Histoire et éthique

Expérience de tensions éthiques vécues en opérations extérieures par un pharmacien et un médecin militaires

B. MASSOUBRE[(1)], A. CAUET[(2)], J.-P. BAËCHLE[(3)]

(1) 7e Centre Médical des Armées, Lyon
(2) Écoles Militaires de Santé, Lyon-Bron
(3) Clinique de la Sauvegarde, Lyon

Auteur correspondant : bernard.massoubre@wanadoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.8982

Reçu
le 13 mars 2023

Accepté
le 3 septembre 2024

Publié
le 5 décembre 2024

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

Résumé :
Cet article fournit un état des lieux de l'éthique médicale dans les armées. Deux exemples illustrent le besoin d'un comportement éthique.
Il s'agit du témoignage d'un pharmacien et d'un médecin des armées en opérations extérieures. Cette situation en conditions dégradées a amené ces soignants à s'interroger sur leurs pratiques et les tensions éthiques possibles.

Mots-clés : Éthique médicale. Opérations extérieures (OPEX). Tensions éthiques. Médecine d'armée.

Abstract:
ETHICAL TENSIONS EXPERIENCED BY A MILITARY PHARMACIST AND A DOCTOR IN OVERSEAS OPERATIONS

This article provides an overview of medical ethics in French army. Two examples show the need for ethical behavior.
This is the feedback of a pharmacist, and a military physician deployed during overseas operations. In these uncommon situations, the two caregivers were led to question their practices, alongside the possible ethical tensions that could arise.

Keywords: Ethical tensions. Medical ethics. Overseas operations (OPEX). Military medicine.

Introduction

Dans le langage courant, les mots éthique et morale ont un sens commun : on parle d'*ethos* en grec et de *mores* en latin. En fait, les deux notions sont complémentaires. La morale définit des règles, des limites à ne pas franchir. L'éthique ne s'oppose pas à la morale, qui est contraignante par définition (1).

L'éthique est consubstantielle à l'exercice de la médecine. Elle est présente aussi au sein du monde militaire, avec des spécificités cependant. La prise de conscience de l'importance de l'éthique est récente. Le Comité d'éthique de la Défense (CED) a été créé le 10 janvier 2020 par la ministre des Armées et il n'y a pas, à ce jour, de Comité d'éthique du SSA centralisé.

Max Weber, sociologue allemand, est à l'origine de la distinction entre éthique de la responsabilité (Verantwortungsethik) et éthique de la conviction (Gesinnungsethik) : « L'*éthique de la responsabilité* relève de la rationalité téléologique, elle est rationnelle par rapport à une *fin,* un but poursuivi par celui qui agit et qu'il a, sinon posé en lui-même, du moins clairement reconnu (2). Elle relève de la rationalité *axiologique,* c'est-à-dire qu'elle se soucie exclusivement de ne pas trahir une valeur, de ne pas transgresser une norme » (3).

L'éthique militaire est une éthique de responsabilité. En effet, la mission des armées est la défense du territoire national, que ce soit à titre préventif (pour anticiper une attaque) ou à titre de riposte. Elle permet aux soldats de s'adapter à des situations nouvelles. L'objectif du combattant est d'atteindre sa cible et de la neutraliser. L'éthique de responsabilité exige une rationalisation des ressources et une priorisation du soin.

Après une présentation, les auteurs font part de leurs expériences respectives de pharmacien et d'anesthésiste-réanimateur déployés en Opérations extérieures (OPEX).

1 État des lieux

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et jusqu'à une période très récente, les guerres étaient asymétriques, de basse intensité. La disproportion technologique entre les forces combattantes, et le fait que le conflit ne concerne pas, entre eux, deux États reconnus et souverains, ont conduit à parler de conflit plutôt que de guerre. Ainsi, les citoyens se sentaient-ils moins concernés par ces conflits ayant lieu loin de chez eux et réclamaient-ils une guerre « zéro mort ». De plus, les militaires étaient moins portés par des grandes valeurs morales, comme le sacrifice pour leur pays ou l'engagement pour la défense du territoire (4).

Le soldat était amené à combattre dans des zones arides, contre des ennemis qu'il ne voyait pas, qui utilisaient des Engins explosifs improvisés (IED) et pour une cause qui, parfois, lui échappait (2).

Mais, l'invasion de l'Ukraine par la Russie le 24 février 2022 a changé la donne internationale, la doctrine et la sémantique de nos armées. On parle maintenant de guerre de haute intensité et celle-ci est aux portes de l'Europe. Certes, la France n'est pas engagée frontalement, mais nul ne peut présager de l'avenir. À ce jour, des soldats français sont en Roumanie.

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

Les questions éthiques évoluent avec la réalité du terrain. En ce qui nous concerne, nous réfléchirons à des situations récentes de basse intensité, notamment sur les Théâtres d'opérations extérieures (TOE).

Les OPEX sont la grande différence entre le service médical militaire et le service médical civil. Malgré le retrait du Mali de l'opération Barkhane, la France demeure le pays d'Europe le plus présent sur les théâtres africains. Concernant le soutien chirurgical des blessés de guerre, le concept français place l'équipe chirurgicale au plus près du blessé. Le fait de se trouver sur le terrain expose plus les équipes françaises à des tensions éthiques que les équipes anglo-saxonnes stationnées sur les bases arrière.

2 Éthique des armées et du Service de santé des armées

Le métier de militaire est celui des armes. L'emploi de la force nécessite un *ethos* accordé au besoin d'en maîtriser l'application et les conséquences. Cela peut paraître antinomique, mais l'éthique nous renvoie à un questionnement, à une remise en question.

Pourtant, l'éthique militaire n'est pas un oxymore. Certes, elle servira moins au soldat qu'un casque lourd et un FAMAS, au moins dans un premier temps pour sa survie physique. L'éthique ne doit pas être une contrainte pour le combattant. Aussi, elle ne peut être déconnectée de la réalité, ni donner une vision de la guerre telle que nul ne s'y reconnaîtrait.

Les Conventions de Genève dictent les règles de conduite à adopter en période de conflits armés, notamment à l'égard des civils et du respect de l'adversaire.

Helen Durham, directrice du département du droit international et des politiques humanitaires du CICR (Comité international de la Croix-Rouge) donne les cinq raisons qui légitiment les Conventions de Genève : elles contribuent chaque jour à sauver des vies, leur existence offre un cadre indispensable. Les traités sur les armes contribuent à réduire considérablement les pertes en vies humaines, il ne faut pas laisser s'installer un cercle vicieux et soutenir ces Conventions est un devoir moral (5).

Les armées françaises mettent tout en œuvre pour respecter les Conventions de Genève, ce dont nous devons nous honorer. Malheureusement, l'adversaire, sur le terrain, fait souvent fi du droit de la guerre.

Le militaire a une feuille de route qu'il doit respecter et, si les causes sont établies, il doit se soucier des conséquences de ses actes. L'éthique nous rappelle que le compromis n'est pas la compromission. Mais, cette distinction est pourtant difficile à établir, celle de savoir jusqu'où un soldat peut aller sans dépasser la limite, si tant est qu'il soit aisé de la définir (6).

En OPEX, le personnel du Service de santé des armées (SSA) est armé. Pourtant, il appréhende cette situation. La double dotation (arme de poing et fusil d'assaut) est parfois mal comprise par ceux dont le rôle est de sauver des vies. À l'origine, médecins et pharmaciens n'étaient dotés que d'une arme de poing et c'est bien l'évolution des conflits qui, depuis une vingtaine d'années, a conduit à la double dotation. Cet armement est uniquement défensif, pour se protéger et protéger les blessés qu'ils ont en charge.

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

Dans les armées, l'individu existe au sein du groupe qu'il alimente et qu'il renforce. Est-ce la même chose pour les personnels du SSA ? En effet, la responsabilité militaire est collective, mais l'acte médical est individuel. Même si, pour l'essentiel, le SSA relève d'une éthique de responsabilité, il n'est pas soumis à un ordre moral qui se défie des conséquences. La mission est de soigner les blessés, et de limiter le nombre de morts (2,7).

Le médecin militaire a une obligation de moyens et pas de résultats. Sur un théâtre d'opérations, les modalités du triage ou des hospitalisations sont fonction des nécessités du moment, dans le cadre des directives du commandement du SSA. De plus, les médecins ont des contraintes de personnels et ils ne disposent, par ailleurs, que d'une liste limitée de médicaments, de matériels et de dispositifs médicaux.

Pourtant, nous aurions tort de penser que c'est un enseignement superfétatoire, coupé de la réalité du terrain. Certes, le militaire pourrait se demander quel est l'apport de l'éthique, arbitre d'un match où l'un des deux camps ne respecte pas les règles du jeu ? C'est une question essentielle, à laquelle il est difficile de répondre.

À ce sujet, le Général Royal apporte un élément de réflexion : « Lorsque le soldat ne trouve que la barbarie pour répondre à la barbarie, le conflit bascule dans la violence réciproque et c'est la notion même de civilisation qui est atteinte » (8).

3 L'éthique du pharmacien militaire en opérations extérieures

Dans le cadre de soins à apporter à des blessés, l'éthique de conviction nécessiterait d'engager tous les moyens disponibles pour traiter un blessé, là où l'éthique de responsabilité exige une rationalisation des ressources et une priorisation du soin.

L'article 25 du décret n° 2008-967 fixe d'ailleurs les règles de déontologie propres aux praticiens des armées et précise que : « l'autorité peut lui ordonner d'interrompre tout ou partie de ses activités pour se consacrer exclusivement à sa mission prioritaire de soutien des armées et des formations rattachées » (7).

Quelle est la traduction pharmaceutique de cette éthique en OPEX et son impact sur le ravitaillement sanitaire ?

En OPEX, l'Unité de distribution de produits de santé (UDPS) est chargée du ravitaillement médical, elle est dirigée par un pharmacien des armées. Son rôle est d'assurer l'approvisionnement en produits de santé du théâtre d'opérations, la maintenance des matériels biomédicaux et la distribution des produits dans les Unités mobiles opérationnelles (UMO) rattachées. Les délais d'approvisionnement sont plus longs que sur le territoire national. Si une commande urgente de petit volume peut être livrée en dix jours, la majorité l'est en six semaines minimum. Le transport dépend des vecteurs aériens disponibles, et le fret santé n'est pas toujours prioritaire.

La capacité de stockage de l'UDPS est limitée et les bonnes pratiques de distribution imposent une qualité adéquate de stockage pour minorer le risque d'erreur aux conséquences parfois désastreuses.

L'UDPS doit donc détenir un stock de trois mois de consommation, en veillant à limiter les destructions de matériel ou médicaments périmés, le surstockage, et en

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

assurant une réserve de sécurité permettant d'accueillir un afflux massif de blessés (ou *Mascal* pour *massive casualties*).

Il est donc possible de réaliser de l'Aide médicale aux populations (AMP) quand la situation opérationnelle le permet, en gardant toutefois à l'esprit que la priorité de la mission est d'assurer le soutien des Forces. La première question qu'un pharmacien doit se poser en mission concerne le stock de sécurité à conserver en cas de *Mascal*. Quels sont les produits indispensables à la prise en charge des blessés ? Pour cela, il existe sur tous les théâtres, et dans chaque UMO, des lots *Mascal*. Ils doivent être régulièrement entretenus, avec des *listings* mis à jour et les dispositifs périmés remplacés. Ces lots serviront en cas d'afflux de blessés.

Ensuite, peut-on utiliser tout le stock de l'UDPS jusqu'à la rupture ? Connaissant les délais d'approvisionnement, la question se pose chaque fois que le stock diminue. Les pratiques varient d'une équipe à une autre et il n'est pas rare que les consommations fluctuent de manière imprévisible.

Le pharmacien en OPEX conseille également les praticiens au sujet de demandes de produits « hors catalogue ». Les articles ne sont pas tous approvisionnés par rationalisation des moyens et certaines prises en charge finissent en impasse thérapeutique. L'intérêt du catalogue est donc de lister les produits nécessaires et suffisants à la prise en charge de blessés dont on sait qu'ils seront évacués dans de très brefs délais.
Ainsi, les produits pour des prises en charges chroniques (antibiotiques pour des antibiothérapies longues, nutrition entérale ou parentérale, antifongiques IV, etc.) sont absents. Le risque est alors de traiter un patient et de ne pouvoir lui proposer un traitement sur le long terme. Que faire alors d'un ennemi qui aurait été opéré d'urgence mais qui, à l'issue de l'intervention, ne pourrait plus s'alimenter ? Il ne s'agit pas toujours d'un soldat. En cas de conflit asymétrique, on parle d'insurgé ou de PUC (*Personal under control*). Le manque de structures civiles pour prendre le relai met les équipes en difficulté. La demande exceptionnelle de médicaments hors catalogue peut être une solution. Cependant, les modalités d'approvisionnement devront être prises en compte.

Le logiciel de gestion des stocks n'est plus en adéquation avec la réalité du terrain, il est courant qu'il y ait des erreurs dans un sens ou dans l'autre. Un magasinier qui se rend compte d'un stock anormalement bas pourra demander une commande en urgence. Le temps que celle-ci soit livrée, une adaptation de l'activité devra être envisagée.

Ainsi, l'AMP est soumise à des contraintes multiples. Les ressources matérielles sont limitées et l'éthique de responsabilité devient une réalité parfois difficile à envisager pour les soignants. L'enjeu est alors la gestion de la frustration des équipes et l'acceptation de choix difficiles.

La bonne communication entre les équipes médicales et pharmaceutiques est essentielle et permet souvent d'éviter des malentendus ou des conflits.

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 L'éthique du médecin militaire en opérations extérieures

La profession de médecin militaire exige une double loyauté : ce qui fonde le médecin militaire, c'est en effet l'association d'un statut d'officier et de règles professionnelles médicales strictes.

Ces règles propres de déontologie du médecin militaire ont été regroupées dans un décret spécifique très proche du code de déontologie des médecins civils. (7)

L'analyse de ce code de déontologie permet d'observer une tendance forte, rappelée à plusieurs reprises : sans négliger l'importance des hiérarchies techniques et militaires (statut d'officier), le respect des règles éthiques qui sous-tendent l'exercice médical restent prégnantes et modèrent les décisions et ordres qui pourraient conduire à des dilemmes profonds. Le médecin militaire est, et doit rester en toutes circonstances, un médecin « éthiquement responsable ».

4.1 Dilemmes de terrain

Deux exemples vécus illustrent les conflits de valeurs potentielles entre obéissance « légaliste » aux ordres de la hiérarchie militaire et approche humaniste médicale en lien avec le serment d'Hippocrate.

4.1.1 Mission Épervier, Ndjamena (Tchad), février-juin 1990 : un exemple de faux-dilemme d'éthique médicale

En l'absence de conflit, l'Antenne chirurgicale aérotransportable, qui dispose de deux blocs opératoires et d'une structure d'hospitalisation sous tente et qui reste quatre mois sur la base, opère quotidiennement, dans le cadre de l'AMP, des patients tchadiens choisis parmi les plus démunis car n'ayant pas d'autre possibilité de prise en charge dans le pays.

Deux sous-officiers français sont arrêtés arbitrairement par les forces tchadiennes sur la partie tchadienne de la base aérienne. Personne ne sait où ils se trouvent. Le colonel, commandant des éléments français au Tchad, se rend immédiatement à l'antenne chirurgicale et exige que l'on cesse toute AMP en mesure de rétorsion.
Les deux chirurgiens et le médecin anesthésiste de l'antenne chirurgicale argumentent qu'il est inadmissible de priver les patients des gestes chirurgicaux prévus alors qu'ils n'ont aucun lien avec l'arrestation. Le ton monte et ordre est donné de fermer et de garder le passage permettant aux futurs opérés de rentrer dans les locaux de l'antenne chirurgicale. Le blocage de l'accès durera jusqu'à la libération des deux sous-officiers.

Dans cet exemple, aucune discussion n'aura été possible avec le commandement, mais l'ensemble de l'équipe chirurgicale est resté unanime et uni, soudé par l'injustice et la frustration profonde ressenties vis-à-vis de cette interdiction de remplir leur fonction humanitaire.

La situation décrite est un contre-exemple, car elle n'illustre pas un dilemme éthique médical. Il s'agit d'un conflit entre le commandement et l'antenne chirurgicale. Les personnels médicaux n'ont jamais eu à faire un choix. Mais si le dilemme éthique n'a pas été d'ordre médical, il aurait pu concerner le commandement.

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

Dans ce sens, les personnels de l'antenne auraient pu argumenter pour faire revenir le commandement sur la décision de suspendre l'activité chirurgicale. Les exemples d'utilisation politique de l'AMP ne manquent pas. Ainsi, le général Petraeus, l'un des théoriciens de la contre-insurrection, suggère de « gagner les cœurs et les esprits » (9). Le Maréchal Lyautey, a écrit de son côté : « Pour pacifier un pays, il semble qu'il faille recourir aux moyens pacifiques » (10).

Pour cela, il aurait fallu qu'il y ait une confrontation des argumentaires. Les travaux du philosophe contemporain Jurgen Habermas encouragent à une approche déontologique fondée sur la discussion (11). Pour cela, il serait souhaitable d'envisager une formation collective des cadres des forces armées et des personnels du Service de santé à l'éthique discursive.

4.1.2 Cazin, district de Bihać (Bosnie-Herzégovine) : un exemple d'éthique discursive

Les ordres politiques sont clairs : il ne faut en aucun cas prendre parti, ni s'engager pour l'une des trois factions en présence (Serbes, Bosniaques ou Croates). En effet, les forces françaises interviennent sous Casque bleu dans le cadre d'un mandat de l'ONU.

Au cours d'une visite de courtoisie dans le petit hôpital bosniaque le plus proche, à Cazin, le chirurgien et l'anesthésiste de l'antenne chirurgicale découvrent une situation médicale effroyable : un bloc opératoire installé dans un ancien laboratoire d'analyses médicales et une absence de chirurgien. Un jeune interne d'anesthésie bosniaque réfugié du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bihać (ayant validé trois semestres) effectue des premiers soins d'urgence sur des blessés de guerre bosniaques évacués du front. Ceux-ci sont épuisés, en hypothermie, hagards, parfois choqués. Le chirurgien et l'anesthésiste décident immédiatement de prendre en charge certains blessés avec un matériel vétuste laissé en dépôt de réserve dans cette structure par l'ex-armée nationale.
Le soir venu, le colonel commandant la mission française fait un rappel à l'ordre à ses médecins, et leur interdit de participer à la prise en charge de blessés de guerre d'une des factions. Les médecins prennent très mal cette décision. Une réunion est organisée. Un questionnement éthique s'engage alors entre le chef de corps et les deux médecins. Très rapidement s'affrontent deux conceptions différentes. D'une part, une logique déontologique (du grec *deontos*, qui signifie « ce qui doit être »), en pratique le respect de principes indérogeables, sans se soucier des conséquences. De l'autre, une attitude téléologique (du grec *telos* qui signifie « fin ou but »), qui fonde le choix sur l'analyse des conséquences d'une action.
Sans surprise, les médecins défendent une conception strictement déontologique.
Il leur était impossible de s'imaginer lire sur un lit de camp en attendant un éventuel blessé grave, alors que des hommes souffraient sans aucun espoir de soins dans un hôpital oublié de tous. Il n'y avait aucune possibilité ni d'évacuation, ni de soins. Cela leur était intolérable. À l'appui de cette attitude déontologique, ils rappellent le fond des Conventions de Genève qui stipulent qu'il y a une obligation d'assurer aux blessés et aux malades, quelle que soit leur origine, les soins médicaux que requiert leur état. Ce principe est intangible depuis 1864 et il a été repris dans les quatre Conventions de Genève ainsi que les Protocoles additionnels.

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

Les arguments du chef de corps sont sans surprise conséquentialistes, téléologiques. Soigner des blessés uniquement bosniaques pourrait passer pour une ingérence, rompant le principe de neutralité. Mais, l'argument principal du commandement était surtout la protection de son unité de 1 000 hommes, l'antenne chirurgicale étant son seul recours chirurgical dans cette zone encerclée hostile. Pour mémoire, l'hôpital de Cazin se trouvait à une vingtaine de kilomètres de la base.

Les deux postures s'opposent donc, et après une discussion, il est accordé une autorisation temporaire d'aller soigner les blessés, à condition d'avoir un contact radio et une protection armée permanente.

4.2 Identité professionnelle et identité morale

Ces deux exemples montrent l'importance d'un comportement éthique dans les actes que pose un médecin militaire. L'éthique est, en effet, l'ensemble des comportements qu'un individu met en œuvre et qui finit par le définir. Cette éthique personnelle explique que le choix d'une profession ne peut se faire initialement qu'en accord avec ce que l'on est. Mais, cet *ethos*, cette façon d'être, le médecin militaire va le forger au fil du temps. Cette identité morale est toujours en devenir, elle est dynamique. Elle est la somme de plusieurs composantes identitaires : personnelles, faisant référence à ses propres expériences de vie, et professionnelles et/ou sociales, construites dans les collectivités médicale et militaire.

La cohérence de l'individu exige que ces identités se réunissent au sein de l'identité morale (12).
Cela est essentiel, car il existe un lien étroit entre identité morale et action morale (13). Les individus vont généralement tendre vers l'action la plus adaptée aux croyances qu'ils ont d'eux-mêmes (14).

Dans l'expérience bosniaque, si l'identité « professionnelle » avait été suffisante pour définir les praticiens des armées en cause, ces derniers auraient pu accepter les ordres sans argumenter et céder ainsi à la tentation de ce qu'André Comte-Sponville appelle le « légalisme » : se contenter d'appliquer la loi. Mais leur identité morale leur avait interdit cette solution (15).

Une formation à l'éthique pratique s'avère indispensable, afin de permettre aux médecins et aux infirmiers militaires de pouvoir évaluer « l'éthicité » de leur comportement et de prendre conscience en équipe des éventuels conflits de valeurs en OPEX. Seule une homogénéité de la formation éthique pourrait éviter le « désengagement moral » auquel ont pu céder certains médecins militaires américains (participation à des actes de tortures à Abu Ghraib et Guantánamo ou encore des médecins psychiatres accusés d'avoir renvoyé au front des blessés psychiques par manque d'effectifs en Irak) (16,17).

Plusieurs médecins militaires français ont récemment publié des articles sur les problèmes éthiques du médecin militaire français en OPEX (18,19). Les problématiques éthiques restent identiques, le plus souvent liées aux tensions entre le désir de porter une assistance humanitaire aux populations locales et les obligations militaires.

La doctrine du Service de santé est claire : le Service de santé des armées (SSA) est un service interarmées ayant pour mission d'apporter en tout temps, en tout lieu et en toute circonstance, à tout militaire exposé à un risque lié à son engagement

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

opérationnel, un soutien qui lui garantit la prévention la plus efficace et la meilleure qualité de prise en charge en cas de blessure ou de maladie (20).

Il faut cependant, en cas de dilemme éthique, au cas par cas, composer avec l'autorité militaire, en ayant en tête les principes éthiques de bienfaisance, de justice distributive mais aussi de non-malfaisance. L'attitude du médecin militaire doit être fondée sur des principes déontologiques forts, dans la ligne de la philosophie de Kant mais tempérés par la sagesse pratique qui permet de rechercher le bien, c'est-à-dire la solution la plus équitable, telle que préconisée par Aristote et plus récemment par Paul Ricoeur (21,22,23). Comme le résume très clairement Suzanne Rameix : « Être éthique, c'est accorder et vivre ce conflit du bien à faire et du devoir à accomplir » (24).

Conclusion

La prise de conscience de l'éthique est récente, en milieu civil mais aussi dans les armées. Elle n'est pas suffisamment valorisée par l'institution militaire Néanmoins, le Centre de recherche des écoles de Coëtquidan (CREC) s'intéresse à ces problématiques. Le combattant est sensibilisé au Droit International Humanitaire par le biais des *legal advisors*, des commissaires déployés sur les théâtres d'opérations extérieures, qui promeuvent et vérifient l'application des Conventions de Genève.

Le combattant est, en revanche, moins concerné par l'éthique médicale. Pourtant, le changement de paradigme, c'est-à-dire le passage de conflits asymétriques en conflits de haute intensité, en a accentué la nécessité.

Le soldat ne reçoit pas en dotation le vade-mecum de l'éthique militaire. L'agir éthique consiste à poser des questions plutôt que d'y répondre.

Quelle attitude devons-nous alors adopter face à des situations difficiles auxquelles les soignants sont confrontés en OPEX ? Il n'y a pas de solutions toutes faites. Cet article, avec le retour d'expériences d'un médecin et d'un pharmacien des armées, en illustre la difficulté. Il indique que le personnel du SSA doit faire preuve d'esprit critique et d'empathie pour les blessés.

L'éthique en santé n'est pas une contrainte, elle n'est pas un dogme, elle est force de propositions. Est-ce suffisant ? Non mais nécessaire assurément. Le questionnement éthique est fréquent pour le praticien des armées. Il est d'un niveau autre quand celui-ci est confronté à des dilemmes dans un environnement, par définition, conflictuel. Dans ce cas, la verbalisation d'un problème, la discussion avec une équipe, est essentielle.

Remerciements aux linguistes relecteurs : Hector Chatot et Titouan Lannuzel.

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

Références bibliographiques

1. Massoubre B, Maitret I, Boue V, Boulliat C. L'Espace de Réflexion Éthique (ERE) à l'hôpital militaire Desgenettes de Lyon. Revue de Bioéthique de Nouvelle Aquitaine. 2021 ;7 :23-6.
2. Weber M. Le savant et la politique. Paris (FR) : 10 X 18 ; 2002.
3. Hottois G. Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction. Laval théologique et philosophique. 1996 ;52(2) :489–98. doi : 10.7202/401006ar
4. Massoubre B, Massoubre C, Giraud F, Boulliat C. Nos modèles sont-ils des héros ? 30 avril 2022 [cité le 30 août 2024]. Dans : Alexis Feertchak. iPhilo [En ligne]. Disponible : https://iphilo.fr/2022/04/30/nos-modeles-sont-ils-des-heros/\#lahaut
5. Durham H. Atrocities in conflict mean we need the Geneva conventions more than ever. 5 avril 2016 [cité le 30 aout 2024]. Dans : The Guardian [En ligne]. Londres (GB) : The Guardian. Disponible : https://www.theguardian.com/global-development/2016/apr/05/atrocities-in-conflict-mean-we-need-the-geneva-conventions-more-than-ever
6. Boulliat C, Callu MF, Massoubre B. Le Service de Santé des Armées face aux risques sanitaires majeurs d'origine infectieuse. Une mise en œuvre de l'éthique de responsabilité [The armed forces health service in the face of major health risks]. Ethique Sante. 2021 ;18(1) :11-7. doi : 10.1016/j.etiqe.2020.12.001
7. Décret n 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées. JORF N° 0218 (18 septembre 2008).
8. Royal B. L'éthique du soldat français. 1er éd. Paris (FR) :Economica ;2008.
9. Nagl JA, Petraeus DH, Amos JF. The U.S. Army/Marine Corps Counterinsurgency Field Manuel. 1er éd. Chicago (US) :University of Chicago Press ;2008.
10. Lyautey H. Paroles d'action. Madagascar, Sud-Oranais, Oran, Maroc. 1er éd. Paris (FR) :Armand Colin ;1927.
11. Habermas J. De l'éthique de la discussion. Paris (FR) :Cerf ;1992.
12. Rochon C. La bioéthique et les conflits armés : la réflexion éthique des médecins militaires. Montréal (CA) :Université de Montréal ;2014.
13. Bamberg M, De Finna A. Discourse and Identity Construction. Dans : Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL. Handbook of Identity Theory and Research. New York (US) : Springer New York ;2011. p. 177-99.
14. Aquino K, Reed A 2nd. The self-importance of moral identity. J Pers Soc Psychol. 2002 ;83(6) :1423-40. doi : 10.1037//0022-3514.83.6.1423
15. Le Coz P. L'éthique médicale. Approches philosophiques. Aix-en-Provence (FR) : Presses Universitaires de Provence ;2018.
16. Aquino K, Reed A, Thau S, Freeman D. A grotesque and dark beauty : How moral identity and mechanisms of moral disengagement influence cognitive and emotional reactions to war. J Exp Soc Psychol. 2007 ;43(3) :385-92.
17. Annas GJ. Military medical ethics–physician first, last, always. N Engl J Med. 2008 ;359(11) :1087-90. doi : 10.1056/NEJMp0805975
18. Lamblin A, Duperret S, Wey PF, Einaudi MA. Médecins militaires français en opérations extérieures : enjeux éthiques et perspectives. Droit, Santé et Société. 2019 ;4(4) :25-35.
19. Barbier O, Racle M, De Montleau F. Le médecin militaire entre impératifs militaires et exigences éthiques. Éthique et Santé. 2015 ;12(4) :258-62.
20. de Legge D. Le service de santé des armées, une pièce maîtresse de notre outil de défense [En ligne]. Paris (FR) : Sénat ; sep 2023 [cité le 30 août 2024]. Rapport no : 936. Disponible : https://www.senat.fr/rap/r22-936/r22-936_mono.html
21. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris (FR) :Delagrave ;1969.
22. Aristote. Éthique à Nicomaque. 7e éd. Paris (FR) : Vrin ; 1990.
23. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris (FR) : Seuil ; 1990.
24. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris (FR) : Ellipses ; 1991.

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