Article original

Dilemmes éthiques du chirurgien en opérations extérieures

S. LAVERSANNE[(1)], J.-M. DELMAS[(2)]

(1) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital National d'Instruction des Armées Laveran, Marseille
(2) Service de Neurochirurgie, Hôpital National d'Instruction des Armées Percy, Clamart

Auteur correspondant : soofhy@yahoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.8981

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'exercice de la chirurgie en OPEX est sous-tendu par des dilemmes éthiques. Les tensions sont différentes en fonction de la situation et du type de structure chirurgicale dans laquelle on exerce. Nous rapportons ici quelques exemples de situations qui ont suscité des interrogations. Nous les analysons à la lumière des grands principes de base de l'éthique médicale. Nous tentons d'en tirer des recommandations à l'usage des médecins et chirurgiens amenés à servir en opérations extérieures.

Mots-clés : Chirurgie de guerre. Éthique médicale. Opérations extérieures (OPEX). Médecine d'armée.

Abstract:
ETHICAL DILEMMAS FOR SURGEONS IN OVERSEAS OPERATIONS
The practice of surgery in deployment is underpinned by ethical dilemmas. Tensions vary depending on the situation and the type of surgical structure in which one works. In the following we report some examples of situations that have raised questions. We analyze them in light of the great basic principles of medical ethics. We try to draw recommendations to guide doctors and surgeons who are going to be deployed.

Keywords: War surgery. Medical ethics. Overseas operations (OPEX). Military Medicine.

Introduction

L'exercice de la chirurgie en Opérations extérieures (OPEX) est singulier. D'une part, sur le plan technique car les objectifs et donc les indications chirurgicales ne sont pas ceux du temps de paix : il s'agit le plus souvent d'utiliser des techniques de « damage control ». D'autre part, parce que l'équipe chirurgicale est contrainte par un déséquilibre entre la demande de soins et ce qu'elle peut offrir, par la situation tactique, par l'effectif de ses personnels, par sa dotation en matériel et par la logistique du ravitaillement sanitaire.

Partant, aux dilemmes éthiques rencontrés par tout chirurgien exerçant en Centre hospitalier universitaire (CHU) ou en Hôpital d'instruction des armées (HIA) s'ajoutent ceux qui sont liés à cette pratique particulière qu'est la chirurgie en OPEX. Les tensions éthiques y sont donc plus fortes. L'expérience montre qu'il est plus facile d'affronter ces tensions si on a essayé, avant de partir en mission, de les appréhender et de se préparer à y être confronté.

Nous avons tenté, à partir de notre expérience du terrain et sans souci d'exhaustivité, d'évoquer les principales situations qui engendrent ces tensions et, éventuellement, les moyens que nous avons trouvés d'essayer, si ce n'est de les supprimer, au moins de les réduire pour les rendre supportables. Nous rapportons par exemple deux situations particulièrement compliquées sur le plan de l'enjeu éthique et dont l'analyse conduit à proposer une sorte de conduite à tenir.

L'ambition de notre propos est modeste. Il ne se veut qu'une aide à la réflexion car, comme le dit le Pr. Hirsch, ancien directeur de l'espace de réflexion éthique d'Île-de-France : « L'éthique n'est pas là pour répondre aux questions, mais pour les poser. » Il reprend d'ailleurs la formule du Pr. Huriet, médecin, ancien sénateur, auteur de la première loi qui réglementait l'organisation de la recherche en France et la protection des personnes incluses dans la recherche : « La morale, c'est la réponse avant la question et l'éthique, un questionnement sans réponse. » (1)

1 Deux exemples : plaies craniocérébrales à l'hôpital médico-chirurgical de Kaboul

Dans le *Role 3* armé par l'OTAN sur l'aéroport de Kaboul (Kaboul International Airport ou « KaIA ») entre 2009 et 2014, nous avons été confrontés à des plaies craniocérébrales. Deux cas ont suscité une réflexion éthique.
Au moment où l'on prend le blessé en charge, on ne sait pas si on va lui rendre service et, par extension, si on va rendre service à sa famille, à ses proches. « Il vaut mieux être tétraplégique que mort » disait-on en secourisme à une certaine époque. La formule inverse a-t-elle du sens ? Existe-t-il une réponse à ces questions ? Interrogation classique de la philosophie : « Toute vie vaut-elle d'être vécue ? » Or, au moment de la prise en charge, sur le terrain, on a tout au plus quelques minutes pour se poser cette question… et y répondre. Les tensions éthiques apparaissent donc très vite, avec l'inconfort que cela provoque.

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

1.1 Première situation clinique

Il s'agit d'un militaire français, âgé de 45 ans, shooté par un sniper et qui présente une plaie craniocérébrale, fronto-temporo-pariétale gauche, ainsi qu'une lésion d'une jambe. Le premier scanner cérébral montre des lésions graves et complexes.
La situation pourrait être qualifiée de catastrophique. On réalise donc une craniectomie décompressive en urgence. Trente-six heures après l'impact, le blessé arrive en réanimation au Val-de-Grâce. Un nouveau scanner est réalisé. La situation s'est aggravée et justifie un nouveau geste chirurgical avec élargissement de la craniectomie. Pendant l'intervention, le blessé fait une poussée d'hypertension intra-crânienne qui ne sera jamais contrôlée. Son état va se dégrader et il va mourir en réanimation deux mois plus tard.

Fallait-il donc vraiment opérer ce blessé au regard du bilan initial ?

Le raisonnement, en éthique « de terrain », se fait en général à partir des quatre principes définis par Beauchamp et Childress (2) dans les années 70 : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice.

Ces principes, plutôt utilitaristes, favorisent le collectif. Ils viennent d'Amérique du Nord et, bien qu'ils correspondent un peu moins à la culture européenne, sont devenus des standards.

1.1.1 Le premier de ces principes est le respect de l'autonomie du patient

Lorsqu'on propose un traitement, on doit obtenir l'accord et même l'adhésion du patient. Recueillir ce consentement dans le cas d'une plaie craniocérébrale grave, chez un blessé comateux est impossible. Par ailleurs, sur un théâtre d'opérations, dans le feu de l'action, il n'est pas possible de questionner les proches d'un blessé.

1.1.2 Deuxième principe : la bienfaisance

Ce principe suppose que les soignants sont censés donner des soins de qualité et que le patient doit les reconnaître comme étant de bons soins. Il y a ici un rapport avec la qualité de vie qui, selon la définition publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993, n'est pas seulement un problème de capacité physique mais aussi de bien-être psychique et social.

La mythologie grecque nous donne l'exemple d'Ulysse qui, de l'île de Calypso, retourne au royaume d'Ithaque car il sait que c'est au sein de sa famille qu'il va trouver une harmonie et que sa vie a un sens. Il choisit ce que l'immortalité, que lui propose la belle Nymphe, ne peut lui apporter.

Notons au passage que la bienfaisance, au sujet d'un malade, n'est pas perçue de la même manière par le médecin, le malade ou son entourage.

1.1.3 Troisième principe : la non-malfaisance

La prise en charge médicale doit apporter un bénéfice au blessé et doit lui laisser de l'espoir. Ce principe est très présent, par exemple, en oncologie.
Selon le Père Verspieren, jésuite spécialisé dans les questions d'éthique médicale :« Ce que le malade doit endurer ne doit pas être excessif par rapport au bénéfice attendu. » (1)

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

1.1.4 Quatrième principe : la justice

La justice signifie ici l'égalité dans l'accès aux soins.
S'agissant d'un blessé unique, nous pouvons éliminer d'emblée le 4e principe, car il n'y a pas ici de problème de justice. Ce principe, en revanche, est interrogé en cas d'afflux massif de blessés justifiant un triage ou, nous y reviendrons, pour la prise en charge de blessés civils ou d'armées étrangères.

Dans le cas de ce premier blessé, la question de l'autonomie ne se pose pas : intubé et sédaté, il ne peut donner son consentement. La question de la justice, s'agissant d'un militaire français, ne se pose pas non plus : les moyens dont nous disposons permettent de lui donner les soins nécessaires et suffisants.

Ici, c'est surtout le principe de bienfaisance qui est interrogé. Les recommandations sur la prise en charge des plaies craniocérébrales de guerre existent, mais elles sont essentiellement techniques. Or, les Français, un peu latins, ont plus de mal que les Américains à appliquer à la lettre les protocoles et à respecter les arbres décisionnels, même quand ils émanent d'une conférence de consensus.

Le Dr. Anne-Laure Boch, neurochirurgien et philosophe, est l'auteur d'un ouvrage dont le titre résume bien le problème : *Médecine technique, médecine tragique* (3).
La médecine reste un art qui nécessite un minimum de technique, et peut-être surtout une sensibilité.

Le blessé de guerre n'est pas un blessé comme les autres, c'est un frère d'armes.
Et le médecin militaire n'est pas un médecin comme les autres. Une de ses spécificités est qu'il doit défendre certaines causes qui ont été choisies par d'autres et qu'il s'engage au double service de son pays et de ceux auxquels il est envoyé. Comme l'énonce le médecin en chef Mocellin (4) : « Avec le blessé de guerre, la satisfaction du chirurgien ne vient pas autant de la réalisation d'un geste technique que du service rendu au blessé et à travers lui à une communauté militaire. La patience dans l'attente, la disponibilité permanente, l'effort maximal d'efficacité lorsqu'arrive le blessé, constitue la contribution du chirurgien aux combats et par là le ciment d'une participation à la fraternité d'armes qui naît d'une lutte commune. » Par ailleurs, le blessé est en quelque sorte sacré, car il a accepté de s'engager au service d'autrui et d'aller jusqu'à payer cet engagement de sa vie. Il ne s'agit donc pas d'un simple accidenté de la vie comme on en reçoit tous les jours dans les services d'urgences. Et le médecin en chef Mocellin poursuit : « Il semble juste qu'un surcroît d'engagement et de service réponde à un surcroît de don de la part de ceux qui recueillent le blessé. »

Le blessé en OPEX met donc l'équipe chirurgicale dans une situation semblable à la prise en charge d'un membre de sa propre famille. Le jugement et la pratique s'en ressentent. On perd en objectivité.

Enfin, une des caractéristiques du blessé de guerre est qu'il est jeune. Les blessés sont ceux qui sont à l'avant, le plus souvent des militaires du rang ou de jeunes sous-officiers. Ils ont moins de 35 ans. Dans ces situations de guerre, on perd en partie le détachement nécessaire, on s'écarte des règles habituelles de prise en charge et, par exemple, on dévie des standards sur le score de Glasgow ou en prenant des distances avec les principes 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

Pour toutes ces raisons, on aura tendance à « sortir des *guidelines* » et à traiter ces blessés par excès.

S'agit-il alors de malfaisance ? En fait, la question de la non-malfaisance ne se pose pas vraiment envers le patient, mais envers les soldats de son groupe, envers la chaîne de secours et envers la famille. Pourquoi ?
Décider d'arrêter les traitements dès le pronostic, très péjoratif, connu, n'est acceptable ni pour l'équipe médicale, ni pour la famille. Pour des raisons psychologiques, il n'est pas possible d'interrompre une chaîne de secours, en particulier parce qu'au début de cette chaîne, les secouristes, l'infirmier, le médecin, l'équipage de l'hélicoptère risquent leur propre vie pour essayer de sauver le blessé. Dès lors, ce qui peut passer pour une obstination déraisonnable sur l'individu est surtout une volonté de non-malfaisance vis-à-vis du groupe dont il faut absolument ménager la force morale et la cohésion. Il y a là une différence importante avec la pratique civile de temps de paix. On pourrait même admettre que l'intérêt collectif est plus important que l'intérêt individuel. C'est d'ailleurs ce qu'a expliqué le Professeur Le Coz, philosophe français spécialiste de l'éthique dans le cadre de la recherche médicale (5).

1.2 Deuxième situation clinique

Il s'agit d'un légionnaire, âgé de 20 ans, également shooté par un sniper et qui présente une plaie craniocérébrale grave. Au relevage, le Glasgow est à 3. Le scanner réalisé à l'arrivée au *Role 3* montre une perte de substance de la voute, des éclats osseux dans le parenchyme et une très probable lésion du sinus sagittal supérieur. On voit, par ailleurs, un important œdème diffus. Ici aussi, le pronostic est très péjoratif.

Une double craniectomie est réalisée, le sinus est suturé. Le blessé a perdu une demie masse sanguine pendant l'intervention. Il est immédiatement rapatrié en France en Falcon avec un statut hémodynamique précaire. Vingt-quatre heures après la blessure, il arrive en réanimation à l'HIA Percy. De la discussion entre le réanimateur et le neurochirurgien ressort une décision de limitation de soins : le pronostic semble catastrophique et on veut éviter à ce blessé d'avoir à supporter toutes les séquelles de sa blessure. On informe la famille qui accepte cette abstention thérapeutique mais, au bout de quelques jours, revient sur sa décision. On remet alors en œuvre un traitement maximaliste. Trois mois plus tard, le patient est transféré en rééducation.
Il est toujours vivant, présente une double diplégie et un discret syndrome frontal. Il a présenté pendant plusieurs mois un syndrome dépressif. Il est désormais pensionnaire des Invalides où il a trouvé un certain équilibre, très entouré par sa famille et par la Légion étrangère qui s'occupe toujours de ses blessés et toujours sur le long terme.

La décision de l'équipe médicale de Percy a été ouvertement critiquée dans un article consacré à ce blessé dans un des plus grands hebdomadaires français.

Dans cette deuxième situation, il y a un embryon de discussion éthique. Le blessé est dans le coma, on ne peut pas respecter le principe d'autonomie. L'équipe pose l'hypothèse que la qualité de vie sera très altérée, que le blessé sera tétraplégique et qu'il risque de présenter une aphasie et des troubles des fonctions supérieures, en particulier des troubles mnésiques.

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

À l'extrême, on risque même un état végétatif et donc de réduire ce patient à sa part végétative, c'est-à-dire avec des fonctions du tronc cérébral qui assurent la pérennité du corps, à condition qu'on le nourrisse et qu'on l'hydrate et l'absence de part intellectuelle et de part sensible. Anne-Laure Boch compare le patient en état végétatif à la créature de Frankenstein, créée par la technique (la réanimation et la chirurgie, pour nous), mais qui échappe à son créateur et crée des ravages (le retentissement sur les proches et les soignants, pour nous) (6). Pour ce blessé, on décide donc, intuitivement, d'appliquer le principe de la bienfaisance. Mais, en agissant ainsi, on est malfaisant vis-à-vis de la famille. Et donc, dans ce cas aussi, on peut considérer que reprendre un traitement actif n'est pas une obstination déraisonnable, contrairement aux apparences. Le fait que le blessé soit vivant, avec de discrets troubles des fonctions supérieures donne raison à la famille.

Reste quand-même le problème de la qualité de vie. Le danger est de se projeter dans la situation du blessé : que ferais-je, moi, si j'étais tétraplégique ? Or, on ne peut pas préjuger de la façon dont on vivrait cette situation.

1.3 Recommandations

Notre réflexion a porté sur des cas chirurgicaux un peu extrêmes, mais elle peut être transposée à d'autres types de blessures. Précisons aussi qu'il s'agissait de blessés isolés. La réflexion est différente en cas de victimes multiples. Nous proposons donc, pour des plaies pénétrantes de guerre, même pour celles dont le pronostic est d'emblée péjoratif, de toujours donner le traitement maximum, depuis les gestes de premiers secours jusqu'au traitement définitif en France. Le but est de ne pas être malfaisant vis-à-vis du groupe, des équipes de sauvetage, de la famille du blessé. Et, comme il n'est pas toujours possible de connaître l'avenir du patient, « on lui donne sa chance ».

Quoi qu'il en soit, se poser les questions de l'autonomie, de la bienfaisance et de la non-malfaisance et surtout y répondre peut aider une équipe chirurgicale à prendre les bonnes décisions.

2 De l'Afghanistan au Mali : vers plus de contraintes et plus de tensions éthiques

Les concepts, les circonstances et le type de combat évoluant, ces dernières années ont vu des changements majeurs dans le format du soutien chirurgical en OPEX. Si, en Afghanistan, ce soutien reposait uniquement sur un *Role 3* aux normes OTAN, confortable et suréquipé, les caractéristiques du conflit au Sahel ont conduit à s'appuyer sur des structures chirurgicales légères ou ultra-légères déployées au plus près des combats et dont le rôle essentiel était de pratiquer une chirurgie de sauvetage, selon les techniques du *damage control*. Ces structures s'appuyaient elles-mêmes sur un *Role 2* mieux équipé, en particulier doté d'un scanner et susceptible de réaliser des gestes chirurgicaux complémentaires, dans le but de rendre les blessés aptes au rapatriement en France.

Les contraintes de ces structures légères sont très différentes et bien plus lourdes que celles auxquelles est soumis un *Role 3*. Dès lors, surgissent d'autres tensions éthiques.

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

2.1 Les contraintes

2.1.1 Contrainte d'engagement

Une spécificité inhérente au geste chirurgical est qu'il présente une contrainte d'engagement : une seule équipe chirurgicale ne peut opérer qu'un seul patient à la fois et une intervention chirurgicale débutée doit être terminée. Cet engagement chirurgical, généralement peu problématique en France, prend tout son sens en OPEX.

2.1.2 Contrainte de format

Souvent, le format des équipes ne permet de prendre en charge en même temps, au maximum, qu'un blessé (format MCV [module de chirurgie vitale] ou ARCS ultralight [antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage légère]) ou deux (format ARCS). La plus petite structure, le MCV, dévolue aux opérations spéciales, est armée par six personnels. Elle est conçue pour prendre en charge un seul blessé « alpha », son réapprovisionnement peut prendre jusqu'à 48 heures. Sa mission est de prendre en charge les militaires français, éventuellement les alliés et, sur ordre, en fonction de la situation, un prisonnier ou « PUC » (*person under control*).

Les difficultés sont à peine moindres dans les ARCS qui sont armées par 13 personnels, dotées de matériel pour traiter deux blessés « alpha » et un « bravo », dont le ravitaillement se fait en théorie en flux tendu mais qui peut cependant prendre jusqu'à 24 heures.

2.1.3 Contraintes de matériel et de ravitaillement

Les dotations, comme le ravitaillement, restent limitées, en particulier en ce qui concerne les produits sanguins labiles. Or, le geste chirurgical n'est pas isolé. Il faut gérer les suites opératoires, parfois dans des conditions dégradées. L'anticipation doit être permanente.

2.1.4 Contraintes tactiques

Elles sont liées aux opérations militaires en cours, aux risques et aux enjeux de sécurité, aux contraintes imposées par le commandement en fonction de la situation tactique et varient souvent assez rapidement. En particulier, l'équipe chirurgicale ne doit pas s'exposer de façon inconsidérée, ni saturer ses moyens de manière à rester la plus disponible et la plus efficace possible.

2.2 Les tensions éthiques

2.2.1 Tensions inévitables

Inévitablement et parfois assez rapidement, apparaissent des questions dont les réponses conditionnent la prise en charge des blessés :

Qui « peut-on » soigner ? Que nous permettent nos moyens humains, techniques et matériels ? Quel type de blessures prend-on en charge ? Peut-on envisager des gestes longs où la situation tactique ne permet-elle d'envisager que des interventions très courtes de type *damage control* ?

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

2.2.1.1 L'afflux massif de blessés

Un cas particulier est celui de l'afflux massif des blessés, car il met le chirurgien, plus que dans les autres cas, devant sa relative impuissance. À cette situation, on répond par un triage médico-chirurgical, basé sur des critères médicaux bien codifiés et « objectifs », qui va permettre de sauver le plus grand nombre possible de blessés. Pour autant, il s'agit quand-même de faire un choix, utilitariste, et donc de renoncer à traiter des blessés qui, en d'autres circonstances, auraient été pris en charge.
Cela ne va pas sans augmenter la charge émotionnelle du médecin (chirurgien ou réanimateur) et sans confiner, parfois, à la sensation qu'on a d'avoir eu une préférence. C'est là le principe de justice qui est interrogé.

Mais cette préférence ne peut-elle pas parfois être « éthique » ? Dans ces situations d'afflux peut se poser la question du triage anticipatif, c'est-à-dire de devoir faire un choix de prise en charge entre blessés déjà arrivés et blessés annoncés, dont la gravité semblerait au moins aussi importante, mais sans aucune certitude sur le véritable état du ou des blessés ni sur leur délai d'arrivée. Peut-on raisonnablement retarder la prise en charge d'un blessé présent pour un blessé « théorique » ?

Qui « doit-on » soigner ? Une question plus fine et donc plus délicate, est de savoir qui l'on « doit » soigner, question éthiquement intolérable. Théoriquement, la déontologie médicale nous impose de soigner tout blessé sans distinction de race, de sexe, de religion, qu'il soit ami ou ennemi. Mais, dans la pratique de terrain, interviennent des considérations non médicales. D'une part, parce que les moyens sont limités et que la ressource médico-chirurgicale doit-être « économisée », d'autre part, parce que les contraintes militaires stratégiques sont telles que le devoir du médecin de soigner « sans condition » n'est plus toujours prépondérant. Nous évoquons ici différentes situations qui ne sont pas des hypothèses, mais des expériences vécues sur le terrain.

Doit-on prendre en charge un blessé non français, dont on sait qu'une fois opéré, il ne sera pas transféré vers des structures performantes de réanimation, ce qui implique une mort certaine ? N'est-ce pas « gaspiller » des moyens humains et matériels utilisables à meilleur escient ?

Doit-on ne soigner que les militaires français ou partenaires, car telle est la mission qui nous est assignée et que rien ne nous autorise à nous en départir ?

Doit-on, au contraire, prendre en charge les blessés ennemis ou les civils comme nous le dictent notre déontologie, notre humanité et le quatrième principe de l'éthique médicale, principe de justice qui veut que tous les blessés doivent recevoir les mêmes soins ?

Que faire quand on est sollicité pour prendre en charge un blessé « alpha » civil local, susceptible d'arriver au module sous 20 minutes ? En d'autres termes, doit-on utiliser tout le matériel dont on dispose et compromettre la prise en charge éventuelle d'un blessé français ? La situation est pire quand on est appelé à l'entrée du camp où ce même blessé a été déposé par ses proches, en désespoir de cause, et qu'on est face à une plaie abdominale par arme à feu, face à ce blessé dont le regard nous implore. Doit-on ne rien faire ? Peut-on ne rien faire ? Peut-on, impunément pour sa conscience, se retrancher derrière la mission et les ordres ?

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

Que faire quand on reçoit deux blessés « alpha » dont les blessures et le pronostic sont équivalents quand l'un est un Français et l'autre un allié ?

Que faire quand, alors qu'on va débuter une intervention (*damage control* abdominal avec une durée d'intervention estimée à une heure) pour un blessé allié « alpha », un blessé français « alpha » est annoncé dans 20 minutes ?

Que faire quand on annonce un blessé « alpha » allié, avec choc hémorragique sur plaie de membre, alors qu'on ne dispose d'aucune possibilité d'évacuation après l'intervention (pas de transport, ni de structure d'accueil disposant d'une réanimation) ?

2.2.1.2 Quid des populations civiles ?

En temps de guerre se pose toujours, à un moment, le problème de la prise en charge de blessés ou de malades civils. Soit parce qu'ils sont victimes de ce qu'on appelle les dommages collatéraux, soit parce qu'ils arrivent d'eux-mêmes sur la structure sanitaire française. Cette aide médicale (autrefois appelée « aide médicale gratuite », maintenant « aide médicale à la population » même si elle reste gratuite) est une tradition française ancienne. Le Maréchal Lyautey, qui s'est surtout illustré au Maroc, avait été en charge du processus de paix à Madagascar au début du 20^{e} siècle. Il envoya un jour un message à ses chefs pour leur dire « Envoyez-moi 4 médecins militaires de plus et je vous rends 4 compagnies » (7). Cette assistance médicale a toujours un effet diplomatique (c'était particulièrement vrai à Kaboul où un certain nombre de personnalités politiques locales étaient soignées à l'Hôpital médico-chirurgical) et fait aussi partie de la stratégie de contre-insurrection qui consiste, entre autres et selon la formule consacrée, à *« gagner les esprits et les cœurs »*.

Cette aide à la population civile pose le même problème éthique que la prise en charge des militaires étrangers ou des « ennemis ». C'est donc aussi le problème de la justice parce que la recherche de la justice est à la base de la décision médicale. Alain explique, en effet, que « La justice c'est l'égalité. » (8) Le médecin doit rechercher cette égalité. Pour ces patients, on ne peut pas éviter les tensions éthiques. Les moyens qui nous sont alloués sont calculés sur des hypothèses de prise en charge de blessés français. Ils sont donc limités. Par exemple, il n'est pas envisageable de transfuser un civil. Par ailleurs, comme on l'a vu, la question du sens des soins que l'on donne se pose quand on sait que le blessé ne pourra pas être suivi et n'aura pas d'accès, par exemple, à la rééducation, à une chimiothérapie ou une radiothérapie. Bien souvent il n'aura pas même les moyens financiers de se procurer des médicaments. Le principe, selon nous, est donc de sérier les indications, de rester raisonnable et de donner le traitement maximum, mais pour un temps limité. Dans l'exemple des plaies craniocérébrales en Afghanistan, nous traitions les patients pendant 48 heures au maximum en réanimation.

2.2.2 Recommandations

Face aux différents cas concrets que nous avons présentés pour lesquels il n'y a pas de meilleure solution, mais seulement une moins mauvaise, il nous semble raisonnable d'adopter une attitude la plus conforme possible aux grands principes de base de l'éthique médicale :

- Être bienfaisant c'est-à-dire agir dans le plus grand intérêt du blessé (ce qui peut également correspondre au fait de s'abstenir de traitement) et surtout, *primum non nocere*, ne pas lui nuire.

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

- Être dans une démarche plutôt utilitariste, comme celle du triage qui consiste, si ce n'est à sacrifier un blessé pour en sauver plusieurs autres, à tenter de traiter les blessés qui ont le plus de chance de survivre. Notons au passage que ce simple changement de perspective dans le choix d'une option rend la situation plus supportable.
- Le principe de justice, qui consiste à donner le même niveau de soins à tous les blessés n'est pas applicable : on est contraint de « sacrifier » un blessé pour tenter d'en sauver un autre. En revanche, c'est une sorte de justice distributive qui s'impose.
- Se poser la question de la préférence et tenter d'y répondre. Si l'on décide, à gravité de blessure équivalente, de traiter un blessé français plutôt qu'un allié, est-on coupable de discrimination ou fait-on simplement preuve de fraternité ? Comment ne pas laisser nos émotions biaiser l'évaluation de la situation ? Le dialogue et la collégialité des décisions (au minimum le binôme réanimateur-chirurgien) semble être ici le meilleur pare-feu.
- Doit-on agir en médecin ou en militaire ? Notre empathie et notre humanité priment-elles sur les ordres et la mission qui nous est assignée ?

Conclusion

Comme on l'annonçait en préambule, l'éthique médicale pose de nombreuses questions mais donne peu de réponses. Pourtant, se poser une question est déjà y répondre en partie. Face à des situation complexes et inconfortables, essayer d'appliquer les quatre grands principes de l'éthique médicale permet de recentrer les questions sur l'essentiel, de mieux appréhender les dilemmes et de mieux les surmonter. « À l'impossible, nul n'est tenu », dit le proverbe. Accepter ses propres limites aide aussi à surmonter ces tensions éthiques.

Remerciements aux linguistes relecteurs : Hector Chatot et Titouan Lannuzel.

Références bibliographiques

1. Hirsch E. Éthique, médecine et société : Comprendre, réfléchir, décider. Paris (FR) : Vuibert ; 2007.
2. Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. 1er éd. Paris (FR) : Les belles lettres ; 2008.
3. Boch AL. Médecine technique, médecine tragique. 1er éd. Paris (FR) : Seli Arslan ; 2009.
4. Mocellin N. L'envoyé. Éthique des pratiques du chirurgien militaire en mission. Paris (FR) : Université Paris Sud ; 2017.
5. Le Coz P. Quelle information pour un consentement éclairé. Magazine Hospitalier. 2009 ;13 :77.
6. Boch AL. Frankenstein, le Prométhée moderne, et le neurochirurgien. Champs-sur-Marne (FR) : Université de Marne-la-Vallée ; 2001.
7. Doury P. Lyautey et la médecine. Histoire des sciences médicales. 2001 ;35(3).
8. Alain. Les passions et la sagesse. Paris (FR) : La Pléiade ; 1960.

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