Article original

# Dilemmes éthiques des personnels de santé militaires dans un contexte de conflit de haute intensité

F. GIGNOUX-FROMENT[1], T. MARTINEZ[2], J. DERÉLY[3], J. TURC[4], S.-P. CORCOSTEGUI[5], C. DERKENNE[6], V. PEIGNE[7], M. TROUSSELARD[8], A. BAZIN[9], A. LAMBLIN[10]

(1) Service de Psychiatrie, HIA Percy, Clamart
(2,3) Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart
(4) Service Civilo-Militaire d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Édouard Herriot, Lyon
(5) Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris
(6) 1re Antenne Médicale Spécialisée, Satory
(7) Centre de formation opérationnelle santé (CeFOS), Balan
(8) Institut de Recherche Biomédicale des Armées, Brétigny-sur-Orge
(9) Service des Urgences, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé
(10) Unité Mixte de Recherche UMR 7268 ADES (Anthropologie, Droit, Éthique, Santé), Marseille / Pôle Bloc-Anesthésie-Réanimation-Urgences, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille

**Auteur correspondant :** antoine.lamblin@hotmail.fr

**Open access DOI**
10.17184/eac.8978

**Reçu**
le 20 mars 2024

**Accepté**
le 30 septembre 2024

**Publié**
le 5 décembre 2024

**Conflit d'intérêt**
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

**Résumé :**
L'invasion de l'Ukraine par la Russie a provoqué la plus grande guerre en Europe depuis la Seconde Guerre mondiale, contraignant les nations à se préparer à un engagement massif, sous la forme d'une guerre entre États à haut niveau d'intensité. Dans le champ de la santé, l'afflux massif et saturant de blessés ainsi que le risque d'interruption des chaînes logistiques imposent des adaptations lors de la prise en charge médicale et un changement de paradigme. Le principe de justice distributive dans une logique utilitariste dont l'objectif est de sauver un maximum de vies s'impose. Pour cela, le triage devient une nécessité, car il consiste à « faire au mieux pour le plus grand nombre », l'urgence dépassée n'étant plus un cas exceptionnel. Les textes et traités internationaux insistent sur la nécessité de ne fonder le triage que sur des critères cliniques de gravité, sans prendre en compte le statut du patient (civil, ami ou ennemi). En cas de combat de haute intensité, ces textes ainsi que les critères de tri médico-chirurgicaux apparaissent essentiels mais insuffisants, les soignants pouvant également être amenés dans certaines situations à faire des choix en fonction du statut du blessé. Ces choix pourraient générer chez le soignant militaire une souffrance psychique en lien avec les dilemmes éthiques rencontrés et leur répétition.

Ainsi, l'un des moyens de prévention repose sur l'enseignement en amont du déploiement à l'éthique médicale en temps de guerre, d'une part sous la forme d'une instruction au droit international humanitaire, d'autre part par des mises en situation pratique sous la forme de cas cliniques simulés intégrant des dilemmes éthiques à la simulation technique.

**Mots-clés :** Conflit de haute intensité. Dilemme éthique. Droit international humanitaire. Triage. Médecine d'armée.

**Abstract:**
ETHICAL DILEMMAS FACED BY MILITARY HEALTH PERSONNEL DURING HIGH-INTENSITY CONFLICT: THE CRUCIAL ISSUE OF TRIAGE
Russia's invasion of Ukraine has triggered the biggest conflict in Europe since the Second World War. It has forced countries to prepare for engagement on a massive scale, namely, a high-intensity war between nation states. A potential massive influx of wounded personnel risks saturating logistical supply chains and requires not only changes to medical care but also a paradigm shift. In this context, the principle of distributive justice is key. The aim is to save as many lives as possible through triage, which consists in "doing the greatest good for the greatest number." This idea is fundamental, as an emergency that has passed is no longer a priority.
However, international texts and treaties not only underline that the sole criterion for triage is clinical severity, but they also fail to consider the patient's status (civilian, friend, and foe). In a high-intensity warfare situation, these texts, and the medical-surgical triage criteria they provide are insufficient, as caregivers may be required to make decisions based on the status of the patient. The need to make such choices could cause psychological suffering among military caregivers, as individuals are repeatedly faced with difficult ethical dilemmas. One potential solution to mitigate this psychological strain is to provide pre deployment training on wartime medical ethics. The latter would include both instructions on international humanitarian law and practical simulations of clinical situations where the person is faced with an ethical dilemma.

**Keywords:** High-intensity Warfare. Ethical dilemma. Law of Armed conflicts. Triage. Military medicine.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

## Introduction

Les soignants militaires peuvent être confrontés à de multiples questions éthiques au cours d'un déploiement opérationnel. Il s'agit, par exemple, de l'allocation de ressources limitées, de l'utilisation des soins comme moyen de parvenir à une fin par les autorités militaires, de la fourniture de soins au risque de leur propre sécurité ou de celle de la mission, et du niveau de soins atteignable en l'absence de possibilité de transfert d'aval du ou des patients (1,2). La résolution des dilemmes éthiques rencontrés doit se fonder sur des principes pertinents dans les domaines du soin et de la mission.
Les soignants militaires ont des obligations morales envers leurs patients et doivent traiter les malades et les blessés sans distinction de caste, de croyance ou de nationalité (3).

En général, ces principes sont renforcés par les quatre grands principes éthiques de Beauchamp et Childress : l'autonomie, la justice, la bienfaisance et son corollaire, la non-malfaisance (4). Les forces armées, quant à elles, sont très souvent appelées à utiliser la violence et les armes pour imposer la volonté de l'État ou assurer la protection de sa population. Les soignants militaires font le lien entre ces deux professions très différentes, ce qui soulève des questions liées au concept de double loyauté. Ce conflit est au cœur de la prise de décision clinique lors d'événements impliquant un grand nombre de victimes (5).

L'invasion de l'Ukraine par la Russie le 24 février 2022 a déclenché la plus grande guerre en Europe depuis la Seconde Guerre mondiale. Les dernières décennies ont été marquées par des conflits asymétriques, opposant des groupes armés peu équipés à des armées organisées lourdement dotées. Les conflits interétatiques sont revenus en Europe et risquent de s'étendre, sous la forme d'un conflit symétrique ayant des répercussions dans tous les domaines (militaire, politique, économique, médiatique, matériel, informationnel et cybernétique).

Dans le contexte des soins de santé, cette situation conduit à une augmentation massive et prévisible du nombre de morts et de blessés pendant les combats.
L'expérience récente du conflit ukrainien montre que le taux d'attrition des soldats est considérable. Au cours de la première année du conflit, on estime à 17 000 le nombre de décès parmi les soldats ukrainiens et à 33 000 le nombre de blessés (6).
Les hypothèses de travail actuelles estiment que le nombre de blessés militaires serait de plusieurs centaines par jour pour une division, par vagues successives et continues, si la France était engagée dans un conflit de Haute intensité (HI) (7). Cette situation va rapidement saturer le système de santé militaire, car les blessés seront plus nombreux que le personnel médical disponible. Dans le même temps, les contraintes logistiques et le risque d'interruption des chaînes d'approvisionnement peuvent limiter considérablement l'accès aux produits et matériels de santé. D'autres difficultés liées à la capacité limitée d'évacuer les blessés, en raison de l'absence de suprématie aérienne et de la menace des tirs d'artillerie, sont également à prendre en compte.
Ces défis soulèvent des questions sur l'intégration systématique du triage, dont les règles pourraient devoir être reconsidérées.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

## 1 Le triage : un élément impondérable des conflits de haute intensité

Les armées occidentales ont été confrontées ces vingt dernières années à des combats asymétriques qui ont engendré de nombreux militaires blessés. Cependant, dans ce type de conflit, le nombre de victimes était largement inférieur aux estimations des pertes prévisibles dans les conflits de HI. À titre d'exemple, les opérations militaires françaises au Sahel ont fait 183 victimes sur une période de cinq ans (8).

En revanche, l'afflux massif et saturant de blessés, ainsi que le risque d'interruption des chaînes logistiques en cas de suprématie aérienne compromise imposent des adaptations de la prise en charge médicale dans le cadre de la HI. Le triage devient donc une nécessité encore plus prégnante. Celui-ci répond au principe de justice distributive dans une logique utilitariste dont l'objectif est de sauver un maximum de vies.
Le triage actuellement enseigné et appliqué vise à catégoriser et prioriser l'ordre d'évacuation des blessés vers le *Role 2* (triage médical), et au sein même de cette structure à définir un ordre de passage au bloc opératoire (triage médico-chirurgical). Tous les maillons de la chaîne santé doivent s'y préparer. De façon plus précise, les patients sont triés au *Role 2* selon différentes catégories (9) :

- T1, subdivisée en deux sous-catégories : les blessés classés T1 mention EU (Extrême urgence) doivent être opérés dans les minutes qui suivent leur admission, et les autres blessés classés T1, qui, sous réserve d'une réanimation adaptée, peuvent attendre quelques heures (moins de 4 à 6h) ;
- T2 : il s'agit des blessés qui peuvent être opérés secondairement (dans les 12 à 24h), voire transférés dans une autre structure chirurgicale plus éloignée de la ligne de front ;
- Les blessés T3 ne nécessitent pas forcément de prise en charge chirurgicale et peuvent être transférés si nécessaire dans une structure médicale ;
- T4 : les blessés de cette catégorie sont ceux qui sont très sévèrement atteints et dont la prise en charge médicale nécessiterait de développer des moyens humains et matériels considérables, avec un risque de léser le pronostic vital ou fonctionnel des autres patients T1 si une réanimation intensive était initiée. Dans un premier temps, seule une démarche palliative leur est proposée, consistant en une analgésie et des soins de confort.

  Le triage étant une procédure dynamique, une réévaluation est faite à tous les échelons de la prise en charge, mais également au sein d'une même structure. Par exemple, un patient initialement classé T4 peut secondairement être classé T1, si les capacités humaines et matérielles le permettent.

Cette façon de catégoriser les patients n'est pas intuitive pour les praticiens qui doivent privilégier ainsi, non plus l'intérêt individuel d'un seul patient, mais le bien du plus grand nombre.

Faire face à la HI, avec ses vagues successives de blessés, implique de devoir généraliser le triage des patients en s'attachant à « faire au mieux pour le plus grand nombre » avec ce qui est possible et ce qui est disponible. Cette généralisation d'une médecine de triage utilitariste rendra difficile l'approche plus déontologiste (au sens kantien du terme) de l'engagement de chaque soignant : « faire le mieux pour le patient indépendamment des autres patients pris en charge » (10).

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Enfin, la collégialité des prises de décisions est un élément crucial pour aider les soignants à résoudre ou aborder les dilemmes éthiques rencontrés. Le contexte de la HI limitera la mise en application de décisions collégiales portant ainsi le risque de cristallisation des insatisfactions de l'engagement déontologique du soignant.
Ainsi, ces dilemmes éthiques peuvent engendrer un sentiment de mal-être chez les soignants, voire l'apparition de troubles psychiques, car aucune décision n'est idéale, chacune convoquant des valeurs différentes[1]. Les émotions qui en résultent sont en lien avec les contradictions, la nécessaire hiérarchisation et le sentiment d'insatisfaction lié au sacrifice d'une ou plusieurs valeurs jugées primordiales pour le clinicien. Ainsi, si la réflexion éthique ne précède pas la décision, il existe un risque de désorganisation (10). La réflexion éthique en amont et la préparation aux exigences éthiques de la prise en charge en HI est donc nécessaire pour les soignants, avant la confrontation réelle à ces dilemmes, afin de se préparer à la réalité d'une telle situation.

## 2 Des critères de tri médicalement plus stricts en haute intensité

Dans ses mémoires de chirurgie militaire, Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien en chef de la Grande Armée, stipule que dans le cadre du triage « il faut toujours commencer par le plus dangereusement blessé sans voir égard au rang et aux distinctions. Les moins maltraités peuvent attendre que leurs frères d'armes, horriblement mutilés aient été pansés et opérés » (11).

Les techniques de réanimation et de chirurgie actuelles ont déjà nécessité une évolution dans les critères de triage médico-chirurgical, puisqu'il est désormais admis que les plus sévèrement blessés ne seront pas forcément soignés en premier (intégrant ainsi la notion de patient catégorisé T4). Dans le cadre de combats de HI, l'afflux massif et saturant de blessés ainsi que le risque d'interruption des chaînes logistiques en cas de suprématie aérienne compromise imposent des adaptations lors de la prise en charge médicale. Certaines lésions traitables dans des conflits asymétriques ne pourront pas être prises en charge lors de la HI, soit par manque de ressources, soit par impossibilité d'évacuer les patients à temps vers une structure chirurgicale. Il est possible que les critères pour être classés T1 seront beaucoup plus restrictifs et l'urgence dépassée (T4) ne soit plus un cas exceptionnel dans le contexte de HI.

## 3 Le triage en haute intensité fait aussi appel à des critères non médicaux

Dans ce contexte, les textes et traités internationaux, ainsi que les critères académiques de triage médico-chirurgicaux apparaissent insuffisants (3,9,12). Les soignants devront également faire des choix à l'intérieur même des catégories de blessés, en distinguant la limite ténue entre un blessé grave potentiellement sauvable (T1 EU) ou non (T4).

[1] Les valeurs sont définies comme « des buts désirables, trans-situationnelles, variant en importance et qui servent de principes guidant la vie des gens ». Schwartz, S. H. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. Revue française de sociologie, 47(4), p. 929-68.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Devant deux blessés de mêmes catégories, plusieurs questions peuvent se poser concernant la priorisation :

- Faut-il prioriser les militaires ou civils occupant des postes-clés ? On pense ici aux personnels occupant des postes indispensables à la poursuite de la mission (postes de commandement ou spécialité technique indispensable).
- Faut-il prioriser le blessé qui retrouvera une capacité de retour rapide au combat après sa prise en charge médicale ?
- Faut-il prioriser les militaires des forces alliées *vs* des prisonniers de guerre, voire des criminels de guerre ? Les militaires des forces alliées *vs* les populations civiles, les blessés pédiatriques ? Les victimes de dommages collatéraux ?

Les textes internationaux insistent sur la nécessité de ne fonder le triage que sur des critères cliniques de gravité, sans prendre en compte le statut du patient. Pourtant aujourd'hui, en pratique, les soignants ne sont parfois pas maîtres d'une priorité d'évacuation vers le *Role 2*, les moyens d'évacuation étant fournis par les combattants (2). Le risque d'une discrimination sur le statut est réel, en particulier celui de privilégier un frère d'armes blessé à un ennemi, un criminel de guerre, voire un terroriste. Par ailleurs, le concept de double loyauté ou double allégeance majore les tensions éthiques (13).

Les soignants militaires exercent deux rôles distincts, celui de médecin et celui de soldat, les deux n'étant pas forcément compatibles l'un avec l'autre selon les auteurs (14). Le praticien peut donc se retrouver face à des obligations ou devoirs contradictoires dans les nombreuses missions qu'il exerce. Les soignants décrivent la difficulté de définir leur rôle au sein de l'institution militaire, car leur identité professionnelle peut changer en fonction des circonstances et du contexte (14).

Le Comité international de la Croix-Rouge a défini sept principes fondamentaux s'appliquant à la médecine humanitaire, dont l'impartialité, la neutralité et l'indépendance (15). Ces principes, qui régissent le travail des humanitaires, ne sont pas entièrement transposables au contexte militaire. La neutralité consiste à ne pas prendre une part active au conflit et à éviter toute controverse politique, raciale, religieuse ou idéologique. De plus, elle implique une indépendance totale vis-à-vis des gouvernements, ce qui n'est pas le cas du personnel soignant militaire. Ces derniers ont choisi de défendre leur pays et participer à appliquer une décision politique ; ils font partie intégrante du système militaire et ne peuvent donc pas être totalement neutres.
Ils doivent également respecter les valeurs de l'institution militaire, sous peine d'être ostracisés ou marginalisés par les personnels combattants.

En même temps, les soignants militaires doivent, au risque de perdre la protection qui leur est accordée par le droit international humanitaire, respecter le fait de ne pas participer directement aux hostilités et appliquer le principe d'impartialité en toutes circonstances et dans toutes leurs décisions médicales (13). L'impartialité est le corollaire du principe d'humanité et implique l'application de soins sans discrimination (race, nationalité, classe, croyances religieuses ou opinions politiques), sur la seule base de la nécessité médicale, indépendamment de considérations ou de sentiments personnels (15). Dans les conflits de HI, les personnels soignants éprouvent parfois des difficultés à appliquer ce principe d'impartialité dans leurs décisions.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Ce point est illustré par l'opération *Tempête du désert* en Irak, où 33 % des médecins n'étaient pas d'accord avec le fait que la nécessité médicale devait être l'unique facteur déterminant pour les soins dans les décisions de triage (16).

Ainsi, les dilemmes éthiques se multiplient en situation de guerre de HI, pouvant générer chez les soignants militaires de la culpabilité et du stress. Les liens entre dilemmes éthiques et souffrance psychique sont établis (17).

Cette population singulière permet également d'évoquer les notions de « détresse morale » et de « préjudice moral » qui sont décrites dans la littérature depuis de nombreuses années. Dans le cas des soignants militaires, ces termes peuvent parfois être utilisés de manière interchangeable. La détresse morale survient lorsqu'un soignant n'est pas en mesure de prodiguer les soins nécessaires en raison des contraintes de la situation, ce qui l'amène à réaliser des actions incompatibles avec ses valeurs professionnelles. Un préjudice moral apparaît dès qu'une personne subit les conséquences psychologiques de la gestion d'une situation (17). À titre de comparaison, la pandémie de Covid-19 a placé les professionnels de la santé du monde entier dans des situations décisionnelles difficiles, nécessitant de travailler sous une pression extrême (18).

Par ailleurs, les soignants sont doublement exposés au stress opérationnel et aux événements potentiellement traumatiques : en tant que militaires, ils sont exposés au même titre que les combattants au risque de blessures physiques et psychiques ainsi qu'au risque vital ; en tant que soignants, ils sont particulièrement confrontés à la prise en charge des blessés, mais aussi des morts. La conséquence du stress et de la culpabilité sont un risque pour le soignant d'une désadaptation à la mission qui aura un impact non seulement sur le soignant lui-même, mais également sur le groupe et la mission. Ces risques pourraient être limités grâce à une préparation spécifique.

## 4 Le triage en haute intensité nécessite une préparation spécifique des soignants

Dans la perspective de combat de HI, la formation des personnels soignants à la gestion des dilemmes éthiques rencontrés en opérations extérieures devrait être renforcée. Elle repose tout d'abord sur l'instruction aux différents textes et traités qui régissent le droit des conflits armés qui doit être répétée, en particulier avant une projection opérationnelle. Cette formation est indispensable, afin d'éviter le risque de déshumanisation inhérent au conflit, mais insuffisante pour faire face aux dilemmes éthiques, particulièrement dans ce contexte.

Ainsi, nous proposons d'y ajouter, au sein du Service de santé des armées français, une méthode d'aide à la délibération éthique, la Méthode d'élaboration de décision éthique médico-militaire (MEDEMM) (19). Elle consiste en une méthodologie par la dialectique, qui correspond à l'éthique de la discussion formalisée par Jurgen Habermas, visant à mutualiser les connaissances pour aboutir à une décision universalisable (20). Cette méthodologie ne s'improvise pas et consiste à rediscuter des situations *a posteriori*.

Nous proposons également la mise en place d'un autre type de formation qui pourrait être proposé par l'École du Val-de-Grâce (EVDG), la simulation à l'éthique sous la forme de *Moral Case Deliberation*. Il s'agirait de cas cliniques simulés intégrant des dilemmes éthiques à la simulation technique dans une simulation immersive 4D de triage.

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

Au cours de ces cas, les stagiaires seraient amenés à mobiliser non seulement leurs connaissances et leurs compétences techniques mais également leur connaissance de soi, leur sens de la réflexion en situation critique, leur réaction et leurs valeurs convoquées pour résoudre les dilemmes éthiques. Elle reposerait sur une banque de cas cliniques commentés issus de retours d'expérience de dilemmes éthiques vécus par des soignants en Opérations extérieures (OpEx) (2).

Dans l'hypothèse d'un engagement armé d'une coalition multinationale, il serait également intéressant d'envisager la mise en place d'un programme de formation spécifique sur ces questions au sein du « *Centre of excellence (COE) for military medicine* », afin de permettre un échange entre les professionnels de santé des différentes nations de l'OTAN. Une étude qualitative menée auprès de médecins militaires britanniques responsables d'unités de *Role 3* en Afghanistan a permis de compiler des exemples de scénarios pouvant être utilisés pour constituer un référentiel qui facilitera les formations futures (1).

## Conclusion

Les dilemmes éthiques en situation de combat de haute intensité sont multiples et complexes, et concernent principalement le triage. Les critères de tri fondés sur les seuls aspects médico-chirurgicaux et utilisés jusqu'à présent dans des conflits dits asymétriques s'avèrent insuffisants et doivent être repensés. Au sein d'une même catégorie de blessés (T1, T2, T3, T4), l'enjeu est de prioriser sans déshumaniser.
Nous proposons plusieurs pistes de réflexions afin d'améliorer la formation des soignants militaires dans ce domaine, sous la forme d'enseignement à l'éthique de discussion ou de simulation immersive intégrant des conflits éthiques issus de retours d'expériences.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas la politique ou la position officielle du gouvernement français, du ministère français des Armées ou du Service de santé des armées.

Traduit et reproduit avec l'autorisation d'Oxford University Press au nom de *Médecine et Armées*. Avis de non-responsabilité concernant la traduction : Oxford University Press et *Médecine et Armées* ne sont pas responsables de l'exactitude de la traduction. Le titulaire de la licence est seul responsable de la traduction dans cette publication.

Remerciements aux linguistes relecteurs (*abstract*, *keywords*) : Hector Chatot et Titouan Lannuzel.

## Références bibliographiques

1. Bernthal EM, Draper HJA, Henning J, Kelly JC. A band of brothers'-an exploration of the range of medical ethical issues faced by British senior military clinicians on deployment to Afghanistan : a qualitative study. J R Army Med Corps. 2017 Jun ;163(3) :199-205. doi : 10.1136/jramc-2016-000701

2. Lamblin A, Derkenne C, Trousselard M, Einaudi MA. Ethical challenges faced by French military doctors deployed in the Sahel (Operation Barkhane) : a qualitative study. BMC Med Ethics. 2021 Nov ;22(1) :153. doi : 10.1186/s12910-021-00723-2

3. World Medical Association. WMA statement in times of armed conflict and other situations of violence [en ligne]. 1956-2023 [cité le 14 octobre 2024]. Disponible : https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540

4. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New-York (USA) : Oxford University Press ; 2019. 512 p

5. Bricknell M, Story R. An Overview to military medical ethics. J Mil Veterans Health. 2022 ;30(2) :7-16. doi : 10.2022-95671596/JMVH Vol 30 No 2

6. Radford BJ, Dai Y, Stoehr N, Schein A, Fernandez M, Sajid H. Estimating conflict losses and reporting biases. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023 Aug ;120(34) :e2307372120. doi : 10.1073/pnas.2307372120

7. Assemblée Nationale. Rapport d'information [en ligne]. 2022 [cité le 14 octobre 2024]. Disponible : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RINFANR5L15B5054.raw

8. Travers S, Carfantan C, Luft A, Aigle L, Pasquier P, Martinaud C *et al.* Five years of prolonged field care : prehospital challenges during recent French military operations. Transfusion. 2019 Apr ;59(S2) :1459-66. doi : 10.1111/trf.15262

9. Organisation du Traité de l'Atlantique Nord. STANAG 2228 Allied Joint Medical Support Doctrine [en ligne]. Sept 2019 [cité le 8 juin 2023]. Disponible : https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf

10. Mallia P. Towards an ethical theory in disaster situations. Med Health Care Philos. 2015 Feb ;18(1) :3-11. doi : 10.1007/s11019-014-9584-7

11. Larrey JD. Mémoires de chirurgie militaire et campagne. Paris (FR) : Tallandier ; 2004. 1248 p

12. International Committee of the Red Cross (ICRC). The Geneva Conventions and their Commentaries. Geneva [en ligne]. [cite le 14 octobre 2024]. Disponible : https://www.icrc.org/en/law-and-policy/geneva-conventions-and-their-commentaries

13. Gross ML. Bioethics and Armed conflict : moral dilemmas of medicine and war. Cambridge (USA) : MIT Press ; 2006. 384 p

14. Lundberg K, Kjellström S, Sandman L. Dual loyalties : Everyday ethical problems of registered nurses and physicians in combat zones. Nurs Ethics. 2019 Mar ;26(2) :480-95. doi : 10.1177/0969733017718394

15. International Committee of the Red Cross. The fundamental principles [en ligne]. [cite le 18 janvier 2024]. Disponible : https://www.icrc.org/sites/default/files/topic/file_plus_list/4046-the_fundamental_principles_of_the_international_red_cross_and_red_crescent_movement.pdf

16. Carter BS. Ethical concerns for physicians deployed to Operation Desert Storm. Mil Med. 1994 Jan ;159(1) :55-9.

17. Nazarov A, Fikretoglu D, Liu A, Thompson M, Zamorski MA. Greater prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in deployed Canadian Armed Forces personnel at risk for moral injury. Acta Psychiatr Scand. 2018 Apr ;137(4) :342-54. doi : 10.1111/acps.12866

18. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ. 2020 Mar ;368 :m1211. doi : 10.1136/bmj.m1211

19. Buosi S. Quelle éthique opérationnelle pour la Défense biomédicale ? Médecine et armées. 2015 ; 43(3) :283–90.

20. Habermas J. Morale et communication. Paris (FR) : Editions du Cerf ; 1986. 212 p

Published in : Sous la direction du Service de santé des armées (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.4 : Dossier Ethique*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005540, doi : 10.17184/eac.9782813005540