



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CONCOURS 2022 D'ADMISSION À L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES

Deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième année des études de médecine

Vendredi 08 avril 2022

ÉPREUVE DE FRANÇAIS

Durée : 3 heures

Coefficient 8

IDENTIFICATION DE LA COPIE

Respectez bien les consignes

Notez en première page de chacune de vos copies :

- ✓ À : ESA – médecine 2022.
- ✓ Composition de : français.
- ✓ Votre identité : nom(s), prénom(s) en majuscules (tels qu'indiqués sur votre pièce d'identité)
- ✓ Ne pas oublier de signer à l'endroit indiqué.

CONSIGNES POUR COMPOSER

Il est interdit de faire usage de tout moyen de communication (dictionnaire électronique, téléphone portable, montre connectée...).

Seules les consignes de ce document doivent être prises en compte pour composer. Aucune consigne orale ne sera donnée en cours d'épreuve.

- ✓ Sur la copie, écrivez au stylo à encre noire ou bleue. Attention, utilisation restreinte de blanc correcteur (de préférence, rayer l'erreur).
- ✓ Écrivez lisiblement car toute ambiguïté de lecture est comptée au préjudice du candidat.
- ✓ Aucun brouillon ne sera pris en compte.
- ✓ Ne pas oublier de numéroter chaque bas de page, ex : 1/10 – 2/10 – 3/10...
- ✓ À la fin de l'épreuve, une copie même blanche doit être remise aux surveillants.

NE TOURNEZ PAS LA PAGE AVANT QU'ON VOUS LE DISE

TOUTE REPRODUCTION ET UTILISATION DE CE SUJET EN DEHORS DU CONCOURS SONT INTERDITES

SUJET

(Avant de commencer, vérifiez que ce livret comporte deux documents. Les pages sont numérotées de 1 à 10, page de garde comprise).

À la lumière des documents et en vous appuyant sur vos connaissances personnelles, vous vous attacherez à :

- **déterminer l'éthique du médecin militaire,**
- **montrer les dilemmes éthiques que le médecin militaire peut rencontrer,**
- **montrer les problèmes que peuvent soulever ces dilemmes et proposer des pistes de résolution.**

Médecins militaires français en opérations extérieures : enjeux éthiques et perspectives.

(article paru dans *Droit, santé et société*, 2019). A Lamblin^{1,2}, S Duperré³, PF Wey¹, MA Einaudi²

¹ Service d'anesthésie, Hôpital d'Instruction des Armées (HLA) Desgenettes, 108 Boulevard Pinel 69003, Lyon, France.

² UMR 7268 ADéS, Aix-Marseille Université/EFS/CNRS, Faculté de Médecine, 27 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille, France.

³ Service de réanimation chirurgicale, Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69004 Lyon, France.

Dilemmes éthiques

Pierre Le Coz nous apporte une définition claire du dilemme éthique, également nommé « *délibération* » ou « *dilemme moral* ». Il souligne que ce dernier apparaît quand plusieurs décisions s'offrent aux personnes qui doivent poursuivre une action, alors que chaque solution convoque des valeurs qui peuvent rentrer en conflit. Cela peut engendrer une émotion d'angoisse qui est supportable si elle « *se manifeste à nous sous forme diffuse, (...) et peut même devenir un levier qui dynamise la délibération éthique* ». Il est donc nécessaire d'opérer une hiérarchisation des valeurs, voire un sacrifice de l'une ou plusieurs d'entre elles afin d'en concrétiser une autre (...). Suivant la même réflexion, le médecin militaire peut se retrouver soit divisé entre des principes et des valeurs auxquels il accorde de l'importance, soit obligé de renoncer à une ou plusieurs valeurs qu'il juge primordiales pour des contraintes sécuritaires ou pécuniaires. Il est là pour soigner, réparer les corps, dans une structure et un cadre particuliers qu'est l'armée qui se confronte à un adversaire, pour une cause qu'il juge défendable puisqu'il a choisi d'en adopter les codes et les usages. Mais l'utilisation de moyens violents par cette dernière pour y parvenir peut rentrer en contradiction avec les valeurs du soignant. Suivant la pensée de Saint Thomas d'Aquin, il devient alors licite pour lui de tolérer cet usage en pondérant ses valeurs : « un sage se résout à un moindre mal pour en éviter un plus grand » [35].

Les exemples de dilemmes sont nombreux, il en existe probablement autant que de cas rencontrés en opérations. Nous illustrerons ce propos par plusieurs situations (fictives mais possibles) :

- La première situation concerne le triage médico-chirurgical : six victimes sont amenées au Role 2¹, suite à l'explosion d'un véhicule blindé. Deux sont légèrement blessées. Trois d'entre elles ont été projetées en dehors du véhicule et sont en urgence vitale, à cause d'hémorragies aiguës, l'un au niveau du thorax, les deux autres au niveau de l'abdomen, tous trois à gravité égale et nécessitant une prise en charge chirurgicale immédiate. Les ressources médicales et les moyens humains, ainsi que la présence d'une seule équipe chirurgicale impose de faire un choix entre ces trois patients pour définir qui va passer au bloc opératoire en premier. La question du choix va induire un dilemme, dès lors que les valeurs professionnelles médicales issues pour la plupart d'une logique déontologiste, visant le meilleur pour chaque patient va devoir céder la place à une logique utilitariste, en utilisant

¹ Le soutien médical du Service de Santé des Armées comporte 4 « rôles ». Dans le rôle 2, des structures hospitalières légères sont placées au plus près des unités de combat et permettent le traitement des extrêmes urgences par des anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

au mieux les ressources pour le plus grand nombre. D'autres facteurs vont nécessairement entrer en jeu, tels que la nationalité des patients, leur appartenance ou non à un groupe ennemi, leur âge, l'existence de liens d'amitié entre les soignants et l'une des victimes, *etc.* Parmi les cinq blessés, il y a également un patient qui est resté dans la cellule arrière du véhicule blindé qui a pris feu. Il présente des brûlures étendues à 90% de la surface cutanée, d'aspect cartonné, très profondes et a inhalé des fumées. Ce type de lésions nécessite une prise en charge extrêmement lourde, qui nécessiterait d'utiliser toutes les ressources matérielles, humaines et chirurgicales pendant plusieurs heures, au détriment des autres patients pour lesquels un traitement chirurgical rapide et une réanimation transfusionnelle peuvent suffire. Faut-il le laisser mourir sans lui apporter les soins maximalistes appropriés ? Ou au contraire, faut-il déployer tous les moyens nécessaires à sa prise en charge optimale, au détriment des autres patients ? (...) Les soins d'un grand brûlé dans ce contexte d'éloignement relève de la démesure et pourrait s'apparenter à de l'obstination déraisonnable car la chance de réussite est nulle. Le médecin ne renonce pas à ses valeurs humanistes, le patient bénéficiera d'une sédation et d'une analgésie efficaces. Dès que l'équipe médicale aura le temps et le matériel nécessaires, elle pourra prendre en charge le patient secondairement.

- La deuxième situation concerne l'aide médicale aux populations. Un patient civil de nationalité malienne se présente à l'entrée du camp de Tessalit, à l'extrême-nord du Mali, amené par son frère pour un tableau de fièvre et douleur abdominale, en état de choc, inconscient. Le chirurgien du *Role 2* est appelé par les soldats qui gardent le camp pour connaître la marche à suivre. Ce dernier se rend à l'entrée, accompagné du médecin anesthésiste. Ils diagnostiquent rapidement une péritonite gravissime. Une intervention chirurgicale s'impose de toute urgence. Ils demandent alors l'autorisation aux autorités militaires du camp de faire rentrer le patient dans le camp afin qu'il bénéficie d'une intervention chirurgicale. Cette dernière leur est formellement déconseillée, pour des raisons de sécurité. En effet, un attentat a eu lieu quelques jours auparavant, justement causé par un personnel civil qui s'était introduit dans le camp, armé d'explosifs, causant la mort de plusieurs militaires. Il a donc été décidé d'interdire l'accès au camp à tout personnel civil, jusqu'à ce que la situation soit jugée sûre. De plus, une opération militaire d'envergure est actuellement en cours, avec des risques de pertes non négligeables chez les militaires français, justifiant la disponibilité immédiate du bloc opératoire en cas de blessé français. Cette situation génère de fortes émotions chez les deux praticiens. Un dilemme éthique peut aisément en naître à cause de contraintes sécuritaires et susciter la mise en tension de valeurs professionnelles telles qu'altruisme et abnégation. Les médecins peuvent décider de s'insurger contre une telle injonction et décider de prendre en charge le patient, avec tous les risques inhérents, ou au contraire l'orienter vers le centre de santé le plus proche, non pourvu d'une structure chirurgicale où le patient décèdera en quelques heures. Il s'agit dans cette situation de résoudre un dilemme éthique et non d'un cas de non-assistance à personne en danger (...).

Mais le raisonnement éthique n'est pas forcément conscientisé et la tentative de fuite, consciente ou inconsciente, peut être forte. (...) Il est possible de renvoyer la décision aux instances militaires, en se déchargeant de toute responsabilité. Les autorités militaires ont évidemment leur mot à dire dans la décision finale qui concerne le patient, mais seulement en ce qui concerne les contraintes tactiques. Le médecin doit ainsi faire un travail de conscientisation des valeurs qui l'animent, des facteurs à l'origine du dilemme, afin de prendre la décision qu'il juge la plus appropriée. Si ce travail n'est pas fait, les conséquences

peuvent être dramatiques, à la fois pour le patient car la décision peut être inappropriée et lui nuire directement, mais aussi au soignant. (...)

Perspectives

L'enjeu principal est de développer cette conscience éthique dans la médecine militaire, de revaloriser l'éthique dans la pratique médicale en OPEX, afin d'éviter d'une part l'apparition de comportements déviants à l'égard du patient, mais également l'apparition de pathologies somatiques ou psychiques chroniques chez les soignants, du fait de dilemmes irrésolus, ou de l'absence totale de réflexion éthique. (...)

Il convient enfin d'aborder le rôle du chef : celui du médecin responsable de l'équipe médicale, mais aussi celui de la hiérarchie. Deux points attirent notre attention. Le premier est celui de la responsabilité. En effet, si la réflexion éthique peut être entreprise de façon collégiale, elle aboutit à une décision dont la responsabilité est portée par le chef, qu'il y ait ou non consensus. On peut faire le parallèle avec la prise de décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) concernant un patient en fin de vie en réanimation. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer son consentement ou son souhait quant à la poursuite ou à l'arrêt de thérapeutiques lourdes ou invasives, le médecin en charge du patient se doit de respecter une discussion collégiale. Mais collégialité ne signifie pas consensus, et la responsabilité finale de la prise de décision incombe au médecin, qui aura consulté au préalable l'équipe soignante, un autre médecin avec lequel il n'a pas de rapport hiérarchique, et se sera assuré de la volonté du patient auprès de proches ou de sa famille.

Le second point est l'exemplarité du chef qui souligne la nécessité de se former et de fonder son engagement sur des valeurs solides. Le général Benoît Royal, chercheur associé au sein du pôle éthique et déontologie de recherche des écoles de Saint-Cyr-Coëtquidan, résume ainsi ce concept : *« À celui qui est vraiment à la hauteur de sa tâche, à celui qui établit son autorité par l'exemple, ses hommes répondront par la confiance et tendront à calquer leur conduite sur la sienne. C'est par le chemin de l'éthique et de l'exemple donné que le chef sera reconnu comme un modèle et une référence »*. Ces propos s'appliquent également aux responsables d'antenne et à la hiérarchie du SSA.

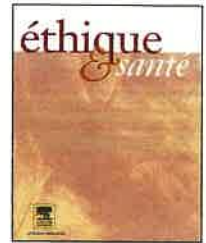


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



EXPÉRIENCES PARTAGÉES

Le médecin militaire entre impératifs militaires et exigences éthiques

O. Barbier^{a,*}, M. Racle^b, F. De Montleau^c

^a Service de chirurgie orthopédique, hôpital d'instruction des armées Bégin, 69, avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé, France

^b Centre médical des armées de Vincennes, Fort neuf de Vincennes, 94300 Vincennes, France

^c Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

Tout médecin militaire sera un jour amené à partir soutenir les forces françaises dans une mission militaire à l'étranger. Pour ces praticiens, ces missions peuvent être l'objet de dilemmes entre l'éthique médicale et les obligations militaires [1—6].

En effet, les conflits ethniques et armés, ainsi que le terrorisme, engendrent de nombreuses victimes civiles. Souvent, le système de la santé locale déjà précaire est débordé et la situation humanitaire s'aggrave. (...) C'est ainsi qu'à côté de la réorganisation des systèmes de santé qui nécessite du temps, il reste à parer aux besoins médicaux les plus urgents. De nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) s'inscrivent dans le champ de cette aide immédiate. (...)

Dans ce contexte, le médecin militaire appartenant aux forces d'intervention peut-il trouver une place dans le soutien sanitaire des populations en détresse ? Pris entre son éthique médicale, la doctrine d'emploi des forces et l'immensité des besoins, l'intérêt de ce travail était d'essayer d'apporter des éléments de réponses à ce dilemme du médecin militaire face à son devoir moral d'agir toujours dans l'intérêt du patient et cela sans compromettre le soutien aux forces armées.

Les « bases » éthiques du médecin militaire

L'éthique médicale du médecin militaire repose sur plusieurs croyances personnelles venant de son propre vécu et de ses traditions. Médecins et chirurgiens militaires français se sont engagés puis formés, bercés par les principes éthiques de la médecine et la « morale » militaire. (...)

Place de l'aide médicale aux populations (AMP) lors des missions extérieures

L'AMP désigne l'ensemble des activités conduites par le personnel du service de santé d'une force armée projetée afin d'améliorer l'environnement médical des populations civiles dans lequel cette force opère. Le passé colonial du service de santé des armées (SSA) en aide à la population locale reste ancré dans l'esprit de chaque médecin militaire et le nouveau projet du SSA rappelle que l'aide médicale aux populations tient une place particulière dans les actions civilo-militaires, mais aussi que cette dernière ne doit pas compromettre le soutien des forces. Ainsi, l'AMP fait partie intégrante du plan global d'opération, intervenant soit sur un plan humanitaire, soit en complément de l'action d'organismes spécialisés (organisations

internationales et leurs agences, Croix rouge internationale, ONG), dans l'attente d'un rétablissement du service de santé local ou pour le soutenir. (...)

- Récemment, la mission du SSA a été réaffirmée dans le nouveau projet de service [8—11] qui rappelle que « *la mission première du service de santé des armées est le soutien santé opérationnel des forces armées. C'est sa raison d'être, son cœur de métier* ». Dans ce contexte, l'AMP vise à apporter une contribution, autant qu'il est possible, en tenant compte de certaines contraintes propres aux forces armées en opération et aux besoins sanitaires locaux engendrés par le conflit. Elle constitue aussi souvent un objectif important pour un médecin militaire en opération mais non prioritaire pour les forces, ce qui peut être responsable de mises en tensions de ses principes. De plus, il ne faut pas oublier que l'AMP reste une tâche délicate à la fois :
- dans son positionnement politique ou stratégique, car elle ne doit pas entraîner de confusion entre l'assistance humanitaire et les opérations militaires. En effet, l'AMP peut être perçue par le commandement comme utile à l'acceptation de la force avec le risque d'instrumentaliser un dispositif médical qui servirait alors des fins politico-militaires ;
 - dans sa planification et sa conduite, du fait de l'absence d'identification initiale fiable des besoins à satisfaire, de l'appréciation réelle de leurs conséquences et de la nécessité d'assurer une certaine cohérence dans cette aide du fait des aléas liés aux opérations de guerre rendant difficile, par exemple, d'inscrire l'action de soin dans une temporalité qui assure sa qualité ;
 - dans son exécution, qui doit être conforme aux règles de déontologie auxquelles sont soumis les praticiens des armées et l'ensemble de leurs collaborateurs mais ne doit pas être responsable d'une mise en danger des personnels, par exemple en cas de menace terroriste. (...)

L'AMP s'effectue au profit des populations en respectant la priorité qu'est le soutien aux forces. Dans cette limite, l'AMP a pour objectifs l'assistance et la réponse à la détresse dans le domaine de la santé. Elle permet en priorité de répondre à des besoins vitaux de la population et apporte un soutien en réponse à une dégradation de la situation sanitaire locale liée à la crise. Même si l'importance de cette AMP ne peut supporter à elle seule le poids de la crise humanitaire dans le

pays, elle contribue, en partenariat avec les ONG, à limiter la crise et son extension avec des effets négatifs potentiels sur la mission des forces armées. Elle se doit de respecter les cinq principes fondamentaux définis dans le projet du SSA [8] :

- sa dualité : le soutien « *santé* » s'exerce en priorité au profit des forces projetées et peut être employée au profit de la population civile sur une décision du commandement qui tiendra compte des impératifs opérationnels. (..)
- sa maîtrise des contributions : l'AMP ne doit pas altérer les capacités du SSA au profit des forces, tout spécialement dans ses capacités de réaction en cas d'afflux massif de blessés ou de malades ;
- sa pertinence sur les effets attendus au profit des forces armées sans gêner l'action politique consubstantielle ;
- son exemplarité : l'AMP doit valoriser l'action de la force en étant organisée dans une finalité de santé publique, en mettant en œuvre des principes éthiques rigoureux et en étant visible par des actions de communication conduites par le commandement, en évitant l'écueil de la sur-médiatisation ;
- et la non-ingérence sans entrer en concurrence avec le système de santé local. L'AMP résulte de l'absence d'alternative accessible ou doit s'intégrer dans le réseau de soin local.

En pratique, la chirurgie de l'urgence est la première qui trouve une légitimité dans le cadre de l'AMP. Incontestable sur le plan des fondements éthiques, elle n'altère pas le fonctionnement du système de santé publique local, permet de s'adapter aux exigences de fonctionnement des blocs opératoires et répond parfaitement aux principes déontologiques de l'AMP. Elle répond à la première maxime de l'AMP qui est le secours à la personne en détresse vitale. (...)

Quelle réponse déontologique, éthique et juridique est apportée au médecin militaire pour l'aider dans des choix parfois douloureux ?

Dans ce contexte, les médecins militaires sont soumis à des impératifs militaires qui peuvent être à l'origine de choix douloureux pour un médecin. En effet, les moyens déployés ont vocation en priorité à soutenir les militaires français blessés et le médecin militaire ne peut se permettre matériellement de prendre en charge tous les civils blessés ou malades. La prise en

charge dans le cadre de l'AMP ne doit pas entraver la capacité à soutenir les forces françaises sur le territoire à la fois en termes de disponibilité mais aussi de ressources humaines et matérielles. Cette limitation des moyens va à l'encontre de l'éthique humanitaire qui est une éthique de la générosité et cela est d'autant plus vrai que la situation sanitaire du pays est défaillante ou insuffisamment développée. Ces situations peuvent être à l'origine de conflits internes auxquelles sont donc exposés les médecins engagés sur les théâtres d'opération. Ce sont des conflits de devoir, devoir d'humanité, qui exigent le respect de toute vie humaine et qui sont à l'origine d'une insatisfaction et d'une souffrance en relation avec la prise en considération éthique de son action. En effet, les règles de déontologie s'imposent à tous les praticiens dans leur exercice professionnel dont les praticiens des armées. Cela impose aussi que l'AMP ne peut être conduite que dans des conditions d'exercice qui soient conformes en termes de non-discrimination, de qualité des soins et du secret médical. Le principe de non-discrimination découle à la fois de la déontologie médicale et d'un des principes fondamentaux du droit humanitaire international (conventions de Genève). Le dilemme et la difficulté sont de concilier ainsi les devoirs de médecin et de militaire dont la mission régalienné est le soutien des forces.

Il existe à l'évidence une mise en tension forte entre ces deux visages du médecin militaire [6]. La logique de commandement qui prévaut sur la réalisation en temps de guerre d'AMP est de limiter l'action des médecins uniquement au soutien de forces, quelle que soit la crise humanitaire du pays où la force est déployée. De plus, les règles d'engagement édictées pour chaque opération extérieure de l'armée française précisent rarement dès le début des opérations la conduite à tenir vis-à-vis des locaux, c'est-à-dire de l'aide médicale aux populations. Ainsi, même si les conditions locales en termes d'activité et de sécurité le permettent, l'AMP reste à la diligence du commandement qui peut émettre une certaine réserve quant à l'ouverture à la population de soins prodigués par les praticiens de la force, pour des raisons sécuritaires par exemple. D'un point de vue humain et éthique, il est difficile pour un médecin, civil ou militaire, de rester insensible aux besoins humanitaires et médicaux des populations réfugiées, et cela d'autant plus qu'elles sont démunies ou ont été l'objet de comportements cruels et d'exactions diverses. D'un point de vue

éthique, tout médecin a une obligation d'apporter les soins nécessaires aux populations locales qui le nécessitent, mais cet impératif éthique est souvent secondaire pour le commandement qui privilégie le soutien des forces militaires et, pour cela, la disponibilité de ses équipes médicales.

Le droit international humanitaire [12—14] ou droit des conflits armés édité après la seconde guerre mondiale avait pour but de réglementer les hostilités et d'en atténuer les rigueurs autant que les nécessités militaires le permettaient. Il se subdivise en deux branches :

- le droit de la guerre ou droit de La Haye qui fixe les droits et devoirs des belligérants dans la conduite des opérations et limite le choix des moyens de nuire et rappelait que l'éthique en tant de guerre était identique à celle de temps de paix;
- et le droit humanitaire ou droit de Genève qui précise que la première obligation du médecin est le devoir professionnel, et dans l'accomplissement de son devoir professionnel, le guide suprême du médecin est sa conscience.

En 1956, dans la déclaration de la Havane, the World Medical Association rappelait que l'éthique en tant de guerre était identique à celle de temps de paix, ne faisant ainsi pas de distinction en fonction du contexte. Cette déclaration fut ensuite reprise aussi dans les protocoles additionnels des accords de Genève.

D'autres textes existent encore comme :

- le code d'éthique médicale internationale [15] adopté par l'assemblée générale des Nations Unies le 15 décembre 1980 et qui stipule que le médecin devra agir uniquement dans l'intérêt de son patient lorsqu'il lui procurera des soins ;
- ou l'Allied Joint Planning 4 (AJP4) et le Military Committee 326/1 de l'OTAN qui précise que tous les malades et blessés visés par ces conventions seront traités, sans aucune discrimination, en fonction de leurs besoins cliniques et des moyens disponibles. Il rappelle aussi qu'il est de la responsabilité nationale d'assurer un soutien médical incluant le suivi médical et la prévention des maladies, le ramassage, le traitement et l'évacuation des patients, l'approvisionnement en sang et en matériel médical ; de minimiser les journées perdues en raison de blessures ou de maladies ; d'assurer un retour à l'unité dans les plus brefs délais.

Ainsi, ces textes internationaux ont cherché à décliner les grandes lignes décrites dans le droit international humanitaire sans toutefois anticiper certaines difficultés d'application qu'ils allaient engendrer dans le cadre médical. Ils apportent certes des garanties médico-militaires comme la protection de la mission médicale, celle des personnels sanitaires, celle des unités sanitaires. . . mais expose également à des difficultés d'application dont l'origine provient de conflits internes car il rappelle que la première obligation du médecin est le devoir professionnel et dans l'accomplissement de son devoir professionnel, le guide suprême du médecin est sa conscience.

Au niveau national, des textes existent aussi. Le médecin militaire en opération extérieure est soumis à la fois :

- le statut général des militaires précise que « *les militaires doivent obéissance aux ordres de leurs supérieurs (...). Toutefois, il ne peut leur être ordonné et ils ne peuvent accomplir des actes qui sont contraires aux lois, aux coutumes de la guerre et aux conventions internationales ou qui constituent des crimes ou des délits* » ;
- le règlement de discipline générale dans les armées ;
- le code de déontologie médicale des médecins militaires.

En effet, le décret du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées [16] précise qu'en condition « *ordinaire* », ce dernier doit adopter une conduite conforme aux principes généraux gouvernant l'exercice de sa profession et exercer sa mission dans le respect de la vie, de la personne et de sa dignité. Il ne doit en aucun cas participer, même passivement, à des actions cruelles, inhumaines ou dégradantes, dans le respect des principes de l'éthique médicale, de la hiérarchie militaire et se conformer aux traditions et aux valeurs spécifiques des formations au sein desquelles il est amené à servir. Le praticien des armées reste cependant soumis à une double subordination, hiérarchique et technique mais il dispose, pour exercer sa profession, de l'indépendance nécessaire quant au choix et à la mise en œuvre de ses actes techniques, dans le respect des bonnes pratiques professionnelles et dans le cadre des directives relatives à l'exécution des missions qui lui sont confiées. En situations d'exception [17,18], le praticien des armées, soumis par des contraintes opérationnelles, des situations

d'isolement ou des modifications brutales des conditions d'exercice de sa profession, doit se dévouer avec d'autant plus d'attention à ceux qui lui sont confiés (...) et soutenir l'action de ses camarades au combat et leur apporter l'aide de tous les moyens dont il dispose, dans un esprit de solidarité et d'abnégation totales et dans le respect des conventions humanitaires internationales. Le praticien des armées ne peut abandonner un patient ou interrompre la mission de soutien médical qui lui a été confiée.

Ainsi, ces déclarations renvoient le médecin militaire, comme tout médecin, face à son devoir moral d'agir toujours dans l'intérêt du patient en respectant ses droits. Ces déclarations rappellent au praticien qu'il doit avant tout respecter son éthique malgré les tensions que cela pourrait engendrer avec les militaires eux-mêmes. Le médecin militaire est donc soumis à des impératifs contradictoires mettant en tension son éthique médicale et ses devoirs militaires. Dans certaines circonstances, ce qu'il reste de structures sanitaires locales et les organisations non gouvernementales présentes sur le terrain peuvent suffire à répondre aux besoins sanitaires de la population locale. En revanche, quand il n'y a plus de ressources dans le pays, les praticiens militaires et leurs équipes doivent réfléchir à la façon dont ils pourront contribuer, même pour une part réduite au regard de l'importance des besoins, au soutien sanitaire de la population civile, tout en préservant leur capacité de réponse à la prise en charge, le cas échéant, de malades ou blessés militaires. Il ne s'agit pas là de se donner bonne conscience, mais il s'agit de pouvoir exercer pleinement son rôle de médecin sans pour autant nier notre engagement de praticien militaire. La mise en tension éthique dans ces contextes n'est pas spécifique aux praticiens militaires : des ONG spécialisées dans le soin d'urgence peuvent dans certaines situations, d'insécurité majeure par exemple, décider de se retirer du terrain pour le temps nécessaire au retour à un niveau de danger acceptable. Ainsi, le praticien militaire doit considérer à la fois ses obligations humanitaires et militaires, prendre en compte l'univers culturel et social dans lequel il devra travailler et évaluer ses moyens médicaux présents.

Conclusion

La guerre fait souvent appel à des idéaux, au patriotisme, à la générosité humanitaire. Ces idéaux ne disent pas pour autant que les servir soient éthiques. La complexité des situations stratégiques, ainsi que les considérations idéologiques de chacun, la psychologie propre de chaque militaire au combat et aussi les impératifs militaires rendent ces situations parfois conflictuelles et l'insuffisance de la déontologie laisse souvent le médecin seul face à sa conscience.

Être médecin militaire, c'est se positionner entre des exigences humanitaires et ses impératifs militaires. C'est la conscience de chacun qui reste juge et parti de chaque situation.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Gross ML. Bioethics and armed conflict: mapping the moral dimensions of medicine and war. *Hastings Cent Rep* 2004;34:22—30.
- [2] Howe EG. Dilemmas in military medical ethics since 9/11. *Kennedy Inst Ethics J* 2003;13:175—88.
- [3] Kaplan LJ, Siegel MD, Eastman AL, et al. Ethical considerations in embedding a surgeon in a military or civilian tactical team. *Prehosp Disaster Med* 2012;27:583—8.
- [4] London L, Baldwin-Ragaven L. When doctors go to war. *N Engl J Med* 2005;352:1497—9 [author reply 1497].
- [5] Malke B. Ethical dilemmas for physicians in time of war. *Isr Med Assoc J* 2010;12:172—3.
- [6] Tobin J. The challenges and ethical dilemmas of a military medical officer serving with a peacekeeping operation in regard to the medical care of the local population. *J Med Ethics* 2005;31:571—4.
- [7] Feinsod M. The surgeon and the Emperor — a humanitarian on the battlefield. *Harefuah* 1998;135:340—3 [408].
- [8] IM 515696/DEF/DCSSA/PS du 25 novembre 2013 « le Projet de service SSA 2020 ».
- [9] Darre E, Pennacino A, Rouanet P, et al. L'aide médicale aux populations au sein de l'action civilomilitaire. *Med Armee* 2007;35(3):277—84.
- [10] Godart P, Darre E. L'aide médicale aux populations : la vision du service de santé des armées. *Bull Etudes Marine* 2007;38:37—45.
- [11] Darre E, Rouanet P. Service de santé des armées et aide médicale aux populations : objectif ou moyen ? *Sante Decision Management* 2008;11:183—98.
- [12] Darre E. Médecin militaire et droit des conflits armés : entre juridique et éthique. *Rev Int Service Sante Forces Armee* 2003;76(2):83—91.
- [13] Darre E. Droit international humanitaire : problèmes éthiques posés au médecin. *Forum Esp Ethique Mediterr* 2002;5:22.
- [14] Darre E. Plaidoyer pour le droit international humanitaire. *Med Arm* 1999;27(5):411—3.
- [15] World medical association, International code of medical ethics, World medical association bulletin 1949;1(3):109—11.
- [16] Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées. <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [17] Darre E. Évolution éthique du service de santé des armées face aux problèmes posés par les nouvelles formes de guerre. *Cah Mars* 2008;195:47—50.
- [18] Lafont B, Plouznikoff M. Éthique et déontologie en situation d'exception. *Med Armee* 1993;21(1):79—82.