placeriez-vous en premier pour vous définir ?

Enquêté 2 : On peut être les deux a la foi ; on connaît les aumôniers militaires on ne se demande pas s'ils sont aumôniers ou militaires. Ils respectent 2 éthiques qui arrivent à se concilier. Je me suis posé la question mais cela est toujours resté théorique et n'a jamais eu de

répercussion pratique. En effet, car la médecine est une fonction alors qu'être militaire est un mode de vie.

Fabien : Comment voyez-vous votre rôle de médecin dans une situation de conflit armé ?

Par rapport aux autres fonctions dans l'armée ; par rapport aux combattants, à la population locale ; par rapport aux lois internationales et au code d'éthique des médecins.

Enquêté 2 : La société militaire est une société organisée dans laquelle chacun joue son rôle. Il y en a qui ne posent pas de problèmes éthiques (les mécaniciens, les cuisiniers...), il y en a d'autres pour qui c'est plus complexe (médecins...). Mais on joue notre rôle de médecin au sein de cette société qui est la société militaire. Les problèmes éthiques que j'ai pu avoir n'étaient finalement pas liés à la mission mais plutôt à l'aide à la population qui est libre. Ces problèmes étaient de savoir qui soigner plutôt qu'un autre car on n'a pas des ressources illimitées

Fabien : Y a-t-il selon vous des situations particulières aux missions qui peuvent engendrer des défis éthiques ? Si oui : Pouvez-vous donner des exemples de situations représentant un défi éthique, ou une situation qui représente bien les défis éthiques auxquels peuvent être confrontés les médecins travaillant dans un contexte d'opérations militaires ? Pourquoi cela constituait-il un défi ? Comment vous sentiez-vous (frustration, colère, détresse....)? Comment avez-vous réagi ? Comment avez-vous abordé le problème, quels ont été les facteurs qui vous ont mené à répondre de la façon que vous avez choisie (insistez sur les valeurs, principes etc.)

Enquêté 2 : Les problèmes sont plutôt quand j'étais spécialiste, question d'allocation des ressources : l'état donne des ressources pour soutenir des hommes qui sont des ressortissants français. On fait de l'aide médicale à la population, dans quelle mesure on peut consacrer une partie de ces ressources qui est une mission qui n'est pas notre mission opérationnelle même si elle est totalement défendable. Surtout les ressources périssables, vaut-il mieux ne pas les utiliser et les laisser pourrir au cas où un soldat serait blessé au front juste avant le ravitaillement ou bien en utiliser pour faire de la chirurgie hémorragique sur les populations locales et risquer de ne pas en avoir assez s'il y a un afflux de blessés. C'est une question éthique vis à vis des contribuables car tous ces équipements sont le fruit de nos impôts.

Inversement, cette AMP (en prenant l'hypothèse de donner tous les moyens que j'ai à ma disposition) est-ce qu'elle a un sens ? je ne peux pas pratiquer comme en hôpital : je ne peux pas faire des exams immuno hématoLOGIQUE au patient donc je l'expose à un danger à cause des anticorps irréguliers. J'ai une banque de sang limitée alors qu'en France je peux toujours faire appel à un ami. Surtout est-ce que ma chirurgie hémorragique correspond aux besoins de la population ? Dois-je plutôt opérer un paysan d'une hernie pour qu'il puissent continuer à nourrir sa famille ou bien un autre d'une fracture du col du fémur ? lequel mérite le plus de sauver sa famille ? il faut bien se rendre compte que je ne peux pas traiter tous les goitres du Tchad ou tous les boiteux du Kosovo et d'Afghanistan. Les plus grand problèmes éthiques viennent de l'aide médicale à la population et non pas des conflits armées.

Fabien : Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation où l'institution militaire vous a empêché de sauver quelqu'un car ce n'était pas stratégique ? si oui était-ce en conflit avec votre éthique médicale ?

Enquête 2 : Sauver à proprement parler non. Je me souviens au Tchad, nous étions très isolé (le premier hôpital était à 1700KM). Une petite fille qui avait une appendicite comme on n'en voit plus en France, elle est arrivée avec un énorme plastron au point de Mc Burney, le diagnostic ne faisait aucun doute. D'autant plus que la thérapeutique locale consistait à faire des lames de feu (planter une lame chauffer à blanc à l'endroit de la douleur). J'ai demandé à être ravitaillé plus tôt (nous étions ravitaillé toutes les 3 semaines) pour pouvoir l'opérer et on m'a répondu que non ce qui est normal car je ne pouvais pas sauver toutes les péritonites appendiculaires du Tchad. Finalement la petite fille a pu survivre jusqu'au ravitaillement et a été soigné avec succès. La deuxième situation a été mon CDU tchadien qui avait sauté sur une mine et la question a été la même « est-ce que je peux avoir un avion tout de suite » et la réponse a été la même. Et j'ai dû lui couper la jambe moi-même alors que je n'étais ni chirurgien ni réanimateur avec la scie à métaux du garagiste que j'ai stérilisé moi-même puis j'ai dû l'endormir moi-même et mon assistant pendant l'opération n'était que mon chef de poste qui n'avait aucune formation médicale. C'est malheureusement ça la médecine de l'extrême avant. Et si ça allait mal je me voyais pendu au bout d'une branche dans le village voisin car j'aurais tué le chef tchadien.

Fabien : Quelles sont les particularités propres à ce type de situation qui ne se retrouvent pas dans un contexte clinique habituel ? Y a-t-il selon vous des conflits éthiques particuliers aux médecins militaires? Quels sont-ils ?

Enquêté 2 : C'est la solitude de la décision. Plus tard dans ma carrière j'ai eu les mêmes conflits éthiques en métropole à l'hôpital mais ils sont dilués dans un cadre général et on peut toujours faire appel à un collègue pour un avis mais pas quand on est au fin fond du Tchad ou du Kosovo. En métropole on peut demander à des gens, à notre chef qui ne changeront certainement rien mais on aura l'impression de s'être agité et on se sentira moins seul si ça va mal. Après dans le civil on commence à ressentir cette solitude quand on grimpe dans la pyramide des responsabilités.

Fabien : Étiez-vous préparé pour faire face à ces défis éthiques ? (session de formation, support pour y faire face, directives utiles pour décider de la manière d'agir...)

Enquêté 2 : Non pas vraiment ce qui m'a aidé c'était le contact avec les anciens qui m'ont prévenu de manière informelle. Par exemple pour la scie à métaux, c'était celui qui était là avant moi qui m'avait dit que c'était la meilleure chose à faire que sinon il ne survivrait pas.

Fabien : Votre façon de penser et votre éthique médicale ont-elles changé après votre première affectation sur une OPEX ?

Enquêté 2 : Oui parce que quand on commence médecine on commence très jeune et que l'expérience est une impérieuse maîtresse d'école. Alors vous dire si ça aurait plus ou moins changé dans des circonstances différentes je suis incapable de vous répondre. Probablement parce que après coup je m'étais faite cette réflexion après les attentats de 2015 lorsque les civils se sont tournés vers nous pour une formation en triage. Je me suis aperçu qu'un certain nombre de chose qui allait de soi pour nous n'allait pas de soi pour eux. Et que l'expérience accumulé faisait que l'on pouvait résoudre des conflits plus vite (je n'ai pas dit mieux) car après avoir vécu des situations similaires des dizaines ou des centaines de fois nous permettait d'avoir un meilleur temps de réactions mais pas forcément une meilleure réaction. Exemple du triage et du damage control on sait que ça ne sert à rien de faire un long conciliabule.

Fabien : Le code d'éthique de l'Association Mondiale Médicale dit que l'éthique de la médecine en temps de conflit est la même qu'en temps de paix. Qu'en pensez-vous ?

Enquêté 2 : Je suis d'accord. Parce que plein de conflits éthiques qu'on pense exclusifs de l'exercice militaire bah quand on regarde de près ils sont masqués pas beaucoup de choses dans le civil. Quand je forme des médecins civils du SMUR je leur explique que quand ils font une garde aux urgences ils font déjà du triage : la péritonite passe avant l'appendicite, la fracture ouverte passe avant la fracture fermée et si un jour il y a une péritonite et une fracture ouverte bah on s'assoit on se gratte la tête et puis on agit parce que sinon les deux vont en mourir. Le triage est quotidien en OPEX et c'est similaire à l'exercice d'un urgentiste civil. Ce sont l'environnement et les circonstances qui font que la pilule passe plus ou moins bien. Sinon les problèmes éthiques sont les mêmes partout.

Fabien : L'institution militaire a un code d'éthique et la médecine aussi. Voyez-vous des similitudes et des différences dans ces codes ? Vous est-il déjà arrivé d'avoir à trancher entre les deux ? Dans quelle circonstance ?

Enquêté 2 : J'ai jamais eu à trancher et l'éthique de mes camarades des armes n'a jamais été différentes de notre éthique à nous. Je pense qu'ils ont une plus haute image de la vie d'un homme que nous.

Fabien : La préoccupation d'un médecin est l'intérêt d'un patient, alors que la mission militaire vise l'intérêt collectif (la sécurité des troupes). Y a-t-il des situations où, selon vous, ces deux visées sont en conflit lors de mission sur le terrain ? Si oui lesquelles, et en tant que médecin militaire comment arrivez-vous à résoudre ce dilemme ?

Enquêté 2 : Ça a été un dilemme à exprimer jusqu'au attentat de 2015. Quand j'ai été formateur j'ai trouvé les choses très simples à expliquer. Notamment la conjugaison de ces 2 thèmes. Vous êtes médecins civils vous êtes devant le bataclan la chose techniquement raisonnable est de dire aux colonnes d'assaut de tout arrêter pour pouvoir installer un poste de secours mais au fond de vous-même vous savez qu'il faut qu'elle progresse pour neutraliser les terroristes pour arrêter les blessés. C'est ce qu'a fait le SAMU dans la pratique. Finalement cet apparent conflit entre l'intérêt collectif, la poursuite de la mission et l'intérêt individuel

lorsqu'il se heurte à la réalité des faits est quelque chose qui n'existe plus. Il faut aussi se rendre compte que la médecine n'est pas qu'un intérêt individuel, dans les épidémies elle place l'intérêt collectif avant l'intérêt du patient en isolant ces derniers. Ce paradoxe n'est que purement théorique.

Fabien : Les professionnels de la santé au sein de l'armée américaine ont fait l'objet d'une controverse au cours de ces dernières années, ceci pour avoir participé à des interrogatoires auprès de prisonniers. Qu'en pensez-vous ? Selon vous, comment peut-on prévenir ce genre de comportement ?

Enquête 2 : Oui on peut et doit ! Des choses font parties sur ceux pourquoi nous avons des compétences et ça on en a pas. C'est la même questions que la convergence entre le code d'éthique du militaire et celui du médecin. Si on sert dans une force ou le code d'éthique prévoit la torture du prisonnier, la question n'est pas le code d'éthique du soignant mais pourquoi il sert dans quelque chose où il sait qu'il va être en conflit avec ses valeurs.

Fabien : Certains croient qu'un médecin doit être neutre, voire même pacifiste et qu'il ne devrait participer d'aucune façon à l'effort de guerre, alors que d'autres disent qu'au contraire, il est du devoir du médecin de participer à la guerre et qu'il en va également de son devoir de citoyen. Qu'en pensez-vous ?

Enquête 2 : Mettez-vous comme médecin devant le bataclan le 13 novembre 2015

Fabien : Y a-t-il des outils (politiques, codes ou modèles) qui sont utiles pour faciliter votre réflexion éthique ? Selon vous, est-ce que l'institution a mis ou peut mettre en place des éléments qui faciliteraient la réflexion et/ou le comportement éthique ?

Enquête 2 : Il y a des outils qui existent comme l'enseignement du triage et du damage control. Former les gens à la gestion d'une banque de sang. Ce sont des outils techniques de démystification mais il n'y a pas d'atelier qui amène à avoir une réflexion standardisé devant toutes les situation possibles et imaginables. Cela ramène à la comparaison avec le civil ou il n'y a rien du tout pour se préparer au triage. Dans le civil il commence depuis 10 ans à avoir une législation au niveau de l'arrêt des thérapeutiques. Pour moi il y a autant de défis éthiques

en tant que médecin civil et militaires. Il ne peut pas y avoir de défis éthiques propre au médecin militaire parce que l'armée agit dans l'intérêt de l'état et tant que ce sera le cas bah le médecin civil agira dans les mêmes intérêts que le militaire.

Retranscription de l'entretien n°3

Fabien : Quel est votre déroulé de carrière ? Études/expérience de travail.

Enquêté 3 : Légion étrangère 6 ans/ BSPP et BMPM 13 ans/ SAU 6 ans. Secours hélicoptère.

Fabien : Pourquoi avoir choisi la médecine, et la médecine militaire en particulier?

Enquêté 3 : Pour servir et prendre soin. Mais aussi pour me dépasser et chercher la confrontation aux situations difficiles.

Fabien : A quel type de mission avez-vous participé? Quand et pendant combien de temps? Quelles étaient vos fonctions ? Comment était organisé votre travail ? Décrivez votre expérience.

Enquêté 3 : Militaire : Sarajevo (ONU)/ Cote d'Ivoire/ Corymbe (mission marine embarquée)/ Mali/ MCD Afrique/ Séjour Guyane.

Sécurité civile et pompiers : plusieurs plan rouge/ tremblement de terre.

Fabien : Certains pensent qu'il est difficile de concilier deux professions, d'être à la fois militaire et médecin, qu'en pensez-vous ?

Enquêté 3 : Tout médecin est dépendant d'une structure hiérarchique ou financière. Le médecin militaire vit cette dépendance de façon plus claire et sans doute plus marquée.

Fabien : Si vous aviez à hiérarchiser les professions, soit la profession médicale et la profession militaire, laquelle placeriez-vous en premier pour vous définir ?

Enquêté 3 : Sans objet. La médecine est un service rendu au profit de celui qui est en situation de vulnérabilité. Être militaire c'est un état. Les deux peuvent être dissociés.

Fabien : Comment voyez-vous votre rôle de médecin dans une situation de conflit armé ?

Par rapport aux autres fonctions dans l'armée ; par rapport aux combattants, à la population locale ; par rapport aux lois internationales et au code d'éthique des médecins.

Enquête 3 : L'action du médecin sera toujours subordonnée aux limites imposées par le commandement. C'est le commandement qui donnera notamment le feu vert pour une action en sécurité. Le raisonnement est le même sur un tremblement de terre : l'équipe médicale n'est engagée sur un chantier « sauvetage déblaiement » que si le cheminement est sécurisé. Idem en secours en montagne pour l'engagement de l'hélicoptère. Le médecin n'exerce pas la médecine seul. Il n'y a pas de raison d'enfreindre les lois internationales. Le niveau de soin du pays concerné doit être pris en compte pour adapter la prise en charge initiale. Il faut aussi veiller à ne pas concurrencer le système de santé local. Nous sommes là pour les aider à gérer l'afflux mais certainement pas pour prendre tous les patients. Cela peut alors être vu par les populations civiles comme de l'ingérence et le climat peut alors vite devenir hostile.

Fabien : Y a-t-il selon vous des situations particulières aux missions qui peuvent engendrer des défis éthiques ? Si oui : Pouvez-vous donner des exemples de situations représentant un défi éthique, ou une situation qui représente bien les défis éthiques auxquels peuvent être confrontés les médecins travaillant dans un contexte d'opérations militaires ? Pourquoi cela constituait-il un défi ? Comment vous sentiez-vous (frustration, colère, détresse....)? Comment avez-vous réagi ? Comment avez-vous abordé le problème, quels ont été les facteurs qui vous ont mené à répondre de la façon que vous avez choisie (insistez sur les valeurs, principes etc.)

Enquête 3 : Deux exemples :

Blessés africains pris en charge dans un rôle 2 initialement. Son pays d'origine refuse de le prendre en charge en argumentant de façon plus ou moins claire (et honnête) que le patient est mieux soigné dans le rôle 2 français. Cela entraîne un problème de saturation des structures médicales française. Il faut une longue négociation pour faire « céder » les confrères africains en négociant mise à disposition des moyens aériens pour assurer le transfert.

Contexte tremblement de terre : pas d'évacuation des enfants si la famille n'a pas donné son accord par écrit : envoi d'enfants seul, à plusieurs milliers de kilomètre, dans un pays voisin,

par avion... L'aspect technique a été privilégié par rapport à l'environnement, notamment familial.

Fabien : Vous êtes vous déjà retrouvé dans une situation où l'institution militaire vous a empêché de sauver quelqu'un car ce n'était pas stratégique ? si oui était-ce en conflit avec votre éthique médicale ?

Enquêté 3 : Non. Ce sont les circonstances (météo, temps de mission, hostilité pop..) et l'absence de moyens médicaux du pays concerné qui est limitant. Si vous êtes avec des blessés dans le désert et que vous demandez une EVASAN, elle peut être impossible à cause d'une tempête de sable qui empêche les hélicoptères de décoller. Et là la situation se complique fortement pour la mission et pour le blessé. Le temps qu'il reste au blessé est important. Un mec qui a pris une balle au niveau de l'artère ne survivra pas le temps du transport pour se faire ligaturer proprement sans poser de garrot. Poser un garrot entraîne des risques si le transport est trop long mais bon il faut faire des concessions pour sauver le soldat. C'est pas des situations rencontrées à l'hôpital ça.

Fabien : Quelles sont les particularités propres à ce type de situation qui ne se retrouvent pas dans un contexte clinique habituel ? Y a-t-il selon vous des conflits éthiques particuliers aux médecins militaires? Quels sont-ils ?

Enquêté 3 : Il faut effectivement être capable d'accepter de ne pas faire tout ce que l'on sait faire, en prenant en compte les aspects logistiques : existe-t-il des lits de réanimation, une table de coronarographie, un service de maxillo-facial dans la ville où je me trouve ? Est-il licite de proposer une évacuation à des milliers de kilomètres pour un patient « local » ?

Fabien : Étiez-vous préparé pour faire face à ces défis éthiques ? (session de formation, support pour y faire face, directives utiles pour décider de la manière d'agir...)

Enquêté 3 : Le compagnonnage est la méthode d'apprentissage de choix. L'aide et la disponibilité des anciens et/ou des chefs est importante.

Fabien : Votre façon de penser et votre éthique médicale ont-elles changé après votre première affectation sur une OPEX ?

Enquêté 3 : Ma façon de penser et d'aborder les défis éthiques a évolué tout au long de ma carrière et évoluera encore car mes différentes expériences me permettent de parfaire ma pratique et mes choix.

Fabien : Le code d'éthique de l'Association Mondiale Médicale dit que l'éthique de la médecine en temps de conflit est la même qu'en temps de paix. Qu'en pensez-vous ?

Enquêté 3 : L'épidémie COVID de 2020 a montré les limites du système de santé, l'importance des moyens logistiques et l'impact extra médical d'une crise sanitaire. Il en va de même en temps de guerre. La façon de prendre soin (les aspects relationnels notamment) des patients ne devrait pas être différente, surtout si le soin lui-même est modifié. (EVASAN plus longue ou différée, voire refusée par exemple).

Fabien : L'institution militaire a un code d'éthique et la médecine aussi. Voyez-vous des similitudes et des différences dans ces codes ? Vous est-il déjà arrivé d'avoir à trancher entre les deux ? Dans quelle circonstance ?

Enquêté 3 : Les choix difficiles ont souvent été dictés par la faisabilité et le position des décideurs (les chefs de santé ou le PC). Par exemple : un seul hélico disponible et nécessité de tri.

Fabien : La préoccupation d'un médecin est l'intérêt d'un patient, alors que la mission militaire vise l'intérêt collectif (la sécurité des troupes). Y a-t-il des situations où, selon vous, ces deux visées sont en conflit lors de mission sur le terrain ? Si oui lesquelles, et en tant que médecin militaire comment arrivez-vous à résoudre ce dilemme ?

Enquêté 3 : Le commandement sera généralement prêt à prendre en compte l'intérêt individuel. L'impact d'une situation individuelle mal gérée peut être majeur sur le groupe. C'est le rôle du médecin d'en faire prendre conscience au commandement ;

Fabien : Les professionnels de la santé au sein de l'armée américaine ont fait l'objet d'une controverse au cours de ces dernières années, ceci pour avoir participé à des interrogatoires auprès de prisonniers. Qu'en pensez-vous ? Selon vous, comment peut-on prévenir ce genre de comportement ?

Enquêté 3 : Jamais confronté à ce genre de situation. Les prisonniers sont pris en charge par le SSA, quelques fois hospitalisés et opérés. Je n'ai jamais été sollicité pour participer aux interrogatoires. Il est licite de refuser (code de déontologie du médecin militaire).

Fabien : Certains croient qu'un médecin doit être neutre, voire même pacifiste et qu'il ne devrait participer d'aucune façon à l'effort de guerre, alors que d'autres disent qu'au contraire, il est du devoir du médecin de participer à la guerre et qu'il en va également de son devoir de citoyen. Qu'en pensez-vous ?

Enquêté 3 : Soigner les combattants est un service et une façon de combattre. Être un témoin d'une sorte d'humanité qui est en marge du combat et de l'usage de la force peut être primordial pour les unités soutenues, notamment les officiers.

Fabien : Y a-t-il des outils (politiques, codes ou modèles) qui sont utiles pour faciliter votre réflexion éthique ? Selon vous, est-ce que l'institution a mis ou peut mettre en place des éléments qui faciliteraient la réflexion et/ou le comportement éthique ?

Enquêté 3 : Écouter ce que les pairs et les anciens ont fait ou font nous permet de nous préparer.

Les protocoles tels que le SAFE MARCHÉ RYAN ou le Damage control. Les simulations aussi sont importantes (EXOSAN). Le médecin peut aussi passer le Brevet des médecins des forces au CEFOS avant de partir en opération.

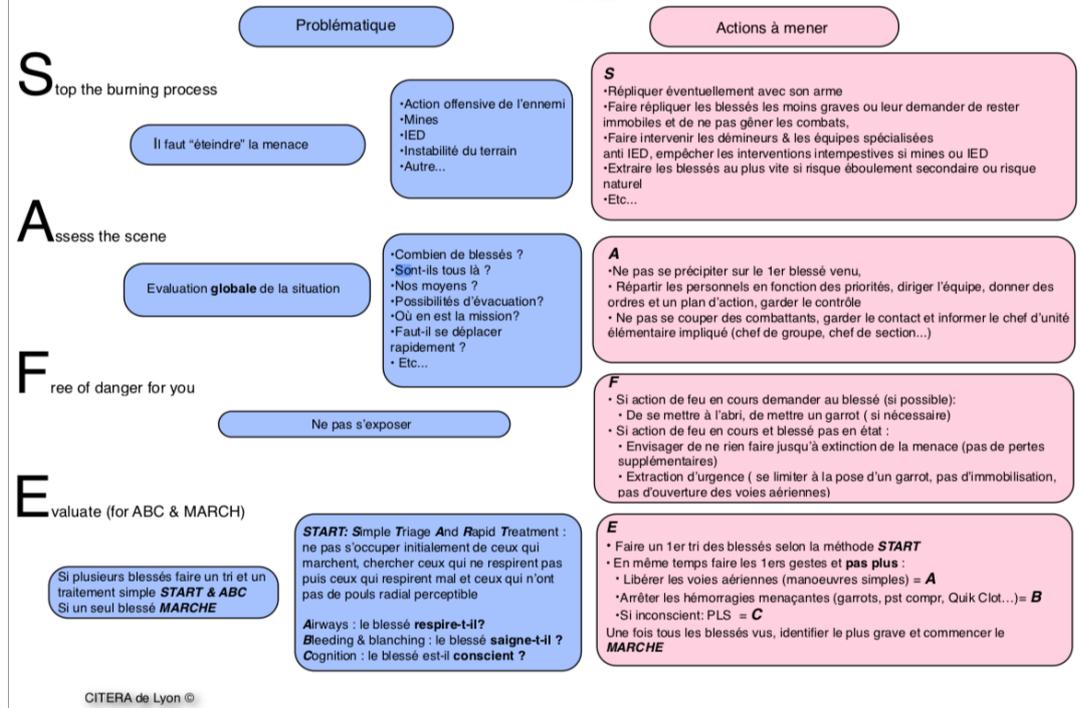
Parler des situations exceptionnelles est une sorte de préparation mais les circonstances peuvent être difficile, notamment pour les médecins des forces spéciales. (pas d'expérience personnelle)

Présenter les situations en amont, avant la situation est important : VABSAN ou VBI SAN armés, sans identification Santé (pas de croix rouge par exemple).

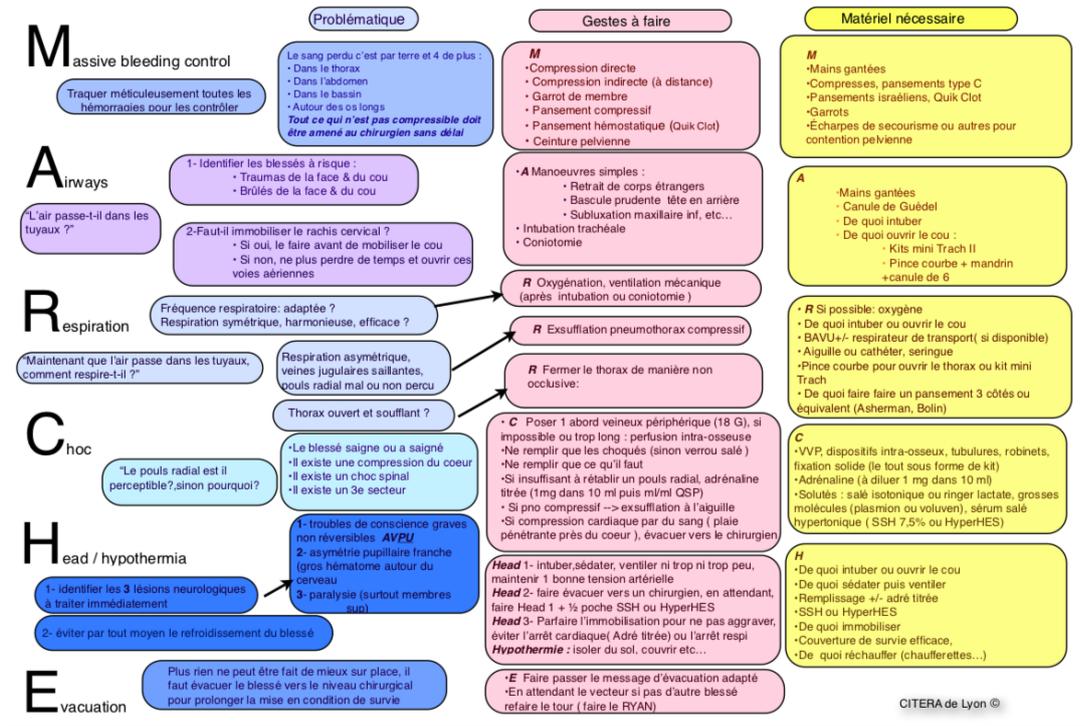
Annexe 2

Protocole SAFE MARCHE RYAN

Prise en charge pratique des blessés de guerre - La méthode SAFE-MARCHE-RYAN- Le SAFE-ABC ou Tout ce qu'il faut faire avant de s'occuper du blessé le plus grave



Prise en charge pratique d'un blessé - La méthode "MARCHE-RYAN", ou Tout ce qui doit être fait maintenant pour sauver ce blessé



	Problématique	Actions à mener
R éévaluer	<p>A ce stade il faut réévaluer le blessé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer ce qui a été fait sur le blessé • Réévaluer les conséquences des blessures sur le blessé depuis le début de la prise en charge <p>Il faut réévaluer pour préparer l'évacuation</p>	<p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refaire point par point le MARCHE pour réévaluer le blessé • Vérifier les garrots & les pansements compressifs : <ul style="list-style-type: none"> • Sont-ils toujours efficaces ? Faut-il les renforcer ? • Peut-on remplacer un garrot par un pansement compressif et sauver le membre ? • Vérifier les sondes d'intubation, de coniotomie, les drains etc... ? • Sont-ils tous perméables et efficaces ? • Reprendre tout ce qui a été fait sur le blessé : <ul style="list-style-type: none"> • Faut-il le refaire, en faire plus etc... ?
Y pour Les Yeux, l'ORL	<p>Il faut préserver le pronostic fonctionnel du blessé, après lui avoir sauvé la vie. Le plus souvent il faudra seulement protéger les blessures Ce sont les plaies oculaires le gros du problème</p>	<p>Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'occuper surtout des plaies oculaires : <ul style="list-style-type: none"> • Pansement sec non compressif • Éventuellement irriguer les plaies souillées par du sérum physiologique • Administrer des antibiotiques (Quinolones) • Emballer, protéger les plaies des oreilles
A nalgésie	<p>La douleur du blessé de guerre est intense. Cette douleur n'a que des effets négatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorise l'agitation du blessé • Favorise la reprise des hémorragies • Augmente les besoins en personnels et ressources de soins, gêne l'évacuation <p>Le traitement de cette douleur est donc une priorité après avoir sauvé la vie</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apaiser le blessé par un abord calme et rassurant • Utiliser ou vérifier l'utilisation de la syrette de morphine du combattant • Immobiliser les blessures (attelles, écharpes...), refroidir les petites brûlures • Quand c'est possible, plusieurs médicaments, par voie orale pourquoi pas • Compléter dès que possible par de la morphine IV en titration • Prévoir pour la durée de l'évacuation
N ettoyez et prévenez l'infection	<ul style="list-style-type: none"> • L'infection est une cause fréquente de mortalité tardive des blessés de guerre • La rapidité d'évacuation et du traitement chirurgical, l'emballage voire le rinçage à l'eau propre et les antibiotiques sont les piliers de la lutte contre l'infection 	<p>N</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rincer les plaies souillées avec du sérum salé iso stérile ou de l'eau potable • Éviter les solutions antiseptiques qui colorent les plaies • Emballez les plaies avec le plus propre disponible • Evacuez rapidement le blessé vers le niveau chirurgical • Administrez des antibiotiques à forte dose si pas d'allergie connue(sinon évacuation rapide)

Résumé

La plupart des médecins militaires seront amenés à partir en mission hors de nos frontières durant leur carrière. Pendant ces missions, ils devront pratiquer la médecine dans des conditions différentes de celles qui sont les leurs habituellement en métropole. Ces conditions d'exercices différentes pourraient alors tirailler le médecin entre les obligations militaires et les principes éthiques. En effet, le médecin militaire doit prioritairement soigner les forces, mais pendant ces missions il est confronté aux besoins humanitaires des populations civiles et réfugiées victimes de la guerre. D'un point de vue éthique, il doit prodiguer des soins à quiconque lui demande assistance. Mais cela peut être difficile à concilier avec le soutien des forces.

Le but de ce mémoire est d'étudier comment l'institution militaire prépare les médecins militaires à ces défis éthiques, comment ces derniers les appréhendent en opérations extérieures et s'il est possible d'être médecin militaire sans bafouer l'éthique médicale.